

Peritoneal Inclusion Cyst: a case report

Fouad Sellak , Belhaj Yassine , Sofia Jayi , Fatima Zohra Fdili Alaoui , Hikmat Chaara , Moulay Abdelilah Melhouf

Department of Gynecology and Obstetrics II, CHU Hassan II, Fez ,Morocco
Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fez

E-mail: fouad.sellak@usmba.ac.ma

Abstract: *Peritoneal Inclusion Cyst is a benign disease, however, some authors consider it as a pathology with uncertain evolution, with a high potential of recurrence. It is seen more often in woman in the reproductive age, with a history of pelvic surgery, intra-abdominal inflammation or endometriosis . Our work based on a case report , demonstrate the misleading radiological aspect that the peritoneal inclusion cyst can have , that's why the anamnesis is important , indeed , our young patient had an abdominal surgery non documented . Through our observation, and review of literature, we emphasize on this pathology that is considered as a differential diagnosis when discovering a multilocular latero-uterin cyst with history of surgery. Nonetheless , the discovery of a latero-uterin mass should rule out the possibility of a neoplastic mass , the management is not consensual , surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy are options to consider.*

Keywords: Multilocular cyst , cystic mesothelioma , peritoneal disease

1. INTRODUCTION

Le mésothéliome kystique du péritoine est considérée comme une pathologie bénigne par la plupart des auteurs, cependant des foyers de mésothélium malin ont été décrits en association [1,2]. Cette pathologie rare se présente comme des formations kystiques péritonéales multiloculées récurrentes qui dérivent des cellules mésothéliales tapissant les cavités abdominales [2]. Moins de 200 cas ont été rapportés jusqu'ici. Contrairement au mésothéliome malin du péritoine, il n'existe pas d'association à l'amiante [3].

2. OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 21 ans, célibataire, avec notion de traumatisme abdominal dans l'enfance, ayant bénéficié d'une laparotomie d'urgence, sans compte rendu opératoire disponible, consulte pour des douleurs pelviennes hypogastriques augmentant progressivement en intensité, avec distension abdominale progressive évoluant depuis 6 mois . L'examen trouve une patiente en bon état général , avec un abdomen très distendu siège d'une cicatrice de laparotomie médiane sous ombilicale, avec palpation d'une masse d'allure kystique prenant la région pelvienne.

L'échographie pelvienne avait objectivé une énorme formation kystique pelvienne probablement d'origine ovarienne de plus de 10 cm occupant tout l'écran avec quelques cloison en son sein, les ovaires n'ont pas été visualisés, vue la taille et pour meilleur caractérisation de cette image , l'irm pelvienne a été faite parlant d'une volumineuse masse kystique pauciloculaire cloisonnée de siège intrapéritonéal semblant être au dépend des 2 ovaires , bien limités en hyposignal 1 , hypersignalT2 , rehaussée après contraste mesurant : 19*8*27cm faisant suspecter un cystadénome séreux . Les marqueurs tumoraux ont été demandé : CA125 ,CA 19-9 et ACE tous négatives. La

décision était de programmer la patiente pour une laparotomie pour kystectomie , à l'exploration de la cavité pelvienne : il a été objectivé un gros kyste moulant la cavité avec rupture accidentelle de celui-ci et issu d'un liquide verdâtre aspiré , les deux ovaires ont été visualisés ,d'aspect macroscopique normal sans masse annexielle individualisée . Une résection complète de cette formation kystique a été réalisée après adésiolyse .

3. DISCUSSION

La découverte d'une formation kystique pelvienne conduit bien évidemment à éliminer le diagnostic de masse annexielle et surtout la pathologie néoplasique. Le kyste d'inclusion péritonéal survient fréquemment chez les femmes en âge de procréer, ayant des antécédents de chirurgie, d'inflammation pelvienne ou d'endométriose [4], dans notre observation, la patiente avait bénéficié d'une laparotomie d'urgence pour traumatisme abdominal non documenté dans l'enfance. On incrimine l'origine réactionnelle du péritoine, qui lorsqu'il est agressé par une chirurgie ou une infection, perd ses propriétés d'absorption optimale, ainsi les fluides péritonéaux produits par l'ovaire vont être emprisonnés, et être encapsulés suites a des adhérences péritonéales pour former des pseudo-kystes. [5 , 6 ,7]

Les principaux symptômes révélateurs sont des douleurs abdominales, la présence d'une masse abdomino-pelvienne, des signes compressifs digestifs ou urinaires [8] , ou des douleurs pelviennes cycliques, et plus rarement un tableau aiguë ou subaiguë [2]. Mme N.B se plaignait de douleurs pelviennes chroniques et une distension abdominale très importante évoluant depuis 6 mois .

L'aspect typique en échographie est un kyste anéchogène a paroi fine moulant les organes et la cavité péritonéale au sein duquel on trouve des septas, avec déformabilité du pseudokyste par le palper abdominal [9,10,11], l'IRM reste la meilleure technique d'exploration , La paroi et les septas

apparaissent en hypo signal T1 et T2. Le contenu apparaît en hypo signal T1 et hypersignal T2 Les parois du kyste peuvent se rehausser en T1 après injection de gadolinium.

On ne retrouve pas de signe de malignité : notamment pas de portion tissulaire, des végétation endo- ou exokystique [12] . Par ailleurs, L'aspect de kyste multiloculaire est un aspect trompeur du kyste d'inclusion péritonéal.

