

Duplication kystique duodénale chez un homme de 61 ans

Jinpei Dong MD, Dapeng Bian MD, Qiushi Feng MB

■ Citation : *CMAJ* 2023 March 20;195:E411-2. doi : 10.1503/cmaj.221387-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221387

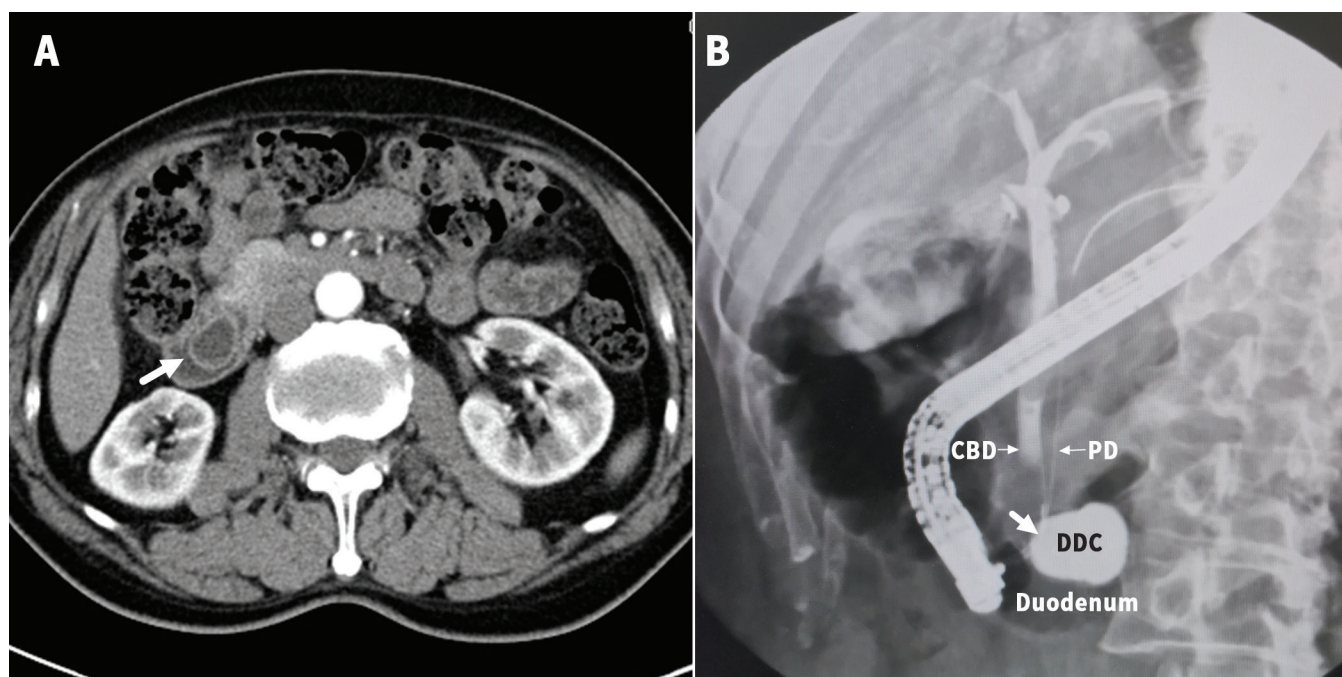


Figure 1 : (A) Tomodensitométrie de contraste de l'abdomen d'un homme de 61 ans montrant une masse kystique (2,3 × 1,6 × 4,0 cm) dans la deuxième partie du duodénum (flèche blanche). (B) Une cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique a permis de constater que le canal pancréatique et le canal cholédoque étaient confluents au kyste. Une flèche blanche en caractère gras pointe vers l'ampoule de Vater. Les flèches blanches et minces ciblent le canal cholédoque et le canal pancréatique, respectivement. Remarque : CBD = canal cholédoque (common bile duct), DDC = duplication kystique duodénale (duodenal duplication cyst), PD = canal pancréatique (pancreatic duct).

