



Pan African Urological Surgeons' Association

African Journal of Urology

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Pseudo kyste géant de la surrénale, à propos d'une nouvelle observation

N. Tazi *, A. Jahid , F. Zouaidia , Z. Bernoussi , N. Mahassini

Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Avicenne de Rabat. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Université Mohamed V Souissi, Centre Hospitalier Ibn Sina, Agdal Ryad, Rabat, 10000, Maroc

Reçu le 30 juillet 2011; reçu sous la forme révisée le 19 août 2011; accepté le 5 juin 2012

MOTS CLÉS

Kyste géant;
pseudokyste;
Surrénale

Résumé

Introduction: Les pseudokystes géants de la surrénale sont exceptionnels. A travers une nouvelle observation, nous en décrivons les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques.

Observation: Un patient de 52 ans, sans antécédents notables, rapportait depuis 15 jours des douleurs à l'hypochondre gauche, des vomissements bilieux, et une altération de l'état général. L'examen clinique révélait une volumineuse masse de l'hypochondre gauche. L'échographie et la tomodensitométrie abdominales montraient une énorme lésion kystique intersplénorénale, refoulant les organes voisins. Le bilan biologique surrénalien était normal et la sérologie hydatique négative. La laparotomie avait confirmé la nature kystique de la masse. L'analyse histopathologique de la paroi du kyste n'a montré ni épithélium; ni endothélium, mais un infiltrat inflammatoire polymorphe.

Conclusion: Le pseudokyste géant surrénalien observé était symptomatique et non fonctionnel. Le diagnostic de certitude en a été histopathologique, après exérèse chirurgicale.

© 2012 Production and hosting by Elsevier B.V. on behalf of Pan African Urological Surgeons' Association.

* Auteur correspondant. 234 avenue Mohamed VI, Souissi, Rabat, Maroc.

Tel.: +00 212 6 67 46 76 60; fax: +00 212 5 37 75 69 59.

Adresse e-mail : tnadia_2000@yahoo.fr (N. Tazi).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.



Production and hosting by Elsevier

KEYWORDSGiant pseudocyst;
adrenal gland**Giant adrenal pseudocyst, about a new case report****Abstract**

Introduction: Adrenal pseudocysts are rare benign lesions. Mostly, these are small lesions discovered incidentally by imaging. The giant forms are rare. Through a new observation, we describe the different epidemiological, clinical, pathological features and treatment of this entity.

Observation: A patient of 52 years old, without notable medical history, suffered left flank pain associated with bilious vomiting of 15 days duration. Abdominal examination revealed a voluminous mass at the left hypochondrium. Imaging revealed a huge heterogeneous mass, located between the spleen and kidney, compressing adjacent organs. Given the diagnostic difficulty, a laparotomy was undertaken to excise the mass. Histological examination revealed a giant benign adrenal pseudocyst.

Comment: Giant adrenal pseudocysts are very rare. Clinical and radiological signs are not specific. Only pathological study can confirm the diagnosis and exclude malignancy. The treatment is based on surgery for large or symptomatic cysts.

© 2012 Production and hosting by Elsevier B.V. on behalf of Pan African Urological Surgeons' Association.

Introduction

Les pseudokystes de la surrénale sont rares, le plus souvent asymptomatiques et de découverte fortuite à l'autopsie ou à l'imagerie [1]. Leur incidence a augmenté régulièrement ces dernières années. Nous rapportons le cas d'un patient, opéré pour une volumineuse masse abdominale, dont l'analyse histologique avait conclu à un pseudokyste géant de la surrénale. A travers cette nouvelle observation, nous avons revu les aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de cette affection encore mal connue.

