

Pseudokystes hépatiques du foie droit au décours d'une pancréatite aiguë biliaire

David ANCEL (1), Mathieu LEFEBVRE (1), Laurent PEYRIN-BIROULET (1), Laurence CHONE (1), Andréa SIDO (2), Denis REGENT (2), Marc-André BIGARD (1)

(1) Service d'Hépatogastroentérologie, (2) Service de Radiologie, CHU Brabois, 54500 Vandœuvre-les-Nancy.

RÉSUMÉ

La survenue de pseudo-kystes du lobe hépatique droit au décours d'une poussée aiguë de pancréatite biliaire est un évènement rare.

Nous rapportons le cas exceptionnel d'une malade de 69 ans, hospitalisée pour une pancréatite œdémateuse par migration lithiasique, présentant un tableau hyperalgique croissant en relation avec le développement de pseudo-kystes hépatiques droits (dôme et pointe du foie), diagnostiqués au 12^e jour sur la tomodynamométrie abdominale et d'évolution favorable après drainage percutané.

La plupart des pseudo-kystes hépatiques sont décrits au niveau du foie gauche et compliquent une pancréatite alcoolique.

Les mécanismes d'extension hépatique des pseudo-kystes pancréatiques sont sujets à discussion. L'hypothèse d'un passage dans l'arrière cavité des épiploons des enzymes grâce à leur action protéolytique est évoquée. L'infiltrat gagnerait ensuite le foie soit par érosion directe de la capsule, soit par invasion du hile hépatique, soit par le ligament hépato-gastrique.

Nous proposons une autre voie de diffusion des enzymes pancréatiques : en effet, l'espace para-rénal antérieur droit, souvent infiltré au décours d'une pancréatite, pourrait constituer le point de départ vers l'extension hépatique droite, via, notamment, la zone dépéritonalisée que constitue l'area nuda.

SUMMARY

Pancreatic pseudocysts of the right hepatic lobe during acute biliary pancreatitis

David ANCEL, Mathieu LEFEBVRE, Laurent PEYRIN-BIROULET, Laurence CHONE, Andréa SIDO, Denis REGENT, Marc-André BIGARD
(Gastroenterol Clin Biol 2005;29:743-745)

The occurrence of pancreatic pseudocysts of the right hepatic lobe during acute biliary pancreatitis is a rare event. We report the unusual case of a 69-year-old woman who was hospitalised for biliary pancreatitis.

The patient suffered from right hypochondrial pain. A CT-scan performed at day 12 showed pancreatic pseudocysts in the right hepatic lobe. A favorable outcome was obtained after percutaneous drainage.

Most hepatic pseudocysts are described in the left hepatic lobe after alcoholic pancreatitis. Different hypotheses have been suggested to explain the extension of pancreatic pseudocysts in the liver, due to proteolytic effect of pancreatic enzymes that reach the lesser sac and then the liver either directly through the liver capsule, or indirectly through the hepatic hilum vessels, or the hepatic ligament.

We suggest another reason for hepatic invasion : pancreatic enzymes could also cause liver damage, through the para — renal anterior space, often infiltrated during acute pancreatitis, reaching right hepatic lobe through area nuda.

Les pseudo-kystes pancréatiques sont une complication rare des pancréatites aiguës, notamment biliaires [1, 2], dont le diagnostic est rendu plus aisé grâce à la performance des méthodes d'imagerie médicale moderne. Le développement de la tomodynamométrie a en effet permis de mettre en évidence des localisations atypiques extra-pancréatiques de ces pseudo-kystes, la plupart décrite au niveau hépatique gauche.

Nous rapportons une observation comportant des éléments caractéristiques de pseudo-kystes pancréatiques, dont l'originalité repose d'une part sur leur localisation hépatique droite, et d'autre part sur leur survenue au décours d'une pancréatite d'origine biliaire.

