

**CAS CLINIQUE**  
**TERATOME KYSTIQUE DU PANCREAS CHEZ UNE FILLE DE 14 ANS**  
**AU CHU KARA (TOGO)**

**PANCREATIC CYSTIC TERATOMA IN A 14 YEARS OLD GIRL**  
**AT THE TEACHING HOSPITAL OF KARA, TOGO**

**KASSEGNE I<sup>1</sup>, KANASSOUA KK<sup>2</sup>, AMEGBOR K<sup>3</sup>, ALASSANI F<sup>2</sup>, ADABRA K<sup>2</sup>, AMAVI AK<sup>2</sup>,  
AKAKPO-NUMADO GK<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> *Service de Chirurgie Générale – CHU Kara, BP : 18 Kara (Togo)*

<sup>2</sup> *Service de Chirurgie Générale B – CHU Sylvanus Olympio, BP : 57 Lomé (Togo)*

<sup>3</sup> *Service d'Anatomie et Cytologie Pathologique – CHU Sylvanus Olympio, Lomé (Togo)*

<sup>4</sup> *Service de Chirurgie Pédiatrique – CHU Sylvanus Olympio, BP : 57 Lomé (Togo)*

**Auteur correspondant - Dr KASSEGNE Iroukora - CHU de Kara -TOGO -**

**Téléphone : (+33) 782021799**

**Email : iroukorakassegne@yahoo.fr / kassegneiroukora@gmail.com**

**Résumé**

**Objectifs** : Nous rapportons un cas de tératome kystique du pancréas chez une adolescente. Observation : Il s'est agi d'une fille de 14 ans, admise aux urgences pédiatriques du CHU Kara pour douleurs abdominales isolées, évoluant depuis deux jours. L'examen physique était pauvre. Une échographie et une tomodensitométrie abdominales avaient montré une lésion kystique de la queue du pancréas. Une énucléation a été réalisée. L'examen histologique de la pièce, avait confirmé le tératome kystique du pancréas. Les suites opératoires ont été simples.

**Conclusion** : Les tératomes kystiques du pancréas sont rares. Leur symptomatologie ne présente aucune particularité et le diagnostic est rarement posé avant l'opération. Leur traitement est chirurgical en raison du risque de complications.

**Mots-clés**: Tératome Kystique, Pancréas, Chirurgie, Togo.

**Summary**

**Objective**: We report a case of cystic teratoma of the pancreas in a young girl. Observations: Its concerns a young girl aged 14 years old, admitted to the paediatric emergency department of University teaching hospital of Kara (Togo). She presented with nonspecific acute abdominal pains since two days. Physical exam was poor. Ultrasound and Computed tomography (CT) imaging of the abdomen demonstrated a cystic lesion arising from the pancreatic tail. She was operated in emergency. A simple cystectomy was performed. Pathological evaluation confirmed a benign teratoma (dermoid cyst). The postoperative period was uneventful. **Conclusion**: Cystic teratomas of the pancreas are rare. Their symptoms have no particularity and the diagnosis is rarely made in preoperative. Their treatment is surgical because of the risk of complications.

**Key words**: Cystic teratoma, Pancreas, Surgery, Togo.

## INTRODUCTION

Les tératomes sont des tumeurs développées aux dépens de cellules germinales, capables de générer des tissus provenant des trois feuilletts embryonnaires que sont: l'endoderme, le mésoderme et l'ectoderme [1]. Les tératomes matures kystiques ou kystes dermoïdes, sont généralement retrouvés dans les ovaires. Mais ils peuvent être retrouvés dans n'importe quel organe situé sur la voie de migration des cellules ectodermiques le long de l'axe médian du corps [2]. Le pancréas constitue un site extrêmement rare des tératomes kystiques [3]. Une revue de la littérature avait retrouvé moins de quarante cas de tératome kystique du pancréas (TKP) publiés dans le monde [4]. Nous rapportons un cas de TKP chez une adolescente, dans le service de chirurgie générale du centre hospitalo-universitaire de Kara (Togo).