Observation

Un homme de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables, avait été hospitalisé pour une masse abdominale. Le début de la symptomatologie remontait à 15 jours par l'apparition brutale d'une douleur intense de l'hypochondre gauche associée à des vomissements bilieux postprandiaux. Cette symptomatologie s'accompagnait d'une altération de l'état général avec fièvre, anorexie et amaigrissement non chiffrés. Aucun symptôme orientant vers un quelconque désordre endocrinien n'avait été rapporté, notamment la pression artérielle était normale. L'examen abdominal révélait une énorme masse de l'hypochondre gauche atteignant l'ombilic, de consistance ferme, douloureuse, mal limitée et fixée aux plans superficiel et profond. Une échographie abdominopelvienne avait montré une énorme masse hétérogène, tissulaire, mesurant 15 cm de grand axe. Cette dernière, localisée entre la rate et le rein, refoulait les deux organes à gauche, et les anses digestives à droite. Cette masse, d'origine rétro péritonéale, faisait évoquer en premier lieu une tumeur surrénalienne. Une tomodynamométrie abdominale retrouvait une grosse masse inter-spléno-rénale gauche mesurant 17 cm, arrondie, de densité liquidienne créant un effet de masse sur le rein gauche (Figure 1). Cette formation était calcifiée en périphérie et comportait des végétations orientant vers un kyste hydatique. La sérologie hydatique était négative. Le bilan biologique était normal. En l'absence de troubles endocriniens, le dosage des hormones surrénaliennes n'avait pas été effectué. Une laparotomie exploratrice avait permis de mettre en évidence une volumineuse masse de 20 cm de grand axe. La ponction-aspiration de cette masse avait ramené un liquide brunâtre. L'analyse biologique de celui-ci n'avait pas été réalisée. En raison de l'adhérence aux structures de voisinage, une splénectomie avait dû être effectuée. La masse

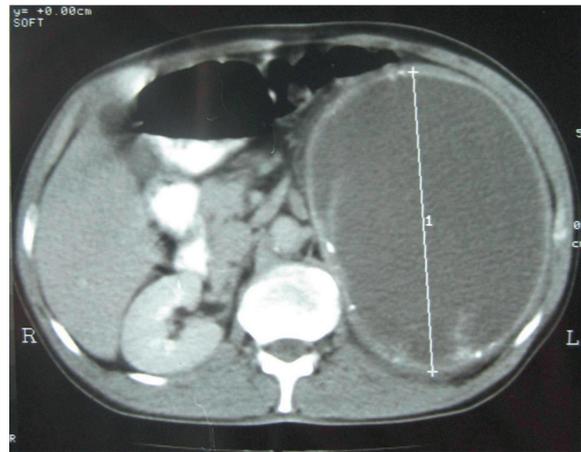


Figure 1 Scanner abdominal montrant la masse surrénalienne gauche hypodense et sans réhaussement après injection du produit de contraste.

extirpée mesurait 20x15x6 cm et pesait 1 kg (Figure 2). Sa paroi était lisse, irrégulièrement épaissie. A la coupe, elle était kystique, à contenu friable. La rate mesurait 12 x 12,5 x 8,5 cm et ne présentait aucune lésion macroscopique. L'étude histologique montrait un



Figure 2 Aspect macroscopique de la pièce de kystectomie après exérèse chirurgicale complète.

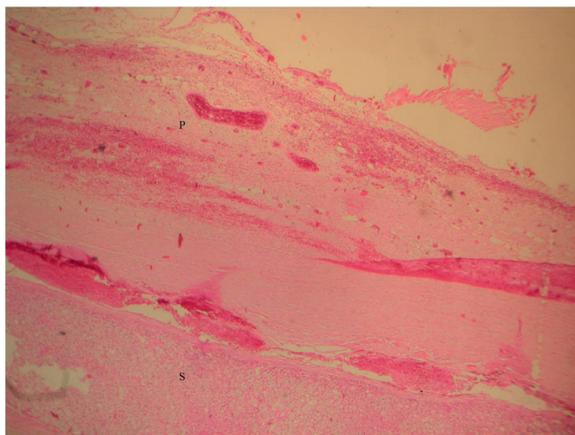


Figure 3 Paroi kystique fibreuse dépourvue de revêtement épithélial (P). Parenchyme surrénalien adjacent (S) (hématoxyline éosine, x10).

parenchyme surrénalien siège d'une formation kystique, cernée par une capsule fibreuse épaisse, par endroits calcifiée (Figure 3). Celle-ci abritait un important infiltrat inflammatoire polymorphe fait de lymphocytes et de plasmocytes mêlés à de nombreux histiocytes et à des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Quelques mastocytes avaient également été observés. Ces éléments étaient dissociés par des bandes de fibrose et des dépôts de fibrine. On notait par ailleurs d'abondants dépôts de cristaux de cholestérol. L'absence de revêtement épithélial avait permis de conclure à un pseudokyste inflammatoire de la surrénale. Le parenchyme splénique était d'histologie normale. Les suites opératoires étaient simples, la douleur et les vomissements avaient disparu. Il n'y a pas eu de récurrence en 18 mois de suivi.

Discussion

Le pseudokyste géant de la surrénale décrit avait affecté un homme de 52 ans. Il était symptomatique, avec des douleurs abdominales et des vomissements, mais sans trouble fonctionnel surrénalien. L'imagerie en a donné la topographie et l'analyse anatomopathologique le diagnostic de certitude. L'exérèse de la masse a amélioré la symptomatologie.

