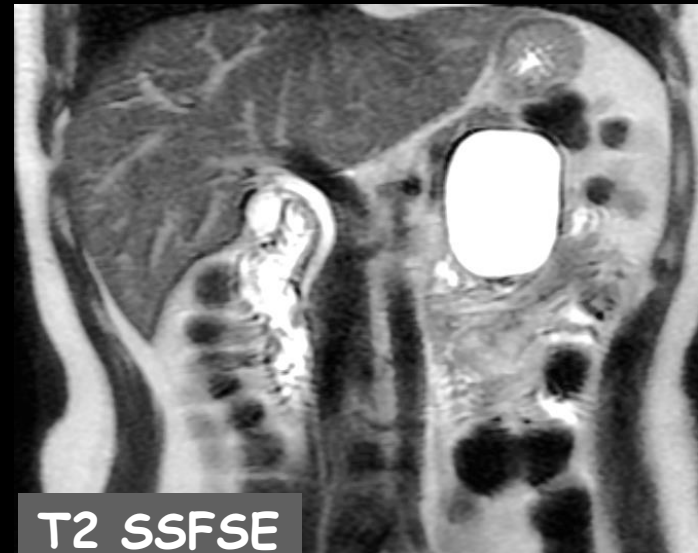




Patiente de 30 ans , découverte d'une masse kystique de l'hypochondrre gauche , lors du bilan de douleurs abdominales épigastriques



IRM



les images en pondération T2 confirment:

.le caractère uniloculaire de l'image kystique du pancréas caudal

.le signal intense et homogène du contenu, reflet d'un liquide à faible concentration protéique

.les parois d'épaisseur régulière

.l'absence de communication avec le canal pancréatique principal





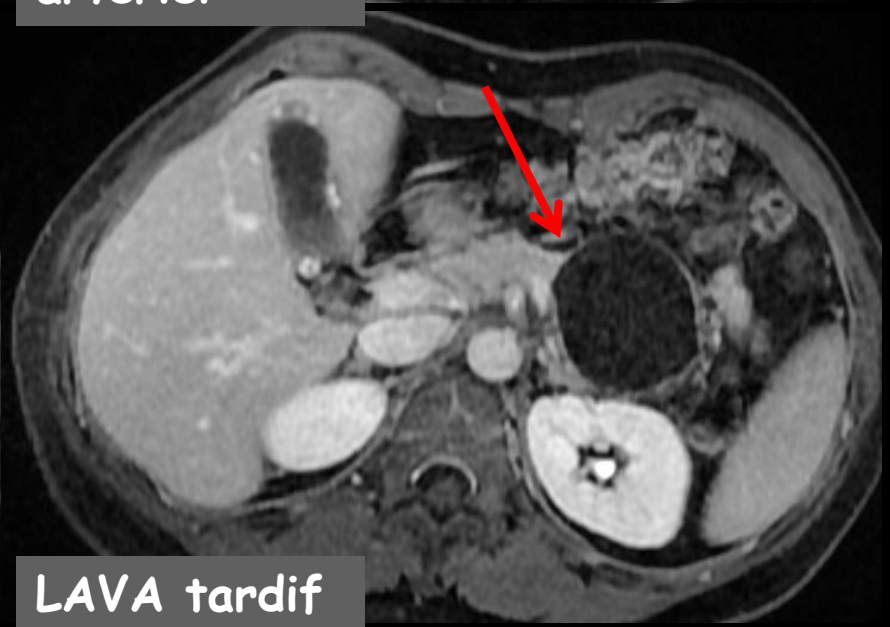
LAVA sans injection



LAVA
artériel



LAVA veineux



LAVA tardif

les images injectées en pondération T1 avec saturation du signal de la graisse montrent mieux les éperons parenchymateux circonscrivant le bord droit de la lésion et qui permettent de confirmer son siège intra-pancréatique

