



## Tumeur intrapapillaire et mucineuse du pancréas comme diagnostic différentiel de pseudokystes du pancréas : à propos d'un cas au Madagascar

### *Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas as differential diagnosis of pancreatic pseudocyst: a case report from Madagascar*

Ernestho-ghoud Indretsy Mahavivola<sup>1</sup>,  
Rajaonarison Ny Ony Narindra Lova  
Hasina<sup>2</sup>, Soilihi Moustafa Abdou<sup>3</sup>,  
Raveloson Nasolotsiry Enintsoa<sup>3</sup>, Ahmad  
Ahmad<sup>2</sup>, Vololontiana Hanta Marie  
Danielle<sup>4</sup>

#### Auteur correspondant

Ernestho-ghoud Indretsy Mahavivola  
Courriel: ernesthoughoud@gmail.com  
Service de Médecine Interne, Clinique  
Médicale Privée, Antananarivo,  
Madagascar

#### Summary

Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas (IPMN) is a rare cystic tumor of pancreas. Its incidence increased recently. In the present paper, we report a fortuitous diagnosis of IPMN in a 66-year-old man who underwent an abdominal CT-scan for an unrelated indication. However, confusion should be avoided in the diagnostic between IPMN and more serious pathologies such as pseudocyst and adenocarcinoma of pancreas. Proper recognition of IPMN is important because this rare entity can mislead surgeons into performing unnecessary surgical interventions. Radiologists should not miss this diagnosis even if the disease is asymptomatic.

**Keywords:** Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas, Pancreatic pseudocyst, differential diagnosis, Madagascar

Received: April 27<sup>th</sup>, 2023

Accepted: October 13<sup>th</sup>, 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i1.12>

1. Service de Médecine Interne, Clinique Médicale Privée, Antananarivo, Madagascar
2. Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire, Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar
3. Service de Réanimation Polyvalente,

#### Résumé

Les tumeurs intra papillaires et mucineuse du pancréas (TIPMP) sont des lésions kystiques rares du pancréas. Nous rapportons un cas de découverte fortuite chez un homme de 66 ans lors d'un scanner abdominal pour une autre indication. La confusion pourrait être évitée en analysant la présentation syndromique avec des anomalies graves telles que les pseudokystes pancréatiques ou l'adénocarcinome du pancréas. La reconnaissance des TIPMP est importante car elle peut être trompeuse pouvant conduire à des interventions chirurgicales inutiles. Les radiologues ne doivent pas méconnaître ces lésions même si asymptomatiques.

**Mots-clés :** Tumeurs intra papillaires et mucineuse du pancréas, Pseudokystes du pancréas, Diagnostic différentiel, Madagascar

Reçu le 27 avril 2023

Accepté le 13 octobre 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i1.12>



Centre Hospitalier Universitaire,  
Andohatpenaka, Antananarivo,  
Madagascar

4. Service de Médecine Interne, Centre  
Hospitalier Universitaire, Joseph Raseta  
Befelatanana, Antananarivo,  
Madagascar

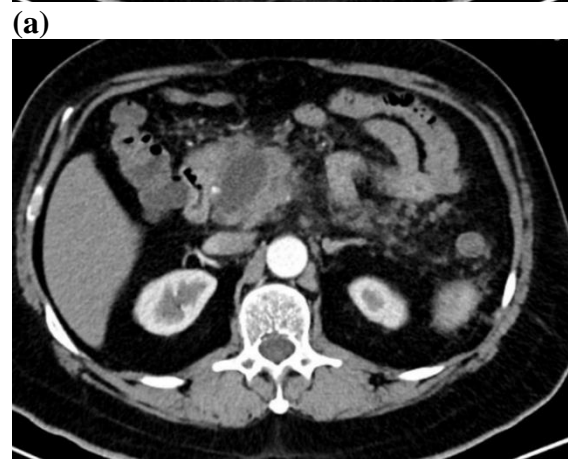
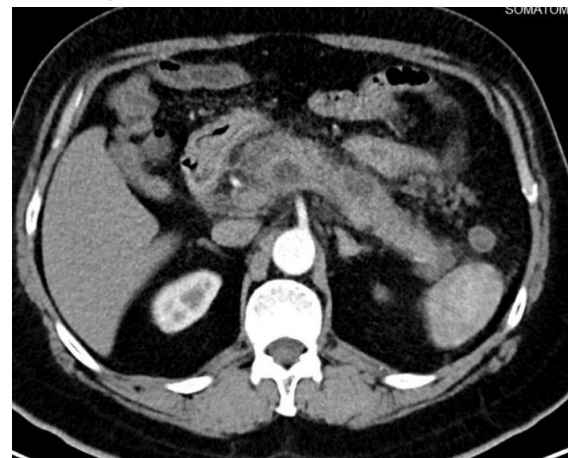
### **Introduction**

