

Abstracts Chirurgie

Commission des posters de chirurgie

Présidents commission posters chirurgie : JARRAYA H, MAGHREBI H

	Dates et heures	Posters	Membre du jury
Session 1	27/04/2017 10 h30 – 11h00	1 > 60	DOUGAZ W ZAAFOURI H TALBI G BELHADJ A ZNAIDI H
Session 2	27/04/2017 16h – 16h30	61 >120	REBII S TRIKI W ATTAOUI A SASSI S HADDAD A
Session 3	28/04/2017 10 h30 – 11h00	121> 180	FERIANI N HARBI H HLEL A CHERIF AH TOUMI O
Session 4	28/04/2017 16h – 16h30	181>250	MEJRI A KARDOUN N CHAIDER A GHALI A NACEF K

- Les présentations seront faites lors des séances : Posters électroniques
- La présentation de l'e-poster ne devra pas dépasser 3 minutes.
- Les présentations seront assurées par le premier ou le deuxième auteur de la liste qui doit obligatoirement porter un badge à son nom.

P1. Intérêt de l'imagerie dans le diagnostic des douleurs de la fosse iliaque droite : à propos de 438 patients

Nawar M, Khalfallah M, Oueslati A, Dougaz W, Jerraya H, Nouira R, Bouasker I, Dziri C
Service de Chirurgie B, Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction : La douleur de la fosse iliaque droite est un motif fréquent de consultation aux urgences. Le diagnostic d'appendicite aiguë est souvent retenu par excès sur des données clinico-biologiques. A cet effet, l'échographie abdominale et la tomodensitométrie abdominale peuvent confirmer le diagnostic d'appendicite aiguë. Cependant, l'échographie et la tomodensitométrie abdominales peuvent infirmer le diagnostic d'appendicite aiguë et éviter ainsi une appendicectomie inutile. Le but de notre travail était de préciser l'intérêt de la réalisation de l'échographie abdominale et/ou de la tomodensitométrie abdominale dans le diagnostic des douleurs de la fosse iliaque droite.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective ayant colligé tous les patients consécutifs ayant été admis pour des douleurs de la fosse iliaque droite au service de chirurgie B de l'hôpital Charles Nicolle entre le 01/01/2014 et le 31/12/2015. Nous avons réalisé une analyse descriptive analytique.

Résultats : Nous avons colligé 189 hommes et 249 femmes soit un sex-ratio égal à 0,76. L'âge moyen était de 31±14,9 ans [extrêmes : 14-87 ans]. Les douleurs de la fosse iliaque droite évoluaient depuis une médiane de 2 jours [extrêmes : 0-30 jours]. L'échographie abdominale a été réalisée dans 242 cas (55,3%) : elle a conclu à une appendicite dans 113 cas (46,7%) et l'appendice n'a pas été vu dans 77 cas (31,8%). La tomodensitométrie abdominale a été faite dans 123 cas (28%) : elle a conclu à une appendicite dans 83 cas (67,4%), une pathologie de la dernière anse dans 14 cas, une pathologie urinaire dans cinq cas et une pathologie de l'ovaire droit dans six cas. La tomodensitométrie abdominale était normale dans 16 cas (13%).

Conclusion : L'échographie abdominale peut aider au diagnostic positif dans les douleurs de la fosse iliaque droite dans la mesure où elle a permis de conclure à une appendicite aiguë dans 46,7% dans notre série. Cependant, la tomodensitométrie est un examen plus sensible et plus spécifique notamment dans la pathologie appendiculaire, et peut redresser le diagnostic en cas de pathologie de la dernière anse iléale, urinaire ou ovarienne droites voire être normale et éviter ainsi une appendicectomie inutile

P2. Cause rare d'une occlusion intestinale aiguë : la hernie interne trans-épiploïque

Hadrache Z, Kardoun N, Kchaou Ah, Sahnoun M, Affes N, Mzali R
Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

Les Hernies internes sont la protrusion d'un segment mobile du tube digestif à travers un orifice intra péritonéal et restent à l'intérieur de la cavité abdominale. Elles présentent moins de 1 % des causes d'occlusion intestinale aiguë d'origine mécanique. Les hernies trans-ommentales sont exceptionnelles. Nous rapportons dans cette observation le cas d'une Hernie trans-omentale révélée par une occlusion intestinale aiguë.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 76 ans sans antécédents pathologiques notables admis pour occlusion intestinale aiguë sans signes de gravité. La TDM abdominale a objectivé une distension des anses jéjunales et iléales en amont d'un niveau transitionnel en para-duodéal gauche. L'exploration opératoire faite en urgence a trouvé des anses grêles incarcérées dans une fente épiploïque et de bonne vitalité. La hernie a été réduite et l'orifice trans-épiploïque a été effondré. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusions :

Il faut toujours penser aux hernies internes devant toute occlusion intestinale sur un abdomen vierge et sans cause évidente. Le pronostic dépend de la rapidité de prise en charge comme pour toute hernie étranglée. La chirurgie est le traitement de choix permettant la résolution de l'occlusion intestinale aiguë et le traitement de l'orifice herniaire pour éviter les récurrences.

P3. Tumeur stromale mésentérique primitive : À propos d'une observation

Turki A, Toumi N*, Harbi H, Kardoun N, Kchaou A, Siala R, Abida H**, Ghairi K**, Zouch I**, Trigui A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben Ameer H, Hentati N, Frikha MF, Ben Amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service de radiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**Service d'anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tractus digestif. Elles peuvent très rarement se présenter au niveau mésentérique ou péritonéal avec histogénèse encore mal élucidée. Ce sont des tumeurs stromales extradiigestives (EGIST), qui sont

considérées primitives s'il n'existe aucun point d'attache avec le tube digestif. Nous rapportons une observation d'une EGIT et nous discutons les aspects cliniques et les stratégies thérapeutiques.

Observation

Patient âgé de 61 ans, hospitalisé pour prise en charge d'une occlusion intestinale aiguë évoluant depuis 24 heures. L'examen clinique et l'ASP debout ont montré qu'il s'agit d'une occlusion intestinale aiguë grêlique sans signes de gravité. La TDM abdominale a montré une volumineuse masse kystique de 22 cm qui dépend du mésentère et exerçant un effet de masse responsable d'une distension grêlique. L'exploration chirurgicale a trouvé une masse mésentérique de 22 cm de grand axe à double composante tissulaire et kystique. Elle était tordue avec un tour de spire d'une anse iléale à 1,40 m de l'angle duodéno-jéjunal sans l'envahir. L'exérèse de la masse en mono bloc avec l'anse iléale adjacente a été faite associée à une anastomose mécanique grêlo-grêlique immédiate. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'une tumeur stromale mésentérique avec un haut risque de malignité, sans signe d'infiltration digestive. Le patient a été mis par la suite sous Imatinib à vie.

Discussion

Les EGIST ont une incidence très faible et elles constituent moins de 5% de l'ensemble des tumeurs stromales toutes localisations confondues. La tumeur est dite primitive quand elle se développe à partir des tissus mous intra-abdominaux (mésentère, du grand épiploon ou du rétropéritoine) sans aucune connexion avec la paroi du tractus gastro-intestinal. Cliniquement ces tumeurs peuvent rester longtemps asymptomatiques du fait de leur localisation profonde et le développement extraluminal. Le diagnostic préopératoire des EGIST peut être fait grâce à l'imagerie médicale (TDM ou IRM). En revanche, l'origine exacte de la prolifération tumorale n'est pas toujours aisément déterminé par l'imagerie. Le meilleur traitement des tumeurs stromales localisées est l'exérèse chirurgicale complète R0 avec des marges saines. Devant le risque important de récurrence après exérèse même complète de la tumeur, la nécessité d'un traitement adjuvant par imatinib est prouvée selon des études (risque intermédiaire ou élevé de récurrence).

Conclusion

Les EGIST sont des tumeurs mésoenchymateuses très rares de même profil morphologique et phénotypique que celui des GIST. Elles se manifestent souvent par un tableau atypique. Le traitement de choix reste la résection chirurgicale complète. Leur pronostic et leurs modalités thérapeutiques suivent en général les recommandations appliquées dans la prise en charge des GIST. Donc, on estime bien élargir les études concernant cette pathologie particulière.

P4. Place de la coelioscopie diagnostique dans la prise en charge de la douleur de la fosse iliaque droite

Krichene J, Harbi H, Kardoun N, Hadrich Z, Kchaou A, Tlili A, Abida H*, Ghraïri K*, Zouche I*, Trigui A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben ameur H, Hentati N, Frikha F, Ben Amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service d'anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction : La douleur de la FID est le motif de consultation le plus fréquent en chirurgie digestive. Malgré le recours aux moyens d'imagerie de plus en plus fiables, l'absence de diagnostic dans certains cas impose l'utilisation de la laparoscopie exploratrice et éventuellement thérapeutique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein du service de chirurgie générale Habib Bourguiba de Sfax sur 6 ans incluant 27 malades hospitalisés pour douleur de la fosse iliaque droite et dont les explorations biologiques et radiologiques n'ont pas permis d'avoir un diagnostic qui explique cette douleur.

Résultats : Notre série comporte 21 femmes et 5 hommes avec un âge moyen de 26,3 ans (extrêmes allant de 15 à 73 ans). Le bilan biologique : NFS +/- CRP a été réalisé chez tous les patients. L'échographie abdominale, le scanner abdominal et la coloscopie totale ont été réalisés chez respectivement 18, 16 et 1 patients. Le diagnostic retenu lors de la coelioscopie était une appendicite aiguë (12 cas), un kyste para tubaire droit (1 cas), un kyste hémorragique (1 cas), une ovulation hémorragique (3 cas), une péri-hépatite (1 cas), un kyste de l'ovaire (1 cas), une adénopathie mésentérique (1 cas) et une torsion de l'ovaire (1 cas). Les 6 autres malades avaient un appendice d'aspect macroscopique sain et il n'y avait pas de cause qui explique la douleur.

Conclusion :

La laparoscopie exploratrice s'impose en dernier recours en l'absence de diagnostic évident en préopératoire à fortiori en cas de persistance de la douleur.

P5. Dilatation kystique des voies biliaires de type IVa

Rakia S, Harbi H, Kardoun N, Kchaou A, Tlili A, Abida H*, Ghraïri K*, Zouche I*, Trigui A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben ameur H, Hentati N, Frikha F, Ben Amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service d'anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

La dilatation kystique des voies biliaires pose le problème de prise en charge thérapeutique puisqu'il faut s'acharner à trouver une anomalie de la jonction bilio-pancréatique et il faut réséquer les voies biliaires anormales pour éviter la dégénérescence. Or pour le type Iva, la résection est problématique puisqu'il y a une dilatation du cholédoque et des voies biliaires intra-hépatiques droites et gauches.

Résultats :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans ayant présenté une pancréatite aigüe stade B dont les explorations étiologiques ont révélé une dilatation kystique des voies biliaires de type Iva avec une anomalie de la jonction bilio-pancréatique avec un doute sur une dégénérescence au niveau de la jonction cystique-cholédoque. On a réalisé une résection des voies biliaires extra-hépatiques avec une anastomose hépatico-jéjunale sur les 2 canaux hépatiques droit et gauche. Après un an on a constaté une régression de la dilatation des VBIH. Ci-joint une vidéo sur l'intervention chirurgicale par laparotomie.

Conclusion :

Plusieurs petites séries dans la littérature ont montré que les dilatations kystiques des voies biliaires de type Iva s'avèrent généralement de type I avec régression post-opératoire de la dilatation des VBIH.

P6. Traitement chirurgical du pneumothorax

Marzouki M, Boudaya MS, Ben Safta Y, Ben Ismail I, Saadi C, Daldoul S, Sayari S, Ben Moussa M

Service de chirurgie générale A21, Hôpital Charles Nicolle de Tunis

Introduction :

Le pneumothorax est une pathologie fréquente. Son traitement est le drainage de la cavité pleurale. La pleurodèse chirurgicale devient nécessaire si le pneumothorax est récidivant, survient des deux côtés ou sur un poumon pathologique ou si son drainage se prolonge.

Le chirurgien dispose de plusieurs voies d'abord et de multiples alternatives thérapeutiques pour le traitement de cette pathologie.

Le but de ce travail est d'évaluer les résultats de notre série.

Matériel et méthodes :

Du 25 août 2015 au 31 décembre 2016, 70 patients ont été opérés pour pneumothorax au service de chirurgie générale A de l'hôpital Charles Nicolle. Il s'agissait de 67 hommes et de 3 femmes dont la médiane d'âge était de 43,8 ans avec des extrêmes allant de 16 à 78 ans. La chirurgie a été indiquée dans : 15 cas pour pneumothorax récidivant, 12 cas pour pneumothorax à bascule ou bilatéral, 26 cas pour pneumothorax persistant, 14 pour pneumothorax secondaire et 3 pour hémopneumothorax.

Résultats :

La vidéo-thoracoscopie a été la voie d'abord dans 1 cas, dans 69 cas une minithoracotomie vidéo-assistée a été pratiquée.

Le geste chirurgical a consisté en un avivement pleural associé à une bullectomie chez tous les patients. Dans 11 cas, une résection apicale a été effectuée et dans un autre cas une résection d'une partie du lobe inférieur gauche a été pratiquée.

Un seul décès est survenu en périopératoire. La durée de drainage moyenne a été de 3,1 jours. Dans 1 cas, les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'un pneumothorax secondaire.

Conclusion :

Les voies mini-invasives représentent les voies d'abord de choix pour le traitement du pneumothorax. Les résultats de notre série montrent l'efficacité de l'avivement pleural par l'association de l'abrasion à la compresse et l'instillation d'une solution de polyvidone iodée. En cas de bulles emphysémateuses, l'utilisation des sutures automatiques est la meilleure alternative.

P7. L'abcès du psoas : Etiologie, diagnostic et traitement

Mokadem S, Zaafouri H, Haddad D, Zeghib S, Bouhafa A, Ben Maamer A

Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction

L'abcès du psoas est une entité rare, ses étiologies variées et sa présentation clinique non spécifique sont la cause de retard diagnostique, d'hospitalisation prolongée et de morbidité élevée.

La stratégie de prise en charge n'est pas codifiée et une meilleure connaissance des options thérapeutiques est nécessaire.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 10 patients pris en charge au service de chirurgie générale de l'hôpital Habib Thameur et diagnostiqués ayant un abcès du psoas entre janvier 2006 et décembre 2016.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 44,3 ans. La majorité des patients (90%) avaient une douleur de la fosse iliaque homolatérale à l'abcès, 60% avaient un psoïtis et la fièvre était présente chez tous les patients. Dans 100% des cas le diagnostic positif était retenu grâce à la TDM abdominale. Chez 40% des patients, l'abcès du psoas était secondaire à la maladie de Crohn et chez 30% des patients l'abcès compliquait une appendicite. La taille moyenne de l'abcès était de 8cm. L'abcès était localisé du côté droit chez 9 patients parmi 10. Une antibiothérapie à large spectre était prescrite chez tous les patients. Une antibiothérapie seule a été tentée chez 4 patients dont un seul a nécessité un drainage chirurgical ultérieur. Trois patients ont bénéficié d'un drainage scannoguidé mais ont nécessité une reprise chirurgicale ultérieure. Un traitement chirurgical d'emblée était préconisé chez 3 patients parmi 10.

Conclusion

La tomodensitométrie abdominale est l'examen de choix pour les abcès du psoas. Le drainage scannoguidé est une option thérapeutique intéressante mais n'est pas toujours possible. Le traitement chirurgical est le 'gold standard'. L'antibiothérapie est toujours indiquée et devrait être adaptée aux prélèvements bactériologiques effectués.

P8. L'abcès primitif du psoas : rare mais non exceptionnel

Atef M, Moez R, Med Firas A, Habib E

Service de chirurgie viscérale et digestive, Hôpital Jendouba.

Introduction :

L'abcès du psoas est une infection rétro péritonéale rare ; 12 cas pour 100000/an. Il peut être primitif ou secondaire à l'extension d'une infection locorégionale. Le diagnostic clinique des abcès du psoas est difficile en raison de la présentation clinique insidieuse, d'une symptomatologie pauvre et peu spécifique. Le traitement a surtout bénéficié du drainage scannoguidé.

Observation :

Une patiente âgée de 85 ans, hypertendue, diabétique, cirrhotique, au stade d'insuffisance rénale terminale a consulté un MLP pour lombalgie droite. A la biologie GB 16000 elt/mm³, CRP 160. Elle a eu un scanner thoraco abdomino pelvien : un abcès du muscle psoas à droite faisant 5 cm de grand axe. Elle a été hospitalisée, mise sous antibiothérapie à large spectre. La patiente a été opérée après 24 h et a été abordée par voie médiane. A j4 post opératoire elle décède d'un sepsis sévère.

Discussion :

L'abcès du muscle psoas reste une affection peu fréquente : 5 à 10 % des suppurations abdominales. La symptomatologie est polymorphe et aspécifique. Elle est dominée par une fièvre, douleurs abdominales et/ou lombaires et un psoïtis. La TDM représente l'examen clé du diagnostic avec une spécificité de 95 %. L'antibiothérapie trouve toujours sa place dans la prise en charge, le drainage de l'abcès, quand il est indiqué, a bénéficié de l'apport de l'imagerie. Quand un drainage chirurgical est indiqué, l'abcès sera abordé par mini lombotomie. Les indications du drainage chirurgical sont très limitées à savoir ; les abcès de taille importante et l'échec du drainage percutané. L'évolution dépend surtout du terrain du patient.

Conclusion :

L'abcès du psoas est une pathologie rare caractérisée par des signes cliniques polymorphes et peu spécifiques. L'apport de l'imagerie est fondamental pour le diagnostic positif et le traitement.

P9. Abcès splénique secondaire à une endocardite infectieuse : a propos d'un cas

Messaoudi I, Arem S, Gouider A, Ben Belgacem D, Bilel F, Sindi S, Abdelkefi S, Ben Salah K, Selmi M, Morjane A

Service de chirurgie générale et digestive, Unité les Aghlabides, Hôpital Ibn Jazzar de Kairouan.

Introduction :

L'abcès splénique est une affection rare avec une mortalité élevée. Il survient plus fréquemment chez des patients immunodéprimés. Il est dans 75 % des cas secondaire à une dissémination hémotogène (septicémies, endocardites, ...)

Observation :

Patient âgé de 72 ans diabétique coronarien admis en urgence pour sepsis grave

A l'examen ; fébrile à 39 tachycarde à 120 batt /min, polypnéique avec une saturation à 88%

Présence d'une douleur à la palpation de l'hypochondre gauche, GB à 18000 et CRP à 88.

Une TDM abdominale faite a montré un épanchement pleural droit avec un énorme abcès splénique de 12 * 8 cm. Devant ces deux localisations septiques on a fait une échographie cardiaque qui a montré une endocardite infectieuse. Le patient a été opéré en urgence par voie médiane ; un gros abcès splénique ; on a fait une splénectomie laborieuse avec toilette péritonéale puis une thoracotomie droite au 5^{ème} espace intercostal avec drainage de la collection purulente par un drain de gros calibre.

Les suites opératoires étaient marquées par l'instabilité de l'état hémodynamique et respiratoire du patient qui est décédé à 7 post opératoire.

Conclusion :

L'abcès splénique est une pathologie rare mais de très mauvais pronostic. Le scanner a un très grand intérêt diagnostique et thérapeutique en permettant un drainage percutané. La splénectomie doit être discutée en cas d'impossibilité de drainage scannoguidé.

P10. Une stérilisation complète d'un adénocarcinome du bas rectum après radiochimiothérapie néo adjuvante : à propos d'un cas et une revue de la littérature

Ayed M, Ammar H, Kellil T, Mnajja B, Toumi O, Korbi I, Nasr M, Noomen F, Zouari K

Service de chirurgie générale et digestive. Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

La prise en charge des adénocarcinomes du bas rectum repose sur une radiochimiothérapie (RCT) néo adjuvante suivie d'une chirurgie consistant à une amputation abdomino-périnéale avec une exérèse totale du méso rectum.

Lors de ces dernières années, la RCT néo-adjuvante a bouleversé cet arsenal thérapeutique en prouvant son efficacité à obtenir seule une réponse histologique complète.

Observation:

Nous rapportons le cas de Monsieur H.D agé de 60 ans diabétique, hypertendu, qui a été admis dans le service de chirurgie générale du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir pour la prise en charge d'un syndrome rectal évoluant depuis 6 mois. Le toucher rectal a objectivé une masse tumorale dure saignante au contact, située à 2cm de la marge anale. La coloscopie a montré un processus tumoral ulcéro-bourgeonnant non sténosant du bas rectum, sans autres lésions synchrones sur le reste du colon exploré. Les biopsies pratiquées ont révélées la présence d'un adénocarcinome bien différencié et infiltrant du bas rectum.

Le bilan d'extension clinique et radiologique était négatif. Les marqueurs tumoraux ACE étaient positifs à 2.76.

Le malade a été candidat à une RCT préopératoire pendant 5 semaines. Un contrôle par une IRM pelvienne a objectivé des importants remaniements inflammatoires post thérapeutique des sphincters et de la muqueuse rectale basse sans lésion tissulaire résiduelle avec une disparition du signal tumoral. Cependant le patient a subi une amputation abdominopérinéale par crainte de persistance de cellules malignes dans le lit tumoral. L'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse a montré un aspect de stérilisation tumorale complète. Le suivi post opératoire était régulier et caractérisé par l'absence de survenue de métastases.

Conclusion :

La stérilisation complète des tumeurs du bas rectum est toujours associée à un meilleur pronostic et doit être l'objectif et le critère de jugement principal de l'efficacité du traitement néo adjuvant. Cependant, les facteurs de bonne réponse à la RCT néo adjuvante restent encore indéterminés et ouvrent la porte à la recherche clinique.

P11. Volvulus du coecum sur un mésentère commun complet chez un adolescent: à propos d'un cas et revue de la littérature

Ayed M, Ammar H, Korbi I, Mnajja B, Toumi O, Nasr M, Noomen F, Zouari K

Service de chirurgie générale et digestive. Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Le volvulus du coecum sur un mésentère commun représente une des étiologies les plus rares et graves du syndrome occlusif chez l'adolescent.

Les pièges diagnostiques et les difficultés de choix de la technique opératoire ne doivent en aucun cas retarder l'intervention chirurgicale, seule garante d'un pronostic favorable quelque soit le terrain.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un adolescent de 16 ans, sans antécédents pathologiques connus, admis dans le service de chirurgie générale du CHU Fattouma Bourguiba Monastir pour une douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis plus de 24 heures d'intensité rapidement progressive. Cette douleur ayant débutée en péri ombilicale puis s'est localisée secondairement au niveau de la fosse iliaque droite, associées à deux épisodes de vomissements alimentaires, le tout évoluant dans un contexte fébrile. L'examen clinique à l'admission a noté un patient très algique, fébrile à 38°C, avec un état général, hémodynamique et respiratoire conservés. Par ailleurs, l'examen abdominal a objectivé une défense au niveau de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose à 13700/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles et CRP à 12,17 mg). Le toucher rectal montrait une ampoule rectale vide. L'échographie abdominale n'était pas concluante du fait

de la présence d'importants gaz digestifs gênant l'examen d'où la réalisation d'un scanner abdominal qui a confirmé le diagnostic.

L'indication opératoire par voie médiane a été retenue en urgence. A l'exploration on trouvait un coecum très distendu et volvulé à deux tours de spires. Une résection iléo-caecale avec une anastomose iléo colique termino-latérale a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Le volvulus du coecum sur un mésentère commun est une pathologie rare et redoutable chez l'adolescent. Le retard diagnostique et la non spécificité de la symptomatologie impose à tout praticien la connaissance de ces malrotations intestinales afin d'améliorer le pronostic de cette affection.

P12. Abscès hépatique compliquant une appendicite perforée à symptomatologie atypique

Gouta EL, Bouasker I, Bouraoui I, Dougaz W, Dziri C.

Service de chirurgie générale B, Hôpital de Charles Nicolle

Introduction:

L'abcès hépatique à pyogènes est une pathologie rare (3,6%) [1] causée par des bactéries dont l'origine est principalement hépatobiliaire. La symptomatologie est généralement abdominale (38%) mais peut se limiter à des signes pulmonaires [2]. Le diagnostic repose sur l'échographie et/ou le scanner et est confirmé par la ponction transcutanée, qui permet d'isoler le germe responsable [3]. La prise en charge comporte simultanément le traitement du sepsis et la recherche de la cause comme l'appendicite.

Nous rapportons l'observation d'un patient ayant présenté une symptomatologie pulmonaire atypique d'abcès hépatique ayant compliqué une appendicite aigüe.

Observation:

Monsieur A.H, âgé de 66 ans, hypertendu, ayant présenté des douleurs thoraciques avec dyspnée, évoluant depuis deux semaines. L'examen clinique a montré une fièvre à 39°C avec une sensibilité de l'hypochondre droit. La biologie a mis en évidence une hyperleucocytose à 15230 éléments/mm³ et une CRP à 166 mg/l. La radiographie thoracique avait révélé une ascension de la coupole diaphragmatique droite, sans opacité parenchymateuse ni épanchement pleural. L'échographie abdominale avait montré une plage hétérogène, mal limitée du dôme hépatique de 28mm. La tomодensitométrie abdominale avait montré un abcès hépatique des segments VII et VIII de 30*25mm et une appendicite sous hépatique siège d'un stercolithe. On a retenu le diagnostic d'abcès hépatique secondaire à une appendicite aigüe dont la manifestation principale était la douleur thoracique avec dyspnée. Les données peropératoires avaient montré un abcès du dôme hépatique avec un appendice sous hépatique phlegmoneux, à base perforée siège d'un stercolithe. Il a eu une mise à plat de l'abcès du foie évacuant 1litre400 de pus avec une appendicectomie, une résection cunéiforme avec suture de la base caecale. Les suites post opératoires étaient simples. Le patient a été mis sortant au 5^{ème} jour post opératoire.

Conclusion:

Un abcès hépatique authentique peut se manifester par des troubles respiratoires principalement. Tout abcès hépatique doit faire rechercher une appendicite méconnue ou masquée. La tomодensitométrie abdominale est d'un apport considérable dans le diagnostic et la prise en charge de cette affection. Son pronostic dépend de la rapidité diagnostique et thérapeutique.

P13. Le diverticule de Meckel et l'adnéocarcinome endométrioïde de l'ovaire: Coïncidence ou Conséquence ?

Sghaier S, Gatria S, Ben Safta I, Slimane M, Ben Hassouna J, Rahal K

Service de chirurgie carcinologique de l'institut Salah Azaiez

Le diverticule de Meckel constitue la malformation congénitale la plus fréquente du tractus digestif. Il résulte de la régression incomplète du canal omphalomesentérique au cours du développement embryonnaire. Le diagnostic est fait rarement dans un contexte de complication à savoir: syndrome occlusif, hémorragie ou diverticulite. Il est le plus souvent asymptomatique de découverte fortuite en peropératoire.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 52 ans, suivie pour ADK endométrioïde de l'ovaire stade IIIc soumise à une CT néoadjuvante. L'exploration peropératoire trouve une énorme masse polylobée solidokystique de 20cm au dépend de l'ovaire droit envahissant le grêle sur 10 cm à 60cm de la valvule iléocaecale et envahissant en arrière la jonction rectosigmoïdienne responsable d'une dilatation colique et grêlique et juste en amont soit à 80cm de la valvule iléocaecale on note la présence d'un diverticule de Meckel sur le bord antimésentérique de l'iléon, faisant 3cm de longueur et 2cm de diamètre, uniloculé, libre

non fixé à l'ombilic, sa séreuse est macroscopiquement saine, pas de signe de diverticulite ni d'occlusion (figure). Une opération de Hudson notamment une résection en monobloc de la tumeur ovarienne, de l'utérus, de la jonction rectosigmoïdienne ainsi qu'une Douglassectomie a été réalisée. Le diverticule de Meckel a été respecté.

Conclusion: La coexistence d'un diverticule de Meckel avec un ADK endométrioïde de l'ovaire est-elle une coïncidence ou une conséquence?

P14. Les lésions bénignes de la vésicule biliaire à présentation opératoire suspecte de malignité

Dhouha B¹, Ghofrane T², Oussama B¹, Ben Slama S¹, Mzoughi Z², Bouraoui S¹, Lahmar A¹

¹ Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

² Service de chirurgie viscérale, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction : Le pathologiste est quotidiennement confronté à l'examen des pièces de cholécystectomie pour diverses lésions, largement dominées par la maladie lithiasique et ses complications inflammatoires.

La découverte fortuite d'un cancer vésiculaire est une situation fréquente et le chirurgien est amené à examiner les pièces de cholécystectomie et à demander un examen extemporané au moindre doute.

L'objectif de notre étude était de corréler les aspects macroscopiques de lésions bénignes de la vésicule biliaire, jugés suspects de malignité par les chirurgiens, aux résultats histologiques.

Matériels et méthodes :

Notre étude était rétrospective, ayant intéressé une série de 40 cas de cholécystectomies, reçues au service d'anatomie pathologique de l'hôpital Mongi Slim, pour un examen extemporané, afin d'éliminer la malignité, suspectée en per-opératoire ou en pré-opératoire à l'imagerie.

Tous les patients étaient opérés au service de chirurgie du même hôpital.

Nous avons relevé les renseignements cliniques à partir des dossiers des patients.

Résultats :

Notre série comporte 10 cas de cholécystite chronique (CC) folliculaire, dix cas de CC diverticulaire, dix cas de cholécystite aiguë hypertrophique, 7 cas d'adénomyose du fond vésiculaire et 3 cas de polypes vésiculaires.

Notre série comporte 29 femmes et 11 hommes d'âge moyen égal à 46 ans. Vingt-cinq patients présentaient des coliques hépatiques, explorées par un examen échographique qui avait montré la présence de calculs vésiculaires.

Tous les patients étaient opérés par abord coelioscopique.

L'examen extemporané été motivé par la présence d'un épaissement pariétal dans 25 cas, de lésions nodulaires dans 5 cas et pour une vérification histologiques de lésions polypoïdes, découvertes à l'imagerie dans 10 cas.

Dans tous les cas, la réponse extemporanée du pathologiste était en faveur de la bénignité.

Conclusion :

De nombreuses lésions bénignes de la vésicule biliaire peuvent avoir une présentation opératoire suspecte de malignité. Ces lésions peuvent être en accord avec l'imagerie pré-opératoire ou découverte fortuitement.

Le chirurgien ouvre souvent la vésicule biliaire pour bien visualiser les zones suspectes et les repérer par des fils pour orienter le pathologiste.

Après la réponse extemporanée, les prélèvements ultérieurs doivent intéresser les zones nodulaires et d'épaississement pariétal avec un échantillonnage plus large que le reste des vésicules biliaires, voire l'inclusion en totalité de la pièce de cholécystectomie.

P15. Actinomycose de la paroi abdominale simulant un phlegmon pyostercoral

Baccar A, Baraket O, Abbessi I, Ayed K, Triki W, Kort B, Bouchoucha S

Service de chirurgie générale. Hôpital Habib Bougatfa. Bizerte

Introduction

L'actinomycose est une infection bactérienne suppurative chronique d'évolution souvent lente. Elle est due à un bacille anaérobie à Gram positif : *Actinomyces*. Il s'agit d'un germe saprophyte endogène de la sphère oto-rhino-laryngologique et du tube digestif. Les formes cervicales et thoraciques de l'actinomycose sont les plus fréquentes. Les localisations digestives représentent 20 % des cas et peuvent simuler une affection néoplasique posant des problèmes diagnostiques et conduisant souvent à une intervention chirurgicale plus ou moins mutilante. L'actinomycose primitive de la paroi abdominale antérieure est rare. Le traitement de référence repose sur la pénicilline G. Nous rapportons l'observation d'une actinomycose suppurée de la paroi abdominale dont les caractéristiques cliniques et scannographiques ont simulé un phlegmon pyostercoral sur hernie de Spiegel.

Observation

Malade âgée de 74ans, hypertendue, suivie en cardiologie pour trouble du rythme, diabétique, appendicectomisée par voie de Mac Burney il y a 50ans, admise le 29 Août 2007 pour tuméfaction para-ombilicale gauche évoluant depuis 1 semaine dans un contexte fébrile. L'examen clinique trouve une patiente avec un état général conservé, une fièvre à 38,5°C. Présence d'une tuméfaction para-ombilicale gauche d'environ 10cm de grand axe, sensible, rénitente avec signes inflammatoires en regard. Un abdomen ballonné mais souple, dépressible. La biologie : une hyperleucocytose à 16300 dont 76 % de granulocytes. Une TDM abdominale a été pratiquée : montre que la masse palpable en para-ombilical gauche correspond à une hernie de SPIGEL à contenu digestif et épiploïque étranglée, abcédée avec une importante inflammation de la paroi abdominale. Le diagnostic de phlegmon pyostercoral a été retenu. Opérée par voie médiane à cheval sur l'ombilic. L'exploration de la cavité abdominale a été normale en dehors d'une inflammation du grand épiploon qui est induré, adhérent à la paroi abdominale sous-jacente. Une toilette abdominale ainsi qu'un prélèvement du grand épiploon ont été effectués. Après la fermeture de la laparotomie, une incision centrée sur la tuméfaction permet d'évacuer environ 1 litre de pus verdâtre d'odeur fétide, la collection infiltre les tissus sous cutanés, l'aponévrose ainsi que le muscle grand droit sans communication avec la cavité abdominale. L'examen anatomo-pathologique trouve un important remaniement inflammatoire, suppuré des tissus prélevés en rapport avec une actinomycose.

Conclusion

L'actinomycose de la paroi abdominale antérieure est une entité clinique extrêmement rare. La pathogénie exacte reste à élucider. Les cliniciens devraient se rendre compte d'une telle présentation de sorte que quand on le suspecte des cultures anaérobies appropriées puissent être prises et des tissus soigneusement prélevés examinés.

P16. Actinomycose abdominale à forme tumorale: difficulté diagnostic. Une série rétrospective de sept observations

Said MA, Farhat W, Mizouni A, Ben Hassine H, Ben Mabrouk M, Mazhoud J; Ben Ali A
Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul. Sousse

Introduction

L'actinomycose abdominale est une infection granulomateuse chronique peu fréquente, due à un bacille à Gram positif anaérobie du genre *Actinomyces*. Ce germe, habituellement saprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales, peut néanmoins être responsable d'infections digestives à type de lésions simulant une affection néoplasique.

Résultat

Notre groupe d'étude comportait 7 cas. Tous les patients présentaient lors de l'examen clinique une masse abdominale. Le diagnostic a été posé chez la totalité des patients en post opératoire, dans six cas par l'étude histologique et dans deux cas par isolement bactériologique de l'actinomyces responsable. Pour les cinq cas pris en charge par une antibiothérapie adaptée et prolongée, l'évolution a été favorable.

Discussion

L'actinomycose abdominale, considérée comme étant une infection rare, est probablement sous-estimée. Elle est souvent méconnue et fréquemment confondue avec un processus néoplasique conduisant à une chirurgie d'exérèse de nécessité. Son diagnostic doit être évoqué devant toute masse abdominale avec signes d'envahissement local, associée ou non à un syndrome infectieux. Dès lors, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour confirmer le diagnostic. Devant la certitude diagnostique obtenue par examen microbiologique ou anatomopathologique, une antibiothérapie à base de pénicilline pendant six à 12 mois, selon l'étendue de l'infection, doit être initiée. La durée prolongée du traitement permet de minimiser le risque de rechute et souvent de faire disparaître complètement les lésions. Dans les formes compliquées, une prise en charge combinant chirurgie et antibiothérapie s'impose jusqu'à éradication complète de l'infection.

Conclusion

Le diagnostic d'actinomycose doit être évoqué devant toute masse abdominale invasive d'apparence néoplasique.

P17. Adénocarcinome et tumeur stromale gastrique : Association fortuite ou mécanisme oncogène commun

Bouchrika A, Belhadj A, Saidani A, Ayadi A*, Mannai S, Houissa H
Service de chirurgie générale, hôpital Mahmoud El Matri, Ariana
*Service d'anatomopathologie, hôpital Abderrahmene Mami, Ariana

Introduction

Le développement synchrone d'une tumeur mésenchymateuse et épithéliale au niveau du tube digestif est une entité rarement rapporté par la littérature. Dans ce travail nous rapportons l'association d'une tumeur stromale gastrique à un adénocarcinome gastrique.

Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 80 ans ,ASA I , exploré pour des épigastalgies évoluant depuis un mois. La fibroscopie œsogastroduodénale a objectivé deux formations ulcérées antrales biopsiées associées à une formation sous muqueuse du corps gastrique . L'examen anatomopathologique a conclu à un adénocarcinome bien différencié. Le TDM TAP n'a pas montré de localisations secondaires et a permis de visualiser la formation sous muqueuse du corps gastrique.

Le patient a eu une coelioscopie première permettant d'éliminer une carcinose péritonéale puis une gastrectomie totale associée à un curage ganglionnaire D1.5 avec une splénectomie de nécessité devant une décapsulation de la rate. L'examen anatomopathologique de la pièce a mis en évidence un adénocarcinome bien différencié de l'antrum classé pT1bN0M0 ,associé au niveau du corps à une tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) à cellules épithéloïdes (CD117-, DOG1+) classé à très faible risque de récurrence selon la classification de Miettinen .