Observation

Mme A, malade âgée de 69 ans, a été hospitalisée pour un tableau de douleurs abdominales évoluant depuis 24 heures, évocateur d'une

pancréatite aiguë devant l'association d'une séméiologie clinique typique (épigastralgies transfixiantes, irradiant vers l'hypochondre droit) et des perturbations biologiques à type d'hyperamylasémie et d'hyperlipasémie > 3N (respectivement 650 UI/L pour une valeur normale < 95 UI/L, et 1 140 UI/L pour une valeur normale < 60 UI/L). La tomodynamométrie abdominale initiale confirmait le diagnostic avec présence d'un épanchement péripancréatique, de l'espace para-rénal antérieur droit et du sillon duodéno-pancréatique gagnant le hile hépatique (figures 1a, 1b). Radiologiquement, la sévérité était cotée 3/10 selon le score de Balthazar, témoignant d'une forme œdémateuse, sans nécrose associée. L'origine biliaire était retenue devant l'anamnèse (absence de toute consommation d'alcool, antécédent personnel de migration lithiasique un an auparavant), les perturbations du bilan hépatique rapidement régressives (cytolyse prédominant sur les ASAT à 10 N), ainsi que la mise en évidence d'une vésicule lithiasique et d'une dilatation de la voie biliaire principale mesurée à 11 mm, sans individualisation, cependant, de matériel intracholédocien.

Ce premier épisode de pancréatite s'accompagnait d'une pleurésie basale droite avec atélectasie passive en regard, ayant nécessité 2 ponctions (l'une à l'aveugle, l'autre après repérage échographique) permettant de soustraire au total 400 cc d'un liquide jaune citrin transsudatif, sans stigmate d'infection.

La prise en charge thérapeutique a consisté en la mise en place, sur un cathéter veineux central jugulaire interne, d'une nutrition parentérale pendant 15 jours, associée à une bi-antibiothérapie par ciprofloxacine (Ciflox[®]) et pipéracilline — tazobactam (Tazocilline[®]), relayée à J18 par une monoantibiothérapie orale par ciprofloxacine (Ciflox[®]) pour une durée totale de 21 jours.

Tirés à part : L. CHONE, Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Nancy, 54500 Vandœuvre-les-Nancy.
E-mail : l.chone@chu-nancy.fr

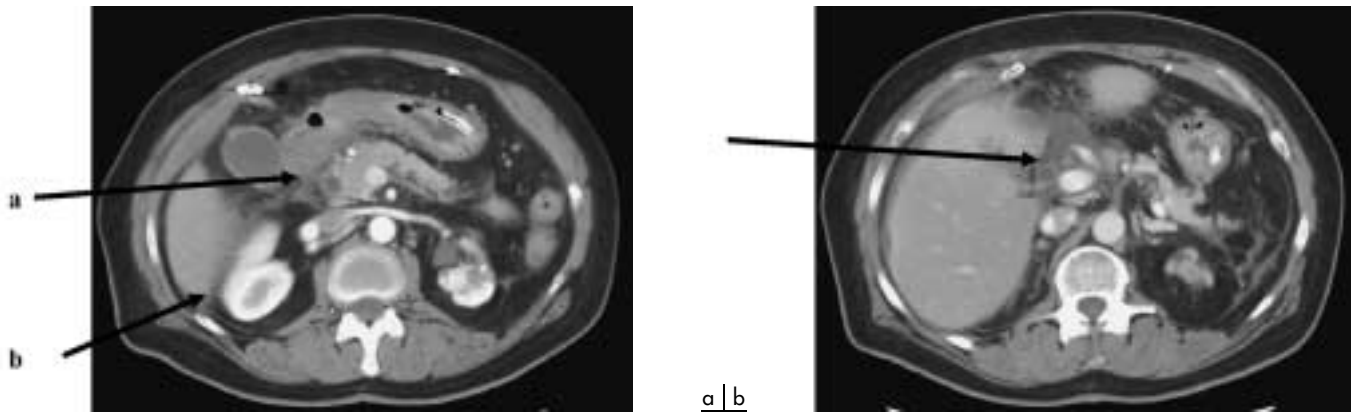


Fig. 1 – a) TDM abdominale initiale : poussée de pancréatite aiguë avec infiltration du sillon duodéno-pancréatique (a) et infiltration de l'espace para-rénal antérieur droit (b). b) TDM abdominale initiale montrant l'infiltrat liquidien gagnant le hile hépatique (flèche).
Initial abdominal CT: acute pancreatitis with duodeno-pancreatic sulcus infiltration (a) and right pararenal anterior space infiltration (b). b) fluid infiltrating the hepatic hilum vessels (arrow).

