

## Lymphangiome kystique du mésentère chez un homme de 30 ans : à propos d'un cas

*Cystic lymphangioma of the mesentery in a 30-year-old man: a case report*

Touré AI<sup>1,\*</sup>, Diallo A<sup>2</sup>, Bah M<sup>1</sup>, keita M<sup>1</sup>, Mihimit A<sup>3</sup>,Kaba M<sup>1,2</sup>,Traore B<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Service de cancérologie de l'hôpital national Donka, Guinée.

<sup>2</sup>Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, Guinée.

<sup>3</sup> Université Adam Barka d'Abéché, Tchad

\* Correspondances : Alhassane Ismael TOURE service de Chirurgie Oncologique Hôpital National de Donka, Conakry

### MOTS CLÉS :

Lymphangiome ; Mésentère, kyste, Scanner, Histologie

### RESUME

**Observation :** Un homme âgé de 30 ans sans antécédents pathologique notable a été admis dans notre service pour une tumeur abdomino-pelvienne augmentant progressivement de volume, avec sensation de pesanteur sans signe urinaire associé. Son examen clinique retrouvait une volumineuse masse abdominale dure, mobile, indolore avec un signe de flot positif associée à des adénopathies inguinales de petite taille. Une TDM Thoraco-Abdomino-Pelvienne avait montré un volumineux kyste du mésentère de 346 litres de volume associé à une ascite libre de faible abondance sans retentissement sur les reins. Après réalisation du bilan biologique qui n'avait pas montré de particularités, son dossier fut présenté à la RCP du 13/09/23 où une Laparotomie exploratrice avait été proposé. Le patient a bénéficié d'une Laparotomie exploratrice par incision médiane sus et sous ombilical qui a mis en évidence une volumineuse masse abdo-pelvienne d'origine mésentérique adhérente au grêle, au colon transverse, colon ascendant et descendant et aussi la présence de grain de mil sur le mésentère ce qui a nécessité une résection de la tumeur avec anastomose termino-terminale suivie d'une fermeture + drainage. Les suites opératoires ont été simples. le résultat de l'anatomopathologie de la pièce opératoire est en faveur d'un lymphangiome kystique.

**Conclusion :** Les tumeurs mésentériques sont des tumeurs rares, mal connues dans notre pays. La confirmation repose sur l'examen anatomopathologique (immunohistochimie). La prise en charge est pluridisciplinaire et son traitement repose fondamentalement sur la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante. La chirurgie du mésentère représente une intervention à haut risque, une bonne préparation et une meilleure surveillance post opératoire aident à minimiser les complications post opératoires.

### SUMMARY

**Observation:** A 30-year-old man with no notable pathological history was admitted to our department with a progressively enlarging abdomino-pelvic tumour, with a sensation of heaviness and no associated urinary signs. Clinical examination revealed a voluminous, hard, mobile, painless abdominal mass with a positive float sign, associated with small inguinal adenopathies. A Thoraco-Abdomino-Pelvic CT scan showed a large mesenteric cyst with a volume of 346 liters, associated with a small amount of free ascites with no kidney involvement. After a laboratory work-up, which showed no particularities, his case was presented at the RCP of 13/09/23, where an exploratory laparotomy was proposed. The patient underwent an exploratory laparotomy via a median incision above and below the umbilicus, which revealed a voluminous abdo-pelvic mass of mesenteric origin adherent to the small, transverse, ascending and descending colons, and also the presence of millet grains on the mesentery, necessitating resection of the tumour with terminal anastomosis followed by closure + drainage. The postoperative course was straightforward, and the pathological findings of the surgical specimen were consistent with a cystic lymphangioma.

**Conclusion:** Mesenteric tumours are rare and poorly understood in our country. Confirmation is based on anatomopathological examination (immunohistochemistry). Management is multidisciplinary, and treatment is essentially based on surgery and adjuvant chemotherapy. Mesentery surgery represents a high-risk procedure, and good preparation and improved postoperative monitoring help minimize postoperative complications.

**KEY WORDS:** Lymphangioma; Mesentery, cyst, CT scan, Histology

## INTRODUCTION :

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare, secondaire à une embryopathie du système lymphatique [1], pouvant se révéler à tout âge [2]. La localisation crânio-faciale, cervicale ou axillaire est la plus habituelle. Les formes intra-abdominales sont rares. Elles représentent 2 à 10 % et se situent préférentiellement dans le mésentère, l'épiploon, mais également le foie, la rate, le pancréas, le rein, la surrénale, le côlon et le duodénum [2].

Les tableaux cliniques révélant les lymphangiomes kystiques sont polymorphes [3]. Le diagnostic est évoqué par l'imagerie mais confirmé par l'examen anatomo-pathologique. Le traitement est chirurgical en cas de lésions symptomatiques ou de complication [4]. Nous rapportons dans cette observation la prise en charge d'un cas de lymphangiome kystique dans le contexte de pays en voie de développement.

## OBSERVATION CLINIQUE :

Il s'agissait d'un homme âgé de 30 ans sans antécédents particulier reçu pour douleur associée à une distension abdominale évoluant depuis 8 mois avec un indice OMS=1. A l'examen clinique : Volumineuse masse abdominale dure, mobile, indolore avec sensation de pesanteur, associée à une adénopathie inguinale de petite taille (Fig1).