Discussion

Les GIST sont des tumeurs mésenchymateuses qui se développent dans 60 % des cas aux dépens de l'estomac. Elles dérivent probablement des cellules de Cajal ou d'un de leurs précurseurs. Souvent isolées, les GIST peuvent rentrer dans le cadre d'associations lésionnelles bien identifiées tel que la triade de Caney ou la neurofibromatose type I.

Cependant, le développement synchrone de GIST et de tumeurs épithéliales digestives reste une entité rare. Les localisations les plus fréquemment rapportées sont colique (2.32 %) et gastro-intestinale (1.13%) . un seul cas de GIST associé à un adénocarcinome pancréatique a été rapporté .

La fréquence de ces associations dans les zones de forte incidence du cancer gastrique a poussé plusieurs auteurs à avancer l'hypothèse d'une mutation génétique ou d'un agent oncogène commun sans pouvoir vraiment les identifier.

Conclusion

L'association au niveau de l'estomac d'un GIST et d'un adénocarcinome gastrique est rare. Elle paraît fortuite cependant un mécanisme oncogène commun ne peut pas être éliminé.

P18. Particularités épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'adénocarcinome gastrique à cellules indépendantes

Ben Bader M, Zaafour H, Haddad D, Bouhafa A, Ben Maamer A

Service de chirurgie générale, Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction

L'adénocarcinome gastrique à cellules indépendantes (ADCI) est une entité de cancer gastrique particulière. Son incidence est en augmentation.

La place de l'anatomopathologiste est centrale dans l'identification de ces lésions. L'histologie correspond à un adénocarcinome avec une composante de cellules indépendantes majoritaire (> 50 %).

Les particularités anatomopathologiques de l'ADCI lui conférant une agressivité propre ont des répercussions sur le plan épidémiologique, thérapeutique et pronostique.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique ayant colligé 123 cas d'adénocarcinome gastrique de 2005 à 2015.

Résultats

Plus de la moitié des adénocarcinomes gastriques relevés au cours de la période d'étude étaient des ADCI. Une prédominance féminine était notée dans les ADCI avec un sexe-ratio de 0,63. L'âge moyen de découverte était plus jeune pour les ADCI (54,88 vs 63,51 ans). Les tumeurs de Krukenberg opérées étaient la circonstance de découverte de 5 cas d'ADCI. 14 limites plastiques ont été relevées dans le groupe ADCI contre une seule dans le groupe ADNCI. Le siège le plus fréquent était l'antrum gastrique aussi bien pour les ADCI que pour les ADNCI. 91 résections gastriques ont pu être réalisées : 46 concernaient les ADCI et 45 les ADNCI. La taille tumorale était moins importante pour les ADNCI (6,83 vs 6,39 cm). Des métastases hépatiques ont été notées dans 4 cas d'ADCI. Une carcinose péritonéale était notée dans 2 cas d'ADCI et dans un cas d'ADCI. Une résection d'un ou plusieurs organes de voisinage a été réalisée dans 4 cas d'ADCI et dans 5 cas d'ADCI. La résection était curative dans 78,26 % des ADCI contre 84,44 % des ADNCI. Le stade tumoral était précoce dans la plupart des ADNCI et avancé dans la plupart des ADCI. La survie à 5 ans était de 47,05 % contre 51,51 % en faveur des ADNCI.

Discussion

L'incidence de l'ADCI est en nette augmentation ces dernières années. Il touche le plus souvent la femme à un âge relativement jeune. Son extension se fait le plus souvent par voie péritonéale. Son pronostic est meilleur dans les stades précoces et plus réservé dans les stades avancés comparativement à l'ADCI.

Conclusion

L'ADCI est une entité particulière d'adénocarcinome gastrique dont les particularités épidémiologiques, anatomopathologiques et pronostiques doivent mener à adapter les traitements proposés afin d'en améliorer la survie.

P19. Amœbome colique simulant une tumeur caecale compliquée : à propos d'un cas

Atef M, Moez R, Med Firas A, Habib E

Service de chirurgie viscérale et digestive, Hôpital Jendouba

Introduction :

L'amibiase est une maladie universelle, endémique dans les zones tropicales. L'amœbome colique représente 1 à 2 % des formes cliniques de la maladie. Il s'agit d'une pseudo-tumeur inflammatoire rare du côlon, pouvant être la forme de révélation inaugurale d'une amibiase intestinale. La symptomatologie clinique, peu spécifique, parfois trompeuse, rend le diagnostic difficile.

Observation :

M. ZA, âgé de 56 ans, diabétique, a été admis pour des douleurs abdominales associées à des vomissements évoluant depuis deux jours. À l'interrogatoire, le patient rapportait la notion de constipation chronique, sans diarrhée ni altération de l'état général. À l'examen, le patient était apyrétique et présentait une sensibilité de l'étage sous ombilicale. Le bilan biologique était normal. La tomodensitométrie abdominopelvienne montrait un aspect hétérogène du bas-fond caecal avec épaissement et infiltration liquidienne pariétale et péri caecale. L'aspect scanographique faisait évoquer une tumeur caecale compliquée. Le patient a été opéré par voie médiane. L'aspect macroscopique était en faveur d'une origine néoplasique avec une masse tumorale aux dépens du cæcum envahissant la dernière anse iléale. Il a été réalisée une hémi colectomie droite carcinologique emportant les 20 derniers centimètres du grêle avec une anastomose iléo colique terminolatérale. Par ailleurs, il n'y avait pas de carcinose péritonéale ni de métastases hépatiques. Les suites opératoires étaient simples. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à une pseudo-tumeur inflammatoire du carrefour iléocolique d'origine amibienne.

Discussion :

L'amibiase est une maladie universelle due à un protozoaire entamoeba histolytica. À l'échelle mondiale, 500 millions de sujets sont infectés. L'amœbome colique représente 1 à 2 % des formes cliniques de la maladie : compliquant rarement une amibiase intestinale, mais pouvant être également inaugural. Il siège, par ordre de fréquence, au niveau du cæcum, de l'appendice et du sigmoïde. La symptomatologie clinique est non spécifique : douleurs abdominales, rectorragies, constipation et altération de l'état général. Le diagnostic est évoqué par la radiologie essentiellement la tomodensitométrie et la sérologie. L'aspect radiologique est celui d'une masse tumorale inflammatoire non spécifique, et peut simuler également un cancer colique. La prise en charge repose essentiellement sur la chirurgie associée à un traitement médical à base amœbocides tissulaires. Elle consiste en une exérèse carcinologique de la lésion. Le pronostic reste généralement bon.

Conclusion :

L'amœbome est une pseudo-tumeur inflammatoire rare du côlon, pouvant être la forme de révélation inaugurale d'une amibiase intestinale. La symptomatologie clinique, peu spécifique, parfois trompeuse, rend le diagnostic difficile. La hantise du cancer colique justifie l'exérèse chirurgicale.

P20. Empièrrement cholédocien résiduel sur prothèse biliaire en plastique : une étiologie rare d'angiocholite aigue lithiasique.

Chaouch MA, Khalfallah M, Dougaz W, Jerraya H, Nouira R, Bouasker I, Dziri C

Service de chirurgie générale B, Hôpital de Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

L'angiocholite aigue lithiasique est une urgence médico-chirurgicale fréquente. L'endoscopie interventionnelle permet à la fois de passer un cap aigu et peut constituer le traitement définitif [1]. Cependant, la chirurgie et notamment la dérivation bilio-digestive est indiquée en cas de non disponibilité du plateau technique adéquat voire de difficultés inhérentes à la technique elle-même.

Le but de cette observation était de rapporter une étiologie rare d'angiocholite aigue lithiasique à savoir un empièrrement cholédocien résiduel sur une prothèse biliaire en plastique mise en place neuf ans auparavant.

Observation :

Monsieur K.L, âgé de 87 ans, hypertendu a été opéré en 2006 pour une lithiase vésiculaire associée à une lithiase de la voie biliaire principale. Par voie sous-costale droite, Il a eu une cholécystectomie, une cholécotomie avec mise en place d'un drain de Kehr. Les suites opératoires immédiates étaient simples. Deux ans après l'intervention, le diagnostic de lithiase résiduelle a été posé. Le patient a eu une sphinctérotomie endoscopique avec mise en place d'une prothèse biliaire plastique en 2008. Il a été perdu de vue durant neuf ans, puis a consulté 9 ans pour une angiocholite aigue lithiasique. A l'examen, le

patient était fébrile à 38°C avec un subictère conjonctival. A la biologie, il y avait une hyperleucocytose à 13000 E/mm³, une CRP=63 mg/l avec une cholestase biologique. La tomographie abdominale a montré un empiérement cholédocien sur la prothèse biliaire. Le patient a été mis sous antibiothérapie et a été opéré par voie sous costale droite. Il a eu une extraction de la prothèse, de cinq calculs cholédociens et une anastomose cholédoco-duodénale termino-terminale. Les suites opératoires immédiates étaient simples.

Conclusion :

L'empierrement cholédocien résiduel est une étiologie rare de l'angiocholite aiguë lithiasique. Le traitement est chirurgical en cas de difficultés techniques ou de non disponibilité du plateau technique adéquat.

P21. Angiocholite aiguë par rupture intra canalaire d'un CHC sur foie sain : Mode de révélation exceptionnel d'une tumeur hépatique

Sami Daldoul, Aymen Mabrouk, Anis Ben Dhaou, Anis Kerkeni, Imen Ben Ismail, Yacine Ben Safta, Cyrine Saadi, Mounir Ben Moussa

Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

Le CHC est la tumeur hépatique la plus fréquente. Il survient le plus souvent sur un foie de cirrhose et il est fréquemment découvert dans le cadre de la surveillance de la maladie.

Le CHC est une tumeur qui infiltre le parenchyme hépatique et refoule les canaux biliaires donnant parfois l'ictère retentionnel. Il est exceptionnel que cette tumeur ne se rompe dans les voies biliaires et serait à l'origine d'une angiocholite par migration de matériel tumoral.

Observation clinique:

Patiente âgée de 48 ans qui se plaint depuis un an de douleurs de l'hypochondre droit exacerbées depuis trois jours associée à une fièvre puis d'un ictère. A l'examen, la patiente était fébrile à 39°C, ictérique. Elle avait une douleur vive à la palpation de l'hypochondre droit sans masse palpable. A la biologie, il existait une hyperleucocytose à 19300, une hyperbilirubinémie à 77µmol/l à prédominance conjuguée.

L'échographie abdominale avait mis en évidence une formation hépatique arrondie, hétérogène faisant 54x45mm et siégeant au niveau du segment VI. La voie biliaire principale était dilatée à 20mm siège d'un contenu hétérogène. Le diagnostic retenu était celui d'une angiocholite aiguë hydatique.

L'exploration per opératoire avait retrouvée une volumineuse formation tumorale intra parenchymateuse occupant les segments du foie droit. La cholangiographie trans cystique avait mis en évidence une voie biliaire principale dilatée à 20 mm avec des images lacunaires intra-luminale. La cholédocotomie avait permis d'extraire plusieurs fragments tumoraux cérébriformes occupant la totalité de la VBP. Une anastomose cholédoco-duodénale a été réalisée. Les suites étaient simples. L'examen anatomopathologique des fragments tumoraux avait conclu à un carcinome hépatocellulaire peu différencié.

Une TDM a été réalisée en post opératoire et avait mis en évidence la volumineuse tumeur hépatique laminant la veine cave inférieure et la veine sus hépatique droite associé à une thrombose des deux veines sus hépatique gauche et moyenne et de la branche portale droite.

Discussion :

Le carcinome hépatocellulaire du foie peut être à l'origine de nombreuses complications évolutives mais rarement révélatrice de la maladie. Elles sont dominées par l'hémorragie, l'ictère par compression ou plus rarement par insuffisance hépatocellulaire. C'est une tumeur invasive et infiltrante ce qui rend sa rupture dans la lumière des canaux biliaires une évolution non attendue.

Conclusion :

La rupture intra-ductulaire du CHC est une forme de révélation exceptionnelle. Le diagnostic est difficile en pré opératoire à cause de la ressemblance avec un KHF type IV dans un pays de forte endémicité.

P22. Evaluation des facteurs pronostics au cours des angiocholites aiguës lithiasiques chez les sujets âgés

Kellil Tarek, Omar Toumi, Houssein Ammar, Kallel Yessine, Wided Trimech, Amina Chaka, Ibtissem korbi, Mohamed Nasr, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale et digestive. Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

L'angiocholite aiguë lithiasique constitue l'une des pathologies biliaires les plus courantes chez la population âgée.

Le but de notre étude est de dégager les éléments du pronostic influençant la morbidité et la mortalité au cours de cette affection.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique concernant 56 observations d'angiocholites aiguës lithiasiques chez les sujets âgés de plus de 65 ans colligées dans le service de chirurgie générale et digestive

de l'EPS Fatoumata Bourguiba de Monastir durant une période de 5 ans allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2012.

Résultats :

Il s'agit de 23 hommes et 33 femmes. L'Age moyen était de 78,27 ans. 62,5% de nos patients avaient un score ASA égal à 2. Le délai moyen du diagnostic était de 8,08 jours. La triade symptomatique n'était typique que chez 20 malades. La forme tronquée était identifiée dans 19 cas, la forme latente dans un seul cas, la forme grave dans 4 cas et la forme compliquée chez 18 malades. La biologie a montré une hyperleucocytose dans 29 cas. L'échographie montrait une LVBP dans 60,71% des cas (34 patients). Le scanner était réalisé chez 24 malades pour suspicion de complications de l'angiocholite. La cholangiographie peropératoire après cholécystectomie a été réalisée de façon systématique. La choledocoscopie était réalisée chez 26 patients. Le drainage biliaire externe était réalisé par le drain de Kehr chez 29 malades. Une anastomose choledoco-duodénale latéro-latérale était réalisée chez 6 patients pour une incertitude de la vacuité de la VBP et l'état général de nos patients.

Les complications post opératoire sont dominées par les troubles de rythme dans 2 cas et les pneumopathies nosocomiales dans 2 autres cas. La lithiase résiduelle s'est manifestée dans 7 cas. 1 seul patient est décédé en post opératoire. Les facteurs pronostics déterminés à partir de notre série sont les antécédents gastro-intestinaux. L'Age, le score ASA, la prise en charge tardive n'étaient pas des facteurs influençant la mortalité.

Conclusion :

L'amélioration du pronostic de l'angiocholite peut être obtenue par une prise en charge adéquate assurée par une équipe pluridisciplinaire et le recours aux méthodes de drainage biliaire non chirurgicale.

P23. Angiosarcome de la paroi thoracique

Sakhri S, Zemni I, Bouheni M, Henchiri H, Slimane M, Ben Hassouna J, Rahal k
Service de chirurgie carcinologique institut Salah Aziez

Introduction :

Les angiosarcomes sont des tumeurs très rares, ils représentent 1-2% des sarcomes des tissus mous. Ils proviennent généralement de cellules endothéliales. Leurs étiologies peuvent être multiples (génétiques, environnementales) mais peuvent également demeurer inconnues. La présentation clinique est peu spécifique et dépend de l'organe atteint. Il s'agit d'une pathologie dont le pronostic demeure très sombre.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 55 ans hypertendu a consulté pour une masse de la paroi thoracique latérale gauche évoluant depuis 2 mois qui a augmenté de taille dernièrement et devenant douloureuse. Avec à l'examen, présence d'une masse de 30 cm, mal limitée dure mobile, par ailleurs pas d'adénopathies axillaires palpables. Le bilan d'extension initial était négatif. Il a eu une exérèse large de la lésion, avec à l'examen histopathologique, il s'agissait d'un angiosarcome de la paroi thoracique avec des limites chirurgicales saines. Une surveillance régulière clinique et radiologique jusqu'à un an après ou le patient a consulté pour l'apparition d'un nodule sous cicatriciel de 10 mm de grand axe mobile et dure, l'exérèse de cette lésion n'a pas montré des signes de malignité. Le patient actuellement est en cour de suivi après 2 ans de recul.

Conclusion :

Les angiosarcomes sont des tumeurs rares, leur pronostic est sombre. La survie globale s'étend de quelques mois à quelques années seulement. La survie peut être prolongée à condition que le diagnostic et les thérapeutiques soient rapidement instaurés

P24. Appendagite épiploïque primitive.à propos d'un cas

Massoudi S, Attaoui MA, Heni S, Feriani N, Saamli I, Mkhini W
Service de chirurgie générale, hôpital régional de Zaghuan

Introduction :

L'appendagite, ou torsion de frange épiploïque, est une inflammation isolée d'un appendice épiploïque avec une incidence qui varie entre 2 à 7 % chez les patients hospitalisés pour suspicion d'appendicite ou de sigmoïdite.

Il s'agit d'une pathologie rare qui a longtemps été exceptionnellement diagnostiquée en période pré-opératoire. C'est une cause rare d'abdomen aigu dont le tableau clinique peut mimer une appendicite aigu ou une diverticulite sigmoïdienne.

Les progrès de l'imagerie médicale notamment le scanner hélicoïdal injecté permettent, désormais, de faire le diagnostic positif et d'éviter des interventions chirurgicales inutiles et des hospitalisations excessives.

Nous rapportons un cas d'un patient -avec une présentation clinique typique et où la tomodensitométrie a permis de poser le diagnostic à sursoir ainsi à une chirurgie inutile.

Observation :

Mr H Z âgé de 25 ans, sans antécédents était admis en urgence dans notre service pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite évoluant depuis 48 heures associé à une fièvre chiffrée à 38°C sans troubles de transit ni signes urinaires. L'examen de l'abdomen trouvait un abdomen souple avec une sensibilité de la fosse iliaque droite. A la biologie, il y'avait une hyperleucocytose à 10400/ mm³. L'échographie abdominale était non concluante. Le scanner abdominal a objectivé une formation tissulaire ovale bien limitée au niveau de la fosse iliaque droite associée à une densification de la graisse mésentérique avoisinante évoquant une appendagite. Le patient était mis sous anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'antalgiques. L'évolution clinique et biologique était favorable et le patient était mis sortant au 4ème jour, totalement asymptomatique.

Conclusion :

L'appendagite épiploïque primaire est une situation relativement rare, non chirurgicale, qui imite cliniquement d'autres conditions nécessitant une intervention chirurgicale. Le diagnostic est affirmé par imagerie notamment avec le scanner hélicoïdal injecté, permettant d'instaurer ainsi un traitement médical et d'éviter un traitement chirurgical et des hospitalisations excessives.

P25. Appendicite aigue et grossesse à propos de 6 cas

Ennaceur F, Ben Hadj Khalifa MH, Mosbahi S, Gassara A, Hlel A
Service de Chirurgie Générale et Digestive; Hôpital régional de Sidi Bouzid

L'appendicite aigue représente près d'un tiers des cas d'urgences abdominales non traumatiques. Elle est aussi fréquente pendant la grossesse qu'en dehors d'elle avec une fréquence plus élevée pendant le deuxième trimestre.

C'est la gravité de la pathologie abdominale qui détermine le pronostic maternel et foetal, la grossesse ne venant que modifier les signes cliniques et les manifestations physiopathologiques observées

Il s'agit d'une étude rétrospective des patientes enceintes opérées pour appendicite aigue au service de chirurgie viscérale de l'hôpital régional de SIDIBOUZID sur une période de 3ans.

P26. L'appendicectomie laparoscopique : une approche sure au cours de la grossesse

Djebbi A, Mzoughi Z, Shelbi A, Talbi G, Bayar R, Khalfallah MT

Service de chirurgie générale, CHU Mongi Slim, La Marsa

Introduction

La voie d'abord laparoscopique est largement admise pour le traitement de l'appendicite aiguë. Le but de cette étude était d'évaluer cette voie d'abord pour le traitement de l'appendicite aiguë au cours de la grossesse.

Methodes

Nous avons mené une étude rétrospective, étalée sur 5 ans, de Janvier 2010 à Décembre 2014, ayant colligé 27 patientes enceintes opérées pour une suspicion d'appendicite aiguë.

Resultats

Parmi les 27 patientes, 19 avaient été opérées par voie laparoscopique et 8 par voie de Mc Burney. La laparoscopie était plus fréquemment utilisée au cours du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre de gestation (70% laparoscopie vs 30% laparotomie). La laparotomie était utilisée dans 100% des cas au cours du 3^{ème} trimestre de gestation. Aucun décès maternel n'était noté. Aucun avortement n'était noté. Nous n'avons noté aucune différence significative pour ce qui est de la durée de l'intervention chirurgicale, du taux de complications postopératoires et des résultats obstétricaux et fœtaux, y compris l'incidence du travail prématuré, le type d'accouchement, l'âge gestationnel et le poids à la naissance et les indices d'APGAR entre les 2 groupes.

Discussion

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale digestive la plus fréquente chez la femme enceinte.

Les séries récentes ont démontré la faisabilité de l'approche laparoscopique sans risques majorés quel que soit le terme de la grossesse. Ces séries ont montré un bénéfice de cette approche en termes de cicatrice opératoire, de douleur post opératoire et de levée précoce.

Plusieurs auteurs recommandent actuellement l'application large de la laparoscopie au cours de la grossesse.

Conclusion

La laparoscopie paraît être une voie d'abord faisable et sûre pour le traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte.

P27. Apport de l'imagerie dans le diagnostic d'une tumeur stromale de l'intestin grêle révélée par une hémorragie digestive

Feriani N, Rejeb A, Messoudi S, Attaoui MA, Heni S, Saamli I, Mkhinini W

Service de chirurgie général. Hôpital régional de Zaghouan

Les tumeurs stromales digestives sont des tumeurs conjonctives rares. L'estomac et l'intestin grêle sont les localisations les plus fréquentes. Elles peuvent être symptomatiques ou de découverte fortuite.

Observation : une femme âgée de 48 ans, est hospitalisée par une hémorragie digestive extériorisée sous forme d'un méléna avec une anémie aigue sévère à 5,6 g/dl. FOGD : normale, colonoscopie non concluante. Entéro-scanner : épaissement localisé avec visualisation d'une image polypoïde de 3cm de diamètre de la paroi d'une anse grêle. La patiente a été opérée par voie coelioscopique : tumeur du grêle de 3cm de grand axe à 50 cm de ADJ. Geste : résection du grêle emportant la tumeur avec anastomose grélo-grélique termino-terminale. A l'anapath : tumeur stromale de faible grade de malignité.

Conclusion : Les hémorragies digestives constituent une circonstance de découverte relativement fréquente des tumeurs stromales. Le diagnostic est basé sur l'imagerie, en l'occurrence la tomодensitométrie.

P28. Association rare d'une hernie de Littre et de Maydl : A propos d'un cas

Anis Hasnaoui, Haithem Zaafouri, Dhafer Haddad, Marzouk Tlili, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer

Service De Chirurgie Générale Hôpital Habib Thameur

Introduction :

La hernie de Littre est définie par l'engagement du diverticule de Meckel dans un sac herniaire, surtout inguinal et plus rarement ombilical. La hernie de Maydl correspond à l'incarcération de 2 anses adjacentes dans un sac herniaire à collet étroit. On rapporte dans ce cas l'association très rare de ces deux types de hernie.

Observation :

Homme âgé de 70 ans, aux antécédents d'AVC ischémique et HTA, admis dans notre service pour occlusion intestinale aigüe haute évoluant depuis 12h. A l'examen, patient stable sur le plan hémodynamique, présence d'une hernie ombilicale étranglée, abdomen légèrement distendu mais souple, TR pas de masse. La biologie était sans anomalie. Le patient a été opéré en urgence. En peropératoire, il existait une hernie étranglée. Le sac herniaire contenait deux anses grêles adjacentes dont une est le siège d'un diverticule de Meckel à 70 cm de La Valvule de Bauhin. Les anses avaient des parois ecchymotiques et de vitalité douteuse. On a réalisé une résection de 50cm de grêle, emportant le diverticule de Meckel, avec anastomose iléo-iléale et cure de la hernie par raphie. Les suites étaient simples.

Conclusion :

La hernie de Maydl est une entité très rare et seulement quelques cas ont été rapportés dans la littérature. L'association avec une hernie de Littre est encore plus rare. Le diagnostic est souvent fait en peropératoire. Le traitement dépend de la complication et des habitudes de l'équipe chirurgicale.

P29. Occlusion sur bride péritonéale congénitale

Atef M, Moez R, Med Firas A, Habib E

Service de chirurgie viscérale et digestive, Hôpital Jendouba

Introduction :

Les occlusions, définies par un arrêt du transit intestinal normal composé de gaz et de matières, représentent une urgence thérapeutique, dont les causes sont nombreuses. Les brides péritonéales sur abdomen vierge sont une étiologie peu commune de syndrome occlusif. Le diagnostic est souvent porté en per opératoire.

Observation :

Mme C.A âgée de 85 ans, diabétique, hypertendue a été admise pour un syndrome occlusif évoluant depuis deux jours. L'examen a trouvé un abdomen ballonné de façon symétrique, tympanique dans son ensemble, une température à 37°C et un toucher rectal normal. Les radiographies d'abdomen sans préparation ont objectivé des niveaux hydro-aériques de type grêle. Le scanner abdominal a mis en évidence une distension des anses sans image d'obstacle. La patiente a été opérée en urgence par voie médiane. Les anses grêles étaient très distendues en rapport avec une bride qui part de la partie centrale du colon transverse, entoure 2 fois le pied de l'anse très étroit et vient s'insérer sur le grand épiploon sans que l'anse soit volvulée. Elle a eu une section de la bride. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Les brides péritonéales sur abdomen vierge sont une étiologie peu commune de syndrome occlusif. En particuliers, les brides congénitales représenteraient 0,7 à 2% des occlusions de l'intestin grêle et du colon, toute cause confondues. La symptomatologie est commune à tout syndrome occlusif. Elle consiste à des douleurs abdominales, des vomissements et un arrêt des matières et des gazes. Le diagnostic est évoqué par la radiologie essentiellement la tomодensitométrie. La prise en charge repose essentiellement sur la

chirurgie classique ou la voie coelioscopique. Elle consiste en une section des brides .Le pronostic reste généralement bon.

Conclusion : L'occlusion intestinale par bride spontanée est une pathologie rare. Le diagnostic clinique préopératoire est souvent difficile. L'apport de la chirurgie est fondamental dans la confirmation diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

P30. Volumineux calcul récidivant de l'urètre prostatique : cas rare et revue de la littérature

Nidhal Ati, Badereddine Ben Khelifa, Sahbi Naouar, Hamza Bousaffa, Braiek Salem, Elkamel Rafik
Service d'urologie, Hôpital de Kairouan

Les gros calculs primaires de l'urètre prostatique sont très rares et souvent confondus avec des calculs du parenchyme prostatique. Le diagnostic d'un gros calcul de l'urètre prostatique, faisant 6 cm de grand axe, a été posé chez un homme de 37 ans. Une cystotomie sus-pubienne a permis d'extraire ce calcul à travers une incision du col vésical. Une récurrence a été notée 2 ans plus tard. Une urethroscopie première a été effectuée révélant un gros calcul de l'urètre prostatique situé en partie dans un diverticule. Le traitement endoscopique a été impossible devant la taille du calcul qui a été extrait, à travers une incision du col vésical, via une cystotomie. La composition du calcul a été à base de phosphates de calcium. À la lumière de ce cas, les auteurs discutent les aspects étiopathogéniques et thérapeutiques de cette entité pathologique.

P31. Les occlusions coliques gauches néoplasiques : prise en charge thérapeutique et éléments pronostiques

Ayed K, Baraket O , Baccar AM, Triki W, Lahmidi A, Ganzoui I*, Ben Hmida S**, Kort B, Bouchoucha S
Service chirurgie générale CHU Bizerte

* Service radiologie CHU Bizerte

** Service de gastroentérologie CHU Bizerte

Type de présentation : communication orale

Auteur correspondant : Ayed Karim : dr.ayed.karim@gmail.com

Introduction:

L'occlusion colique néoplasique est la complication la plus fréquente des cancers coliques gauches. Le traitement demeure un sujet de controverse. Plusieurs stratégies chirurgicales sont proposées à savoir une résection colique première avec ou sans anastomose ou une colostomie de décharge suivie de résection. Le but de notre travail est d'étudier les modalités thérapeutiques devant une occlusion colique gauche néoplasique , d'identifier les facteurs prédictifs de morbi-mortalité et d'évaluer le pronostic à long terme en terme de survie .

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les patients opérés d'un adénocarcinome du colon gauche en occlusion au service de chirurgie générale du centre hospitalo-universitaire Habib Bougatfa de Bizerte - Tunisie et ce durant une période de 07 ans, du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2015.

Résultats :

L'âge médian était de 63 ans avec une prédominance masculine. L'occlusion était révélatrice du cancer chez 50 patients (98%) et survenue au cours du traitement d'un cancer colique chez un seul patient. Le traitement était chirurgical dans tous les cas.

Une colostomie de proche amont a été réalisée chez 9 patients. Un geste de résection colique était réalisé chez 42 patients. Elle était segmentaire chez 38 patients et totale chez 4 patients. Un rétablissement immédiat de la continuité digestive a été réalisé chez 3 patients.

Trois patients ont eu une résection élargie au organes de voisinage envahit .

On a colligé 5 cas de décès .Le délai médian de décès était de 17 jours. La morbidité globale était de 39 % .

Les facteurs prédictifs de mortalité étaient une durée opératoire supérieure à 240 minutes , l'intervention de Hartmann, l'exérèse d'organe de voisinage, l'effraction tumorale, le saignement et les transfusion per opératoires , la survenue de complications post opératoire et les complications d'ordre médical en post opératoire.

Les facteurs prédictifs de morbidité étaient : la comorbidité cardiovasculaire , la résection segmentaire , l'effraction tumorale, la perforation tumorale, le saignement et les transfusions per opératoires , la présence de péritonite , la présence d'adénopathies satellites et une durée opératoire supérieure à 3 heures. La confection d'une colostomie de décharge diminuait d'une façon statistiquement significative la morbidité post opératoire.

La survie globale était de 77% à 5 ans . Les facteurs affectant la survie globale étaient un délai entre l'admission et l'intervention chirurgicale supérieur à dix heures , la présence de métastases à distance , l'envahissement des organes de voisinage , la présence d'embolies vasculaires , la résection tumorale type R2. Ces facteurs ont diminué de façon statistiquement significative la survie globale . La confection d'une

colostomie de décharge augmentait de façon statistiquement significative la survie.

Conclusion: L'occlusion colique d'origine néoplasique est une pathologie grave survenant chez des patients âgés ayant plusieurs comorbidités. L'occlusion est un facteur intriqué lié à une morbi-mortalité importante après résection colique carcinologique. De même, le caractère occlusif apparaît comme un facteur affectant la survie globale. La confection d'une colostomie de décharge reste le traitement de choix au cours du premier temps chirurgical permettant ainsi une résection colique carcinologique dans de bonnes conditions et offrant aux patients une morbi-mortalité moindre et une survie meilleure.

P32. Cancer colique et grossesse : particularités et prise en charge

Achref Djebbi, Adel Jlassi, Khaled Bettaieb, Nedja Ben Abdesslam, Abdejjabar Helali, Mouhamed Essoussi

Service de chirurgie générale, Hôpital Militaire Principal d'Instruction De Tunis

Introduction

La survenue d'un cancer colique au cours de la grossesse est une situation rare. Le diagnostic est généralement fait à un stade tardif à cause du retard diagnostique dû à la confusion entre les signes sympathiques et les symptômes du cancer. L'approche diagnostique et thérapeutique pose un problème de taille et doit être adaptée en fonction du terme de la grossesse afin de minimiser le risque maternel et fœtal.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 3 cas de patientes prises en charge pour un cancer colique, au service de chirurgie générale de l'HMPIT, alors qu'elles étaient enceintes.

Résultats

L'âge des patientes était compris entre 26 et 31 ans. Il s'agissait d'une tumeur du colon transverse gauche, d'une tumeur du caecum et d'une tumeur du mésocolon transverse. Les signes fonctionnels étaient attribués à tort à la grossesse dans tous les cas. Les patientes étaient enceintes à 11,16 et 15 semaines d'aménorrhée. Après concertation pluridisciplinaire, la grossesse était interrompue en préopératoire dans deux cas et menée jusqu'à 32 SA dans l'autre cas. Le bilan d'extension était négatif. Toutes les patientes étaient opérées. Une colectomie droite était réalisée dans 2 cas et une colectomie segmentaire haute dans un cas. Il s'agissait d'un adénocarcinome mucineux colique, d'un adénocarcinome à cellule en bague à chatonnet d'une tumeur stromale. Une chimiothérapie adjuvante était indiquée chez les 3 patientes. Les 3 patientes sont toujours vivantes après un recul moyen de 34 mois sans récurrence dans 2 cas et avec métastase hépatique métachrone dans l'autre cas.

Discussion

L'association d'une situation carcinologique et d'une grossesse est assez rare. En cours de grossesse, les tumeurs sont découvertes à un stade volontiers avancé. L'évolution métastatique, compte tenu du retard diagnostique, est fréquente. La gravité de ces cancers serait expliquée par le retard diagnostique et l'état d'immunotolérance en cours de grossesse.

Le diagnostic repose sur l'endoscopie digestive. Le bilan d'extension peut comporter l'échographie, l'écho-endoscopie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). La prise en charge thérapeutique doit être précoce et agressive. Le traitement chirurgical du cancer domine le protocole. Il répond aux mêmes exigences carcinologiques qu'en dehors de la grossesse.

Conclusion

Le cancer digestif découvert en cours de grossesse est de mauvais pronostic. Le diagnostic doit être évoqué devant toute symptomatologie digestive traînante. La faible prévalence de cette association pathologique fait qu'il n'y ait pas de consensus formel sur la conduite à tenir.

P33. Tumeur carcinoïde de l'appendice

Mouna Cherif, Haithem Zaafouri, Dhafer Haddad, Alia Zouahgi, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer

Service De Chirurgie Générale Hôpital Habib Thameur

Introduction :

Si les tumeurs carcinoïdes appendiculaires sont rares (0,2 à 0,8% des appendicectomies), elles sont tout de même les plus fréquentes des tumeurs de l'appendice (50 à 70%) et constituent la première localisation de l'ensemble des tumeurs carcinoïdes du tractus digestif (40% des cas). Elles sont le plus souvent de découverte fortuite lors de la chirurgie ou à l'examen anatomo-pathologique

Observation :

Un patient de 31 ans, était opéré en urgence pour un syndrome appendiculaire. En per opératoire, on confirmait le diagnostic d'appendicite aiguë non compliquée et on réalisait une appendicectomie.

L'examen histologique de la pièce opératoire montrait un aspect d'appendicite aiguë suppurée mais mettait également en évidence une tumeur jaunâtre de 1 x 0,8 cm au niveau de la pointe. Cette lésion correspondait à une tumeur endocrine bien différenciée infiltrant toute la paroi sans envahissement du méso-appendice.

Les mitoses étaient rares (1/ 10 champs en grossissement 40), le Ki67 à 1 %, et on notait l'absence d'emboles vasculaires et d'engainement périnerveux. L'immunohistochimie montrait un marquage important de la chromogranine A et de la synaptophysine confirmant le diagnostic de tumeur endocrine.

À ce stade, se posait la question de la nécessité de compléter les explorations morphologiques et de réaliser un traitement complémentaire.

En accord avec les recommandations du Thésaurus National de Cancérologie Digestive, aucun traitement adjuvant et aucune suivi n'était indiqué dans cette situation.

Conclusion :

Les tumeurs carcinoïdes de l'appendice constituent une affection rare. Elles sont caractérisées par leurs bon pronostic qui dépend essentiellement du volume tumoral.

Le traitement est essentiellement chirurgical, et en fonction de la taille de la lésion, il peut aller de la simple appendicectomie à l'hémicolectomie droite.

P34. Carcinome verruqueux du talon d'évolution atypique

Haddad S, Zemni I , Bouhani M , Slimen M , Boujelbene N* , Ben hassouna J , Rahal K

Service de chirurgie carcinologique ,Institut Salah Azaiez ,Tunis

*Laboratoire d'anatomopathologie , Institut Salah Azaiez , Tunis

Le carcinome verruqueux (CV) est une variété rare de carcinome épidermoïde totalement différencié. Il forme une lésion exophytique, verruqueuse, à croissance lente, qui peut rester longtemps superficielle. L'extension aux tissus voisins est possible, plutôt sous la forme de refoulement que d'infiltration. L'invasion des tissus osseux, musculaires de voisinage est possible. Nous rapportons le cas d'un homme de 60 ans qui 'est présenté pour une masse Ulcéro-bourgeonnante du talon droit d'évolution rapide avec des adénopathies inguinales palpables homolatérales .Le Scanner Thoraco-abdomino-pelvien a objectivé un épaississement tissulaire engainant le tendon d'Achille avec bilan d'extension négatif. Le patient a été opéré, il a eu une amputation mi-jambe avec un curage inguinale homolatérale. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de carcinome verruqueux infiltrant avec limite saine et un envahissement ganglionnaire massif. Nous discutons les formes agressives des CV et nous revoyant les données de la littérature concernant cette entité rare.