La recrudescence de douleurs abdominales de l'hypochondre droit, irradiant en héli-ceinture, a conduit à la réalisation d'un second scan-ner à J12, qui permettait d'objectiver :

- une majoration de l'infiltration hilare hépatique ainsi que des branches de division du tronc porte (figure 2a)
- la formation de 3 collections liquidienne, dont 2 sous-capsulaires hépatiques (une du dôme – supéro-externe de 7 Δ 12 cm, et l'autre de la pointe – segment VI de 9 Δ 7 cm) ; la troisième collection s'étant développée en avant du pancréas céphalique, mesurant 49 Δ 63 Δ 60 mm et infiltrant le pédicule hépatique (figure 2b).

Les images radiographiques étaient compatibles avec le diagnostic de pseudo-kystes du foie droit.

Un drainage des pseudo-kystes était entrepris par mise en place sous contrôle scanographique d'un drain monovoie 8F dans une collection hépatique sous capsulaire pendant 8 jours. La ponction ramenait un liquide jaunâtre, riche en lipase (550 UI/L), sans hyperamylasémie ou hyperlipasémie biologique. La mise en culture était négative.

Le tableau algique a nécessité le recours à de la morphine à la seringue électrique, jusqu'à obtention de l'effet antalgique du drainage des kystes.

L'évolution fut ensuite favorable tant sur le plan clinique (amélioration de l'état général, régression complète du tableau algique), que biologique (normalisation du bilan hépatique), et radiologique avec un contrôle scanographique 8 jours après la pose du drain soit à J20 objectivant une nette régression du volume des pseudo-kystes hépatiques, une

stabilité de la collection au niveau du hile hépatique, un nettoyage complet de l'espace para-rénal antérieur droit et une normalisation du calibre du cholédoque. La tomодensitométrie réalisée à distance (1 mois) confirme une régression subtotale de l'ensemble des collections. La malade, porteuse d'un pace-maker pour BAV 2/1, n'a pu bénéficier d'une exploration de l'arbre biliaire par cholangio-IRM.

L'indication de cholécystectomie avec cholangiographie per-opératoire a été retenue mais réalisée de façon différée du fait de la présence des pseudo-kystes hépatiques et notamment de l'infiltrat du hile hépatique.

Discussion

Les pseudo-kystes pancréatiques surviennent rarement lors de la phase aiguë des pancréatites (moins de 5 % des cas) [1], mais constituent un événement plus fréquent au décours de la poussée (observé dans 1 à 21 % des cas), avec un délai moyen d'apparition de 2 semaines, comprenant des extrêmes de 5 jours à 6 semaines [2].

Ils correspondent à des collections liquidienne riches en suc pancréatique, survenant à la faveur d'une rupture du système canalaire pancréatique au décours du processus inflammatoire aigu ; le trajet fistuleux les reliant aux canaux pancréatiques ne persistant pas toujours [3, 4].

