

# Cas de la semaine #311

## Mars 2024

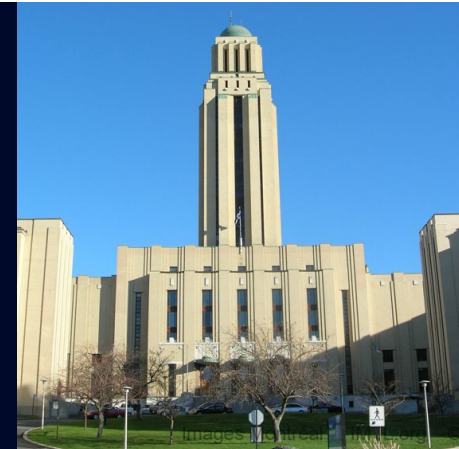
Université  
de Montréal

Faculté de médecine  
Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire

Préparé par Dr Samuel Deschamps <sub>R4</sub>

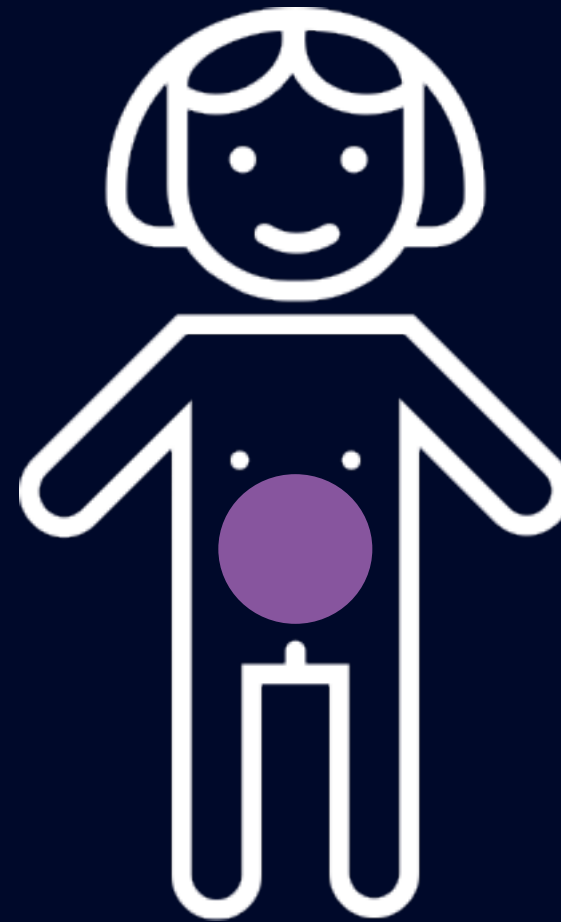
Dr Sébastien Benali <sub>MD FRCPC</sub>

CHU Ste-Justine



# Histoire Clinique

- Se présente avec douleurs abdominales croissantes depuis 2 semaines
- Douleur très intense depuis 48h avec apparition de fièvre
- Premier épisode du genre
- Pas d'antécédents médicaux
- Pas d'histoire de trauma

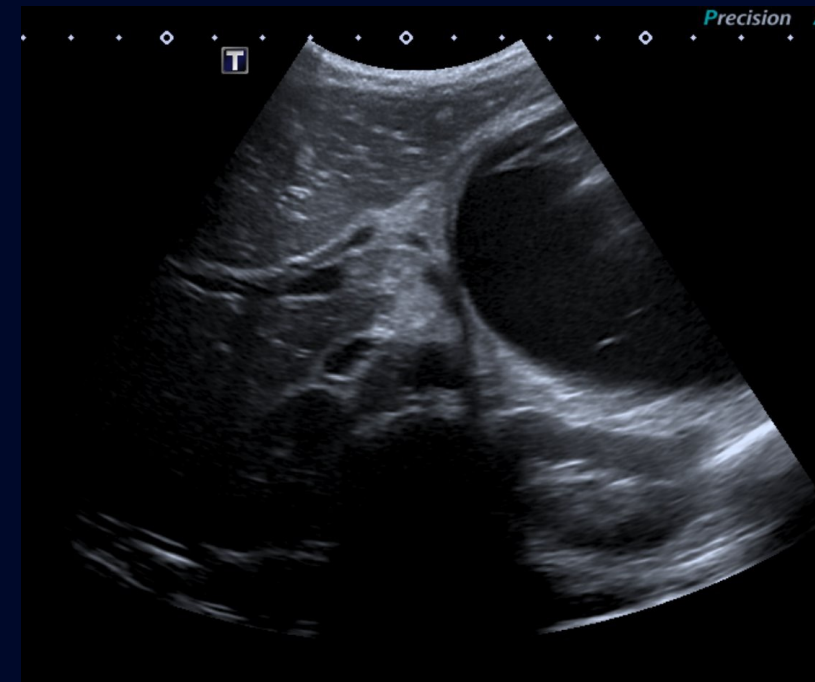
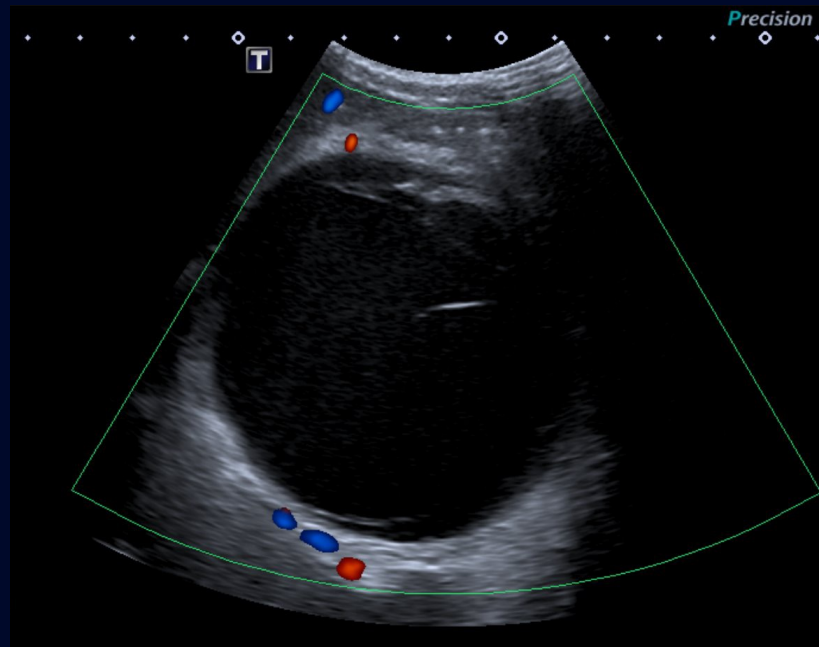
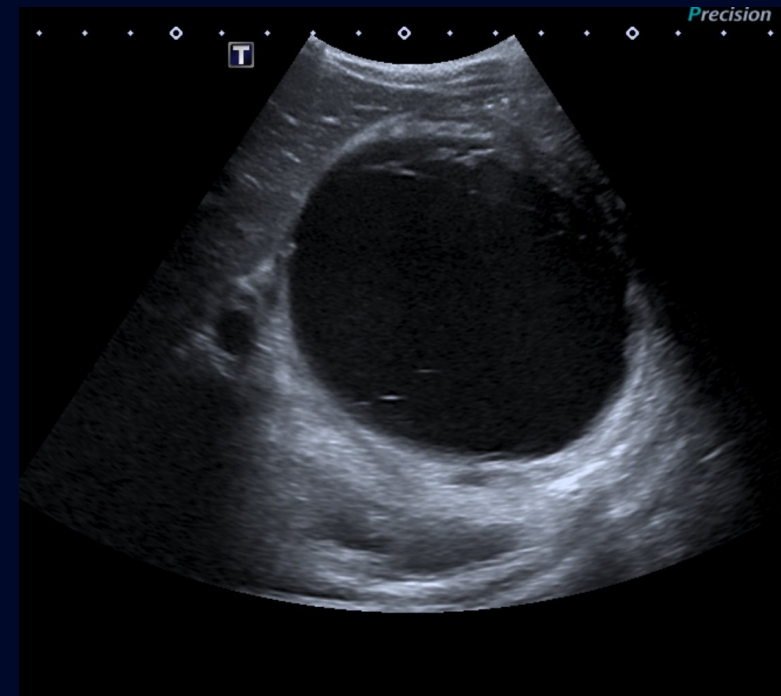