P35. Chirurgie Laparoscopique en Urologie

Amri.M ; Ben Khalifa.B ; Naouar.S ;Jallouli.W ; Gazzeh.W ; Braiek.S ;El Kamel.R

Service d'urologie, Hôpital de Kairouan

Introduction :

La chirurgie laparoscopique initialement développée par les gynécologues et les chirurgiens digestifs a fait ses premiers pas en urologie dans le début des années 90. Actuellement elle est arrivée à maturation et permet de pratiquer une grande partie des interventions urologiques autrefois pratiquée en chirurgie à ciel ouvert. Les urologues se mettent assez facilement à ce type de chirurgie car ils ont l'expérience depuis 30 ans d'opérer en regardant avec un système optique pour la chirurgie endoscopique. En Tunisie la première laparoscopie pour varicocèle a été réalisée en 1994, et depuis elle n'a pas cessée d'évoluer au sein d'équipes entraînées et spécialisées.

Objectif de l'étude :

Evaluation de progrès de l'expérience coelioscopique au sein du service d'Urologie de Kairouan.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une études rétrospectives qui a portée sur une série de 206 patients opérés par voie coelioscopique au sein de service d'Urologie Kairouan sur une période de 8 ans allant de Janvier 2009 jusqu'à juin 2016 .

Résultat :

Notre population comporte 206 patients avec un sexe ration de : 0.9 et d'âge moyen 46 ans (allant de 14 ans a 57 ans).Les actes réalisés sont : 67 cas de néphrectomie totale ,37 cas de varicocèle,33 cas de lomboscopie pour lithiases ,20 cas d'ectopies testiculaires ,19 cas de promontofixation,13 cas de cure de jonction ,6 cas de résection du dôme saillant ,5 cas de fistules vésico-vaginale,4 cas de surrenalectomie pour tumeur,1 cas d'uretère retro cave et 1 cas de prostatectomie radicale avec 6 cas de conversion (3 cas de néphrectomie totale ,1 cas de plastie pour jonction ,un cas de tumeur surrenalienne et le cas de prostatectomie radicale) . Les complications décrites sont : une fistule urinaire pour une plastie de jonction qui a bien évoluée par le drainage, une péritonite post opératoire qui a compliquée un cas de néphrectomie, une lésion de la corne vésicale pour une ectopie testiculaire.Les suites opératoires étaient simples pour le reste des cas.

Conclusion :

La coelioscopie constitue un apport incontestablement utile dans l'arsenal du chirurgien urologue, elle ne fait pas tout, mais à condition de bien respecter les indications, elle rend de grands services aux patients, sans oublier que la maîtrise de la technique est indispensable pour minimiser le risque d'incidents qu'elle peut générer.

P36. Cholécystite aigue alithiasique révélant des métastases hépatiques à point de départ mammaire

Abbassi I, Baraket O, Baccar A, Ayed K, Triki W, Bouchoucha S
Service de chirurgie générale – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction :

La cholécystite alithiasique, souvent multifactorielle, exclut la lithiase. Elle présente une difficulté diagnostique et thérapeutique. Le traitement ne tolère aucun retard. La particularité de notre observation est liée au fait que le diagnostic de métastases hépatiques a été fait à l'occasion d'une cholécystite aigue alithiasique.

Observation :

Patiente B.H, 46 ans, aux antécédents de cancer de sein droit traité par chimiothérapie néoadjuvante, Patey, puis radiothérapie adjuvante, admise pour douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis une semaine. A l'examen, apyrétique, anictérique, sensibilité de l'hypochondre droit, pas de masse palpable. A la biologie, pas de syndrome inflammatoire biologique, cytolysse à 3*N, cholestase à 3*N.

L'échographie abdominale : VB distendue, à paroi épaissie à 7mm, évoquant une cholécystite aigue alithiasique.

Cholécystectomisée par voie coelioscopique. L'examen anatomopathologique trouvait une pièce de cholécystectomie infiltrée par une tumeur épithéliale maligne et siège d'embolies tumorales endovasculaires cadrant avec une origine mammaire.

Conclusion :

La cholécystite alithiasique est une maladie plus fréquemment rencontrée chez des malades ayant une comorbidité importante et/ou déjà hospitalisés pour d'autres raisons. Son diagnostic repose sur l'association de l'échographie et du scanner. Dans tous les cas, la cholécystectomie constitue un traitement définitif qui permet d'affirmer avec certitude le diagnostic.

P37. La cholécystite xanthogranulomateuse simulant un cancer de la vésicule biliaire

Ziedi Becem, Guizani Marwene, Gouader Amine, Benani Sofien, Faïdi Bilel, Abdelkafi Sofien, Ben Salah Khalil, Selmi Mansour, Morjene Abdelwaheb.

Service de chirurgie Al-agahlba Kairouan

Introduction

La cholécystite xanthogranulomateuse est une affection rare et bénigne dont l'incidence est estimée entre 7 à 10% des cholécystectomies.

Due à une inflammation chronique de la vésicule biliaire qui peut envahir les structures de voisinage par défaut d'excrétion de la bile et la rupture des sinus de Rokitsky-Aschoff.

Objectif : mettre en évidence les difficultés diagnostiques entre CXG

Observation:

Femme âgée de 59ans, qui présentait une douleur HCD droit depuis 05 mois avec un ictère cholestatique. La vésicule biliaire était palpable. La TDM a montré un processus tumoral de la vésicule biliaire envahissant les segments IV et V. L'exploration chirurgicale a montré une VB à paroi épaissie avec infiltration des segments IV et V. Une cholécystectomie et une biopsie d'une adénopathie du hile hépatique sont faites par laparotomie. Suites opératoires ont été simples. L'examen histologique de la pièce opératoire a révélé une cholécystite xanthogranulomateuse.

Conclusion:

La cholécystite xanthogranulomateuse est une pathologie bénigne de la vésicule biliaire. Elle est difficile à différencier d'un cancer de la vésicule surtout pour les patients ayant une prolifération inflammatoire sévère envahissant le foie voir les structures adjacentes.

P38. Cholécystite xanthogranulomateuse : Piège diagnostique, apport et limite de l'imagerie

Cherni A, Belhadj A, Saidani A, Ridene I*, Ayadi A**, Mannai S, Houissa H

Service de chirurgie générale, hôpital Mahmoud El Matri, Ariana

*Service d'imagerie médicale. Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana

**Service d'anatomopathologie. Hôpital Abderrahmene Mami, Ariana

Introduction :

La cholécystite xanthogranulomateuse est une forme particulière rare pseudotumorale de cholécystite qui peut simuler une lésion tumorale aussi bien cliniquement, radiologiquement que macroscopiquement.

Le but de notre travail est de rapporter une observation et de montrer l'intérêt de l'imagerie et de l'examen anatomopathologique dans le diagnostic de cette pathologie.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 52 ans, exploré pour des douleurs de l'hypochondre droit évoluant depuis un an sans ictère, ni fièvre. L'échographie abdominale a objectivé un épaissement hyperéchogène et régulier de la paroi vésiculaire à contenu alithiasique. Une tomодensitométrie (TDM) abdominale montrait un épaissement hétérogène de la paroi vésiculaire évoquant un calculocancer

Le patient a eu une cholécystectomie par voie coelioscopique avec examen anatomopathologique extemporané négatif.

L'examen anatomopathologique définitif a conclu à une cholécystite xanthogranulomateuse

Discussion :

La cholécystite xanthogranulomateuse représente 3 à 4% de toutes les cholécystites.

La clinique est non spécifique, résumée à la symptomatologie d'une cholécystite chronique.

Sur le plan physiopathologique, l'infection chronique de la vésicule biliaire, avec défaut d'évacuation de la bile mène à une extravasation de la bile au niveau de la paroi, avec développement de micro-abcès au niveau de la paroi vésiculaire, qui seront remplacés par des nodules xanthogranulomateux, enfin une réaction fibreuse localisée peut également se voir expliquant les difficultés de diagnostic différentiel avec le cancer.

A l'échographie la vésicule biliaire est lithiasique dans 98% des cas, ce qui n'est pas le cas de notre patient. La paroi est le siège d'un épaissement irrégulier assez important, il s'y associe des nodules intra-muraux sous formes de nodules hypoéchogènes. L'échographie peut montrer une masse tissulaire pseudotumorale au niveau de la vésicule biliaire

Le scanner en plus de l'épaissement de la paroi de la vésicule biliaire, peut mettre en évidence les nodules xanthogranulomateux qui apparaissent hypodenses

Le diagnostic différentiel se fait avec la cholécystite aiguë mais surtout avec le calculocancer.

Le diagnostic final se fait par examen anatomopathologique sur la pièce opératoire après cholécystectomie.

Conclusion :

La cholécystite xanthogranulomateuse est un piège diagnostique à ne pas méconnaître

La connaissance du diagnostic en préopératoire permet d'éviter une chirurgie disproportionnée.

P39. Traitement laparoscopique d'un abcès hépatique : A propos d'un cas.

W Jaouane, B Mnaja, W Kallel, H Ammar, A Chouchaine, I Korbi, O Toumi, M Nasr, F Noomane, K Zouari

Service de chirurgie générale Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

La prise en charge actuelle des abcès hépatiques repose sur la ponction drainage percutanée couplée à l'antibiothérapie. Cependant la chirurgie peut être indiquée parfois de nécessité. Le drainage laparoscopique peut être proposé comme une alternative de la chirurgie ouverte.

Observation

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 72 ans, adressée pour un syndrome douloureux et fébrile de l'hypochondre droit. Un syndrome infectieux biologique a été constaté motivant une tomодensitométrie qui a objectivé un abcès hépatique d'origine angiocholique.

Après 48h la patiente a eu un drainage laparoscopique de l'abcès hépatique ainsi que la cure de la lithiasie biliaire

Conclusion :

Le drainage laparoscopique des abcès hépatiques, associé à une antibiothérapie constitue une alternative sûre et fiable pour les patients chez qui l'indication chirurgicale est indiquée.

P40. Traitement laparoscopique d'une hernie rétro-costo-xiphoidienne : A propos d'un cas.

W Jaouane, B Mnaja, W Kallel, H Ammar, A Chouchaine, I Korbi, O Toumi, M Nasr, F Noomane, K Zouari

Service de chirurgie générale Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction

Le seul traitement des hernies diaphragmatiques rétro-costo-xiphoidiennes est chirurgical. L'approche laparoscopique peut être proposée comme l'alternative à la chirurgie ouverte.

Observation

Femme âgée de 60ans se plaint de syndrome douloureux de l'hypochondre droit et de l'épigastre. Le diagnostic de hernie diaphragmatique antérieure a été fait par la radiographie du thorax et la tomodynamométrie.

La patiente a bénéficié d'une cure la hernie ayant consisté en une fermeture simple du défaut diaphragmatique par un surjet au fil non résorbable avec renforcement par des points en X.

Les suites opératoires étaient simples avec un contrôle par une radiographie du thorax à un mois sans récurrence.

Conclusion La cure laparoscopique est une approche très intéressante pour la hernie rétro-costophoidienne.

P41. Cure Laparoscopique d'une rupture diaphragmatique post-traumatique.

A propos d'un cas.

W Jaouane, B Mnaja, W Kallel, H Ammar, A Chouchaine, I Korbi, O Toumi, M Nasr, F Noomane, K Zouari

Service de chirurgie générale Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

Les ruptures et les plaies du diaphragme constituent les lésions les plus méconnues témoignant souvent d'un traumatisme sévère. Ces lésions peuvent être méconnues soit du fait des lésions associées dominantes, soit du fait de la pauvreté des signes cliniques et faible sensibilité et non spécificité des examens para-cliniques courants

Observation :

Nous rapportons l'observation d'un malade âgé de 25 ans, victime d'un accident de la voie publique entraînant un traumatisme thoracique gauche. Le diagnostic de rupture diaphragmatique a été porté 2 jours après l'accident. Le malade a été opéré par voie laparoscopique.

L'exploration trouve une rupture transversale de la coupole diaphragmatique gauche. Il a été réalisé une suture de la brèche par un surjet. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Cette observation illustre bien la faisabilité du traitement des ruptures diaphragmatiques sous coelioscopie, surtout pour les ruptures diaphragmatiques diagnostiquées précocement après le traumatisme.

P42. Colite ischémique : à propos d'un cas

Benzarti Y, Rebi S, Khfacha F, Chamakhi A, Guizani R, Hajri M, Zenaidi H, Zoghalmi A

Service de chirurgie générale CTGB

Introduction

La colite ischémique est une affection rare qui survient généralement chez le sujet âgé. Il en existe deux formes : la colite ischémique grave ou gangréneuse qui est mortelle, et la colite ischémique bénigne ou transitoire, dont l'évolution est spontanément favorable. Le diagnostic clinique de colite ischémique n'est pas aisé vu la non spécificité de ses symptômes.

Nous rapportons dans cette observation un cas de colite ischémique gangréneuse étendue d'évolution fatale et dont le diagnostic a été fait lors de l'intervention chirurgicale.

Observation

Nous rapportons le cas d'une malade âgée de 63 ans, diabétique hypertendue, qui est admise dans un tableau de douleurs abdominales aiguës évoluant depuis 3 jours dans un contexte fébrile sans autres signes associés.

A l'admission, l'examen physique trouvait une fièvre à 39°C avec un abdomen distendu et une défense de l'étage sous ombilical. Le TR est douloureux Pas de méléna. L'hémogramme révélait une hyperleucocytose à 12800 élé/mm³ et la CRP était à 47mg/L. L'amylasémie était à 7 x la normale et la fonction rénale était légèrement altérée avec une clairance à 53ml/mn.

Le scanner abdominal ne montrait qu'un épanchement du Douglas avec des axes vasculaires libres.

Une laparotomie exploratrice est donc décidée révélant une pelvipéritonite en rapport avec une nécrose étendue du colon allant du rectum jusqu'au tiers moyen du transverse.

Une colectomie totale avec iléo stomie terminale a été réalisée.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à une colite ischémique étendue aux limites chirurgicales. Une rectoscopie faite en post opératoire à l'occasion de rectorragies a montré une rectite hémorragique et ulcérée avec des signes pré-perforatifs cadrant avec une rectite ischémique grave. La patiente est décédée 66 jours après la date de l'intervention.

Conclusion

La colite ischémique est une affection rare qui peut engager le pronostic vital. Etant donné la non-spécificité des signes cliniques, chez tout sujet âgé se présentant aux urgences avec une douleur abdominale et un syndrome occlusif incomplet, avec ou sans fièvre, avec ou sans diarrhée, avec ou sans rectorragies, le diagnostic de colite ischémique doit être évoqué. Le scanner abdominal et la rectosigmoidoscopie jouent un rôle important dans le diagnostic et dans la décision thérapeutique. Le traitement chirurgical des formes graves est associé à une morbidité et une mortalité élevées et consiste à une colectomie étendue sans rétablissement immédiat de la continuité.

P43. Colites aiguës graves sur maladie inflammatoire chronique de l'intestin : A propos de 20 cas

Anis Hasnaoui, Haithem Zaafouri, Dhafer Haddad, Souhir Naceh, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer
Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction :

Les colites aiguës graves constituent une entité anatomo-clinique caractérisée par une inflammation aiguë de la muqueuse colique à tendance extensive et profonde responsable de manifestations cliniques brutales hémorragiques ou septiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

But du travail :

Rapporter les caractéristiques cliniques, morphologiques, endoscopiques et thérapeutiques des colites aiguës graves sur maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

Résultats :

Il s'agissait d'une étude rétrospective à propos de 20 patients, opérés dans notre service pour colites aiguës graves sur MICI, entre 2009 et 2016. Cette étude incluait 11 femmes et 9 hommes. L'âge moyen de nos patients était de 31,8 ans. Les colites aiguës graves étaient en rapport avec une maladie de Crohn dans 6 cas, une recto-colite hémorragique (RCH) dans 10 cas et d'une colite inflammatoire inclassable dans 4 cas. Le délai moyen d'évolution de la maladie était de 4 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 20 ans. Deux lignes de traitement médical ont été instaurées pour 18 patients. Le délai de la chirurgie variait de 8 à 14 jours. Dix-neuf patients ont bénéficié d'une chirurgie en plusieurs temps. Le premier temps était une colectomie subtotalaire avec iléostomie et sigmoïdostomie. La voie d'abord était classique dans 13 cas et laparoscopique dans 7 cas. Les suites opératoires étaient simples. Un seul décès postopératoire a été noté et deux cas de complications non spécifiques. L'examen anatomopathologique a permis de classer 3 parmi les 4 colites inclassables et il a confirmé le diagnostic histologique initial dans les autres cas. Le deuxième temps opératoire a consisté en une anastomose iléoanale dans 9 cas dont une par voie laparoscopique et en une anastomose iléorectale dans 10 cas. Le troisième temps (fermeture de l'iléostomie) a été pratiqué pour 9 patients.

Conclusion :

Malgré l'avènement de nouvelles molécules, l'indication de colectomie en matière de colite aiguë grave reste fréquente. Il s'agit d'une chirurgie lourde sur un terrain particulier. L'apport de la voie laparoscopique sur l'évolution postopératoire est indiscutable. Le retard de la chirurgie pourrait majorer les difficultés opératoires et multiplier donc le risque de complications.

P44. Résultats de la coelioscopie dans la prise en charge des cancers colorectaux.

Tarek Dhibet, Mohamed Amine ElGhali, Nawel Abdelwahed, Salsabil Nasri, Mohamed salah Jarrar, Fahmi Hamila.

Service de chirurgie générale et digestive. CHU Farhat Hached. Sousse

Introduction :

La faisabilité de la coelioscopie en matière de cancer colorectal n'est plus à démontrer. Dans notre pays l'abord coelioscopique des cancers colorectal est d'introduction relativement récente. Nous ne proposons dans ce travail de comparer les résultats à long terme de la chirurgie coelioscopique pour cancer colorectal

Matériel Et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 10 ans : de Janvier 2004 à décembre 2013. Ont été retenus les patients ayant eu une chirurgie curative d'un cancer colique ou rectal sans envahissement locorégional ou à distance. La survie globale et la survie sans récurrences ont été comparées entre le groupe de patients opérés par coelioscopie et le groupe de patients opérés par laparotomie.

Résultats

Sur 150 patients ayant une chirurgie à visée curative du colon et du rectum, 35 ont été opérés par coelioscopie.

Chez les patients opérés sous coelioscopie, l'âge moyen était de 57 ans avec un sexe ratio de 1,2. Le score OMS était inférieur ou égale à 1 chez 30 cas (85,8%).

4 cas de conversion pour difficultés opératoires et envahissement locorégional (11,4%) ont été notés.

La morbi- mortalité était de 24% et 8,5% dans le groupe coelio vs 16% et 5%.

A 2 ans de la chirurgie, 4 patients avaient présenté une lésion métastatique (12,5%) : 3 cas de métastases hépatiques et un seul cas de métastases pulmonaires. Un seul décès est survenu et était en rapport avec une carcinose péritonéale

La survie était de 89% dans le groupe coelio vs 80% dans le groupe laparotomie

A 5 ans de la chirurgie on a noté 4 décès dont 3 en rapport avec une récurrence tumorale. Chez les patients vivant on a noté 3 cas de métastases hépatiques, un seul cas de métastase pulmonaire, et un seul cas de carcinose péritonéale.

La survie à 5 ans était de 78% vs 72% dans le groupe laparotomie.

Discussion :

En concordance avec les données de la littérature, notre étude a montré une similarité des résultats de la coelioscopie et de la laparotomie. Cependant le pronostic global des cancers colorectaux dans notre série est meilleur aux résultats rapportés dans la littérature. Ceci suggère que les cancers colorectaux en Tunisie sont moins agressifs que dans les pays occidentaux.

Conclusion :

L'abord coelioscopique dans la chirurgie des cancers colorectaux doit être de plus en plus adopté dans notre pays.

P45. Les complications de la chirurgie coelioscopique de la cure des hernies de l'aine

Jallali M, Mahmoudi A, Zennati H, Korbi I, Toumi O, Nasr M, Nomene F, Zouari K

Service chirurgie générale CHU Monastir

Introduction

L'approche laparoscopique pour le traitement des hernies de l'aine fut une vraie révolution et, comme toute révolution, un mélange de progrès d'avances mais aussi de drames et de débats passionnels.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 23 patients traités par voie laparoscopique pour une hernie de l'aine selon le procédé TEP ou TAPP dans le service de chirurgie générale CHU Monastir et ce depuis février 1998 jusqu'à novembre 2002.

Résultats

Dans notre série, nous n'avons noté aucune complication anesthésique. La dissection de l'espace pré péritonéal s'est soldée d'une éfraction du péritoine dans un cas, un incident hémorragique grave par lésion du pédicule épigastrique dans un cas et une conversion pour des difficultés de dissection dans un cas. La durée moyenne de l'intervention était 88 min et la durée moyenne de l'hospitalisation de 3 jours. L'arrêt de travail prescrit était 21 jours avec un délai moyen avant la reprise de l'activité professionnelle était 36 jours avec des extrêmes allant de 7 à 120 jours. Nous avons constatés avec un recul de 4 ans un seul cas de récurrence.

Discussion

Le traitement des hernies de l'aine occupe la seconde place dans l'activité d'un service de chirurgie générale après les appendicectomies. Cette pathologie présente une fréquence et une incidence élevées dans toutes les tranches d'âge. Les exigences de cette chirurgie sont passées du simple renforcement pariétal à une prise en charge globale incluant l'analgésie, l'hospitalisation, l'activité professionnelle et les récurrences. L'aboutissement actuel de cette révolution est le recours à la cure par plaque par voie coelioscopique. Mais, il est indéniable que le développement de cette technique a été à l'origine de l'apparition des nouvelles complications.

Conclusion

En absence de supériorité établie de la laparoscopie nous avons pu conclure que cette voie d'abord ne peut pas être considérée comme la voie de référence pour le traitement chirurgical des hernies de l'aine en dehors des centres experts du fait du risque des complications viscérales et vasculaires rares

P46. Complications occlusives en rapport avec le diverticule de Meckel

Amine Fraj Daassa, Bacem Zaidi, Marouen Guizani, Aymen Kawech, Dalila Belgacem, Sofiane Banneni, Sami Ben Mbarek, Abdelwahab Morjane

Service de chirurgie générale –unité les Aghlabites hôpital ibn Eljazzar Kairouan

Introduction :

Le diverticule de Meckel est la persistance partielle du canal omphalomésentérique c'est l'anomalie congénitale la plus fréquente de tractus gastro-intestinal. On le rencontre dans 2 circonstances: fortuitement lors d'une intervention abdominale, ou en raison d'une complication: occlusion, péritonite, douleurs abdominales récidivantes.

Observation :

Patient âgé de 12ans sans antécédents pathologiques notables qui consulte pour douleurs abdominales généralisées avec arrêt des matières et des gaz et vomissement, sur le plan clinique il présente un teint infecté, une fièvre à 38.5 avec défense abdominale généralisée, l'ASP a montrée des niveaux hydro-aériques de type grelique d'où décision d'opérer le patient en urgence par voie médiane .

En per-opératoire découverte d'un volvulus d'une anse grélique sur diverticule de Meckel avec nécrose de celle-ci y compris la dernière anse iléale, on a fait une résection-anastomose. Les suites postopératoires étaient simples.

Discussion :

Au sein de vaste groupe des occlusions intestinales aiguës et subaiguës le diverticule de Meckel doit être discuté chez les sujets jeunes sans antécédents chirurgicaux. Il faudra différencier une découverte incidentale (Maladie de Cohn) d'une complication occlusive directe du diverticule de Meckel Qui nécessite un geste chirurgical urgent pour éviter de laisser évoluer un volvulus.

Conclusion :

Le diverticule de Meckel peut de multiples façons engendrer une occlusion intestinale aiguë. Bien que peut fréquent, ses manifestations pathologiques doivent être gardées à l'esprit, notamment devant un tableau abdominal aiguë de l'enfant ou du l'adulte jeune.

P47. Complications vasculaires des pancréatites aiguës : à propos de deux cas

Bouazzi.A, Ben Chikh Y, Farhat W, Abdelkafi A, Ben Mabrouk M, Mazhoud J, BenAli A
Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul SOUSSE

Introduction :

Les pancréatites aiguës sont la cause d'un large spectre de complications vasculaires. Les complications hémorragiques sont rares mais graves.

Matériel et méthodes :

Il s'agit de deux observations colligées sur une période de trois ans.

Observation 1 : patient âgé de 61 ans sans antécédents, hospitalisés pour une pancréatite aiguë stade E biliaire. L'évolution clinique et biologique était favorable. Le patient est mis sortant à j 18. Les suites étaient marquées par l'installation de douleurs abdominales après un mois de la poussée. Une TDM abdominale de contrôle a montré la présence d'un faux anévrisme de l'artère gastroduodénale. Le patient a eu une embolisation artérielle avec suites simples.

Observation2 : patient âgé de 28ans hospitalisé pour une pancréatite aiguë stade E biliaire. L'évolution était marquée par l'apparition à j35 de la poussée d'une hémorragie digestive haute en rapport avec une compression de la veine splénique par un faux kyste du pancréas. La réanimation a permis de stabiliser l'état hémodynamique du patient. Et le drainage radiologique du faux kyste a permis la décompression du faux kyste.

Discussion :

L'hémorragie est le plus souvent due à l'érosion des parois d'une artère péri pancréatique par des enzymes protéolytiques libérées par l'inflammation du pancréas. Il en résulte la formation d'un pseudoanévrisme qui peut se rompre secondairement. Un pseudokyste pancréatique peut également éroder une artère viscérale et se convertir en pseudoanévrisme. Elles concernent le plus souvent les artères splénique dans 60-65% des cas, la gastroduodénale dans 20-25% des cas, pancréatico-duodénale dans 10-15% des cas, l'hépatique commune dans 5-10% et la gastrique gauche dans 2-5% des cas. La TDM abdominale permet le diagnostic précis en identifiant le siège de la lésion. La radiologie interventionnelle a la première place dans la gestion thérapeutique de ces complications.

Conclusion :

Les complications hémorragiques des pancréatites aiguës sont rares mais leur taux de mortalité est élevé. Le scanner est sensible et précis pour la détection de ces complications: L'embolisation artérielle est le traitement de choix réduisant de manière significative les taux de morbidité et de mortalité .

P48. Contribution de la laparoscopie dans la gestion des plaies de la paroi abdominale par arme blanche

Rjeb A, Attaoui MA, Karouia S, Heni S, Saamali I, Mkhinini w
Service de Chirurgie général. Hôpital régional de Zaghouan

Introduction :

L'exploration chirurgicale systématique chez les blessés par arme blanche de la paroi abdominale conduit à une laparotomie inutiles dans 20% à30%.

But :

L'objectif de cette étude est d'essayer de déterminer la valeur de la laparoscopie dans la gestion de ces patients ayant un état hémodynamique stable dans le service de chirurgie générale de Zaghuan.

Patients et méthodes :

14 patients ont subi une laparoscopie pour plaie abdominale. La laparoscopie a révélé 11 plaies pénétrantes. 5 laparotomies ont été réalisées sur les 11 plaies pénétrantes pour de lésions multiples de type perforation du tube digestive. Deux patients ont eu un geste d'hémostase par électrocoagulation avec pose de Surgicel pour plaie du foie et aucune lésion intra-abdominale n'a été trouvée chez les 4 autres cas.

Il n'y avait aucune mortalité ou de morbidités sur ajoutés liées à la laparoscopie. Aucune lésion n'a été manquée à la laparoscopie.

La laparoscopie a évité une laparotomie inutile dans 9 cas parmi 14.

Conclusion : Ceci suggère que la cœlioscopie est une méthode fiable pour la prise en charge des blessés par arme blanche de la paroi abdominale

P49. Corps étranger intra-rectal a propos de deux cas

Ahmed Turki, Nizar Kardoun, Haytham Rejab, Housseem Harbi, Mohamed Ben Amar, Rafik Mzali
Service de Chirurgie Générale. CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction

L'introduction de corps étrangers (CE) par l'anus est un phénomène bien décrit dans le monde du plaisir sexuel qui reste une curiosité et un tabou. Des objets peuvent être introduits dans le rectum à des fins thérapeutiques, sexuelles (érotisme anal ou agressions sexuelles), par trouble du comportement, ou plus rarement, lors de circonstances accidentelles. On discutera à partir de ces deux observations les circonstances de survenu, les moyens diagnostiques et les particularités thérapeutiques.

Matériel et méthodes

Un patient âgé de 69ans asthmatique, s'est présenté aux urgences pour une sub-occlusion. L'examen trouvait un patient en BEG, apyrétique avec un abdomen souple non distendu. Le TR percevait l'extrémité distale d'un objet dur qui venait buter contre l'excavation sacrée. L'ASP permettait de visualiser un CE, un verre, se projetant au niveau du pelvis. Le deuxième patient âgé de 29ans sans antécédents, s'est présenté en vue de traiter une crise hémorroïdaire. L'examen proctologique ne trouve pas d'hémorroïdes. Le toucher rectal percevait l'extrémité distale d'un CE. L'ASP a objectivé une bouteille se projetant au niveau du pelvis.

Résultat

Pour le 1er cas l'extraction par voie basse à l'aide d'une pince sous sédation, en position de taille périnéale a été échoué avec comme accident une cassure du verre. La conversion par voie médiane trouve une migration du CE au niveau sigmoïde avec une perforation centimétrique en regard. Une suture simple a été réalisée. Le patient était décédé à j03 post opératoire par détresse respiratoire. Pour le 2ème patient une extraction manuelle a été faite sous sédation. L'évolution était sans particularités. Le patient était déclaré sortant le lendemain.

Discussion

Les patients se présentent souvent aux urgences plusieurs heures après l'insertion du corps étranger.

Les principaux motifs sont la rectorragie et la douleur abdominale aigüe ou persistante associée à un syndrome occlusif. Un TR vérifie l'intégrité anorectale et peut retrouver le CE. Si l'objet est radio-opaque, le diagnostic est confirmé à l'ASP. Des succès d'extraction par voie basse ont été rapportés mais certains facteurs comme la taille, la forme et la migration des CE peuvent rendre difficile la recherche et l'extraction par voie basse. En cas d'échec, une laparotomie s'avère nécessaire pour repousser l'objet vers l'ampoule rectale sans ouvrir le colon. Néanmoins une colostomie est justifiée en cas de péritonite.

Conclusion

Si les CE colorectaux introduits par voie anale sont des événements banals et que leur diagnostic est relativement facile une prise en charge rapide et rigoureuse permet d'éviter de graves complications.

P50. Corrélation endoscopie-constatations per opératoires au cours des cancers colorectaux

Ouni A, Ben Hmida S, Ghouaiel F, Abbassi I*, Baraket O*, Cheikh I

Service de gastroentérologie CHU Habib Bougatfa-Bizerte

* Service de chirurgie viscérale CHU Habib Bougatfa-Bizerte

Introduction :

Le diagnostic des CCR se fait souvent, en dehors des complications, par l'endoscopie digestive. Le but de notre étude est d'évaluer la corrélation entre l'aspect endoscopique et les constatations per-opératoires au cours des CCR.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective durant la période 2011-2016 incluant tous les patients <50 ans ayant une coloscopie montrant un aspect d'un CCR confirmé par des biopsies, et qui ont eu un geste chirurgical curatif ou palliatif. Les paramètres étudiés sont le siège de la tumeur, l'aspect sténosant et les lésions coliques synchrones.

Résultats :

23 patients sont colligés (âge moyen =42 ans [22-50], sexe ratio H/F=10/13). L'aspect à la coloscopie est dans 17 cas ulcéro-bourgeonnant et 6 bourgeonnant dont 13 sténosants dominés par la localisation au niveau de la charnière (n=7). Le siège de la tumeur est dominé par la charnière (11) et le rectum (6). Les 23 coloscopies sont totales sans lésion synchrone décelable. En per-opératoire, les constatations sont les mêmes dans 100% des cas, mais sans lésion sténosante objectivée.

Conclusion :

Notre étude montre une bonne concordance entre l'aspect endoscopique et les constatations chirurgicales concernant le siège et la détection des lésions synchrones des CCR, contrairement à l'aspect sténosant.

P51. Corrélation endoscopie - imagerie au cours des cancers colorectaux

Ouni A, Ben Hamida S, Ghouaiel F, Abbassi I*, Ganzoui.I**, Cheikh I

Service de gastroentérologie CHU Habib Bougatfa-Bizerte

* Service de Chirurgie générale CHU Habib Bougatfa-Bizerte

** Service de radiologie CHU Habib Bougatfa-Bizerte

Introduction :

Le diagnostic des CCR se fait souvent, en dehors des complications, par l'endoscopie digestive. Un bilan d'extension locorégional et à distance par une imagerie est indispensable pour la décision thérapeutique. Le but de notre étude est d'évaluer la corrélation entre l'endoscopie et la radiologie au cours des CCR.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective durant la période 2011-2016 incluant tous les patients <50 ans bénéficiant d'une coloscopie montrant un aspect d'un CCR confirmé par un examen anatomopathologique, et qui ont eu une TDM abdomino-pelvienne. Les paramètres étudiés sont le siège des tumeurs, l'aspect sténosant et les lésions coliques synchrones.

Résultats :

24 patients sont colligés (âge moyen =42 ans [22-50], sexe ratio H/F=10/14). Les 24 coloscopies et scanners ont montré tous un aspect de processus bourgeonnants, de sièges concordants, dominés par la charnière (11) et le rectum (6). 13 lésions sont sténosantes à la coloscopie (charnière=7) sans lésions synchrones associées. Par contre la TDM n'a montré aucune tumeur sténosante, avec une lésion synchrone dans un cas.

Conclusion :

Notre étude montre une bonne corrélation entre l'endoscopie et l'imagerie concernant le siège, l'aspect des CCR et la détection des lésions synchrones. Par contre aucune concordance concernant l'aspect sténosant.

P52. Complication rare d'une sigmoïdite diverticulaire

Feriani.N, Karouia S, Messoudi S, Attaoui MA, Heni S, Saamli I, Mkhinini W

Service de chirurgie général. Hôpital régional de Zaghuan

Introduction :

Les abcès hépatiques sont de diagnostic aisé, ceci appelle aux explorations morphologiques, notamment l'échographie et le scanner abdominal, ce dernier a l'avantage de pouvoir guider un éventuel drainage radiologique qui constitue actuellement la clé du traitement des abcès hépatiques, laissant la chirurgie aux cas d'abcès hépatiques avec échec ou non disponibilité de la radiologie interventionnelle.

Observation :

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 72 ans hospitalisé en urgence dans notre service avec le diagnostic de Kyste hydatique infecté du foie. Opéré après 24heures d'antibiothérapie. La laparotomie avec échographie per opératoire ne trouve pas de kyste hydatique mais plutôt d'un abcès hépatique. Il a été réalisé un drainage de l'abcès avec mise en place d'un système de drainage dans la cavité de l'abcès. La recherche étiologique avait conclu à une sigmoïdite diverticulaire objectivée par un scanner abdomino-pelvien fait en post-opératoire immédiat. L'évolution était favorable avec disparition de l'abcès hépatique et de l'inflammation sigmoïdienne sur les scanners de contrôle. L'attitude face à la diverticulose sigmoïdienne était l'abstention et la surveillance.

Conclusion :

Dans la majorité des cas, les abcès hépatiques sont secondaires à un foyer septique hépatobiliaire, mais l'origine reste parfois indéterminée.

P53. Cure coelioscopique par prothèse biface d'une rupture diaphragmatique gauche associée à une large hernie hiatale

Asma kamoun, Mohamed Amine Elghali, Asma Sghayer, Salsabil Nassri, Mohamed Salah Jarrar, Fahmi Hamila, Rached Letaief
Service chirurgie générale CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

L'association d'une volumineuse hernie hiatale et une rupture diaphragmatique peut poser des difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Observation :

Patient âgé de 50 ans ayant des douleurs épigastrique et basi-thoracique depuis plusieurs années. L'interrogatoire retrouve un traumatisme ancien au volon de sa voiture.

La FOGE et TOGD fait ont montrés une hernie hiatale par roulement.

Une TDM a montré un aspect d'une HH par roulement compliquée d'un volvulus gastrique incomplet.

Devant le doute diagnostic entre une éventration diaphragmatique et une HH une IRM a montré une large rupture de la partie moyenne et postérieure du diaphragme gauche avec hernie par roulement de l'estomac qui est de situation intra-thoracique.

L'exploration coelioscopique a retrouvé une large hernie hiatale associé à une rupture diaphragmatique. Les deux orifices étaient séparés par une fine collerette diaphragmatique. Une prothèse biface à été étalé sur la solution de continuité diaphragmatique et le large orifice hiatale après avoir laissé un orifice pour le passage de l'œsophage. Une fundoplicature type Nissen a été également réalisée. Les suites opératoires étaient simples

Conclusion

Les cures des volumineuses ruptures diaphragmatique post traumatique nécessitent un renforcement prothétique. Ceci est facilité par l'abord coelioscopique et l'utilisation de plaque biface. L'association de cette rupture à une hernie hiatale large et proche de la solution de continuité diaphragmatique nous a incité a fermer les deux orifices par la même prothèse. Les résultats à un an de cette technique sont favorables

P54. Cure laparoscopique des hernies de l'aine par approche transabdominale préperitonéale (TAPP) : aspects techniques, indications et résultats

Memai L

Service de chirurgie, EPH Kaïs, Khenchela

La hernioplastie transabdominale préperitonéale (TAPP) consiste à insérer un renfort prothétique par voie laparoscopique dans l'espace préperitonéale. Cette technique bénéficie des avantages de la chirurgie minimale invasive, respecte le principe de « tension free», et utilise la pression intra-abdominale pour appliquer la prothèse contre la paroi.

