

FAIT CLINIQUE

LES KYSTES DU MESENTERE CHEZ L'ENFANT AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOME (TOGO).

MESENTERIC CYSTS IN CHILDREN AT SYLVANUS OLYMPIO TEACHING HOSPITAL IN LOMÉ (TOGO).

GK AKAKPO-NUMADO¹, MA BOUME¹, K GNASSINGBE¹, KA MIHLUEDO-AGBOLAN¹, KA SAKIYE²,
K ADABRA², YS SANNI¹, AS GAMETI¹, H TEKOU¹

¹ Service de chirurgie pédiatrique du CHU Sylvanus Olympio - Lomé (Togo)
² Service de chirurgie générale du CHU Sylvanus Olympio - Lomé (Togo)

RÉSUMÉ

Les kystes du mésentère (KM) sont des masses abdominales rares, dont la découverte est souvent fortuite chez l'enfant. Cette étude vise à décrire les différents aspects des KM chez l'enfant au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. En 10 ans, (2002-2011) 3 enfants (2 filles de 22 mois et de 9 ans, et 1 garçon de 21 jours) ont été traités pour KM au CHU Sylvanus Olympio. L'expression clinique était une douleur abdominale par intermittence chez les 2 filles avec un amaigrissement chez celle de 22 mois, et une masse abdominale palpable chez l'autre. Chez le garçon, il s'agissait d'une occlusion néo-natale haute. Le diagnostic était évoqué à l'échographie chez les 2 filles. L'exploration chirurgicale avait permis de noter un volvulus du grêle sur KM dans 2 cas (garçon de 21 jours et fille de 22 mois), avec un mésentère commun chez le garçon. Le KM était de localisation jéjuno-iléale dans deux cas, et iléale dans un cas. Une résection anastomose du grêle emportant le kyste a été faite chez les deux filles avec des suites simples. Chez le garçon, une opération de Ladd a été faite sans exérèse du KM, avec des suites défavorables à J1 post-opératoire.

Mots clés : Kyste du mésentère ; volvulus du grêle ; mésentère commun ; enfant.

SUMMARY

Mesenteric cysts (MC) are rare abdominal masses whose discovery is often fortuitous in child. Nevertheless, they can cause mortal complications and require emergent management. This study aims to specify the different aspects of MC in children at Sylvanus Olympio Teaching hospital of Lomé. In 10 years (2002-2011), three cases of MC were treated. There were 2 girls of 22 months and 9 years, and one boy of 21 days. The clinical manifestations were an intermittent abdominal pain in the 2 girls with thinning in one and abdominal mass in the other. The boy had a neonate intestinal obstruction. The diagnosis of MC was notified at abdominal ultrasound in the 2 girls. At laparotomy, a MC was discovered in all cases with small bowel volvulus in 2 cases among which the newborn had intestinal malposition. Location of MC was jejuno-ileal in 2 cases and ileal in one case. The MC was excised with the corresponding small bowel segment in the 2 girls, without complications. After Ladd operation without excision of the MC, evolution was unfavorable in the newborn.

Key words: Mesenteric cyst; small bowel volvulus; intestinal malposition; children.

Tirés à part

Prof Ag Gamedzi Komlatsè AKAKPO-NUMADO 08 BP 80025 Lomé 8 – Togo
Téléphones: portable: 0022891469833 / 0022890932560 / 0022899493007
Fixe: 0022823368107 Fax: 00(228)22213675 Email: akanugregoire@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les kystes du mésentère (KM) sont des masses kystiques développées entre les feuillets du mésentère [1, 2]. Il s'agit de rares lésions bénignes intra-abdominales dont l'incidence est d'environ 1 pour 140.000 admissions hospitalières [3]. Environ 30% des malades sont des enfants de moins de 10 ans [4]. Plusieurs théories sont développées sur les étiologies [5, 6], mais elles restent encore mal élucidées. Il n'existe pas de manifestations cliniques spécifiques du KM [5, 6, 7], il est donc plus souvent découvert lors des complications dont l'une des plus graves et des plus fréquentes est le volvulus du grêle sur KM avec un taux élevé (16%) de gangrène intestinale [8, 9]. Le diagnostic et le traitement du KM doivent alors être précoces pour sauver le pronostic vital.