Les tumeurs intra papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) sont des formes particulières rares de lésions kystiques du pancréas dont l'incidence augmente récemment (1). Cependant, le rapport officiel de cette maladie est encore rare dans la littérature africaine subsaharienne. Elle constitue le principal diagnostic différentiel avec les pseudokystes du pancréas. Ces lésions peuvent dégénérer en adénocarcinome du pancréas. Son diagnostic reste difficile en l'absence d'histologie. A notre connaissance, aucun cas de TIPMP n'a jamais été décrit au Madagascar. Nous rapportons ce cas de découverte fortuite afin d'attirer le clinicien sur l'importance de sa recherche au cours des lésions kystiques du pancréas.

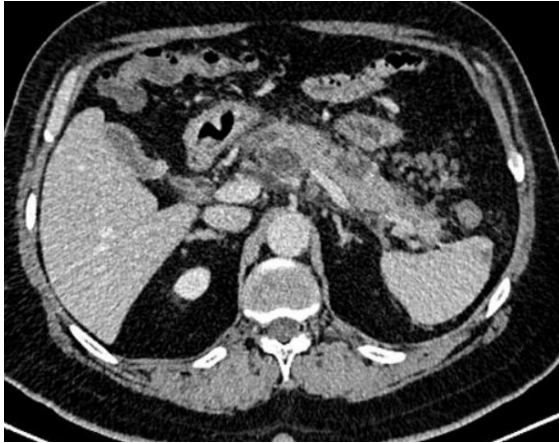
### **Observation clinique**

Un homme âgé de 66 ans présentait une douleur abdominale vague et des vomissements évoluant depuis un mois, associé à une altération de l'état général, dans un contexte apyrétique. Il n'avait pas d'antécédents particuliers. A son admission, il y avait essentiellement une sensibilité épigastrique sans ictère ni hépatosplénomégalie ni adénopathie. L'indice de performance status était coté à 1 et l'indice de masse corporelle était à 29 Kg/m<sup>2</sup> (pour une taille de 1,75 m et un poids de 90 kg). La pression artérielle était à 130/80 mmHg avec une fréquence cardiaque à 80 bpm. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le bilan biologique décelait un syndrome inflammatoire avec accélération de vitesse de sédimentation des hématies à 114 mm à la première heure, une

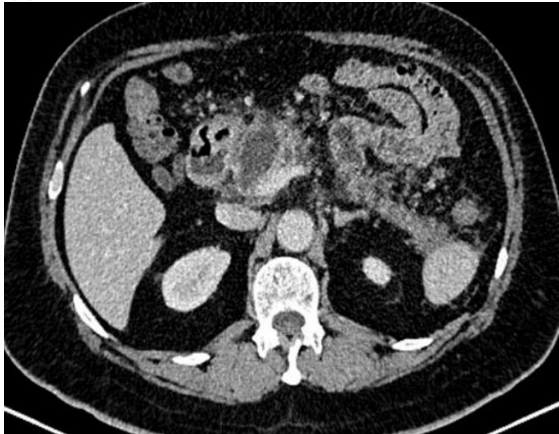
hypergammaglobulinémie à 15 g/L à l'électrophorèse des protéines sériques. La Lipasémie était normale. La fonction rénale, hépatique et thyroïdienne était normale. La première interprétation du scanner abdominal était en faveur d'une pancréatite aiguë stade 5 de Balthazar. Cependant, l'absence de douleur abdominale typique de pancréatite aiguë et une lipasémie normale motivait la réinterprétation du scanner abdominal. Ce dernier (**Figure 1**) révélait des lésions kystiques multifocales parenchymateuses pancréatiques compatibles avec une TIPMP.



