

ECTOPIE PANCRÉATIQUE AU NIVEAU JÉJUNAL ET GASTRIQUE : À PROPOS DE 2 CAS DIAGNOSTIQUÉS DANS LE SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHU DE COCODY

PANCREATIC ECTOPIA AT THE JEJUNAL AND GASTRIC WALL: ABOUT 2 CASES DIAGNOSED IN THE ANATOMY AND PATHOLOGICAL CYTOLOGY DEPARTMENT OF THE COCODY UNIVERSITY HOSPITAL

EHUI AY¹, TOURE I², KONAN I³, KOUAME BS¹, KOUACOU BFA¹, TRAORE B¹, ABOUNA AD¹, DOUKOURE B¹

RESUME

Le pancréas ectopique (ou aberrant ou hétérotopie pancréatique) se définit par la présence de tissu pancréatique en situation anormale, sans rapport anatomique avec la glande principale. Nous rapportons deux cas de pancréas aberrants localisés à l'estomac et au jéjunum. La localisation jéjunale était responsable d'une invagination intestinale chez un nourrisson de 13mois. La localisation gastrique s'était manifestée

par un syndrome ulcéreux. Ces deux cas de pancréas aberrants ont été traités par résection chirurgicale. L'examen histologique des prélèvements tissulaires a mis en évidence du tissu pancréatique au niveau de la paroi jéjunale et gastrique (ectopie pancréatique jéjunale et gastrique de type II d'Heinrich).

Mots-clés : PANCRÉAS ABERRANT; HISTOLOGIE; ESTOMAC; JÉJUNUM

SUMMARY

the ectopic pancreas (or aberrant or pancreatic heterotopia) is defined by the presence of pancreatic tissue in an abnormal situation, with no anatomical relationship to the main gland. We report two cases of aberrant pancreas located in the stomach and jejunum. The jejunal location was responsible for intestinal intussusception in a 13-month-old infant. The gastric location was manifested by an ulcer syndrome. These

two cases of aberrant pancreas were treated by surgical resection. Histological examination of the tissue elevations revealed pancreatic tissue at the level of the jejunal and gastric wall (Heinrich type II jejunal and gastric pancreatic ectopy).

KEYWORDS: ABERRANT PANCREAS; HISTOLOGY; STOMACH; JEJUNUM

-
- 1- Université Felix Houphouët Boigny (UFHB), CHU de Cocody
 - 2- Université Alassane Ouattara (UAO), CHU de Bouaké
 - 3- Université Felix Houphouët Boigny (UFHB), CHU de Treichville

Auteur correspondant : EHUI Assémien Yannick
(+ 225) 07 47 97 27 68/ eh8yannick@gmail.com

INTRODUCTION

Le pancréas ectopique (ou aberrant ou hétérotopie pancréatique) se définit par la présence de tissu pancréatique en situation anormale, sans rapport anatomique avec la glande principale^[1,2]. Son incidence est difficile à définir, mais elle est estimée entre 0,5% et 14%^[2,3]. Si elle est le plus souvent asymptomatique, et de découverte fortuite, des complications rares peuvent être obser-

vées telle que les saignements, une invagination, un iléus^[4,5]. Nous rapportons deux cas de pancréas aberrants localisés à l'estomac et au jéjunum. La localisation jéjunale était responsable d'une invagination intestinale chez un nourrisson de 13 mois. La localisation gastrique s'était manifestée par un syndrome ulcéreux chez un adulte.

OBSERVATION 1

Un nourrisson de sexe masculin âgé de 13 mois, sans antécédent particulier, a été admis aux urgences pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait de multiples niveaux hydro-aériques centraux plus larges que hautes (de type grêlique) avec présence de valvules conniventes visibles. L'échographie abdominale et le scanner n'étaient pas disponibles en urgence. Une laparotomie exploratrice en urgence a permis de mettre en évidence une invagination iléo-iléale à l'origine de l'occlusion. La réduction manuelle douce avait permis de visualiser une masse molasse sous muqueuse, mesurant 1,5cm de diamètre. Elle était située sur le bord anté-mésentérique, à 25cm de la jonction iléo-caecale. Une résection segmen-

taire chirurgicale a été réalisée suivie d'une anastomose termino-terminale. L'examen minutieux de la cavité abdominale ne trouvait pas d'autres lésions. Les suites opératoires étaient simples. La pièce opératoire, a été acheminée au laboratoire d'Anatomie Pathologique du CHU de Cocody. A l'examen macroscopique, la pièce pesait 120g et mesurait 16x5x2cm. A l'ouverture, on notait une masse bien limitée d'aspect nodulaire sous muqueuse mesurant 1,5cm de grand diamètre. L'examen microscopique a objectivé un tissu pancréatique de localisation sous-muqueuse de type exocrine avec des acini et canaux pancréatiques sans ilots de Langerhans concluant en une ectopie pancréatique jéjunale de type II d'Heinrich.