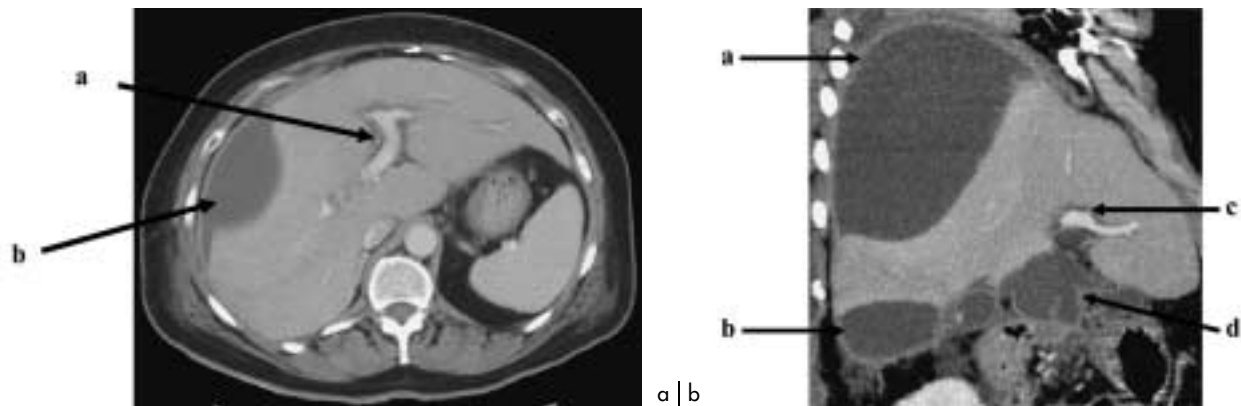


Fig. 2 – a) Coupe axiale : TDM réalisée à J12 montrant l'infiltration au niveau du tronc porte et de ses branches de division (a) ; ainsi que la constitution d'un pseudo-kyste hépatique droit — dôme hépatique — (b) ;
 b) Reconstitution frontale : TDM à J12 : 2 collections sous-capsulaires hépatiques droites (a : dôme hépatique, b : pointe du foie) correspondant aux pseudo-kystes ; infiltration péri-portale (c) ; infiltration hilare hépatique (d)
*a) CT-scan day 12 : infiltration along portal vein and its branches (a) ; pseudo-cyst involving right hepatic lobe (b) ;
 b) CT-scan day 12 with multiplanar reconstruction : 2 sub-capsular collections involving the right hepatic lobe corresponding to pseudo-cysts (a, b) ; periportal infiltration (c) ; hepatic hilum vessel infiltration (d).*

Ils se distinguent des vrais kystes car sont dépourvus de bordure épithéliale. Ils n'ont donc pas de paroi propre et leurs limites sont faites de tissus fibrineux, granulomateux et des viscères adjacents [4].

Habituellement, les pseudo-kystes sont localisés au niveau intra ou péripancréatique ; l'extravasation d'enzymes pancréatiques lors de l'inflammation glandulaire, et l'envahissement de l'espace péri-pancréatique restent circonscrits par des mécanismes de défense locaux péritonéaux [4]. Cependant, grâce à l'action protéolytique des enzymes pancréatiques, les pseudo-kystes peuvent être retrouvés dans des localisations extra-pancréatiques, avec des cas rapportés au niveau hépatique, pelvien et même médiastinal. En 1993, Hamm et al. estimaient la fréquence de ces localisations atypiques à 22,4 % des malades présentant un pseudo-kyste [5].

Une revue récente de la littérature recense, entre 1974 et 2000, 26 cas de pseudo-kystes hépatiques au décours de pancréatites, documentés essentiellement par les méthodes d'imagerie médicale (Ultra-sons, tomodensitométrie), et, rarement, par laparotomie depuis les années 1980. La plupart des malades (23/26) présentait des localisations hépatiques gauches ; le foie droit étant concerné dans 3 cas seulement [6]. Pour des raisons anatomiques, les pseudokystes se développeraient plus souvent dans le lobe gauche du foie du fait de la migration liquidienne préférentielle à travers certains mésos (ligament triangulaire gauche) [7].

Les mécanismes physiopathologiques évoqués, quant à l'extension hépatique des pseudo-kystes pancréatiques, sont, jusqu'à présent, sujets à discussion, relevant le plus souvent de la supposition.

Ainsi, la présence d'enzymes protéolytiques permettrait l'érosion péritonéale et le passage intra-péritonéal des liquides dans l'arrière cavité des épiploons, puis l'espace compris entre l'estomac et le lobe hépatique gauche. L'infiltrat gagnerait ensuite le parenchyme hépatique soit par érosion directe de la capsule [8, 10, 11], soit par infiltration du hile hépatique [4, 10], soit par infiltration du ligament hépato-gastrique, le plus communément décrit [4, 6, 9, 10], ou du ligament hépato-duodénal, récemment mis en évidence par Shibasaki et al. [12].

Cependant, l'espace para-rénal antérieur, rétropéritonéal, est souvent infiltré au décours d'une poussée de pancréatite aiguë et pourrait aussi être le point de départ de l'extension de l'infiltrat vers le foie. L'absence de capsule limitante et la présence d'enzymes protéolytiques permettraient la progression des liquides qui seraient alors « guidés » entre le feuillet péritonéal pariétal et la capsule hépatique. Les liquides s'organiseraient secondairement en collections péri-hépatiques extra-capsulaires, ou pourraient infiltrer directement le parenchyme hépatique via une zone de moindre résistance anatomique que constitue la partie déparietalisée du foie : l'area nuda (figure 3).

Notre observation relate un cas de pseudo-kystes hépatiques du foie droit, complication exceptionnelle au décours d'une poussée de pancréatite aiguë, a fortiori d'origine biliaire.

La première description de pseudo-kyste hépatique droit date de 1993, et le mécanisme physiopathologique évoqué est la progression de l'infiltrat par le hile hépatique et l'extension vers le lobe hépatique droit par les branches de division du tronc porte [4].

Dans notre cas, le scanner initial rapporte une infiltration de l'espace para-rénal antérieur droit ainsi que du hile hépatique, laissant supposer que les liquides ont pu gagner le lobe hépatique droit par la veine porte et sa branche droite et/ou par l'area nuda.