La préparation et la position du patient et du matériel, le choix des instruments, ainsi que le mode d'anesthésie sont détaillés. Les points techniques de cette intervention chirurgicale sont présentés étape par étape avec des vues per opératoires explicites : exposition et exploration, incision péritonéale, dissection préperitonéale, dissection du sac herniaire, mise en place de la prothèse, fixation, fermeture du péritoine.

Toutes les variétés anatomocliniques de hernies de l'aine peuvent être traitées par voie TAPP, mais les meilleurs indications sont représentées par : les hernies récidivées, bilatérales, chez l'obèse, et en cas d'association à une pathologie dont la prise en charge est laparoscopique, notamment la cholécystectomie.

Les résultats de plusieurs études et de méta-analyses ont montré que les voies laparoscopiques étaient les techniques les moins douloureuses à court et à long terme, et autorisant la reprise d'activité la plus précoce.

Les complications postopératoires et le taux de récurrence sont directement fonction de la courbe d'apprentissage, et ils rejoignent les taux de la réparation prothétique par voie conventionnelle.

La voie d'abord transabdomino-preperitoneale (tapp) est une intervention parfaitement codifiée. Sa morbidité faible, surtout liée à la courbe d'apprentissage. Sa reproductibilité est excellente, mais semble plus difficile que les techniques chirurgicales de réparation herniaire par approche antérieure. Elle nécessite une parfaite connaissance anatomique de la région inguinale postérieure.

P55. Cystadénome hépatique : le besoin d'un traitement radical

H.Zenati, A.Chaka, I.Korbi, O.Toumi, M.Nasr, F.Noome, K.Zouari

Service de chirurgie générale, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les cystadénomes hépatiques sont des tumeurs rares survenant le plus souvent chez la femme d'âge moyen. Souvent asymptomatiques, leur diagnostic repose sur la radiologie et surtout sur l'examen anatomopathologique qui recherche en outre des foyers de dégénérescence. Ce type de lésion justifie un traitement chirurgical radical, même en absence d'arguments en faveur de la malignité.

Observation :

Une patiente âgée de 22 ans, sans antécédents notables, issue d'un milieu rural et ayant un contact avec les animaux, qui a été opérée il y a 4 mois dans un hôpital régional à tort pour kyste hydatique du foie, mais en peropératoire vu l'aspect, il n'a pas été réalisé de geste. Elle nous a été adressée 4 mois après pour PEC devant l'apparition progressive d'une douleur épigastrique et de l'HCD, associé à des vomissements avec augmentation de volume de l'abdomen, sans ictère ni fièvre. La biologie hépatique était normale. L'échographie abdominale objectivait une cavité liquidienne cloisonnée du dôme hépatique de 19*12cm. La tomographie abdominale avait objectivé une masse kystique multiloculaire de 25X13 cm avec des cloisons épaisses de 3 à 5 mm de diamètre évoquant un kyste hydatique de type III ou un cystadénome biliaire. L'IRM abdominale a objectivé une masse kystique cloisonnée bien limitée du foie droit mesurant 23X23X21 cm en hypersignal homogène T2, hyposignal T1 avec des cloisons non rehaussées après injection de Gadolinium, aspect en faveur d'un cystadénome hépatique. La sérologie hydatique était négative, les CA19-9 étaient à 497,8UI/ml. Il a été réalisé dans un premier temps une ligature portale droite à fin d'entraîner une hypertrophie compensatrice du foie gauche en vue d'une résection hépatique droite. Lors de la deuxième opération, il a été réalisé une kystectomie subtotale, avec coagulation de la partie résiduelle, en raison des adhérences entre le kyste et les structures vasculaires cavo-sushépatiques. L'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic de cystadénome hépatique. Les suites opératoires étaient simples et avec un recul de trois ans, il n'a pas été noté de récurrence.

Conclusion :

Le cystadénome biliaire intrahépatique est une tumeur rare, de symptomatologie non spécifique, de biologie muette et de diagnostic difficile. L'aspect en imagerie, confronté aux données clinique et biologique, permet le plus souvent d'orienter le diagnostic, mais la confirmation est histologique. Le risque de transformation maligne et de récurrence fait que le traitement de choix repose sur la résection chirurgicale complète.

P56. Cystite à éosinophile pseudo-tumorale : à propos d'un cas

Mnasser A, Mabrouk A, Zakhama W, Manita M, Binous MY

Service d'Urologie; CHU Mahdia

Introduction : La cystite à éosinophiles est une pathologie inflammatoire rare de la paroi vésicale dont la physiopathologie reste obscure. Depuis la première description en 1960, une centaine de cas ont été publiés, dont 20 formes pseudo tumorales. Elle présente un diagnostic différentiel rare du cancer de la vessie.

But : préciser les difficultés diagnostic et thérapeutique de cette pathologie ainsi que les facteurs pronostic et les modalités thérapeutiques.

Observation : Patient âgée de 38 ans sans antécédents d'allergie ni chirurgie vésicale qui consulte pour hématurie totale récidivante. L'examen clinique est sans particularité. Au toucher rectal le plancher vésical est souple. A la NFS on a mis en évidence une hyperéosinophilie. Exploré par échographie puis par uroscanner qui a mis en évidence une masse tissulaire bilobée hétérogène un empassement de la paroi vésicale sans retentissement sur le haut appareil urinaire. La cystoscopie a mis en évidence on a procédé à une résection endoscopique de la tumeur.

A L'examen histologique on a mis en évidence L'étude anatomopathologique et immuno-histochimique concluent à une cystite à éosinophile avec infiltration des couches de la paroi vésicale par des éléments inflammatoires au sein desquels prédominent les cellules éosinophiles, associé à un taux élevé d'IgE et d'IgA dans les cellules infiltrant la paroi.

Le dosage sanguin des IgE a montré un taux de huit fois le taux normal. Les tests allergologiques n'ont pas mis en évidence un allergène incriminé.

Le patient n'a pas présenté de récurrence après un suivi de 12 mois.

Conclusion : La cystite à éosinophiles à forme tumorale est une pathologie exceptionnelle qui rentre dans le cadre des diagnostics différentiels du cancer de vessie. Le diagnostic positif n'est possible qu'après examen histologique. Elle survient le plus souvent sur un terrain atopique ou chez des patients présentant une irritation vésicale chronique. L'évolution se fait vers l'extension des lésions à l'ensemble de la vessie mais également aux structures de voisinage. La fréquence des récurrences et la tendance à la chronicité imposent un suivi rapproché. Le traitement est médical de première intention (corticoïdes, AINS, immunosuppresseurs), associé à une résection endoscopique des lésions. En cas d'échec, la cystectomie totale semble une alternative préférable à une chirurgie partielle.

P57. Dé gastro-gastrectomie pour adénocarcinome antral sténosant après réponse au traitement néoadjuvant

Maamouri S, Belhadj A, Saidani A, Bouchrika A, Mannai S, Houissa H

Service de Chirurgie Générale. Hôpital Mahmoud El Matri. Ariana

Introduction

L'adénocarcinome gastrique demeure un cancer de mauvais pronostic. Le seul traitement curatif est chirurgical. La chimiothérapie néoadjuvante permet dans des cas particuliers d'améliorer le pronostic de ces cancers

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59ans, ASA I exploré pour une sténose digestive haute en rapport avec un adénocarcinome peu différencié de l'antrum gastrique sténosant.

Le bilan d'extension ne retrouve pas de métastases à distance, et objective une tumeur localement avancée. Le patient avait initialement eu une gastro-entéro-anastomose par voie laparoscopique suivie de quatre cures de chimiothérapie à base de FOLFOX. L'évolution était marquée par une nette amélioration de l'état général avec une prise pondérale chiffrée à 13 kilos en 6 mois. Un scanner d'évaluation en fin de chimiothérapie retrouve une bonne réponse surtout ganglionnaire. L'indication opératoire était alors posée. Il lui a été réalisée une dégastro-gastrectomie subtotale avec rétablissement de la continuité digestive par une anastomose gastro-jéjunale sur une anse montée en Y. Les suites opératoires étaient simples. L'examen de la pièce avait conclu à un ADK moyennement différencié classé ypT3N1(2N+/25N).

Actuellement on est à 3 mois post opératoire, le patient est sous chimiothérapie et ne présente pas de récurrence tumorale.

Discussion

Les cancers gastriques localement avancés posent un problème thérapeutique.

Se pose alors la question de la balance du bénéfice-risque des résections élargies.

Une chimiothérapie première pourrait permettre une diminution de la masse tumorale et améliorer ainsi la résecabilité. Selon l'étude MAGIC, la chimiothérapie préopératoire a permis un down staging tumoral améliorant significativement la résecabilité des tumeurs en situation R0. Les résultats de la survie globale et la survie sans récurrence sont aussi en faveur du traitement périopératoire.

Nous insistons sur les schémas thérapeutiques qui doivent être établis en réunion de concertation pluridisciplinaire impliquant chirurgiens – gastrologues – chimiothérapeutes et radiologues. Tel est le cas de notre malade chez qui on a opté pour une chimiothérapie première précédée d'une GEA laparoscopique pour pallier à la sténose permettant ainsi une réhabilitation précoce

Conclusion

A travers cette observation nous avons voulu montrer une évolution particulièrement favorable sous chimiothérapie néoadjuvante d'un adénocarcinome antral sténosant

P58. Diagnostic différentiel d'un kyste hydatique du dôme hépatique ouvert dans le thorax

Anis Kerkeni, Mohamed Sadok Boudaya, Sami Daldoul, Yacine Ben Safta, Aymen Mabrouk, Mounir Ben Moussa

Service de Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Introduction :

L'ouverture du kyste hydatique du foie dans le thorax est une complication rare de cette parasitose. Le diagnostic est basé sur des éléments cliniques et radiologiques.

Observation

clinique

Patient âgé de 13 ans qui présente depuis 2 mois des douleurs thoraciques droites et de l'hypochondre droit. Les explorations radiologiques avaient conclu à un kyste hydatique du dôme hépatique ouvert dans le thorax. Il a été opéré par une thoracotomie qui a découvert qu'il s'agissait plutôt d'une dilatation de bronche basale droite sur un corps étranger en plastique. Le diaphragme était intact. Il a été réalisée une bilobectomie. Les suites étaient simples. L'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic de surinfection de DDB.

Discussion :

Le polymorphisme radiologique des kystes hydatiques du foie rend le spectre des diagnostics différentiel très large mais impose une étude très minutieuse des images radiologiques car la sanction thérapeutique est très différente.

Conclusion :

La surinfection d'une dilatation des bronches basales peut faire le change avec le diagnostic d'un kyste hydatique du foie ouvert dans le thorax.

P59. Différents modes de révélation du diverticule de Meckel chez l'adulte

Moez R, Atef M, Med Firas A, Habib E

Service de chirurgie viscérale et digestive, Hôpital Jendouba

Introduction :

Le diverticule de Meckel (DM) l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus gastro-intestinal. Le diagnostic préopératoire est souvent difficile car dans la plupart des cas, le diverticule de Meckel reste le plus souvent asymptomatique. Le diagnostic positif est porté fortuitement ou lors de la survenue de complications.

Observation 1:

M A.M de 25 ans était hospitalisé en urgence pour rectorragies et asthénie d'apparition récente. Il n'avait aucun antécédent notable et ne prenait aucun traitement médicamenteux. A l'examen clinique, on notait une pâleur ; la palpation abdominale était normale, le toucher rectal objectivait du sang rouge. L'état hémodynamique était conservé. L'hémoglobine était à 7,5 g/dl avec un VGM à 72 μ 3, les globules blancs à 8800/ml, les plaquettes à 213 000/ml. L'endoscopie digestive haute et la coloscopie ne montraient aucune lésion. L'évolution était marquée par la persistance du saignement actif. Le patient a été opéré en urgence par voie médiane. L'exploration trouve un saignement en rapport d'un diverticule de Meckel situé à 60 cm de la valvule de Bauhin. Il était réalisé une résection segmentaire de 10 cm d'intestin grêle et une appendicectomie ; les suites opératoires étaient simples.

Observation 2:

Il s'agissait d'une adolescente de 19 ans, admise pour douleurs abdominales aiguës associées à des vomissements. À l'admission, elle présentait une altération de l'état général avec des signes de déshydratation, un météorisme abdominal intéressant surtout la partie supérieure de l'abdomen, une tuméfaction de la fosse iliaque droite et une défense péri ombilicale. Les orifices herniaires et les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait de multiples images de niveaux hydro-aériques de type grêle. Une TDM abdominale a montré un aspect en faveur d'une invagination iléo iléale avec des anses dilatées en amont. Une laparotomie exploratrice en urgence permettait de mettre en évidence, à environ 1 m de la jonction iléocœcale, une invagination iléo-iléale. Une désinvagination avait permis de découvrir un diverticule quimesure environ 10 cm. Il était situé sur le bord anti mésentérique du grêle. L'anse invaginée ainsi que le diverticule étaient sphacelés. Une résection iléale emportant le diverticule et la portion d'anse non viable avait été pratiquée, suivie d'une iléostomie. Le rétablissement de la continuité a été réalisé quatre semaines plus tard. Les suites opératoires étaient simples.

Observation 3:

M A .K âgé de 32 ans sans antécédents notable consultes pour des abdominales diffuses d'apparition brutale. L'examen montrait une température à 38,5° C, une tachycardie à 110/min et une défense abdominale généralisée. La numération montrait une hémoglobine à 11,7 g/dl, des globules blancs à 17 500/mm³ et des plaquettes à 307 000/ml. L'examen de la cavité abdominale lors de la laparotomie confirmait une péritonite purulente liée à la perforation d'un diverticule de Meckel situé à 60 cm de la valvule de Bauhin. Il était réalisé une résection segmentaire de 10 cm d'intestin grêle et une appendicectomie ; les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Le diverticule de Meckel (DM) est due à la persistance du canal omphalo-mésentérique sous forme d'un sac relié à l'ombilic.. Il est rare et rencontré entre 2 à 4% de la population avec une légère prédominance masculine. Le diagnostic positif est souvent difficile car dans la plupart des cas, le diverticule de Meckel reste le plus souvent asymptomatique et n'est diagnostiqué que fortuitement ou lors de la survenue de complications telles que l'hémorragie digestive, l'occlusion intestinale, l'invagination intestinale, la diverticulite, la perforation et la dégénérescence tumorale. Ces complications sont fréquentes chez l'enfant et rares chez l'adulte. La survenue des complications est en fonction de l'âge, du sexe, de la taille et de la base d'implantation du DM et de la présence d'hétérotopie. Caractérisé par une grande latence clinique, le DM se révèle en cas de complication par un abdomen aigu. Les examens radiologiques avancés ne contribuent au diagnostic que dans 30 % des cas. La laparoscopie est d'un grand apport d'un point de vue diagnostic et thérapeutique. La prise en charge constitue essentiellement à une résection segmentaire du Diverticule de Meckel. L'évolution est dotée d'une morbidité immédiate de 12-20% et d'une mortalité de 2-15 %.

Conclusion :

Les complications du diverticule de Meckel sont rares. Les signes cliniques sont atypiques, sources d'errance diagnostique. Les progrès réalisés en matière d'imagerie médicale ont permis dans plusieurs études une meilleure approche du diagnostic. Le traitement idéal de cette entité reste un abord chirurgical par voie laparoscopique.

P60. Diverticule de Meckel compliquée chez l'adulte. A propos de Huit cas.

Rjeb A, Attaoui MA, Karouia S, Heni S, Saamali I, Mkhinini W
Service de Chirurgie Générale. Hôpital régional de Zaghwan

Introduction :

Le diverticule de Meckel (DM) est la persistance partielle du canal omphalomésentérique. Ses complications sont rares. Le diagnostic est le plus souvent per opératoire.

But : le but de notre étude est de décrire les complications du diverticule de Meckel chez l'adulte dans le service de chirurgie générale de Zaghouan.

Méthodes : on a réalisé une étude rétrospective sur une période de 03 ans allant de janvier 2008 à décembre 2015, portant sur les dossiers des patients âgés de plus de 15 ans ayant présenté un DM compliqué.

Huit cas ont été colligés.

Nous avons exclu les diverticules de Meckel asymptomatiques, de découverte fortuite et peropératoire.

Résultats :

L'incidence annuelle est de 1cas / an.

L'âge moyen des patients était de 50.87 ans.

Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 3.

Le diagnostic préopératoire du diverticule de Meckel compliqué n'était évoqué en aucun cas, Le diagnostic était celui d'une occlusion intestinale dans 5 cas, une appendicite aiguë dans deux cas, une incarceration d'une hernie inguinale dans un cas.

Dans tous les cas, c'est l'exploration chirurgicale qui a permis de confirmer le diagnostic d'un diverticule de Meckel compliqué.

La voie d'abord était : médiane dans 5 cas, Mac Burney dans 1 cas, inguinal dans 1 cas et laparoscopique dans 1 cas. Tous les DM avaient été résectionnés dont 7 résections segmentaires iléales emportant le DM avec anastomoses terminotermiales et une résection cunéiforme.

L'examen histologique a montré une diverticulite dans deux cas et absence d'hétérotopie.

Les suites opératoires ont été simples dans tous les cas.

Conclusion :

Les complications du diverticule de Meckel sont rares. Le diagnostic préopératoire est difficile. Le traitement est essentiellement chirurgical.

P61. Le diverticule de Meckel hémorragique : à propos de un cas

Trimech W, Ammar H, Ayed M, Zouari I, Jmaa Y, Nasr M, Korbi I, Toumi O, Noomen F, Zouari.K

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

L'hémorragie digestive basse causée par un diverticule de Meckel est rare chez l'adulte mais peut menacer la vie du patient. Les méthodes diagnostiques classiques, telles que la scintigraphie, le transit du grêle et l'angiographie, bien que très performantes, n'ont pas une sensibilité de 100 %. En cas de suspicion diagnostique, la laparoscopie peut apporter la confirmation et le traitement de cette pathologie.

Nous rapportons le cas d'une hémorragie digestive basse de grande abondance chez un jeune de 29 ans dont la cause est un diverticule de Meckel hémorragique.

Observation :

Patient âgé de 29 ans, aux antécédents des épisodes de rectorragies négligés, a consulté pour des rectorragies survenue le jour même. L'examen clinique a objectivé du sang rouge au TR, une TA à 120/100 mm Hg et un pouls à 120. Le taux d'hémoglobine était à 11,3 g/dl. Le patient a été hospitalisé au service de réanimation chirurgicale où on a entamé le bilan étiologique. En effet, la FOGD était sans anomalie et l'angioscanner abdominale a objectivé un saignement actif au niveau d'une anse grêle pelvienne.

Devant la récurrence des rectorragies, l'altération rapide de l'état hémodynamique et la déglobulisation la décision d'opérer le patient a été prise. Une laparotomie médiane a été réalisée. L'exploration per-opératoire trouve un diverticule du Meckel hémorragique situé à 80 cm de la valvule iléo-caecale. Présence de sang dans le grêle jusqu'à 30 cm en amont du diverticule, au niveau du grêle d'aval et du cadre colique. Le patient a bénéficié d'une résection grêlique emportant le diverticule avec anastomose latéro-latérale. Les suites opératoires étaient simples. Le patient a rétabli le transit et a commencé le régime liquide à J 3 post opératoire.

Conclusion :

Les manifestations hémorragiques du diverticule de Meckel sont parfois spectaculaires : hémorragies basses, abondantes avec déglobulisation et état de choc, pouvant menacer à court terme le pronostic vital. En situation d'urgence, lors d'une hémorragie digestive basse chez l'adulte, le diverticule de Meckel doit faire partie des diagnostics étiologiques.

P62. Diverticule duodénal perforé

Mahjoubi F, Rebi S, Hajri M, Guizani R, Benzarti Y, Saadi H, Zenaidi H, Zoghalmi A

Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

Le diverticule duodénal est dû généralement à une hernie de la muqueuse sans participation des fibres musculaires. Sa localisation la plus fréquente au niveau du tube digestif après le côlon est le duodénum. Son incidence est de 22%. Il est asymptomatique dans la plupart des cas et découvert fortuitement à la suite d'une endoscopie digestive ou d'un examen scannographique. Les complications qui peuvent survenir sont l'inflammation (diverticulite et perforation), l'obstruction (Cholédoque, canal pancréatique et duodénum), le saignement, le syndrome de l'anse borgne et l'étranglement. La perforation est la complication la plus rare mais la plus grave associée à un taux de mortalité de 20%. Le traitement chirurgical est indiqué mais d'autres options ont été décrites comme le traitement médical ou endoscopique.

Observation :

Patient âgé de 92 ans aux antécédents d'insuffisance coronaire sous traitement anticoagulant et antiagrégant plaquettaire, hospitalisé dans un tableau de douleurs abdominales diffuses. A l'examen, il présentait une sensibilité abdominale diffuse avec un toucher rectal normal et une température à 37°C. A la biologie, la CRP est élevée à 204 mg/l et les globules blancs étaient à 4300 elt/mm³. Un scanner abdominal fait en urgence a montré un pneumo-rétro-péritoine abondant en rapport avec un diverticule se développant au dépend du bord interne du troisième duodénum qui était perforé avec extravasation minimale du produit de contraste à ce niveau et sans signe de diffusion péritonéale. Du fait de l'âge avancé, des antécédents pathologiques du patient et de la précocité du diagnostic, la décision était de surseoir à tout geste chirurgical et un traitement médical a été institué. Ce traitement a associé une diète absolue, une alimentation parentérale et une antibiothérapie intraveineuse à large spectre (Ertapénem).

L'évolution a été favorable. Le patient a été mis sortant à J09 d'hospitalisation.

Conclusion :

La perforation d'un diverticule duodénal est une complication rare mais grave dont le diagnostic clinique est difficile nécessitant l'apport de la tomodensitométrie. Le traitement de référence est chirurgical et le traitement médical peut être envisagé si l'état du patient est conservé et en absence de signes de gravité.

P63. Diverticule de l'urètre chez l'homme : a propos de trois cas et revue de la littérature

Nidhal Ati, Badereddine Ben Khelifa, Sahbi Naouar, Hamza Bousaffa, Mohamed Amri, Braiek Salem, Elkamel Rafik

Service d'urologie, Hôpital Ibn Eljazzar Kairouan

Le diverticule de l'urètre est une entité rare chez la population masculine. Il s'agit d'une dilatation sacculaire de l'urètre qui est en communication avec la lumière urétrale par un orifice discret. A travers ces trois observations, nous envisageons les aspects épidémiologiques, étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie rare. Les auteurs rapportent trois cas de diverticule de l'urètre ; un patient âgé de 39 ans porteur de diverticule acquis de l'urètre et deux patients âgés de 20 et 27 ans porteurs de diverticule congénitale de l'urètre. La localisation au niveau de l'urètre antérieur a été observée chez les trois patients. Le diagnostic est confirmé par l'examen clinique montrant une tuméfaction urétrale dont la pression fait sourde d'urine et à l'uréthrocystographie retro grade (UCR) objectivant une image d'addition ovaire appendue à l'urètre, de taille variable. Le traitement a été basé sur la résection du diverticule et urétrorraphie en un seul temps avec bonne évolution post opératoire. Le diverticule urétral est une pathologie rare. Il se caractérise par un polymorphisme clinique. Le diagnostic repose sur l'urétrographie mictionnelle. Le traitement est le plus souvent chirurgical. L'évolution sous traitement reste favorable.

P64. Traitement chirurgical de la maladie diverticulaire colique gauche compliquée. A propos d'une série de 34 cas

Kellil Tarek, Omar Toumi, Houssein Ammar, Kallel Yessine, Wided Trimech, Amina Chaka, Ibtissem korbi, Mohamed Nasr, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale et digestive. Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Le risque évolutif de la diverticulose colique est la survenue des complications surtout infectieuses. Ces complications constituent une urgence diagnostique et thérapeutique.

A long terme, les diverticules peuvent se manifester par des complications chroniques dont la sténose et la fistule.

Le but de ce travail est de préciser les caractéristiques cliniques, les moyens diagnostiques et les modalités de la prise en charge de la diverticulite colique gauche et d'évaluer les résultats à court et à long terme des différentes modalités thérapeutiques.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive à propos de 34 cas de diverticuloses coliques gauches compliquées, colligées au service de chirurgie générale de Monastir, sur une période de 23 ans allant de Janvier 1990 à Décembre 2013.

Résultats :

Nous avons colligé 20 hommes et 14 femmes. L'Age moyen de nos patients était de 61,1 ans.

Le diagnostic de sigmoïdite aiguë non compliquée a été porté quatre fois. Le traitement médical avait permis la résolution de la poussée infectieuse dans les quatre cas. Une sigmoïdectomie idéale a été pratiquée chez deux patients aux antécédents de poussées itératives.

Quatre patients ont eu une antibiothérapie pour abcès péri-diverticulaires. Ce traitement était efficace chez un seul patient. Les trois autres ont eu une sigmoïdectomie en urgence sans rétablissement immédiat de la continuité digestive.

Le drainage radiologique a été pratiqué chez cinq patients ayant un abcès péri-diverticulaire. Ce drainage a été efficace chez quatre patients dont trois ont eu une sigmoïdectomie prophylactique ultérieure. Ce traitement percutané a échoué chez un patient et une sigmoïdectomie avec une colostomie à la Hartman a été préconisée.

Onze patients ont été opérés en urgence. En per-opertoire, on avait noté six péritonites purulentes, deux péritonites stercorales et trois abcès pelviens. Une sigmoïdectomie sans rétablissement immédiat de la continuité a été réalisée dans neuf cas. Une toilette péritonéale avec drainage laparoscopique a été faite chez un patient et une colostomie latérale de dérivation chez une autre.

Sept patients se sont présentés avec des complications chroniques de leur maladie diverticulaire. Sept avait une sténose colique, deux une fistule colo-vésicales et un une fistule colo-pariétale. Deux hémicolectomies gauches avec anastomose colo-rectales ont été réalisées, sept sigmoïdectomies avec anastomoses colo-rectales dont deux protégées, et une sigmoïdectomie avec colostomie à la Hartmann.

Conclusion :

Une meilleure connaissance de l'histoire naturelle de la diverticulose colique permet une prise en charge thérapeutique adéquate.

P65. Diverticulite colique perforée simulant une appendicite aiguë diagnostiquée et traitée par voie laparoscopique

Abbassi I, Baraket O, Baccar A, Itaimi A, Triki W, Bouchoucha S

Service de chirurgie générale – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction :

La découverte d'un diverticule solitaire du côlon droit est une entité rare. Le mode de révélation est la diverticulite. Le tableau clinique se confond avec un syndrome appendiculaire ou à des coliques hépatiques selon la localisation du diverticule. Le traitement chirurgical peut être conservateur (suture) ou radical (résection). A travers la présentation d'une observation nous mettons l'accent sur les difficultés diagnostique ainsi que thérapeutique de cette affection.

Observation :

Jeune patiente de 33 ans s'est présentée aux urgences, suite à un syndrome douloureux aigu et fébrile de la fosse iliaque droite évoluant depuis 72 heures avec nausées et vomissements. Pas de signes urinaires ou gynécologiques.

L'examen clinique trouvait une défense de la FID. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à 11 900 éléments/ml.

Par voie d'abord coelioscopique, découverte d'un diverticule cœcal antéro-interne perforé colmaté par une anse grêle et de l'épiploon. Une toilette péritonéale avec suture simple et drainage ont été pratiqués. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion :

Cette observation illustre les difficultés diagnostiques et thérapeutiques d'un diverticule perforé du cœcum. La rareté de cette pathologie rend son diagnostic difficile. Le traitement est alors chirurgical conservateur ou radical.

P66. Diverticulite de Meckel et occlusion intestinale aiguë chez l'adulte: à propos d'un cas

Baccar A, Baraket O, Ayed K, Triki W, Moussa M, Kort B, Bouchoucha S

Service de chirurgie générale. Hopital Habib Bougatfa, Bizerte

Introduction :

Le diverticule de Meckel est habituellement découvert chez l'enfant. Chez l'adulte, le diagnostic est plus rarement évoqué du fait d'une présentation clinique souvent bâtarde. Nous rapportons une observation de diverticulite de Meckel révélée à l'âge adulte par un syndrome occlusif et diagnostiquée en per opératoire.

Observation :

Patient F.M âgé de 46, admis pour un syndrome occlusif évoluant depuis 24h. A l'examen le patient était apyrétique, l'abdomen était symétrique distendu tympanique avec des orifices herniaires libres, au TR l'ampoule rectale était vide. A l'ASP des niveaux hydroaériques de type grelique. La TDM montrait une

distension grélique avec un niveau transitionnel franc sans obstacle évident. Le patient était opéré après une brève réanimation. En per opératoire il y avait une occlusion sur grêle en rapport avec une diverticulite de Meckel, il a eu une résection du diverticule et une double ileo stomie en canon de fusil avec des suites simples. L'examen anatomopathologique mettait en évidence un diverticule de Meckel remanié.

Conclusion :

Les complications du diverticule de Meckel sont rares. Les signes cliniques sont atypiques. Les progrès d'imagerie médicale ont permis une meilleure approche du diagnostic. Devant une occlusion intestinale aiguë il faut penser aux complications du diverticule de Meckel. L'essor de la coelioscopie permettra en plus de poser le diagnostic, de traiter dans le même temps opératoire la complication.

P67. Les dilatations kystiques congénitales des voies biliaires: étude à propos de 42 cas

Mouna Cherif, Haithem Zaafour, Dhafer Haddad, Marzouk Tlili, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer
Service de chirurgie générale Hôpital HABIB THAMEUR

Introduction :

Les malformations kystiques des voies biliaires sont des affections congénitales rares. Elles sont regroupées par Todani en 5 types en fonction du siège, de l'étendue et du type de la dilatation des voies biliaires. L'anomalie de la jonction biliopancréatique a un rôle essentiel dans la genèse de cette malformation et dans la dégénérescence des voies biliaires. La résection est le traitement de référence. L'anastomose kystodigestive est actuellement abandonnée car la malformation kystique des voies biliaires est considérée comme un état précancéreux. Le but de ce travail rétrospectif est d'essayer, à travers l'analyse des résultats d'une série de 42 patients et d'une revue de la littérature, de proposer une démarche thérapeutique.

Matriels Et Methodes :

C'est une étude rétrospective analytique de 42 cas de dilatation kystique des voies biliaires (DKVB), pris en charge sur une période de 21 ans (1994 à 2015). Il s'agissait de 26 femmes et de 16 hommes avec un sexe ratio de 0,61. L'âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes de 16 et de 83 ans. Tous les malades étaient symptomatiques. La douleur était retrouvée chez tous les patients. L'ictère était présent dans 16 cas (38%). Tous les malades étaient hospitalisés pour une complication de DKVB : des lithiases vésiculaire et/ou de la voie biliaire principale (19 cas, 45,2%), une angiocholite aiguë (14 cas, 33,3%), une pancréatite aiguë (9 cas, 21,4%). Le diagnostic de DKVB a été posé en préopératoire chez 25 patients (59,5% des cas), en peropératoire chez 9 patients (21,4% des cas) et en postopératoire chez les 8 autres (19% des cas). La dilatation était classée type I chez 23 malades (53,7% des cas), type V chez 10 malades (23,8% des cas), type IV chez 3 malades et type III chez 1 autre malade. Vingt trois patients ont été opérés en totalité (54,7% des cas), 21 ont eu une anastomose hépatico-jéjunale, 1 patient a eu une lobectomie gauche et 1 seul malade a eu une hépatectomie gauche. Aucune dégénérescence n'a été trouvée sur l'examen anatomopathologiques des pièces opératoires. Les suites opératoires étaient marquées par la survenue de 8 cas de fistule biliaire externe qui a bien évolué sous traitement médical.

Conclusion :

Le traitement des dilatations kystiques congénitales des voies biliaires doit répondre à une stratégie adaptée à chaque type de malformation, et où la résection la plus complète possible constitue l'intervention de choix.

P68. L'endométriose appendiculaire : une entité à connaître

Rguez A; Mizouni A, Chhaidar A, Farhat W, Ben Mabrouk M, Mazhoud J, Ben Ali A
Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul SOUSSE

Introduction

L'endométriose se caractérise par la formation de tissus en dehors de l'utérus à partir de cellules endométriales. Sa prévalence est estimée entre 8 et 15 % dans la population générale. La localisation digestive touche environ 30 % des malades avec une prépondérance nette des formes appendiculaire. Nous rapportons un cas d'endométriose appendiculaire en insistant sur la difficulté diagnostique et sa prise en charge thérapeutique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 40 ans aux antécédents de dysménorrhée avec des ménorragies, ayant des cycles irréguliers, se présente aux urgences pour douleur abdominale à début péri ombilicale puis se localisant au niveau de la fosse iliaque droite évoluant depuis 3 jours sans irradiation particulière associée à des nausées sans vomissement. L'examen clinique trouvait une patiente apyrétique avec une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite ; l'examen gynécologique était sans anomalies. A la biologie un syndrome inflammatoire biologique avec une anémie hypochrome microcytaire. L'échographie abdominale évoque une appendicite aiguë avec une réaction péritonéale. La patiente a été opérée par voie de Mac Burney, l'appendice était tuméfié hyperhémique globuleux dans sa totalité avec une base d'implantation large et indurée, kyste de l'ovaire droit de 4 cm d'allure fonctionnel, elle a eu une

appendicectomie. L'examen anatomopathologique objectivait une appendicite avec foyer d'endométriose au niveau de la base appendiculaire.

Conclusion

L'endométriose appendiculaire est une pathologie rare mais elle est la plus fréquente des endométries digestives. Le tableau clinique est peu spécifique, fait essentiellement de douleur de la fosse iliaque droite, aucun symptôme préopératoire ni aucune constatation clinique ne permet de prédire l'atteinte de l'appendice. Le diagnostic positif est basé sur l'examen anatomopathologique. Sur le plan thérapeutique, l'appendicectomie reste le traitement de référence.

P69. L'endométriose de la paroi abdominale : A propos d'un cas

Chamakhi A, Saadi H, Hajri M, Zenaïdi H, Rebi S, Zoghلامي A

Service de Chirurgie Générale CTGB

Introduction :

L'endométriose se décrit par la présence de tissu endométrial fonctionnel hétérotopique ; elle siège fréquemment au niveau des organes génitaux internes.

L'endométriose de la paroi est une entité clinique rare localisée surtout au niveau des cicatrices de chirurgie gynécologique ou obstétricale (0,03 à 0,4 % des endométries).

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant une endométriose de la paroi abdominale sur cicatrice médiane sous ombilicale.

Observation :

Patiente âgée de 52 ans, hypertendue, G3P3, dont 2 césariennes par voie médiane sous ombilicale , la dernière remontant à 10 ans ; présentant depuis 1 an une tuméfaction pariétale au niveau de la cicatrice médiane sous ombilicale douloureuse surtout au moment des règles.

L'examen abdominal a mis en évidence une masse sous cutanée fixe par rapport aux plans profonds faisant 5cm de grand axe siégeant sur l'extrémité inférieure de la cicatrice médiane sous ombilicale.

Une échographie abdominale a été faite montrant une masse ovale lobulée en regard de l'ancienne cicatrice d'échostructure hétérogène hypoéchogène siège de multiples calcifications mesurant 53 mm de grand axe.

On a complété par une IRM des parties molles qui a objectivé une formation sous cutanée médiane, grossièrement ovale, aux contours mal limités, infiltrant le plan musculo aponévrotique se rehaussant après injection de gadolinium, mesurant 55*44*26mm. Cet aspect est évocateur en premier lieu d'une tumeur desmoïde extra-abdominale. Devant le doute quant à la nature de cette lésion, une biopsie scannoguidée a été pratiquée mais était non concluante.

On a décidé d'opérer la patiente.

En per opératoire, on a trouvé une masse pariétale sus péritonéale faisant 5cm de grand axe. On a réalisé une exérèse de la masse passant en tissu macroscopiquement sain emportant l'aponévrose antérieure du muscle grand droit ; avec une réparation pariétale par raphie simple.

Les suites opératoires étaient simples. La patiente était mise sortante à J02 post-opératoire.

Le résultat anatomo-pathologique a conclu à une endométriose de la paroi abdominale.

Actuellement, on est à 1 an de recul, la patiente est asymptomatique, elle ne présente pas de récurrence de la masse avec une cicatrice solide.

Conclusion :

L'endométriose cicatricielle pariétale est une pathologie certes rare, mais dont le diagnostic doit être évoqué chez des femmes ayant bénéficié d'une chirurgie gynécologique ou obstétricale présentant des douleurs cycliques associées ou non à des troubles menstruels.

Le traitement est essentiellement chirurgical.

P70. Endométriose digestive : à propos de six cas

HibaTollah Ben Hassine, Fathia Harrabi, Waad Farhat, Arib Rguez, Ali Ben Ali

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

L'endométriose est définie par la présence du tissu endométrial ectopique en dehors de la cavité utérine .Le diagnostic clinique est souvent difficile et retardé. Même si le diagnostic formel est histologique, il est possible aujourd'hui de détecter des lésions d'endométriose par l'imagerie. L'amélioration des techniques d'imagerie, comme l'échographie et l'IRM, permet le plus souvent de préciser les localisations et l'extension des lésions d'endométriose de façon moins invasive que la cœlioscopie.

