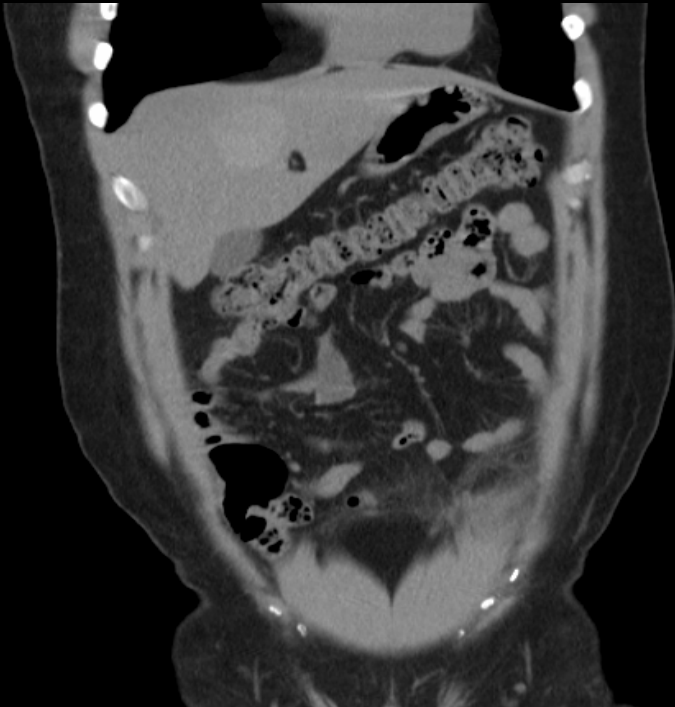
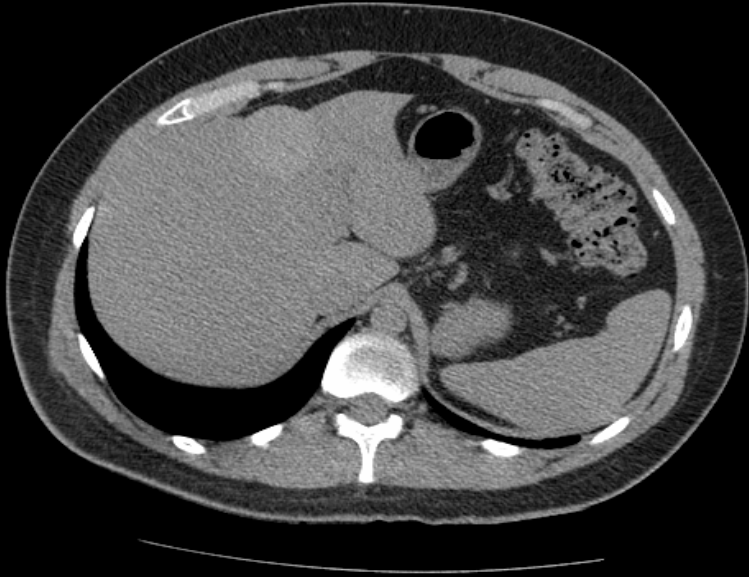


