

## PSEUDOKYSTE POST TRAUMATIQUE DU PANCREAS CHEZ UN ENFANT DE 6 ANS

SANOGO ZZ<sup>1</sup>, YENA S<sup>1</sup>, DIARRA K<sup>1</sup>, DOUMBIA D<sup>2</sup>, OUATTARA Z<sup>3</sup>, DIALLO A<sup>2</sup>,  
SIDIBE S<sup>4</sup>, SANGARE D<sup>1</sup>, SOUMARE S<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie « A », Hôpital du Point G

2. Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital du Point G

3. Service d'urologie, Hôpital du Point G

4. Service de Radiologie, Hôpital du Point G

## RESUME

**But :** rapporter un cas clinique rare de pathologie pancréatique post traumatique chez un enfant de 6 ans, et partager les circonstances sinieuses de découverte et le traitement dans notre service.

**Matériel et méthodes :** il s'est agi d'une étude descriptive portant sur un cas de pseudo kyste post traumatique du pancréas recensé au cours de l'année 1998 dans le service.

**Résultats :** la découverte de la lésion a eu lieu 5 mois après le traumatisme. Le diagnostic a été posé à l'échographie. Le traitement a consisté en un drainage par laparotomie. Les suites ont été simples.

**Conclusion :** le pseudo kyste post traumatique du pancréas chez l'enfant est rare. La constitution du kyste peut se faire à distance du traumatisme. L'échographie abdominale demeure dans ce cas un instrument de diagnostic très sensible. Le pronostic après le drainage par laparotomie du pseudo kyste post traumatique a été bon.

**MOTS CLES :** pancréas, pseudo kyste, traumatisme, drainage.

## I. INTRODUCTION

Le faux kyste du pancréas ou pseudokyste peut survenir après un traumatisme[1]. La constitution du pseudokyste est en règle doublée d'une pancréatite aiguë ou chronique[1]. Nous rapportons un cas de pseudokyste du pancréas chez un enfant de 6 ans victime d'un piétinement par un bœuf de labour. Le diagnostic a été fait avec un retard certain. Le malade a du séjourner en service de médecine interne car la notion de traumatisme a été longtemps refoulée. Le diagnostic chirurgical a été facile sur la base des examens cliniques et para-cliniques. Le traitement par drainage par laparotomie a été un succès. Les suites post opératoires ont été simples.

## II. MATERIEL ET METHODES

## Observation clinique

Un garçon de 6 ans, résident rural à 130 km de BAMAKO a consulté pour la première fois au centre de santé de Bougouni. Le motif de consultation en urgence était un abdomen aigu post traumatique. L'enfant avait été piétiné par un bœuf de labour le 22/10/98. Les douleurs abdominales et les vomissements étaient les signes notés à l'arrivée. Sur la base du diagnostic d'abdomen aigu a été pratiquée le 01/11/98 une laparotomie exploratrice au C.S. L'exploration montrait un liquide d'aspect trouble en quantité abondante et de nombreuses plaques de fibrine, ainsi que des adénopathies mésentériques. Tous les organes intra abdominaux semblaient normaux. Au 10<sup>ème</sup> jour post opératoire existait encore une augmentation importante du volume abdominal avec signe du flot, nécessitant des ponctions évacuatrices répétées.

Le 29/03/99, soit 5 mois après le traumatisme l'enfant a été référé sur l'hôpital du Point G Bamako. Après un séjour de trois semaines en service de médecine interne, nous l'examinions pour la première fois. Le seul antécédent médical était le paludisme. Les antécédents chirurgicaux mentionnaient la laparotomie du 01/11/98 à Bougouni. Il n'existait aucune pathologie familiale connue. Les signes fonctionnels se résumaient à une inappétence, une pesanteur abdominale, une douleur abdominale et des vomissements. L'état général était altéré sans fièvre, une tachycardie à

116/min, des conjonctives peu colorées, une circulation veineuse collatérale et une asthénie.

A l'examen physique une cicatrice de laparotomie sus et sous ombilicale était notée. L'abdomen était tendu, augmenté de volume, à contours réguliers. Le périmètre abdominal per ombilical était de 70 cm. Une masse douloureuse de consistance molle occupait tout le cadre abdominal.

L'échographie objectivait une grosse structure kystique de 13 cm de diamètre antéro-postérieur, contenant des sédiments. La tomодensitométrie n'a pu être effectuée car trop onéreuse par rapport aux moyens modestes des parents. Le foie et la vésicule biliaire étaient sans anomalie. La radiographie du thorax de face était normale. La numération formule sanguine et la glycémie étaient normales. Le taux d'amylase sanguine par contre était de 1370 UI/L (<82 UI/L) L'exploration chirurgicale était décidée. Une laparotomie médiane sus et sous ombilicale était pratiquée. Les 2/3 de la cavité abdominale étaient occupés par une volumineuse masse kystique liquidienne refoulant le grêle dans le pelvis, le colon transverse en avant et l'estomac en cranial. La masse était développée au dépens de la face antérieure du pancréas. La ponction à l'aiguille fine ramenait un liquide blanc sale. Un premier drain intra kystique était placé. Un second drain dans l'hypochondre gauche était positionné et fixé à la peau. La paroi abdominale était fermée plan par plan. Une antibiothérapie à base de métronidazole 0,5g/24h et d'amoxicilline 1g/24h de même que un traitement antalgique complétaient les gestes de réanimation. Le drain intra kystique tombait à J10, et celui de l'hypochondre gauche était enlevé sur la base du tarissement des sécrétions à J12.