4 ans

# Échographie abdominale

## Urgence

Transverse, abdomen supérieur en région épigastrique



# Échographie abdominale

## Urgence

Transverse, ligne médiane



# Scan abdo-pelvien C+ (phase veineuse)

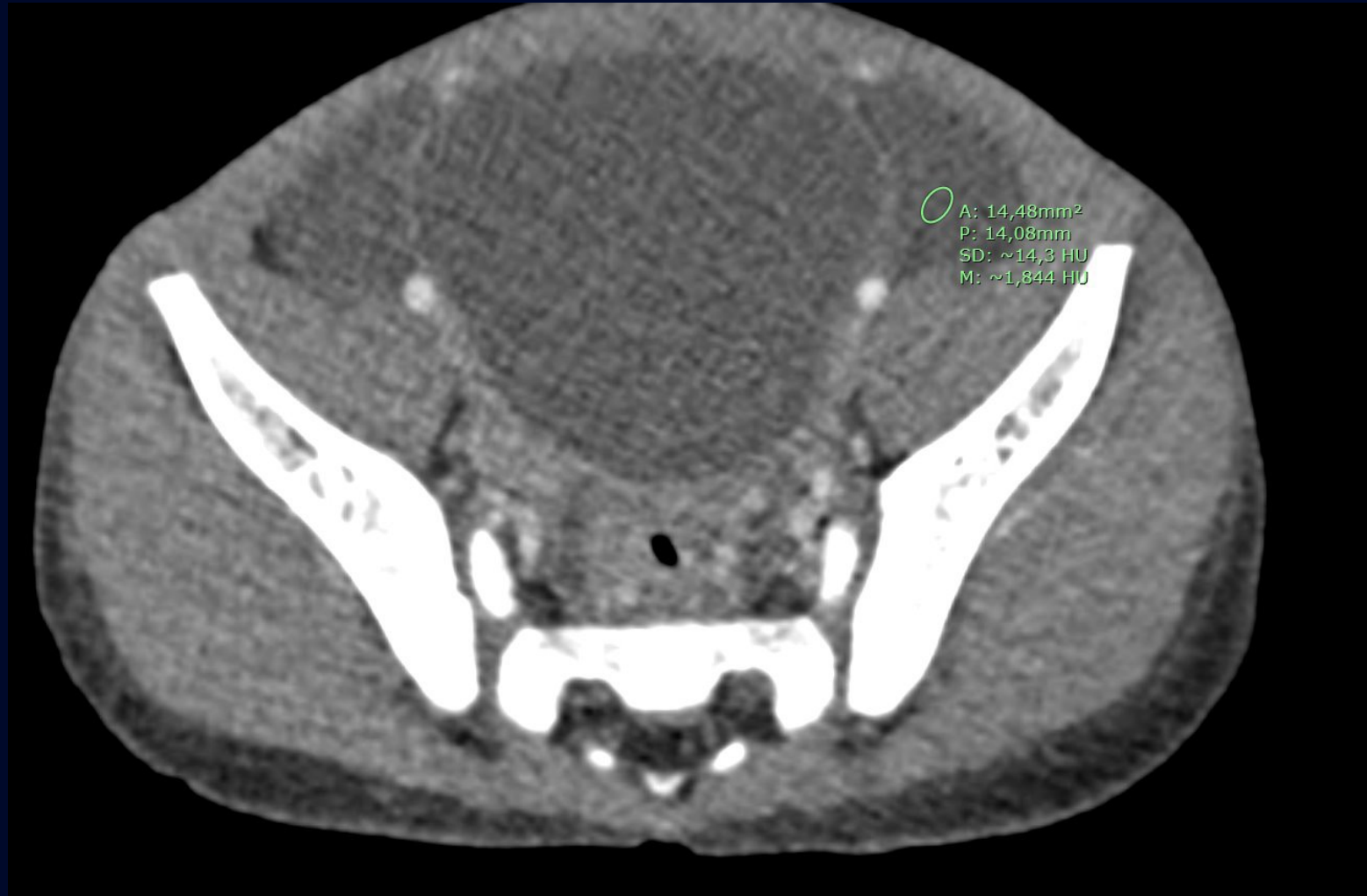
Urgence





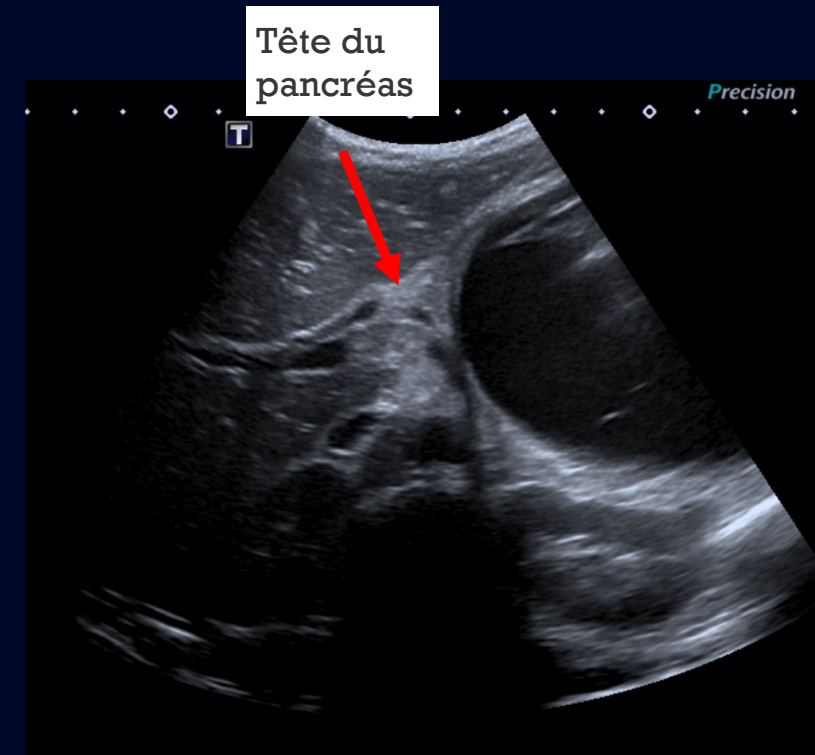
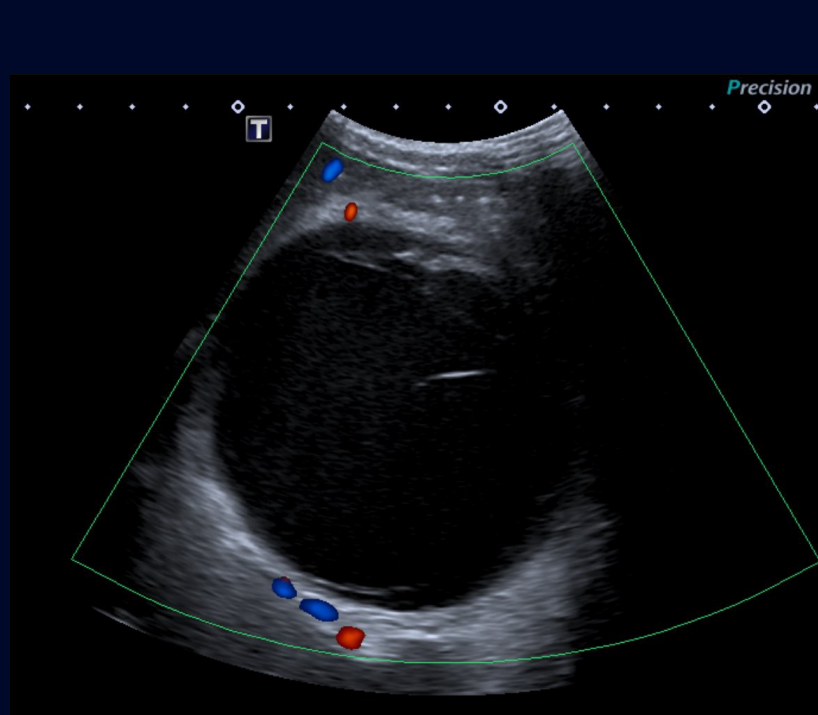
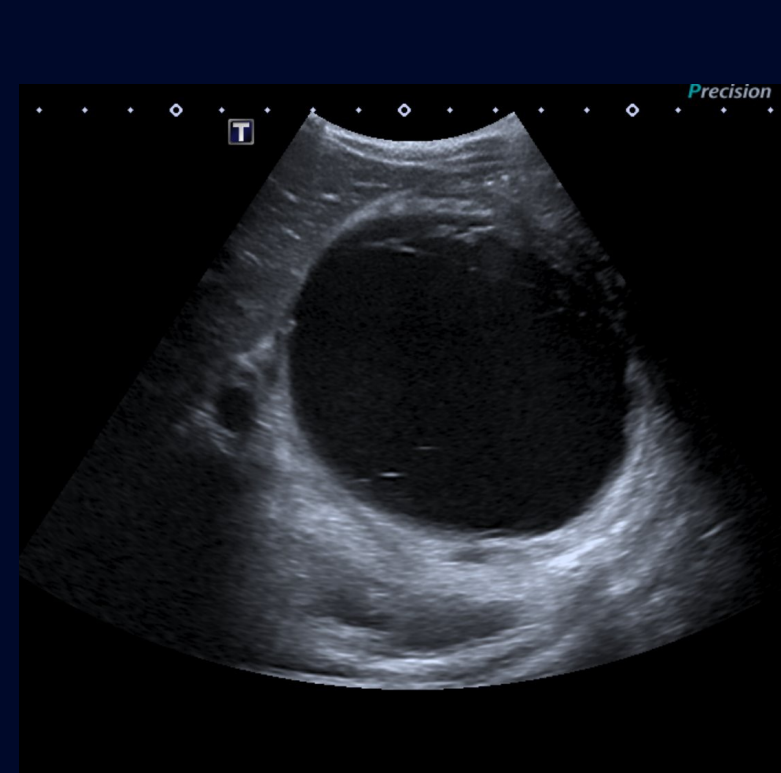
# Scan abdo-pelvien C+ (phase veineuse)

## Urgence



# Description écho abdominale

## Urgence



Masse anéchogène d'allure kystique à parois légèrement épaissies en région épigastrique sous le foie gauche apparaissant accolée au pancréas. Absence de vascularisation interne.

