



**Décembre 2023, Volume 7
N°4, Pages 223 - 304**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Décembre 2023, Volume 7,
N°4, Pages 223 - 304

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

EDITORIAL

Articles Originaux Numéros de Pages

- 1) Prise en charge du phéochromocytome : expérience du service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye. **Ka et al..... 223**
- 2) Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme : à propos de 13 cas à l'Hôpital du Mali. **Maiga AA et al..... 228**
- 3) Maladie hémorroïdaire traitée par la méthode de Milligan-Morgan à l'Hôpital National Donka. **Sylla H et al.235**
- 4) Cure prothétique des éventrations post-opératoires de l'adulte à l'hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée). **Soumaoro LT et al.240**
- 5) Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : aspects diagnostiques, thérapeutiques à propos de 7 cas diagnostiqués au CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine de Bangui (RCA). **Ngboko Mirotiga PA et al.247**
- 6) Mortalité de l'atrésie de l'œsophage en milieu défavorisé : à propos de 21 cas. **Salihou AS et al.254**
- 7) Colectomie idéale versus colectomie en 2 temps : indications et résultats au CHU de Conakry. **Diakité SY et al.260**
- 8) Étude de la mortalité post-opératoire au service de chirurgie générale du CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine de Bangui, RCA. **Doui Doumgba A et al.271**
- 9) Aspects diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Diallo FK et al.280**

CAS CLINIQUES

- 10) Prise en charge d'un cancer canalaire invasif du sein chez un homme de 61 ans à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé : difficultés thérapeutiques. **Ngaha J et al.288**
- 11) Hernies post-traumatiques dites « guidon ». Expérience de l'Hôpital du District sanitaire de Tessoua/Malai /Niger. **Maman Boukari H et al.295**
- 12) Pseudokyste du pancréas chez la personne âgée : à propos d'une observation à l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry et revue de la littérature. **Diakité SY et al.....299**

EDITORIAL

Original Articles Pages number

- 1) *Management of pheochromocytoma: experience of the general surgery department of the Idrissa Pouye Geneal Hospital. **Ka I et al.....223***
- 2) *Surgical treatment of traumatic ruptures of the diaphragm: about 13 cases at the Mali Hospital. **Maiga AA et al.....228***
- 3) *Hemorrhoidal disease treated by the Milligan-Morgan operation at the Donka National Hospital. **Sylla H et al.....235***
- 4) *Prosthetic mesh repair of adult incisional hernia at Ignace Deen Natinal Hospital, Universiry Hospital of Conakry (Guinea). **Souamoro LT et al..... 240***
- 5) *Acute intestinal intussusception in adults: diagnostic and therapeutic aspects of seven cases diagnosed at the Sino central African Friendship Hospital in Bangui (CAR). **Ngboko Mirotiga PA et al.....247***
- 6) *Mortality of oesophageal atresia in low-income setting: about 21 cases. **Salihou AS et al254***
- 7) *Ideal colectomy versus two-stages colectomy: indications and results at Conakry University Hospital. **Diakité SY et al.....260***
- 8) *Study of post-operative mortality in the general surgery department of the Sino- central African Friendship University Hospital in Bangui, CAR. **Doui Doumgba A et al271***
- 9) *Diagnostic and therapeutic aspects of non-traumatic digestive perforations at the Libreville University Hospital (Gabon). **Diallo FK et al.....280***

CASES REPORTS

- 10) *Management of invasive ductal carcinoma of the breast in a 61-years-old male at the Yaounde Gyneco-obstetric and pediatric hospital: therapeutic challenges. **Ngaha J et al.....288***
- 11) *Post-traumatic handlebar hernias. Experience of the Health District Hospital of Tessoua/Marali/Niger. **Maman Boukari H et al.....295***
- 12) *Pseudocyst of pancreas in the elderly: about a case presentation at National Hospital Donka, University Hospital of Conakry and review of literature. **Diakité SY et al.....299***

**PSEUDO-KYSTE DU PANCREAS CHEZ LA PERSONNE AGEE : A PROPOS
D'UNE OBSERVATION A L'HOPITAL NATIONAL DONKA, CHU DE CONAKRY
ET REVUE DE LA LITTERATURE**

