

## Cystadénomes séreux du pancréas

Le cystadénome séreux (CS) du pancréas ou adénome micro kystique est une entité anatomo-clinique rare, d'évolution lente, de bon pronostic, décrite pour la première fois en 1863 par Adolf [1]. C'est une tumeur bénigne d'origine épithéliale, souvent asymptomatiques qui atteignent surtout la femme de plus de 60 ans [1]. Les formes malignes de ces lésions rares sont exceptionnelles [2]. Les éléments du diagnostic sont essentiellement fournis par les données de l'imagerie [3]. Compte tenu de son bon pronostic, il est essentiel de différencier l'adénome micro kystique des autres lésions tumorales et de rechercher avec soin les éléments évocateurs. L'objectif de notre travail est d'étudier les modalités diagnostique et thérapeutique des cystadénomes séreux du pancréas.

### Patients et méthodes

Ce travail est une étude rétrospective portant sur sept cas de CS colligés durant un période de 13 ans de 1997 à 2009. Chez 6 patients opérés, le diagnostic définitif a reposé sur l'étude d'anatomopathologique de la pièce opératoire ou des prélèvements per opératoires. Chez le patient non opéré, les données cliniques et radiologiques faisaient fortement suspecter le diagnostic. Au cours de cette période, 22 cas de tumeurs kystiques pancréatiques ont été enregistrés dans le service, dont sept cas étaient de cystadénome séreux, soit 32 % des cas. Après un résumé des observations, l'étude analytique s'est intéressée à différentes variables concernant le malade (âge, sexe, tares, ...), les caractéristiques cliniques et para clinique (motif d'hospitalisation, délai diagnostique, examens complémentaires,...), les constatations per opératoires, les modalités thérapeutiques, les caractéristiques anatomopathologiques (aspect macroscopique, diagnostic histologique,...) et les résultats thérapeutiques immédiats (morbidité, mortalité). Les différents paramètres recueillis sont ensuite discutés à la lumière des données de la littérature.

### Résultats

Nos patients se répartissaient en six femmes et un homme et soit un sex-ratio de 0,16. L'âge variait entre 28 et 63 ans. L'âge médian au moment du diagnostic était de 42 ans. Il était de 43,5 ans pour les femmes et de 34 ans pour les hommes. Une seule patiente était diabétique. Le délai moyen de l'évolution de la symptomatologie clinique variait de trois jours à un an avec une moyenne de 4 mois. Les douleurs abdominales signalées chez nos patients n'avaient aucun caractère spécifique permettant de les rattacher à leur origine pancréatique. La tumeur pancréatique était de découverte fortuite chez un seul patient, à l'occasion d'une échographie abdominale pratiquée dans le cadre d'exploration d'une hernie de Spiegel. La palpation avait mis en évidence une masse douloureuse fixée au plan profond dans un cas. Une hyper amyliasémie transitoire à trois fois la normale était notée chez un seul patient. Le dosage des marqueurs tumoraux (ACE et CA 19-9) était normal. La sérologie hydatique, pratiquée chez deux patients s'est révélée

négative par les deux techniques hémagglutination et ELISA. L'échographie abdominale réalisée chez sept patients et avait permis de déceler une lésion pancréatique d'allure kystique. Le scanner abdominal avait permis de porter le diagnostic de tumeur kystique chez sept malades. Il avait montré une lésion pancréatique hypodense ne prenant pas le produit de contraste d'allure kystique (figure 1).

**Figure 1** : TDM abdominale : Cystadénome séreux du corps du pancréas mesurant 5x3,5 cm de grand axe avec discrète dilatation du Wirsung en amont.



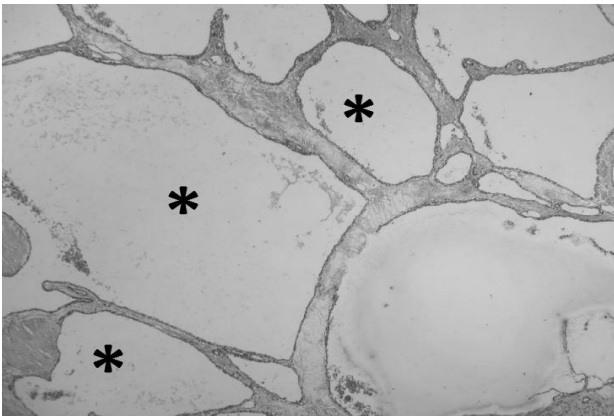
Il avait objectivé les rapports du processus tumoral avec les organes de voisinage. Le scanner abdominal montrait la présence des calcifications et de multiples calculs polyédriques de la vésicule biliaire. L'échographie et le scanner ensemble avaient permis de poser le diagnostic de tumeur kystique dans tous les cas. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée chez un seul malade, a permis de faire le diagnostic d'un cystadénome séreux en montrant la présence de multiples formations kystiques pancréatiques, à contenu liquidien pur, sans composante solide, à paroi fine et ne se rehaussant pas après injection de Gadolinium (figure 2). La cytoponction scanoguidée de la lésion pancréatique pratiquée chez un seul malade, avait confirmé l'absence de signes cytologiques de malignité sans préjuger de la nature histologique.