Matériel et Méthodes :

Nous rapportons six cas d'endométriose digestive colligés dans le service de chirurgie générale sahloulousse

Résultats :

L'âge moyen de nos patientes est de 31.5 ans avec des extrêmes de 27 ans et de 37ans. La localisation était pariétale dans quatre cas sur cicatrice de césarienne une localisation appendiculaire et une localisation rétro péritonéale. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une résection chirurgicale. L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'endométriose. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

L'endométriose digestive affecte 4 à 30 % des femmes atteintes d'endométriose. Les localisations sigmoïdiennes et rectales sont parmi les plus fréquentes. Ainsi, les atteintes rectales sont retrouvées dans 10 à 93 % des atteintes digestives et les lésions sigmoïdiennes dans 33 à 60 %. Les symptômes digestifs liés à l'endométriose profonde sont variés mais non spécifiques : douleurs ou pesanteur pelvienne, rectorragies, troubles du transit à type de constipation ou d'alternance diarrhées constipation. Le seul élément évocateur du diagnostic est le caractère cyclique avec recrudescence contemporaine des règles. Il s'agit d'une maladie fréquente et pourvoyeuse d'infertilité. Les effets bénéfiques du traitement chirurgical des lésions sur la fertilité et sur les douleurs sont en faveur d'un traitement radical des lésions. Mais le problème est celui de lésions méconnues.

Conclusion :

L'endométriose digestive est une localisation fréquente de la maladie, en particulier le rectum et le côlon sigmoïde. La symptomatologie est en général rythmée par les cycles menstruels et les variations du taux d'estrogène sanguin. C'est une pathologie accessible à des traitements médicaux mais souvent récidivante. Même si son origine reste encore incertain, les progrès de la prise en charge médicale et chirurgicale, sur des indications portées toujours de manière individuelle, permettent aujourd'hui de maîtriser les effets qu'elle peut entraîner sur la qualité de vie des femmes.

P71. Est-ce que l'obésité aggrave les symptômes urinaires dans l'hypertrophie prostatique

Mabrouk A, Mnasser A, Manitta M, Zakhama W, M.Y. Binous My
Service de chirurgie urologique, CHU Taher Sfar Mahdia

But : Etudier la relation entre l'indice de masse corporelle, le volume prostatique et la sévérité des signes fonctionnels de l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective incluant 100 patients présentant une hyperplasie bénigne de la prostate symptomatique. Les patients inclus dans cette étude avaient été évalués lors de la première consultation avec mesure de la taille et du poids permettant le calcul de l'indice de masse corporelle. La gêne fonctionnelle avait été évaluée par le score international des symptômes de prostatisme (IPSS), le score qualité de vie (QoL) et une débimétrie. Les mensurations prostatiques avaient été déterminées par une échographie endorectale. Les relations entre l'IMC, le volume prostatique et les paramètres de sévérité de symptômes du bas appareil urinaire avaient été étudiées par la corrélation de Pearson.

Résultats : La taille moyenne de nos patients était 174,02 cm pour un poids moyen de 78,54 kg, soit un IMC moyen de 25,86 kg/m². Le volume total de la prostate variait entre 15 et 140 gr avec une moyenne de 51,83 gr. La moyenne du score IPSS était de 24,21 avec des extrêmes allant de 6 à 35 ml/s. Le score de qualité de vie de nos patients avait une moyenne de 4,2 avec des extrêmes allant de 3 à 6. Le débit maximum moyen était de 9,93 ml/s avec des extrêmes allant de 4 à 22 ml/s. Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre l'IMC et le volume prostatique ($r=-0,012$; $p=0,904$). La corrélation était statistiquement significative entre l'index de masse corporelle et les trois paramètres étudiés : IPSS ($r=0,251$; $p=0,012$), QoL ($r=0,227$; $p=0,023$) et Qmax ($p=-0,271$; $p=0,006$).

Conclusion : L'obésité constitue un facteur aggravant des symptômes urinaires liés à l'hyperplasie bénigne de la prostate. Un IMC plus important n'influe pas sur le volume prostatique.

P72. Exentération pelvienne pour carcinome épidermoïde de la vulve et adénocarcinome du bas rectum synchrones.

Sghaier S, Gatria S, Mansouri H, Ben Safta I, Slimane M, Ben Hassouna J, Rahal K
Service de chirurgie carcinologique de l'Institut Salah Azaiez

Le cancer de la vulve est une pathologie rare. Il présente 4 pour cent des cancers gynécologiques. Le type histologique prédominant est le carcinome épidermoïde. Il est l'apanage des femmes âgées au delà de la soixantaine. Son traitement repose essentiellement sur la chirurgie. L'association avec l'adénocarcinome rectal pose un problème de prise en charge.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 74ans qui consulte initialement pour lésion ulcéro bourgeonnante de la grande lèvre gauche avec une découverte fortuite à l'examen d'une tumeur du bas rectum. Le bilan d'extension à distance était négatif. Il s'agissait d'un carcinome épidermoïde vulvaire infiltrant bien différencié stade I FIGO associé à un adénocarcinome liberkhünien bien différencié du bas rectum stade III. Une radio-chimiothérapie néoadjuvante a été discutée mais récusée devant l'âge avancé et

l'état général. La patiente a eu une exentération pelvienne postérieure emportant la vulve en monobloc avec curage inguinal-fémoral et iliaque bilatéral. L'examen histologique a conclu à un adénocarcinome rectal bien différencié infiltrant pT2N0 développé sur une tumeur villose présentant une dysplasie modérée à sévère, synchrone à un carcinome épidermoïde vulvaire infiltrant bien différencié pT1bN0M0. Une radiothérapie pelvienne postopératoire à la dose de 55Gy a été délivrée avec bonne tolérance. La patiente a été régulièrement suivie puis perdue de vue après 6 mois de la fin du traitement.

L'association de deux tumeurs pelviennes synchrones pose un problème de prise en charge et de priorité. Leur chirurgie reste lourde avec un taux élevé de complications et de séquelles physiques et psychiques.

P73. Facteurs prédictifs du lâchage de l'anastomose oeso-jéjunale après gastrectomie totale pour cancer: A propos de 126 cas

Nizar Khedhiri, Haithem Zaafour, Dhafer Haddad, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer

Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction :

La principale complication observée après gastrectomie totale pour cancer gastrique est la fistule de l'anastomose oeso-jéjunale.

Son incidence varie entre 7,4% et 15,5%. La mortalité qui lui est associée est élevée et oscille aux alentours de 20% et représente 30 à 54% de tous les décès après gastrectomie totale.

Patients et Méthodes : La présente étude est fondée sur l'analyse rétrospective de 126 dossiers de patients ayant subi une gastrectomie totale pour cancer gastrique avec rétablissement de la continuité par une anastomose oeso-jéjunale sur une anse montée en Y selon Roux, et pris en charge par l'équipe de chirurgie générale du CHU Habib Thameur de Tunis au cours de la période allant du 1er Janvier 1995 au 31 Décembre 2015.

Résultats : Parmi les 126 patients, 20 développèrent une fistule de l'anastomose oeso-jéjunale, soit 15.8%. Les fistules anastomotiques étaient traitées chirurgicalement dans 12 cas : avec un drainage des collections par laparotomie et mise en place d'une sonde de jejunostomie d'alimentation dans 9 cas, alors que la déhiscence anastomotique a nécessité une réparation directe par suture dans 3 cas. Dans 8 cas, on a eu recours au traitement non opératoire par la poursuite de l'alimentation parentérale, avec un drainage des collections par un système d'aspiration-irrigation et une antibiothérapie intraveineuse, avec des résultats satisfaisants.

La présence d'une fistule anastomotique allonge la durée médiane de séjour de 20 jours par rapport à la durée médiane de séjour des patients sans fistule. La mortalité globale était de 10%, et la mortalité liée à la fistule de 20%.

Nous avons étudié le sexe, le BMI, l'anémie, la localisation cardiale, l'association d'une splénectomie au geste, le stade avancé T3ouT4, l'envahissement des limites de résection et l'anastomose mécanique.

La localisation cardiale de la tumeur paraît être un facteur de risque du lâchage de l'anastomose oeso-jéjunale.

Conclusion : La fistule de l'anastomose oeso-jéjunale est une complication fréquente après gastrectomie totale pour cancer gastrique. La connaissance des facteurs de risque du Lâchage anastomotique et les facteurs de succès pour la cicatrisation d'une suture intestinale permet de diminuer son incidence.

P74. Fibrosarcome des parties molles

Haddad S, Zemni I, Henchiri H, Naija L, Boujelbene N*, Ben Hassouna J, Rahal K

Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaiez, Tunis

* Laboratoire d'anatomopathologie, Institut Salah Azaiez, Tunis

Les tumeurs mésoenchymateuses malignes représentent un groupe hétérogène de tumeurs développées à partir des tissus de soutien : tissus conjonctifs, vasculaires, nerveux ou adipeux.

Ces tumeurs sont définies selon le type de tissus qu'elles reproduisent et non celui dont elles sont issues. Le fibrosarcome est une variété rare des sarcomes à cellules fusiformes, composée de cellules fibroblastiques sans autre différenciation cellulaire. Le fibrosarcome survient surtout au niveau des membres mais aussi au niveau des parois du tronc ou de la face.

Nous rapportons quatre cas de localisations différentes de fibrosarcome (paroi abdominale, creux sus-claviculaire et cheville). Il s'agit de trois hommes et une femme ayant un âge moyen de 33 ans sans antécédents pathologiques notables.

Le diagnostic de fibrosarcome a été établi sur des biopsies et tous les patients ont été opérés avec des marges saine. Deux patients ont nécessité un traitement par chimiothérapie et radiothérapie adjuvante avec une évolution défavorable. Nous discutons à travers ces observations et une revue de la littérature les aspects épidémiologiques, clinico-pathologique thérapeutiques et évolutifs de cette tumeur.

P75. Fistule entéro-cutanée dans la maladie de Crohn : à propos de 15 cas

KerKeni A, Ben Safta Y, Ben Ismaïl I, Bendhaw A, Daldoul S, Sayari S, Ben Moussa M.
Service de chirurgie générale A21, Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

Les fistules entéro-cutanées (FEC) sont une complication rare dans la maladie de Crohn et sont définies par une communication anormale entre le tube digestif et la surface cutanée donnant lieu à une extériorisation de liquide digestif par le trajet fistuleux néoformé. Ce trajet peut être directe ou indirecte

Matériels et Méthodes :

Durant la période allant du 1/1/1997 jusqu'au 21 Mars 2017 ; 108 patients ont été opérés dans notre service pour une maladie de Crohn fistulisante. Quinze parmi eux ont présenté une fistule entérocutanée.

Résultats :

Nous avons ainsi colligé au cours de la période d'étude 15 cas de fistule entérocutanée compliquant une maladie de Crohn. La moyenne d'âge des patients était de 38 ans, avec prédominance masculine. Les localisations de la maladie de Crohn étaient iléales dans 6 cas et iléo-caecales dans 9 cas. Le délai d'évolution de la maladie de Crohn avant l'apparition des FEC était en moyenne de 4 ans. Les signes cliniques associés aux FEC étaient la douleur abdominale dans 75% des cas, la diarrhée dans 25% des cas. La FEC était localisée à la fosse iliaque droite dans 85% des cas. Le traitement était une chirurgie première dans 66% des cas (résection iléo-caecale) puis l'Azathioprine pour le traitement d'entretien, l'Azathioprine seul dans 34% des cas. L'évolution à long terme de ces fistules était favorable chez 81% des malades, et défavorable avec une rechute dans 13% des cas et persistance de la fistule dans 6% des cas (surtout des cas traités par Azathioprine seul chez qui le traitement chirurgical a été indiqué).

Conclusion :

Les formes fistulisantes sont des formes compliquées de la maladie de Crohn. Les FEC sont assez fréquentes et posent surtout le problème thérapeutique. Le traitement chirurgical reste le traitement le plus utilisé et le plus efficace. Leurs principales complications sont la malnutrition et l'infection de la peau.

P76. Qu'en est-il des fistules biliaires après résections hépatiques

Aymen Cherni, Sabeur Mannai, Imene Ridene*, Anis Belhadj, Ahmed Saidani, Hichem Houissa.
Service de Chirurgie Générale. Service de Radiologie*. Hôpital Mahmoud El Matri. Ariana

Introduction :

La fistule biliaire (FB) est une complication fréquente après chirurgie hépatique.

Elle est grevée d'une mortalité atteignant 35% des cas. Le but de notre étude rétrospective était de comparer nos résultats à ceux de la littérature.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant 17 patients ayant eu une résection hépatique durant la période allant de mars 2016 à décembre 2016 dans notre service. La cholangiographie peropératoire était réalisée dans 1 cas. L'hépatotomie était réalisée à la Kelly clasiée dans tous les cas. Les éléments vasculaires et biliaires étaient ligaturés avec du fil résorbable fin. La vérification de la bilistase était faite dans tous les cas en fin d'intervention. Un drainage aspiratif péritonéal était placé en regard de la tranche de section chez tous nos patients.

Résultats :

Dix sept patients étaient inclus dans notre étude. L'indication de la résection hépatique était un kyste hydatique du foie dans neuf cas, une métastase hépatique dans quatre cas, un cholangiocarcinome dans un cas, un carcinome hépatocellulaire dans un cas, et une plaie biliaire dans deux cas. La résection hépatique correspondait à une lobectomie gauche dans 6 cas, une hépatectomie gauche dans 1 cas, une hépatectomie droite dans 3 cas, une segmentectomie dans 4 cas, et une périkystorésection dans 3 cas.

Le taux de mortalité et le taux de morbidité étaient nuls dans tous les cas. Aucune FB post opératoire n'était notée.

Discussion :

La morbidité des résections hépatiques a été largement étudiée. De nombreuses études antérieures ont mis l'accent sur les fistules biliaires après une résection hépatique.

Celles-ci peuvent avoir des conséquences lourdes voire même fatales.

Dans une étude récente rétrospective incluant 146 résections hépatiques. La morbidité des fuites biliaires selon le système de classification de Clavien-Dindo était de 19,3%. La mortalité périopératoire était 23 fois plus élevée que dans le groupe sans fuite.

Ce n'était pas le cas de notre étude dont le taux de mortalité et le taux de morbidité étaient nuls dans tous les cas.

Conclusion :

La FB post résection hépatique peut être fatale. Une chirurgie rigoureuse permet de réduire la survenue de cette fistule.

P77. Circonstances de découvertes et modalités diagnostiques et thérapeutiques des métastases hépatiques

Sabbek A, Kchir H, Hasnaoui B, Jardak S, Maamouri N, Chaabouni H, Ben Mami N.

Service de Gastroentérologie B, La Rabta

Introduction : Les métastases hépatiques sont les tumeurs du foie les plus fréquentes. Elles compliquent surtout les cancers drainés par la circulation splanchnique (côlon, Pancréas, estomac), mais peuvent se voir dans la plupart des cancers généralisés. La dissémination se fait par voie hématogène via l'artère hépatique ou la veine porte. Plus rarement l'envahissement se fait par contiguïté à partir d'un cancer de la vésicule biliaire ou de la voie biliaire principale.

But : Etudier les circonstances de découvertes, les modalités diagnostiques et thérapeutiques des foies secondaires

Patients et méthodes : Etude rétrospective étendue de 1996 à 2015, colligeant tous les patients hospitalisés au service de gastroentérologie B de la Rabta pour prise en charge d'un foie secondaire. Nous avons analysé les circonstances de découverte, la démarche diagnostique et les modalités thérapeutiques de chacun de nos patients.

Résultats : 52 malades ont été inclus sans prédominance de sexe, d'âge médian de 63 ans. La circonstance de découverte la plus fréquente était une altération de l'état général avec des douleurs de l'hypochondre droit, retrouvées dans les 2/3 des cas. Dans les autres cas, le mode de révélation était : un ictère cholestasique (N=6), des épigastralgies (N=6), une augmentation du volume abdominal (N=2) et à l'occasion d'une échographie abdominale faite dans le cadre d'un bilan d'embauche (N=1). L'examen physique a retrouvé une hépatomégalie dans 39 cas, dont 16 uniquement étaient tumorales. 7 patients présentaient une ascite de moyenne abondance. L'examen des aires ganglionnaires a noté des adénopathies périphériques suspectes chez 5 patients dont deux ganglions de Troisier. Par ailleurs l'examen était strictement normal pour 8 patients. A la biologie, six patients avaient un bilan strictement normal. Néanmoins, la majorité présentait une cholestase modérée entre 2 et 3 fois la normale (14 ictériques et 27 anictériques). La cytolysse a été retrouvée chez 18 malades. Le dosage des marqueurs tumoraux était pratiqué chez 17 patients (ACE et CA19-9). Ceux-ci étaient modérément élevés dans presque la moitié des cas. L'examen demandé de 1^{ère} intention était toujours une échographie abdominale et un complément scannographique s'est avéré généralement nécessaire (n= 47). L'atteinte était multifocale intéressant les deux lobes hépatiques dans 39 cas, le lobe droit dans 5 cas et le gauche dans 8 cas. Dans le cadre de recherche d'un primitif, la majorité des patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive qui était peu contributive. Parmi les 25 femmes incluses, 9 seulement ont été adressées au gynécologue pour examen et une échomammographie. En fonction des signes d'appel cliniques et radiologiques, la fibroscopie bronchique a été réalisée chez 15 patients, et une biopsie osseuse chez un seul patient. Devant la négativité de tous les examens pratiqués, le recours à la ponction biopsie hépatique (PBH) radioguidée s'est imposé dans 13 cas, seulement 6 ont abouties à un diagnostic étiologique. Au terme des explorations, on a diagnostiqué un primitif chez uniquement 18 patients (Cancers broncho-pulmonaires N=8, seins=2, rectum=2, colon=1, estomac=1, pancréas=1, calcul cancer vésiculaire=1, thyroïde=1). Un bilan d'extension exhaustif a objectivé une carcinose péritonéale avec des adénopathies profondes chez 12 patients et une métastase cérébrale chez un seul patient. Concernant la conduite thérapeutique, 29 patients ont été jugés au-dessus de toutes ressources thérapeutiques en raison d'un état général très altéré et d'un stade avancé. Seulement 8 patients ont été adressés au centre d'oncologie de Tunis pour une chimiothérapie palliative.

Conclusion : Ces résultats soulignent que l'existence d'une métastase hépatique est un facteur de mauvais pronostic dans l'évolution du cancer primitif quel qu'il soit et que la prise en charge sera dans l'immense majorité des cas palliative. Malgré le progrès indéniable des explorations endoscopique et radiologique, un certain nombre de patients demeurent sans diagnostic du cancer primitif même après une PBH qui n'est pas toujours contributive.

P78. Foie tumoral associant des métastases et un carcinome hépatocellulaire multifocale : Une association fortuite ou un lien possible ?

Abbassi.I, Baraket.O, Ouni.A*, Baccar.A, Triki.W, Bouchoucha.S

Service de chirurgie générale – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

*Service de gastro-entérologie – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction :

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) survient dans plus de 90% des cas sur un foie cirrhotique. Le diagnostic est difficile sans contexte de cirrhose. Nous rapportons l'observation d'une association exceptionnelle d'un CHC multifocale avec des métastases d'un primitif gastrique.

Observation :

Patiente âgée de 37 ans consulte pour des douleurs de l'hypochondre droit évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Examen physique: Hépatomégalie ferme sensible; Absence de signes d'HTP et d'IHC.

Biologie: TP à 88%; Alpha FP à 1122ng/ml; Ag HBs (-); Ac anti HVC (-), pas de cytolysé ni cholestase
TDM abdominal: lésions hypodenses occupant les segments IV, VII et VIII.

FOGD: Formation tumorale polypoïde cardiaque Biopsie de la tumeur cardiaque: Adénocarcinome de cardia moyennement différencié. Biopsie scanoguidée de nodule hépatique: carcinome hépatocellulaire moyennement différencié.

Nous avons opté pour un traitement chirurgical initial du cancer de cardia puis s'intéresser au CHC multifocal dont dépend le pronostic global. Cependant, au cours de la laparotomie exploratrice découverte de lésions hépatiques dont l'examen extemporané a conclu à des métastases d'un primitif gastrique.

Conclusion :

L'association CHC multifocale et métastases sur un foie sain est exceptionnel. L'évolution est dans les deux cas gravissime et la prise en charge repose sur une chimiothérapie systémique.

P79. Hémorragie digestive basse révélant une tumeur stromale du grêle

Ben Hadj Alouane H, Khelifa F, Hajri M, Znaïdi H, Zoghalmi A
Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

Les GIST sont des tumeurs mésenchymateuses se développant dans la majorité des cas aux dépens de l'estomac et du grêle. Leur incidence est estimée à environ 15 cas/million d'habitants/an. L'âge médian au moment du diagnostic est d'environ 60 ans, et le sex-ratio est de 1.

Leur découverte est souvent fortuite. Parfois elle survient parfois dans un contexte d'urgence, lorsque la tumeur se rompt ou provoque une hémorragie digestive. Cependant une GIST de siège iléal compliquée par une hémorragie digestive basse est peu décrite dans la littérature.

But : On rapporte l'observation d'une patiente présentant une hémorragie digestive basse récidivante en rapport avec une tumeur stromale du grêle.

Observation :

Patiente âgée de 56 ans, sans tares, qui a présenté à trois reprises une hémorragie digestive de grande abondance extériorisée sous forme de mélénas, nécessitant des transfusions répétées. L'examen physique était normal. Deux FOGD faites ont été normales. Une coloscopie pratiquée n'a pas montré de lésions coliques. Cependant elle a objectivé un aspect de compression extrinsèque au niveau du haut rectum. Une TDM faite a montré une masse latéro-utérine droite présentant un contact intime avec le rectum sans perte du plan du clivage. Un complément d'exploration par une IRM a objectivé un processus expansif tissulaire ovalaire bien circonscrite de 45*42*50 mm au niveau du CDS du Douglas à point de départ iléal évoquant une GIST du grêle sans métastase à distance.

La patiente a été opérée par voie médiane. L'exploration a trouvé une tumeur cérébroïde de 5 cm de diamètre, bien limitée, se développant sur le bord anti-mésentérique du grêle, à 1m60 de la valvule iléo-caecale. Elle a eu une résection anastomosée du grêle.

Les suites opératoires ont été simples. La patiente a été mise sortante à j4 post-op.

L'examen anatomopathologique a conclu à une GIST du grêle.

Conclusion :

Les GIST sont des tumeurs malignes souvent de découverte fortuite, rarement révélées par une hémorragie digestive. Le diagnostic est posé sur l'aspect radiologique et confirmé par l'examen anatomopathologique. Le traitement est essentiellement chirurgical. La coelioscopie est une alternative à la chirurgie classique

P80. Les Localisations anatomiques anormales de la Glande surrénale

Sakhri S, Chemlali M, Naija L, Henchiri H, Laamouri B, Ben Hassouna J, Rahal K
Service de chirurgie carcinologique Institut Salah Azaiez

Introduction :

La surrénale est située en position antéro-supérieure par rapport au rein. Mais d'autres localisations ectopiques ont été rapportées. Etant donné l'origine embryonnaire du surrénale : mésoblastique et neurectoblastique ; le tissu surrénalien ectopique se trouve le plus souvent le long du trajet de migration embryonnaire dans le tractus urogénital.

Observation :

Observation N° 1 :

Patiente âgée de 68 ans ayant comme antécédent un carcinome canalaire infiltrant du sein droit soumis à une chirurgie radicale puis une chimiothérapie associée à une thérapie ciblée puis une radiothérapie, le bilan d'extension initial était négatif. Six ans après, un adénocarcinome du colon a été diagnostiqué à l'occasion des douleurs abdominales, elle a eu une hémicolectomie avec une annexectomie bilatérale avec découverte à

l'examen anatomopathologique au niveau des deux méso-ovaires deux nodules de 2 mm chacun qui correspondent à deux glandes cortico-surrénales ectopiques.

Observation N°2 :

Il s'agit d'un patient âgé de 54 ans qui a consulté pour un adénocarcinome moyennement différencié du moyen rectum diagnostiqué à l'occasion des rectorragies. Le bilan d'extension initial était négatif. Il a eu une radiothérapie et une chimiothérapie concomitante puis une chirurgie à type de résection antérieure et une colostomie de protection. Les suites opératoires étaient simples. 2 mois après et lors de rétablissement de la continuité découverte d'un nodule de 8 mm au niveau de la bouche stomiale, qui a été excisé, l'examen anatomopathologique a montré qu'il s'agissait d'une glande surrénale ectopique péristomiale.

Conclusion :

La glande surrénale ectopique est souvent asymptomatique, souvent de découverte fortuite sur une pièce d'anatomopathologie faite pour autres motifs.

P81. L'hémangiome géant du foie : une cause rare de douleur abdominale chez l'adulte

Imen Ben Ismail, Hakim Zenaidi, SaberRebii, Ayoub Zoghلامي.

Service de chirurgie du centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

Introduction :

L'hémangiome hépatique est la tumeur bénigne la plus fréquente du foie (prévalence de 2 à 4 %), cependant l'hémangiome géant reste exceptionnel. Il est défini par une lésion de plus de 4 cm de diamètre. Il est plus fréquent chez la femme avec un sexe ratio de 1/5. Le diagnostic est le plus souvent fortuit (66 %). Sa localisation préférentielle est le lobe hépatique droit (60 %). Les œstrogènes ont une influence sur la taille de l'hémangiome qui peut augmenter lors d'une grossesse ou d'un traitement oestroprogestatif.

Nous rapportons une observation rare d'hémangiome géant symptomatique du foie gauche opéré au service.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 50 ans, aux antécédents de DNID et de ménopause précoce qui a présenté depuis 1 an des douleurs intermittentes de l'étage sus ombilical associées à des épisodes de vomissements alimentaires précoces. L'examen clinique a trouvé une volumineuse masse épigastrique débordant sur l'HCD faisant 11*12 cm sensible à la palpation. Le bilan biologique notait une anémie à 9,6 g/dL hypochrome microcytaire, par ailleurs le bilan hépatique était normal. L'écho abdominale a montré un foie gauche d'échostructure hétérogène siège d'une volumineuse formation ovale hyperéchogène hétérogène. Un complément scannographique a montré une volumineuse formation occupant les segments II, III et IV mesurant 17*13*8 cm, spontanément hypodense, de rehaussement progressif centripète en motte mais incomplet au temps tardif ménageant des zones de nécrose. Le diagnostic d'hémangiome géant a été retenu. Devant le caractère symptomatique de cette lésion, un traitement chirurgical a été discuté mais jugé risqué. La patiente a eu une embolisation artérielle de l'artère hépatique gauche. Une résection chirurgicale sera envisagée ultérieurement.

Discussion :

L'hémangiome hépatique est le plus souvent asymptomatique, ses complications sont rares (1,8%) et les plus fréquentes sont mécaniques. Il peut s'agir d'hémorragie intratumorale ou intrapéritonéale, de compression des voies biliaires intra- ou extra hépatiques ou des troubles de la crase sanguine (syndrome de Kasabach-Merritt). Le diagnostic morphologique d'hémangiome géant du foie repose sur l'échographie hépatique et le scanner hélicoïdal sans, puis avec, injection de PCI. Plusieurs traitements ont été proposés pour la prise en charge des complications des hémangiomes hépatiques : l'exérèse chirurgicale, l'embolisation artérielle, l'ablation par radiofréquence, l'interféron alpha, la radiothérapie et la transplantation hépatique. L'embolisation artérielle a été choisie dans notre cas devant le haut risque de saignement.

Conclusion :

Les hémangiomes géants peuvent occasionner une symptomatologie clinique non spécifique, résultant de la compression des organes adjacents ou d'une thrombose vasculaire. Les investigations par imagerie permettent actuellement de poser un diagnostic de certitude. Le traitement de ces hémangiomes peut-être soit chirurgical, soit conservateur, mais la prise en charge chirurgicale est toujours indiquée en cas d'hémangiome pédiculé, de tumeurs symptomatiques, de complications ou quand le diagnostic demeure incertain.

P82. Hémangiome du pancréas chez l'adulte : à propos d'un cas

HibaTollah Ben Hassine, Fathia Harrabi, Waad Farhat, Khairi Dhouioui, Ali Ben Ali

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

Les hémangiomes, bien que fréquents dans le foie, sont rarement présents dans le pancréas. Peu de cas d'hémangiome pancréatique à l'âge adulte ont été documentés. Les hémangiomes sont rarement suspectés cliniquement en raison de leurs symptômes non spécifiques. En conséquence, la plupart sont diagnostiqués après une résection pour des masses pancréatiques kystiques symptomatiques.

Observation :

Il s'agit d'un jeune de 28 ans explorés pour des épigastalgies associés à des vomissements évoluant depuis un an, l'examen était sans particularités. Le scanner a objectivé une masse kystique du pancréas. Opéré par voie médiane, avec en peropératoire une lésion kystique au dépend de la face antérieure du pancréas. Il a eu une énucléation de la lésion kystique, les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique a conclu à un hémangiome du pancréas. Depuis le patient est régulièrement suivi sans signe de récurrence avec un recul de 4 ans 5 mois.

Discussion :

Les tumeurs vasculaires du pancréas sont des tumeurs kystiques rares qui représentent 0,1% de toutes les tumeurs pancréatiques. Ces tumeurs sont plus fréquentes chez les patients avec une moyenne d'âge de 50,64 ans. Le symptôme le plus fréquent était la douleur abdominale. À l'imagerie, la tumeur apparaît comme une masse kystique bien définie, habituellement alvéolaire ou multiloculaire, sans dilatation du canal pancréatique principal. Il existe plusieurs diagnostics différentiels tels que les cystadénomes séreux, les cystadénomes muqueux. Le traitement de l'hémangiome pancréatique varie en fonction de l'âge, un traitement conservateur est recommandé en raison de leur nature bénigne. Chez les enfants, les lésions ont tendance à régresser, donc un suivi sans traitement est préconisé. Les hémangiomes pancréatiques chez les adultes ont été traités par résection chirurgicale en raison du risque de saignement, ainsi que le fait qu'il peut être difficile de les différencier des tumeurs épithéliales du pancréas.

Conclusion :

L'hémangiome pancréatique doit être considéré comme un diagnostic différentiel dans les cas de masse pancréatique kystique multiloculaire. L'examen histologique permet de confirmer le diagnostic d'hémangiome pancréatique. Dans les cas pédiatriques, ils régressent souvent, aucun traitement chirurgical est préconisé autre que le suivi, dans les cas diagnostiqués à l'âge adulte, le risque d'hémorragie, de douleur abdominale et de diagnostic différentiel possible avec les tumeurs malignes, la résection chirurgicale est recommandée.

P83. Hématome du colon droit : une cause rare d'invagination iléo colique

Houssem Smati, Zeineb Mzoughi, Ghofrane Talbi, Rakia Siala, Heifa Romdhane*, Rached Bayar, Lassaad Gharbi, Nefaa Arfa, Hafedh Mestiri, Taher Khalfallah

Service de chirurgie viscérale CHU Mongi Slim

(*) Service de gastroentérologie CHU Mongi Slim

L'invagination intestinale aigüe, chez l'adulte est une entité rare. Elle est, contrairement à celle des enfants, généralement secondaire.

Observation

Une patiente âgée de 75 ans, suivie pour un trouble du rythme supraventriculaire sous antivitamine K, consultait pour des douleurs de l'hémi-abdomen droit. L'examen trouvait une masse sensible de la fosse iliaque droite. La biologie trouvait un INR à 40. La tomodensitométrie abdominale montrait une invagination iléo-caecale sur un très probable hématome du colon droit. La patiente était opérée en urgence. L'exploration trouvait une invagination iléo-caecale avec un colon épaissi, hyperhémie ainsi qu'un hémopéritoine de faible abondance. La dernière anse était ischémique. Une résection iléo-colique avec anastomose iléo-colique était réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion

Les lésions bénignes (hématome, polypes) peuvent être à l'origine de l'invagination iléo-caecale. Néanmoins, le diagnostic est le plus souvent opératoire. Les cancers du carrefour iléo-caecal sont difficiles à écarter.

P84. Hémorragie digestive récurrente avec des explorations endoscopiques négatives en rapport avec un angioleiomyome du grêle

Ben Dhaou A, Daldoul S, Mabrouk A, Kerkeni A, Marzouki M, Saadi S, Ben Safta Y, Sayari S, Ben Moussa M

Service de chirurgie A. Hôpital Charles Nicolle de Tunis

Introduction : Les hémorragies digestives récurrentes ou persistantes après les explorations endoscopiques négatives représentent 5 % de tous les cas des hémorragies digestives. Les tumeurs de l'intestin grêle sont responsables de 10 à 20 % de ces cas dans les pays occidentaux. L'angioleiomyome de l'intestin grêle, surtout ceux compliqués par un saignement, sont très rares. Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 70 ans qui se présente aux urgences pour un tableau d'hémorragie digestive extériorisée sous forme de méléna.

évoluant depuis 1 semaine . L'intérêt de cette observation réside dans les problèmes de diagnostic, de prise en charge de cette affection et la gravité du pronostic si l'étiologie n'est pas traitée à temps.

Observation : Patiente de 70 ans, HTA, ACFA, AVC sous Aspégic, hystérectomie par voie endovaginale. Elle consulte pour des méléna évoluant depuis 7 Jours avec à l'examen : patiente consciente, état hémodynamique conservé avec TA 13/7, abdomen souple et dépressible, TR : méléna. FOGD : normale. Coloscopie totale : normale aussi. TDM abdominal : Tumeur iléale endoluminale de 1,5cm. Biologie : GS O positif, HB 8g/dl, TP 88%. La malade est opérée par voie coelioscopique initialement pour repérer l'anse pathologique qui est ensuite extériorisée par voie de Pfannenstiel . Résection intestinale et anastomose grelo-grêlique termino-terminale. Les suites opératoires sont simples. Anapath de la pièce : Angioleiomyome du grêle

Discussion : Le plus fréquemment l'angioleiomyome siège au niveau de l'utérus (95 %), suivie par la peau (3 %) et le tube digestif (1,5 %) d'où l'intérêt de notre observation. Les angioleiomyomatose simples sont généralement asymptomatiques. En raison du très petit nombre de cas signalés de cette entité clinique rare, il semble difficile d'estimer les caractéristiques cliniques et le taux de complications.

Conclusion :

La plupart des patients sont asymptomatiques et ne se présentent que lors de la survenue de complications. Si les explorations endoscopiques sont négatives, la tomodensitométrie se révèle d'un apport important permettant de trancher et de préciser les signes de gravité (souffrance digestive...)

P85. La hernie de Claudius Amyand ; à propos de un cas

Siala R, Guirat A, Sahnoun M, Dammak N, Ben Amar M, Mzali R

Service de chirurgie générale de Habib Bourguiba, Sfax

Introduction :

La présence de l'appendice dans une hernie inguinale oblique externe, bien évidemment droite par la majorité des cas, définit la hernie de Claudius Amyand, quel appendice soit normal ou inflammatoire. La prévalence est difficile à évaluer, probablement de moins de 1 % chez les adultes. C'est surtout chez le très jeune enfant que le diagnostic clinique peut être difficile et n'est généralement fait qu'à l'intervention.

Le nom de Claudius Amyand a été donné aux hernies inguinales obliques externes renfermant l'appendice pour rendre hommage à ce chirurgien anglais qui a réalisé la première appendicectomie dans le sac herniaire réussie, le 6 décembre 1735 à l'hôpital Saint-Georges à Londres.

Observation :

Il s'agit d'un homme de 65 ans hypertendu, opéré pour hernie inguinale droite non compliquée. En peropératoire, il s'agit d'une hernie inguino-scrotale droite oblique externe contenant l'appendice qui est sain.

L'appendice est bien visible dans le sac herniaire ; il n'est le siège d'aucun signe inflammatoire. Il a eu une appendicectomie par voie inguinale et cure de la hernie selon Lishtenstein.

Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Le traitement chirurgical au cours de la hernie de Claudius Amyand dépend de l'état inflammatoire ou non de l'appendice, c'est-à-dire de la présence ou non d'une appendicite herniaire.

Le traitement de la hernie avec prothèse pariétale en l'absence de complication infectieuse

Locale. Le traitement de l'appendicite aiguë avec prise en charge différée de la hernie dans les cas contraires.

P86. Hernie inguinale étranglée associée à un kyste du cordon spermatique

Siala R, Majdoub Y, Dammak N, Triki H, Rejab H, Harbi H, Boujelbene S, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction :

La hernie inguinale, l'hydrocèle et le kyste du cordon chez le garçon sont dus à une anomalie de fermeture du canal péritonéo-vaginal.

Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 66 ans, admis pour hernie inguinale droite étranglée avec occlusion intestinale aiguë.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 66 ans, connu porteur d'une hernie inguinale droite, admis pour occlusion intestinale aiguë sur étranglement herniaire. Il rapporte la notion d'arrêt de matières et des gaz depuis 3 jours.

A l'examen, abdomen tympanique, tuméfaction inguinale droite douloureuse. A l'ASP, NHA grêliques, une échographie faite en ville il y a 7 jours pour des douleurs abdominales a montré un kyste du cordon spermatique droit simple avec épanchement vaginal droit de faible abondance.