# GROS KYSTE DU SEGMENT IV : cas clinique

VENARA Aurélien  
CHU Angers  
DESC janvier 2010

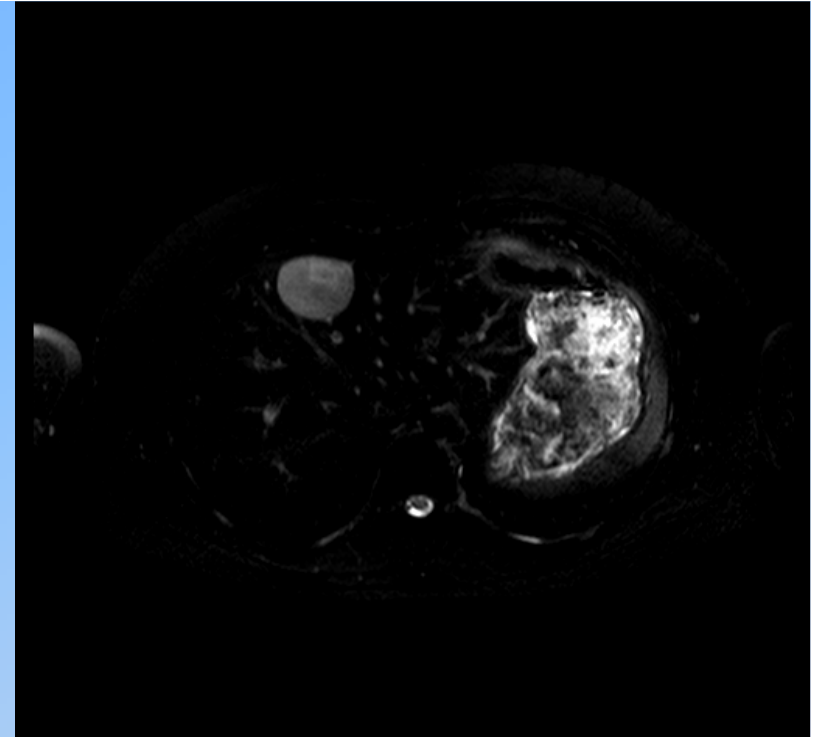
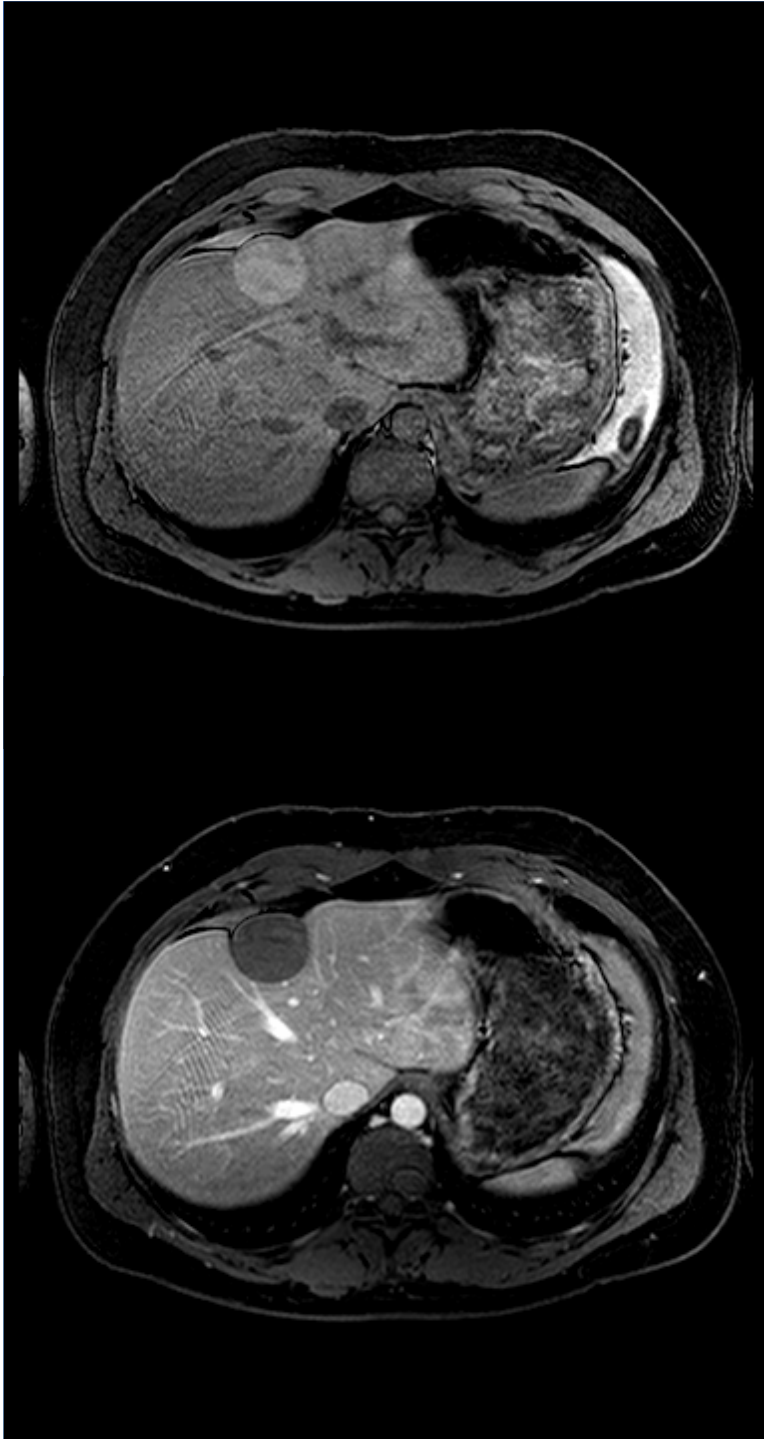
- Mr X, 27 ans
- ATCD perso :
  - cure de hernie bilatérale coelio en 2007
  - Pas de séjour à l'étranger
- Pas d'ATCD familiaux
- Hospitalisation récente en urgence pour douleur épigastrique et FIG + train fébrile à 38°2
- Biologie : syndrome inflammatoire (GB=11500 , CRP= 15)
- échographie : kyste sous capsulaire du segment IV, incomplètement transonore, à contenu irrégulier