(b)



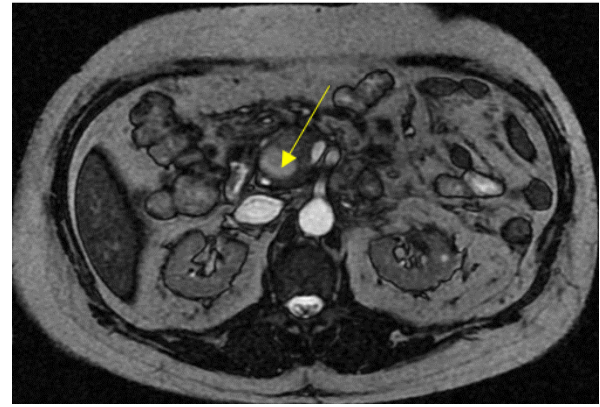
(c)



(d)

**Figure 1** : scanner abdominal en coupe axiale au temps artériel (a, b) et au temps portal (c, d), passant au niveau corporeo-caudal du pancréas (a, c) et de la tête du pancréas (b, d) montrant des lésions kystiques (flèches) multifocales “parenchymateuses” pancréatiques semblant être en continuité avec les canaux pancréatiques ; sans modification de la densité sur les différentes séries ; pouvant être en rapport avec des lésions de TIPMP. Pas de signe scanographique de pancréatite.

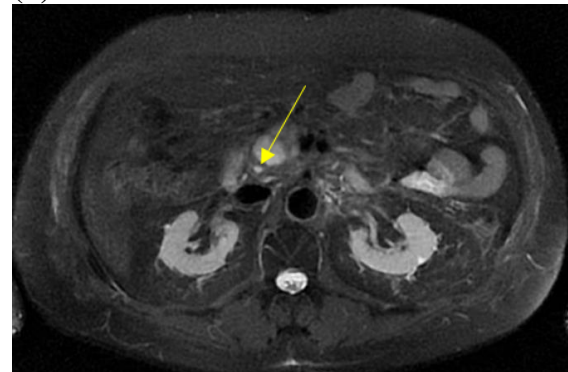
L’IRM pancréatique (**Figure 2**) confirmait ces lésions pancréatiques. Il n’existait pas de signes scannographiques de pancréatite aiguë ou chronique. Les autres examens complémentaires étaient normaux.



(a)



(b)



(c)



(d)

**Figure 2** : IRM pancréatique en coupes axiales, T2SE (a), T2 FAT SAT (c), T1SE (b) et T1 gado (d) montrant une lésion

e5536



kystique (flèche) en hypersignal T2 et T2 FAT SAT, en hyposignal T1 et sans prise de contraste notable au niveau de la tête du pancréas, aux dépens du canal principal ; en rapport avec tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas.

### **Discussion**

La TIPMP est une pathologie grave pouvant engager le pronostic vital et est à risque de transformations malignes dans 22 à 60 % des cas (1-2). Les pseudokystes pancréatiques sont des collections pancréatiques ou péripancréatiques enkystées, qui font suite à une pancréatite aiguë, une pancréatite chronique voire un traumatisme pancréatique (3-4). Les pseudokystes du pancréas représentent 80 % des lésions kystiques pancréatiques. En revanche, certaines tumeurs pancréatiques se présentent sous une forme kystique, majoritairement maligne ou à potentiel malin. La plus fréquente est la TIPMP (5). La sensibilité diagnostique reste basse à la cytoponction. La biochimie et la biologie moléculaire permettent d'augmenter la sensibilité de la cytologie. Afin d'améliorer la prédiction d'une dégénérescence, la combinaison d'examen radiologiques et échocardiographiques avec cytoponction est à privilégier (6). La cytoponction pancréatique n'est pas encore une pratique accessible dans tous les centres de gastro-entérologie dans nos régions. En plus, les analyses cytologiques après ponction-aspiration ne permettaient pas de porter le diagnostic de TIPMP avec une bonne rentabilité. En effet, la TIPMP est le piège classique des pseudokystes du pancréas. En revanche, il peut masquer un vrai pseudokyste du pancréas. Les gastroentérologues et/ou les radiologues doivent penser à cette particularité radiologique très inhabituelle, mais qui peut créer quelques angoisses même si l'examen clinique abdominal reste banal. La connaissance de ce signe radiologique est cruciale pour éviter des interventions chirurgicales inutiles. Ainsi, la présence