## OBSERVATION

Une adolescente de 14 ans, élève a été admise le 20 novembre 2012, dans le service de chirurgie générale du CHU Kara (Togo) pour des douleurs abdominales isolées. Le début remontait à 24 heures plus tôt, marqué par la survenue brutale de douleurs abdominales très intenses, nocturnes, localisées à l'hypocondre gauche. Elles étaient rebelles aux antalgiques de palier I et II. L'interrogatoire n'avait retrouvé aucun antécédent de traumatisme abdominal. L'examen physique avait permis de noter une douleur provoquée à l'hypocondre gauche sans masse palpable. Une tomodensitométrie abdominale faite en urgence, avait montré une formation kystique, à paroi fine, sans cloison, ni végétation endokystique, mesurant 55 mm sur 48 mm, siégeant au niveau de la queue du pancréas et refoulant l'estomac (figure 1). Aucun dosage sanguin des enzymes pancréatiques n'avait été réalisé. Aucune ponction kystique percutanée échoguidée n'avait été faite pour un dosage de marqueurs tumoraux intrakystiques et une analyse cytologique.

A la laparotomie faite en urgence, la masse poussait sur la paroi postérieure de l'estomac et faisait bomber ce dernier par devant. Après un décollement colo-épiploïque, on découvre la tumeur ; elle était de consistance ferme, développée au dépens de la queue du pancréas (figure 2). Elle était bien

limitée, de nature kystique, et ne possédait pas de vaisseaux propres. Aucune autre anomalie intra-abdominale n'avait été retrouvée. Une énucléation laborieuse avait été effectuée sans résection de tissu pancréatique. L'examen macroscopique de la pièce d'énucléation au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique du CHU Sylvanus Olympio de Lomé, avait montré à la coupe un kyste non cloisonné, à paroi fibreuse avec des remaniements hémorragiques et à contenu mucoïde. A l'examen histologique cette paroi est faite de tissu fibreux, cartilagineux et musculaire lisse, évoquant un tératome kystique sans signes de malignité (figure 3). Les suites opératoires étaient simples. La patiente était sortie au 5ème jour post opératoire. Avec un recul de deux ans, aucune complication n'était survenue.

## COMMENTAIRES

Nous rapportons un cas de TKP, qui semble être le premier du genre publié au Togo et même en Afrique. De nos jours, les TKP ne semblent plus être l'apanage de l'enfance et du jeune âge. L'âge médian des patients au moment du diagnostic est passé de 14,5 à 46 ans [5].

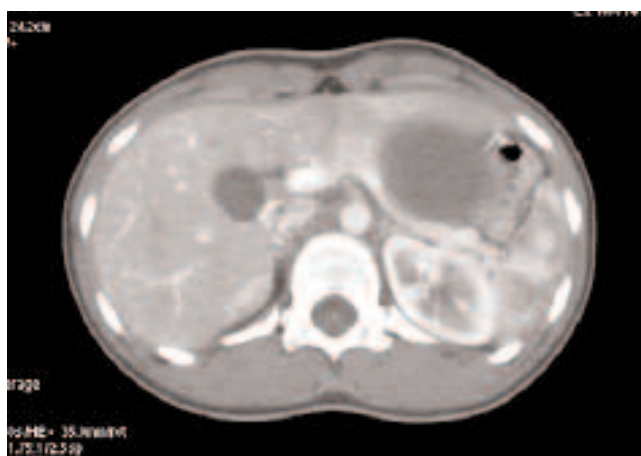
Les manifestations cliniques des TKP ne sont pas spécifiques [1,5]. La présentation en imagerie de cette tumeur est variée en fonction des tissus qui la composent [3]. L'analyse combinée de l'échographie, du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) suffit parfois à porter le diagnostic de certitude de tératome [6].

Le TKP est une lésion bénigne. Mais la preuve formelle de sa bénignité est difficile à établir par l'imagerie [7]. Pour établir son diagnostic préopératoire, certains auteurs ont préconisé sa ponction-aspiration à l'aiguille fine écho-guidée, avec un examen histologique, biochimique et un dosage de certains marqueurs tumoraux (ACE, CA 19.9) dans le liquide d'aspiration [1,5]. La valeur diagnostique du dosage intrakystique de ces marqueurs tumoraux n'est pas connue [3]. Cette technique (la ponction-aspiration) qui doit être réservée aux patients asymptomatiques et à ceux présentant un haut risque opératoire, manque de fiabilité [1].

