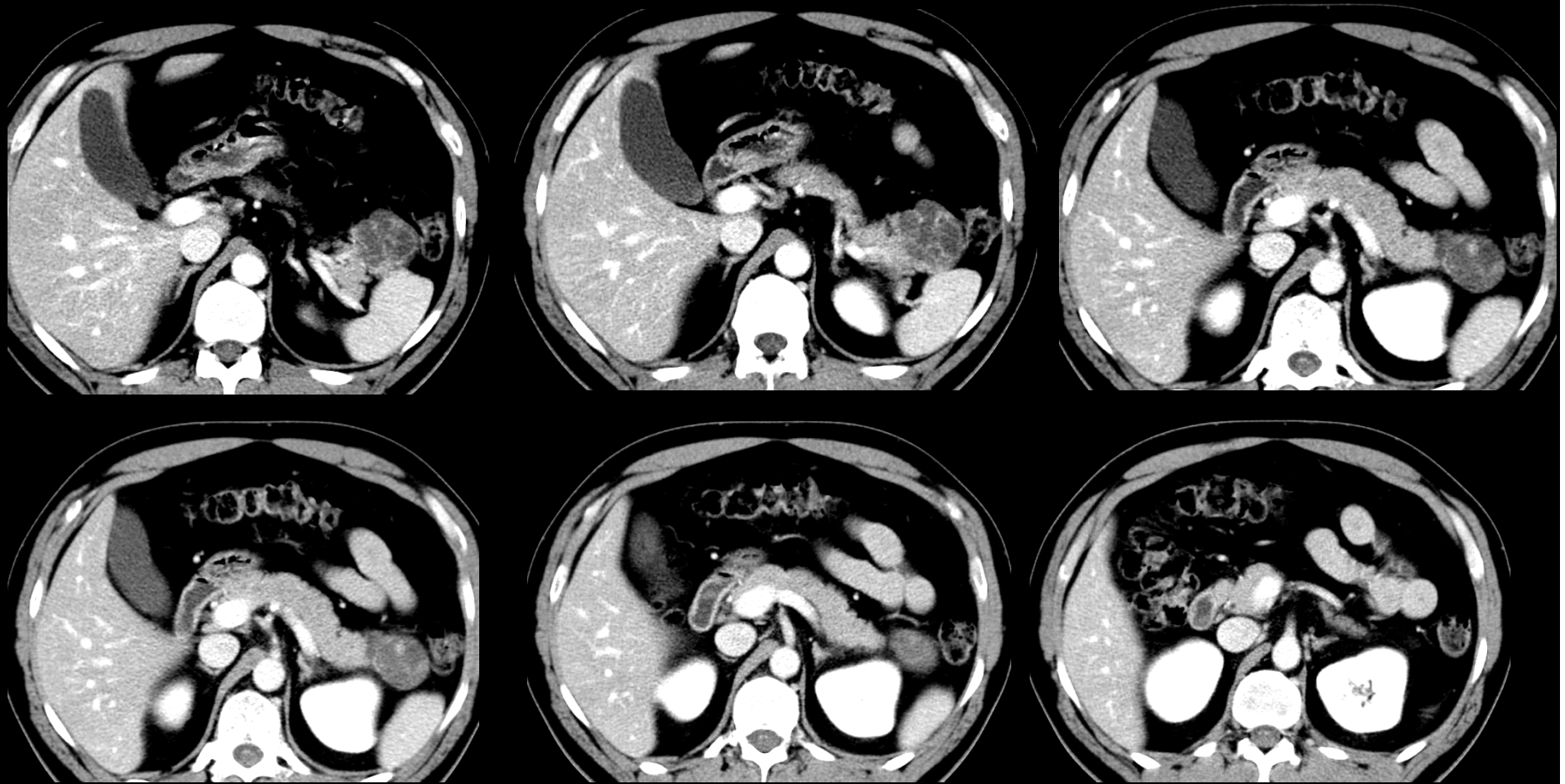


Patient de 44 ans , dyspnée , douleurs basi thoraciques gauches à type de piqûres transfixiantes depuis environ 1 an . Aucune atteinte de l'état général , examen clinique sans particularités ; biologie normale.



