

Pseudokystes du pancréas : analyse d'une série de treize cas au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka (Guinée)
Pancreatic pseudocysts: analysis of a series of thirteen cases in the visceral surgery department of Donka National Hospital (Guinea)

Baldé MA, Diallo MSK, Traoré L, Soumah Y, Camara FL, Touré A

Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka, CHU de Conakry

Faculté des sciences et techniques de la santé, université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Auteur correspondant : Mamadou Alpha BALDE ; Téléphone (+224) 621-661-622 ;

E-mail : dralphabtougue@gmail.com

Reçu le 18 septembre 2025 - Accepté le 23 décembre 2025 - Publié le 30 décembre 2025

RESUME

Introduction : le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge du pseudokyste du pancréas.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif couvrant une période de dix ans (janvier 2015 à décembre 2024). Portant sur tous les dossiers des patients admis et opérés dans le service pour pseudokyste du pancréas.

Résultats : au cours de cette période nous avons colligés treize cas de pseudokyste du pancréas. L'âge moyen était de 46,30 ans avec des extrêmes de 27 ans et 65 ans et un sex-ratio de 0,62. Le diagnostic était clinique et échographique. Le kyste était unique et bien limité dans tous les cas avec un diamètre allant de 8 à 17 cm. Une kystogastrostomie a été réalisée dans 11 cas (84,61%). Les suites opératoires ont été simples dans 11 cas (84,61%) et compliquées d'infection du site opératoire dans 2 cas (15,39%), nous n'avons pas enregistré de décès.

Conclusion : les pseudokystes du pancréas sont rares dans notre contexte. La prise en charge est chirurgicale et donne des résultats mitigés.

Mots clés : pseudokyste du pancréas, prise en charge, hôpital National Donka, Guinée

SUMMARY

Introduction: the aim of this study was to report our experience in the management of pancreatic pseudocysts.

Patients and Methods: this was a retrospective descriptive study covering a period of ten years (January 2015 to December 2024), including all patient records admitted and operated on in the department for pancreatic pseudocyst.

Results: during this period, we collected thirteen cases of pancreatic pseudocyst. The average age was 46.30 years, with extremes ranging from 27 to 65 years, and a sex ratio of 0.62. The diagnosis was clinical and ultrasonographic. The cyst was single and well-defined in all cases, with a diameter ranging from 8 to 17 cm. A cystogastrostomy was performed in 11 cases (84.61%). Postoperative outcomes were uncomplicated in 11 cases (84.61%) and complicated by surgical site infection in 2 cases (15.39%); no deaths were recorded.

Conclusion: pancreatic pseudocysts are rare in our setting. Management is surgical and yields mixed results.

Keywords: pancreatic pseudocyst, management, Donka national hospital, Guinea

NTRODUCTION

Les pseudokystes du pancréas sont des tumeurs bénignes et rares dans notre contexte [1]. Leur prévalence varie de 0,5 % dans la tranche d'âge 40 à 49 ans ; de 10 % pour les 60 à 69 ans et de 37 % chez les patients de plus de 80 ans [2].

Les PKP sont engendrés, par un processus pancréatique que ce soit aigu ou chronique, ou par un traumatisme abdominal donnant lieu directement à la formation du PKP ou en passant par une pancréatite post-traumatique [3].

Son évolution est imprévisible pouvant aller de la simple résorption spontanée à la survenue de complications gravissimes, notamment l'obstruction, la surinfection et l'hémorragie [4].

Leur prise en charge est complexe et doit être multidisciplinaire [4].

Le but de cette étude était de rapporté notre expérience dans la prise en charge des pseudokystes du pancréas.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif couvrant une période de dix ans allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2024. Portant sur tous les dossiers des patients admis et opérés dans le service pour pseudokyste du pancréas.

Les variables d'étude ont concerné les caractères sociodémographiques, les signes cliniques, les moyens diagnostiques, les méthodes thérapeutiques et leurs suites. Toutes les variables quantitatives ont été analysées en déterminant le maximum, le minimum, la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives ont été analysées par leur fréquence et leur pourcentage.