Nous rapportons ici, une courte série de 3 cas sur 10 ans (2002-2011) de KM traités chez les enfants au Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (CHU-SO) dans le but de préciser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de ces KM.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

Il s'agissait d'un nouveau-né de 21 jours, de sexe masculin, né le 1er Août 2011 par voie basse à la suite d'une grossesse menée à terme sans aucune particularité. Le nouveau-né pesait 3200 g et n'a pas été réanimé à la naissance. Il a émis normalement le méconium dès le premier jour de vie. Trois jours après la naissance, étaient survenus des vomissements alimentaires post prandiaux précoces. Ces vomissements étaient devenus bilieux au bout de 6 jours, et ont motivé un traitement de nature ignorée dans un cabinet médical. Après 4 jours de traitement sans succès, et avec l'apparition au 4ème jour, d'une rectorragie, le nouveau-né a été référé et hospitalisé en Pédiatrie au CHU SO de Lomé. Après 8 jours de traitement sans succès, un transit œsogastroduodénal (TOGD) a permis de conclure à une sténose du duodénum (Figure 1).

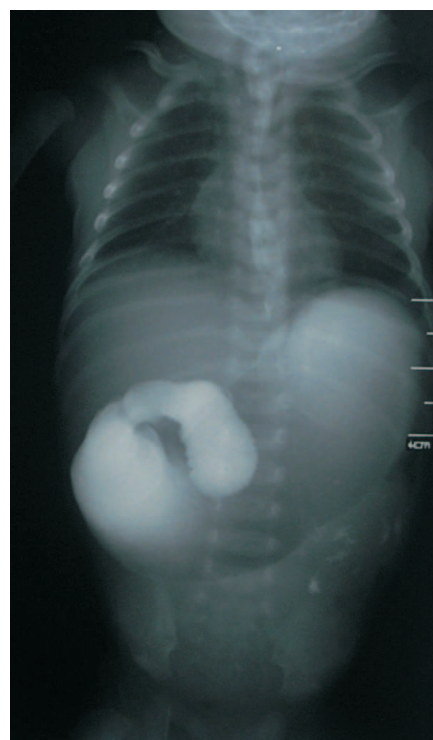


Figure 1 : Cliché de transit oeso-gastro-duodénal de face du garçon nouveau-né de 21 jours (Observation N° 1). On note une dilatation de l'estomac et du duodénum jusqu'au 2ème duodénum, et une légère opacification du grêle en aval.

Le nouveau-né fut alors transféré dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU SO le 22 Août 2011, à l'âge de 21 jours. A l'admission, son poids était de 2950g ; il présentait des plis de dénutrition et de déshydratation et avait une voussure épigastrique sans masse abdominale palpable. A l'ionogramme, il y avait une hyponatrémie (127,4 mmol/l), une hypochlorémie (90,4 mmol/l), une élévation de l'urémie (0,59g/l) et de la créatininémie (13 mg/l) ; le taux d'hémoglobine était normal (14,2 g/dl). Après correction des troubles électrolytiques pendant deux jours, la laparotomie a permis de découvrir un volvulus du grêle sans ischémie intestinale, avec dilatation de l'estomac, du pylore, des 1er et 2ème duodénus.

Après détorsion du volvulus, on a découvert un KM jéjuno-iléal, multiloculaire, occupant tout le mésentère (Figure 2), un mésentère commun incomplet à 180° et une sténose du 2ème duodénum. Une biopsie de la paroi kystique a été faite ; le contenu du KM était séreux. Le traitement a consisté en la libération des adhérences du colon et du grêle, le positionnement des anses en mésentère commun à 90°, l'appendicectomie et l'anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale ; aucun geste thérapeutique n'a été fait sur le KM lui-même. L'examen anatomo-pathologique a montré que la paroi kystique était faite

de cellules épithéliales en colonnes, infiltrées d'éléments cellulaires d'inflammation chronique, faisant conclure en un KM bénin.