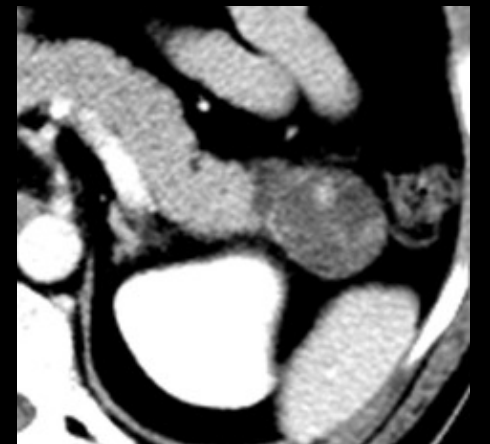
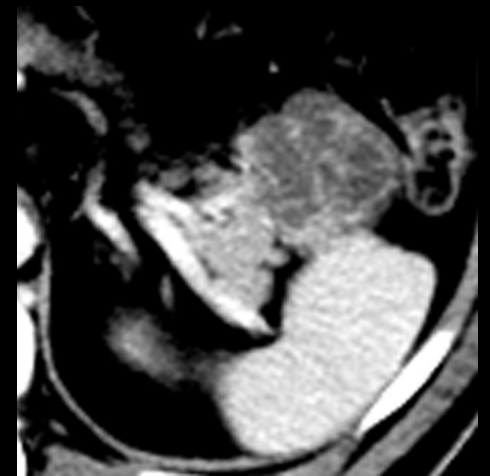
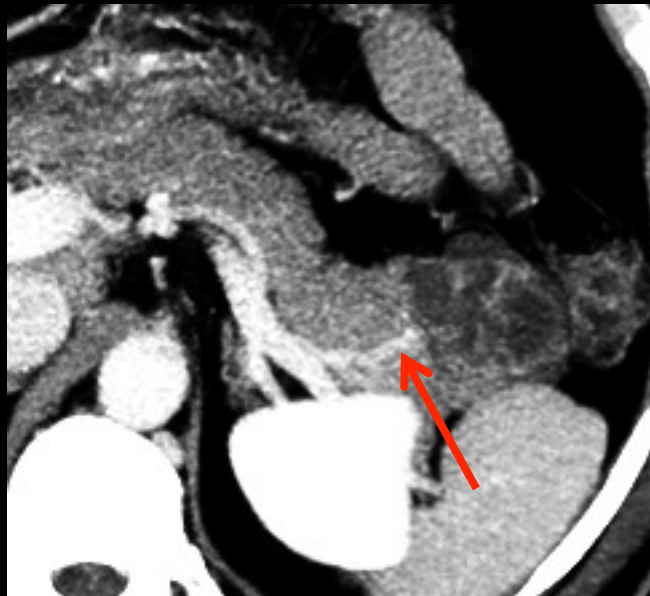
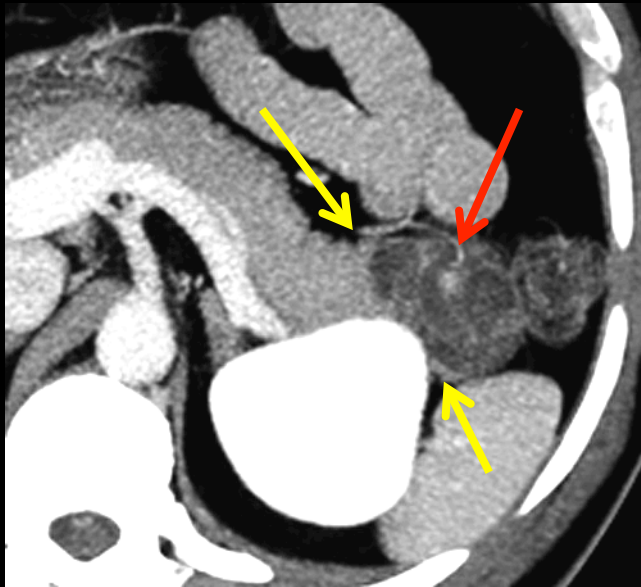
Localiser et décrire la lésion observée ; formuler un éventail diagnostique probabiliste plausible , dans le contexte décrit



