

Hémopéritoine par rupture post-traumatique d'un lymphangiome kystique mésentérique : à propos d'une observation à Madagascar

Rakototiana AF¹, Rakoto-Ratsimba HN¹, Rakotoarisoa AJC², Hunald FA¹, Breda Y³

1. Service de Chirurgie Urologique B. 2. Service de Chirurgie Thoracique CHU HJRA Ampefiloha. 3. Faculté de Médecine, Antananarivo, Madagascar.

Med Trop 2008; 68 : 645-646

RÉSUMÉ • Le lymphangiome kystique de localisation mésentérique est une tumeur bénigne rare. Nous rapportons un cas d'hémopéritoine par rupture post traumatique d'un lymphangiome kystique du mésentère chez une fille de sept ans. La clinique était dominée par un choc hémorragique secondaire à une chute chez cette petite fille porteuse d'une volumineuse tuméfaction abdominale. La ponction lavage du péritoine mettait en évidence un hémopéritoine. La laparotomie exploratrice montrait une volumineuse tumeur kystique développée aux dépens du mésentère et responsable du saignement. L'exérèse en bloc, laborieuse, a pu être pratiquée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de lymphangiome kystique. Ce tableau oriente plutôt vers la rupture d'une rate parasitaire dans le contexte d'un pays en développement comme Madagascar. Toutefois, l'éventualité d'une rupture d'un lymphangiome kystique du mésentère, quoique rare, doit être envisagée.

MOTS-CLÉS • Hémopéritoine - Lymphangiome kystique - Madagascar - Mésentère.

HEMOPERITONEUM CAUSED BY TRAUMATIC RUPTURE OF MESENTERIC LYMPHANGIOMA CYST. CASE REPORT FROM MADAGASCAR

ABSTRACT • Mesenteric cystic lymphangioma is an uncommon benign tumor. The purpose of this report is to present a case involving a 7-year-old girl who presented hemoperitoneum due to traumatic rupture of a mesenteric lymphangioma cyst. The patient who had a huge pre-existing tumor mass presented with hemorrhagic shock symptoms following a severe fall. Peritoneum puncture lavage confirmed hemoperitoneum. Exploratory laparotomy revealed a large bleeding cyst-like mesenteric tumor. Total extirpation was difficult but successful. Histological examination of the surgical specimen demonstrated mesenteric lymphangioma. In developing countries like Madagascar, rupture of parasitic splenic cysts is the most frequent underlying etiology in children presenting hemorrhagic syndrome after falls. This case shows that mesenteric cystic lymphangioma rupture can be a rare cause.

KEY WORDS • Hemoperitoneum. Lymphangioma cyst. Madagascar. Mesentery.

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne d'origine malformative des vaisseaux lymphatiques et du tissu ganglionnaire (1). La localisation mésentérique est rare (2), d'évolution souvent silencieuse de sorte que sa découverte au décours d'une complication, telle la rupture post-traumatique dans la cavité péritonéale, est classique (3).

Observation

Une fillette de sept ans était admise en urgence pour une douleur abdominale aiguë évoluant depuis 72 heures après une chute de vélo. Cette enfant présentait depuis deux ans une augmentation progressive du volume de l'abdomen associée à des douleurs péri-ombilicales. Cette masse avait été traitée par plusieurs séances de massage traditionnel. L'examen clinique à l'admission révélait une distension abdominale importante (Fig. 1), une pâleur cutanéomuqueuse, un refroidissement des extrémités, une tachycardie, une tension artérielle à 80/60 mm Hg et une dyspnée en faveur d'un choc hémorragique. Elle n'avait pas de fièvre. La palpation de l'abdomen montrait une volumineuse masse sus ombilicale, de consistance ferme, douloureuse et mate à la percussion. La radiographie de l'abdomen sans prépa-

ration était sans particularité. À défaut d'échographie, une ponction lavage du péritoine confirmait la présence d'un hémopéritoine. Une laparotomie exploratrice était réalisée, confirmant l'hémopéritoine estimé à un litre de sang. L'exploration chirurgicale retrouvait une volumineuse formation d'allure kystique aux dépens du mésentère, rompue sur sa partie viscérale. L'exploration du reste de la cavité abdominale ne retrouvait aucune autre anomalie. L'exérèse de la tuméfaction kystique était pratiquée avec beaucoup de difficultés en raison de son rapport très intime avec les vaisseaux mésentériques (Fig. 2). L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un lymphangiome kystique mésentérique. Les suites opératoires étaient simples. Le suivi post-opératoire régulier de l'enfant pendant un an ne révélait aucune complication, ni signe de récurrence.