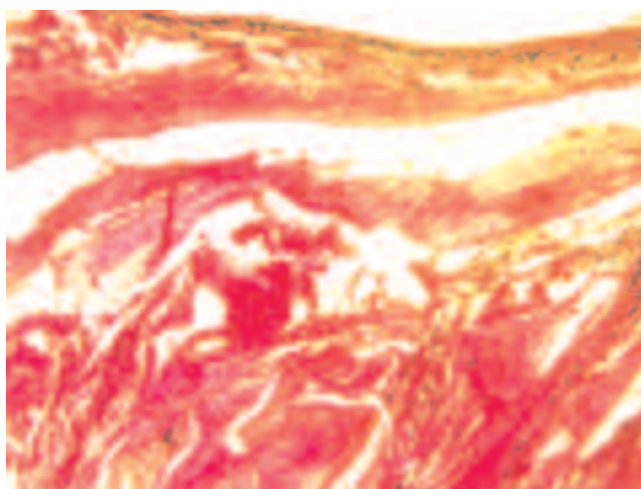
Les indications thérapeutiques actuelles en matière de lésions kystiques du pancréas [8,9] exigent une exérèse chirurgicale du TKP. D'un point de vue oncologique et à défaut de méthode fiable permet-

tant de poser un diagnostic préopératoire de bénignité du TKP, cette exérèse doit être la plus complète possible avec un examen histologique extemporané [5].

La persistance de douleurs abdominales rebelles aux antalgiques dont nous disposons et la nécessité d'avoir un diagnostic précis, avaient justifié l'indication d'une exérèse chirurgicale de la tumeur chez notre patiente. Un examen extemporané de la tumeur n'avait pas été réalisé du fait de l'indisponibilité d'un service d'anatomie et cytologie pathologique.



**Figure 1 : Formation kystique, à paroi fine, sans cloison, ni végétation endokystique, siégeant au niveau de la queue du pancréas, en avant de l'artère splénique et refoulant l'estomac**



**Figure 3: L'examen histologique de la pièce d'énucléation montrant à la coupe un kyste non cloisonné, à paroi fibreuse avec des remaniements hémorragiques et à contenu mucoïde, et faite de tissu fibreux, cartilagineux et musculaire lisse.**

## CONCLUSION

Le TKP est une lésion bénigne. Son diagnostic est suspecté par l'échographie, le scanner et/ou l'IRM abdominales, et confirmé avant l'opération par la ponction-aspiration ou après l'opération par un examen histologique. A ce jour, l'exérèse chirurgicale complète avec un examen extemporané de la tumeur constitue la meilleure indication thérapeutique. Dans les pays à plateau technique limité comme le Togo avec impossibilité de réaliser un examen extemporané, cette exérèse doit être complète pour éviter les récurrences.



**Figure 2 : Masse rétroéritonéale accolée à la queue du pancréas après décollement colo-épipléique et bascule de l'estomac vers la droite**

**Légende de la figure 2 :**  
: la masse kystique : la face postérieure de l'estomac, après la bascule de ce dernier vers la droite : la queue du pancréas.

**REFERENCES**

1. Koomalsingh KJ, Fazylov R, Chorost MI, Horovitz J. Cystic teratoma of the pancreas: presentation, evaluation and management. *Jop* 2006;7:643-6.
  2. Bouras AF, Zerbib P, Pruvot FR, Chambon JP. Kyste dermoïde du diaphragme : un cas. *J Chir* 2009;146:86-8.
  3. Rivkine E, Goasguen N, Chelbi E, Couvelard A, Vullierme MP, Vilgrain V, et al. Tématome kystique du pancréas. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:1016-9.
  4. Lyons DA, Coberly EA, Hammoud GM, Nicholl MB. Case report of pancreatic dermoid cyst: can fine needle aspiration make the diagnosis? *Jop* 2013;14:653-6.
  5. Degrate L, Misani M, Mauri G, Garancini M, Maternini M, Moltrasio F, et al. Mature cystic teratoma of the pancreas. Case report and review of the literature of a rare pancreatic cystic lesion. *Jop* 2012;13:66-72.
  6. Seki M, Ninomiya E, Aruga A, Yamada K, Koga R, Saiura A, et al. Image-diagnostic features of mature cystic teratomas of the pancreas : report on two cases difficult to diagnose preoperatively. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005;12:336-40.
  7. Brugge WR, Lauwers GY, Sahani D, Fernandez-del Castillo C, Warshaw AL. Cystic neoplasms of the pancreas. *N Engl J Med* 2004;351:1218-26.
  8. Allen PJ, D'Angelica M, Gonen M, Jaques DP, Coit DG, Jarnagin WR, et al. A selective approach to the resection of cystic lesions of the pancreas. Results from 539 consecutive patients. *Ann Surg* 2006;244:572-82.
  9. Brugge WR, Lewandroski K, Lee-Lewandroski E, Centeno BA, Szydlo T, Regan S, et al. Diagnosis of pancreatic cystic neoplasms: a report of the cooperative pancreatic cyst study. *Gastroenterology* 2004;126:1330-6.
-