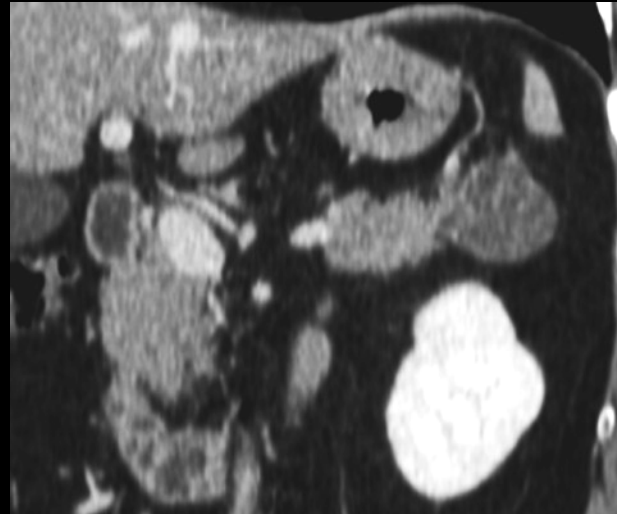
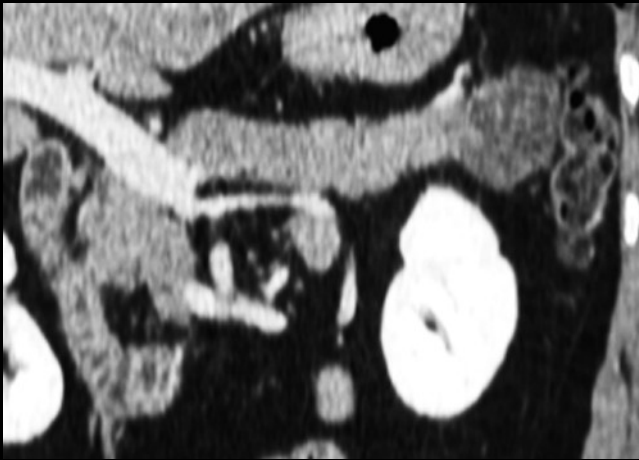
La lésion est bien développée dans le pancréas caudal . Pourquoi



On objective des éperons de parenchyme pancréatique qui d'étalent sur les contours antérieur et postérieur de la lésion. Celle-ci est donc "enchâssée" dans le pancréas caudal . Cette donnée est encore plus évidente si on épaissit un peu les coupes reconstruites (cf infra)



Dans le doute il faut identifier l'origine des pédicules vasculaires qui sont ici de toute évidence issus des vaisseaux du pancréas caudal



Les reformations multiplanaires peuvent aider à l'identification de ces éléments sémiologiques

Le **contingent liquide est prédominant** dans cette lésion (même si ,malheureusement, cet examen n'a pas comporté d'acquisition avant contraste).

Il s'agit donc d'une **lésion kystique** (pseudo kyste ou tumeur kystique) , ou d'une tumeur solide secondairement kystisée

Il n'y a aucun argument clinique ni d'imagerie en faveur d'une pancréatite ; et , d'une façon générale il existe une **nette prédominance féminine dans les tumeurs kystiques du pancréas** (TIPMP mises à part) comme le montre le tableau suivant



Cystadénome mucineux

Cystadénocarcinome mucineux

Cystadénome séreux

Tumeur Pseudo papillaire solide

Tumeur intracanaulaire papillaire et mucineuse du pancréas

Epidémiologie					
	CM	CKM	CS	TPPS	TIPMP
Prévalence	28%	15%	32%	4,2%	5%
Femme	87%	61%	70%	95%	Egale
Age (ans)	54	65	70	26	65
Corporéocaudale	75%		40%	68%	
Céphalique		49	40%		70%
Nombre	Unique	Unique	Unique		
Taille (cm)	5 à 10		4 à 25	9	
Dégénérescence	Oui	Oui	Non	Atténuée	Oui

Hypothèses diagnostiques devant une tumeur kystique pancréatique

- **Pseudo-kyste** (80 à 90%) ; cette fréquence correspond à des travaux réalisés avant la généralisation l'imagerie en coupes haute-résolution et la libéralisation des indications du scanner , en particulier chez les sujets âgés (TIPMP)
- **Tumeur kystique mucineuse:**
 - Femme, 50 ans
 - Pancréas corpo-réo-caudal
 - Diamètre moyen >10 cm, locules >2 cm
 - Pas de communication avec les canaux excréteurs
 - CA 19-9 ?
- **Tumeur kystique séreuse ou adénome micro-kystique**
 - Femme de + de 60 ans
 - Pancréas céphalique
 - Aspect aréolaire (spongiforme) "en nid d'abeille" des zones significatives
 - Bénin +++
- **Adénome séreux oligokystique**
 - 65 ans
 - Tête et corps
 - Douleur, ictère, stéatorrhée