**Figure 2** : IRM abdominale : plusieurs formations hypo intenses du pancréas, pan glandulaires



Six patients étaient opérés. La taille moyenne en per-opératoire était de 5,45 cm avec des extrêmes de 1 à 10 cm. Le siège de la tumeur était corporéo-caudal dans 2 cas, corporéo-isthmique dans 1 cas, isthmique du pancréas dans 1 cas, au niveau de la tête du pancréas dans un cas et corporéal dans un cas. Toutes les tumeurs avaient une localisation unique. L'examen extemporané, pratiqué chez trois malades, était concordant à ceux trouvés par l'examen anatomopathologique définitif. La tumeur était résécable dans les 6 cas opérés. Le geste opératoire était une énucléation tumorale dans 3 cas, une évacuation du kyste dans un cas, une spléno-pancréatectomie corporéo-caudale dans un cas et une pancréatectomie corporéo-caudale avec conservation splénique dans un autre cas. La tumeur pancréatique était uniloculaire ou multiloculaire de couleur jaune rosé, à contenu séreux, à paroi fine lisse et absence de végétation (figures 3, 4).

**Figure 3 :** Kyste multiloculaire (\*) (HE x 200)



**Figure 4 :** Kyste uniloculaire (\*) creusé en plein parenchyme pancréatique. (HE x 200)

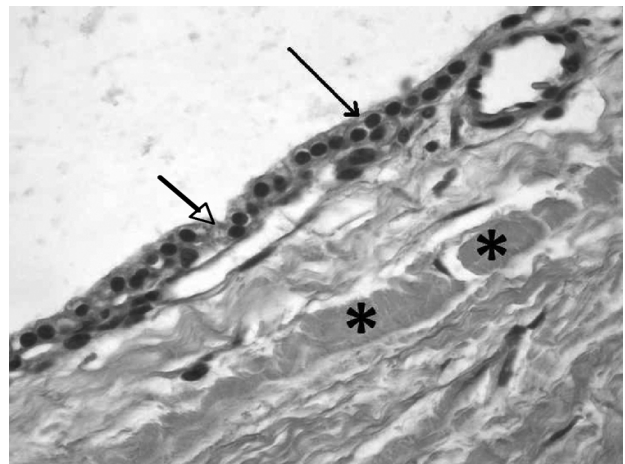


A la coupe, cette tumeur a un aspect en « nid d'abeille » alvéolé. Dans les six cas opérés, l'examen microscopique a conclu au diagnostic de cystadénome séreux en montrant une cavité kystique tapissée par un épithélium cubique ou aplati. Les cellules tumorales avaient généralement un cytoplasme

faiblement éosinophile ou clarifié, à noyau régulier (figure 5). Il n'y avait pas d'activité mitotique ni d'anomalies cytonucléaires. Ces cellules, riches en glycogène, étaient colorées par le PAS (periodic acid Schiff), et non colorées le bleu Alcian.

Aucun cas de décès en per ou post opératoire n'a été signalé dans notre série. Les suites opératoires étaient marquées chez un patient par l'apparition d'une fistule pancréatique à J 4 post opératoire après une simple énucléation, avec un abcès péri-pancréatique drainé sous contrôle scanographique. Une 2<sup>ème</sup> patiente ayant subi une énucléation, était opérée d'un faux kyste du pancréas après 7 mois de la première intervention. Le recul moyen est de 34 mois (extrêmes : 14 mois à 139 mois). En résumé, notre série se caractérise par le jeune âge de nos patients, le siège préférentiel corporéo-caudal de la tumeur, l'insuffisance des certaines explorations (écho endoscopie et cytoponction), et la non innocuité de l'énucléation tumorale.

**Figure 5 :** Epithélium uni stratifié avec des noyaux ronds, denses et réguliers (→) ; aspect clarifié du cytoplasme (⇨) ; paroi du kyste hyalinisée (\*). (HE x 400)



### Conclusion

Les cystadénomes séreux du pancréas représentent une pathologie tumorale rare mais non exceptionnelle, d'origine épithéliale souvent asymptomatique. Leur diagnostic repose sur les caractéristiques morphologiques confortées par les résultats de la cytologie et des marqueurs biochimiques et tumoraux d'une cytoponction de la lésion, réalisée actuellement par écho endoscopie. Au prix d'une surveillance régulière, le pronostic est généralement bon.

### Références

- 1-Bastid C, Sastre B, Payan M.J, et al. Cystadénome du pancréas. Encycl. Med. Chir. (Paris-France) Foie-Pancreas, 7108 A 15, 1-1990, 3p.
- 2-King JC, Ng TT, White SC, et al. Pancreatic serous cystadenocarcinoma: a case report and review of the literature. J Gastrointest Surg. 2009; 13:1864-8.
- 3-Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, et al. Cystic pancreatic lesions: A simple imaging-based classification system for guiding management. Radiographics 2005; 25: 1471-84.

*Mohamed Issam Beyrouiti(1), Nejmeddine Affes(1), Lobna Ayadi(2), Abdelwahab*