Figure 1. Distension abdominale importante.

• Courriel : drauberlin@yahoo.fr

• Article reçu le 9/06/2005, définitivement accepté le 17/09/2008.

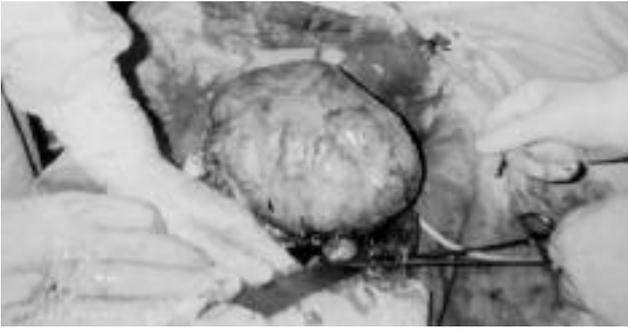


Figure 2. Volumineuse formation d'allure kystique au dépend du mésentère : vue opératoire.

Discussion

Les lymphangiomes kystiques sont des tumeurs bénignes conjonctives malformatives vasculaires (4). Leur localisation préférentielle est craniofaciale et cervicale dans 60% des cas (5). Les localisations abdominales sont rares et se rencontrent dans seulement 2 à 8% des cas (1, 5). Le sex-ratio est de trois sur un (6). Sur le plan étiopathogénique, deux théories sont évoquées quant à l'origine de l'affection : la première suggère une origine acquise résultant d'une obstruction des vaisseaux lymphatiques à la suite d'une inflammation, d'un traumatisme ou d'une dégénérescence ; la deuxième théorie évoque un défaut congénital des connexions lymphatico-veineuses entraînant l'isolement d'un bourgeon lymphatique qui évoluerait vers la constitution d'un kyste, et qui se remplirait progressivement de lymphes (6-8). C'est cette deuxième théorie qui est la plus admise actuellement car elle explique l'évolution insidieuse du lymphangiome kystique et le risque de récurrence si la résection est incomplète. L'évolution se fait vers l'augmentation progressive de la taille du lymphangiome, émaillée dans de nombreux cas par des poussées inflammatoires. Dans d'autres cas, il peut survenir un remaniement du lymphangiome lui-même, par hémorragie ou surinfection. Il existe enfin des cas de régression spontanée (8). Macroscopiquement, la lésion apparaît blanchâtre ou translucide, disposée en grappe de raisin avec des kystes de nombre et de taille variables, indépendants ou communiquant entre eux. Sur le plan histologique, les parois sont réduites à une surface endothéliale doublée extérieurement par du tissu conjonctif (4, 9). Lorsque la lésion est symptomatique, le tableau clinique est polymorphe : tuméfaction abdominale, douleurs abdominales, syndrome subocclusif voire occlusion intestinale ou volvulus, plus rarement péritonite ou rupture traumatique du kyste dans la grande cavité (3, 10). Pour notre patiente, le diagnostic de lymphangiome kystique mésentérique a été tardif et n'a été posé qu'au stade de complication. En effet, dans le contexte des pays en développement, ce diagnostic tardif est fréquent voire «normal» car les soins sont payants et il n'existe aucun système de couverture sociale. La majorité de la population a recours en premier lieu à la médecine traditionnelle de moindre coût. La radiographie de l'abdomen sans préparation est le plus souvent normale, mais une opacité de tonalité hydrique refoulant les clartés digestives peut se voir. L'échographie abdominale permet d'évoquer le diagnostic en précisant la nature liquidienne bien limitée, multiloculée et non vascularisée de la tumeur (11). En tomographie, la tumeur est liquidienne, homogène, hypodense avant et après injection de produit de contraste (6). Dans notre observation, seule la radiographie de l'abdomen sans préparation était prescrite et disponible, car l'échographie et la tomographie sont d'accessibilité réduite. Dans ce contexte particulier et devant