- **Tumeur pseudo papillaire solide** ou tumeur solide kystique
 - Jeune femme, 10 - 30 ans
 - Caudale ++
 - Solide, kystique ou mixte
 - Potentiel malin incertain
 - 95% de guérison après exérèse
- **Lymphangiome kystique du pancréas**
 - Jeune
 - Plasticité ++
- **Kystes épithéliaux**
 - Von Hippel Lindau, PKAD, mucoviscidose
- **TIPMP (+/-)**
 - Sex ratio proche de 1
 - Symptomatologie de pancréatite, amylases augmentées
 - Ectasie canalaire des canaux principaux (main duct type)+++
 - Ectasie kystique des canaux secondaires (branch duct type) : nodule pariétaux solitaire ou multiples

Et s'il n'en reste qu'un.....ce sera celui là , car c'est le seul que l'on rencontre très majoritairement chez l'homme

Le kyste lymphe-épithélial du pancréas

Kyste lympho - épithélial du pancréas

Lésion malformative rare du pancréas

52 cas rapportés dans la littérature depuis 1985

Homme (5/1)

26 à 75 ans (moyenne 55 ans)

Douleurs abdominales atypiques , nausées,
vomissements,

surinfection kystique exceptionnelle

Découverte fortuite dans 50% des cas

Pas d'association rapportée avec une maladie auto-immune, EBV, ou VIH

Bilan biologique normal, rarement CA19-9 augmenté

Tête 35%, corps 40%, queue 25%

5 cm en moyenne, uni ou pluriloculaire

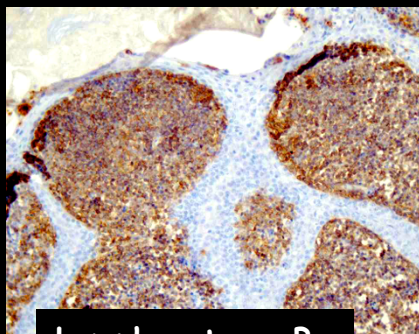
IRM: hypo T1, hyper T2

Amas de kératine hyper intenses en T1,
disparaissant avec fat-sat

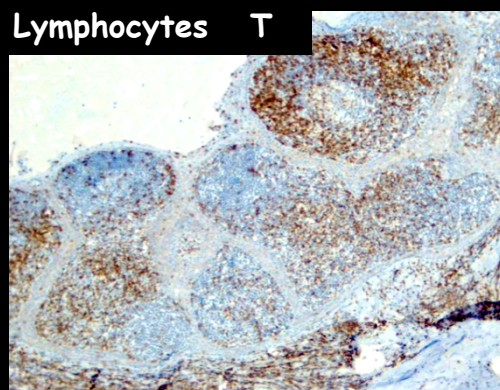
Histologie:

Le kyste est bordé par un **épithélium malpighien kératinisant** pouvant renfermer des cellules muco-sécrétantes. Il repose sur un tissu lymphoïde composé de follicules constitués de lymphocytes B circonscrits par des lymphocytes T

