

## Un lymphangiome kystique rétropéritonéal révélé par des coliques néphrétiques

Jihad El anzaoui, MD,\* Omar Ghoundale, MD,\* Driss Touiti, MD,\* Rachid El barni, MD;†  
Abdelhadi Mejdane, MD;† Jawad Fassi Fihri, MD;† Mohammed Lahkim, MD;† Abdsamad Achour, MD†

\*Service d'urologie Hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc ; †Service de chirurgie viscérale Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2015;9(3-4):e132-5. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2328>  
Published online March 11, 2015.

### Résumé

Le lymphangiome kystique (LK) est une tumeur rare des voies lymphatiques caractérisée par son évolution bénigne. La fréquence de la localisation rétropéritonéale est controversée. La découverte se fait le plus souvent dès l'enfance. L'évolution de la maladie peut être marquée par des complications graves, notamment compressives. Nous faisons état de l'observation médicale d'une femme de 30 ans chez qui l'on a découvert, à la suite de l'apparition de coliques néphrétiques récidivantes, un LK énorme occupant tout l'espace rétropéritonéal droit. Le diagnostic a été évoqué par l'urotomodensitométrie et confirmé par l'histologie. L'évolution après exérèse chirurgicale de la masse a été favorable, avec la disparition des coliques néphrétiques.

### Introduction

Décrit pour la première fois par Satway en 1898 en sa localisation rétropéritonéale, le LK est une pathologie rare caractérisée par le développement d'une tumeur vasculaire bénigne issue des voies lymphatiques. Caractérisé par son polymorphisme clinique, le LK se manifeste fréquemment par des complications compressives. À notre connaissance, les coliques néphrétiques n'ont jamais été citées dans la littérature comme mode de révélation du LK. Nous faisons état de l'observation médicale d'une femme de 30 ans chez qui le LK s'est manifesté par des coliques néphrétiques récidivantes et dont l'évolution après traitement chirurgical s'est avérée favorable.

### Observation

La patiente est une femme âgée de 30 ans qui consulte aux urgences pour des coliques néphrétiques droites récidivantes. Mis à part une histoire de lombalgie chronique

calmée par les antalgiques habituels, l'interrogatoire n'a révélé aucun autre antécédent pathologique. Aucune particularité n'a été mise en évidence par l'examen clinique. L'urotomodensitométrie (fig. 1, 2), réalisée à distance d'un épisode de colique néphrétique, a indiqué la présence d'une large masse kystique rétropéritonéale occupant la quasi-totalité de l'espace rétropéritonéal droit, jusqu'à l'espace rétropéritonéal gauche. Sur les coupes coronales, cette masse s'étendait jusqu'au pelvis, refoulant vers l'avant le péritoine et noyant les gros vaisseaux. On a noté également l'absence de dilatation des voies excrétrices droites ou gauches.

Le traitement chirurgical a été retenu devant l'importance de la masse et son caractère symptomatique. La voie d'abord médiane a été choisie dans l'optique d'un meilleur jour sur l'étendu de la masse rétropéritonéale permettant une exérèse large des parois kystiques. L'exploration chirurgicale a permis de découvrir une grande masse kystique débordant sur le bord médial du foie gauche et l'estomac (fig. 3). L'ouverture du sac a permis l'aspiration d'un liquide jaune citrin non hématisé (fig. 4).

L'exérèse du kyste a été la plus large possible, mais incomplète à cause de son adhérence aux gaines des gros vaisseaux. La lymphostase a été obtenue par ligature. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de LK (fig. 5). Le contrôle après six mois et un an n'a pas révélé de récurrence.

### Discussion

Le LK touche le plus souvent la région cervicofaciale, mais elle peut aussi toucher le médiastin, l'abdomen et les membres. La localisation rétropéritonéale est très rare<sup>1</sup>, bien que Bezolla et coll. aient conclu à une fréquence plus élevée<sup>2</sup>. Dans une étude de cohorte portant sur 16 cas de LK, la localisation était rétropéritonéale dans 8 cas.

Sur le plan étiopathologique, la théorie malformative est la plus souvent évoquée, vu la fréquence de découverte dès l'enfance et au cours de la période anténatale. Il est admis que



**Fig. 1.** Coupe transversale d'une tomodesitométrie abdominale passant par L2 montrant une large masse kystique occupant l'espace rétropéritonéal droit et étant en contact avec la face antérieure du rein droit.