Les suites opératoires ont été marquées par le décès du nouveau-né au 1er jour post opératoire suite à une détresse respiratoire suivie d'une défaillance cardiaque.



Figure 2 : Kyste du mésentère multiloculaire occupant tout le mésentère chez le garçon nouveau-né de 21 jours

Observation N° 2

Il s'agissait d'un nourrisson (NRS) de 22 mois, de sexe féminin, admis dans le service de pédiatrie du CHU SO le 1er octobre 2010 pour douleurs abdominales, vomissements alimentaires et altération de l'état général, le tout évoluant depuis deux semaines. Un TOGD a permis de noter une dilatation de l'estomac et du duodénum avec un léger passage du produit de contraste dans le jéjunum, orientant vers le diagnostic de sténose duodénale. Le NRS a été ainsi transféré en chirurgie pédiatrique le 02 octobre 2010. A l'admission, il avait un poids de 7000 g, une température de 37,5°C et un état général altéré. Elle avait une voussure péri-ombilicale et épigastrique avec une masse abdominale péri-ombilicale et épigastrique douloureuse, de consistance ferme et mobile. L'échographie abdominale avait montré une tumeur intrapéritonéale kystique polylobée, occupant les régions épigastrique et péri ombilicale, faisant suspecter un KM. Le doppler n'avait pas été fait. A la laparotomie, nous avons découvert un volvulus du grêle sur KM (Figure 3). Après détorsion du grêle, nous avons noté un KM jéjuno-iléal multiloculaire ; le grêle dont le mésentère était intéressé allait de 50 cm de l'angle de Treitz à 70 cm de la jonction iléo-caecale. Le traitement a consisté en une résection anastomose du grêle emportant le KM et une appendicectomie. Le contenu du KM était séreux. L'examen anatomo-pathologique de la pièce avait conclu à un KM bénin, comportant plusieurs formations cavitaires. Les suites opératoires ont été simples. Avec un recul de 2 ans,

aucune complication n'a été signalée.

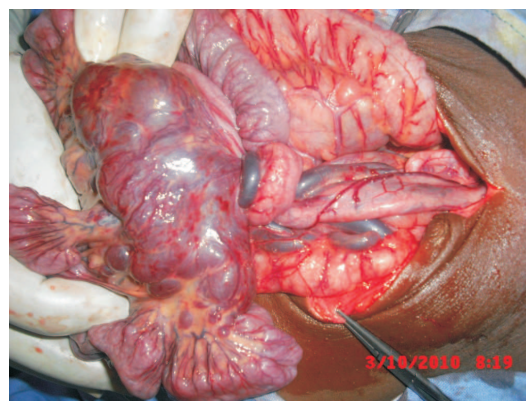


Figure 3 : Volvulus du grêle sur le kyste du mésentère chez la fille de 22 mois

Observation N° 3

Il s'agissait d'une fille de 9 ans, admise le 13 septembre 2006 dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU SO pour augmentation progressive du volume de l'abdomen et douleurs abdominales par intermittence, évoluant depuis 6 mois. L'abdomen n'était pas ballonné, mais présentait une légère voussure dans l'hypogastre et le flanc gauche. Il était souple avec une masse occupant la région latéro-ombilicale gauche, le flanc gauche et l'hypogastre. La masse était indolore, de consistance ferme, et mobile ; il n'y avait pas de contact lombaire. Une échographie abdominale a objectivé une tumeur polylobée d'aspect mixte, occupant le flanc gauche, la région latéro-ombilicale gauche et l'hypogastre. La ponction écho guidée de la tumeur avait ramené un liquide séro-hématique dont l'examen cyto bactériologique était négatif. Une laparotomie exploratrice faite le 13 septembre 2006 a permis de découvrir une volumineuse tumeur polylobée, à contenu liquidien séro-hématique, mesurant 25cm sur 8 cm ; elle siégeant dans le mésentère de l'iléon (Figure 4), entre 1,5 m de l'angle de Treitz et 1 m de la jonction iléo-caecale. L'intestin grêle était étiré à la surface de la tumeur (Figure 4). Une résection intestinale emportant le kyste et une appendicectomie, ont été faites. L'examen anatomo-pathologique de la pièce avait conclu à un KM bénin. Les suites opératoires ont été simples avec un recul de 6 ans.