Hypothèses diagnostiques



1-items à prendre en compte

Lésion kystique

Terrain: **Femme de 30 ans**

Découverte fortuite

Topographie: caudale

lésion UNIQUE

PANCREAS SAIN

UNILOCULAIRE

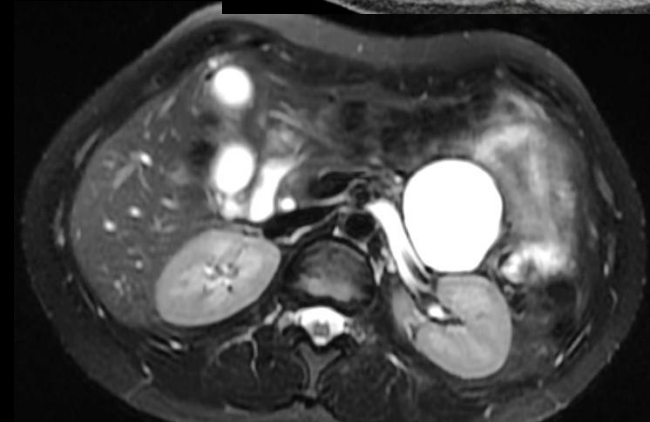
EPAISSISSEMENT régulier de la paroi

pas de microkyste

PAS de VEGETATION

Pas de dilation du canal pancréatique principal

TDM: pas de calcification pariétale



2- gamme diagnostique , compte tenu des items significatifs retenus

Cystadénome mucineux

Cystadénome séreux macroculaire

Kyste hydatique (E. granulosus)

TIPMP

tumeurs solides kystisées: TNE, ADK

cystadénocarcinome

pseudokyste vrai , (dans le cours évolutif d'une pancréatite œdémateuse interstitielle)

métastases kystisées



Critères de malignité:

taille > 3 cm

Indications opératoires: car malignes ou à potentiel malin:

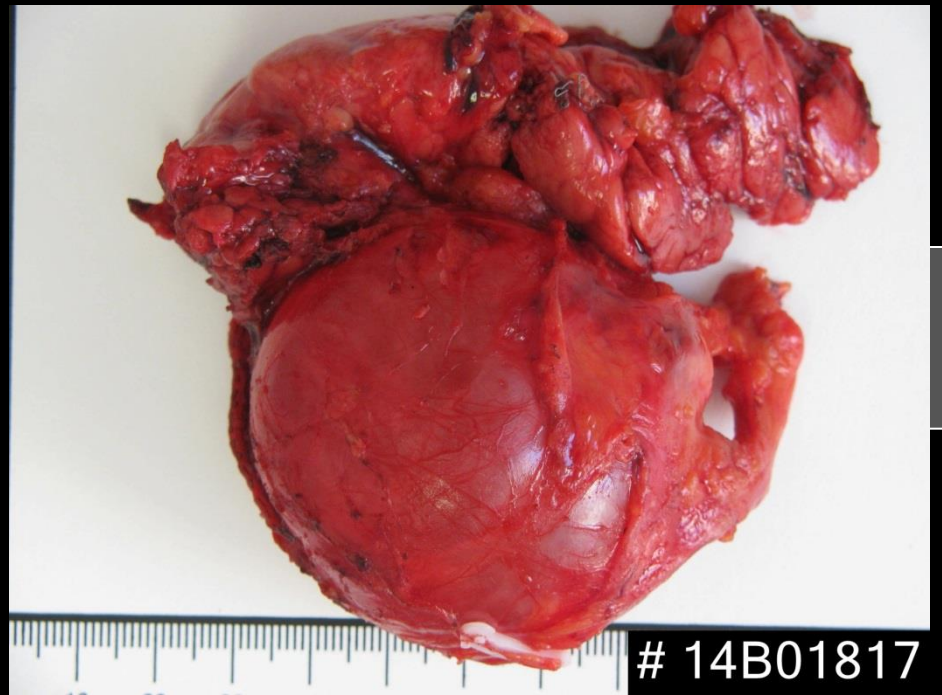
TIPMP main duct

Tumeurs mucineuses

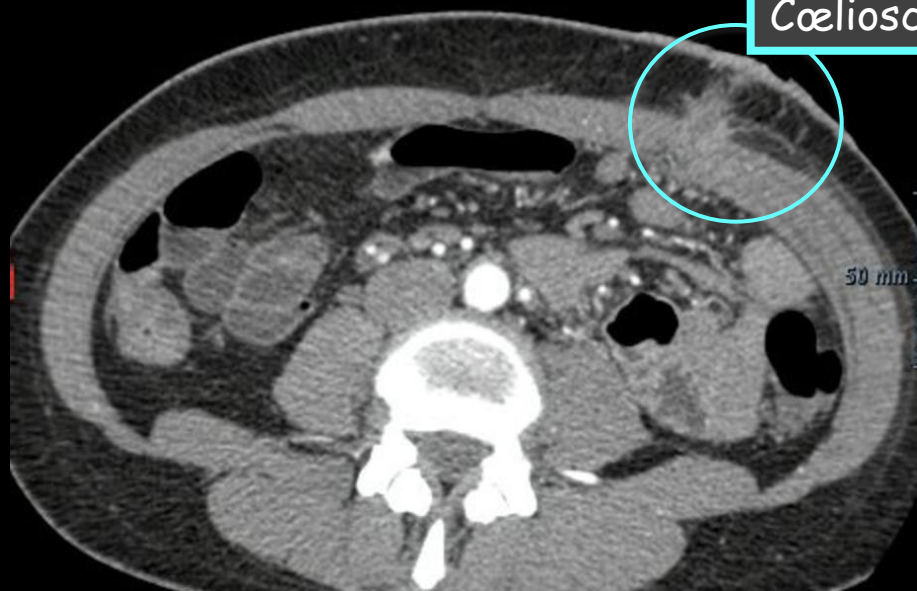
Chirurgie d'emblée:

Intervention de WARSHAW

- Cystadénome séreux uniloculaire macrokystique
- Ossification métaplasique de la paroi kystique



Intervention de WARSHAW sous cœlioscopie contrôle post intervention



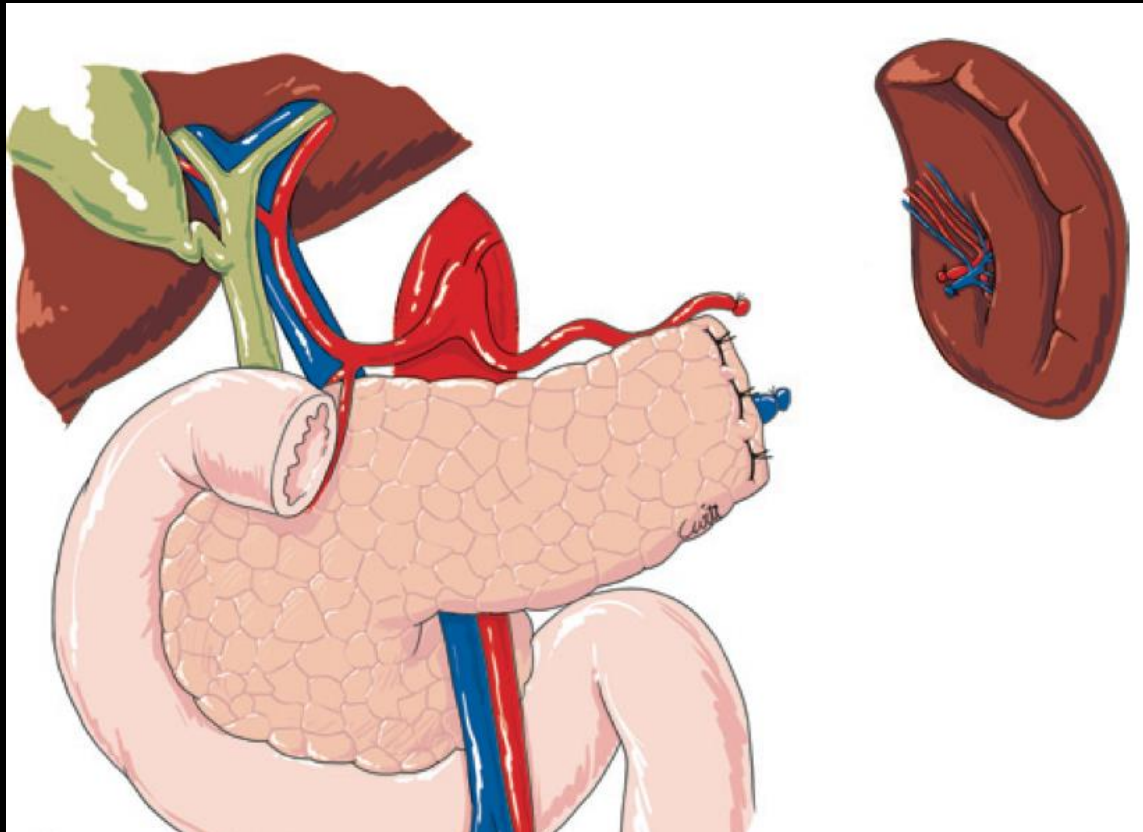
Cœlioscopie

Plages non
perfusées



Intervention de Warshaw

- Pancréatectomie gauche
- Conservation de la rate sans conservation des vaisseaux spléniques
- Réalisée si lésion présumée bénigne