# TDM



- Lésion homogène
- Bien limitée
- Hyperdense spontanément
- Pas de réhaussement

# IRM



- Lésion hypersignal spontanément, hétérogène en T1 et T2 avec une lame d'épanchement périlésionnel
- Pas de réhaussement après injection
- Pas de thrombose portale
- Pas de dilatation des voies biliaires

# Diagnostic ?

- Kyste biliaire
- Kyste parasitaire
- Abscès
- Métastase kystique hépatique nécrosée
- Cystadénome
- Kyste cilié

# Au total

- Kyste biliaire hémorragique
- Kyste cilié
- Cystadénome

# Si c'est un kyste biliaire hémorragique

- fenestration sous coelioscopie ou drainage avec agents sclérosants

## Kystes hépatiques dits « kystes biliaires du foie »

**L. Plard<sup>1</sup>, P. Guedin<sup>2</sup>, V. Le Pennec<sup>2</sup>, L. Chiche<sup>1</sup>**

1. Département de chirurgie digestive, CHU – Caen.

2. Pôle d'imagerie médicale et d'explorations fonctionnelles, CHU – Caen.

# Si c'est un kyste cilié

## **Ciliated hepatic foregut cyst: an increasingly diagnosed condition**

Sharad Sharma, Amanda G. Dean, Ayumi Corn, Vivek Kohli, Harlan I Wright,  
Anthony Sebastian and Nicolas Jabbour

*Oklahoma, USA*

*(Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2008; 7: 581-589)*

Pediatr Surg Int

DOI 10.1007/s00383-009-2468-x

CASE REPORT

## **Ciliated hepatic foregut cysts in children**

Victor Zaydfudim · Michael J. Rosen · Lynette A. Gillis · Hernan Correa ·  
Harold N. Lovvorn III · C. Wright Pinson · Burnett S. Kelly Jr.

Exérèse du kyste  
et envoi en  
anapath  
Pas de consensus  
sur le suivi

# Si c'est un cystadénome

- Kystectomie devant le risque de transformation en cystadenocarcinome

© Masson, Paris, 2003.



Gastroenterol Clin Biol 2003;27:413-415

CAS  
CLINIQUE

## Cystadénome hépatique avec taux d'ACE et de CA 19-9 intrakystiques élevés

*Christophe TRÉSALLET (1), Pere JORDI-GALAIS (1), Quang NGUYEN-THANH (1), Marie-Hélène AUBRIOT-LORTON (2),  
Nathalie COSTEDOAT-CHALUMEAU (3), Jean-Paul CHIGOT (1), Fabrice MENEGAUX (1)*

(1) Service de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne, (2) Laboratoire d'Anatomie Pathologique, (3) Service de Médecine Interne,  
Hôpital de la Pitié, 47-83 Boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13.

Le traitement des cystadénomes du foie est exclusivement chirurgical et l'exérèse complète de la lésion est impérative en raison du risque de récurrence évalué à plus de 90 % dans le cas contraire [10]. L'exérèse chirurgicale du cystadénome se justifie devant le risque, encore mal évalué, de transformation maligne en cystadénocarcinome.