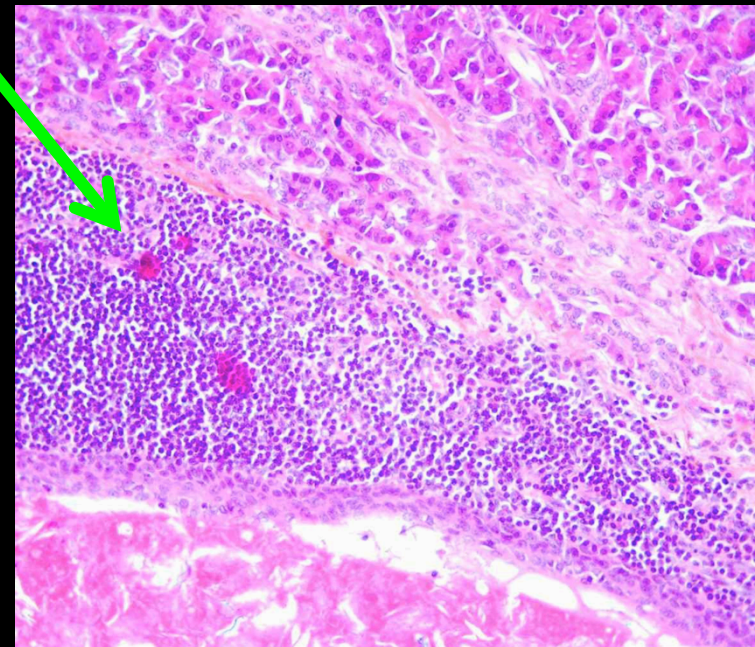
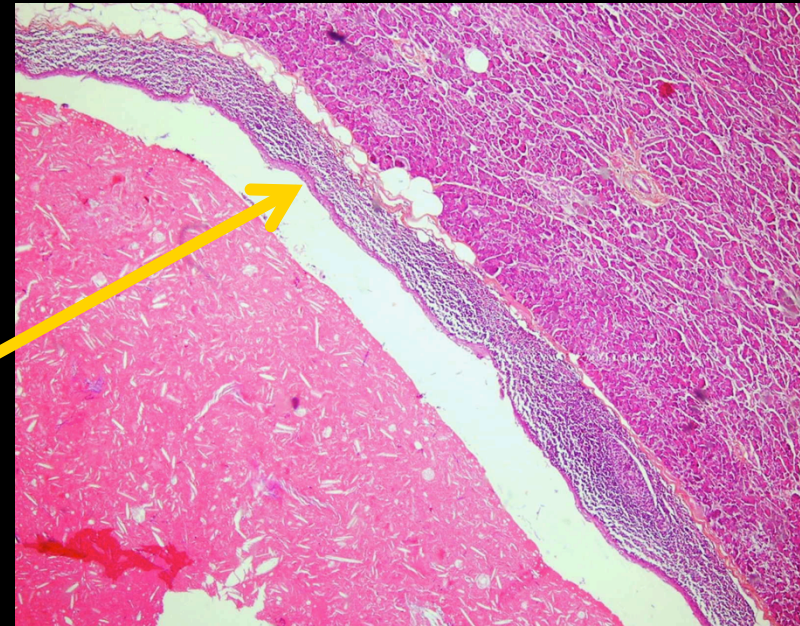
Les cellules épithéliales expriment fréquemment l'ACE, parfois le CA19-9



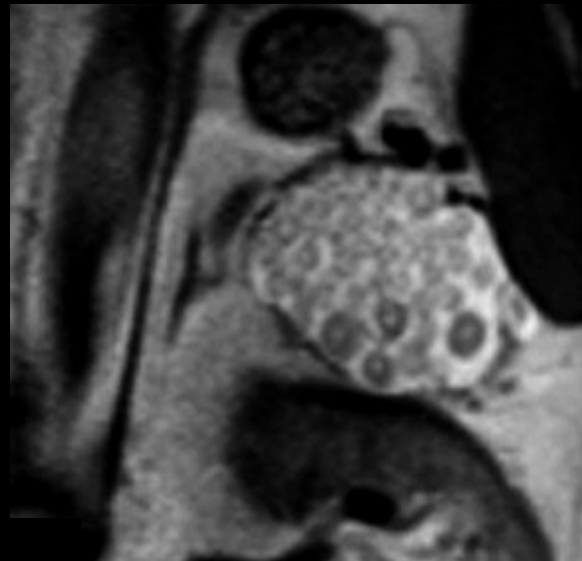
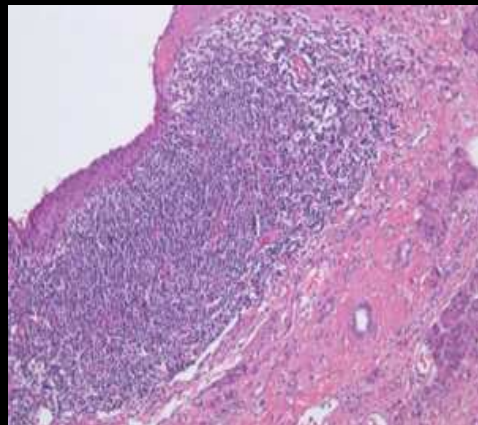
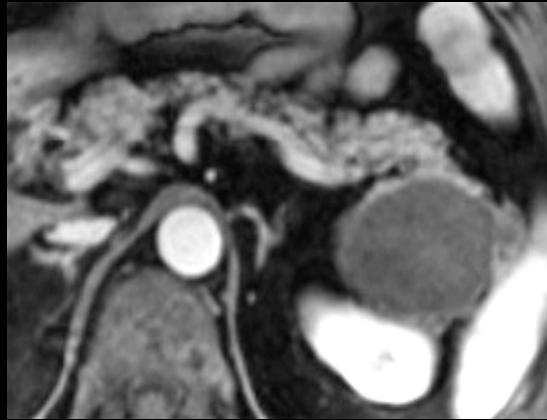
Lymphocytes B