**PSEUDOCYST OF THE PANCREAS IN THE ELDERLY: A CASE PRESENTATION
AT DONKA NATIONAL HOSPITAL, CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL AND
REVIEW OF THE LITERATURE**

**SY DIAKITÉ¹, S DIAKITÉ², H BALDÉ³, FL CAMARA³, TI BARRY³, Z SOW³, A
TOURÉ², AT DIALLO², B DIALLO³.**

1. *Chirurgie viscérale, Hopital Régional de Conakry*
2. *Chirurgie Générale, Hopital National Ignace Deen , CHU Conakry*
3. *Chirurgie viscérale, Hopital National Donka , CHU Conakry*

Auteur correspondant : Dr Saikou Yaya DIAKITE, Email : saikoukonkoronya@gmail.com

Tel. : (00224) 622413186

Résumé

Introduction : Les pseudo-kystes du pancréas (PKP) sont des collections liquidiennes sans épithélium propre, développées aux dépens ou au contact du pancréas, contenant du suc pancréatique pur ou mêlé de débris nécrotiques, faisant suite à une pancréatite ou un traumatisme ou de cause indéterminée. Le traitement des PKP nécessite en général un drainage. Nous discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques d'un cas de pseudo-kyste du pancréas drainé par voie chirurgicale classique chez une personne âgée avec une bonne évolution post-opératoire.

Observation : il s'agissait d'une patiente SC âgée de 80 ans admise pour masse abdominale épigastrique, douloureuse, asthénie physique, anorexie évoluant depuis 1 an. Il n'y avait pas d'antécédents particuliers. A l'examen, on notait une masse abdominale épigastrique douloureuse plus ou moins mobile par rapport au plan profond, de surface lisse et bords irréguliers, mate. Les touchers pelviens étaient sans particularités. La Tomodensitométrie a montré une volumineuse masse kystique intra-abdominale. La biologie a mis en évidence une anémie et une hyperleucocytose. Après la laparotomie, nous avons objectivé une volumineuse masse kystique, ferme, de dimensions 10x5x8 cm environs aux dépens

du corps du pancréas. Nous avons procédé au drainage interne du kyste par kysto-gastrostomie rétro-gastrique selon JEDLICKA. La patiente a été revue après un recul d'un an sans particularités.

Conclusion : Notre observation fait cas d'un pseudokyste du pancréas symptomatique qui a été drainé par kysto-gastrostomie retro-gastrique chirurgicale avec une évolution favorable. La prise en charge des pseudokystes du pancréas est multidisciplinaire avec un plateau technique adéquat.

Mots-clés : Pseudo-kyste, pancréas, diagnostic, traitement, personne âgée

Abstract

Introduction: *Pancreatic pseudocysts (PKP) are fluid collections without their own epithelium, developed at the expense of or in contact with the pancreas, containing pure pancreatic juice or mixed with necrotic debris, following pancreatitis or trauma, or of undetermined cause. Treatment of PKP usually requires drainage. We discuss the diagnostic and therapeutic aspects of a case of pseudocyst of the pancreas drained by conventional surgery in an elderly patient with a good post-operative course.* **Observation:** *We admitted an 80-years-old patient with*

epigastric abdominal mass, pain, physical asthenia and anorexia evolving for 1 year. She had no previous medical history. Examination revealed a painful epigastric abdominal mass, more or less mobile in relation to the deep plane, with a smooth surface and irregular, matt edges. Pelvic touch was unremarkable. CT scan showed a large intra-abdominal cystic mass (pancreatic cyst? mesenteric cyst?). Biology revealed anemia and hyperleukocytosis. After laparotomy, we found a voluminous, firm cystic mass, about 10x5x8 cm in size, at the expense of the body of the pancreas. We proceeded to internal

drainage of the cyst by retrogastric cystogastrostomy according to JEDLICKA. The patient was followed up for one year without any particularities. Conclusion: In our case, a symptomatic pancreatic pseudocyst was drained by surgical retrogastric cystogastrostomy with a favorable outcome. The management of pancreatic pseudocysts requires a multidisciplinary approach and an adequate technical platform.