Les kystes et les pseudokystes représentent actuellement 5,7% des incidentalomes surrénaliens [2,3]. Histologiquement, des quatre sous-types de kystes surrénaliens de la classification de Foster [4], les pseudokystes, sont les plus fréquents avec environ 80% des cas, avant les kystes parasitaires, endothéliaux et épithéliaux, [1,2]. Ils peuvent se rencontrer à tout âge, le plus souvent entre la quatrième et la cinquième décennie [1,5]. Notre patient âgé de 52 ans s'intègre dans cette tranche d'âge. On note une prédominance féminine avec un sex ratio de 1 homme pour 2 femmes [6]. Les pseudokystes de la surrénale sont le plus souvent unilatéraux [1], comme dans notre observation. Leur taille dépasse exceptionnellement 10 cm [1] et donc celle de 20 cm observée est considérable.

Les trois principaux signes cliniques, retrouvés dans notre observation, sont la masse abdominale, et dus à la compression, les douleurs lombaires ou abdominales, et les troubles digestifs [2]. Exceptionnellement, un tableau d'abdomen aigu par rupture, infection ou hémorragie intrakystique peut apparaître [6,7]. Il n'y a pas de trouble fonctionnel surrénalien.

L'imagerie confirme la nature kystique de la masse, et suggère sa topographie surrénalienne par la localisation interhépaténo-rénale ou interspléno-rénale. Un volume tumoral supérieur à 5 cm, doit faire suspecter une tumeur maligne associée [5,8,9], exclue dans notre cas à l'examen anatomopathologique. Celui-ci écarte aussi les trois autres sous-types de kystes surrénaliens de la classification de Foster. Il confirme le pseudokyste caractérisé par une paroi fibreuse sans structure épithéliale ou endothéliale, et un contenu brun rougeâtre constitué de fibrine et de débris nécrotiques [1]. L'aspect histologique de notre observation était typique, écartant les autres kystes surrénaliens [1,10]. Le traitement du pseudokyste géant est chirurgical. L'évolution est généralement bonne [1], comme ce fut le cas pour notre patient.

Conclusion

Les pseudokystes géants de la surrénale peuvent être responsables d'une symptomatologie abdominale par compression. L'imagerie permet de confirmer la nature kystique de la masse. Seule l'étude anatomopathologique apporte la certitude diagnostique et exclut les lésions malignes. La chirurgie représente le traitement de choix.

Références

- [1] Rakoto-Ratsimba HNAF, Rakototiana AFHD, Andrianiana HD, Rahaingo MMA, Ranaivozanany A. Large adrenal pseudocyst. A case report. *Revue Tropicale de Chirurgie* 2007;1:1-2.
- [2] Momiyama M, Matsuo K, Yoshida K, Tanaka K, Akiyama Samanaka S, Endo I. A giant adrenal pseudocyst presenting with right hypochondralgia and fever: a case report. *J Med Case Reports* 2011;4(5):135.
- [3] Hoang C. Incidentalomes rares: démarche diagnostique. *Ann Pathol* 2008;28S:S45-8.
- [4] Foster DG. Adrenal cysts. Review of literature and report of case. *Arch Surg* 1966;92:131-43.
- [5] Mahmodlou R, Valizadeh N. Spontaneous Rupture and hemorrhage of adrenal pseudocyst presenting with acute abdomen and shock. *Iran J Med Sci* 2011;36:311-4.
- [6] Mohan H, Aggarwal R, Tahlan A, Bawa AS, Ahluwalia M. Giant adrenal pseudocyst mimicking a malignant lesion. *J can chir* 2003;46:474.
- [7] Khilnani GC, Kumar A, Bammigatti C, Sharma R, Gupta SD. Hemorrhagic pseudocyst of the adrenal gland causing acute abdominal pain. *J Assoc Physicians India* 2008;56:379-80.
- [8] Chien HP, Chang YS, Hsu PS, Lin JD, Wu YC, Chang HL, et al. Adrenal cystic lesions: a clinicopathological analysis of 25 cases with proposed histogenesis and review of the literature. *Endocr Pathol* 2008;19:274-81.
- [9] Wilkinson M, Fanning DM, Moloney J, Flood H. Giant adrenal pseudocyst harbouring adrenocortical cancer. *BMJ Case Rep* 2011;26:2011.
- [10] Ates LE, Kapran Y, Erbil Y, Barbaros U, Dizdaroglu F. Cystic Lymphangioma of the Right Adrenal Gland. *Pathology Oncology Research* 2005;11:242-4.