Lymphocytes T



Un élément sémiologique particulier rapporté récemment : le "cheerios like sign"



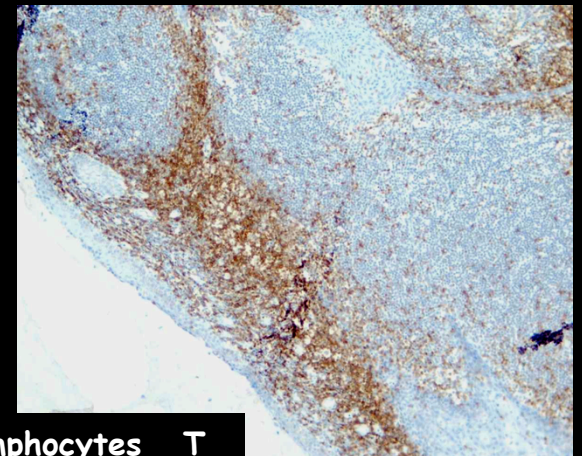
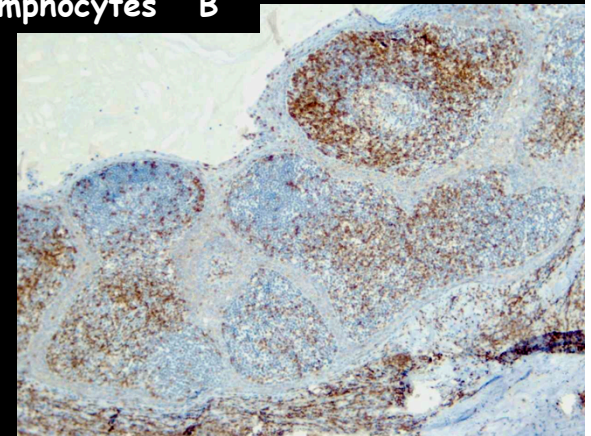
*Matrone A. et al Lymph epithelial Pancreatic Cyst: An Atypical Benign Pancreatic Mass Presenting with a "Cheerios-Like" Appearance
JOP 2010 ;11:170-172*



le "cheerios like sign" était bien présent chez notre patient mais moins aisément perçu que sur les images IRM (malheureusement le chirurgien pressé a opéré son patient sans demander l'IRM qui aurait été bien utile)



Lymphocytes B



Lymphocytes T

Take home message



Kyste lympho-épithélial du pancréas

Lésion dysembryoplasique bénigne , rare ,généralement a ou pauci symptomatique

Presqu'exclusivement rencontrée chez l'homme (4/5) , contrairement aux autres tumeurs kystiques du pancréas

Uni ou pluriloculaire , n'importe où dans le pancréas . Contenu de séreux à caséeux. Le **cheerios like sign** (bandes de tissu lymphoïde circonscrivant les nodules est utile pour la caractérisation macroscopique en imagerie

Ne récidive jamais après exérèse ; aucun cas de transformation maligne

Diagnostic préopératoire difficile

amas intra kystiques de kératine inconstamment visibles en imagerie
taux élevé d'ACE dans le liquide kystique peut faire évoquer à tort le diagnostic de tumeur mucineuse

L'analyse du produit de cytoponction et de micro biopsies peuvent permettre de poser le diagnostic et de surseoir à la chirurgie . Une ponction riche en lymphocytes et montrant