Key words: Pseudocyst, pancreas, diagnosis, treatment, elderly patient

INTRODUCTION

Les pseudo-kystes du pancréas (PKP) sont des collections liquidiennes sans épithélium propre, développées aux dépens ou au contact du pancréas, contenant du suc pancréatique pur ou mêlé de débris nécrotiques, faisant suite à une pancréatite ou un traumatisme ou de cause indéterminée [1]. A la différence des kystes pancréatiques dont la paroi est constituée d'un épithélium canalaire, il s'agit d'un tissu fibro-inflammatoire dans les cas de PKP [2]. Le traitement des PKP nécessite en général un drainage [3]. Notre objectif est de rapporter un cas de prise en charge d'un PKP chez une personne âgée et de faire une revue de la littérature.

Observation

Il s'agissait d'une patiente SC âgée de 80 ans admise pour masse abdominale épigastrique, douloureuse, asthénie physique, anorexie, qui évoluée depuis un (1) an. Elle ne présentait pas d'antécédents particuliers. A l'examen, on notait des téguments et conjonctives pâles, une masse abdominale épigastrique douloureuse plus ou moins mobile par rapport au plan profond, de surface lisse et bords irréguliers, mate. Le péristaltisme était

audible. Les Touchers pelviens étaient sans particularités.

La Tomodensitométrie abdomino-pelvienne avec injection a montré : une collection liquidiennne homogène avec hyper-intensité avec une volumineuse masse kystique intra-abdominale faisant évoquer un kyste du Pancréas ou un kyste mésentérique (figure 1).

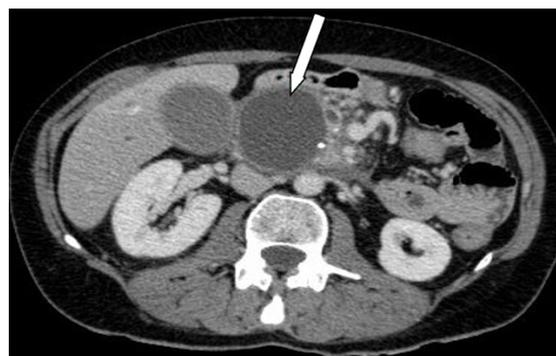


Figure 1 : image scanographique d'une collection liquidiennne homogène avec hyper-intensité

Les données des examens biologiques ont montré : une anémie à 10g /dl, une hyperleucocytose à 10600 éléments /mm³. La glycémie était de 1,09g/litre. Le bilan rénal était fait d'une urémie de 11

micromole/l et d'une créatinémie à 103 micromole/l. Le groupe sanguin /Facteur Rhésus : O+. La lipasémie était de 50 UI/L.

A la laparotomie médiane, nous avons trouvé une volumineuse masse kystique, ferme, de dimensions 10x5x8 cm environ développée aux dépens du corps du pancréas (**Figures 2 et 3**). Nous avons procédé au prélèvement du liquide kystique pour analyse biochimique et cytologique. Nous avons réalisé un drainage interne du kyste par kystotomie suivie d'une aspiration de 1500 cc de liquide marron plus des débris nécrotiques.

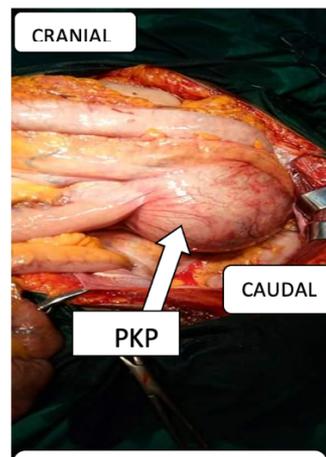


Fig. 2 : Vue opératoire du PKP

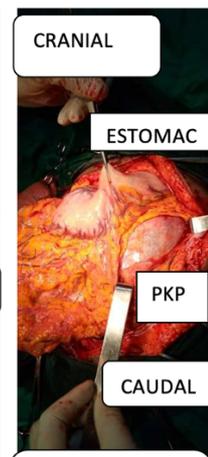


Fig.3 : Exposition estomac et PKP

Puis nous avons effectué une Kysto-gastrostomie rétro-gastrique selon JEDLICKA (**Figures 4, 5 et 6**). Les suites opératoires étaient simples.



