

## FAUX KYSTE DU PANCREAS

N. Hortolomei et T. Ghitzesco

**Revista de Chirurgie 1941; 44(3-4): 245-251**

*Comunicată la Societatea de Chirurgie din București 9 aprilie 1941*

Nous vous présenterons un cas de faux kyste de pancréas, pour lequel on a exécuté une pancréato-gastrostomie, opération exécuté dans peu de cas et que nous avons trouvée intéressante à publier:

Le malade P.S. âgé de 42 ans, cabaretier, est transféré du service médical dans notre Clinique, pour une tumeur abdominale proéminente dans la région ombilicale, douleurs dans tout l'abdomen, prédominant dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque gauche, ictère et selles décolorées, vomissement biliaire, oligurie, diarrhée. Le malade est très débilité.

*Antécédents hérédico-collatéraux et personnels:* sans importance.

La maladie actuelle date de trois mois. Elle a commencé par de brusques douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements biliaires, prenant la forme de crises, sans avoir cependant la grande intensité des douleurs ressenties dans la pancréatite aiguë. Ces phénomènes se sont répétés plusieurs fois dans l'intervalle d'un mois. Les douleurs ont continué d'être persistantes, mais moins aiguës que celles ressenties pendant les crises et sans horaire précis. L'appétit du malade était diminué; les aliments gras lui provoquaient des nausées. Le malade commence à maigrir progressivement et rapidement, au cours du premier mois. Dans les derniers quarante-cinq jours, le malade observe qu'il ne peut plus boucler sa ceinture. L'abdomen augmente progressivement de volume. Au cours du dernier mois, un ictère d'un jaune pâle vient s'ajouter aux autres symptômes. Dans les dernières semaines, la tumeur augmente de volume avec une rapidité

vertigineuse, et l'état général se modifie dans le sens d'un amaigrissement marqué, avec ictère, selles décolorées, oligurie.

*A l'examen physique,* on constate la proéminence de l'abdomen « en obus », avec le maximum de courbure dans la région supra-ombilicale, d'un volume considérable. A la palpation, on sent une tumeur immobile qui comprend tout l'abdomen, mais qui prédomine surtout dans l'épigastre et dans l'hypochondre droit (ce qui est caractéristique pour les tumeurs développées entre l'estomac et le côlon).

A la percussion, on constate de la sonorité au dessus de la tumeur, constatation qui fait incliner M. le Professeur Hortolomei en faveur du diagnostic de kyste pancréatique. La matité se confond avec la matité hépatique. On perçoit une certaine sonorité dans la région épigastrique supérieure: elle est due à l'estomac tendu en haut.

L'examen radiologique n'est pas concluant pour le diagnostic, cet examen étant fait sans insufflations gastrique.

On fait *l'intervention chirurgicale* sous anesthésie rachidienne à la percaïne. Incision supra-ombilicale. On trouve un kyste énorme, bombant entre l'estomac et le côlon. L'estomac est beaucoup refoulé en haut et poussé sous le foie. Le côlon transverse est refoulé en bas, et la partie proéminente du kyste repousse en avant l'épiploon gastro-colique. On pratique une ouverture par l'épiploon gastro-colique et on poctionne le kyste, d'où il s'écoule une quantité d'approximativement 3 L de liquide jaune filant. La paroi de kyste a une épaisseur de 3 mm et sa surface intérieure ne présente pas de formations épithéliales. On procède

ensuite à l'anastomose en deux plans, entre le kyste et la face postérieure de l'estomac, en créant une bouche d'anastomose d'environ 1,5 cm. Pendant quelques jours, le malade présente des selles diarrhéiques, l'ictère diminue progressivement, les forces sont récupérées assez rapidement. Le patient quitte l'hôpital au bout de vingt-quatre jours.

Revu 6 mois après, le malade a repris du poids (15 kg.) et il exerce sans difficulté sa profession de cabaretier.

A l'examen radioscopique de contrôle, exécuté six mois après, le barième ne passe pas de l'estomac dans la bourse du kyste.

Dans leur ouvrage, Brock et Mignac divisent les kystes du pancréas en deux grandes catégories:

- 1) Les faux kystes nécrotiques et
- 2) Les vrais kystes du pancréas.