**Fig. 2.** Coupe coronale d'une tomodesitométrie abdominopelvienne montrant une masse kystique de contenu hypodense homogène s'étendant du bord inférieur du foie jusqu'à la région pelvienne et mesurant 21 cm de hauteur et 19 cm de largeur.

le système lymphatique périphérique se développe à partir de trois sacs primitifs issus du système veineux : cervical, médiastinal et abdominal/rétropéritonéal. La déconnexion d'un bourgeon lymphatique du reste des chaînes lymphatiques entraînerait son isolement et son développement non contrôlé en un kyste uni ou multiloculaire. D'autres théories traumatique et inflammatoire ont été émises, notamment chez l'adulte<sup>3</sup>. Soixante pour cent des cas de LK sont découverts avant l'âge de cinq ans<sup>4</sup>. La découverte à l'âge adulte est plus rare. Jusqu'à présent, l'évolution cancéreuse des LK rétropéritonéaux n'a jamais été mise en évidence<sup>5</sup>.

Le LK est connu pour son polymorphisme clinique. Dans sa localisation rétropéritonéale, beaucoup de cas de figure ont été décrits, allant de la simple asthénie jusqu'à l'urgence chirurgicale (péritonite, choc septique), en passant par la douleur abdominale, les vomissements, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs<sup>2</sup>. À notre connaissance, la manifestation clinique par des coliques néphrétiques récidivante n'a jamais été signalée dans la littérature. L'imagerie apporte beaucoup au diagnostic.

L'échographie permet d'objectiver une masse kystique de contenu homogène et hypoéchogène à parois fines. La

tomodesitométrie (TDM) permet de mieux étudier le processus en visualisant une masse liquidienne uniloculaire ou multiloculaire hypodense à parois fines non rehaussées par l'injection de produit de contraste. Quand la tumeur est volumineuse, elle peut exercer un effet de masse sur les structures avoisinantes, ce qui explique certaines manifestations cliniques (douleur, œdème des MI, occlusion intestinale, etc.). Chez notre patiente, l'uroTDM a été l'examen clé de diagnostic. Elle a permis d'objectiver la masse kystique rétropéritonéale à parois fines et de mieux étudier ses rapports avec les structures avoisinantes. Dans ce cas, la masse était intimement liée au rein droit. L'absence de dilatation des voies excrétrices n'élimine pas l'éventualité d'une compression intermittente.

L'IRM permet de mieux préciser la nature du contenu kystique. Le diagnostic de certitude reste histologique. Les lésions de LK apparaissent blanchâtres ou translucides. Elles peuvent être uniloculaires (25 %) ou polylobées multikystiques : oligo-macrokystiques, micropolykystiques et mixtes, avec des poches communicantes ou non.

Le contenu des kystes peut être séreux ou chyleux<sup>6</sup>. Au microscope, la paroi des kystes est constituée de cel-



**Fig. 3.** Masse kystique bombant entre le foie gauche et la petite courbure de l'estomac. A : masse kystique, B : estomac avec sonde nasogastrique, C : foie.

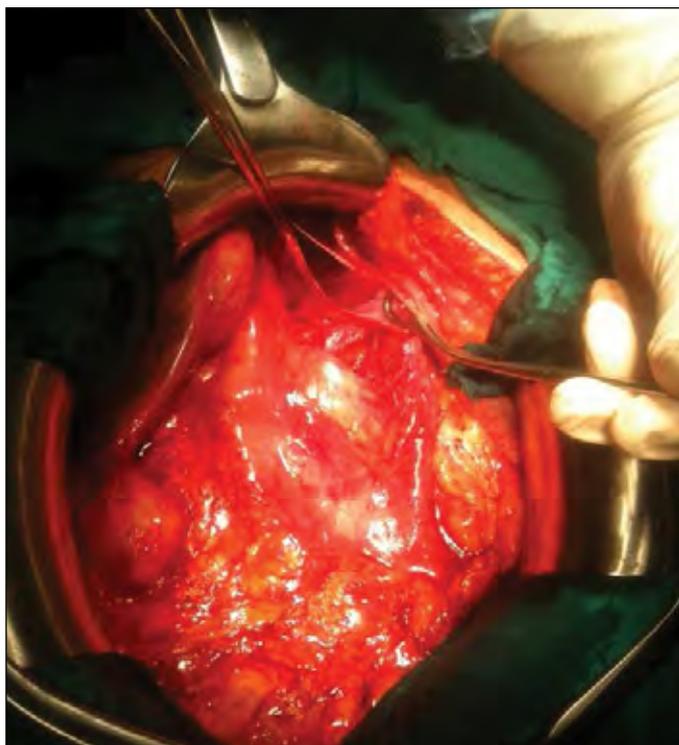
lules endothéliales sans atypies, avec un tissu lymphoïde abondant et des cellules musculaires lisses. Le LK est une tumeur bénigne qui peut rester longtemps asymptomatique. Toutefois, l'augmentation progressive de son volume peut exposer le sujet à de graves complications. Les moyens thérapeutiques varient de l'abstention-surveillance à la sclérothérapie, en passant par l'exérèse chirurgicale, qui reste le traitement couronné du plus grand taux de réussite. En matière de sclérothérapie, beaucoup de produits ont été mis à l'essai : bléomycine, tissucol, Ethibloc<sup>MD</sup>.