OBSERVATION 2

Un patient de sexe masculin âgé de 45 ans, ulcéreux connu sous un inhibiteur de la pompe à proton (IPP), non alcoolotabagique qui a consulté pour des épigastalgies à répétition. La fibroscopie œsogastroduodénale réalisée a mis en évidence une gastropathie antrale érythémateuse. Les prélèvements biopsiques réalisés et acheminés au service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU de Cocody pour faire une analyse histopathologique. L'examen microscopique a

conclu à une hétérotopie pancréatique de localisation gastrique associée à une pangastrite chronique active avec *Helicobacter pylori* sans métaplasie intestinale non associé à une pangastrite folliculaire comme illustrer par la figure 1. Le tissu pancréatique était de siège sous-muqueux, de type exocrine avec des acini et canaux pancréatiques sans ilots de Langerhans concluant en une ectopie pancréatique jéjunale de type II d'Heinrich comme illustrer par la figure 2.

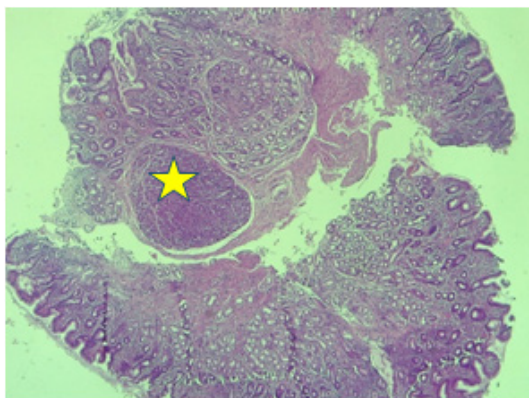


Figure 1 : tissu pancréatique sous forme de nodule bien limité (étoile jaune) situé dans le chorion au contact de glandes antrales de l'estomac et de la musculaire muqueuse (Hématoxyline éosine, x 40)

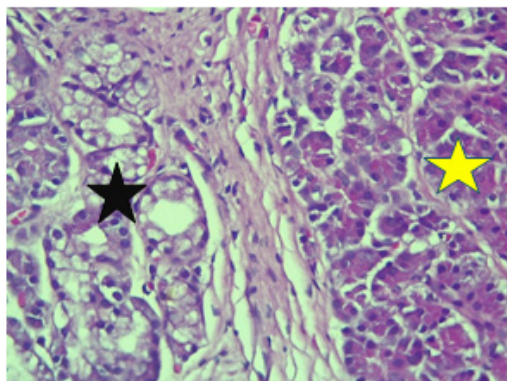


Figure 2 : tissu pancréatique de type exocrine avec acini sans îlot de Langerhans (étoile jaune) situé dans le chorion au contact de glandes antrales de l'estomac (étoile noire) (Hématoxyline éosine, x 400).

DISCUSSION

L'hétérotopie pancréatique est une anomalie rare caractérisée par l'existence de tissu pancréatique en position aberrante, sans relation vasculaire ou canalaire avec le pancréas normal le plus souvent de découverte fortuite lors d'une intervention chirurgicale ou d'une autopsie^[1,6]. Le siège des pancréas ectopiques est variable^[5]. Les localisations habituelles sont représentées par le duodénum (30-35% des cas), l'estomac (30%) et le jéjunum (15%)^[3]. D'autres sites ont été décrits mais sont exceptionnels (vésicule biliaire, hile splénique, voie biliaire principale, œsophage, rate, mésentère, épiploon, diverticule de Meckel)^[3]. Embryologiquement, le pancréas naît de deux évaginations de l'épithélium entoblastique : les bourgeons pancréatiques ventral et dorsal. Le bourgeon ventral est double, un droit et un gauche. Le bourgeon ventral gauche s'atrophie rapidement et disparaît. La migration dorsale du bourgeon ventral restant, et sa fusion avec le bourgeon dorsal donne le pancréas définitif. La persistance de l'ébauche gauche expliquerait certains pancréas aberrants. Deux autres théories sont évoquées : celle de la fragmentation de la glande pancréatique principale et celle de la pluripotentialité évolutive des cellules épithéliales de la paroi du tube digestif, capables de se différencier en tissu pancréatique ectopique^[5]. Le pan-

créas aberrant peut-être complet associant tissu exocrine (canaire et acineux) et endocrine, ou ne contenir que l'un de ces éléments^[3]. Il est la plupart du temps situé dans la sous muqueuse, plus rarement dans la musculuse^[3]. Cette affection est vue chez des sujets jeunes de sexe masculin dans 50 à 75% des cas^[5]. Sa découverte est le plus souvent fortuite au cours d'une laparotomie mais elle peut être orientée par certains symptômes en rapport avec une sténose d'organe creux (dysphagie, nausées, vomissements, occlusion intestinale, ictère rétionnel), un saignement (hématémèse, méléna), et une douleur^[1,7]. Les explorations (TDM, IRM, echoendoscopie, endoscopie digestive) permettant un diagnostic de cette affection sont variées^[5]. Le diagnostic préopératoire est difficile malgré les progrès de la radio-imagerie ou des techniques endoscopiques^[4]. Seul l'examen histologique de la pièce d'exérèse chirurgicale ou biopsiques permettent de mettre en évidence le tissu pancréatique ectopique^[4]. L'aspect macroscopique du pancréas aberrant varie selon qu'il revêt le type sous-séreux, sous muqueux ou le type diffus^[6]. Le pancréas aberrant sous séreux est volontiers nodulaire. Le pancréas sous-muqueux siège parfois au fond d'un diverticule, apparaît comme une tumeur sans caractère bien particulier si ce