La surveillance échographique post opératoire montrait à la date du 10/05/99 une collection résiduelle de 42mm de diamètre. Trois mois après le drainage ne subsistait aucun aspect kystique ou épanchement intra péritonéal à l'échographie.

Le taux d'amylase pancréatique était de 167 UI/l contre 1370 UI/l avant l'intervention.

Le compte rendu d'anatomopathologie montrait que la paroi kystique était constituée exclusivement de faisceaux collagènes sans revêtement épithélial.

## III. DISCUSSION

Les pseudo kystes du pancréas sont en général rares[1]. Au Mali nous ne disposons d'aucune statistique de cette pathologie. Les pseudo kystes post traumatiques de l'enfant semblent plus rares[2]. Cette rareté est souvent cause de méconnaissance de la pathologie. La constitution d'un pseudo kyste pancréatique se fait à distance du traumatisme dont la notion peut être oubliée. Ainsi le garçon de 6 ans de notre étude était référé en service de médecine interne, la notion de traumatisme étant passée en second plan. Le diagnostic de lésion pancréatique n'est donc pas toujours facile à distance d'un traumatisme abdominal.

Les signes fonctionnels comme les vomissements, la douleur l'asthénie sont souvent présents[1,2,3]. Une cachexie et une altération de l'état général sont en général retrouvées. La tuméfaction abdominale, souvent volumineuse et douloureuse à la palpation résume la symptomatologie physique [3]. Notre jeune patient présentait dès le premier examen chirurgical tous ces signes francs, ce qui nous a permis de poser le diagnostic de pseudo kyste post traumatique du pancréas.

La première échographie a posé le diagnostic de lésion kystique du pancréas. Elle serait l'examen de diagnostic et de contrôle le plus fiable et le plus sensible[4]. Elle donne des renseignements quant au siège, au volume et au caractère kystique de la tuméfaction pancréatique. Notre malade a bénéficié de cet examen en pré et en post opératoire. La tomodynamométrie serait plus performante [4] mais n'a pu être effectuée chez notre patient pour raison de coût élevé.

Les traumatismes du pancréas s'accompagnent de pancréatite aiguë ou chronique. Le dosage de l'amylase sanguine peut être d'importance pour le diagnostic et la surveillance thérapeutique. Le taux d'amylase pancréatique est passé de 1370UI/l en préopératoire à 167UI/l en post opératoire.

La contusion pancréatique appelle une attitude d'expectative armée, sauf lorsque existent des lésions de rupture imposant la chirurgie d'urgence[5]. Le jeune malade a été opéré tôt mais le diagnostic précis n'a pas été fait.

La résorption spontanée du pseudo kyste serait possible[6,1], mais des complications de type rupture, infection du contenu kystique ou hémorragie restent possibles[6]. Le cas clinique de notre étude a développé au fil des semaines un pseudo kyste qui a régulièrement augmenté de taille malgré les ponctions itératives. Le caractère stérile du liquide de ponction relèverait d'une insuffisance de l'examen bactériologique.

Les actes thérapeutiques chirurgicaux comportent le drainage interne du pseudo kyste, possible seulement après maturation de la paroi kystique. Il s'agit de kysto-gastrostomie ou de kysto- jejunostomie.

Le drainage externe est possible ainsi que les ponctions écho-guidées [5-6-7]. Des voies de ponction trans gastrales et trans hépatiques ont été décrites[8]. Les indications de la ponction sont les obstructions gastro-intestinales, une augmentation rapide du volume du kyste ou une infection du contenu kystique. Des fistules après ponctions ont été signalées[5-6]. Plusieurs ponctions peuvent être effectuées sans danger[7]. Dans notre cas d'étude, devant ce volumineux pseudo kyste pancréatique avec compression locale, les multiples ponctions n'ont donné aucun résultat souhaitable. Une laparotomie avec drainage externe du contenu kystique a abouti à l'affaissement de la structure pseudo kystique pancréatique. Les suites ont été simples.

## CONCLUSION

Le pseudo kyste post traumatique du pancréas chez l'enfant est rare dans notre pratique(1 cas /768 laparotomies/an). Le faux kyste post traumatique du pancréas peut se constituer à distance du traumatisme abdominal et poser des problèmes diagnostiques. L'échographie demeure dans notre contexte d'exercice l'examen d'imagerie le plus approprié de part sa sensibilité sa fiabilité et son coût. Le pronostic est bon après drainage chirurgical externe.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANDERSON MC - Management of pancreatic pseudocysts. Am J Ch 1972 ; 120 : 209-221.
2. BASS J & MITARB - Blunt pancreatic injuries in children : the role of percutaneous external drainage of pancreatic pseudocysts. J Pediatr Surg 1998; 23 : 7216724.
3. BELGHITI J - Indications chirurgicales dans le pkp. Ann chir 1990 ; 1 : 5p. 59.
4. FLAMENT JB - Une approche moderne des FKP, choix des examens pré et post opératoires et orientations thérapeutiques. Chirurgie 1985 ; 111 : 348-356.

5. JAFFE RB, ARATA & MATLAK ME - Percutaneous drainage of traumatic pseudocysts in children. Am J Roentg 1989 ;152 : 591-595.
6. COLHOUN E, JJ MURPHY & DP MAC EARLEAN - Percutaneous drainage of pseudocysts. Br J Surg 1984 ; 71:131-132.
7. LE-MEY C - Dérivations kysto-digestives endoscopiques, à propos de 10 cas. Chirurgie 1987 ; 113 : 726-7.
8. GUMASTE UV & DAVE PB - Pancreatic pseudocyst drainage, the needle or the scalpel ? J clin Gastroenterologie 1991;135 : 500-505.