La différence est seulement pathogénique et anatomo-pathologique car, du point de vue clinique, les deux catégories de kystes se présentent de la même manière. Les faux kystes nécrotiques sont dus à une pancréatite aiguë, tandis que les vrais kystes sont des tumeurs kystiques qui, du point de vue anatomo-pathologique, se rangent dans le groupe des kyste-adénomes, lorsqu'elles sont bénignes, et dans le groupe des kyste-épithéliomes, lorsqu'elles sont malignes.

Dans notre cas, étant donné les crises douloureuses abdominales, la rapidité avec laquelle le kyste a augmenté de volume et l'aspect de la membrane kystique (sans épithélium), nous croyons qu'il s'agit d'un faux kyste du pancréas. En général, les vrais kystes ont une évolution torpide et ne s'accompagnent pas des crises aiguës.

Du point de vue du diagnostic, le kyste du pancréas soulève des problèmes souvent difficiles. Il s'agit de le différencier des tumeurs rétro-péritonéales, des hydro-néphroses, des tumeurs de la rate, des kystes du mésentère, des vésicules biliaires énormes, du kyste hydatique hépatique, des kystes ovariens. Mais, qu'il s'agisse d'un faux kyste ou d'un vrai, le traitement chirurgical est le même. En présentant notre

cas, nous avons surtout eu en vue le traitement.

L'extirpation peut être exécutée dans les kyste-adénomes pédiculés. Desplas et Philardeau (Société de Chirurgie, 1922) et Lefort (Société de Chirurgie, 1922) présentent deux cas d'extirpation de kystes pédiculés, suivis de guérison. Dans un cas de kyste de la queue du pancréas, Potterat est obligé de lier l'artère splénique. Le malade meurt au bout de quarante-six heures.

La marsupialisation est fréquemment suivie d'une fistule pancréatique. C'est pourquoi divers chirurgiens ont pensé pratiquer l'anastomose entre le kyste et les organes creux du tube digestif. Ombrédanne est le premier à exécuter en 1911, l'anastomose d'un kyste de la tête pancréatique avec le duodénum. Le malade succombe au bout de 11 jours. A la Société de Chirurgie, Quénu s'élève contre ce procédé, car, à son avis, le contenu duodénal risquerait de pénétrer dans la poche du kyste. Néanmoins, on n'abandonne pas le procédé des anastomoses avec le tractus gastro-intestinal.

Jedlicka, en 1921, après une résection partielle du kyste, pratique l'anastomose du reste de la bourse avec l'estomac. Il réalise une pancréato-gastrostomie. L'opération est suivie de succès. Henlé, en 1927, exécute une dérivation du kyste dans l'intestin grêle: pancréato-entérostomie. Le malade guérit.

Achamatowicz (Pologne) publie (Zentralblatt für Chirurgie, 1937) un cas d'anastomose du kyste avec la vésicule biliaire, sans ligature du cystique. Quoique le contenu du kyste fût infecté (le malade ayant 38,2°C), on obtint la guérison, après quelques poussées d'angiocholite.

Josa (Debrezin) cite un cas de pseudo-kyste pancréatique opéré avec ouverture dans le duodénum et où la radiographie pratiquée six mois après, ne montre pas le passage de la substance opaque du duodénum dans la poche du kyste.

Neufler (Vienne) publie dans „Der Chirurg”(15 mai 1939, p.194), un article sur les anastomoses des kystes pancréatiques et sur leurs suites éloignées. Cet auteur est

partisan des anastomoses avec les organes digestifs creux, quoique l'extirpation totale serait l'opération idéale. La mortalité opératoire dans les extirpations est de 25%.

*En conclusion*, quoique l'extirpation du kyste soit l'opération la plus logique, les difficultés opératoires sont le plus souvent insurmontables, à cause des adhérences avec les organes avoisinants, et la mortalité opératoire est élevée.

La marsupialisation donne, dans beaucoup de cas, des fistules pancréatiques persistantes, pour lesquelles nous devons ré-intervenir, en pratiquant une ouverture des fistules dans les intestin ou l'estomac (opération de Michon).