Le patient a été opéré, à l'induction de l'étranglement de la hernie, persistance d'une tuméfaction inguinale en rapport avec un kyste du cordon, hernie inguinale droite oblique externe, le sac herniaire est en continuité

avec un kyste du cordon de 3*2 cm à contenu séreux. On a réséqué le kyste. Présence de sillon de striction sur le grêle avec ecchymose du mésentère en regard reprenant une bonne vitalité après réchauffement. Le patient a eu une cure selon Baccini.

Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Le kyste du cordon apparaît comme une grosseur située le long du cordon testiculaire, plus ou moins haute, mobile avec le cordon, non douloureuse et non réductible. Le traitement chirurgical est le même que celui de la hernie (fermeture du canal) avec évacuation du liquide.

P87. Hernie d'Amyand : A propos d'un cas

Sassi Karim, Hassine Rim, Debaibi Mehdi, Sridi Azza, Cherif Abdelhedi, Hedfi Mohamed, Bahloul Rim, Chouchen Adnen

Service de chirurgie générale Hôpital des FSI LaMarsa

Introduction :

La hernie d'Amyand (HA) correspond à un appendice contenu dans un sac herniaire inguinal, souvent droit. Son incidence dans la littérature est très variable (0,2–1,7 %).

Le but de notre travail est de présenter un nouveau cas de hernie d'Amyand et de préciser les particularités de cette pathologie.

Observation :

Patient âgé de 62 ans, aux ATCD de cure par plaque d'une hernie inguinale gauche, admis pour une hernie inguinale droite évoluant depuis 3 ans. En per-opératoire on retrouve une hernie oblique externe, dont le sac contenait l'appendice qui était macroscopiquement sain. Une appendicectomie était réalisée avec cure de la hernie selon la technique de Liechtenstein. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion

Le diagnostic clinique d'une hernie d'Amyand peut être difficile et n'est généralement fait qu'à l'intervention. Le scanner permet le diagnostic facilement, lorsque l'appendice est normal, ou le siège d'une atteinte inflammatoire modérée. En cas de retard diagnostique et en particulier chez les sujets âgés, l'évolution locale peut être beaucoup plus avancée et l'affection se présente sous la forme d'un phlegmon ou d'un abcès de l'aîne. Le traitement chirurgical dépend de la présence ou non d'une appendicite herniaire : traitement de la hernie avec prothèse pariétale en l'absence de complication infectieuse locale, traitement de l'appendicite aiguë avec prise en charge différée de la hernie dans le cas contraire.

P88. Hernie de Claudius Amyand. Hernie étranglée ou appendicite aiguë ?

Achref Djebbi, Adel Jlassi, Khaled Bettaieb, Nedja Ben Abdesslam, Abdejjabar Helali, Mouhamed Essoussi
Service de chirurgie générale, Hôpital Militaire Principal d'Instruction De Tunis

Introduction

La hernie d'Amyand correspond à un appendice contenu dans un sac herniaire inguinal, souvent droit. Son incidence dans la littérature est très variable (0,2–1,7 %) et la présence d'une appendicite aiguë associée est extrêmement rare (0,07–0,13 %).

Nous rapportons ici le cas d'un malade opéré dans un tableau de hernie inguinale droite étranglée. Le sac herniaire contenait un appendice phlegmoneux. Le but de cette observation est de rappeler cette entité rare et mettre l'accent sur le risque encouru en cas de réduction d'une hernie étranglée.

Observation clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 81 ans, sans antécédents notables, qui s'est présenté aux urgences pour une masse inguinale droite douloureuse sans syndrome occlusif.

À l'examen, il existait une hernie inguinale droite douloureuse et irréductible. Le diagnostic de hernie étranglée était posé et le malade était opéré en urgence par voie inguinale.

En per opératoire, il existait une hernie inguinale oblique externe dont le sac contenait l'appendice macroscopiquement phlegmoneux siège d'un stercolithe à son tiers moyen. On avait réalisé une appendicectomie et une cure de la hernie selon la technique de Mac Vay. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

La description d'une hernie abdominale peut prendre en compte deux facteurs : soit la localisation, soit le contenu de la hernie. Trois types de hernie ont été décrits en fonction de leur contenu : la hernie de Littré (contient un diverticule de Meckel), de Richter (contient une partie antimésentérique de l'intestin grêle) ou encore d'Amyand. Cette dernière contient l'appendice.

La présentation clinique d'une hernie d'Amyand est celle d'une hernie étranglée sans occlusion digestive.

Du point de vue chirurgical, lorsqu'il s'agit d'une hernie d'Amyand avec appendicite aiguë, le chirurgien procède à l'appendicectomie par voie inguinale ou abdominale si l'inflammation périappendiculaire est étendue. La cure de la hernie se fera bien sûr sans matériel prothétique.

Conclusion

Le diagnostic doit être urgent et le traitement chirurgical doit se faire dans les plus brefs délais. L'appendicectomie ainsi que la voie d'abord sont dictées par les constatations per opératoires. Une tentative de réduction du sac herniaire doit être un geste réfléchi.

P89. Hernie de Morgagni : A propos de trois cas

Sami Daldoul, Imen Ben Ismail, Anis Ben Dhaou, Yacine Ben Safta, Aymen Mabrouk, Cyrine Saadi, Mounir Ben Moussa

Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

La hernie de Morgagni est une hernie médiastinale antérieure rare chez l'adulte. Elle est généralement asymptomatique mais peut toutefois se révéler tardivement par des manifestations respiratoires ou digestives non spécifiques ou à l'occasion de complications graves. Nous rapportons trois observations originales d' hernie de Morgagni.

Observation clinique 1 :

Patiente de 33 ans, se plaignait de douleurs basi-thoraciques droites depuis deux ans. La radiographie du thorax avait montré une clarté digestive para-cardiaque droite. Le TOGD avait mis en évidence la présence de produit de contraste en intra thoracique. Le lavement baryté avait objectivé la présence du colon transverse en intra-thoracique. Le diagnostic d' hernie de Morgagni a été retenu. Elle a été opérée par voie médiane. Le sac de l' hernie faisait 8 x 4 cm et contenait l'épiploon et une partie du colon transverse. Il a été réalisé une réduction du contenu associée à la résection du sac et une suture de l' orifice sans interposition de matériel prothétique. Les suites opératoires étaient simples.

Observation clinique 2 :

Patiente de 33 ans, admise dans un tableau de sténose digestive haute. La FOGD avait posé le diagnostic de sténose ulcéreuse du pylore. Le TOGD avait retrouvé un estomac de stase et le colon transverse est apparu sur les clichés tardifs en position intra-thoracique. Elle a été opérée par voie médiane sus-ombilicale. Il existait une hernie de Morgagni bilatérale. Le sac herniaire droit faisant 3 cm, celui de gauche faisant 7 x 4 cm et contenait une partie du colon transverse et du grand épiploon que l'on a libéré et réintégré dans la cavité abdominale. La fermeture des deux orifices a été faite par une raphie. La maladie ulcéreuse a été traitée par une vagotomie-antrectomie. Les suites opératoires étaient simples.

Observation clinique 3 :

Patiente de 63 ans, admise dans un tableau de sténose digestive haute. La radiographie de thorax avait montré un niveau hydroaérique latéro cardiaque droit et l'absence de la poche à air gastrique. Le TOGD avait montré un aspect de volvulus gastrique avec un corps gastrique en position intra thoracique. Le scanner thoraco-abdominal avait mis en évidence une hernie de Morgagni contenant le colon droit et l'estomac. En per opératoire il s'agissait d'une hernie de Morgagni droite contenant le corps gastrique, le tablier épiploïque et la partie libre du colon transverse et dont l' orifice faisait 8X5cm. Il a été réalisé une résection du sac et une fermeture de l' orifice herniaire par raphie, une valve anti reflux type Nissen Rossetti associée à une gastropexie antérieure. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

La hernie de Morgagni est une pathologie rare de l'adulte qui se développe à travers le trigone sterno-costal favorisée par un statut de faiblesse congénitale. Elle est le plus souvent asymptomatique. Rarement, le tableau est celui d'une complication inaugurale, à savoir un étranglement herniaire et le volvulus gastrique. La TDM avec une opacification digestive confirme le diagnostic et permet d'écarter les diagnostics différentiels : un kyste pleuro-péricardique, une hernie de Bochdalek. Le traitement de l' hernie de Morgagni s'impose même en l'absence de retentissement fonctionnel à cause du risque de complications potentiellement graves.

Conclusion :

L' hernie de Morgagni est rare et revêt un polymorphisme clinique et radiologique. Une lecture attentive des examens radiologiques standards peut faire évoquer le diagnostic qui sera confirmé par les examens avec opacifications. Le traitement est toujours chirurgical.

P90. Hernie de Morgagni étranglée un cas rare

Ben Dhaou A, Daldoul S, Mabrouk A, Saadi S, Marzouki M, Ben Safta Y, Ben Moussa M

Service de chirurgie A. Hôpital Charles Nicolle de Tunis

Introduction : La hernie de Morgani est l'issue des organes intra-abdominaux par un défaut congénital du diaphragme immédiatement derrière le sternum . Les cas sont très rares et représentent 2 à 3 % de tous les cas entre les quatre types de hernie diaphragmatique congénitale. Si certains sont symptomatiques, beaucoup restent asymptomatiques pendant longtemps et sont découverts lors d'explorations radiologiques (incidentalomes) .Nous rapportons ici le cas d'un patiente de 40 ans qui se présente aux urgences pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë évoluant depuis 24H . La TDM montre une hernie de Morgani droite étranglée. L'intérêt de cette observation réside dans les problèmes de diagnostic, de prise en charge de cette affection et la gravité du pronostic pouvant amener à une résection d'anses digestives.

Observation : Patiente de 40 ans, DID sans ATCD chirurgicaux. Elle consulte pour un arrêt des matières et des gaz depuis 12H avec vomissements et à l'examen : patiente polypnéique à 20c/min, diminution des MV à droite, abdomen distendu tympanique.Rx thorax : coupole diaphragmatique droite ascensionnée.TDM abdominal : images d'anses intrathoracique avec des signes de souffrance digestive. Biologie : GB 14000, CRP 20 hpoK+ à 2,5. La malade est opérée par voie médiane avec remise des anses grêle en intraabdominal après vérification de leur vitalité. Cure par raphie du défaut pariétal diaphragmatique. Les suites opératoires sont simples.

Discussion : Près de 90 % des hernies de Morgagni sont retrouvées sur le côté droit, 2 % situé sur le versant gauche et 8 % bilatéral. Elles sont le plus souvent asymptomatiques quoique peuvent se présenter dans un tableau plus bruyant par son cortège de symptômes essentiellement respiratoire devant la gêne de la course diaphragmatique et l'ascension du contenu abdominal en intra-thoracique d'où l'intérêt de notre observation.

Conclusion :

La plupart des patients sont asymptomatiques et ne se présentent que lors de la survenue de complications. Si le diagnostic n'est pas facile à la radiologie standard et à l'examen physique ; la tomographie permet de trancher et en cas de signes de souffrance digestive l'opération doit se faire dans les plus brèves délais.

P91. Hernie de Spiegel: Entité rare des hernies de la paroi abdominale

Ziedi Becem, Gouader Amine, Guizani Marwene, Faidi Bilel, Abdelkafi Sofien, Ben Salah Khalil, Selmi Mansour, Morjene Abdelwaheb

Service de chirurgie Al-agahlba, Kairouan

Introduction

La hernie de Spiegel ou hernie ventrale latérale est une déhiscence inhabituelle acquise apparaissant sur la ligne semi lunaire de Spiegel.

C'est une entité clinique rare, représente 0, 1 à 1% des hernies

Le diagnostic clinique est parfois difficile. Elle est asymptotique dans 90% des cas.

Le risque d'étranglement non négligeable impose un traitement chirurgical.

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 62 ans sans antécédents opérée au sein de notre formation.

Observation:

Femme âgée de 62ans, qui présentait suite à un effort de soulèvement d'une charge une tuméfaction abdominale gauche douloureuse et irréductible sans autres signes associés. Une hernie de Spiegel a été suspecté à l'examen clinique et le diagnostic d'éventration antérolatérale droite a été retenu à l'échographie abdominale. Une cure de la hernie par plaque a été réalisée avec une bonne évolution.

Conclusion:

La hernie de Spiegel est une entité rare de l'adulte.La présentation clinique est peu spécifique. La complication la plus redoutable est l'étranglement imposant donc un geste chirurgical.

P92. Hernie de Spiegel : illustrations iconographiques.

Hassine Rim, Sassi Karim, Debaibi Mehdi, Sridi Azza, Cherif Abdelhedi, Hadfi Mohamed, Charfi Mehdi*, Bouhaouala Habib*, Chouchen Adnen

Service de chirurgie générale. *service de radiologie. Hôpital des FSI, La Marsa

Introduction :

Les hernies de Spiegel sont rares et représentent 0,1% des hernies, elles se développent au niveau de la ligne de jonction des muscles latéraux, et le bord externe des muscles droits de l'abdomen.

Nous rapportons un cas de hernie de Spiegel non compliquée chez une femme de 60 ans avec illustration iconographique des aspects cliniques, scannographiques, et opératoires.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents particuliers, qui consulte pour une gêne abdominale, avec notion d'une tuméfaction para rectale gauche évoluant depuis 6 ans, avec augmentation progressive du volume.

A l'examen, la patiente présente un abdomen pléthorique, on trouve une voussure abdominale légèrement surélevée, de 10 cm de grand axe réductible et impulsive à la toux.

La TDM objective le défaut pariétal, para rectal gauche, avec un collet de 4 cm.

La patiente était opérée par voie laparotomique élective. Une cure par plaque était réalisée avec des suites opératoires simples.

Conclusion :

Les hernies de Spiegel se manifestent le plus souvent après l'âge de 40 ans. Le tableau clinique est fruste. Le risque d'étranglement, non négligeable pouvant aller jusqu'à 32%, impose un traitement chirurgical une fois le diagnostic est confirmé. Le scanner est souvent nécessaire pour le diagnostic.

La cure pariétale par plaque prothétique est le traitement de choix, la voie laparoscopique en plus de son intérêt diagnostic avait prouvé son efficacité dans le traitement de ce type d'hernie, la voie conventionnel est toujours de mise surtout dans les hernies de grosse taille.

P93. Hernie de Spiegel étranglée : à propos d'une observation

Benzarti Y, Rebi S, Hajri M, Guizani R, Ben Hadj Alouane H, Zenaidi H, Zoghلامي A

Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

Les hernies de Spiegel représentent 1 à 2% de toutes les hernies de la paroi abdominale et elles correspondent à la protrusion d'un sac péritonéal à travers un orifice anatomique acquis ou congénital dont l'étiopathogénie implique une déhiscence de l'aponévrose du muscle transverse et oblique interne au niveau de la ligne arquée. Le diagnostic est clinique, parfois rendu difficile par l'obésité. Le risque d'étranglement est important, de l'ordre de 20% des cas.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 63 ans, non tarée, jamais opérée de l'abdomen qui consulte notre urgence pour douleur abdominale d'installation brutale associée à des vomissements alimentaires. Cliniquement elle présente une tuméfaction de 8 cm siégeant sur la ligne de Spiegel, douloureuse à la palpation, irréductible, non impulsive à la toux. L'abdomen est distendu, tympanique à la percussion. Un scanner abdominal avec injection de produit de contraste a été réalisé et le diagnostic de hernie de Spiegel étranglée a été retenu. La patiente a été opérée en urgence après une courte réanimation. Le sac contenait la boucle sigmoïdienne qui a repris une bonne vitalité après sa libération. Une cure du défaut pariétal par simple raphie a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples. Actuellement, à huit mois en postopératoire on n'a pas constaté de récurrences.

Conclusion :

Les hernies de Spiegel est une pathologie de diagnostic difficile. Le scanner abdominal est d'un grand apport dans le diagnostic. Le traitement est chirurgical et l'abord coelioscopique n'est pas décrit dans cette pathologie

P94. Hernie diaphragmatique étranglée avec perforation diastatique du caecum

Mejdoub Y, Harbi H, Kardoun N, Kchaou A, Haj Taieb I, AbidaH**, Ghrairi K**, Zouche I**, Trigui A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben Ameer H, Hentati N, Frikha F, Ben Amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

** Service d'anesthésie-réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

La Hernie diaphragmatique étranglée comme cause d'occlusion intestinale est très rare. L'association à une perforation diastatique du caecum en est une complication exceptionnelle.

Observation :

Patient âgé de 77 ans sans tares, admis pour douleur abdominale diffuse sans fièvre mais avec un ralentissement du transit. A l'examen il avait une sensibilité abdominale diffuse, avec un tympanisme diffus et une perte de la matité hépatique. A la biologie il avait une hyperleucocytose à 18000 éléments/mm³ et une CRP élevée à 180. Et la radiographie du thorax a révélé la présence d'un pneumopéritoine. La TDM abdominale a montré un pneumopéritoine sans cause évidente, un épanchement intra-péritonéal de faible abondance, une petite collection liquidienne en inter-anses de 28mm de diamètre et une hernie diaphragmatique droite de la fente de Larrey à contenu colique. En per opératoire, la hernie diaphragmatique contenant le colon transverse était étranglée et il y avait une distension colique en amont avec une perforation du caecale de 5mm (probablement diastatique) colmatée par des anses grêles sans péritonite généralisée. Le geste a été une héli-colectomie droite avec anastomose iléocolique et fermeture de la hernie diaphragmatique. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion

La hernie diaphragmatique de Morgani est généralement congénitale mais peut être d'origine post-traumatique. D'habitude, quand elles deviennent étranglées, elles se compliquent d'une nécrose du segment intestinal incarcéré dans la hernie, mais il est exceptionnel qu'il y ait un arrêt du transit sans véritable souffrance vasculaire. Le siège droit de cette hernie diaphragmatique et le court segment colique situé en amont explique probablement la rapidité de la survenue de la perforation.

P95. Hernie ombilicale étranglée chez un cirrhotique

Sahnoun M, Affes N, Maalej Y, Harbi H, Kardoun N, Abida H*, Ghairi K*, Abid B, Ben Amar M, Boujelben S, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service d'anesthésie-réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

La hernie ombilicale est une pathologie fréquente du cirrhotique favorisée par l'ascite. Parfois très inesthétique, elle peut menacer le pronostic vital en se compliquant de rupture et d'étranglement. La nécrose du grêle lors de l'étranglement est un facteur de mauvais pronostic.

Observation :

Patient âgé de 38 ans, suivi pour cirrhose CHILD B9 avec ascite réfractaire et une hernie ombilicale. Admis un jour après une ponction d'ascite pour une hernie ombilicale étranglée avec syndrome occlusif. L'examen montre une hernie ombilicale de 12 cm de grand axe douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux avec abdomen distendu et une douleur abdominale diffuse. A la biologie, une hyperleucocytose à 20000 EB/mm³, CRP 50, créatininémie 83μmol/l. L'abdomen sans préparation montre des niveaux hydroaérique type grêle. La TDM abdominale montre la hernie ombilicale étranglée contenant le grêle avec une ascite de grande abondance. Il a été opéré en urgence. La dissection et l'ouverture du sac herniaire montre une hernie ombilicale contenant le grêle qui est nécrosé à collet faisant 2 cm avec une ascite de 3 litre qu'on aspire. On a réalisé une résection de 30 cm du grêle nécrosé à 2m50 de l'angle doudéno-jéjunal avec anastomose grêlo-grêlique mécanique et mise en place d'un drainage par deux sonde Salem dans la fosse iliaque droite et le cul de sac de Douglas avec antibio-prophylaxie par ciprofloxacine.

Les suites opératoires étaient simples avec rétablissement du transit à J3, ablation des sondes de Salem à J 15.

Conclusion :

L'étranglement d'une hernie ombilicale chez le cirrhotique qui peut être favorisé par l'évacuation rapide de l'ascite, met en jeu le pronostic vital. Le traitement est chirurgical mais l'intervention ne peut, sauf urgence, être envisagée qu'avec un traitement préalable ou simultané de l'ascite. En effet, en l'absence de traitement de l'ascite, le risque de récurrence est d'environ 70 %.

P96. Hernie trans-mésocolique avec sac : cause rare d'une occlusion intestinale aigue

Ahmed Turki, Houcem Harbi, Nizar Kardoun, Med Foued Frikha, Mohamed Ben Amar, Rafik Mzali.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction

La hernie trans-mésocolique (HTM) avec les hernies trans-mésentériques ne représentent que 13% des hernies internes (HI). Il s'agit d'une cause rare de l'occlusion intestinale aigue dont le diagnostic pré-opératoire reste exceptionnel.

La brèche est au niveau du méso colon transverse entre les artères coliques supérieures droite et gauche, le plus souvent sans sac.

Nous rapportons une observation d'une hernie trans-mésocolique avec sac de découverte fortuite peropératoire.

Observation

Patiente âgée de 74 ans sans ATCD admise pour pris en charge d'un syndrome occlusif évoluant depuis 24heures. A l'examen apyrétique, abdomen distendu tympanisme asymétrique. Abdomen sans préparation : NHA type grêle. La TDM n'a pas mise de cause évidente de l'occlusion avec doute sur une appendicite aigue.

La patiente a été opérée en urgence par voie médiane. A l'exploration Absence d'anses grêliques au niveau de l'étage sous méso colique, le colon transverse au niveau pubien.

Le décollement colo-épiploïque a montré la présence d'un sac herniaire dans l'arrière cavité des épiploons contenant tout le grêle qui est de bonne vitalité, la dernière anse est adhérente au collet de l'hernie, l'orifice herniaire paraît congénital trans-mésocolique de siège para-duodéal droit.

Tout le grêle a été replacé à l'étage sous-mésocolique .Fermeture de l'orifice du méso colon transverse.

Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

Les hernies transmésocoliques sont parmi les hernies internes les plus rares et le nombre de cas rapportés dans la littérature est si réduit que leur incidence reste à ce jour inconnue. Ces hernies sont généralement diagnostiquées à l'âge adulte. Elle intéresse toujours le mésocôlon transverse. Deux variétés ont été décrites : les hernies sans sac et les hernies avec sac péritonéal, particulièrement rares comme notre cas. Le tableau clinique n'est pas toujours celui d'un syndrome occlusif. En effet, le patient ne présente parfois qu'une simple gêne ou une voussure épigastrique. Le scanner abdominal avec injection permet aujourd'hui d'affirmer le diagnostic avec précision mais pas toujours. L'exploration chirurgicale reste le meilleur moyen à visé diagnostique et bien sûr thérapeutique.

Conclusion

Les hernies internes trans-mésocoliques sont rares. Leurs diagnostic est suspecté devant une occlusion intestinale aiguë sans autre cause évidente ou fortuitement par la réalisation d'un scanner abdominal surtout avec reconstructions.

Le traitement consiste en une réduction de la hernie plus fermeture de l'orifice méso colique. Coelio : possible et efficace ??

P97. Histiocytofibrome malin primitif de la rate associé à un carcinome à cellules claires du rein : Localisation et association tumorale non décrites

Sami Daldoul, Aymen Baccari, Anis Ben Dhaou, Aymen Mabrouk, Yacine Ben Safta, Cyrine Saadi, Mounir Ben Moussa

Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

L'histiocytofibrome malin regroupe un ensemble de tumeurs développées à partir de cellules mésoenchymateuses primitives présentant à la fois une différenciation fibroblastique et histiocytaire partielle avec production de collagène et une activité de phagocytose. Elles se développent essentiellement au niveau des muscles des membres inférieurs et supérieurs. A notre connaissance, leur localisation digestive n'a jamais été décrite.

Observation clinique :

Patiente âgée de 44 ans qui a été opérée d'une tumeur rénale gauche développée sur un rein détruit sur une hydronéphrose lithiasique. Elle avait eu une néphrectomie élargit. L'examen anatomopathologique avait découvert un carcinome à cellules claires du rein.

Elle a été admise 18 mois plus tard pour des douleurs de l'hypochondre gauche. La TDM abdominale avait mis en évidence des lésions spléniques hétérogènes à double composantes liquidiennes et tissulaires de 8 cm. Des métastases spléniques métachrones ont été suspectées. En per opératoire, on retrouve une lésion tumorale splénique qui fuse en rétropéritonéal. Elle avait eu une splénectomie en emportant en bloc le tissu envahit. L'examen anatomopathologique avait conclu à un histiocytofibrome malin primitif de la rate. Elle n'avait pas eu de traitement adjuvant.

Discussion :

L'histiocytofibrome malin primitif de la rate est une tumeur sarcomateuse jamais décrite dans cette localisation. Elle survient chez les patients immunodéprimés. Son association avec un carcinome à cellules claires du rein est encore anecdotique.

Conclusion :

A notre connaissance, l'histiocytofibrome malin primitif intrapéritonéal et particulièrement de localisation splénique n'a jamais été décrit dans la littérature

P98. Infarctus idiopathique du grand épiploon à propos de 2 cas

Sebei A, Maghrebi H, Makni A, Rhaeim R, Haddad A, Daghfous A, Rebai W, Fteriche F, Chebbi F, Ksantini R, Ammous A, Jouini M, Kacem JM, BenSafta Z

Service de chirurgie A. La Rabta. Tunis

Introduction

L'infarctus du grand épiploon est une cause rare de douleur abdominale aiguë. Le tableau clinique est non spécifique et peut mimer une autre urgence chirurgicale mais l'imagerie peut orienter le diagnostic dont la confirmation est chirurgicale.

Observation1

Patiente âgée de 40 ans, non tarée, admise pour douleur de l'hypochondre droit d'installation aiguë. L'examen trouve une patiente subfébrile avec une défense épigastrique et de l'hypochondre droit. La biologie trouvait un syndrome inflammatoire biologique. L'échographie abdominale était non concluante. Une cœlioscopie exploratrice découvrait une Infarctus idiopathique du grand épiploon qui a été réséqué sans incidents. Les suites opératoires ont été simples.

Observation2

Patiente âgée de 65 ans qui présente de douleurs de l'hypochondre droit d'installation aiguë avec fièvre. L'examen montrait une défense de l'hypochondre droit avec une fièvre à 38.5°C. A la biologie une hyperleucocytose à 14000 et une CRP à 43 mg/l. L'échographie abdominale trouvait une masse ovoïde hyperéchogène au contact de la paroi abdominale antérieure. La TDM abdominale objectivait une masse de 9*2.5 cm de grand axe sous pariétale antérieure entourée d'une capsule peri-lésionnelle hyperdense avec un centre à composante grasseuse et tissulaire. Une cœlioscopie exploratrice découvrait une nécrose du bord droit du grand. Cette lésion a été réséquée et l'examen anatomo-pathologique a conclu à une nécrose hémorragique du grand épiploon. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion

L'infarctus idiopathique segmentaire du grand épiploon est une entité rare, souvent méconnue. Le diagnostic clinique est difficile. La tomodensitométrie abdominale est l'examen de choix, permettant d'évoquer le diagnostic, de démarrer un traitement médical conservateur efficace afin d'éviter une chirurgie inutile. Cependant, en absence d'amélioration ou en cas d'apparition de complication, l'exérèse de l'épiploon infarci constitue le traitement de référence.

P99. Intérêt de la bili-IRM dans l'adaptation du traitement des complications tardives après cholécystectomie par voie coelioscopique

Anis Hasnaoui, Haithem Zaafouri, Sonia Esseghair*, Mouna Cherif, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer
Service De Chirurgie Générale Et Service De Radiologie*, Hôpital Habib Thameur

Introduction :

La cholécystectomie par voie coelioscopique représente de nos jours le "gold standard" du traitement de la lithiase vésiculaire simple ou compliquée de cholécystite. Malgré ses multiples avantages, cette technique a des inconvénients propres à la cœlioscopie mais aussi inhérents à toute cholécystectomie à savoir : Traumatisme des canaux biliaires, saignement et infection. L'apport des moyens radiologiques a été considérable dans le diagnostic des complications postopératoires.

But du travail :

Nous exposons l'apport de la bili-IRM dans le diagnostic des complications tardives (sténoses des voies biliaires, lithiase résiduelle, bilome), lorsque les autres moyens d'exploration étaient peu informatifs, et ainsi orienter l'attitude thérapeutique.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée entre septembre 2004 et septembre 2011 au service de chirurgie générale de l'hôpital Habib Thameur de Tunis. Cette étude incluait 21 patients qui ont eu des cholécystectomies par voie coelioscopique, et présentant en postopératoire des complications tardives (délais d'apparition supérieurs à 21 jours). Tous ces patients ont été explorés par une bili-IRM

Résultats :

La bili-IRM a montré une sténose des voies biliaires chez 17 patients, une lithiase résiduelle chez trois patients et un bilome chez un patient.

Concernant les patients qui avaient une sténose, quatre avaient une sténose type I de Bismuth (23.52%), six avaient une sténose type II (35.29%), quatre une sténose type III (23.52 %), deux patients une sténose type IV (11.76%) et 1 patient avait une sténose de type V de Bismuth. La CPRE a été tentée chez six patients, dont trois avec succès. Deux patients ont bénéficié de la mise en place d'une prothèse biliaire. Quatorze patients, ont eu une anastomose bilio-digestive. Chez une patiente multi-tarée, aucun traitement n'a été réalisé.

Chez les trois patients ayant une lithiase résiduelle, on a réalisé une CPRE avec sphinctérotomie endoscopique et extraction des calculs.

Quant au patient qui a présenté un bilome, il a été mis sous antibiothérapie avec évolution favorable.

Conclusion :

La bili-IRM est considérée comme le meilleur moyen diagnostique des complications tardives des cholécystectomies par voie coelioscopique. La prise en charge ultérieure dépend des résultats de cet examen.

P100. Invagination grêlo-grêlique : une cause rare de l'occlusion intestinale aigüe de l'adulte

Sahnoun M, Harbi H, Kardoun N, Hadrich Z, Affes N, Ben Amar M, Mzali R
Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction

L'invagination intestinale aigüe (IIA) de l'adulte, à la différence de l'enfant, est une manifestation rare survenant le plus souvent au cours d'un obstacle organique d'origine tumorale intestinale le plus fréquemment. La présentation clinique est variable, non spécifique et parfois chronique. Ceci fait que le diagnostic est généralement difficile en préopératoire et parfois tardif. A travers l'illustration d'une

observation d'une invagination iléo-iléale, nous allons revoir les aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques d'une telle occlusion.

Observation

Nous rapportons le cas d'un malade âgé de 76 ans multi-taré (HTA, diabète) qui a été exploré pour un syndrome sub-occlusif évoluant depuis une semaine avec altération de l'état général et de son état hémodynamique. Le scanner a objectivé une occlusion grêlique par invagination iléo-caecale sur un obstacle d'allure tumorale. En per op, on découvre qu'il s'agit d'une invagination iléo-iléale sur un obstacle tumoral iléal obstructif situé à 20 cm de la valvule de Bauhin. Il n'y avait pas de nécrose intestinale. Une résection de la zone invaginée a été pratiquée avec anastomose iléo-caecale immédiate. En fin d'intervention, le malade était en état de choc et mis sous de fortes doses de drogues vaso-actives mais il est décédé 4 heures après l'intervention. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré que l'obstacle était un lipome iléal.

Conclusion

L'IIA peut se produire sur n'importe quel segment du tube digestif. Elle est rare chez l'adulte et son diagnostic est difficile. Le scanner est l'examen idéal pour faire le diagnostic en préopératoire et d'objectiver la cause. Chez l'adulte la résection chirurgicale complète du segment invaginé et de l'obstacle est le traitement de référence. Les retards diagnostique et thérapeutique sont associés à une morbi-mortalité élevée.

P101. Invagination iléo caecale compliquant une appendicectomie par voie coelioscopique

Imen Ben Ismail, Yacine Ben Safta, Mariem Marzouki, Sami Daldoul, Sofiène Sayari, Mounir Ben Moussa
Service de chirurgie Générale A, Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

L'invagination intestinale aiguë est une entité clinique rare chez l'adulte, elle représente 1 à 5 % des étiologies d'occlusion intestinale. Une cause organique est trouvée dans 70 à 90 % des cas, avec notamment 65 % de cause néoplasique. En conséquence son traitement est toujours chirurgical.

Nous rapportons une observation rare d'invagination iléo caecale compliquant une appendicectomie par voie coelioscopique réalisée dans le service.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 19 ans, opérée pour appendicite aiguë. Elle a eu une appendicectomie par voie coelioscopique. Les suites opératoires immédiates étaient simples et elle est mise sortante au 2^{ème} jour post op. A J12 post op elle développe un syndrome occlusif avec météorisme, douleurs abdominales et vomissement. Le scanner abdominal conclut à une invagination iléo caecale avec épaissement de la dernière anse iléale et discrète distension du grêle. Devant la persistance des douleurs malgré l'aspiration gastrique on a décidé d'intervenir par coelioscopie première, mais la désinvagination coelioscopique s'avère impossible devant la présence d'adhérences fibreuses serrées. D'où la coelio conversion : il s'agit d'une invagination iléo caecale composée de la dernière anse qui s'est invaginée dans le cæcum sur un moignon appendiculaire. La patiente a eu une résection iléo-caecale avec anastomose iléo colique latéro-latérale. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion :

L'invagination intestinale est définie par le télescopage d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent. Elle est fréquente chez l'enfant mais rare chez l'adulte. Elle est souvent secondaire à une cause organique (90 % des cas) : soit une tumeur bénigne ou maligne, soit des lésions inflammatoires (appendicite, diverticulite de Meckel), soit des adhérences cicatricielles.

Le diagnostic est difficile et le plus souvent fait en peropératoire devant une occlusion. La tomodynamométrie est l'examen de choix chez l'adulte, elle permet de mettre en évidence l'invagination intestinale, avec une masse tissulaire correspondant à l'anse invaginée, accompagnée d'une image en croissant, excentrée de densité graisseuse en rapport avec le mésentère (aspect en cocarde). Elle permet également d'apprécier le degré de la souffrance viscérale et d'identifier la lésion causale.

Chez l'adulte, le traitement d'une invagination est toujours chirurgical. Il n'y a en effet pas de place pour la réduction par hyperpression sous contrôle radiologique étant donnée la fréquence des formes d'étiologie tumorale. Dans notre cas une résection iléo caecale a été réalisée vu la présence des signes de souffrances intestinales.

Conclusion : L'invagination intestinale est rare chez l'adulte et son diagnostic est difficile. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique. Le scanner est l'examen idéal pour faire le diagnostic et pour rechercher sa cause. Le traitement est toujours chirurgical chez l'adulte.

P102. Tumeur du grêle révélée par une Invagination iléo-iléale

Maalej Y, Tlili A, Rejab H, Mejdoub Y, Fendri S, Dhoub Z*, Bouhlel E*, Boujelben S, Affes N, Mzali R.
Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax
*Service d'imagerie médicale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

L'invagination intestinale est définie par la pénétration ou le télescopage d'un segment intestinal dans celui situé immédiatement en aval. C'est une affection rare chez l'adulte. Elle conduit le plus souvent à la découverte d'une cause organique pouvant être tumorale.

Nous rapportons un cas rare d'invagination intestinale aiguë sur une tumeur carcinoïde du grêle.

Observation :

Un patient, âgé de 58 ans, sans antécédents médicochirurgicaux, admis aux urgences pour une douleur abdominale à type de colique, de survenue brutale, de siège péri-ombilical, associée à des vomissements sans d'arrêt des matières et des gaz. L'interrogatoire révélait un épisode similaire un mois auparavant, qui s'était résolu rapidement. À l'examen clinique, on constatait un abdomen peu météorisé, sans défense ni contracture abdominale, mais on palpait une masse médiane intra-abdominale qui était mobile par rapport au plan profond. Les examens biologiques usuels montraient une hyperleucytose (GB à 21000) et une CRP à 16 mg/L. L'abdomen sans préparation trouvait des NHA de type grêle sans pneumopéritoine. La tomodensitométrie abdominale évoquait le diagnostic en montrant une anse grêlique à paroi très épaissie avec vraisemblable invagination et décrivait la présence d'une composante ovalaire de 20 mm de grand axe, correspondant à une masse tumorale. L'intervention chirurgicale a été réalisée en urgence devant ce tableau clinique d'invagination grêlique sur tumeur. On réalisait la résection de l'anse grêlique emportant la tumeur, après désinvagination du grêle, puis rétablissement de la continuité digestive. Les suites postopératoires immédiates ont été simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à une tumeur carcinoïde du grêle.

Discussion :

L'invagination intestinale représente 1 à 5% des étiologies d'occlusions intestinales chez l'adulte. Une cause organique est trouvée dans 70 à 90% des cas. La symptomatologie clinique est polymorphe et le plus souvent trompeuse. Le scanner est l'examen idéal pour faire le diagnostic et pour rechercher sa cause. Chez l'adulte, le traitement d'une invagination est toujours chirurgical. Dans les invaginations du grêle, en présence d'un long segment intestinal invaginé, il paraît licite de tenter une réduction préalable à fin de limiter l'étendue de l'exérèse.

Conclusion :

L'invagination intestinale chez l'adulte est souvent secondaire à une lésion organique tumorale ou inflammatoire. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique. Il s'agit essentiellement de phénomènes subocclusifs à répétition. Concernant le traitement de l'invagination intestinale de l'adulte, la résection du segment invaginé est toujours nécessaire car cet accident n'est qu'un épiphénomène à la base duquel se trouve dans 80% des cas une lésion organique qui doit être traitée.