## Conclusion

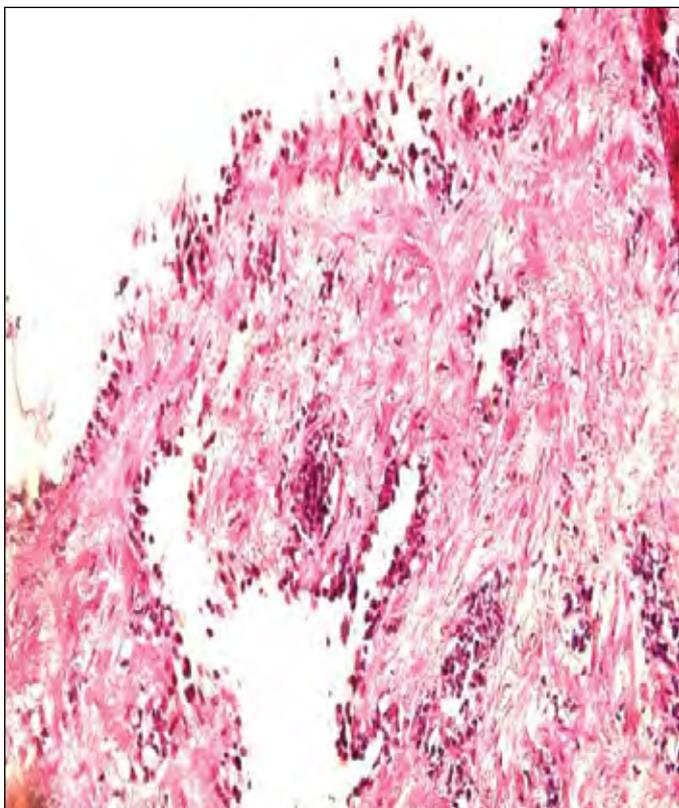
Le traitement chirurgical peut se faire par voie coelioscopique ou par chirurgie ouverte. L'aspiration du contenu et l'exérèse complète des parois kystiques est la règle. Néanmoins, vu la nature bénigne de la maladie, le respect des structures nobles avoisinantes auxquelles adhère le kyste est recommandé. Malgré l'exérèse complète des parois kystiques, des taux de récurrence allant jusqu'à 17 % ont été signalés<sup>7</sup>.

**Competing interests:** Authors declare no competing financial or personal interests.

This paper has been peer-reviewed.



**Fig. 4.** Ouverture du lymphangiome kystique : parois fines et contenu jaune citrin.



**Fig. 5.** Cavités vasculaires tapissées de cellules endothéliales régulières, le chorion sous-jacent comportant quelques fibres musculaires lisses et des lymphocytes (coloration hématoxyne-éosine, grossissement  $\times 400$ ).

## Références

1. Rifki Jai S, Adraoui J, Khaiz D, et al. Le lymphangiome kystique rétro-péritonéal. *Prog Urol (Paris)* 2004;14:548-5
2. Bezzola T, Bühler L, Chardot C, et al. Le traitement chirurgical du lymphangiome kystique abdominal chez l'adulte et chez l'enfant. *J Chir (Paris)* 2008;145:238-43.
3. Tissot H, Mattgcy B, Serville F, et al. Diagnostic anténatal d'un lymphangiome kystique abdominopelvien s'intégrant dans le cadre d'un syndrome proteus. *J Gynecol Obst Biol Record (Paris)* 1991;20:335-40.
4. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L, et al. Mesenteric and mesocolic cystic lymphangiomas. Diagnostic and therapeutic management. *Ann Chir* 2002;127:343-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3944\(02\)00770-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3944(02)00770-8)
5. Losanof JE, Richman BW, El-Sherif A, et al. Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am Coll Surg* 2003;196:598-603.
6. Singh S, Baboo ML, Pathak IC. Cystic lymphangioma in children: Report of 32 cases including lesions at rare sites. *Surgery* 1971;69:947-51.
7. Alqahtani A, Nguyen LT, Flageole H, et al. 25 years' experience with lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg* 1999;34:1164-68. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468\(99\)90590-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468(99)90590-0)

---

**Correspondence:** Dr. Jihad El Anzaoui, Department of Urology, Military hospital Avicenna, Marrakech, Morocco; [jihad.elanzaoui@gmail.com](mailto:jihad.elanzaoui@gmail.com)