Les opérations d'ouverture du kyste dans les organes digestifs creux sont faciles à pratiquer et suivies de guérison dans la majorité des cas. Le premier cas d'Ombredanne, à suites mortelles, a fait critiquer et même délaisser cette opération. Dans cette catégorie d'opérations, la plus logique est celle qui pratique l'ouverture dans le duodénum. Cependant du point de vue technique, elle soulève des difficultés plus grandes que celle de la pancréato-gastrostomie, qui est assez facile à exécuter et qui donne de très bons résultats.

Quant à l'anastomose avec la vésicule biliaire, nous considérons cette opération comme illogique, puisqu'on sait que le mélange de bile et du suc pancréatique prédispose à des nécroses, surtout si l'élément infection vient de s'y ajouter.

#### *Discussions:*

*M. Colitza* : J'ai eu l'occasion de rencontrer trois kystes du pancréas: les deux premiers au temps où j'étais interne dans le service de la Maternité de l'Hôpital Brancovan, et le troisième, récemment, dans le service de M. Mihailescu, à l'Hôpital Militaire « R.E ». Tous ces cas ont été opérés par marsupialisation. Deux cas ont guéris et le troisième a refait la fistule à travers la cicatrice opératoire, cinq à six mois plus tard. Ce kyste a eu une paroi propre, caractéristique pour les vrais kystes. Après

des investigations plus minutieuses, on a posé le diagnostic de néoplasme kystique de pancréas.

Dans la plupart des cas les kystes du pancréas sont de faux kystes, qui surviennent après des traumatismes ou post-pancréatites. L'opération par marsupialisation est l'intervention classique et elle est adoptée par la majorité des chirurgiens. Elle laisse parfois des fistules pancréatiques très désagréables, qui mènent le malade à une nouvelle intervention pour l'abouchement de la fistule à l'estomac ou au duodénum, opération assez difficile et comportant d'assez grands risques.

Le cas présenté par M. Hortolomei est important par le fait qu'on a délaissé l'opération classique et que l'on a exécuté une dérivation du kyste dans l'estomac; en jugeant par le résultat de cette intervention et par ceux d'autres cas cités dans cette communication, il semble que cette intervention ne produit pas de fistules pancréatiques. De ce point de vue, la communication de M. Hortolomei est pleine d'enseignements pour nous et elle mérite toute notre attention.

*V. Savesco* : A ma connaissance, c'est la première fois qu'on a exécuté dans notre pays, le drainage interne d'un faux kyste du pancréas. Cette opération, quoique indiquée depuis quelque temps, est cependant rarement utilisée, on emploie plus fréquemment la marsupialisation. Nous avons aussi pratiqué cette intervention dans deux cas de faux kystes post-traumatiques du pancréas, communiqués à la Société de Chirurgie, en collaboration avec M. Steopoe.

*St. Popesco* : Dans quelques cas de kystes du pancréas que j'ai traités et dont une partie ont été communiqués à la Société de Chirurgie, j'ai pratiqué seulement la marsupialisation; tous ces cas ont guéri.

L'un d'eux, que j'ai communiqué avec M. Baldima, et qui contenait approximativement six litres de liquide, a guéri à la suite de la marsupialisation. Un autre, dans lequel le corps du pancréas était

sphacélé et a été presque entièrement éliminé, a guéri après avoir donné, pendant deux mois, 800 ml. de liquide pancréatique par jour.

En ce qui concerne le cas de M. Hortolomei, bien que le résultat en soit très bon, je ne crois cependant pas prudent de faire communiquer la cavité du faux kyste pancréatique avec le contenu de l'estomac, étant donné l'action corrosive du suc gastrique. On connaît les troubles graves produits par les ulcères de l'estomac perforés dans le pancréas.

Je crois que cette communication serait plus indiquée dans les cas où, après la marsupialisation, il reste une fistule. Cette fistule embouchée à l'estomac, remplirait l'office de canal excréteur.

*N. Hortolomei* : J'ai présenté ce cas et j'ai fait des recherches dans la littérature consacrée à ce sujet, pour attirer votre attention sur le fait que l'anastomose entre

l'estomac et le kyste n'est pas dangereuse. Cette méthode a eu un échec au début, le cas d'Ombredanne, qui l'a fait abandonner par quelques chirurgiens.