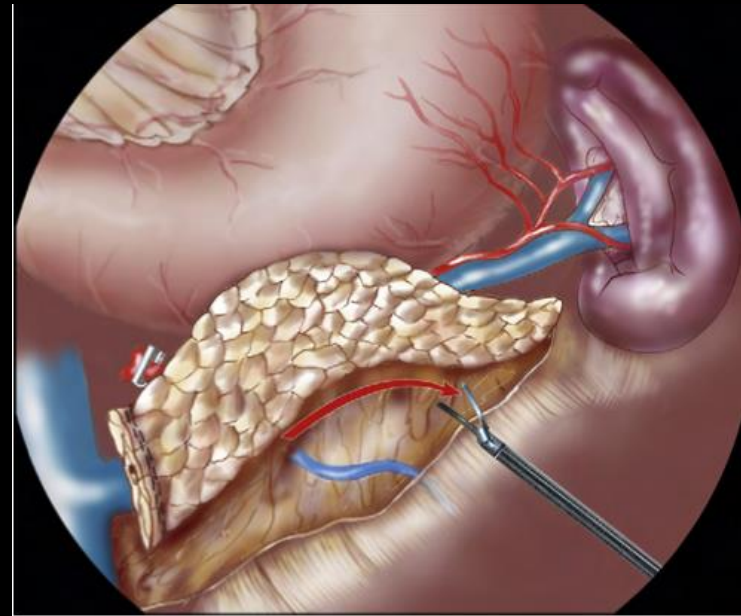
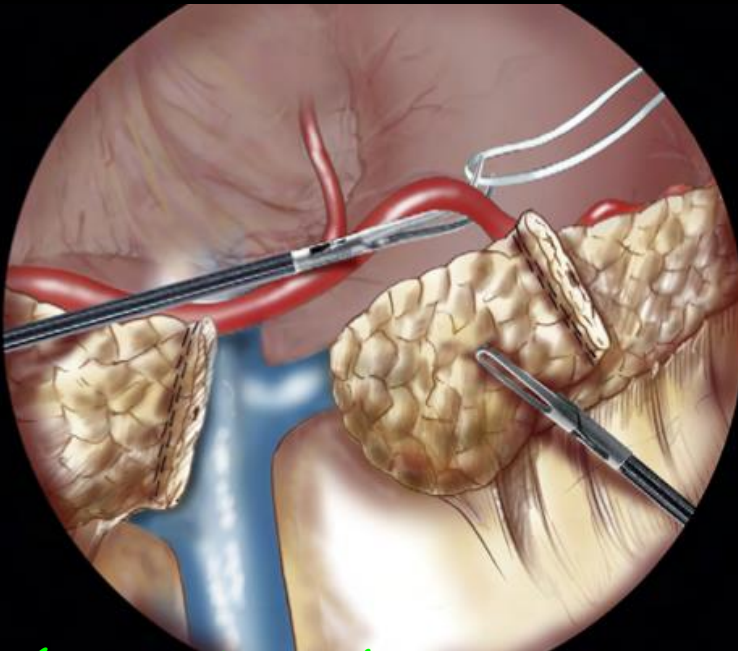
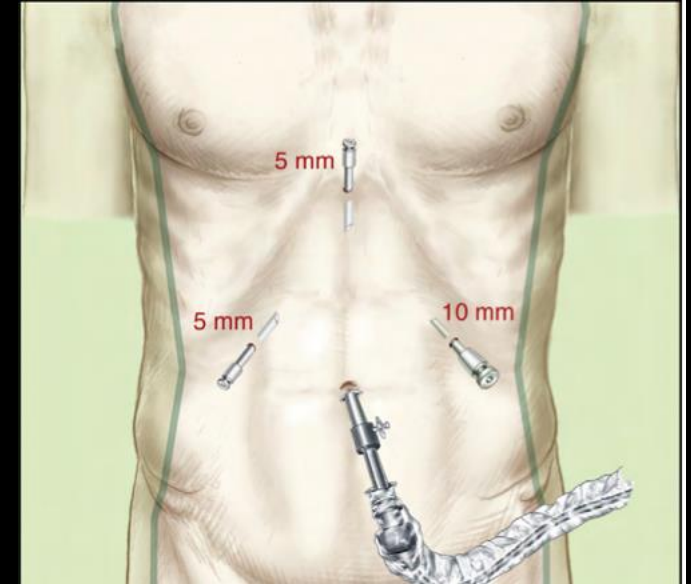
Intervention de Warshaw