# Description écho abdominale

## Urgence

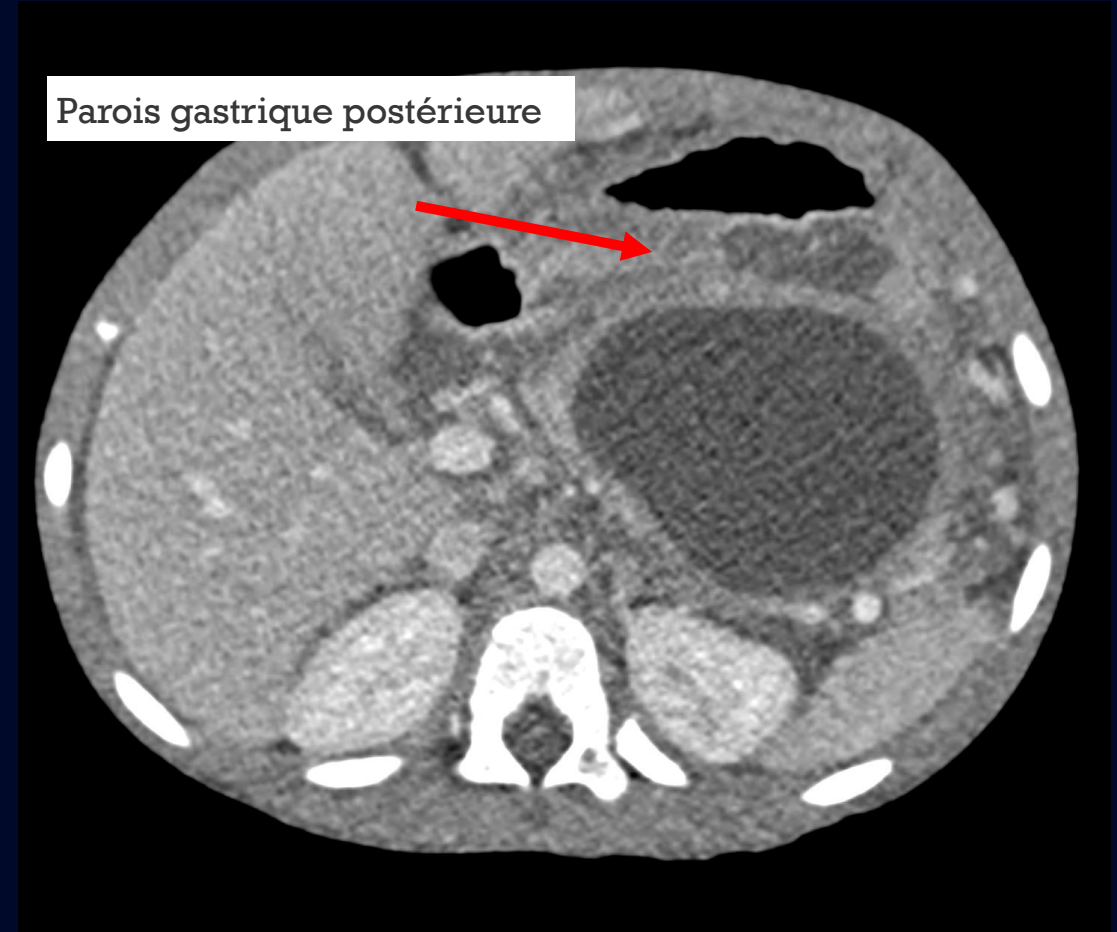
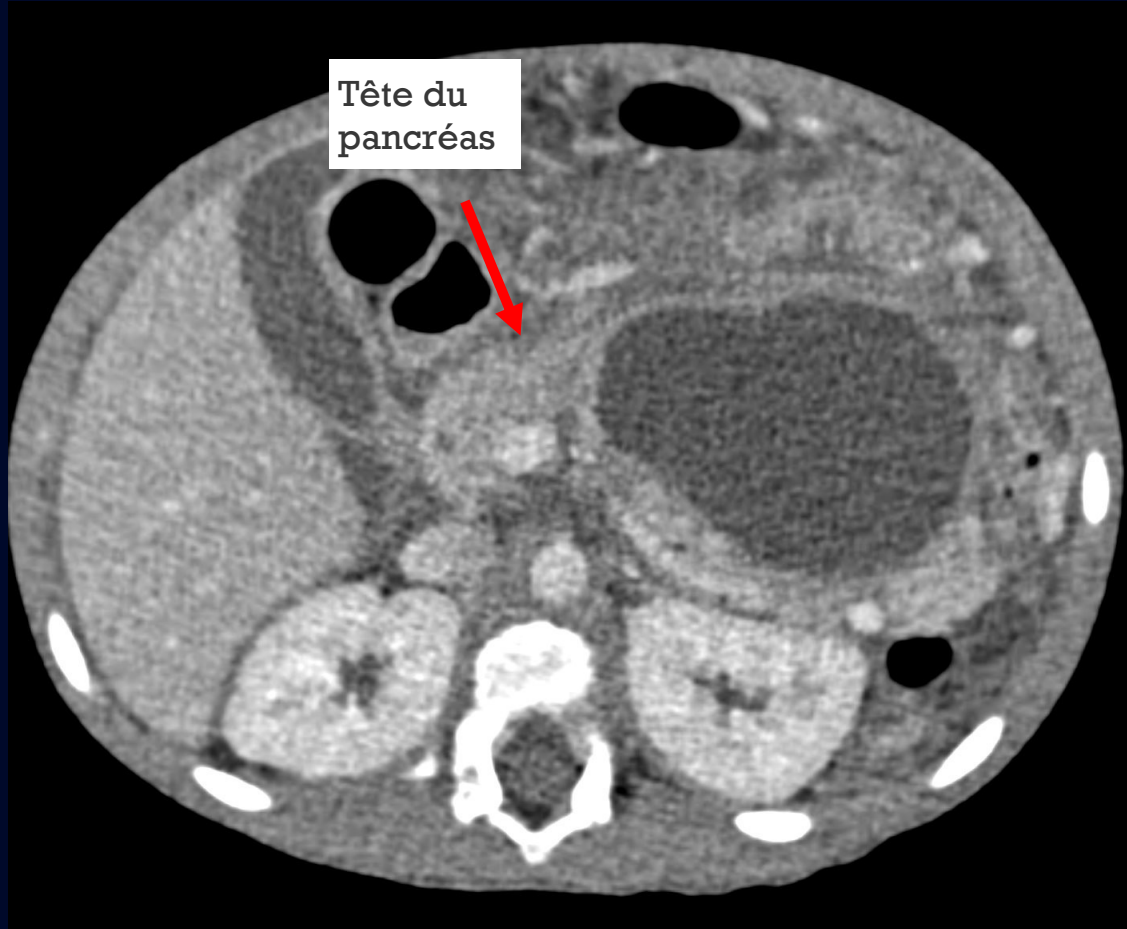


Quantité modérée de liquide libre d'allure simple



# Scan abdo-pelvien C+ (phase veineuse)

## Urgence



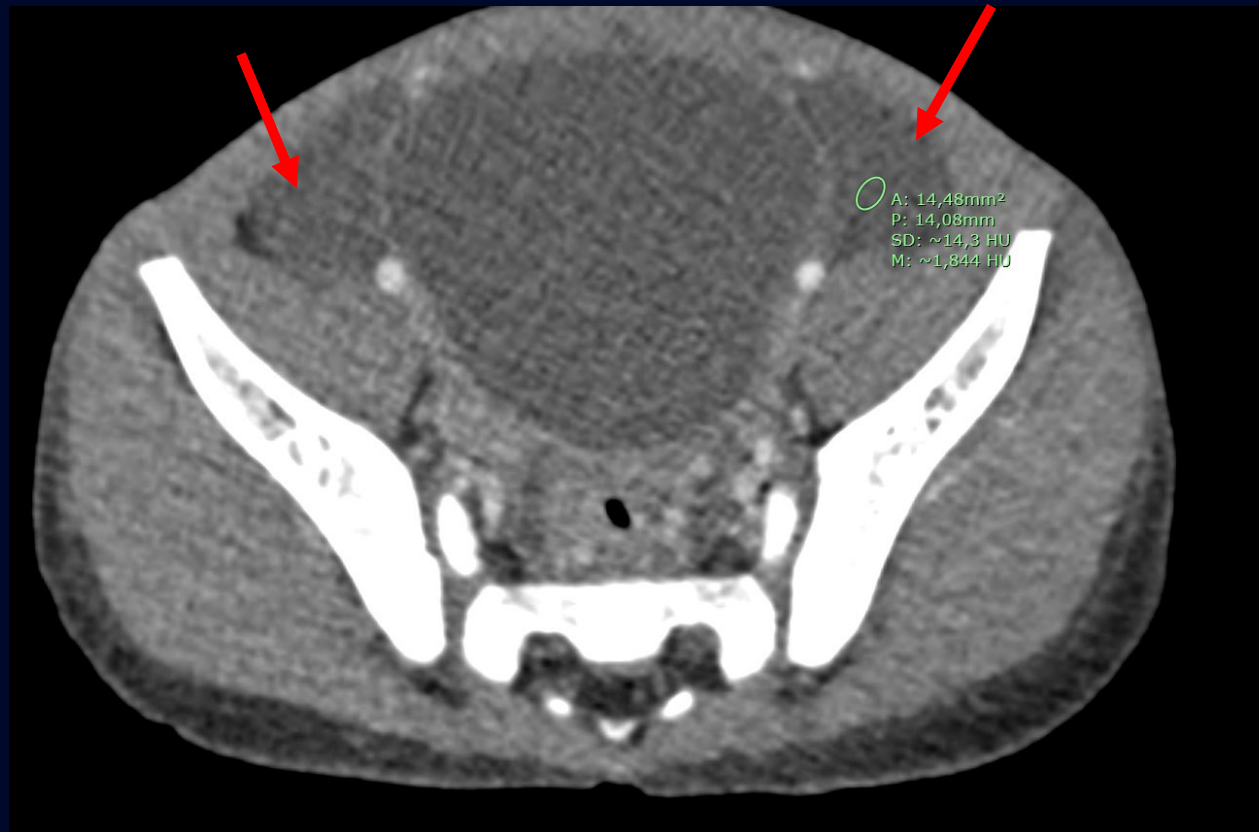
Masse à parois rehaussantes légèrement épaissies et contenu hypodense, de densité liquidienne à légèrement supra-liquidienne, accolée au pancréas et à la paroi postérieure de l'estomac.

