

Kystes et tumeurs spléniques : diagnostic et prise en charge

B. Alkofer¹, V. Lepennec², L. Chiche¹

1. Service de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantation, CHU Caen – Caen.

2. Service de radiologie, CHU Caen – Caen.

Correspondance : B. Alkofer, Service de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantation, CHU Caen Côte de Nacre, F14000 Caen.

Résumé/Abstract

Kystes et tumeurs spléniques : diagnostic et prise en charge

B. Alkofer, V. Lepennec, L. Chiche

Les kystes et tumeurs de la rate sont des lésions rares, de découverte le plus souvent fortuite. Généralement asymptomatiques, elles peuvent se manifester par des douleurs de l'hypochondre gauche. Les kystes spléniques demeurent les lésions les plus fréquemment retrouvées. On distingue les pseudokystes, évolution d'une contusion splénique ou d'un infarctus et les kystes vrais. Parmi ces derniers, certains sont congénitaux, (kyste épidermoïde) et d'autres, plus rares, sont acquis d'origine infectieuse (kystes hydatiques et abcès) ou tumorale (lymphangiome, angiome voire tumeur nécrosée). Le contexte et l'analyse de l'imagerie (échographie, Imagerie par Résonance Magnétique) permettent en général de faire le diagnostic. L'abstention est la règle pour le pseudokyste et l'angiome. La chirurgie, en général conservatrice, est indiquée dans les volumineux kystes épidermoïdes symptomatiques et la splénectomie est souvent nécessaire dans le kyste hydatique et les tumeurs. Parmi les tumeurs pleines, les hémangiomes et les lymphangiomes, dans leur forme charnue, sont assez caractéristiques. D'autres lésions, aussi bien bénignes que malignes, peuvent être retrouvées. Leur diagnostic est orienté par l'imagerie en particulier l'échographie et le scanner. Mais la certitude diagnostique est obtenue par l'examen anatomopathologique de la pièce. La biopsie est généralement contre-indiquée en raison du risque hémorragique. Une exérèse aussi limitée que possible doit être tentée afin d'éviter les risques de la splénectomie (infections, thrombose).

Mots-clés : Rate. Diagnostic. Kystes. Tumeurs.

Splenic cysts and tumors: diagnosis and management

B. Alkofer, V. Lepennec, L. Chiche

Cysts and tumors of the spleen are rare and are often discovered fortuitously. They are most often asymptomatic but may present with abdominal pain in the left upper quadrant. Splenic cysts are far more common than solid lesions; true cysts must be differentiated from pseudocysts of the pancreas and from cystic degeneration following splenic contusion or infarction. Cysts may be congenital (epidermoid cysts), infectious (abscess or hydatid cyst), or neoplastic (lymphangioma or angioma with ± tumor necrosis). Diagnosis can usually be established with the clinical context and imagery (ultrasound, CT, MRI). Surgery should be avoided for angiomas and pseudocysts. Spleen-conserving surgery is indicated for large symptomatic epidermoid cysts. Splenectomy is often required for hydatid cysts and tumors. Of the solid tumors, hemangiomas and lymphangiomas often have a characteristic fleshy appearance. For other solid tumors, whether benign or malignant, imaging may give some clues to the diagnosis, but diagnostic certitude often requires pathologic examination of the piece. Needle biopsy is contraindicated because of the risk of bleeding. Resection should be as limited as possible in order to avoid the risks of total splenectomy (overwhelming sepsis, thrombosis).

Key words: Spleen. Diagnosis. Cyst. Tumor.

Introduction

Les lésions de la rate, qu'elles soient kystiques ou pleines, sont rares et souvent méconnues. Le contexte de découverte est très varié, fréquemment fortuit à l'occasion d'un examen d'imagerie abdominale pour une autre pathologie. Le diagnostic étiologique devant une image focale de la rate repose sur l'analyse du contexte et de l'imagerie. La ponction biopsie à titre diagnostique est rarement réalisable du fait du risque hémorragique et le diagnostic peut être fait sur la pièce de splénectomie qui s'avère alors souvent inutile. Le but de la prise en charge de telles lésions est d'éviter la splénectomie, en particulier chez le jeune, sans faire l'impasse sur une pathologie maligne.

Cadres nosologiques

Des classifications existent selon l'origine, l'aspect ou l'étiologie de la lésion. Pour le clinicien, le problème diagnostique se pose face à une image. C'est pourquoi, pour simplifier et par souci pratique, les différents diagnostics sont évoqués selon leur aspect macroscopique et échographique. On distingue les lésions liquidiennes, principalement représentées par les lésions liquidiennes, et les lésions pleines. Ne seront pas traitées les causes de splénomégalie isolée ainsi que les maladies de surcharge.