P103. Invagination intestinale aiguë sur lymphome: à propos d'un cas

Ennaceur F, Ben Hadj Khalifa MH, Mosbahi S, Gassara A, Hlel A
Service de Chirurgie Générale et Digestive; Hôpital régional de Sidi Bouzid

Introduction : L'invagination intestinale aiguë (IIA) est une pathologie digestive rare chez l'adulte, ne représentant que seulement 5 % de l'ensemble des causes d'occlusion digestive. Son mode évolutif est habituellement chronique ou subaigu. Elle est rarement découverte devant un tableau aigu d'occlusion intestinale ou de péritonite. Chez l'enfant, l'invagination intestinale est le plus souvent idiopathique. Alors que chez l'adulte, il faut rechercher une étiologie organique.

Observation: Nous rapportons dans cette observation une cause organique rare de l'invagination intestinale aiguë. C'est une patiente âgée de 35 ans, opérée en urgence pour tumeur de la valvule iléo-cæcale en occlusion (hémi-colectomie droite et anastomose iléo-transverse), avec des suites post-opératoires simples. L'examen anatomo-pathologique de la pièce de résection a objectivé un lymphome B à grandes cellules sans atteinte ganglionnaire.

Conclusion: Chez l'adulte, une cause organique est trouvée dans 70 à 90 % des cas des invaginations intestinales aiguës. Le lymphome B de la valvule iléo-cæcale reste une étiologie très rare.

P104. Invagination intestinale aiguë sur un lipome colique pédiculé : a propos d'un cas

F.Ennaceur, M.H. Ben Hadj Khalifa, A.K.Ben Abdallah, S.Mosbahi, A.Gassara, A.Hlel
Service de Chirurgie Générale et Digestive; Hôpital régional de Sidi Bouzid

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est relativement fréquente chez les enfants mais elle est rare chez l'adulte. Elle représente, chez l'adulte, 1% de toutes les occlusions intestinales et 5% de toutes les invaginations intestinales. Contrairement à l'enfant, elle est souvent secondaire à une lésion endoluminale

de type maligne, rarement une tumeur bénigne de type adénome beaucoup plus qu'un lipome ; Les lipomes coliques se présentent comme étant une masse sous muqueuse ou sous séreuse pédiculé ou sessile. Selon une revue de la littérature, l'invagination colique pure sur lipome est exceptionnelle.

Nous rapportons un cas d'une invagination colique secondaire à un lipome sous muqueux pédiculé du colon ascendant survenant chez une jeune femme. Le diagnostic a été confirmé par le scanner abdominal et la patiente a eu une colectomie droite avec des suites simples.

P105. Péritonite primitive chez un immuno déprimé

Hadriche Z, Harbi H, Turki A, Rjeb H, Frikha MF, Ben Amar M, Boujelbene S, Mzali R
Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax
Service d'anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

La péritonite primitive, encore appelée idiopathique ou spontanée, est définie comme un processus infectieux touchant la cavité péritonéale et ne provenant ni d'une perforation viscérale, ni d'un processus inflammatoire survenant dans la cavité abdominale ou à son voisinage, ni d'une plaie pénétrante. Leur intérêt particulier provient du fait que leur traitement est toujours chirurgical vu la constante incertitude du caractère primitif qui reste exceptionnel. L'objectif de ce travail est de démontrer l'existence de cette entité et de rappeler les difficultés diagnostiques et de sa prise en charge thérapeutique.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 26 ans traité pour leucémie aigue myéloïde par chimiothérapie compliquée d'aplasie médullaire. Durant cette période il a développé un tableau de péritonite aigue avec contracture abdominale généralisée et état de choc septique. D'où la décision d'opérer le patient en urgence sans perdre plus de temps dans les explorations. En per-opératoire on a retenu le diagnostic de péritonite primitive en l'absence de cause évidente de contamination de la cavité péritonéale. On a donc fait une toilette péritonéale avec drainage. L'évolution postopératoire était favorable après un court séjour en réanimation et la TDM abdominale post-opératoire n'a pas montré de collection ou de perforation digestive. Deux mois après et à la reprise de la chimiothérapie, installation d'un état septique chez le patient sans cause évidente. La TDM abdominale a révélé une perforation au niveau de l'angle colique droit. On a réalisé une hémi-colectomie droite avec double stomie. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Le diagnostic de péritonite primitive est quasi-impossible en préopératoire. Mais il faut y penser devant un tableau de péritonite aigue chez un patient immunodéprimé. En principe, leur traitement peut être uniquement médical à base d'antibiotiques, cependant l'exploration chirurgicale reste obligatoire vu leur diagnostic difficile afin d'éviter le risque gravissime de méconnaître une cause sous-jacente. Le lavage péritonéal associé à une antibiothérapie adaptée reste le traitement de choix. Le pronostic est fonction du terrain et du délai de mise en route du traitement adapté. L'affection est redoutable chez le malade immunodéprimé.

P106. Tumeur mucineuse de bas grade de l'appendice : à propos de 2 cas

Krichene J, Harbi H, Chaabouni A, Affes N, Frikha MF, Ben Amar M, Boujelbene S, Mzali R
Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax
Service d'anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

Le mucocèle appendiculaire est une entité rare pouvant avoir de nombreuses présentations cliniques comme elle peut être de découverte per-opératoire. Son incidence est de 0.2 à 0.4% de toutes les appendicectomies. Il s'agit d'une tumeur appendiculaire muco-sécrétante définie comme une dilatation kystique de la lumière de l'appendice à la suite d'une accumulation intraluminaire de mucus. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire est systématique pour poser le diagnostic positif et pour la recherche de signe de malignité. La tumeur mucineuse de bas grade de l'appendice est l'une des quatre formes histologiques de cette entité. A travers 2 observations, nous allons revoir les aspects diagnostique et thérapeutique de cette pathologie.

Observations

Nous rapportons 2 cas de patients âgés de 60 et 65 ans ayant consulté pour un tableau d'appendicite aigue banale. Devant l'âge de ces patients une exploration scannographique a été réalisée et a objectivé la présence de mucocèle appendiculaire. Les deux malades ont été opérés par voie de Mac Burney. Ils ont eu une appendicectomie emportant le méso-appendiculaire. Il n'y avait pas de rupture tumorale. L'étude anatomopathologique des 2 pièces a retrouvé chaque fois une tumeur mucineuse de bas grade de malignité avec des limites saines. A 2 mois post-opératoires les 2 malades n'ont pas eu de récurrence péritonéale et une surveillance clinique et morphologique a été décidée.

Conclusion

Lemucocèle appendiculaire est une entité bénigne qui pourrait être à l'origine de pseudo-myxome péritonéal. Au cours d'une laparoscopie la découverte de mucocèle appendiculaire doit amener à une conversion en laparotomie pour assurer une résection complète et de l'appendice et de son méso. Devant une tumeur mucineuse de bas grade de l'appendice réséquée complètement avec des marges saines sans perforation et sans extension ganglionnaire, la surveillance est la règle. Autrement une hémicolectomie droite est indiquée associée ou non à un traitement adjuvant.

P107. Traitement Chirurgical des KHOVB : à propos de 115 cas

Feriani N, Messoudi S, Attaoui MA, Heni S, Saamli I, Mkhinini W

Service de chirurgie général. Hôpital régional de Zaghouan

L'hydatidose hépatique est une affection réputée bénigne mais préoccupante par ses complications dont la plus fréquente est la rupture dans VBs.

Méthodes : Nous rapportons une série rétrospective de 115 cas de KHFOVB menée sur une période de 11 ans parmi 535 de KHF opérés durant la même période au service de chirurgie générale de l'hôpital de Zaghouan entre Janvier 2003 à Décembre 2013, soit une fréquence de 21,5%.

Résultats : Nos patients sont d'origine rurale dans 70,44%, avec âge moyen de 43.55 ans. La clinique était dominée par la douleur de l'HDC et d'épisodes d'angiocholite.

L'apport de l'échographie est très précieux, était faite chez 95,65% de nos patients, complété par la tomодensitométrie chez 34,8% des cas. Le geste opératoire a été radical dans 3,5% des cas, et conservateur 95,7% des cas. L'évolution postopératoire a été satisfaisante dans des 69,6% cas et compliquée dans 16,5%.

Conclusion : La fistulisation du KH dans les VBs est une complication souvent latente mais qui peut être grave. Son traitement est chirurgical, il convient de trouver un compromis entre les méthodes conservatrices à morbidité élevée et les méthodes radicales agressives mais à morbidité faible.

P108. Kyste bronchogénique de l'estomac

Ammar Houssein , Mariem Ayed , Tarek Kellil , Basma Mnajja, Amina Chakka, Ibtissem Korbi, Omar Toumi, Mohamed Nasr, Faouzi Noomen , Khadija Zouari

Service de chirurgie Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction

Les kystes bronchogéniques sont des dysembryomes kystiques qui s'intègrent dans le spectre des malformations broncho-pulmonaires et digestives.

Dans la majorité des cas ils sont situés dans le médiastin moyen ou le parenchyme pulmonaire . Sa localisation au niveau de l'estomac est extrêmement rare.

Observation

On présente le cas d'un patient âgé de 66 ans qui consulte pour douleur épigastrique évoluant depuis 1 ans .A l'imagerie on note la présence d'une masse gastrique au niveau du cardia mesurant 7 x 8 cm évoquant un GIST. Une gastrectomie totale a été réalisée avec *anastomose oeso-jéjunale* sur une *anse* montée en Y selon Roux . L'évolution post opératoire était bonne , avec à l'anatomopathologie présence d'un épithélium pseudo stratifié fait de cellules cylindriques ciliées et de cellules caliciformes , muscles lisse et cartilage . Elle a été suivie en consultation externe actuellement on a un recul d'une année sans récurrence tumorale .

Conclusion

Les tumeurs bronchogéniques de l'estomac posent un diagnostic différentiel avec les GIST à l'imagerie pré opératoire. Ils doivent être évoqués devant une tumeur gastrique proche de la jonction oeso trachéale.

P109. Kyste de la vésicule séminale traité par laparoscopie : à propos d'un cas

Mehdi Bouassida, Anis Rekhis, Soufiane Mkaouar, Anis Masmoudi, Wajih Sahnoun, Mourad Hadj Slimen, Mohamed Nabil Mhiri

Service d'Urologie. CHU Habib Bourguiba. Sfax

Mehdi Bouassida, Anis Rekhis, Soufiane Mkaouar, Anis Masmoudi, Wajih Sahnoun, Mourad Hadj Slimen, Mohamed Nabil Mhiri

Service d'Urologie. CHU Habib Bourguiba. Sfax

Introduction :

Les dilatations kystiques des vésicules séminales sont rarement acquises. Elles surviennent par obstruction du canal éjaculateur par un calcul, une tumeur ou une autre pathologie inflammatoire. La plupart sont d'origine embryologique. Leur diagnostic est devenu plus aisé depuis l'utilisation de l'échographie endo-rectale et du scanner. Nous exposons le cas d'un kyste symptomatique des vésicules séminales associé à une agénésie rénale homolatérale (syndrome de Zinner) dont l'exérèse a été réalisée par laparoscopie.

Observation :

Notre patient était âgé de 34 ans, marié depuis 3 ans et demi. Dans ses antécédents, on note un rein droit unique ilio-pelvien, un hypospadias opéré à l'enfance, une azoospermie retenue devant une biopsie testiculaire.

Le patient présentait une symptomatologie faite d'orchites à répétition, une pollakiurie, une dysurie et des douleurs périnéales. Les examens biologiques et l'examen cyto bactériologique des urines étaient normaux. L'échographie a montré une masse pelvienne rétro-vésicale droite anéchogène de 4 cm de grand axe. L'uroscanner a conclu que cette masse kystique était développée au dépend de la vésicule séminale droite. Le kyste a été initialement ponctionné par voie trans-rectale en 2012 mais l'évolution était marquée par la récurrence. Nous avons opté à un traitement laparoscopique trans-péritonéal avec 4 trocarts : 1 trocart de 10 mm ombilical, 2 trocarts de 5 mm dans les 2 fosses iliaques et un trocart de 10 mm en sus-pubien. L'intervention a consisté en la résection du dôme saillant. Nous avons noté curieusement 2 canaux qui se situaient dans cette vésicule : un correspondait au canal déférent et l'autre à l'uretère borgne droit. Trois mois après, le patient ne présentait aucun symptôme, et en particulier pas de trouble de l'éjaculation ni de troubles mictionnels.

Discussion

Les dilatations kystiques des vésicules séminales s'expliquent par des anomalies dans le développement embryologique. La chirurgie, surtout laparoscopique, offre un excellent accès per-opératoire et une bonne visibilité de la masse, une morbidité postopératoire minime et une faisabilité même si on n'est pas bien expérimenté.

Conclusion

Les kystes des vésicules séminales associées à l'agénésie du rein homolatéral sont rares. Leur diagnostic a été amélioré par l'échographie endo-rectale, le scanner et surtout l'IRM. En raison de la localisation profonde des vésicules séminales, la laparoscopie offre une voie d'abord très intéressante.

P110. Kyste hydatique géant de la rate : quelle conduite ?

Mohamed Ali Chaouch, Mossab Ghannouchi, Karim Nacef, Mahmoud Fodha, Moez Boudokhane
Service de chirurgie générale, Hôpital Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

Le kyste hydatique est une infection parasitaire endémique dans de nombreux pays méditerranéens. Par rapport aux autres localisations, la rate est rarement touchée (0.9 à 8.2%). Le KH constitue une des indications de la splénectomie en l'absence de traitement médical réellement efficace. Ce traitement chirurgical radical est remis en cause, d'abord par la tendance actuellement conservatrice de la chirurgie surtout pour une pathologie bénigne, ensuite par les connaissances anatomiques de la distribution vasculaire intra splénique. Le but de ce travail est de rapporter une observation médicale d'un géant kyste hydatique traité par la résection du dôme saillant permettant d'éviter la splénectomie.

Observation :

Patiente âgée de 35 ans, originaire d'un milieu rural et aux antécédents d'opération pour kyste hydatique du foie à l'âge de 5 ans. Elle consulte pour des douleurs épigastriques, continu, à type de pesanteurs sans aucun autre signe associé évoluant depuis 6 mois. A l'examen, elle a été apyrétique. Son abdomen a été souple et dépressible. On a constaté la présence d'une splénomégalie dépassant à 8 cm le rebord costal gauche. Le reste de l'examen a été sans anomalies. Une tomodensitométrie a été faite objectivant une masse liquidienne multi vésiculaire en faveur d'un kyste hydatique type III mesurant 18 cm de grand axe. La patiente a été opérée par voie sous costale gauche élargie à droite. A l'intervention, on a constaté la présence d'un gros kyste hydatique de la rate faisant 20 cm de diamètre à paroi souple et de contenu multi vésiculaire. On a opté pour un traitement conservateur par la résection du dôme saillant suivie par un drainage dans la cavité résiduelle et en inter spléno-diaphragmatique. Les suites opératoires immédiates ont été simples. La patiente a été mise sortante après 5 jours.

Conclusion :

Le choix de la technique chirurgicale en cas d'hydatidose splénique est délicat quand on met en balance les complications postopératoires des résections du dôme saillant et les risques à long terme de la splénectomie radicale. La splénectomie partielle pourrait être le compromis idéal quand elle est réalisable. La cœlioscopie serait un autre pas vers la diminution de la morbidité thérapeutique.

P111. Kyste hydatique de la rate rompu associé à un kyste hydatique hépatique ouvert dans les voies biliaires : à propos d'un cas

Mejdoub Y, kardoun N, Harbi H, Sahnoun M, Frikha MF, Mzali R
Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction :

Le kyste hydatique est une affection fréquente en Tunisie. La localisation splénique est la plus fréquente après celle du foie et du poumon. Les complications sont dominées par l'infection, l'ouverture dans les voies

biliaires pour les kystes hépatique et par la rupture dans la cavité péritonéale pour les kystes hydatiques spléniques. on rapporte le cas d'une patiente hospitalisée pour un kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires associé à un kyste hydatique de la rate rompu.

Observation :

Patiente âgée de 76 ans diabétique, connue porteuse d'un kyste hydatique hépatique admise dans le service pour des douleurs de l'hypochondre droit et épigastrique évoluant depuis 24 h. L'examen à l'admission : patiente fébrile à 38, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, une douleur à la palpation épigastrique et de l'hypochondre droit. Le reste de l'examen était sans anomalies.

A la biologie : un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose GB=18000 et CRP=220, le bilan hépatique, rénale ainsi que le TP étaient normaux. La radiographie thoracique était normale.

Le scanner abdominal en urgence avait montré : un kyste hydatique du segment VI ouvert dans les voies biliaires avec un kyste hydatique splénique rompu associé à un épanchement intra abdominal de grande abondance et présence d'une membrane prolifère en péritoine libre.

La patiente était opérée en urgence par voie médiane. En per opératoire on notait la présence d'un épanchement intra abdominal de grande abondance eau de roche, membrane prolifère de 15 cm en péritoine libre et un kyste hydatique hépatique du segment VI de 7 cm a contenu purulent fistulisé dans les voies biliaires. La patiente a eu une splénectomie, une résection du dôme saillant et traitement de la fistule kysto-biliaire selon PERDROMO. Les suites opératoires sont marquées par le décès à j7 post opératoire par une pneumopathie d'inhalation.

Conclusion :

La rupture d'un kyste hydatique en intra péritonéale est une complication grave.

Le traitement des kystes hydatiques compliqués est chirurgical dans la plupart des cas.

Le traitement est radical pour les kystes spléniques.

P112. Kyste hydatique du pancréas : localisation exceptionnelle de la maladie hydatique

A propos de 11 cas

B Latifa M, Farhat W, Said MA, Chhaidar A, Ben Mabrouk M, Mazhoud J, Ben Ali A

Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul, Sousse

Introduction :

La localisation pancréatique du kyste hydatique est rare. Elle représente moins de 1% de l'ensemble des localisations. La symptomatologie dépend du siège du kyste hydatique posant des problèmes de diagnostic différentiel avec les autres lésions kystiques du pancréas.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective descriptive rapportant 11 cas de kyste hydatique du pancréas pris en charge sur une période de 24 ans.

Résultats :

Il s'agit de 5 hommes et 6 femmes dont l'âge médian était 31 ans. La symptomatologie clinique était variable incluant principalement des douleurs de l'hypochondre droit ou l'épigastre dans 6 cas et un ictère dans 4 cas. Le diagnostic était évoqué en pré-opératoire dans 6 cas avec une sérologie hydatique positive dans 2 cas. Le geste opératoire consistait en une résection du dôme saillant dans 5 cas, une kystectomie totale dans 3 cas, une pancréatectomie gauche dans 2 cas et un seul cas de duodéno pancréatectomie céphalique. Un cas de pancréatite post opératoire sur moignon céphalique a été rapporté. Aucun cas de récurrence n'était colligé lors du suivi de nos patients avec un recul moyen de 24 mois.

Discussion :

La localisation pancréatique du kyste hydatique est très rare. La symptomatologie souvent insidieuse après une longue évolution est fonction du siège du kyste. Les manifestations douloureuses étant les plus fréquentes, parfois il peut s'agir d'un ictère ou de signes d'hypertension portale segmentaire. Le bilan morphologique est basé essentiellement sur les données du scanner et de l'IRM devant les difficultés de rattacher une lésion kystique à une origine hydatique. Le traitement est basé sur la chirurgie dont le geste dépend du siège, la taille et de l'existence d'une communication kysto-canalair.

Conclusion :

L'hydatidose pancréatique est exceptionnelle. Elle pose souvent des difficultés diagnostiques devant une lésion kystique isolée, malgré la contribution et l'apport des moyens modernes d'imagerie médicale. Le traitement de cette affection demeure chirurgical. Le geste dépend de la localisation et la taille du kyste et l'existence d'une communication kysto canalair.

P113. Kyste hydatique du muscle psoas : à propos d'un cas

Messaoudi Ikram, Loghmani Ahmed, Ben Belgacem Dalila, F.bilel, Sindi S, Ben Mbarek S, Abdelkefi S, Ben Salah K, Selmi M, Morjane A

Service de chirurgie générale et digestive, Unité les Aghlabides, Hôpital Ibn Jazzar de Kairouan

Introduction :

L'hydatidose est une antroponose cosmopolite. Sa localisation est essentiellement hépatique et pulmonaire.

Les autres localisations sont plus rares et posent généralement des problèmes de diagnostic

Observation :

Patiente âgée de 56 ans sans ATCDs pathologiques s'est présentée à la consultation externe pour une masse au niveau de la FID évoluant depuis une année

À l'examen : apyrétique, masse palpable de la FID de 04 cm de diamètre ferme fixe par rapport au plan profond et superficiel sans signes inflammatoires locaux

À l'IRM ; aspect évoquant en premier lieu un kyste hydatique monoculaire péritonéal qui se développe au niveau de la FID. Sérologie hydatique négative

La patiente a été opérée par voie laparotomique avec passage en rétro péritonéal; masse de consistance ferme rétro péritonéale faisant contact avec l'os coxal respectant les structures adjacentes notamment l'uretère droit qui est sain, on a fait une dissection soignée de la masse qui est enlevée en monobloc sans incidents, il s'agit d'un kyste hydatique

Les suites opératoires étaient simples et la patiente a été mise sortante à j 4 post opératoire,

Conclusion :

La localisation au niveau du psoas du kyste hydatique est très rare Elle doit être évoquée devant toute masse liquidienne au niveau de la région lombaire ou iliaque Le diagnostic se pose sur l'échographie et la TDM

P114. Kyste hydatique du psoas : localisation rare

Mouna Cherif, Haithem Zaafouri, Dhafer Haddad, Abderahman Masmoudi, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer

Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction

Dans les pays d'endémie hydatique certaines localisations rares du kyste hydatique ont été décrites. La localisation rétro péritonéale au niveau du muscle de psoas est rare, elle représente 3% des localisations musculaires et la symptomatologie n'est pas spécifique.

Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 26 ans, sans ATCDs pathologiques notables. Elle présentait depuis 3 mois une tuméfaction para lombaire gauche de 10 cm de diamètre sensible et rénitente à la palpation. Le bilan biologique était normal. L'échographie abdominale montrait une volumineuse formation kystique multiloculaire du flanc gauche. La TDM abdominale objectivait une collection multiloculaire gauche de la paroi abdominale latérale gauche. Elle avait eu une cure chirurgicale du kyste hydatique du psoas.

Conclusion

Le kyste hydatique du muscle psoas reste une localisation rare. C'est une pathologie bénigne qui doit être évoquée devant toute masse liquidienne lombaire surtout dans les pays d'endémie hydatique. Le diagnostic repose sur l'échographie couplée à la tomographie

P115. Kyste hydatique du rein rompu dans les voies excrétrices : à propos d'un cas.

Wassim Hamed, Hichem Jerraya, Walid Kerkeni, Chedli Dziri

Service de chirurgie B. Hôpital Charles Nicolle Tunis, Tunisie.

Introduction : Le kyste hydatique est une parasitose qui sévit à l'état endémique en Tunisie. La localisation hépatique est la plus fréquemment rencontrée. La localisation rénale est beaucoup plus rare et l'ouverture dans les voies excrétrices est rarement décrite. Nous rapportons ici un cas de kyste hydatique du rein droit compliqué d'ouverture dans les voies excrétrices qui a posé un problème d'attitude thérapeutique en peropératoire.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans ayant un retard mental et une dysthyroïdie qui présentait des douleurs abdominales vagues évoluant depuis 8 mois sans autres signes associés. L'examen physique était sans particularités. Les explorations morphologiques incluant échographie et tomographie abdominale ont montré une hydatidose hépatorénale sous forme d'un kyste du segment Iva du foie de 7 cm et d'un 2^{ème} kyste rénal droit polaire supérieur de 10 cm. Il n'y avait pas de signes clinico-biologiques ou morphologiques en faveur d'une ouverture dans les voies biliaires ou urinaires en pré-opératoire. On décide de réaliser la cure des deux kystes au même temps opératoire. En per-opératoire, le kyste rénal détruisait plus que la moitié du rein droit avec un aspect dilaté du pyélon et de l'uretère droit témoignant d'une ouverture dans les voies excrétrices. On a réalisé une néphrectomie droite emportant le kyste avec résection du dôme saillant et épiploplastie pour le kyste hépatique. Les suites opératoires ont été simples et la patiente a été mise sortante au 6^{ème} jour postopératoire.

Conclusion : l'hydatidose rénale est une localisation rare de la maladie hydatique. Son traitement est chirurgical. Le traitement conservateur reste toujours le plus indiqué en préservant le tissu rénal fonctionnel.

La néphrectomie totale est réservée aux reins détruits par un kyste hydatique volumineux ou par une pyonéphrose.

P116. Kyste hydatique primitif de la rate : une localisation inhabituelle

Maalej Y, Trigui A, Krichen J, Rejab H, Tlili A, Majdoub Y, Guirat A, Rafik M.

Service de chirurgie générale. CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction :

Le kyste hydatique siège préférentiellement au niveau du foie et des poumons. La localisation splénique isolée est rare, même dans les pays endémiques (moins de 2%). Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Il s'agit d'un homme de 28 ans admis pour douleurs de type pesanteur au niveau de l'hypochondre gauche évoluant depuis 6 mois. L'examen physique a retrouvé une rate palpable sans signes d'hypertension portale. L'échographie et le scanner ont objectivé une rate augmentée de taille siège au niveau de son pôle supérieur d'une volumineuse formation kystique de 10*9 cm à paroi propre avec probablement une fissuration sous capsulaire cette formation kystique refoule le rein gauche en dedans. La sérologie hydatique était positive. La patiente fut opérée via une laparotomie médiane. L'exploration chirurgicale avait trouvé un volumineux kyste hydatique au dépend du pôle supérieure de la rate adhérent à la coupole diaphragmatique. Ce était multi vésiculaire à contenu eau de roche (type III). Une splénectomie totale emportant le kyste était réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Le kyste hydatique de la rate doit être évoqué devant toute tumeur kystique splénique. Le diagnostic est basé sur l'imagerie. Le traitement est chirurgical. Le choix entre un geste radical (splénectomie totale ou partielle) dépend de la taille et de la topographie du kyste.

P117. L'appendagite épiploïque aiguë : une cause rare d'abdomen aigu

I.Ben Ismail, Y.BenSafta, C.Saadi, S.Daldoul, M.S.Boudaya, S.Sayari, M.Ben Moussa

Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

L'appendagite épiploïque aiguë (AEA) est une pathologie abdominale bénigne secondaire à l'inflammation aiguë d'un appendice épiploïque. Elle se définit par un tableau douloureux abdominal avec défense localisée simulant selon les cas une appendicite aiguë ou une sigmoïdite aiguë diverticulaire L'évolution est souvent favorable sous traitement médical. Son diagnostic, autrefois peropératoire, repose actuellement sur la tomographie.

Dans ce travail, nous rapportons 2 cas d'AEA colligés dans notre service.

Observation 1 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, aux antécédents d'appendicite aiguë opérée, admise pour douleur de la FIDte. A l'examen elle était subfébrile à 37°.8. Le bilan biologique avait révélé une hyperleucocytose à 14000. L'écho abdominale avait montré d'une infiltration de la graisse au niveau de la FIDte. Un complément scannographique avait montré une petite formation graisseuse entourée d'un halo hyperdense, en regard de la paroi du cæcum avec infiltration de la graisse avoisinante. Le diagnostic d'AEA a été posé et l'évolution était rapidement résolutive sous traitement médical.

Observation 2 :

Il s'agit d'un patient âgé de 29 ans, admis pour syndrome douloureux de la FIDte. L'examen a trouvé un patient apyrétique avec douleur à la palpation profonde de la FIDte. L'examen biologique a trouvé une hyperleucocytose à 12900. L'écho abdo a mis en évidence une structure tubulée de 10 mm d'épaisseur évocatrice d'une appendicite. Le diagnostic d'appendicite aiguë a été retenu. L'exploration peropératoire a trouvé un appendice congestif LCI avec une frange épiploïque tordue nécrosée au niveau de la gouttière pariéocolique dte. On a réalisé une appendicectomie avec résection de l'appendagite. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

L'appendagite épiploïque aiguë est une pathologie rare. Dans une série radiologique, elle représentait respectivement 2,3 et 1 % chez des patients explorés par tomographie pour suspicion clinique de diverticulite et d'appendicite.

Le traitement des AEA est controversé et il n'existe pas de consensus. Certaines équipes préconisent un traitement médical, D'autres équipes continuent à favoriser l'approche chirurgicale via l'exploration coelioscopique avec ligature et excision de la frange inflammatoire.

Conclusion :

L'AEA est une pathologie bénigne d'évolution habituellement favorable sous traitement médical. Son tableau clinique est non spécifique dont la confirmation est aisée en TDM ce qui permet d'épargner aux

malades d'autres explorations diagnostiques notamment chirurgicales et de raccourcir les durées d'hospitalisation.

P118. L'infarctus épiploïque primitif, une cause rare de douleurs abdominales aiguës

Karray O, Abdelhedi C, Hedfi M, Sridi A, Dbeibi M, Sassi K Chouchene A

Service de chirurgie générale, Hôpital des Forces de Sécurité Intérieure, La Marsa

Introduction :

L'infarctus épiploïque primitif est une entité rare. Son étiologie reste toujours inconnue.

La symptomatologie clinique n'est pas spécifique et le tableau évoque en premier lieu une appendicite aiguë. Le diagnostic peut être évoqué au scanner, mais il reste parfois établi lors d'une cœlioscopie diagnostique.

Les auteurs rapportent l'observation d'un patient âgé de 28 ans, admis pour des douleurs isolées de la fosse iliaque gauche, chez qui la cœlioscopie diagnostique a permis d'établir le diagnostic et de réséquer la frange épiploïque infarctive.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux notables, admis dans un tableau de douleurs isolées de la fosse iliaque droite évoluant depuis 3 jours.

L'interrogatoire ne trouvait pas d'histoire d'épisodes douloureux similaires, de troubles du transit ou de signes urinaires. Cliniquement, il avait une température à 37.5 avec une défense de la fosse iliaque droite et signe de Rovsing positif. Le bilan biologique était normal. L'échographie n'avait pas visualisé l'appendice. Il n'y avait pas par ailleurs un épanchement de la fosse iliaque droite ou du cul de sac de Douglas. Le diagnostic évoqué en premier lieu était l'appendicite aiguë. Il a été décidé de l'aborder par voie laparoscopique.

L'exploration de la cavité péritonéale, au moyen d'un trocart ombilical et de deux trocarts au niveau de la fosse iliaque gauche et de l'étage hypogastrique à droite, avait montré un appendice latéro-caecal interne macroscopiquement sain. Il n'y avait pas d'épanchement de la fosse iliaque droite ou du cul de sac de Douglas. Le déroulement du grêle n'avait pas trouvé d'anomalies particulières, notamment un diverticule de Meckel. Il y avait une frange épiploïque infarctive, à 20 cm du carrefour iléo-caecal, faisant torsion autour d'un hiatus épiploïque en regard. Devant cet aspect à l'exploration, et vu l'absence de toute autre cause de la symptomatologie clinique, le diagnostic porté était une nécrose épiploïque primitive.

La frange infarctive était réséquée, tout en assurant une bonne hémostase locale. L'appendice était conservé. Les suites opératoires étaient simples, avec une régression complète des douleurs et l'absence d'autres plaintes. L'examen anatomopathologique a confirmé la nécrose de la frange épiploïque réséquée, en l'absence de signes de spécificité ou de malignité.

Conclusion :

L'exploration de la totalité de la cavité abdominale doit être attentive lors de la cœlioscopie diagnostique, à la recherche de causes rares de douleurs abdominales aiguës, telle que l'infarctus épiploïque primitif. La cœlioscopie garde une place de choix dans ce contexte, en tant que voie d'abord mini-invasive, assurant une démarche diagnostique et thérapeutique efficace.

P119. La bride congénitale: une cause rare d'occlusion intestinale aiguë

Mabrouk, Y. Ben Safta, A. Ben Dhaou, C. Saadi, S. Daldoul, S. Sayari, M. Ben Moussa

Service De Chirurgie A 21 Hopital Charles Nicolle

Introduction:

L'occlusion de l'intestin grêle sur bride congénitale (OGBC) est une pathologie rare qui résulte de l'accolement anormal des feuillets péritonéaux donnant naissance à une bride congénitale. Elle pose un réel problème diagnostique aboutissant à un retard de prise en charge thérapeutique. Le diagnostic se fait généralement en per opératoire. Nous rapportons un cas d'occlusion intestinale haute sur bride congénitale qui a été opéré au service de chirurgie générale A21 de l'hôpital Charles Nicolle.

Observation:

Patiente âgée de 82 ans, non tarée, sans antécédents chirurgicaux, admise pour un syndrome occlusif évoluant depuis deux jours. L'examen a trouvé une patiente subfébrile à 37,8°C, un abdomen ballonné de façon symétrique, tympanique dans son ensemble, sans signes péritonéaux. Les radiographies de l'abdomen sans préparation ont objectivé des niveaux hydro-aériques de type grêle. Le scanner abdominal a mis en évidence une distension grélique avec un niveau transitionnel au niveau pelvien sans image d'obstacle. La patiente a été opérée en urgence. Il s'agissait d'une bride congénitale responsable d'une occlusion intestinale par strangulation avec nécrose d'un segment grélique situé à 350cm de l'angle de Treitz. Le geste a consisté en une libération des brides et une mise à la peau de la perforation.

Discussion:

Notre observation nous a permis de rapporter une cause rare d'occlusion intestinale aiguë sur bride chez une patiente qui n'a pas d'antécédent de chirurgie abdominale. Elle nous incite de ce fait à évoquer le diagnostic d'occlusion grelique sur bride congénitale devant tout tableau clinique aigu ou subaigu d'occlusion du grêle chez un patient sans antécédents chirurgicaux. Si le diagnostic est facilement posé lors de l'intervention faite dès l'admission des patients présentant un tableau chirurgical, chez ceux pour lesquels une surveillance initiale est indiquée, le risque élevé de nécrose intestinale justifie la réalisation d'une tomodensitométrie à la recherche de signes d'occlusion voire de nécrose intestinale.

Conclusion:

L'occlusion de l'intestin grêle sur bride congénitale est une pathologie rare qui pose un réel problème diagnostique, notamment lorsque le tableau clinique est rassurant, avec un risque de nécrose intestinale qui peut-être fatale pour le patient.

P120. La coloproctectomie totale coelioscopique

Bouazzi.A, Farhat.W, Rguez.A, Harabi.F, Ben Mabrouk.M, Mazhoud.J, BenAli.A
Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul SOUSSE

Introduction :

La coloproctectomie totale présente le traitement de choix des rectocolites ulcéro-hémorragiques résistantes au traitement médical ainsi que de la polypose adénomateuse familiale (PAF). L'abord coelioscopique est de plus en plus utilisé pour ce genre d'intervention.

Matériels et méthodes :

Il s'agit de six patients opérés par voie coelioscopique sur une période de huit ans.

Résultats :

Il s'agit de quatre femmes et deux hommes. L'âge variait entre 18 et 38 ans. L'indication était une PAF prophylactique dans 3 cas une PAF dégénérée dans un cas et une RCH dans 2 cas . Tous les patients ont eu une anastomose iléo-anale manuelle sur un réservoir en « J » protégée par une iléostomie. Les suites opératoires étaient simples chez quatre malades , une patiente a présenté une occlusion post opératoire qui n'a pas cédé sous traitement médical. Elle a été reprise par voie coelioscopique . Une patiente est décédée suite à une péritonite post opératoire en rapport avec une perforation duodénale.

Discussion :

La coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale est une chirurgie lourde. Les complications post opératoires sont surtout l'occlusion post-opératoire, la fistule anastomotique et les collections pelviennes. Les résultats fonctionnels sont influencés par les complications post opératoires immédiates .

La coelioscopie a permis de réduire le séjour d'hospitalisation, la durée d'alitement, la douleur post opératoire et le risque d'infection de la paroi.

Conclusion :

Les progrès de l'instrumentation et la diffusion des techniques permettent l'extension des indications de la laparoscopie en chirurgie digestive. Les interventions complexes comme la coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale nécessitent outre une maîtrise technique, la mise au point de tactiques opératoires spécifiques à la laparoscopie.

P121. Les formes chirurgicales de la diverticulose colique gauche

Jallali M, Toumi O, Mahmoudi A, Korbi I, Nasr M, Nomene F, Zouari K.
Service chirurgie générale CHU Monastir

Introduction :

Le risque évolutif de la diverticulose colique est la survenue des complications surtout infectieuses. Ces complications constituent une urgence diagnostique et thérapeutique.

Le but de ce travail était de préciser les caractéristiques cliniques, les moyens diagnostiques et surtout les modalités thérapeutiques de la diverticulite colique gauche et d'évaluer les résultats à court et à long terme des différentes modalités thérapeutiques.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive à propos de 34 cas de diverticuloses coliques gauches compliquées, colligés au service de chirurgie générale Monastir, sur une période de 23 ans allant de janvier 1990 au décembre 2013.

Résultats :

Nous avons colligé 20 hommes et 14 femmes. L'âge moyen de nos patients était de 61,4 ans. Le diagnostic de sigmoïdite aiguë simple a été porté quatre fois. Le traitement médical avait permis la résolution de la poussée infectieuse dans les quatre cas. Une sigmoïdectomie idéale a été pratiquée chez deux patients aux antécédents de poussées itératives.