Pancréas d'aspect normal. Épaississement de la paroi gastrique postérieure qui est d'aspect œdématiée.

Infiltration des graisses adjacentes.

# Scan abdo-pelvien C+ (phase veineuse)

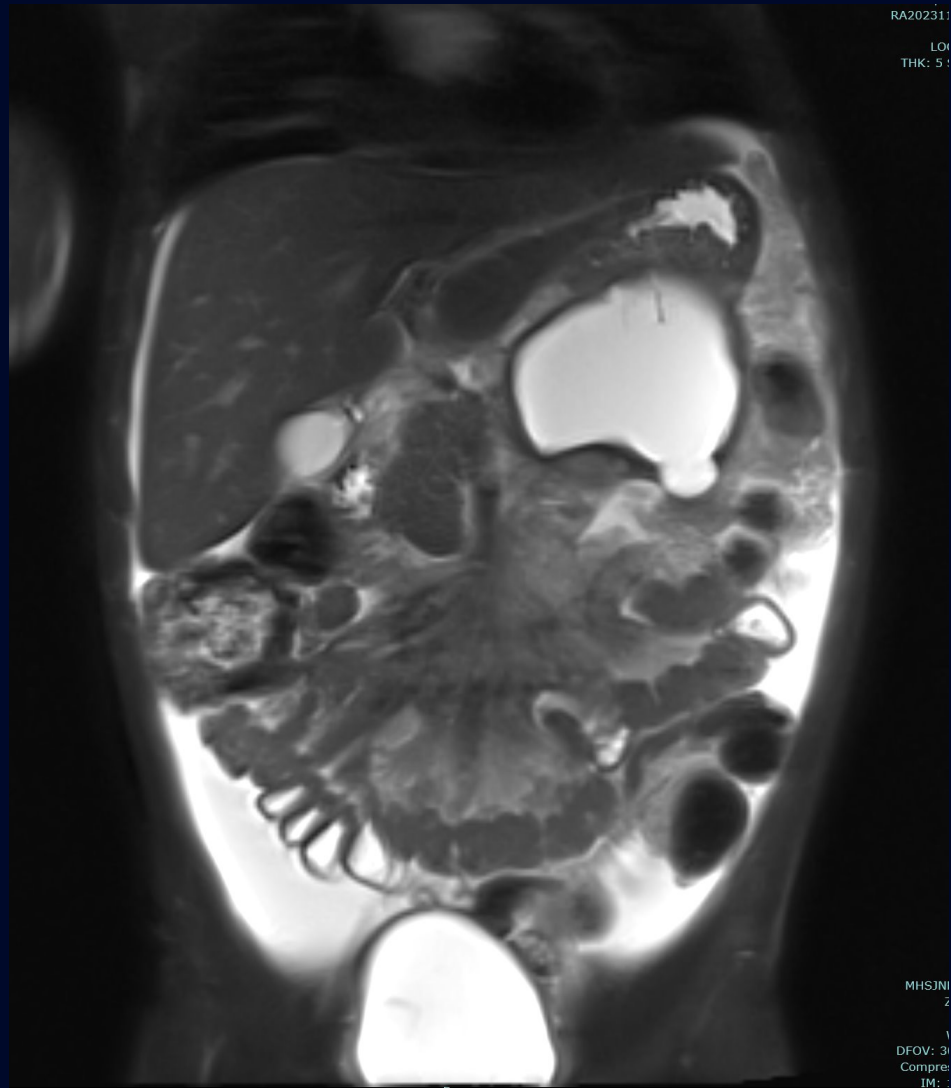
## Urgence



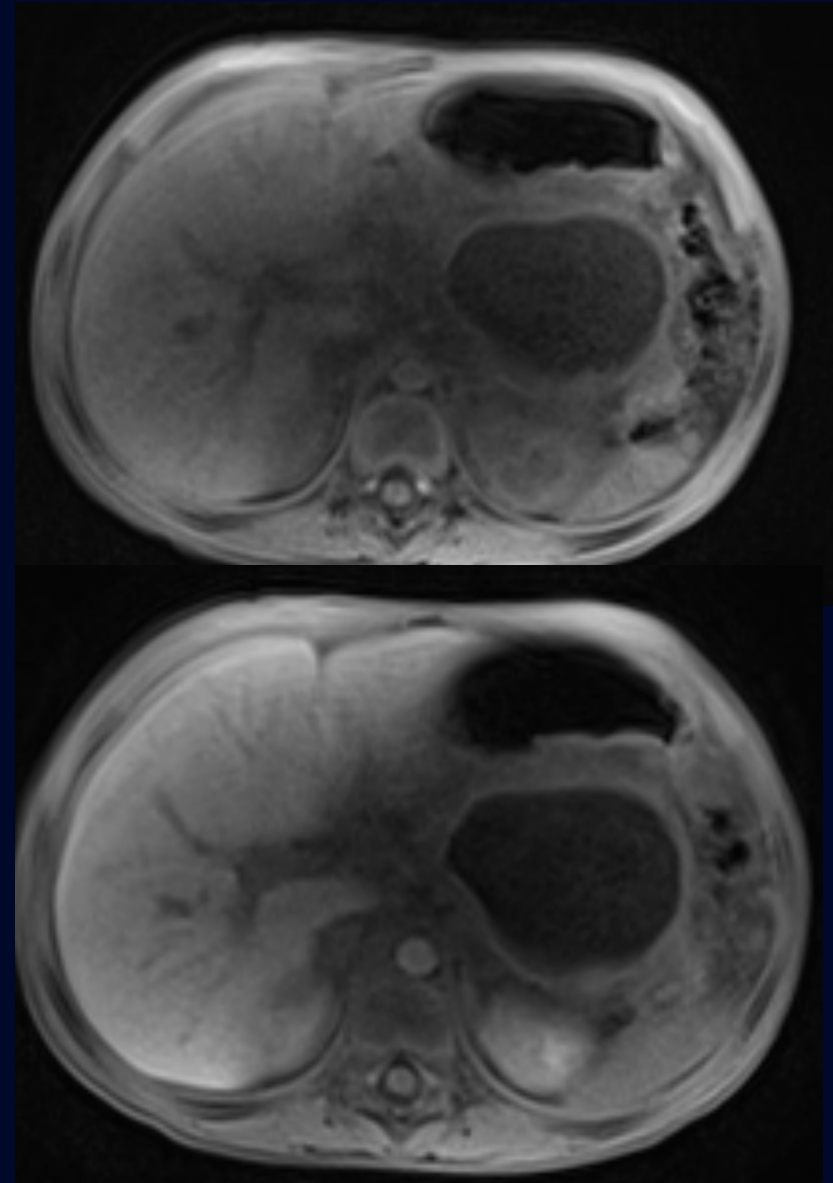
Quantité modérée de liquide libre intra-abdominal