Fig. 4 : Anastomose kysto-gastrique rétro-gastrique : mur postérieur

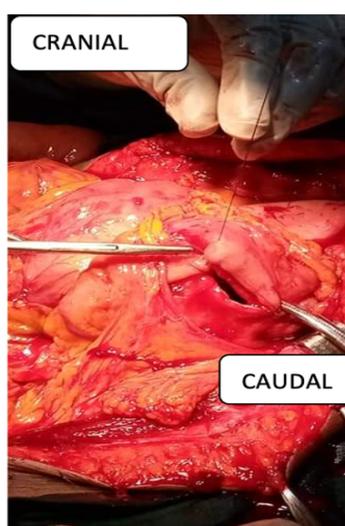


Fig.5 : Anastomose kysto-gastrique : mur antérieur

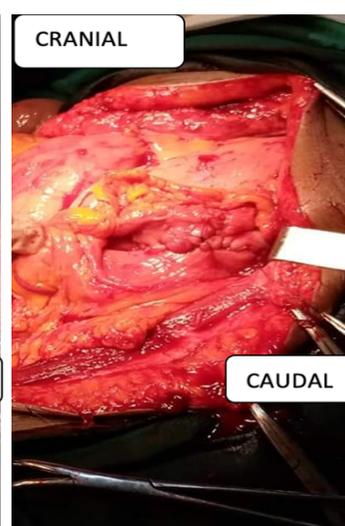


Fig.6 : Aspect final de l'anastomose kysto-gastrique rétro-gastrique

DISCUSSION

Les pseudo kystes du pancréas (PKP) sont en général rares [2]. Ils compliquent 10 à 30 % de l'ensemble des cas de pancréatite [1,2]. Cette rareté est souvent cause de méconnaissance de la pathologie. Ils peuvent survenir chez les hommes et chez les femmes avec âge moyen de 44 à 50 ans [2] et les enfants de moins de 10 ans [4]. Dans notre observation, l'évolution était

d'un (1) an favorable à la maturité du pseudokyste qui a permis ainsi de réaliser l'anastomose kysto-gastrique. L'évolution des PKP dépend de leur étiologie. En cas de PKP associés à une pancréatite aiguë, il est classiquement admis que les kystes de plus de 6 cm et persistant plus de six (6) semaines après l'épisode aigu nécessitent

un traitement afin de prévenir les complications.

D'un point de vue étiopathogénie, on distingue :

- les PKP nécrotiques apparaissent au décours d'une pancréatite aiguë et résultent de l'organisation d'une coulée de nécrose au bout d'un délai de 6 semaines, faux kystes nécrotiques. Siège corporéo-caudal dans 60% des cas, multifocaux dans 15% des cas [1] ;
- les PKP rétentionnels, contenant du suc pancréatique, se développent par rupture canalaire en amont d'un obstacle (bouchon protéique, sténose, calcification) avec un délai de 6 semaines, faux kyste rétentionnel de siège céphalique, multifocaux dans 20% des cas. Ils sont le plus souvent communiquant avec le système canalaire pancréatique et peuvent se résorber spontanément [1] ;
- les PKP post traumatiques (sur glande saine) : généralement chez les enfants, 70 % des PKP, 50% par impaction des guidons de bicyclette, lésion canalaire [1,4] ;
- les PKP idiopathiques (aucune cause déterminée) [3].

Les pseudo-kystes sont beaucoup plus fréquents en cas de pancréatite chronique calcifiante. Au bout de 4 à 6 semaines la paroi devient scléreuse, épaisse, sans revêtement épithélial se prêtant aux anastomoses kysto-digestives [2]. Dans notre observation la cause n'a pas pu être déterminée (cause idiopathique) en dehors des épisodes de douleur abdominale qui ont précédé l'épisode du tableau de PKP.

Sur le plan diagnostique, notre patiente présentait la triade : douleur + masse épigastrique + amaigrissement, très évocatrice du diagnostic du PKP. Elle ne présentait pas de signes de complication comme un ictère, une hypertension portale, ou des vomissements post-prandiaux [3,4]. Dans la littérature, ces pseudo-kystes se manifestent par des douleurs dans 76 à 94%