Les publications ultérieures ont montré que cette méthode donnait de bons résultats- elle abrège la durée de la guérison- et qu'elle ne laissait pas s'écouler le suc pancréatique, comme dans la marsupialisation.

L'objection que le contenu digestif passerait de l'estomac ou du duodénum dans la cavité du kyste et que cela serait nuisible, semble ne pas être fondée du point de vue pratique. D'ailleurs, après la marsupialisation, lorsque persistent des fistules, on n'abouche pas ce trajet fistuleux dans l'estomac, l'opération de Michon, ce qui ne présente aucun inconvénient? Quelques jours seulement après ces anastomoses, la radioscopie montre que le contenu gastrique ne passe pas dans la poche du kyste.



## COMENTARIU LA ARTICOLUL: FAUX KYSTE DU PANCREAS

N. Hortolomei, T. Ghitzescu - Revista de Chirurgie 1941; 44(3-4): 245-251

Nicolae M. Constantinescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Pseudochistul de pancreas (PsP) continuă să fie o complicație reductabilă atât a pancreatitei acute, evidențiindu-se la 2-18% dintre bolnavi [1], dar și a pancreatitei cronice sau a traumatismelor de pancreas. La 1/5 bolnavi pseudochistul dispare spontan, dar la 4/5 evoluează cu posibile complicații: infecție, hemoragie intrachistică, ruptură în spațiul retroperitoneal, compresie pe organele vecine [2]. Monitorizarea imagistică modernă a cazurilor permite aprecierea diminuării PsP, a persistenței lui și a maturării peretelui sau depistarea apariției complicațiilor.

Noile achiziții tehnice au făcut posibilă astăzi o strategie terapeutică în PsP care nu se rezorb spontan: drenajul prin cateter percutan, drenajul endoscopic(trans-papilar sau trans-mural) și drenajul prin chirurgie deschisă, care pune în comunicare PsP cu stomacul, cu jejunul sau cu duodenul [3].

În urmă cu 7 ani am prezentat și comentat în paginile revistei *Chirurgia* un articol al lui Săvescu și Steopoe apărut în 1929 dedicat pseudochistelor traumatiche de pancreas [4]. Lucrarea bazată pe o bogată literatură considera marsupializarea ca metoda de elecție pentru PsP. Iată că după numai 7 ani Hortolomei și Ghițescu „sparg” un tabu și pe baza unei minuțioase evaluări a avantajelor și dezavantajelor fac un pas hotărâtor în chirurgia digestivă românească, anastomozând o formațiune achinetică și cu un gradient presional existent doar la început, atâta timp cât lichidul din pseudochist este sub presiune, cu stomacul-un organ prevăzut cu o motilitate proprie,

puternic secretor, traversat de bolul alimentar mai repede sau mai încet.

Înțelegerea fiziologiei organelor digestive și a modului de evoluție a anastomozelor digestive le-a arătat aa. că o gură de anastomoză cu un organ digestiv, care nu mai este traversată de un conținut lichid, semilichid sau solid se defuncționează spontan așa încât riscul transformării pseudochistului golit de conținut, într-un diverticul cu stază și infecție este iluzoriu. Nu este mai puțin adevărat că un PsP golit printr-un drenaj în tubul digestiv se poate reface dacă survine un nou puseu de pancreatită acută (risc de 9-19% [2]) sau o eroziune de vas, cu hemoragie intrachistică, așa cum am observat la un bolnav la 3 ani după ce îi practicaseam o pseudochisto-jejuno-anastomoză pe ansă în „Y”.

### BIBLIOGRAFIE

1. Torres WE, Evert MB, Baumgartner BR: Percutaneous aspiration and drainage of pancreatic pseudocyst. *Am J Roentgenol.* 1986; 147: 1007-1009.
2. Bradley EL, Clements JL, Gonzalez AC. The natural history of pancreatic pseudocyst: a unified concept of management. *Am J Surg.* 1979; 137: 135-141.
3. Newell KA, Liu T, Aranha GV. Are cystogastrostomy and cysto-jejunosotomy equivalent operations for pancreatic pseudocysts? *Surgery.* 1990; 108: 635-640.
4. Constantinescu NM. Comentariu la articolul Pseudochistele traumatiche ale pancreasului. *Chirurgia.* 2007; 102(4): 463.