# MRCP

Coronal T2

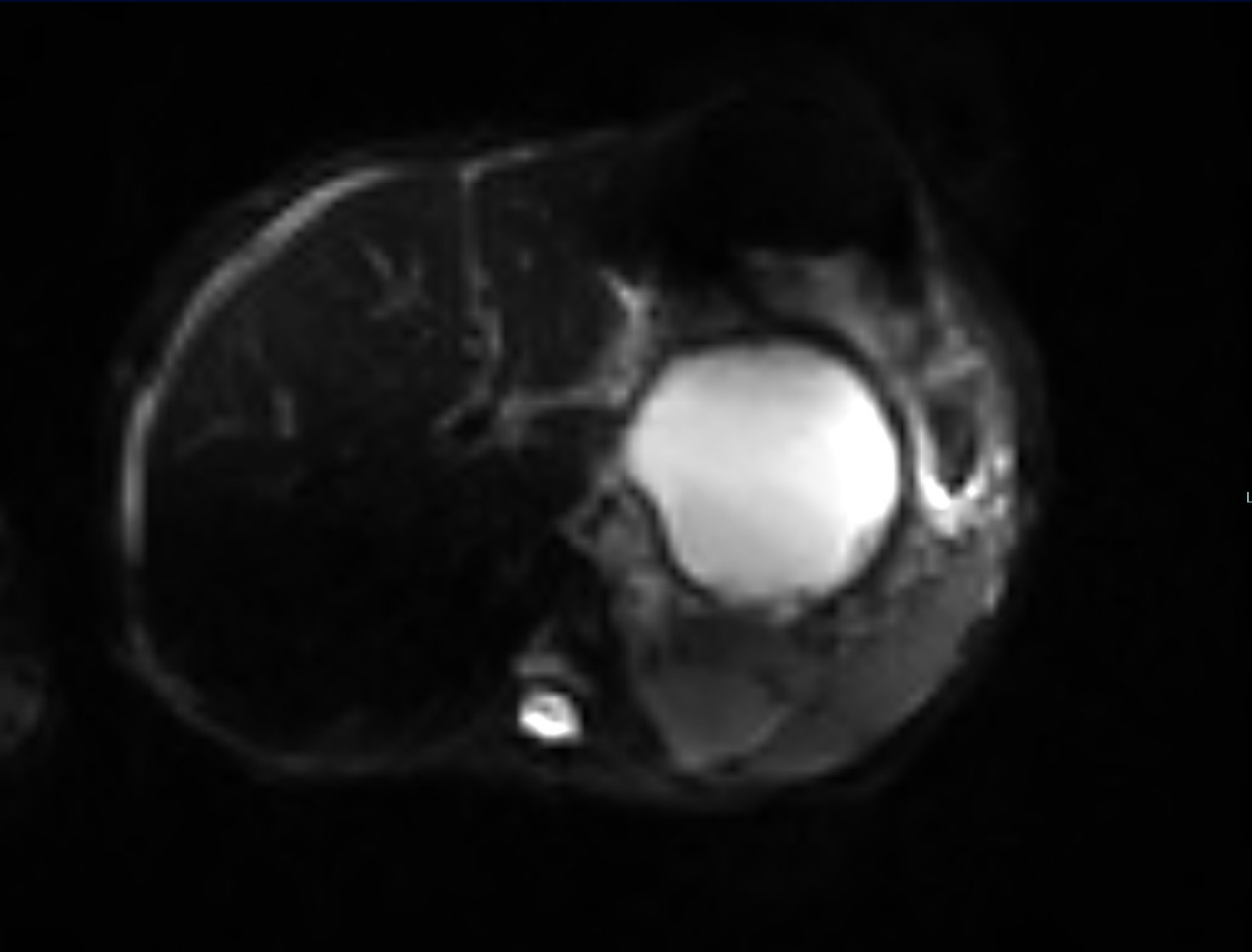


T1 Pré et post contraste

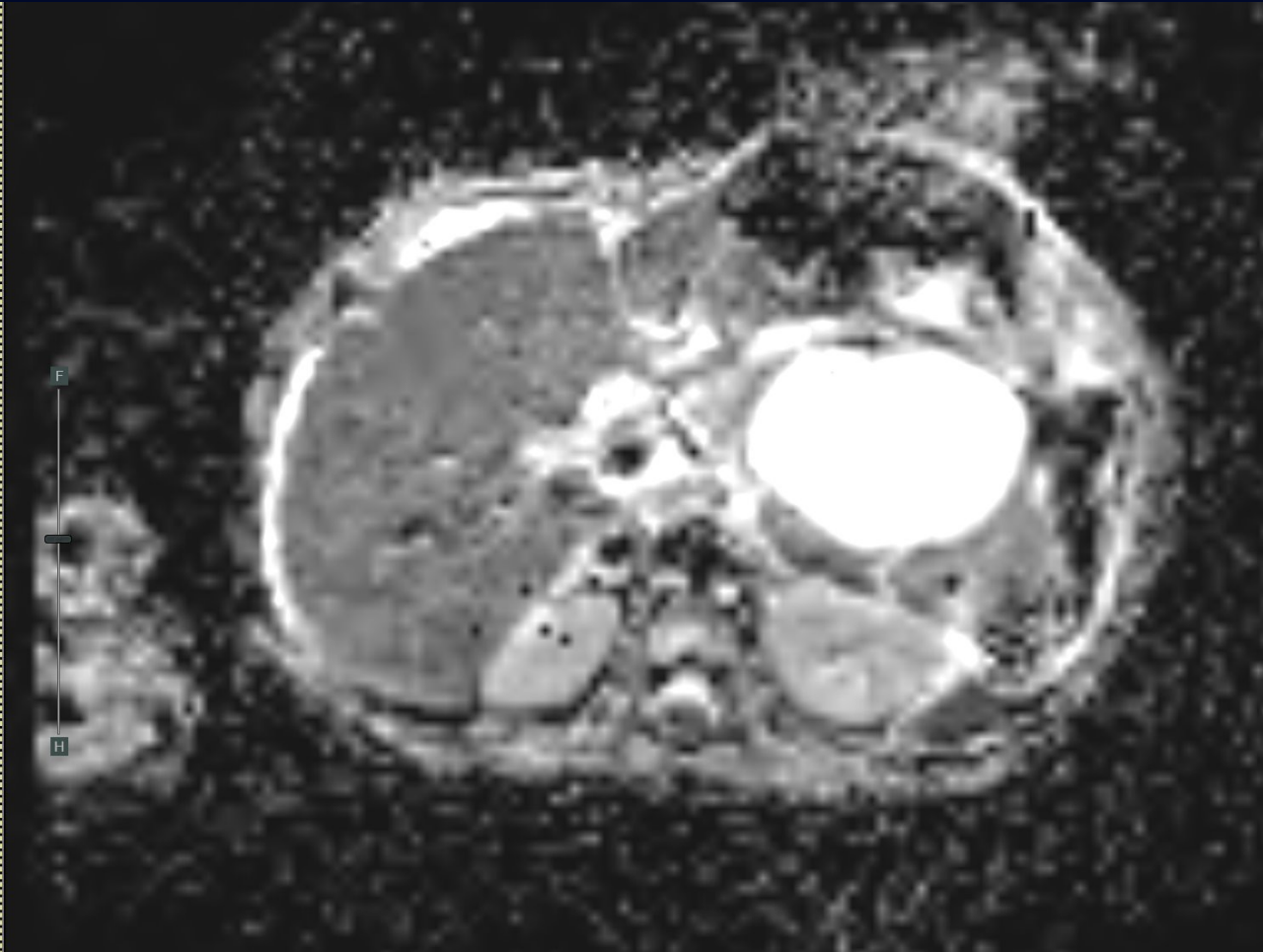


# MRCP

Diffusion



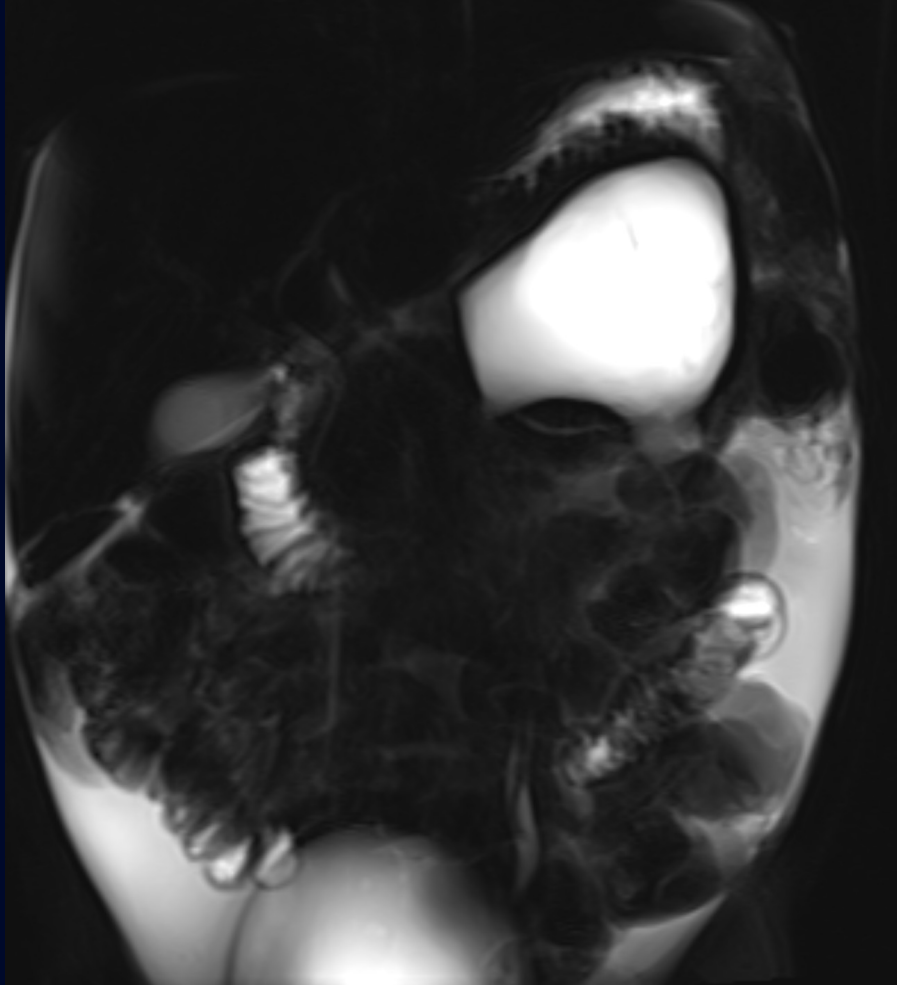
ADC



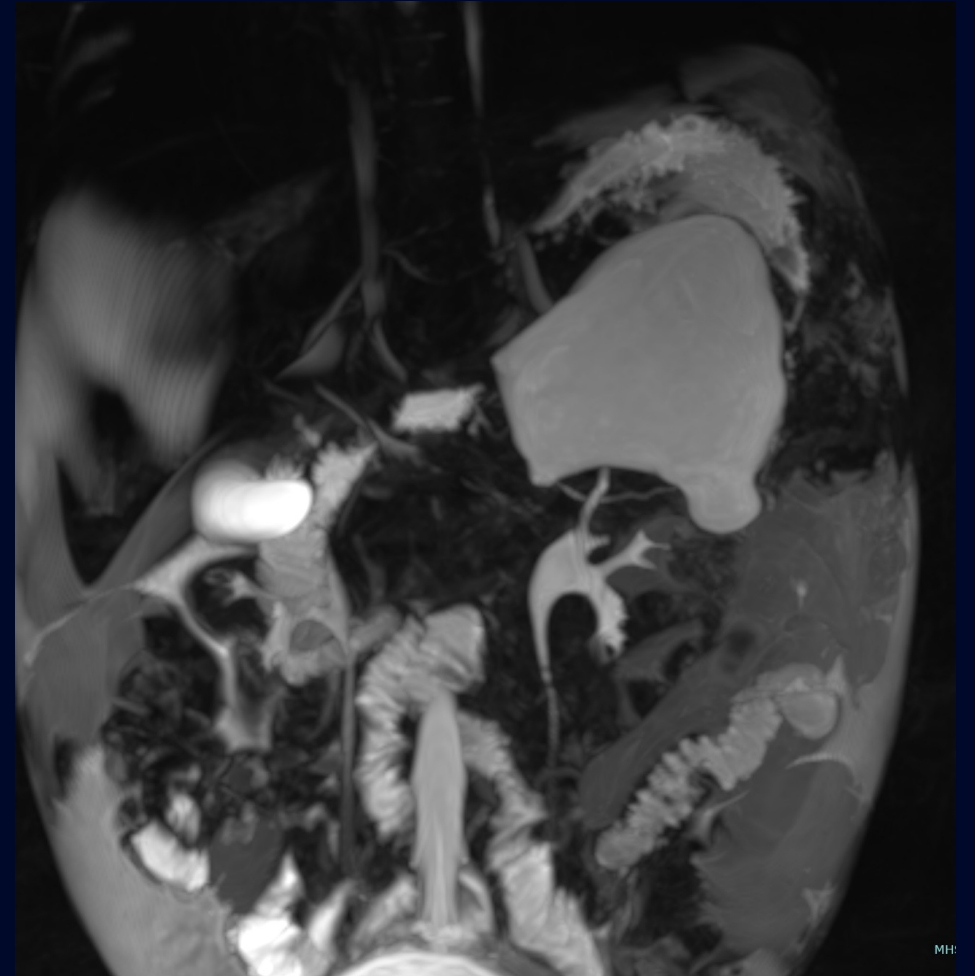


# MRCP

Séquence MRCP

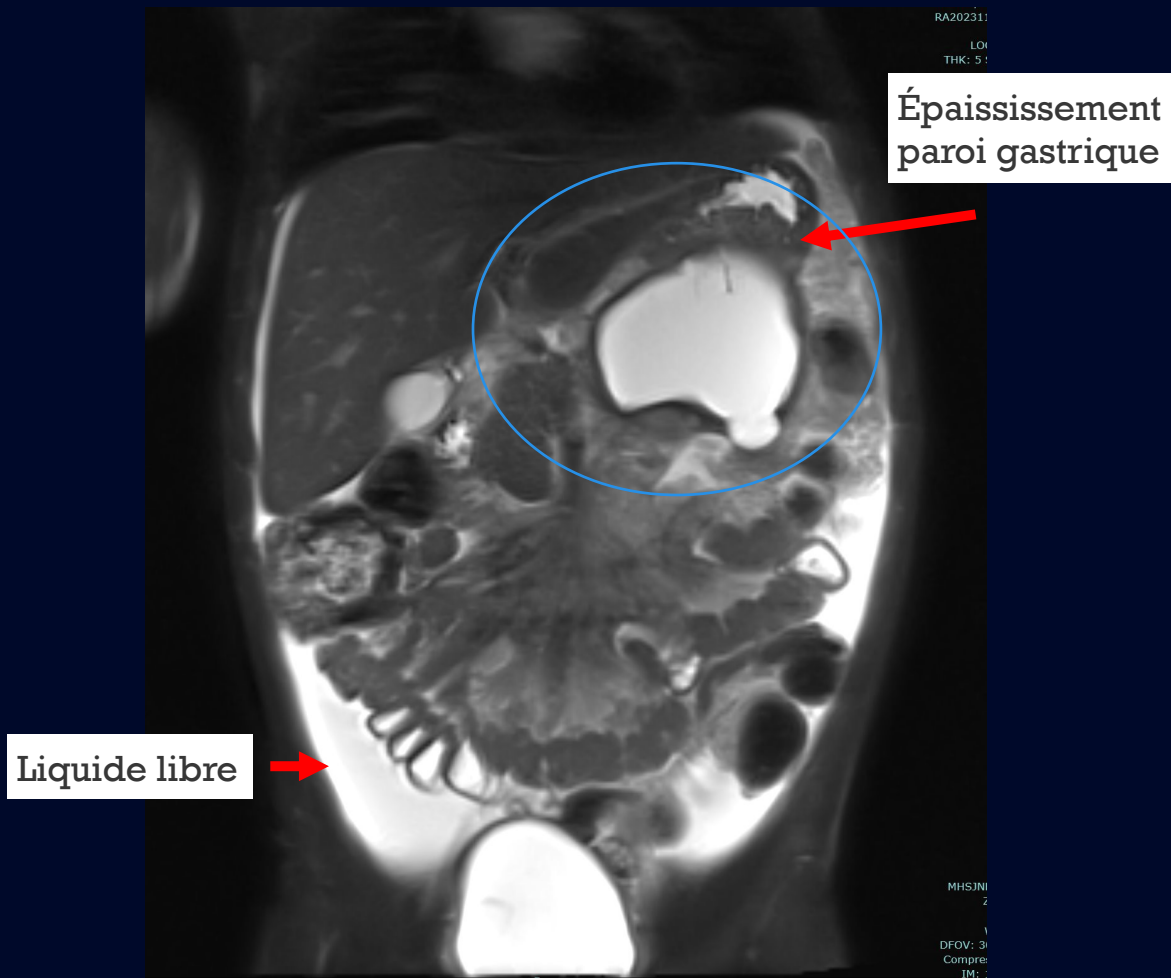


MIP MRCP

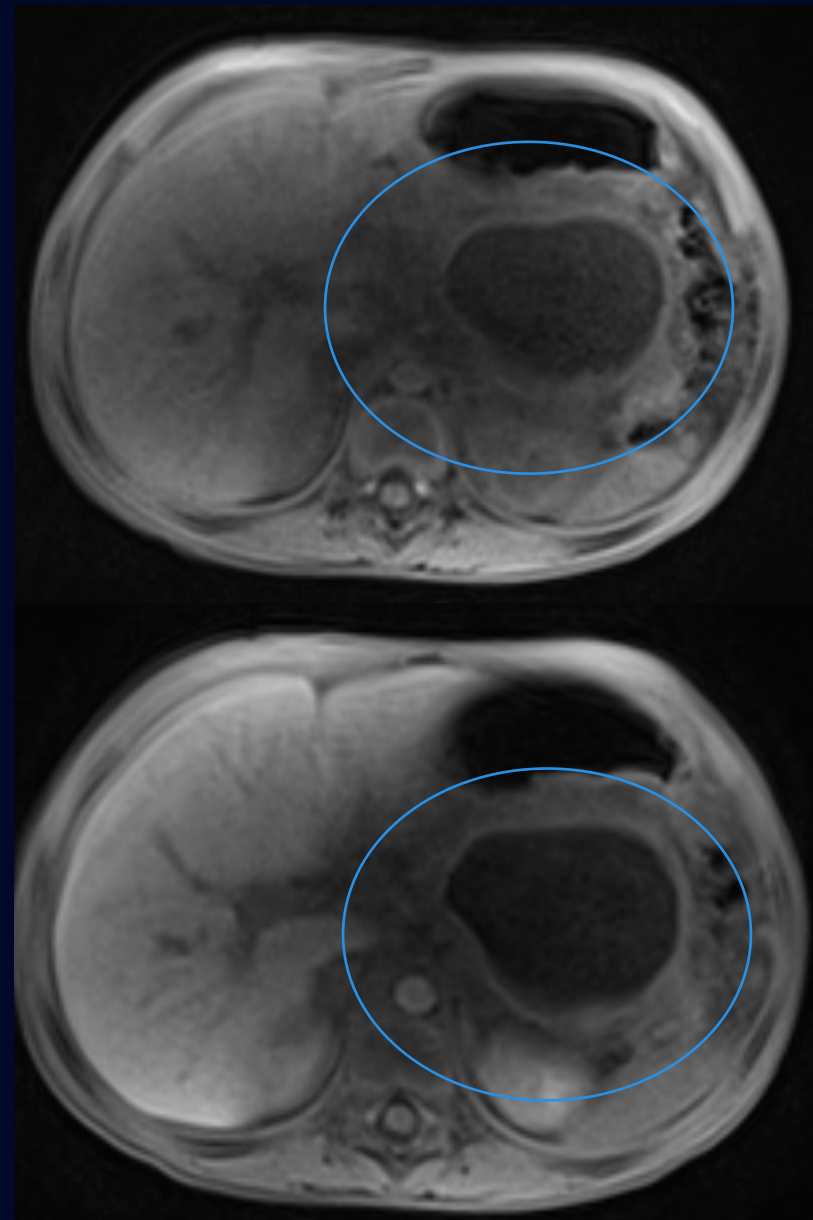