RESULTATS

Au cours de cette période nous avons colligés treize cas de pseudokyste du pancréas. Les tranches d'âge de 41 – 50 ans et 51 – 60 ans étaient les plus touchées avec 30,7% chacun et un âge moyen de 46,30 ans. Un sex-ratio de 0,62. Les fonctionnaires étaient les plus touchés et la majorité des patients vivaient dans la capitale (61,5%). Sept cas soit 53,84% étaient d'origine traumatique ; 5 cas (38,5%) étaient secondaires à une pancréatite aiguë et 1 cas (7,67%) d'étiologie indéterminée. Les tableaux I et II résument respectivement les signes cliniques et signes radiologiques.

Tableaux I : fréquence des signes cliniques

Signes cliniques	Nombre de cas (N=13)	%
Douleur abdominale	13	100,0
Masse abdominale	10	77,0
Nausées/Vomissements	10	77,à
Altération de l'état général	5	38,5
Fièvre	3	23,0

Tableaux II : Fréquence des signes radiologiques

Examens radiologiques	Nombre de cas	Résultat des examens radiologiques	Nombre de cas	%
Échographie abdominale	13	Pseudokyste du pancréas	13	100,0
		Lithiase vésiculaire	2	15,4
TDM abdominale	3	Pseudokyste du pancréas	3	23,0

La NFS avait été réalisée dans tous les cas et avait mis en évidence une hyperleucocytose dans 4 cas (30,7%) et une anémie à 8 g/l avait été retrouvée dans 3 cas (23%).

Une hyperamylasémie a été objectivée dans 4 cas (30,7%), une hyperlipasémie a été retrouvée dans 4 cas (30,7%), une hyperglycémie a été objectivée dans un cas (7,7%) et une hypercalcémie a été objectivée dans un cas (7,7%).

Tous les cas ont été opérés sous anesthésie générale et la voie d'abord était une médiane sus ombilicale dans 9 cas soit 62,23% et médiane sus et sous ombilicale dans 4 cas soit 37,7

Six (6) pseudokystes se trouvaient au niveau du corps du pancréas (46 %), trois (3) pseudokystes au niveau corporéo-caudale (23 %), trois (3) pseudokystes au niveau corporéo-céphalique (23 %) et un (1) pseudokyste au niveau corporéo-isthmique (7,7%).

Le pseudokyste était unique et bien limitées dans tous les cas avec un diamètre allant de 8 à 17 cm.

Nous avons réalisé une kysto-gastrostomie dans 11 cas (84,61%) et une kysto-jéjunostomie avec une anse en Y dans 2 cas (15,39%).

Les suites opératoires ont été simples dans 11 cas (84,61%) et se sont compliquées d'infection du site opératoire dans 2 cas (15,39%), nous n'avons pas enregistré de décès.

DISCUSSION

Le pseudokyste du pancréas est une collection de suc pancréatique pur ou mélangé à des débris de nécrose. Cette cavité kystique est en contact avec le pancréas et communique macroscopiquement ou microscopiquement avec le système canalaire [5].

Contrairement à notre résultat, la fréquence des pseudokystes du pancréas dans la littérature est de 0,5 % dans la tranche d'âge 40 à 49 ans, de 10 % pour les 60 à 69 ans et de 37 % chez les patients de plus de 80 ans [2].

Hauters et al [5] avaient rapportés une prédominance féminine comme dans notre série. Par contre plusieurs études rapportent que les pseudokystes sont plus fréquemment rencontrés chez l'homme que chez la femme [7, 8, 9]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la consommation d'alcool qui plus importantes chez les hommes que chez les femmes.

La douleur abdominale représente le signe clinique révélateur le plus fréquent.

Les symptômes en lien avec les pseudokystes du pancréas sont liés à une compression d'un organe de voisinage, une infection, une rupture ou une hémorragie intra-kystique [10].

La place qu'occupent l'échographie abdominale et le scanner abdominal dans le diagnostic des pseudokystes du pancréas est soulignée par plusieurs auteurs [2, 4, 11].

L'évolution des collections aiguës post pancréatiques (liquidiennes ou nécrotiques) se fait dans plus de 50% des cas vers la résorption et la patience est le maître mot en cas de patient stable [12].

Toutes les techniques de drainage (endoscopiques, radiologiques ou chirurgicales) ont une morbidité non négligeable (entre 15 et 30 %) et seuls les patients symptomatiques de leur collection doivent être traités [13].