des cas, des vomissements dans 50% des cas, une masse abdominale dans 25% des cas et un ictère dans 10% des cas [2,6,7]. Le diagnostic du PKP repose sur l'imagerie notamment l'échographie et la TDM abdominale [1,2]. Ces examens vont préciser la topographie du PKP, sa taille, son contenu, ses rapports avec les organes de voisinage, le caractère compliqué (dilatation des voies biliaires, refoulement de la paroi duodénale ou colique par compression, pseudo-anévrysme) ou non [2]. L'échographie trans-pariétale a une bonne sensibilité et spécificité dans l'évaluation et le suivi de ces collections si elles sont visibles initialement. Elle permet de visualiser avec efficacité d'éventuels débris nécrotiques au sein de la collection [2]. Dans notre observation la TDM a été contributive en précisant le caractère homogène de la collection liquidienne qui a évoqué une masse kystique en rapport avec le pancréas (figure 1).

L'évolution peut être favorable avec une régression spontanée dans environ 25% des cas pour les PKP de taille < 6 cm, avec une évolution de moins de 6 semaines, de localisation intra-pancréatique [1,2]. Dans les autres cas (taille > 6cm, évolution > 6 semaines), les PKP persistent, grossissent et peuvent, sans traitement, se compliquer [1,2] :

- compression des voies biliaires (ictère), duodénale (occlusion intestinale haute) [6,7] ;
- rupture dans un organe creux, la cavité péritonéale (ascite) [8] ;
- surinfection (abcès pancréatique par translocation bactérienne à partir de la lumière digestive) [2,7,9] ;
- hémorragie (érosion artérielle ou artériolaire, intra kystique) [10].

Dans notre cas, la taille du PKP > 6 cm (figure 2) avec une évolution d'un (1) an n'était pas favorable à une régression spontanée. La persistance de la masse épigastrique (PKP) a nécessité donc un traitement chirurgical (drainage).

La prise en charge thérapeutique s'adresse aux seuls PKP symptomatiques et /ou compliqués [1,2, 3]. La compression d'un organe de voisinage (estomac, duodénum, voies biliaires) et la surinfection sont les deux indications prédominantes de drainage des pseudokystes [3,4, 11].

Les modalités thérapeutiques sont multiples et variées :

- **le drainage endoscopique** (en première intention) , dans tous les PKP symptomatiques, de taille > 6cm : par la réalisation d'une kysto-gastrostomie ou une kysto-duodenostomie avec pose de prothèse type queue-de-cochon [7]. L'écho-endoscopie interventionnelle permet de franchir les limites de cette méthode endoscopique (hypertension portale segmentaire, nécessité de bombement du kyste dans la lumière digestive [4,7] ;
- **le drainage radiologique trans-pariétal** du PKP sous écho ou tomodynamométrie guidée, indiqué dans les PKP infectés. Il est contre-indiqué en cas d'hémorragie [12] ;
- **le traitement chirurgical**, en première intention dans les cas de PKP volumineux et symptomatiques, est indiqué en 2^e intention si échec ou contre-indication des méthodes endoscopique et radiologique. Il permet de réaliser une kysto-gastrostomie et kysto-duodenostomie chirurgicale. Ce traitement chirurgical peut être un drainage interne, un drainage externe, une résection (kystectomie PKP hémorragique / PKP multiples : duodéno-pancréatectomie céphalique, pancréatectomie caudale [1,2,7,9]. Dans notre cas nous avons réalisé un drainage chirurgical interne par kysto-gastrostomie retro-gastrique chirurgicale selon JEDDLICKA (figures 4, 5 et 6) avec des suites simples.

Le choix de la technique de drainage devrait résulter d'une concertation entre

chirurgiens, gastro-entérologues et radiologues en fonction de la localisation du PKP, de son contenu (présence de débris nécrotiques ou non), de l'expérience de l'équipe chirurgicale, et du contexte clinique [1,2,3,7]. Dans notre observation, après un staff des dossiers du service de chirurgie viscérale et compte tenu de notre plateau technique (absence de radiologie et de d'endoscopie interventionnelle), l'option chirurgicale (dérivation interne) a été choisie (figures 4,5).

Le drainage interne est le traitement de choix en cas de PKP symptomatique et non compliqué [2,3,4]. C'est le cas dans notre observation. La kysto-gastrostomie est la plus simple à réaliser, mais c'est elle qui possède le risque d'hémorragie post-opératoire le plus élevé [1,2].