Un homme de 61 ans a souffert d'une pancréatite aiguë, 5 ans auparavant. Une tomodensitométrie (TDM) de son abdomen avait révélé la présence d'une masse kystique dans la deuxième partie du duodénum. À l'époque, on avait proposé une intervention chirurgicale, mais le patient avait refusé. Au cours des 5 années suivantes, il a vécu 4 autres épisodes de pancréatite aiguë avant de se présenter à notre clinique de chirurgie, demandant un traitement curatif pour sa masse kystique. Il était alors asymptomatique et les résultats de son examen physique, de son hémogramme complet, de ses concentrations d'enzymes hépatiques ainsi que ses concentrations de lipases et d'amylases

étaient normaux. Un examen tomodensitométrique réalisé à notre centre a montré que la masse demeurait inchangée (figure 1A). Une échoendoscopie a révélé une lésion anéchogène composée d'une paroi en 5 couches (annexe 1, accessible à l'adresse www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221387/tab-related-content); une cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique a montré que les canaux pancréatique et biliaire étaient confluents avec le kyste (figure 1B et annexe 1, figure B). L'analyse du fluide kystique a révélé une concentration d'amylases supérieure à 10 000 U/L, de lipases dépassant 1500 U/L, de bilirubine totale de 83,3 µmol/L et d'acides biliaires totaux de 2212,06 µmol/L. Ces

résultats étaient tous notablement supérieurs aux valeurs normales mesurées dans le plasma. Ils suggéraient que les sécrétions biliaires et pancréatiques étaient drainées dans le kyste et que ce kyste était fort probablement la cause des pancréatites récurrentes du patient.

Nous avons procédé à la résection de la lésion de façon endoscopique et l'histopathologie a montré une duplication kystique duodénale (annexe 1, figure C). Nous avons répété l'examen endoscopique 3 mois plus tard, révélant que les orifices des canaux pancréatique et biliaire étaient séparés (annexe 1, figure D). Le patient n'a vécu aucun autre épisode de pancréatite aiguë pendant les 15 mois qui ont suivi la résection.

Une duplication kystique duodénale est une malformation congénitale présentant une prévalence estimée à moins de 1 cas par 100 000 naissances vivantes¹. On la diagnostique plus fréquemment dans la petite enfance ou dans l'enfance. La complication la plus courante est la pancréatite et le diagnostic différentiel principal est la cholécocèle. Examinée en histologie, une duplication kystique duodénale est couverte des 2 côtés par la muqueuse duodénale, enfermant une couche distincte de muscles lisses, alors que la cholécocèle est recouverte par la muqueuse du conduit cholédoque ou de la muqueuse de la vésicule biliaire, sans la présence d'une couche de muscles lisses². Au cours de l'examen échoendoscopique, une duplication kystique duodénale se manifeste par son aspect anéchogène avec une paroi composée de 3 à 5 couches. La duodéno-scopie permet l'observation précise du péristaltisme musculaire de la paroi du kyste. On a déjà rapporté des transformations tumorales des duplications kystiques duodénales, mais elles demeurent peu fréquentes³. La résection complète constitue le traitement optimal; le traitement endoscopique est moins invasif que l'intervention chirurgicale, mais le rétablissement est plus rapide.

Références

1. Chen J-J, Lee H-C, Yeung C-Y, et al. Meta-analysis: the clinical features of the duodenal duplication cyst. *J Pediatr Surg* 2010;45:1598-606.
2. Dipasquale V, Barraco P, Faraci S, et al. Duodenal duplication cysts in children: clinical features and current treatment choices. *Biomed Hub* 2020;5:152-64.
3. Seeliger B, Piardi T, Marzano E, et al. Duodenal duplication cyst: a potentially malignant disease. *Ann Surg Oncol* 2012;19:3753-4.

Intérêts concurrents : Aucun intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Départements de gastroentérologie (Dong), endoscopie (Bian) et chirurgie générale (Feng), Premier hôpital universitaire de Pékin, Beijing, Chine

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Qjushi Feng, fqschina@sina.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.