un tableau de contusion abdominale avec une suspicion clinique de lésion viscérale hémorragique, la ponction lavage du péritoine garde toute son importance diagnostique. A Madagascar, devant un tableau d'hémorragie interne, après un traumatisme même minime d'une tuméfaction abdominale chronique, il faut évoquer en premier lieu la rupture de rate dans le cadre d'une splénomégalie parasitaire d'origine bilharzienne ou paludéenne. Le traitement du lymphangiome kystique est essentiellement chirurgical avec une exérèse qui doit être la plus complète possible assurant ainsi une guérison définitive (12). Une exérèse incomplète expose à un risque de récurrence allant de 10 à 15% (13). Des injections sclérosantes ont été proposées pour les lymphangiomes kystiques non opérables de localisations abdominale profonde et pelvienne (14). Dans notre observation, la résection totale en bloc de la tumeur a été possible. La difficulté venait du rapport intime de la tumeur avec les vaisseaux mésentériques qui ont pu être respectés. Si l'exérèse est complète, la récurrence est exceptionnelle (8).

Conclusion

Les lymphangiomes kystiques du mésentère sont rares. Leur évolution progressive explique leur caractère asymptomatique. Leur révélation se fait volontiers à l'occasion d'une complication hémorragique. Le diagnostic de lymphangiome kystique doit faire partie des diagnostics à évoquer face à un choc hémorragique d'origine abdominale, après les ruptures de rate pathologique et les ruptures d'anévrisme.

Références

1. De Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *Br J Surg* 1998 ; 85 : 395-7.
2. Izzo L, Galati G, Sassayannis PC, Binda B, D'Arielli D, Stasolla A *et al*. Mesenteric cystic lymphangioma causing intestinal occlusion in an adult patient. *G Chir* 2003 ; 24 : 347-9.
3. Silvestre de Sacy V, Keilani K, Duron J, Vayre P. Lymphangiome du mésentère : une cause rare de syndrome douloureux abdominal aigu chez l'adulte. *J Chir* 1992 ; 129 : 79-80.
4. Guivarc'h M. Les tumeurs du mésentère. A propos de 102 cas. *Ann Chir* 1994 ; 48 : 7-16.
5. Hamdi A, Nouri A, Selmi M, Zouari K, Belghiti M. Le lymphangiome kystique abdominal de l'enfant. *Ann Chir* 1993 ; 47 : 553-6.
6. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L, Chappuis JP, Partensky C, Barth X *et al*. Les lymphangiomes kystiques du mésentère et du méso-colon. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Ann Chir* 2002 ; 127 : 343-9.
7. Chegda O, Guedira M, Benaddi L, El Idrissi Lamghari, Lachkar H, Benaissa A. Lymphangiome kystique abdominal de l'adulte. *Acta Endoscopica* 2004 ; 34 : 245-8.
8. Sabin FR. The lymphatic system in human embryos, with a consideration of the morphology of the system as a whole. *Am J Anat* 1909 ; 9 : 43-57.
9. El Mansouri A. Le lymphangiome kystique du mésentère. *Sem Hôp Paris* 1996 ; 72 : 373-4.
10. Kably A, Moumen M, Raissouni N, Benjelloun N, Mehane M, Abi F *et al*. Le lymphangiome kystique du mésentère et de l'épiploon. A propos de deux cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003 ; 31 : 136-8.
11. Vargas-Serrano B, Alegre-Bernal N, Cortina-Moreno B, Rodriguez-Romero R, Sanchez-Ortega F - Abdominal cystic lymphangiomas : US and CT findings. *Eur J Radiol* 1995 ; 19 : 183-7.
12. Takiff H, Calabria R, Yin L, Stabile BE. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg* 1985 ; 120 : 1266-9.
13. Singh S, Maghabi M. Small bowel obstruction caused by recurrent cystic lymphangioma. *Br Surg* 1993 ; 80 : 1012.
14. Molitch HI, Unger EC, Witte CL, VanSonnenberg E - Percutaneous sclerotherapy of lymphangiomas. *Radiology* 1995 ; 194 : 343-7.