10. Florman SS, Slakey DP. Giant biliary cystadenoma : case report and literature review. Am Surg 2001;67:727-32.

# Conduite à tenir

- Patient symptomatique
- Doute diagnostic
- Potentielles lésions risquant de dégénérer

- On a discuté la ponction trans-cutanée, trans-hépatique sous scanner (histologie + dosage des marqueurs ACE et Ca 19.9) pour tenter d'affirmer le diagnostic
- Mais de toute façon chirurgie pour exérèse de la lésion

# Commentaires

# Gros kyste du Segment IV

## Diagnostic d'un kyste uniloculaire unique

- Kyste biliaire simple
- Kyste à revêtement cilié
- Cystadénome et Cystadénocarcinome
- Métastase kystique

# Gros kyste du Segment IV

## Kyste à revêtement Cilié

- Entité clinique rare : 80 cas littérature
- Dououreux dans 50% cas <sup>1</sup>
- Perturbations Biologie hépatique dans 40% cas <sup>1</sup>
- Parfois associé à une augmentation CA 19.9
- Age moyen : 55 ans ( prédominance masculine) <sup>1</sup>
- Taille : 1 à 6 cm (moy 3cm)
- Prédomine dans foie gauche (segment IV : 58% cas) <sup>2</sup>
- Sous capsulaire <sup>2</sup>

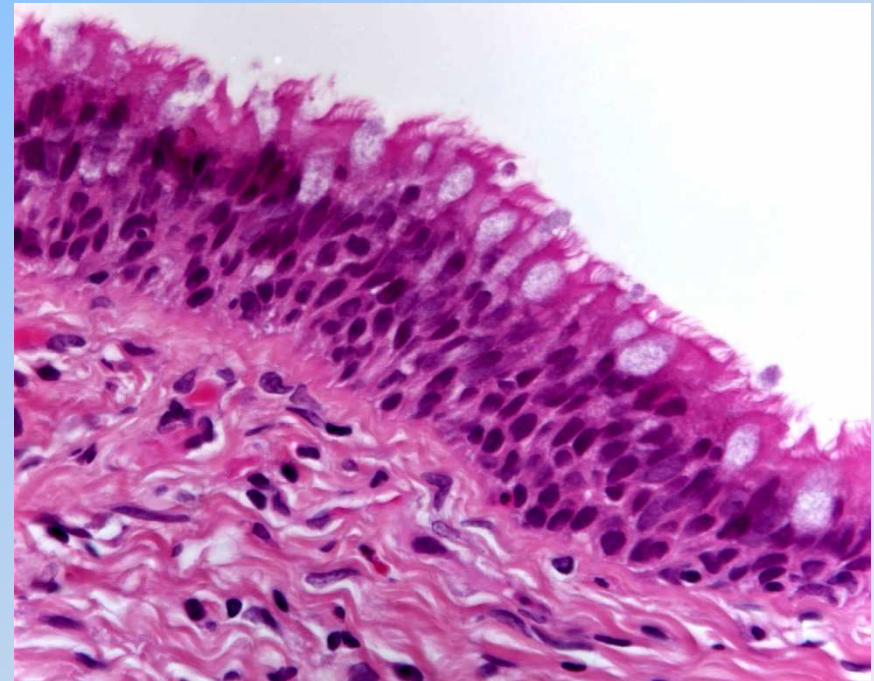
<sup>1</sup> Berlolo et al. *Gastroenterol Clin Biol* 1996

<sup>2</sup> Precetti.S, Gangon.Y. *J Radiol* 2007

# Gros kyste du Segment IV

## Structure en 4 couches

- Epithélium cylindrique ou cubique pseudo-stratifié et cilié
- Tissu conjonctif sous-jacent
- Fibres musculaires lisses
- Capsule fibreuse périphérique



**Immuno-histochimie** : forte positivité Actine/Tubuline/Desmine

Terada et al. *Am J Surg Pathol* 1990

# Gros kyste du Segment IV

« *Ciliated Hepatic Foregut Cyst* » décrit 1984 <sup>1</sup>

**Origine :**

Kyste dériverait d'un bourgeonnement précoce et anormal de l'intestin primitif antérieur ( équivalent des kystes bronchogéniques) <sup>2</sup>

**3 cas de transformation maligne !!!** <sup>3,4</sup>



**Chirurgie**

**Cancers associés :** poumon, vessie, rein, col utérin, carcinome neuroendocrine

<sup>1</sup> Wheeler et Edmonson. *Am J Surg Pathol* 1994

<sup>2</sup> Chatelain, Flejou. *Human Pathol* 2003

<sup>3</sup> Furlanetto et al. *Virchows Arch* 2002

<sup>4</sup> de Lajarte-Thirouard. *Pathol Res Pract* 2002

<sup>5</sup> Straus et al. *BMC Cancer* 2006