Figure 1 : Aspect de l'abdomen en pré opératoire

Le toucher rectal était normal. Ailleurs pas de particularités.

une TDM thoraco-abdomino-pelvien fait état d'un volumineux kyste du mésentère de 346 ml de volume associée à une ascite de faible abondance sans retentissement sur les reins (Fig 2).



Figure 3 TDM abdomino-pelvienne coupe axiale



Figure 3 TDM abdomino-pelvienne coupe longitudinale

Coupe transversale et longitudinale du scanner montrant une image hypodense bien circonscrite (lymphangiome) (figure 3 et 4).

La biologie n'a pas montré de particularités.

Le dossier du patient a été soumis à la RCP où une laparotomie exploratrice fut indiquée. Après une consultation préanesthésique concluante, Une laparotomie médiane sus et sous ombilicale faite, l'exploration avait mis en évidence une volumineuse masse abdomino-pelvienne d'origine mésentérique adhérente à l'épiploon, aux grêles et à la paroi abdominale (Fig 3). Nous avions procédé comme geste à l'exérèse de la tumeur emportant 4 cm de l'intestin grêle avec anastomose iléo-iléale termino-terminale suivie de la fermeture et du drainage. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomo-pathologique de la pièce a montré un lymphangiome kystique du mésentère



Figure 3 : lymphangiome kystique en per opératoire



Figure 4 : lymphangiome kystique pièce opératoire

## DISCUSSION

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare, qui se voit surtout chez l'enfant. Les localisations habituelles sont cervicales ou axillaires (95% des cas), plus rarement au niveau médiastinal ou abdominal (5-10% des cas). En ce qui concerne la région abdominale, il touche préférentiellement le mésentère et le rétropéritoine, en raison d'une grande richesse du réseau lymphatique [5]. La présentation clinique non spécifique et polymorphe du lymphangiome kystique est liée au volume tumoral, à la localisation et aux types de

complications qu'il engendre (mécanique/infectieuse/hémorragique) [6,7]. La physio pathogénie du lymphangiome kystique reste incomplètement élucidée, mais peut toutefois s'expliquer par un défaut congénital ou acquis du drainage lymphatique. La destruction des canaux lymphatiques peut être secondaire à des traumatismes physiques tel que la chirurgie ou la radiothérapie [5].

Les manifestations cliniques du lymphangiome kystique abdominal sont très polymorphes. Un volume tumoral important provoque habituellement des douleurs abdominales, symptôme le plus fréquent, mais peut aussi entraîner une augmentation du périmètre abdominal, une masse palpable, une occlusion intestinale voir un volvulus [3]. A l'étape clinique le diagnostic différentiel peut se poser avec le lymphome, les tumeurs rétropéritonéales et un volumineux kyste ovarien. A l'étape morphologique, l'échographie et la TDM ne permettent pas toujours de distinguer avec certitude le lymphangiome kystique abdominal des autres tumeurs [3].

La chirurgie, ouverte ou laparoscopique, est une option intéressante pour le lymphangiome kystique, surtout dans sa localisation abdominale [1, 3].

## CONCLUSION :

Le lymphangiome kystique rétropéritonéal est une tumeur bénigne du système lymphatique. La symptomatologie clinique est polymorphe et non spécifique. Le diagnostic est évoqué par l'imagerie, peut être effectué dans la période

anténatale ou au contraire tardivement à l'âge adulte, mais il nécessite une confirmation histologique. Le traitement de choix est chirurgical, consistant en une exérèse complète de la lésion pour éviter les récidives.

## REFERENCES :

1. Bezzola T, Buhler L, Chardot C et al. (2008) Le traitement chirurgical du lymphangiome kystique abdominal chez l'adulte et chez l'enfant. J Chir 145:238–43
2. S Boussetta et al : Le lymphangiome kystique rétropéritonéal récidivant chez l'adulte J. Afr. Hépatol. Gastroentérolog. (2010) 4:110-113
3. M Atrassi et al : Ascite hémorragique révélant un lymphangiome kystique du grand épiploon. Rev Mar Mal Enf 2021; 50:31-35
4. Ngakani Offobo et al : Lymphangiome kystique abdominal : A Propos de deux Cas au Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville Health Sci. Dis: Vol 22 (11) November 2021 pp 125-127
5. Akira Watanabe, Hideki Suzuki, Norio Kubo et al. A case of mesenteric cystic lymphangioma in an adult which caused duodenal stenosis after resection. Int J Surg Case Rep. 2013; 4(2): 212-215.
6. Fanomezantsoa Raherinantenaina, Tsitohery Francine Andriamampionona, Lantonisaina Raoelijaona. Cystic lymphangioma of the ascending mesocolon. Presse Medicale (Paris, France : 1983).13 Jun 2014; 43(11): 1296-1298.
7. Amin Makni, Faouzi Chebbi, Fadhel Fetirich. Surgical Management of Intra-Abdominal Cystic Lymphangioma: report of 20 cases. World J Surg. 2012; 36(5): 1037-4.