Les indications thérapeutiques ne diffèrent pas que la collection soit liquidienne (pseudokyste) ou qu'elle soit nécrotique (nécrose circonscrite). La compression d'un organe de voisinage (estomac, duodénum, voies biliaires) et la surinfection sont à l'heure actuelle les deux indications prédominantes de drainage des pseudokystes [10].

Nous avons choisi de faire un drainage interne à cause de l'absence d'un plateau technique appropriés. Le drainage percutané échoguidé ou scannoguidé devrait être le traitement de première intention en cas de pseudokyste persistant par ce qu'il donne de bons résultats et les récidives sont rares [11]. Mais ce procédé demande une hospitalisation prolongée et un coût qu'un malade supporte difficilement dans un pays en développement [11].

En cas d'anomalies canalaire pseudokystes communicants la prise en charge thérapeutique du pseudokyste sera alors dictée par la localisation du pseudokyste et la présence d'anomalies canalaire associées [14, 15]. Chaque fois que le pseudokyste est accessible à un drainage simple gastrique ou duodénal, une kystostomie sera réalisée [10].

CONCLUSION

Les pseudokystes du pancréas sont rare dans notre contexte et demeure une pathologie de l'adulte jeune. Une consultation précoce, l'introduction de la chirurgie laparoscopique et le drainage percutané pourrait faciliter la prise en charge et réduire la durée d'hospitalisation.

REFERENCES

- 1. Nour F, Ben Ahmed Y, Sarrai N, et al.** Les pseudokystes du pancréas chez l'enfant : quelle approche thérapeutique ? Archives de pédiatrie 2011;18: 1176- 80
- 2. Lu X, Zhang S, Ma C, et al.** The diagnostic value of EUS in pancreatic cystic neoplasms compared with CT and MRI. Endosc Ultrasound 2015; 4(4) : 324-9
- 3. Phillip S G, Weizmann M, Watson R.** Pancreatic Pseudocysts Advances in Endoscopic. Gastroenterology Clinics of North America. 2016; 45(1): 9-27
- 4. Ben Moussa M, Feki MN, Baraket O, Chaari M, Saidani A, Bouchoucha S.** Un pseudo kyste pancréatique doublement compliqué d'infection et d'hémorragie. Tunisie Médicale 2011; 89 (04) : 383 – 385
- 5. Klopel G.** Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. Semin Diagn Pathol 2000; 17 : 7-15
- 6. Hauters P, Weerts J, Peillon C, Champault G, Bokobza B, Roeyen G, et al.** Treatment of pancreatic pseudocysts by laparoscopic cystogastrostomy. Annales de chirurgie 2004 ; 129 : 347–352
- 7. Duclos B, Loeb CH, Jung-Chaigneau H, Chamouard P, Baumann R, Weill JP.** Traitement non chirurgical des kystes et PKP. Etude d'une série de 33 cas. Ann Gastro Entéro Hépat, 1991, 27 (1): 1-5
- 8. Liguory CL, Lefebvre JF, Dumont JL, Canard JM, Bonnel D.** Dérivation kysto-digestive endoscopique. A propos de 10 cas. Chirurgie, 1987, 113 :762 732
- 9. Sahel J.** Traitement endoscopique des kystes et PKP. Ann Chir 1990 ; 44(1) : 60-62
- 10. Jacques J, Laugier R.** Prise en charge des pseudokystes du pancréas. POST'U. 2017 ; 311 - 317
- 11. Ba PA, Ngom G, Sankale AA, Faye AL, Fall I, Ndoye M.** Prise en charge du pseudokyste du pancreas chez l'enfant au CHU Aristide le Dantec de Dakar. Médecine d'Afrique Noire 2006; 53 (11): 330 – 332
- 12. Holt BA, Varadarajulu S.** The endoscopic management of pancreatic pseudocysts (with videos). Gastrointest Endosc 2015; 81(4): 804-12
- 13. Gurusamy KS, Pallari E, Hawkins N, Pereira SP, Davidson BR.** Management strategies for pancreatic pseudocysts. Cochrane Database Syst Rev 2016; 4(4): CD011392.
- 14. Dumoncean J-M, Delhay M, Tringali A, et al.** Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2012; 44(8): 784-800
- 15. Dumoncean J-M.** Endoscopic therapy for chronic pancreatitis. Gastrointest Endosc Clin N Am 2013; 23(4): 821-32