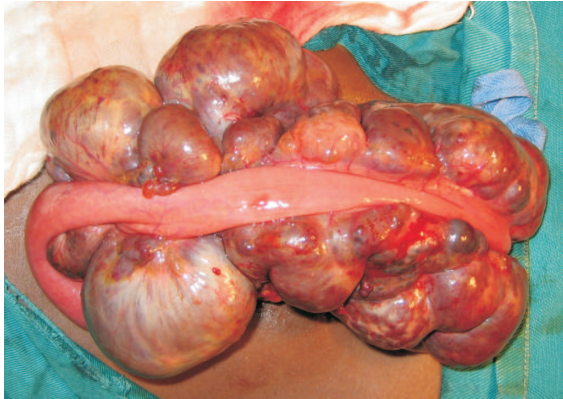


Figure 4 : Kyste du mésentère multiloculaire avec aplatissement de l'intestin grêle sur la surface du kyste chez la fille de 9 ans

DISCUSSION

Les KM sont des masses abdominales bénignes relativement rares dont l'incidence a été estimée à 1 pour 140.000 admissions hospitalières [3, 10, 11]. Dans un hôpital pédiatrique, l'incidence est d'environ 1/20.000 admissions [3, 10, 11]. Environ 1/3 des KM sont retrouvés chez les enfants, le reste étant découvert à l'âge adulte [12, 13, 14]. Un garçon de 21 jours et deux filles de 22 mois et 9 ans ont composé notre série. Bien que les KM puissent se retrouver à tous les âges, certains auteurs ont trouvé que chez les enfants, ce sont les moins de 10 ans qui sont plus atteints [15]. Les KM étaient de localisation jéuno-iléale deux fois et iléale une fois dans notre série. Ils peuvent être localisés partout sur le mésentère depuis le duodénum jusqu'au rectum, mais ils sont plus fréquemment situés dans le mésentère de l'intestin grêle et particulièrement celui de l'iléon [16].

L'étiopathogénie des KM n'est pas clairement élucidée, et plusieurs théories ont été développées telles que les proliférations bénignes des vaisseaux lymphatiques ectopiques dans le mésentère sans connections avec le système lymphatique normal, l'obstruction ou la dégradation des vaisseaux lymphatiques afférents et les traumatismes abdominaux [15, 17, 18]. L'obstruction des vaisseaux lymphatiques afférents peut être due à leur compression par un volvulus du grêle sur un mésentère commun [17]. C'était le cas de la première observation portant sur le nouveau-né de notre série. Mais dans les deux autres cas, il y avait respectivement un volvulus du grêle sur KM sans mésentère commun, et un autre sans volvulus ni mésentère commun. Agrawal et al. [19], sur 5 cas de volvulus du grêle sur KM, n'ont trouvé aucun cas de mésentère commun. En effet, le volvulus du grêle, en comprimant les vaisseaux lymphatiques, peut être à l'origine d'un KM ; à l'opposé, il peut aussi en être une complication : le mésentère alourdi par le kyste peut facilement être le siège d'un volvulus. Il est donc

difficile d'établir une relation de cause à effet entre le KM et le volvulus. Chez le nouveau-né de notre série, on peut considérer le KM comme une conséquence du volvulus du grêle pour lequel le mésentère commun incomplet a été un important facteur favorisant ; en revanche, chez le NRS de 22 mois, le KM a probablement été la cause du volvulus du grêle. Dans tous les cas, en cas de volvulus, ce sont les symptômes d'occlusion intestinale par strangulation qui conduisent à la laparotomie au cours de laquelle on découvre le KM.