Quatre trocars

Décollement colo-épiploïque: expose pancréas isthmo-corporéo-caudal, en **respectant les vaisseaux accessoires spléniques**

Dissection de l'isthme du pancréas puis section

Contrôle des vaisseaux spléniques et libération du bord inférieur du pancréas

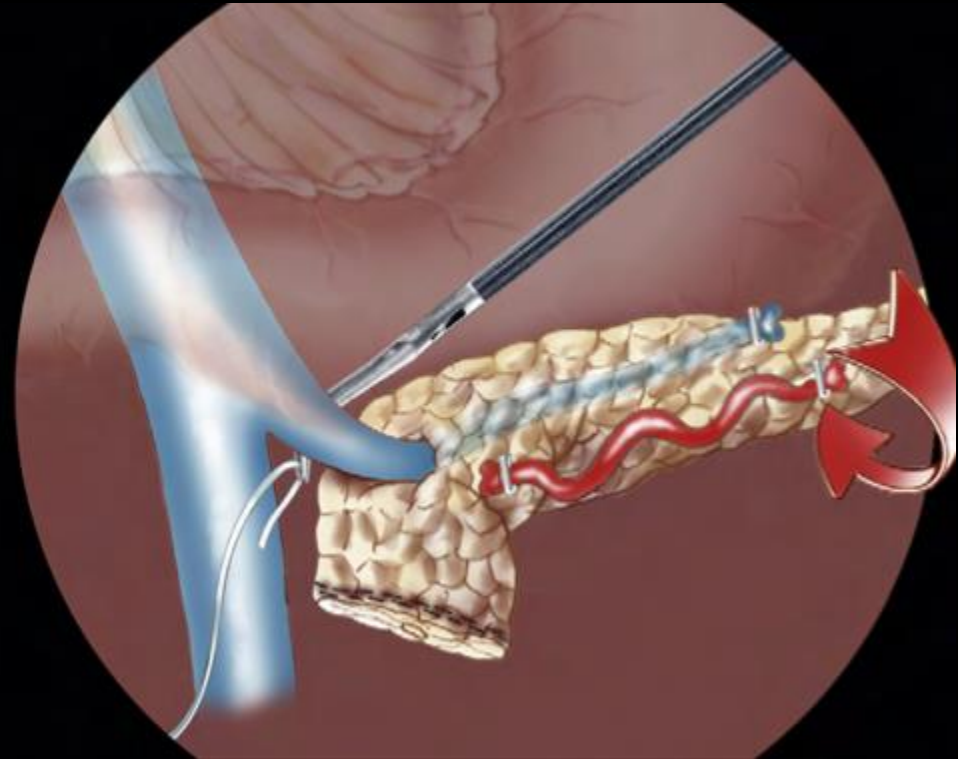
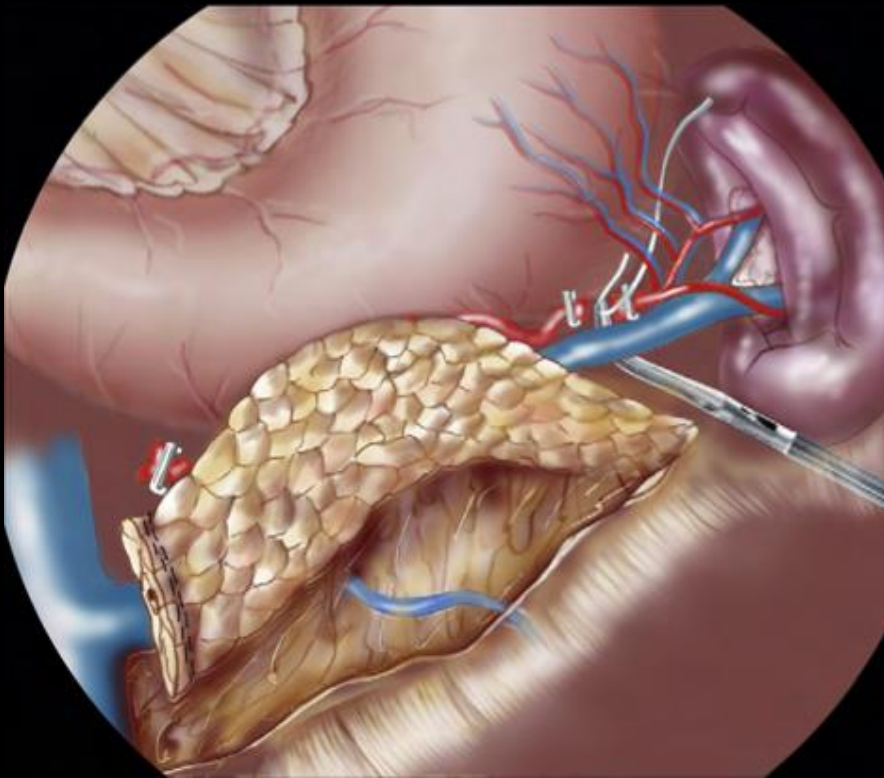


Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate sous laparoscopie, A Sa Cunha, journal de Chirurgie viscérale, 2010

Intervention de Warshaw

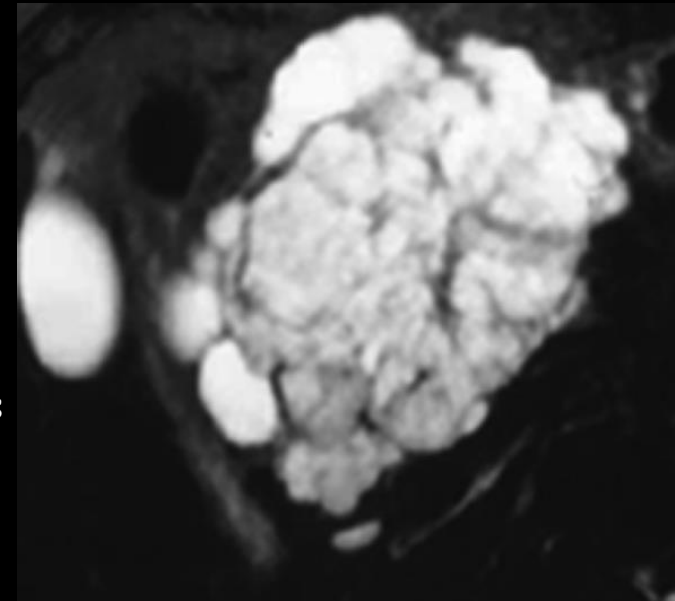
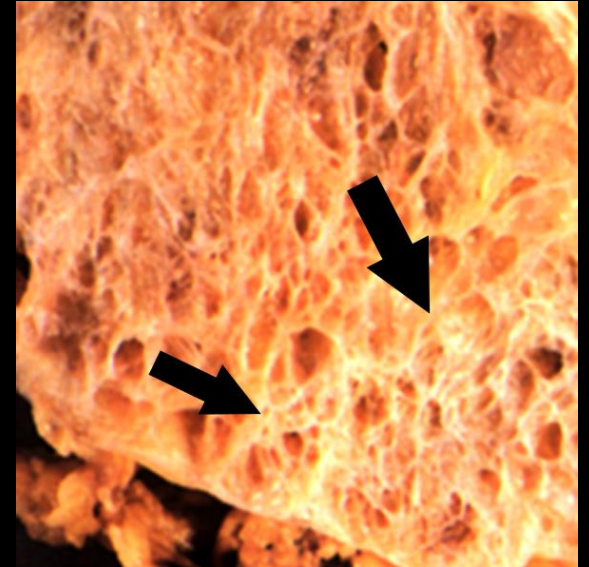
Ligature de la veine et de l'artère splénique

Vascularisation de la rate par les **vaisseaux courts** et l'artère **gastro-épiploïque gauche**



Cystadénome séreux du pancréas

- Tumeur du **pancreas exocrine** (comme le cystadénome mucineux)
- Organisation kystique primitive constituée d'une paroi épithéliale avec ou sans cloisons internes limitant une ou plusieurs cavités liquidiennes.
aspect macroscopique spongiforme le plus caractéristique
- Découverte fortuite le plus souvent
- Fréquente et **bénigne** , Généralement unique
- Age moyen de survenue **50-70 ans** F>H
- Association à la maladie de **Von Hippel Lindau**
- Principal diagnostic différentiel : la tumeur endocrine (marqueurs : chromogranine A ; Octréoscan ou 18FDOPA et biopsie++)
- Abstention thérapeutique