Les lésions liquidiennes

• Les kystes vrais

Ils sont une des lésions spléniques les plus fréquemment rencontrées. D'origine congénitale, leur développement serait dû à l'inclusion de tissu ectodermique, mésodermique ou endodermique dans la rate ou à l'involution de tissu mésothélial. Ils sont donc recouverts par une paroi « vraie » composée d'un

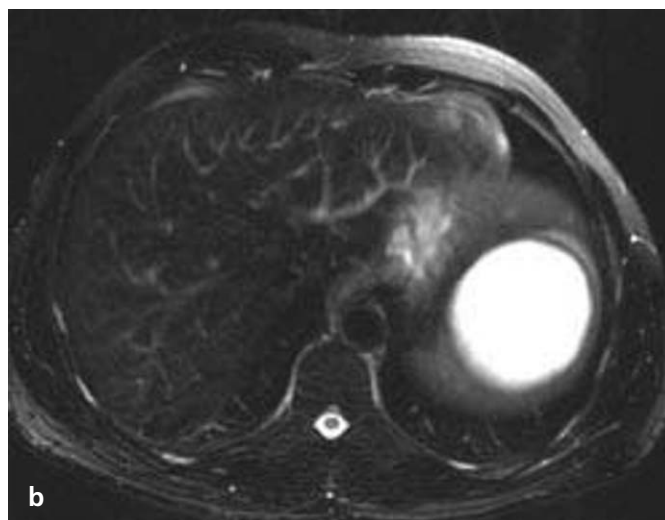


Figure 1 : a) Kyste épidermoïde de la rate en T1, b) Kyste épidermoïde de la rate en T2.

revêtement épidermoïde ou mésothélial [1, 2].

Ils sont plus fréquemment rencontrés chez l'enfant ou le sujet jeune. Souvent de découverte fortuite, ils peuvent devenir symptomatiques (douleur ou pesanteur dans l'hypochondre gauche, gêne respiratoire) lorsque leur volume est important. Un risque de rupture existe, alors responsable d'un hémopéritoine. En échographie, ils apparaissent comme une lésion bien limitée à contenu liquidien, homogène, aux contours bien réguliers avec renforcement postérieur. Au scanner, ce sont des lésions arrondies, au contenu hypodense et aux parois fines qui ne se rehaussent pas après injection de produit de contraste [3, 4]. En Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) les parois sont fines, et ils sont hyperintenses en T2 (*figures 1a et 1b*).

Généralement uniques, leur taille varie de 1 à plus de 25 centimètres de diamètre. Macroscopiquement, la face interne des parois du kyste est blanchâtre et lisse avec des trabéculations périphériques. Le liquide est clair et parfois épais. Histologiquement, les parois sont constituées d'un épithélium stratifié squameux ou par une couche de cellules cuboïdes, alors interprété comme mésothélial. Des kystes mucineux spléniques, exceptionnels, ont été décrits. [5].

• Les pseudokystes

Ils sont ainsi appelés du fait de l'absence de revêtement cellulaire. Eux aussi de

découverte fortuite, représentant 80 % des kystes spléniques non parasitaires. Ils sont rencontrés chez l'adulte jeune. Ils se forment après un traumatisme ou après un infarctus splénique, faisant suite à la liquéfaction de l'hématome, suivie d'une résorption du pigment hémattique [2]. Macroscopiquement, il est difficile de les différencier d'un kyste vrai et seule l'absence histologique de paroi cellulaire « vraie » permet le diagnostic de pseudokyste [5]. La paroi est alors composée d'un tissu fibreux, possiblement calcifié. L'imagerie est semblable à celle des kystes vrais avec absence de rehaussement de la paroi après injection. Des calcifications peuvent être observées [3, 4]. La recherche d'un antécédent de traumatisme est donc un élément fondamental du diagnostic amenant à l'abstention en cas de lésion asymptomatique [6].

• Les kystes parasitaires et abcès spléniques

Les kystes hydatiques

Ils représentent 60 à 75 % de l'ensemble des kystes spléniques. La localisation splénique de l'hydatidose est la plus commune après l'atteinte hépatique et pulmonaire, et constitue un facteur aggravant lorsqu'elle leur est associée. La découverte de l'atteinte splénique est aussi fortuite sur un examen d'imagerie (échographie ou scanner), lors de la découverte clinique d'une splénomégalie,

avec un contexte hautement évocateur (origine géographique, contact avec les chiens, profession...) [3, 4]. Généralement uniques, on en décrit, comme pour l'atteinte hépatique, cinq types radiologiques en fonction de leur âge, allant du kyste liquidien, aux parois fines, à une lésion hétérogène calcifiée visible sur les clichés d'abdomen sans préparation (*figure 2*). L'échographie est l'examen clé du dépistage (*tableau 1*).

L'évolution de ces lésions est dominée par la possibilité de rupture, en particulier dans un organe de voisinage (plèvre, bronche, estomac, colon) [2, 8].

De nombreuses autres parasitoses peuvent être à l'origine d'atteinte splé-



Figure 2 : Kyste hydatique splénique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9401003>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9401003>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)