Il n'existe pas de signes cliniques spécifiques au KM [5, 6, 7]. Les signes les plus fréquents sont la douleur et la distension abdominales qui sont souvent intermittentes. Les autres signes comprennent la masse abdominale, les nausées, les vomissements et la constipation [18]. Malgré qu'il n'existe pas de signes spécifiques au KM, l'histoire clinique et l'examen physique devraient faire penser au KM mais habituellement, le diagnostic est fait par élimination [6]. Chez les deux filles de notre série, la douleur abdominale chronique et la distension abdominale ont été les signes fondamentaux. La douleur évoluait par intermittence et la distension abdominale était progressive ; c'est ce qui a certainement allongé les délais de consultation respectivement de 3 mois et 6 mois. Ces deux signes ont été retrouvés dans plus de 50% des cas chacun, dans la série de Kurtz et al. [10]. Bien qu'ils ne soient pas spécifiques, lorsqu'un patient les présente depuis une durée assez longue (6 mois), il faut suspecter chez lui, un KM [10]. Avec une forte suspicion clinique, et l'aide de l'échographie et/ou de la tomodensitométrie abdominales, le diagnostic devrait être posé avec une marge d'erreur faible [10]. En cas de volvulus, le doppler montre le signe du tourbillon [10]. Dans notre série, l'échographie a permis de suspecter le KM chez les deux filles. Le doppler n'avait été fait chez aucun de nos patients, ce qui explique qu'aucun des deux volvulus n'a été diagnostiqué avant l'opération. Chez le garçon nouveau-né, la manifestation clinique était liée au volvulus du grêle sur mésentère commun incomplet ; le KM chez lui paraissait donc comme une conséquence du volvulus compliquant la malrotation intestinale.

Le traitement du KM est chirurgical. La technique de choix est l'énucléation totale [11]. Lorsque cette dernière n'est pas possible, la meilleure alternative est la résection complète du KM malgré la résection intestinale qu'elle impose. Ainsi faite, elle permet de réduire les récurrences et de supprimer les possibilités de dégénérescence maligne du KM [18]. Le traitement est réalisé habituellement lorsque le KM devient symptomatique ou lorsqu'apparaissent des complications. En cas de découverte fortuite, le KM doit aussi être traité de la même façon afin de prévenir le développement de complications. Chez les deux

filles de notre série, nous avons procédé à une résection en bloc du KM et de la portion intestinale correspondante. Bien que le KM fût localisé dans ces cas, sa résection isolée devait compromettre la vascularisation du grêle d'où la nécessité de la résection intestinale. Mais chez le garçon nouveau-né, le KM était multiloculaire et étendu à tout le mésentère ; sa résection n'était pas possible sans celle de tout le grêle. La marsupialisation n'était pas non plus possible. La simple aspiration du KM n'était pas indiquée car elle comporte un taux élevé de récurrence [5], et serait pourvoyeuse d'une grande mortalité [4]. Etant donné que le KM chez le nouveau-né ne présentait pas encore de complication et qu'il n'était pas directement à l'origine de la symptomatologie clinique ayant conduit à la laparotomie, il était mieux de s'abstenir en urgence de tout traitement sur ce KM ; une surveillance étroite (clinique et échographique) était néanmoins nécessaire en vue de dépister et de traiter précocement une éventuelle complication. Si le KM demeure asymptomatique, l'abstention thérapeutique sera maintenue et la surveillance poursuivie. C'est lorsque le KM aura augmenté de taille pour devenir symptomatique ou compliqué que l'indication chirurgicale sera posée. Tant que cela est possible, et suivant la présentation anatomique du KM, le chirurgien aura à choisir parmi plusieurs techniques qui sont par ordre de préférence décroissant : l'énucléation, la résection du KM et de l'intestin correspondant, et la marsupialisation. Des succès de traitement laparoscopique (énucléation) ont été rapportés mais la laparotomie reste la voie d'abord

sécurisante [7].