d'une image kystique multifocale en imagerie doit en premier lieu faire éliminer une TIPMP, en second lieu proposer une stratégie de surveillance clinico-radiologique afin de prévenir la dégénérescence maligne. Cette entité peut être de découverte fortuite ou à l'occasion d'une symptomatologie abdominale vague. D'où l'intérêt de bien connaître cette entité afin de pouvoir éliminer les pathologies pouvant nécessiter une prise en charge en urgence. L'absence des symptomatologies cliniques abdominales et des facteurs de risque de pancréatite aiguë ou chronique chez notre patient, associée à l'aspect kystique multifocal parenchymateux pancréatique en continuité avec les canaux pancréatiques a permis de poser le diagnostic. En effet, un effort doit être déployé pour faire la distinction entre les pseudokystes du pancréas et les tumeurs kystiques du pancréas afin d'éviter la grave erreur de jugement de drainer plutôt que d'extirper les tumeurs kystiques du pancréas. En effet, le drainage involontaire d'une tumeur kystique du pancréas diagnostiquée à tort comme des pseudokystes, a des conséquences délétères évidentes, car la dissémination tumorale est inévitable si elle est maligne (7). Il est donc obligatoire de s'assurer de la nature du kyste en cause avant d'entreprendre un traitement.

### **Conclusion**

La TIPMP chez notre patient a été découverte fortuitement lors d'un examen de scanner abdominal et confirmée par une IRM pancréatique. Il s'agit d'un piège classique des pseudokystes du pancréas, pouvant masquer dans certaines circonstances, une vraie urgence chirurgicale. Les gastro-entérologues, les chirurgiens et/ou les radiologues ne doivent pas méconnaître ce diagnostic. La connaissance de ce signe radiologique est essentielle pour éviter des interventions chirurgicales inutiles.



### **Conflit d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêt.

### **Contribution des auteurs**

Tous les auteurs ont participé équitablement à la réalisation de l'étude, ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

### **Références**

1. Tanaka M. International consensus on the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *Ann Transl Med* 2015; **3**:286.
2. Fernández-Del CC, Adsay NV. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *Gastroenterol* 2010 ; **139** :708-713.
3. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009 ; **15** :38-47.
4. Thoeni RF. The revised atlanta classification of acute pancreatitis: Its importance for the radiologist and its effect on treatment. *Radiology* 2012; **262**:751-764.
5. Nealon WH. Unusual pancreatic tumors. In: Cameron JL (ed). *Current surgical therapy*. 8th edition. Amsterdam, Holland : Elsevier Mosby 2004 ; p510-519.
6. Al Efishat M, Allen PJ. Therapeutic approach to cystic neoplasms of the pancreas. *Surg Oncol Clin N Am* 2016 ;**25** :351-361.
7. Mohammad ER, Ismail El Hakeem, Mohammad Saad Al Skaini, Ahmad El Hadad, Salim Jamil, Mian Tahir Shah, Mahmoud Obaid. Pancreatic pseudocyst or a cystic tumor of the pancreas? *Chin J Cancer* 2014; **33** (2): 87-95.

Voici comment citer cet article : Ernestho-ghoud IM, Rajaonarison NPN, Soilihi MA, Raveloson NE, Ahmad A, Vololontiana HMD. Tumeur intrapapillaire et mucineuse du pancréas comme diagnostic différentiel de pseudokystes du pancréas : à propos d'un cas au Madagascar. *Ann Afr Med* 2023; **17** (1): e5534-e5538. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i1.12>