n'est la présence fréquente en son centre, d'un cratère de quelques millimètres de diamètre qui correspondrait pour certains auteurs au canal excréteur, donnant ainsi un aspect en volcan. La forme diffuse où le tissu pancréatique infiltre toutes les tuniques de l'organe concerné^[6]. Concernant l'aspect microscopique, le nodule hétérotopique peut renfermer tous les éléments du pancréas

normal (acini, îlots de Langerhans, canaux pancréatiques). Des îlots de Langerhans sont retrouvés dans 33 à 68% des cas et on distingue classiquement à côté des formes normales, des formes exocrines pures, endocrines pures et même canalaire pures à l'origine de la classification de Heinrich et celle de Gaspard-Fuentes détaillée dans le tableau I^[6,7].

Tableau 1 : Classification anatomopathologique des ectopies pancréatiques^[6].

Description anatomopathologique	Classification d'Heinrich	Classification de Gaspar-Fuentes
Acini Eléments ductaux Îlots de Langerhans	Type I	Type I
Acini Eléments ductaux Pas d'Îlots de Langerhans	Type II	-
Pas d'acini Eléments ductaux Pas d'îlots de Langerhans	Type III	Type II
Acini Pas d'éléments ductaux Pas d'îlots de Langerhans	-	Type III
Pas d'acini Pas d'éléments ductaux Îlots de Langerhans	-	Type IV

Les attitudes thérapeutiques sont variables : Hlavaty préconise l'abstention en l'absence de complications^[8]. En effet, les pancréas aberrants peuvent être découverts lors de complications ou évoluer vers elles: hémorragies, sténoses, cholécystite aiguë ou chronique, invagination intestinale,

dystrophie kystique, pancréatite aiguë ou chronique, dégénérescence maligne [5]. La chirurgie doit permettre de réséquer tout le pancréas ectopique. Ainsi les localisations sur le bas-cholédoque et l'ampoule de Vater peuvent justifier une duodénopancréatectomie céphalique^[1,7].

CONCLUSION

Le pancréas aberrant est une anomalie non exceptionnelle, de découverte habituellement fortuite, mais pouvant évoluer vers toutes les pathologies pancréatiques. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale ou biopsiques permettent de mettre en évidence le tissu pancréatique ectopique. L'attitude thérapeutique habituellement recommandée l'abstention ou la

résection chirurgicale complète souvent possible au prix d'un sacrifice viscéral minime en raison de la petite taille des lésions, avec des suites opératoires souvent simples. Toutefois, certaines localisations (duodénales et biliaires), plus souvent symptomatiques, peuvent nécessiter une duodénopancréatectomie céphalique.

Déclarations Contribution des auteurs

EAY, TI et KI ont réalisé la revue de la littérature et la rédaction du manuscrit. EAY, TI, KBS, KBFA ont assuré l'interprétation des résultats macroscopiques, microscopiques et immunohistochimiques. TB, AAD et DB ont supervisé la rédaction du manuscrit, la validation des résultats, la relecture et vali-

dation du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Des intérêts concurrents « Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts concurrents »

Financement « Les auteurs déclarent qu'ils n'ont bénéficié d'aucun financement »

REFERENCES

- 1-Odze RD, Goldblum JR. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract, and pancreas. 2015. 3rd edition, Elsevier Saunders, 584-586
- 2-Faten L. Pancréas ectopique de localisation hépatique. Pan African Medical Journal. 2020;36(250). 10.11604/pamj.2020.36.250.21309. Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/36/250/full>
- 3-Husain AN, Stocker JT, Dehner LP. Pediatric pathology 2016, 4th edition, Wolters Kluwer, 764-766
- 4-Traore ZCA, Abouna AD, Coulibaly ZI, Kouyaté M, Kpangni AJB, Aman NA. Pancreas ectopique jejunal. A propos d'un cas rare chez un nourrisson. Afr. Biomed. 2020; 25(2)
- 5-Maisonnette F, Abita T, Lachachi F, Pichon N, Durand-Fontanier S, Vallex D. Les pancréas aberrants : à propos de cinq cas. Annales de chirurgie : 129 (2004) 241-243.
- 6-Rahmoune MA. Pancréas aberrant du jéjunum révélé par une hémorragie grave. Thèse N°60. (2009) ; Université Mohammed V, faculté de médecine et de pharmacie-rabat. Page ; 17-28
- 7-Greenson JK, Lauwers GY, Montgomery EA, Owens SR, Polyorides AD. Diagnostic pathology gastrointestinal, 3rd edition; Elsevier; 226-227
- 8-Hlavaty T, Lucak L, Vyskocil M, Galbavy æ. Heterotopic pancreas in the gastric antrum with macroscopic appearance of gastric polyp. Bratisl Lek Listy 2002;103: 117-20