La mortalité des KM n'a pas été compilée et analysée dans une récente littérature ; mais nous pensons que les avancées enregistrées durant les 25 dernières années dans les techniques opératoires, la prise en charge pré et postopératoire et l'anesthésie ont permis de réduire notablement la mortalité. Burnett et al. [4] ont rapporté sur une série de 200 cas une mortalité de 4% après marsupialisation, 7% après énucléation, 16% après résection intestinale, 33% après aspiration et 60% après drainage. Le décès enregistré dans notre série était lié à une défaillance multiviscérale postopératoire, et n'avait pas de relation directe avec le KM. Les avancées signalées plus haut sont loin d'être ressenties dans notre hôpital, puis que nous n'avons pas encore de réanimateur pédiatre ni de service de réanimation néonatale.

CONCLUSION

Le KM est une tumeur bénigne rare évolutive qui ne présente pas de manifestations cliniques spécifiques. Il faut y penser devant toute masse abdominale associée à des douleurs abdominales et des vomissements chez un enfant. Les douleurs abdominales et les vomissements sont souvent liés à une complication notamment le volvulus du grêle, qui est possible même en l'absence de mésentère commun. Le traitement idéal consiste à faire l'exérèse complète du KM parce qu'elle permet une guérison complète sans risque de récurrence.

REFERENCE

1. Bülent A, İlhan Yildiran M, Mecit KS, Selcuk A, Mahmut B, Gurkan O, Omer O, Durkaya O. Giant mesenteric cyst. Dig Dis Sci 2006; 51:1380-1382.
2. Vayre P. Tumori del mesentere. In: Patel JC, Leger L (eds) Patologia Chirurgica. Second Italian Edition. Masson, Milan 1981, pp 770-773.
3. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. Arch Surg 1985; 120: 1266-1269.
4. Bumett WE, Rosmond GP, Bücher RM. Mesenteric cysts. Arch Surg 1950; 60: 699-706.
5. Ford JR. Mesenteric cyst: review of the literature with a report of an unusual case. Am J Surg 1960; 99:878-883.
6. Bearhs OH, Judd ES, Dockerty MB. Chylous cysts of the abdomen. Surg Clin North Am 1950; 30 (4): 1081-96.
7. Shamiyeh R, Rieger P, Schrenk W. Way and role of laparoscopic surgery in treatment of mesenteric cysts. Surg Endosc 1999; 13:937-939.

8. Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MWL. Pediatric abdominal lymphangioma: a plea for early recognition. J Pediatr Surg 1991; 26 (11): 1309-1313
9. Weeda VB, Booij KA, Aronson DC. Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature. J Pediatr Surg 2008; 43: 1206-8.
10. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. Ann Surg 1986; 203 (1): 109-12.
11. Vanek, VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric and omental cysts. Arch Surg 1984; 119: 838-842.
12. Bliss DP, Coffin CM, Bower RJ, et al. Les kystes mésentériques chez les enfants. Chirurgie 1994 ; 115 (5) : 571-7.
13. Mollitt, DR, Ballantine, TVN, Grosfield, JL. Mesenteric cysts in infancy and childhood. Surg. Gynaecol Obstet 1978; 147: 182-184.
14. Chung MA, Brandt ML, St-Vil D, Yasbeck S. Les kystes mésentériques chez les enfants. J Pediatr Surg 1991; 26 (11): 1306-8.
15. Sato M, Ishida H, Komatsuda T, Konno S, Watanabe S, Ishida J, Sakai T, Hirata M. Mesenteric cyst: sonographic findings. Abdom Imaging 2000; 25: 306-310.
16. Liew SC, Glenn DC, Storey DW. Mesenteric Cyst. Aust N Z J Surg 1994; 64(11):741-744.
17. Hardin WJ, Hardy JD. Mesenteric cyst. Am J Surg 1970; 119: 640-4.
18. Elliott GB, Kliman MR, Elliott KA. Persistence of lymphatico-venous shunts at the level of the microcirculation. Ann Surg 1970; 172: 131-136.
19. Agrawal A, Sanghvi B, Parelkar S. Mesenteric cyst with small bowel volvulus. ANZ J of Surg 2010; 80 (4): 295.