Nous rapportons également, pour la première fois, une observation clinique de pseudo-kystes hépatiques compliquant l'évolution d'une pancréatite d'origine biliaire ; en effet, la prévalance des pseudo-kystes après une pancréatite aiguë varie en fonction de l'étiologie, compliquant plus fréquemment l'évolution d'une pancréatite éthylique (25-35 %) que lithiasique (1-5 %) [2].

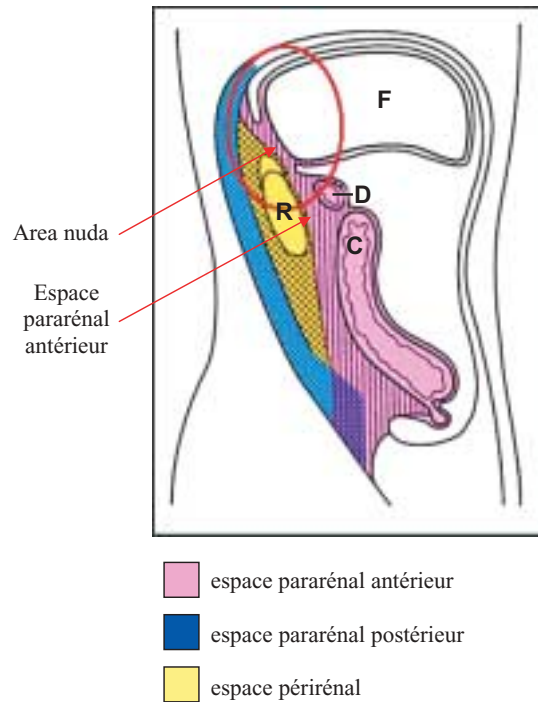


Fig. 3 – Area nuda ; espace para-rénal antérieur.
(F : foie ; R : rein ; C : colon ; D : duodénum).
Area nuda ; pararenal anterior space.

RÉFÉRENCES

- Mitchell RM, Byrne MF, Baillie J. Pancreatitis. *Lancet* 2003; 361:1447-55.
- Lesur G, Levy P, Sauvanet A, Vilgrain V, Belghiti J, Bernades P. Pseudo-kystes du pancréas. Histoire naturelle et indications thérapeutiques. *Mise au point. Gastroenterol Clin Biol* 1994;18:880-8.
- Guillaume A, Desport JC, Dolan P, Fressard D, Feiss P. Acute respiratory distress caused by a mediastinal pancreatic pseudocyst. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993;12:500-4.
- Aiza I, Barkin JS, Casillas VJ, Molina EG. Pancreatic pseudocysts involving both hepatic lobes. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1450-2.
- Hamm B, Franzen N. Atypically located pancreatic pseudocysts in the liver, spleen, stomach wall and mediastinum: their CT diagnosis. *Rofo* 1993;159:522-7.
- Mofredj A, Cadranet JF, Dautreux M, Kazerouni F, Hadj-Nacer K, Deplaix P, et al. Pancreatic pseudocyst located in the liver: a case report and literature review. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:81-3.
- Atienza P, Couturier D, Grandjean S, Guerre J, Bettan L, Chapuis Y, et al. Collections liquidiennes intra-hépatiques d'origine pancréatique. Une observation. *Presse Med* 1987;16:1195-8.
- Okuda K, Sugita S, Tsukada E, Sakuma Y, Ohkubo K. Pancreatic pseudocyst in the left hepatic lobe: a report of two cases. *Hepatology* 1991;13:359-63.
- Wang SJ, Chen JJ, Changchien CS, Chiou SS, Tai DI, Lee CM, et al. Sequential invasions of pancreatic pseudocysts in pancreatic tail, hepatic left lobe, caudate lobe, and spleen. *Pancreas* 1993; 8:133-6.
- Lederman E, Cajot O, Canva-Delcambre V, Ernst O, Notteghem B, Paris JC. Pseudo-kystes du foie gauche : une complication inhabituelle de la pancréatite aiguë. *Gastroenterol Clin Biol* 1997; 21:340-1.
- Okuda K, Sugita S. Hepatobiliary images. Pancreatic pseudocysts in the liver. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13:433-6.
- Shibasaki M, Bandai Y, Ukai T. Pancreatic pseudocyst extending into the liver via the hepatoduodenal ligament: a case report. *Hepatogastroenterology* 2002;49:1719-21.