- Multi kystique (70%)
- Rayons de miel (20%)
- Macro kystique, oligokystique (<10%)



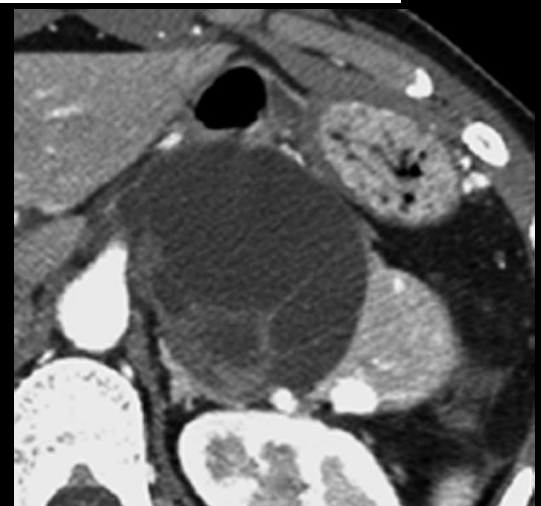
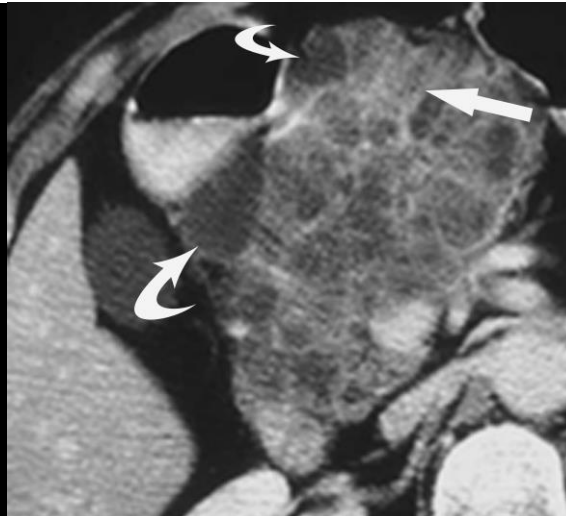
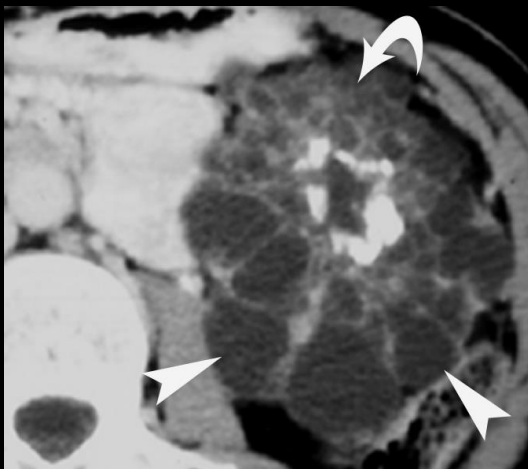
Polycystic



Honeycomb



Oligocystic



Cystadénome séreux macroculaire

Soit **forme mixte** avec kystes de grandes tailles > 2cm, souvent multiples.

Soit **forme uniloculaire macrokystique** (10%) diagnostic différentiel: pseudo kyste ou cystadénome mucineux

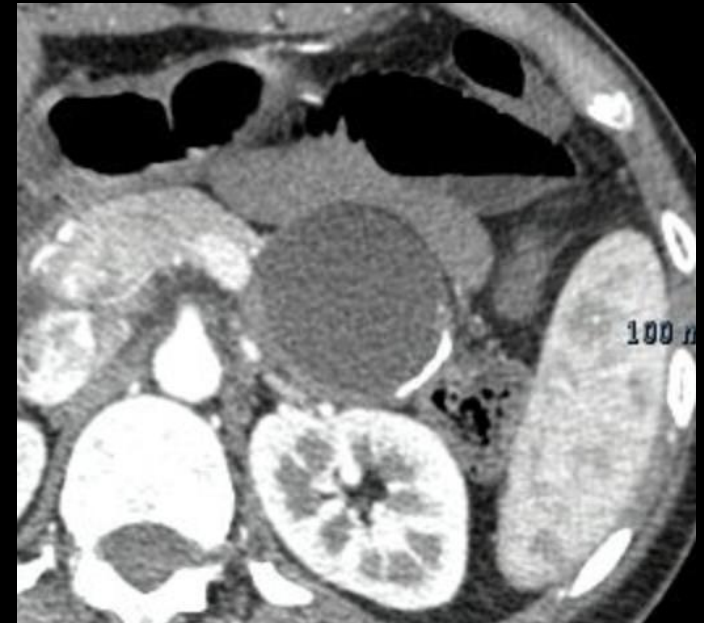
Critères diagnostiques des macrokystes uniloculaires :

Localisation ?