L'examen anatomopathologique s'avère donc indispensable pour affirmer le diagnostic de mésothéliome kystique du péritoine : les kystes sont entourés d'une seule couche de cellules aplaties ou cubiques d'origine mésothéliales parfois hyperplasiques mais non atypiques.

Les cellules sont séparées par des cloisons conjonctivo-vasculaires pouvant abriter des cellules inflammatoires ainsi que des remaniements hémorragiques. Chez notre patiente le kyste a été rompu avec issu de liquide verdâtre aspiré avec à la cytologie : présence de cellules mésothéliales avec cellules inflammatoires et remaniements hémorragiques confirmant le diagnostic [13].

Il n'y a pas de consensus en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique de ces pseudo-kystes. Dans notre cas la patiente a bénéficié d'une laparotomie avec résection du pseudo kyste vu la distension abdominale importante et les douleurs abdominales ; et la suspicion d'une masse annexielle. Dans la littérature, la ponction aspiration écho ou scanno-guidée est aussi une alternative [14] , mais il ne s'agit pas d'un traitement curatif , puisque le risque de récurrence est très élevé [14,15] . La combinaison de la chirurgie avec un traitement hormonal contraceptif postopératoire semble diminuer le nombre de récurrence [16].

Dans quelques centres, on utilise la chimio hyperthermie intrapéritonéale [17,18] , qui est considérée comme une méthode efficace quand elle est associée à la chirurgie . Le pronostic est habituellement bon, La survie à 5 ans est de 100 %. Dans la littérature, il est reporté un cas de transformation maligne. La principale complication réside donc dans le potentiel élevé de récurrence entraînant une morbidité importante [1].

4. CONCLUSION

Il est important de savoir évoquer ce diagnostic devant toute lésion kystique annexielle de la jeune femme, surtout devant une symptomatologie chronique, et des antécédents de chirurgie , d'inflammation pelvienne , afin de proposer une thérapeutique et un suivi adapté , généralement le pronostic est bon ,néanmoins un cas de transformation maligne a été publié dans la littérature.



Image 1 : Exploration opératoire du kyste d'inclusion péritonéal

5. REFERENCES

- Gonzalez-Moreno S, Yan H, Alcorne KX, Sugarbaker PH. Malignant transformation of "benign" cystic mesothelioma of the peritoneum. *J Surg Oncol* 2002;79:243-251
- Weiss SW, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma: an analysis of pathologic findings and biologic behaviour in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988; 12:737-746.
- Moreno-Swiric S, Duvillard P, Sabourin JC. Observation n° 3. *Ann Pathol* 2007;27:208-211.
- Datta RV, Paty PB. Cystic mesothelioma of the peritoneum. *Eur J Surg Oncol* 1997;23(5):461—2
- Koninckx PR, Renaer M, Brosens IA. Origin of peritoneal fluid in women: an ovarian exudation product. *Br J Obstet Gynecol* 1980; 87:177-183
- Hoffer FA, Kozakewich H, Colodny A, et al. Peritoneal inclusion cysts: ovarian fluid in peritoneal adhesions. *Radiology* 1988;169(1):189—91
- Verger C, Luger A, Moore HL, Nolph KD. Acute changes in peritoneal morphology and transport properties with infectious peritonitis and mechanical injury. *Kidney Int* 1983; 23:823-831.
- Advincula AP, Hernandez JC. Acute urinary retention caused by a large peritoneal inclusion cyst: a case report. *J Reprod Med* 2006;51:202—204
- Kim JS, Lee HJ, Seong KW, et al. Peritoneal inclusion cysts and their relationship to the ovaries: Evaluation with sonography. *Radiology* 1997;204:481—484.
- Jain KA. Imaging of peritoneal inclusion cysts. *Am J Radiol* 2000;174:1559—1563
- Sohaey R, Gardner TL, Woodward PJ, Peterson CM. Sonographic diagnosis of peritoneal inclusion cysts. *J Ultrasound Med* 1995;14(12):913—7. [5] Kim JS, Lee HJ, Woo S
- Kurachi H, Mukarami T, Nakamura H, Hori S, Miyake A, Kozuka T, et al. Imaging of peritoneal pseudocysts: value of MR imaging compared with sonography and CT. *AJR Am J Roentgenol* 1993;16(3):589—91.
- Raafat F, Egan M. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum. Immunohistochemical and ultrastructural features in a child. *Pediatr Pathol* 1988;8(3):321—9.

14. Hederstrom E, Forsberg L. Entrapped ovarian cyst. An unusual case of persistent abdominal pain. *Acta Radiol* 1990;31: 285–286
15. Birch SE, Park A, Chen V. Laparoscopic resection of an intraabdominal cystic mass: a cystic mesothelioma. *Can J Surg* 1998;41:161–164
16. Letterie GS, Yon JL. The antiestrogen tamoxifen in the treatment of recurrent benign cystic mesothelioma. *Gynecol Oncol* 1998; 70:131-133.
17. Baratti D, Kusamura S, Sironi A, Cabras A, Fumagalli L, Laterza B, Deraco M. Multicystic peritoneal mesothelioma treated by surgical cytoreduction and hyperthermic intra-peritoneal chemotherapy (HIPEC). *In Vivo*. 2008 Jan-Feb;22(1):153-7.
18. Park BP, Alexander HR, Libutti SK, et al. Treatment of primary peritoneal mesothelioma by continuous hyperthermic peritoneal perfusion (CHPP). *Ann Surg Oncol* 1999;6: 582–590.