Le drainage kysto-digestif (estomac, duodénum ou jéjunum) peut se faire chirurgicalement par voie classique ou laparoscopique quelle que soit sa localisation [3,4]. Par laparoscopie, il est possible de réaliser une kysto-gastrostomie rétro-gastrique selon Jedlicka avec abord du PKP par l'arrière cavité de l'épiploon [5]. En dehors de la kysto-gastrostomie il existe d'autres méthodes :

- la kysto-duodénostomie est peu utilisée, elle concerne essentiellement les petits PKP céphaliques, qui refoulent le bord interne du duodénum [2,3] ;
- la kysto-jéjunostomie, sur anse en Y exclue, est la plus répandue. Elle est adaptable quasiment à tous les types de PKP, quelle que soit leur situation [1].

Ces techniques permettent d'associer au geste sur le PKP, le traitement de la pancréatite sous-jacente dans le cas de pancréatite chronique sans augmenter pour autant le taux de morbidité ou de mortalité [2].

Les dérivations kysto-digestives (gastriques, duodénales ou jéjunales) donnent en termes de résultats le taux de morbidité, de mortalité et de récurrence les

plus faibles, respectivement de 15%, 5% et 10% [1,2,11]. Dans notre observation, la patiente est toujours en vie, aux dernières nouvelles, sans morbidité post-opératoire.

CONCLUSION

Notre observation a permis de noter la possibilité de survenue d'un pseudokyste du pancréas de cause indéterminée (idiopathique) chez une personne âgée sans comorbidités. La prise en charge des pseudokystes du pancréas est multidisciplinaire (gastro-entérologique, chirurgicale et radiologique) nécessitant un plateau technique adéquat. Le traitement est généralement chirurgical dans nos conditions d'exercice

REFERENCES :

- 1- Aziz K, Bonnet D , Foppa B . Hépatogastro-Entérologie Chirurgie Viscérale. 2012, Elsevier Masson 2^e édition Paris. ISBN: 978-2-294-09641-9.
- 2-Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol 2009 ;15(1): 38-47
- 3- Jacques J, Laugier R. Prise en charge des pseudokystes du pancréas ; POST'U 2017 ;311-315
- 4- Raffoula T, Balaphas A, Meier R, Hansenb C, Puppa G, Frossard J-L et al. Les lésions kystiques du pancréas sous l'angle du médecin de premier recours Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 1174-9
- 5- Hauters P, Weerts J, Peillon C, Champault G, Bokobza B, Roeyen G et al. Traitement des pseudo-kystes du pancréas par kysto-gastrostomie laparoscopique. Annales de chirurgie 2004;129:347–352.
- 6 - Sanogo ZZ, Yena S , Diarra K , Doumbia D , Ouattara Z , Diallo A et al. Pseudo-kyste post traumatique du pancréas chez un enfant de 6ans. Mali Médical 2003;T XVIII(1et 2):45-47.
- 7- Boujaoudé J, Abboud B, Hodeika E, Honein K. Drainage d'un pseudo-kyste pancréatique guidé par écho endoscopie. A propos d'un cas et revue de la littérature. J Méd Lib 2005 ;53(3) :177-181.
- 8-Igwea PO, Ray-Offor E, Karibi EN, Okekec UF, Ugwa OC, Jebbin NJ. Giant pseudocyst of the pancreas: A report of three cases. International Journal of Surgery Case Reports 2020;77:284–297
- 9- Nalwa H, Lanka S, Mederos R. Giant Pseudocyst of the Pancreas: A Case Report . Cureus September 22-2022;14(9): e29456. DOI 10.7759
- 10- Mark TP Mujer, Manoj P Rai, Varunsiri Atti, Shiva Shrotriya. Spontaneous rupture of a pancreatic pseudocyst. BMJ Case Rep 2018. doi:10.1136/bcr-2018-226296.
- 11- Billari W R, Roche D, DiGennaro J V, et al. Inpatient Management and Treatment of a Giant Pancreatic Pseudocyst: A Case Report. Cureus November 29, 2021 ;13(11): e19990. DOI 10.7759/cureus.19990
- 12-Sabir S, Peace S, Ho C, et al. Giant Hemorrhagic Pancreatic Pseudocyst: A Case Report and Guidelines for Care. Cureus (August 25, 2022) ; 14(8): e28398. DOI10.7759/cureus.28398