# Description MRCP

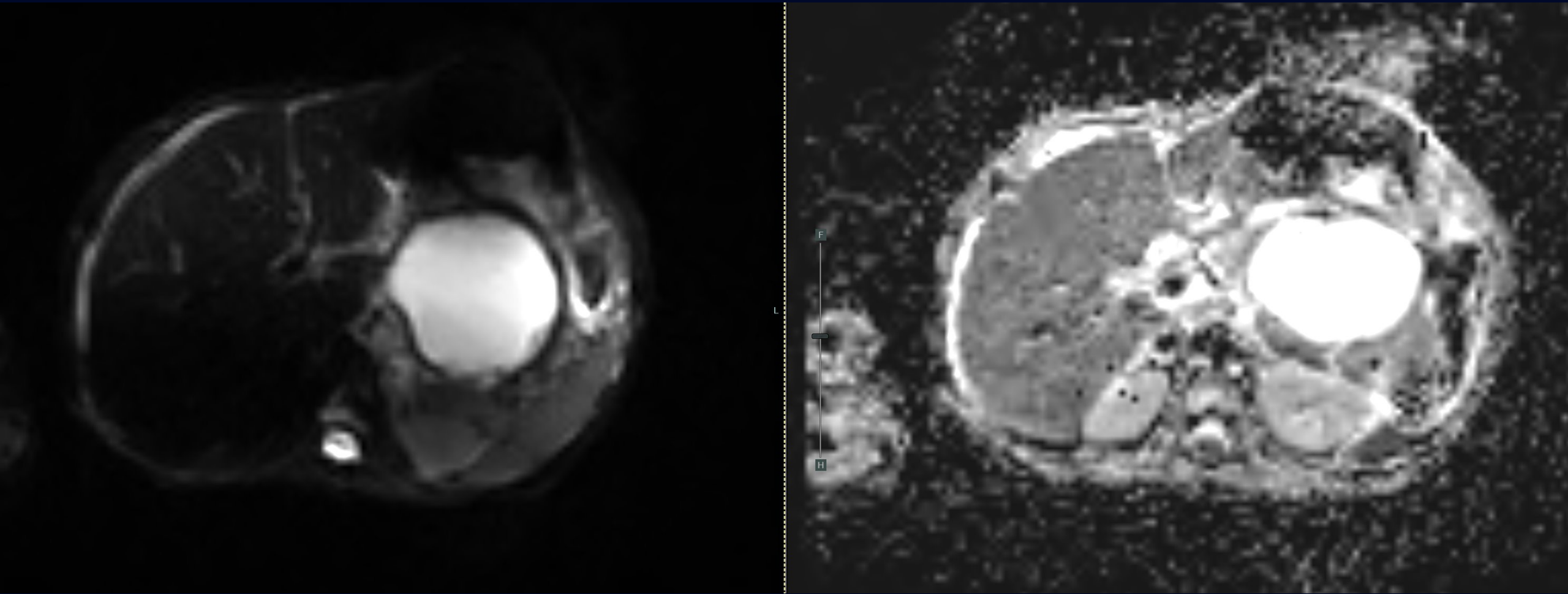


Masse épigastrique avec contenu hyperT2 d'allure liquidien.  
Signal intermédiaire des graisses adjacentes en lien avec des remaniements inflammatoires.



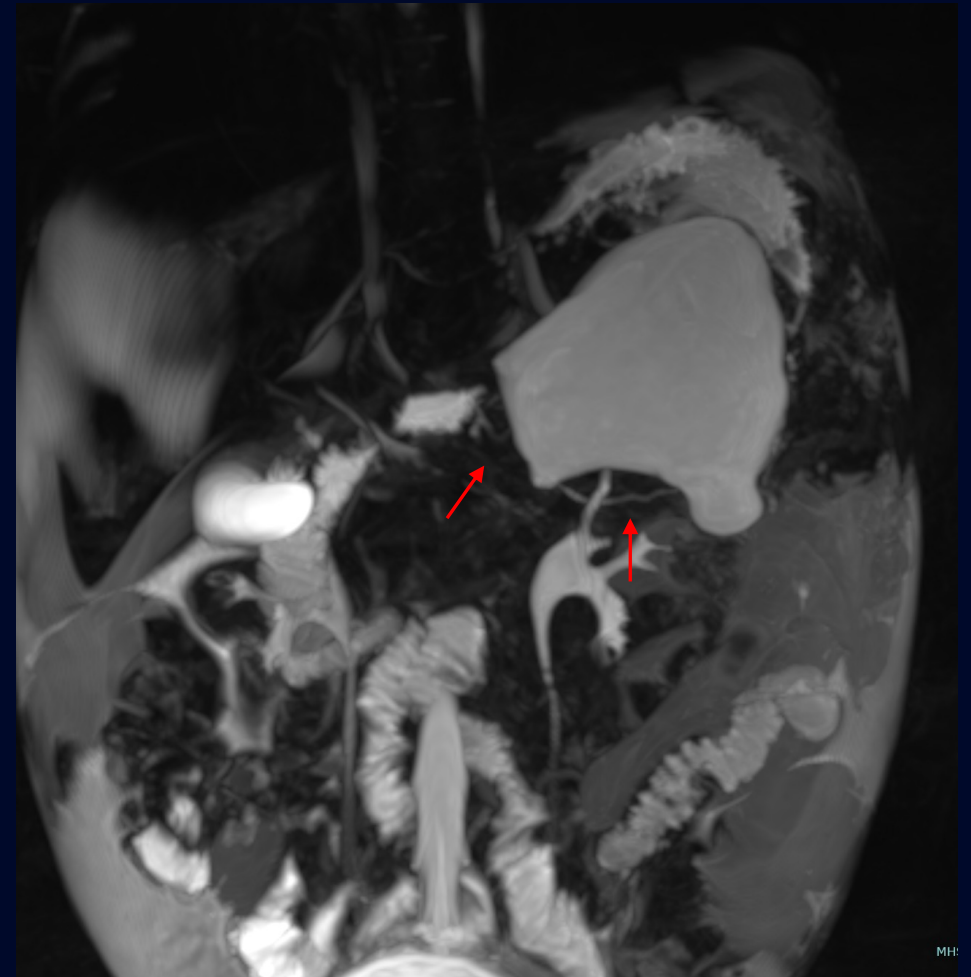
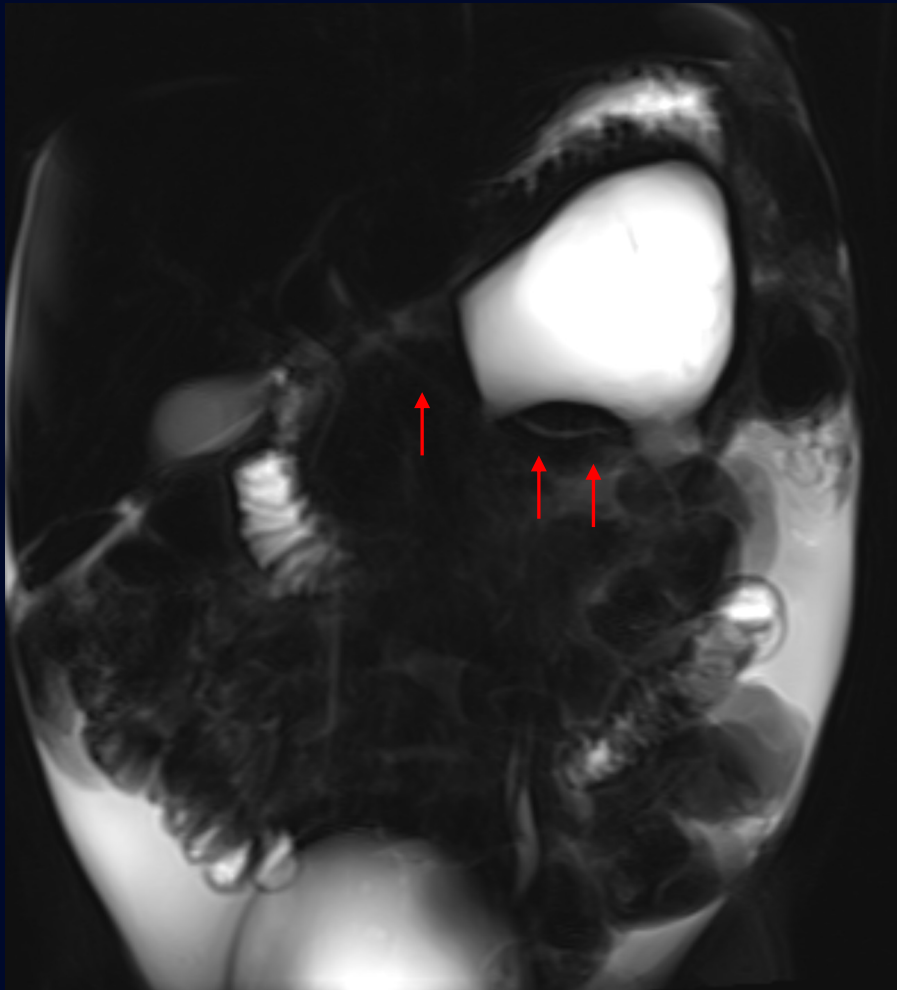
Lésion à contenu hypoT1 homogène,  
sans rehaussement interne

# Description MRCP



Absence de restriction de la diffusion interne de la masse kystique

# Description MRCP

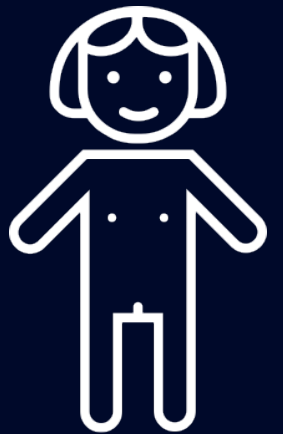


Pas de dilatation des voies biliaires ou du canal pancréatique principal.  
Il est difficile de statuer si variante anatomique pancréatique (pancréas divisum).