Contours lobulés

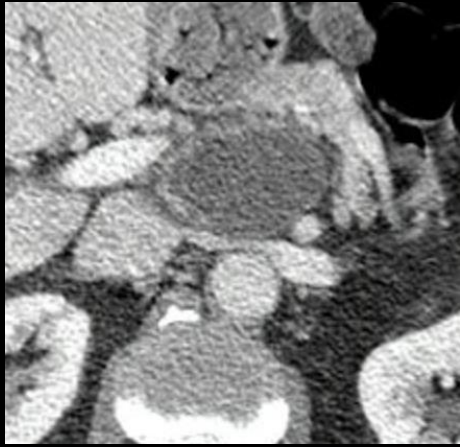
Absence de rehaussement de la paroi

Parois fines <2mm

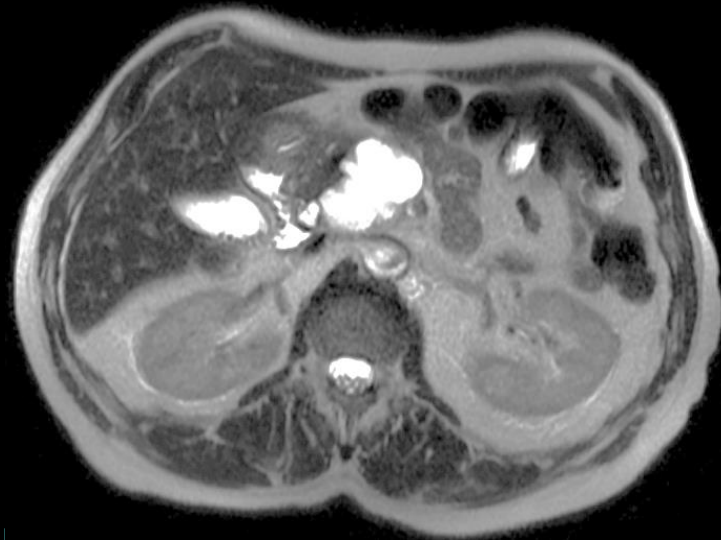


Discrimination of unilocular macrocystic serous cystadenoma from pancreatic pseudocyst and mucinous cystadenoma with CT: initial observations. Cohen-Scali F, Radiology. 2003

Diagnostics différentiels



Cystadénome mucineux
Parois épaissies, Pas de lobulation
périphérique



TIPMP



Pseudo-kyste
Uniloculé, à parois réhaussées,
Infiltration



Cystadénome séreux
Uniloculaire, polylobé, parois fines

Importance de la cytoponction

Eliminer une lésion mucino-secrétante : cystadénome mucineux et une TIPMP:

- **taux d'ACE** < 5 ng/ml : Cystadénome séreux
- **taux d'ACE** > 170 ng/mL: Cystadénome mucineux [ou TIPMP]
- **taux d'ACE** > 400 ng/mL : prédictif de malignité
- **taux de CA 72-4** > 40 U/ml : Cystadénome mucineux [ou TIPMP]
- **taux de CA-19-9** > 50.000 U/mL: Cystadénome mucineux [ou TIPMP] ; il est constamment < 150 U/mL dans les Cystadénome séreux
- **taux d'amylase** > 5000 U/mL: pseudo-kyste, TIPMP

messages à retenir

Il est important de pouvoir différencier Cystadénome mucineux et séreux macroculaire:

-Cystadénome **séreux** -> **surveillance**

-Cystadénome **mucineux** : potentiel malin possible -> **résection chirurgicale**

-Contours lobulés

-Capsule épaisse

-Absence de rehaussement de la paroi

-Cytoponction +++



Cystadénome séreux

Intervention de Warshaw pour la résection des tumeurs bénignes du pancréas gauche