# Synthèse radiologique

- Masse kystique accolée au corps pancréatique et à la paroi gastrique.
- Épaississement de la paroi gastrique. Infiltration des graisses adjacentes et liquide libre
- Pas d'autre signe radiologique de pancréatite aigüe.

*Patiente de 4 ans  
avec douleur  
abdominale  
et fièvre*



# Diagnostic différentiel

1. Pseudokyste pancréatique (en contexte pancréatite aigue ou post lacération traumatique du pancreas)
2. Kyste de duplication gastrique +/- surinfecté
3. Néoplasie d'origine épithéliale (ex. néoplasie pancréatique séreuse ou mucineuse, pancréatoblastome)
4. Néoplasie d'origine non-épithéliale (ex. lymphangiome kystique, kyste dermoïde)
5. Kyste congénital (ex. Kyste cholédoque Type 3, cause syndromique)



# Diagnostic différentiel

**Pseudokyste  
en pancréatite  
aigüe ou post-  
traumatique**



## En faveur :

- Lésion kystique du pancréas la plus commune chez l'enfant (75%)
- Kyste de localisation accolée au pancréas
- Infiltration des graisses épigastriques avec liquide libre pouvant suggérer des signes de pancréatite ou surinfection
- D'autant en faveur si découverte d'une variante anatomique pancréatique (ex. pancreas divisum)

## En défaveur :

- Pas de cause de pancréatite à l'imagerie (mais causes variables chez l'enfant)
- Pas de niveau/débris déclive
- Pas de communication avec le canal pancréatique principal (50% des pseudokystes)
- Pas de lacération pancréatique identifiée ou histoire de trauma

# Diagnostic différentiel

**Kyste de  
duplication  
surinfecté**



## **En faveur :**

- Kyste de localisation accolée à la paroi gastrique
- Épaississement de la paroi gastrique
- Signes de surinfection potentielle avec infiltration des graisses et liquide libre

## **En défaveur :**

- Les parois du kyste ne montrent pas d'évidente signature digestive à l'échographie (muqueuse et musculuse)
- Pas de couche musculuse commune avec l'estomac visible à l'échographie
- Étiologie et localisation rare (seulement 7% estomac, 1/4500 naissances avec légère prédominance masculine)

# Diagnostic différentiel

## Néoplasie d'origine épithéliale

(ex. néoplasie pancréatique  
séreuse ou mucineuse,  
pancréatoblastome)



### En faveur :

- Aucun

### En défaveur :

- Très rares (moins de 1% chez l'adulte et plus rare chez l'enfant)
- Lésion purement kystique, sans composante solide.
- Uniloculaire

# Diagnostic différentiel

**Néoplasie  
d'origine  
non-épithéliale**

(ex. lymphangiome  
kystique, kyste dermoïde)



## **En faveur :**

- Aucun

## **En défaveur :**

- +++ rares
- Lésion kystique, sans composante solide (versus composantes mixte par exemple en cas de PNET)
- Uniloculaire (versus multiloculaire en contexte de malformation lymphatique)
- Contenu liquidien (versus hétérogène en contexte de kyste dermoïde)

# Diagnostic différentiel

## Kyste congenital

(ex. Kyste cholédoque  
Type 3, cause  
syndromique)



### En faveur :

- Aucun

### En défaveur :

- Pas de communication ou localisation suggestive de kyste du cholédoque
- Kyste uniloculaire unique (versus multiples kystes en contexte de von Hippel-Lindau ou reins polykystiques autosomal dominant)



**Diagnostic  
final**

Après drainage endoscopique et analyse du liquide :



**Pseudokyste  
pancréatique surinfecté**

# Traitement

- En cas de doute diagnostique, une aspiration par échographie endoscopique peut être réalisée.

## Traitement :

- Selon la taille du kyste et les symptômes / complications
  - Les collections de  $\geq 4$  cm ont une faible chance de résorption spontanée.
- Lorsque réalisable, un drainage par échographie endoscopique est favorisé. Sinon, traitement chirurgical.
- En cas de contre-indication chirurgicale et non réalisable par voie endoscopique, une aspiration percutanée peut être réalisée.

# Pronostic

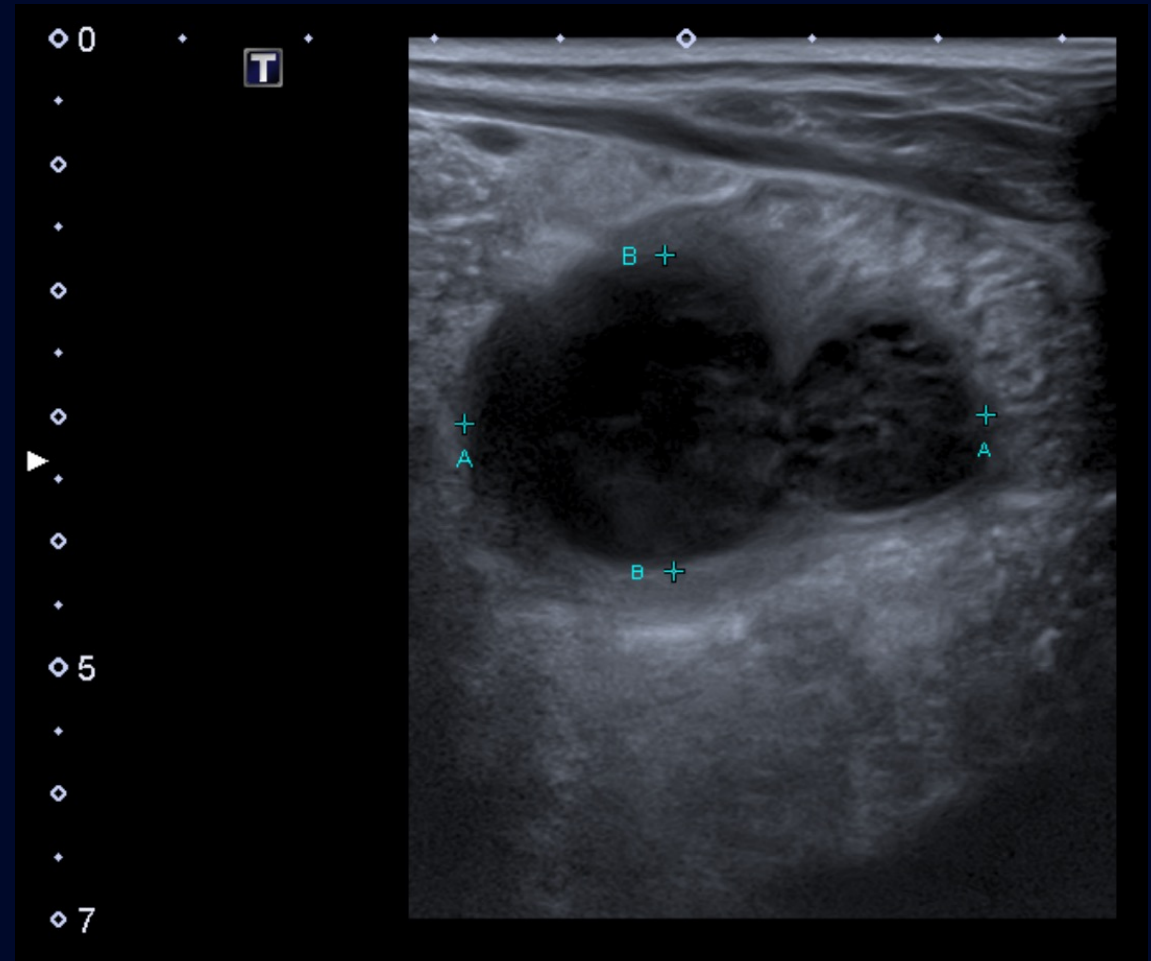
## Pronostic :

- Dépendant des complications ou de la cause (ex. sténose du canal pancréatique)
- Complications possibles :
  - jaunisse obstructive
  - surinfection
  - effet de masse, notamment vasculaire ou digestif
  - hémorragie.

# Suivi échographique

Diminution significative en taille  
du kyste post drainage par voie  
endoscopique.

Patiente suivie cliniquement et  
par échographie. Pas de  
complication.



# Références

1. Ellen M. Chung, Mark D. Travis, and Richard M. Conran, «Pancreatic Tumors in Children : Radiologic-Pathologic correlation» RadioGraphics 2006 26:4, 1211-1238.
2. Serrano P, et al.«Pancreatic Cysts and Pseudocysts». McMaster Textbook of Internal Medicine.  
<https://empendium.com/mcmtextbook/chapter/B31.II.5.3>. Consulté le 15 février 2024.
3. Lisa Qiu et Al. «Pancreatic Masses in Children and Young Adults: Multimodality Review with Pathologic Correlation», RadioGraphics 2021 41:6, 1766-1784.
4. Joseph H. Yacoub et Al. «Approach to Cystic Lesions in the Abdomen and Pelvis, with Radiologic-Pathologic Correlation», RadioGraphics 2021 41:5, 1368-1386.