Quatre patients ont eu une antibiothérapie pour trois abcès péricolique et un abcès pelvien. Le traitement a réussi chez un seul patient. Les autres ont eu en urgence un Hartmann (des suites simples) puis un rétablissement de la continuité digestive.

Le drainage radiologique a réussi dans quatre cas dont trois avaient eu ultérieurement une sigmoïdectomie prophylactique et il a échoué chez un patient présentant un abcès pelvien. Ce dernier a eu une intervention d'Hartmann puis un rétablissement de la continuité digestive.

Onze patients ont été opérés en urgence. L'exploration péroopératoire avait noté six péritonites purulentes, deux péritonites stercorales et trois abcès pelvien. Il a été réalisé neuf fois une exérèse colique sans rétablissement (huit Hartmann et un Bouilly Volkmann), une fois un lavage drainage laparoscopique et une fois une colostomie latérale. Les suites étaient marquées par trois décès, une occlusion et deux reprises chirurgicales. Six patients ont eu secondairement un rétablissement de la continuité digestive.

Sept patients avaient présenté une sténose colique, deux une fistule colo-vésicales et un une fistule colo-pariétale. Il a été réalisé deux Hémi-colectomies avec anastomoses immédiates, sept sigmoïdectomies-anastomoses immédiates dont deux protégées et un Hartmann.

Conclusion :

Une meilleure connaissance de l'histoire naturelle de la diverticulose colique permet une prise en charge thérapeutique adéquate.

P122. Peut-on traiter une hernie inguinal étranglée par une prothèse non résorbable ?

Rejeb A, Attaoui MA, Karouia S, Feriani N, Saamli I, Mkhini w
Service de chirurgie générale. Hôpital régional de Zaghouan

Introduction :

L'utilisation d'une prothèse est encore un sujet controversé chez les patients subissant une réparation d'une hernie étranglée en urgence, principalement en raison des complications infectieuses potentielles.

But :

Evaluer la faisabilité de méthode de Lichtenstein dans le traitement des hernies inguinales étranglées.

Patients et méthodes :

Pendant la période de Décembre 2014 à la fin de 2016 , On a opter pour la pose d'une prothèse selon la technique de Lichtenstein chez les patients opérés en urgence pour hernie inguinal étranglée lorsque le diagnostic et l'intervention chirurgical étaient précoces et sans nécrose ou contenu inflammatoire de sac herniaire , avec respect de principes classiques du traitement chirurgical lors de pose d'un matériel prothétique.

Résultats :

Il s'agit de 15 patients, tous sont des hommes, opérés en urgence pour hernie inguinal étranglée. L'âge moyen était 53 ans

Le délai de consultation était de 5 heures avec extrême de 1h et 8h.

On décide lors de l'intervention chirurgical de poser une plaque non résorbable selon la technique de Lichtenstein vu le risque élevée de récurrence herniaire chez ces patients et l'absence de nécrose ou inflammation de sac herniaire, avec précaution de limiter au minimum les souillures.

Pas de complication postopératoire chez 14 patients .un hématome pariétale a été observé chez un seul patient qui a été géré avec succès.

Nos patients ont été suivi a notre consultations a 2 reprises (15 jours et 45 jours postopératoire) et n'ont présenté aucune complications infectieux.

Conclusion :

D'après notre étude et au vu des résultats publiés, il ne paraît pas déraisonnable de mettre en place une prothèse lorsque celle-ci est susceptible de faciliter un temps de réparation particulièrement difficile ou chez un patient à haut risque de récurrence herniaire.

P123. La hernie de Spiegel

Moez R, Atef M, Med Firas A, Habib E
Service de chirurgie viscérale et digestive, Hôpital Jendouba.

Introduction :

La hernie de Spiegel ou hernie ventrale latérale est une déhiscence inhabituelle apparaissant sur la ligne ou fascia semi-lunaire de Spiegel. C'est une entité clinique rare, représente 0.1 à 1% des hernies. Le diagnostic clinique de la hernie de spiegel est souvent difficile.

Observation :

Madame M .k âgée de 59 ans, mère de 4 enfants, obèse, hypertendue, présentant depuis 3ans une masse para rectale gauche en sous ombilicale, augmentant progressivement de volume, sans trouble de transit et sans altération de l'état générale. A l'examen il s'agissait d'une masse d'environ 10 cm de diamètre, molle, non douloureuse et non réductible, sans signe inflammatoire en regard, faisant évoquer en premier lieu une

prolifération lipomateuse. L'échographie avait suspecté une hernie de spiegel, la confirmation diagnostic était obtenue par la TDM abdominale qui avait montré une déhiscence musculaire en sous ombilicale au niveau de la ligne semi lunaire de spiegel avec présence du sac herniaire contenant le grand épiploon. L'exploration chirurgicale avait retrouvé une hernie de spiegel contenant du grand épiploon viable le traitement avait consisté en une réduction de la hernie avec une cure pariétale par plaque non résorbable Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

La hernie de Spiegel est une affection rare mais non exceptionnelle. Elle constitue 0,1 à 1% des hernies de la paroi abdominale. C'est une hernie généralement localisée en para et sous ombilicale, située dans la ligne semi lunaire (aponévrose du petit oblique et du transverse). Elle peut contenir de l'épiploon, du grêle et du colon et son contenu peut être réductible ou non. Elle est asymptomatique dans 90% des cas. Le diagnostic clinique de la hernie de spiegel est souvent rendu difficile par l'obésité, soit lorsque la hernie est de petite taille elle est alors à peine palpable. %.Le Diagnostic positif est porté sur les données de l'imagerie. La TDM représente l'examen clé du diagnostic avec une grande sensibilité, elle permet de voir la déhiscence musculaire et le contenu du sac herniaire. Comme toute hernie de la paroi ventro-latérale de l'abdomen le risque d'incarcération ou d'étranglement est important, et peut aller jusqu'à 32%.La cure pariétale par plaque prothétique est le traitement de choix la voie laparoscopique en plus de son intérêt diagnostic avait prouvé son efficacité dans le traitement de ce type d'hernie .La voie conventionnelle est toujours de mise surtout dans les hernies de grosse taille.

Conclusion :

La hernie de spiegel est une affection rare de l'adulte jeune, le diagnostic clinique est parfois difficile, mais le scanner garde une grande sensibilité pour la confirmation du diagnostic. Le risque d'étranglement non négligeable impose un traitement chirurgical une fois le diagnostic est confirmé.

P124. La morbi-mortalité du traitement chirurgical des hernies du pli de l'aine étranglées à propos de 142 patients

Sami Daldoul, Marwa Gharbi, Anis Kerkeni, Aymen Mabrouk, Anis Ben Dhaou, Yacine Ben Safta, Imen Ben Ismail, Mounir Ben Moussa
Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

L'étranglement herniaire est la complication redoutée des hernies du pli de l'aine. Il s'agit d'un motif de consultation fréquent dans nos urgences. La morbidité et la mortalité de la chirurgie herniaire en urgence sont relativement élevées et dépendent de plusieurs facteurs.

Matériel et Méthodes:

Notre étude était rétrospective consécutive qui s'est intéressé aux résultats du traitement chirurgical des hernies du pli de l'aine étranglées survenant chez des patients de plus de 15 ans dans le service de chirurgie A de l'hôpital Charles Nicolle durant la période du 1^{er} janvier 2005 et le 31 Décembre 2014. Durant cette période 142 patients avaient été opérés d'une hernie étranglée du pli de l'aine. Nous avons mené une étude qui vise à identifier les facteurs de morbi-mortalité des hernies étranglées du pli de l'aine.

Résultats :

Il s'agissait de 115 hommes et 27 femmes, l'âge moyen était de 55 ans, 52% avaient une co-morbidité associée. L'hernie du pli de l'aine était récidivée dans 8,5% des cas. Elle était de siège inguinal dans 73% des cas et crurale dans 27%. Elle siégeait à droite dans 70% des cas. Le tableau occlusif était noté dans 46,5% des cas. La médiane du délai entre le début des douleurs et l'acte chirurgical était de 24heures. La nécrose intestinale a été retrouvée dans 11,3% des cas imposant la résection digestive. L'anastomose immédiate a été réalisée dans 81% des cas. L'hernie a été traitée par une raphie dans 97,9% des cas.

La morbidité globale était de 12,7% et était faite d'un hématome de la paroi dans 2% des cas, une suppuration pariétale dans 1,4% des cas, une éviscération dans 0,7% des cas. Une décompensation grave d'une tare sous jacente a été retrouvée dans 6,3%. Une réintervention a été réalisée dans 2% des cas. La mortalité était de 5%. L'analyse uni puis multivariée avait permis d'identifier les facteurs de morbi-mortalité : Age 55 ans (OR= 3), les globules blancs 15.000 (OR=3,2), TP 85% (OR= 4,4), le syndrome occlusif (OR= 2,6), la fièvre (OR= 4,2), le choc septique (OR= 7,62), la nécrose intestinale (OR= 8,1).

Discussion :

La morbi-mortalité des hernies étranglées du pli de l'aine n'est pas négligeable. Ils sont multifactoriels répondants à des éléments essentiellement liés à l'état du malade et à l'évolution de l'étranglement.

Conclusion :

L'étranglement herniaire reste une complication redoutable d'une affection réputée bénigne et peu morbide. Les facteurs identifiés dans cette étude devraient faire sélectionner les patients qui nécessiteraient des soins et une surveillance particulière pour réduire le taux de morbi-mortalité.

P125. La péritonite dermoïde aigue post-traumatique : une pathologie rare

Fendri S, Guirat A, Kchaw A, Rejab H, Mzali R
Service de chirurgie générale. Hôpital Habib Bourguiba Sfax

Introduction :

Les péritonites dermoïdes sont secondaires à la rupture intrapéritonéale d'un kyste dermoïde (ou tératome mature). Il s'agit de la complication la plus fréquente après la torsion. La rupture peut se faire dans un organe creux ou dans la cavité péritonéale.

Observation :

Une patiente de 75 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour douleurs abdominales aigues post-traumatiques.

L'examen clinique trouvait une sensibilité abdominale diffuse avec une importante distension abdominale.

La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique.

Le scanner trouvait un kyste dermoïde ovarien gauche rompu dans le péritoine.

On a opéré la patiente et on a réalisé une annexectomie gauche emportant le kyste dermoïde rompu avec une toilette péritonéale abondante.

Les suites opératoires étaient simples après un court séjour en réanimation.

Discussion :

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont des tumeurs peu rares généralement bénignes. Ils peuvent se compliquer de torsion (16%), de rupture (1.3%), d'infection (1.2%) ou de dégénérescence maligne exceptionnellement mais surtout après 40 ans.

La rupture peut se faire dans un organe creux tels que le grêle, le rectum, la vessie, dans la paroi abdominale ou dans le vagin.

Il s'agit d'une péritonite « chimique » liée à des dépôts de graisses neutres, de cristaux d'acides gras et de cholestérol.

Elle est favorisée par la grossesse et peut se produire lors de l'accouchement et donne une péritonite aiguë qui peut être précédée de douleurs intermittentes.

Deux formes cliniques peuvent exister :

-En cas de rupture massive, il en résulte une péritonite chimique extrêmement agressive dont les conséquences peuvent être fatales en dehors d'une prise en charge médico-chirurgicale.

-En cas de simple fissuration, la péritonite initiale peut passer inaperçue et la dissémination du contenu kystique est responsable de greffe d'implants dermoïdes hépatiques et péritonéaux.

Le traitement peut comporter une omentectomie et une ovariectomie uni ou bilatérale en fonction de l'âge.

Conclusion :

La péritonite dermoïde est une affection rare secondaire à la rupture brutale (forme aiguë) ou la fissuration (forme torpide) d'un tératome ovarien. Ce diagnostic est à évoquer devant tout tableau de péritonite d'étiologie mal expliquée, notamment lorsque le scanner révèle un tératome mature.

Il est important d'évoquer la forme aiguë chez une femme en âge de procréer, présentant un tableau de pelvipéritonite sévère.

P126. La thrombose de varicocèle : une entité rare

Chaker K, Sellami A, Ouanes Y, Krarti M, Ben Rhouma S, Nouira Y
Service d'Urologie, CHU La Rabta

Introduction :

La douleur testiculaire est un motif fréquent de consultation en urologie. Chez les jeunes patients, le diagnostic de torsion testiculaire doit être écarté en priorité. L'échographie facilite la prise en charge et permet de découvrir certaines étiologies plus rares comme cette thrombose de varicocèle. Nous rapportons le cas d'un patient vu au service d'urologie de la Rabta qui présente une varicocèle thrombosée.

Cas Clinique :

Patient âgé de 54 ans, non taré, qui présente des douleurs inguinales gauche évoluant depuis 48 heures sans signes associés. A l'examen, il avait une varicocèle gauche clinique grade III, sensibilité au niveau du pli inguinal, l'orifice herniaire inguinal est libre. Le reste de l'examen somatique est sans particularité. Une échographie du pli inguinale a été pratiquée qui a montré un aspect en faveur de varicocèle gauche thrombosée. Le patient a été mis sous traitement médical à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien, antalgique, anticoagulant à dose curative et des veino-toniques. Il a été revu à la consultation après 15 jours de traitement médical, le patient s'est amélioré sur le plan clinique avec amendement de la douleur sous traitement médical.

Conclusion :

La thrombose de varicocèle est une étiologie rare. Elle doit être évoquée lorsqu'on palpe un cordon fibreux rétro-testiculaire douloureux. L'échographie confirme le plus souvent le diagnostic. Le traitement est conservateur permettant la disparition des douleurs en quelques jours.

P127. La tuberculose hépatique : à propos d'un cas

Ahmed Turki, Bassem Abid, Sami Fendri, Ahmed Guirat, Najemeddin Affes, Rafik Mzali.
Service De Chirurgie Générale, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction

La tuberculose hépatique autonome est rare. Dans sa forme macro nodulaire, elle peut revêtir l'aspect d'une tumeur primitive ou secondaire du foie. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du bacille tuberculeux ou sur l'histologie. Le traitement chirurgical peut être associé au traitement médical spécifique. Cette observation nous incite à souligner les difficultés diagnostiques et les modalités thérapeutiques.

Observation

Enfant âgé de 8 ans qui a reçu le vaccin anti-tuberculeux sans ATCDS de contage tuberculeux consulte pour tuméfaction de l'hypochondre droit évoluant depuis une semaine avec altération de l'état général. A l'examen, fébrile à 38,2°C, pas d'ictère. Présence d'une masse de l'hypochondre droit faisant 07cm de grand axe, ferme, douloureuse et chaude. SIB sans choléstatose ni cytolyse. Radiographie du thorax: Emoussement du cul de sac droit + Petites opacités du lobe inférieur droit. Échographie abdominale: Foie de taille normale, de contours réguliers, siège au niveau du segment IV d'une formation hypo-échogène bien vascularisée, mesurant 6x4cm. Scanner thoraco-abdominal: masse du segment IV mesurant 6x4x4,5cm spontanément hypodense, hétérogène associée à des micronodules parenchymateux sous pleuraux. Un hépatoblastome ou un CHC avec des métastases pulmonaires est suspecté. Marqueurs tumoraux sont Négatifs. L'évolution a été marquée par l'aggravation du syndrome septique. L'exploration chirurgicale trouve une masse de 7cm de diamètre du segment IV d'aspect tumoral contenant du pus et des tissus friables nécrosés. Une tumorectomie passant à 1cm en tissus sains est réalisée. L'évolution post-opératoire était favorable, mis sortant à J23 post-opératoire. L'examen anatomo-pathologique a conclu à une tuberculose hépatique caséofolliculaire. Le patient a été mis sous traitement anti-tuberculeux avec nette amélioration clinico-biologique.

Discussion

L'atteinte hépatique est fréquente au cours de nombreuses formes de la maladie tuberculeuse. Par contre l'atteinte autonome du foie est rare. Sur le plan physiopathologique, la voie de la colonisation hépatique par le bacille de Koch reste discutée; elle se ferait par voie artérielle, lymphatique ou veineuse. L'atteinte à partir du tractus gastro-intestinal via la veine porte n'est pas exclue. Le tableau clinique est non spécifique et souvent trompeur. La ponction biopsie hépatique écho-guidée représente la méthode diagnostique de choix. En l'absence d'une atteinte tuberculeuse authentifiée, le diagnostic peut être posé devant l'association de granulome hépatique et d'une réponse au traitement anti-tuberculeux. Le traitement chirurgical est indiqué devant l'abcédation, cependant, devant les formes pseudo tumorales et en l'absence de diagnostic de certitude, la laparotomie s'impose. Un traitement anti-tuberculeux associé pendant une durée d'un an permet d'obtenir une guérison définitive.

Conclusion

La tuberculose hépatique est une affection rare. Son diagnostic est souvent une surprise de l'examen anatomopathologique au décours d'une laparotomie. Les explorations morphologiques doivent impliquer des biopsies sous contrôle échographique après avoir éliminé un kyste hydatique. Le traitement médical spécifique associé au traitement chirurgical permet souvent une guérison définitive.

P128. Le cystadénome mucineux du foie ; à propos de 1 cas

Siala R, Trigui A, Harbi H, Dammak N, Triki H, Boujelbene S, Mzali R

*Toumi N, *Sallemi A, *Fendri H, *Maaloul I, *Moalla A

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service de radiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

Les cystadénomes mucineux du foie sont des tumeurs kystiques rares et de diagnostic préopératoire difficile en imagerie. Ils touchent le plus souvent des femmes de plus de 50 ans. Une attitude chirurgicale radicale, compte tenu du potentiel malin de ces lésions, est recommandée mais ceci ne peut être possible devant un volumineuse masse prenant presque tous les segments du foie.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans ATCDS pathologiques particuliers qui consulte pour douleur de l'HCD et de l'épigastre évoluant depuis 5 mois. A l'examen voussure au niveau de l'HCD et de l'épigastre. La biologie hépatique a montré une légère cytolyse.

L'échographie abdominale objective une masse hépatique kystique mesurant 20 * 15 cm à paroi fine régulière, à contenu finement échogène et qui est le siège de quelques membranes flottantes intra-kystiques. La sérologie hydatique était négative par technique de Elisa et Western blot.

La tomographie abdominale avait objectivé une masse kystique multiloculaire de 25 X 20 cm n'épargnant que le segment 7 et une partie du segment 6 et 8, refoulant et comprimant les branches portales droite et gauche, l'artère hépatique commune et la VCI et la veine sus hépatique avec rehaussement des cloisons intra-kystique après injection de PDC.

L'IRM abdominale a objectivé une volumineuse formation kystique hépatique à cheval des segments 1, 4, 5, 6, 8 avec développement exophytique, de 20 * 30 cm, à paroi fine régulière, cloisons fines, contenant un sédiment en hyper-signal T1, ayant des rapports intimes avec les éléments du pédicule hépatique, la vésicule biliaire, la VCI, veine hépatique médiane et les structures digestives adjacentes. Après injection de gadolinium, on note un léger rehaussement de la paroi et des cloisons.

La ponction du liquide du kyste a montré un taux élevé de marqueurs tumoraux, ACE: 39 ng/ml, Ca 19-9: 100000 UI/ml et Ca 72-4: 253,3 ng/ml.

La patiente a été opérée, elle a eu une énucléation. L'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic de cystadénome mucineux du foie avec la présence de signes de dysplasie de bas grade.

Les suites opératoires étaient simples et avec un recul de 6 mois, il n'a pas été noté de récurrence.

Conclusion :

Le cystadénome mucineux du foie est une tumeur hépatique rare, mais il faut y penser devant une lésion kystique atypique sur le scanner, les marqueurs tumoraux intra-kystique peuvent évoquer fortement le diagnostic. Le traitement du cystadénome doit être la résection chirurgicale. La totalité de la tumeur doit être enlevée en raison du risque de récurrence après exérèse partielle et du risque d'évolution vers un cystadénocarcinome. Une excision totale, une résection hépatique emportant le kyste ou une énucléation sont généralement possibles. Le pronostic de ces tumeurs enlevées en totalité est bon.

P129. Les cancers superficiels de l'estomac : Expérience d'une année de l'hôpital Mahmoud El Matri

Laamiri G, Belhadj A, Saidani A, Ridene I*, Mannai S, Houissa H
Service de Chirurgie Générale. Hôpital Mahmoud El Matri. Ariana
*Service d'imagerie médicale. Hôpital Mahmoud El Matri. Ariana

Introduction

Le cancer superficiel de l'estomac est défini par son atteinte limitée à la muqueuse ou à la sous muqueuse quel que soit son statut ganglionnaire. Le traitement de ce cancer est avant tout chirurgical mais ses modalités restent débattues.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective descriptive de février 2016 à février 2017 incluant tous les adénocarcinomes superficiels de l'estomac. Le but de cette étude est de déterminer les caractères épidémiologiques, la présentation clinique, l'approche diagnostique et thérapeutique de ces tumeurs.

Résultats

Nous avons colligé 3 patients, tous de sexe masculin. Un seul malade était diabétique.

L'âge moyen était de 66 ans.

Le motif de consultation était des épigastralgies dans 100% des cas.

La FOGD réalisée pour tous les malades retrouve un ulcère antral associé à une tumeur sous muqueuse fundique chez un malade, un ulcère au niveau de l'angle de la petite courbure chez un autre, et un ulcère antral chez le troisième malade.

Ces lésions répondaient à l'histologie à un ADK bien différencié chez un malade, et un carcinome indifférencié à cellules en bague à chatons chez 2 autres.

Le bilan d'extension était négatif chez tous les patients

L'abord était une cœlioscopie diagnostique première suivie d'une laparotomie

2 Malades ont eu une gastrectomie totale avec curage D1.5 et un malade a eu une gastrectomie subtotale avec curage D2.

Les suites opératoires étaient simples

L'examen anatomopathologique a conclu à des ADK pT1bN0. La tumeur sous muqueuse associée répondait à une tumeur stromale à faible risque de récurrence

Aucun malade n'a eu une chimiothérapie adjuvante

Tous les malades sont vivants sans récurrence.

Discussion

Le cancer superficiel gastrique est un cancer de bon pronostic.

Les endoscopistes japonais suggèrent que le traitement local par mucosectomie ou dissection endoscopique pouvait suffire dans certains cas. Ces traitements locaux font l'impasse sur le curage ganglionnaire, ce qui a conduit à identifier les facteurs de risque de métastases ganglionnaires.

Dans les cancers superficiels de l'estomac, le risque de métastase ganglionnaire est de l'ordre de 15 à 20 % impliquant une chirurgie.

Conclusion

La chirurgie garde encore sa place dans le traitement des cancers superficiels

P130. Le diverticule de l'œsophage : présentation clinique et modalités thérapeutiques.

A propos de quatre cas.

Bouazzi.A, Farhat.w, Mizouni.A, Said.MA, BenMabrouk.M

Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul, Sousse

Introduction :

Les diverticules de l'œsophage sont des pathologies rares de la paroi œsophagienne. Ils sont souvent asymptomatiques. Leur manifestation clinique est souvent en rapport avec la cause de leur développement.

Notre étude a pour objectif de rapporter la présentation clinique de cette pathologie, et de préciser les modalités de prise en charge.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 4 patients opérés pour un diverticule œsophagien sur une période de 11 ans .

Résultats :

Il s'agit de trois hommes et une femme. L'âge des patients variait entre 34 et 74 ans. Trois patients se plaignaient de dysphagie et de douleurs thoraciques, un patient se présentait pour une hématomèse. Au terme des explorations morphologiques deux patients présentaient un diverticule de Zenker, et deux présentaient un diverticule de l'œsophage thoracique. L'abord chirurgical était cervical pour deux patients et thoracique pour les deux autres. Les suites opératoires étaient simples pour tous les malades. Un patient présentait un diverticule thoracique dégénéré.

Discussion :

Les diverticules de l'œsophage se répartissent selon leur localisation en diverticule pharyngo-œsophagien dit de Zenker, diverticule médiathoracique et diverticule épiphrénique. Ils se manifestent le plus fréquemment par de la dysphagie, des régurgitations, des douleurs thoraciques et/ou des manifestations pulmonaires. Les examens para cliniques utiles au diagnostic sont le transit baryté œsophagien et l'endoscopie digestive haute. L'évaluation manométrique permet de caractériser les troubles moteurs sous-jacents en cas de diverticule épiphrénique ou du corps de l'œsophage. Seuls les diverticules symptomatiques doivent être traités. Le traitement chirurgical du diverticule de Zenker par voie cervicale ouverte combinant la diverticulotomie à la myotomie du muscle cricopharyngien constitue la thérapeutique principale pratiquée couramment, l'approche endoluminale à l'aide de laryngoscope rigide combinant une diverticulostomie avec une myotomie s'est largement développée et est devenue l'approche thérapeutique de choix des chirurgiens oto-rhino-laryngologues, car elle simplifie les suites opératoires. L'approche laparoscopique et/ou par vidéo-chirurgie pourrait s'imposer dans les prochaines années, notamment pour le traitement par voie abdominale des diverticules épiphréniques.

Conclusion :

La présentation clinique des diverticules œsophagiens est polymorphe selon la localisation œsophagienne et la pathologie en cause. Le diagnostic est basé sur le transit œsophagien. Le traitement reste chirurgical en premier lieu.

P131. Leiomyosarcome du mésentère

Benzarti Y, Rebi S, Hajri M, Ben Hadj Alouane H, Guizani R

Service De Chirurgie Générale CTGB

Introduction :

Les tumeurs primitives du mésentère sont une entité extrêmement rare. Les léiomyosarcomes primitifs du mésentère en représentent un pourcentage infime. Ils ont une incidence reportée à 1/350000. Elles sont caractérisées par leurs agressivité et siègent plus fréquemment au dépens de l'iléon.

But :

Décrire les particularités cliniques, radiologiques, anatomopathologique et la prise en charge thérapeutique des léiomyosarcomes du mésentère.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans, aux antécédents d'hystérectomie totale et annexectomie bilatérale pour fibrome utérin intracavitaire en 2012, admise pour une masse abdominale évoluant depuis 03 mois dans un contexte d'altération de l'état général.

A l'examen, état général altéré, masse abdominale solide prenant le flanc droit et la région péri-ombilicale de 20 cm de grand axe qui paraît être fixe par rapport aux plans profonds. Au TR : pas de masse palpable, pas de rectorragie ni de méléna.

La TDM abdominale a montré une volumineuse masse du flanc droit grossièrement ovalaire mesurant 15,6cmx12,9cmx9,1cm prenant le contraste de façon hétérogène. Elle s'associe à un épaissement pariétal

de l'angle colique droit faisant évoquer un point de départ digestif à développement exoluminal dans le mésocolon. Pas de localisation secondaire.

La Colonoscopie était sans anomalies.

Elle a été opérée par voie médiane. L'exploration a trouvé une tumeur de 30 cm de grand axe au dépens du mésocolon droit. Elle a eu une résection iléo-caecale emportant la tumeur et 60cm du grêle. Les suites opératoires ont été simples

Le compte rendu anatomopathologique a conclu à un léiomyosarcome de haut grade du mésentère.

Un complément de chimiothérapie adjuvante a été réalisé.

Conclusion :

Le léiomyosarcome du mésentère est une tumeur intra péritonéale rare de diagnostic difficile vu la pauvreté du tableau clinique. Le traitement de référence est la chirurgie associée à une chimiothérapie adjuvante. Le diagnostic est essentiellement anatomopathologique.

P132. Léiomyosarcome mimant une tumeur stromale gastro-intestinale

Laamiri G, Saidani A, Belhadj A, Ayadi A*, Mannai S, Houissa H

Service de Chirurgie Générale. Hôpital Mahmoud El Matri de l'Ariana.

*Service d'anatomopathologie. Hôpital AbderrahmeneMami de l'Ariana

Introduction : Le léiomyosarcome représente 5 à 10 % des sarcomes des tissus mous. Il s'agit d'une tumeur maligne prenant naissance dans les cellules des muscles lisses. Il a une localisation intra-abdominale dans plus que 50% des cas. Cette tumeur peut poser un problème diagnostique avec les tumeurs stromales gastro-intestinales.

Observation : Il s'agissait d'un homme de 78 ans. Il présentait des épigastralgies et des vomissements évoluant depuis 6 mois. l'examen physique retrouvait une masse sus ombilicale de 6 cm de grand axe. Une fibroscopie digestive haute avait montré une compression de la face postérieure de l'antré évoquant une compression extrinsèque ou une tumeur sous muqueuse. Des biopsies faites à ce niveau étaient négatives. Un scanner TAP avait montré une volumineuse masse intra péritonéale en contact intime avec la face postéro-inférieure de l'estomac dont le siège et l'aspect font évoquer une tumeur stromale se développant au dépens de la paroi gastrique. Une étude morphologique et immunohistochimique d'une biopsie sous TDM avait conclu à une tumeur musculaire lisse dont le génie évolutif est imprécis. Après concertation pluridisciplinaire une résection de la tumeur primitive était prévue. En per opératoire il s'agissait d'une masse intra péritonéale blanchâtre bien vascularisée qui paraissait indépendante des structures adjacentes (colon transverse, estomac, et pancréas). La masse a été réséquée en totalité sans effraction capsulaire. L'examen anatomo-pathologique avait conclu à un léiomyosarcome. Les suites opératoires étaient simples. À 2 mois postopératoire le patient était asymptomatique.

Discussion : Les léiomyosarcomes sont des tumeurs rares qui présentent 1% des tumeurs solides de l'adulte. Ces tumeurs peuvent survenir à tout âge mais le plus souvent après 40 ans. Le facteur causal de ces tumeurs reste inconnu, cependant certaines maladies génétiques et des facteurs environnementaux sont incriminés. Ils ont une localisation préférentielle intra abdominale et peuvent prêter confusion avec une GIST. Le diagnostic repose sur la biopsie en préopératoire. Le traitement standard des léiomyosarcomes localisés résécables est la chirurgie qui consiste en une exérèse large en un bloc emportant la cicatrice de biopsie et la tumeur avec une marge circonférentielle de 2 cm. Les facteurs pronostics demeurent la taille, le grade histologique, la qualité d'exérèse et la survenue de métastases.

Conclusion

Le léiomyosarcome a souvent une localisation intra-abdominale et une évolution lente. Il peut poser un problème diagnostique avec les tumeurs stromales gastro-intestinales.

P133. Le léiomyome de la vessie, à propos d'un cas

Chaker K, Ben Rhouma S, Jallouli W, Ouanes Y, Sellami A, Nouria Y

Service d'Urologie, CHU la Rabta, Tunis

Introduction :

Les léiomyomes sont des tumeurs mésoenchymateuses bénignes. La localisation vésicale reste la plus fréquente et représente 30% des lésions bénignes de la vessie. Son diagnostic repose essentiellement sur l'histologie. Son pronostic est excellent après traitement.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 43 ans, sans antécédents notables, qui consulte pour des douleurs hypogastriques évoluant depuis 2 mois dans un contexte d'apryxie et sans signes urinaires associés. A l'examen physique, elle présente une sensibilité hypogastrique et au toucher vaginal on palpe une masse de consistance élastique et homogène se développant au dépens de la paroi antérieure du vagin avec un col utérin d'aspect macroscopiquement sain. La fonction rénale est normale et l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) est négatif. L'échographie vésicale montre une formation trigonale vascularisée au

doppler. L'Imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne montre une formation tissulaire sous séreuse faisant saillie au niveau de la vessie. La cystoscopie montre une masse faisant saillie dans la vessie refoulant le trigone en avant, les deux méats ne sont pas vus. Elle a eu une biopsie de cette masse. L'histologie a conclu à un léiomyome vésical d'où la décision d'une cure chirurgicale. Elle a été opérée par voie médiane sus pubienne. Une énucléation digitale de cette masse par voie intra vésicale a été pratiquée. L'examen anatomopathologique de cette masse a conclu à un léiomyome vésical. Après un recul de 14 mois et une surveillance régulière clinique, radiologique et endoscopique, il n'y a pas de récurrence.

Conclusion :

Bien que rare, le léiomyome vésical est la plus fréquente des tumeurs bénignes de la vessie. Elle peut augmenter de taille et être à l'origine d'obstruction urétérale ou cervicale, ou se manifester par des signes urinaires et notamment par une hématurie. A côté des méthodes d'imagerie classique, l'IRM est actuellement l'examen de choix pour le diagnostic positif et l'étude des rapports avec les organes urogénitaux de voisinage. Cependant, cette tumeur ne possède pas de caractéristiques radiologiques spécifiques en dehors de ses contours réguliers. Le diagnostic ne peut être établi que grâce aux biopsies par voie endoscopique. Son traitement est conservateur. Le pronostic est excellent.

P134. Le lymphangiome kystique de la rate, a propos d'un cas

Baccar A, Baraket O, Ayed K, Triki W, Abbess I, Kort B, Bouchoucha S
Service de chirurgie générale. Hopital Habib Bougatfa, Bizerte

Introduction

Les lymphangiomes kystiques sont des tumeurs rares, le plus souvent retrouvées chez l'enfant. Ce sont des tumeurs bénignes des vaisseaux lymphatiques dont la nature congénitale est admise. La localisation abdominale est rare. La localisation splénique est encore plus rare, et elle peut être seule ou associée à d'autres localisations viscérales. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique du pédicule splénique révélé par une énorme masse abdominale.

Observation

Patient C. Z âgé de 43 ans, ayant des antécédents de maladie ulcéreuse gastroduodénale traitée, se plaint de douleurs abdominales diffuses et vagues plus marquées au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche évoluant depuis trois mois survenant en postprandial précoce durant quelques minutes pour disparaître spontanément. L'examen somatique est strictement normal. Une échographie abdominale pratiquée le 02/06/2009 montre une formation liquidienne, kystique de 35 cm de grand axe cloisonnée multiloculaire occupant la presque totalité de l'hémi abdomen gauche. Cet aspect est évocateur lymphangiome kystique du pédicule splénique. La TDM pratiquée le 18/06/2009 montre une masse liquidienne multiloculaire de tout l'hémi abdomen gauche refoulant la rate, le rein, gauche en arrière, intimement liée au pédicule splénique. Intervention le 31 aout 2009 constatations opératoires : Il existe une volumineuse formation kystique en grappes de raisins de 40 cm de grand axe, contenant un liquide clair, prenant naissance dans l'épaisseur du pédicule splénique, dans l'arrière cavité des épiploons, et en rapport avec le pancréas, l'aorte, la VCI sans adhérer à ceux-ci, descendant jusqu'au pelvis. gestes effectués : L'énucléation de la tumeur est réalisée grâce à un plan de clivage entre le pédicule splénique et la formation kystique après ligature des vaisseaux courts et squelettisation du pédicule splénique permettant l'énucléation avec préservation de la rate. Les suites opératoires sont simples, le transit est rétabli à J3 PO – mis sortante à J7 PO .Apyrétique ,bon état général, asymptomatique. Anatomopathologie : A L'histologie l'ensemble cadre avec le diagnostic de lymphangiome kystique.

Conclusion

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne des vaisseaux lymphatiques d'origine congénitale, plus souvent retrouvé chez l'enfant (75%). La localisation abdominale est rare (<5%), et la localisation splénique est exceptionnelle. Le lymphangiome kystique splénique pose un problème diagnostique et thérapeutique. L'échographie et la tomodensitométrie par leur fiabilité et complémentarité sont des examens essentiels et contributifs au diagnostic et au traitement. Le traitement est chirurgical et pose le problème d'appréciation des limites d'exérèse sans entraîner ni de mutilation, que ne justifie une lésion bénigne, ni de récurrence. La splénectomie paraît la meilleure attitude. Le pronostic est bon sans récurrence lorsque l'exérèse est complète.

P135. Le lymphangiome kystique de la rate : à propos de 3 cas

Sahnoun M, Toumi N*, Harbi H, Kardoun N, Kchaou A, Turki A, Fendri S, Hadrich Z, Haj taieb I, Abida H**, Ghraïri K**, Zouche I**, Trigui A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben ameur H, Hentati N, Frikha F, Ben Amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service de radiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**Service d'anesthésie-réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction : Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne et rare de la rate (20% des kystes non parasitaires de la rate). Il correspond à une malformation du système lymphatique. Le lymphangiome est très rarement localisé au niveau de la rate. Il peut être isolé ou faire partie d'une lymphangiomatose diffuse.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 3 patients traités pour lymphangiome kystique de la rate dans notre service de chirurgie générale et digestive du CHU Habib Bourguiba de Sfax durant une période de 6 ans allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Janvier 2017.

Résultats : Il s'agit de 2 femmes et 1 homme avec une moyenne d'âge de 54 ans (23 à 73 ans). Deux patients ont été opérés à froid et 1 malade a été opérée en urgence pour sepsis grave avec suspicion d'une surinfection de la lésion kystique en plus d'une pneumopathie à l'admission. Cette patiente avait 2 litres de pus dans cette lésion kystique, elle a eu une splénectomie totale mais elle est décédée des suites de son choc septique. Les 2 autres patients ont eu un traitement conservateur avec une splénectomie partielle et une kystectomie totale sans récurrence post-opératoire.

Conclusion : Le lymphangiome kystique de la rate étant une tumeur bénigne et ne peut en aucun cas dégénérer ce qui lui confère globalement un bon pronostic. Cependant, il a un pouvoir d'infiltrer les tissus voisins rendant quelques fois son exérèse difficile. Dans ce cas leur pronostic pourrait être mauvais d'autant plus qu'il soit compliqué d'hémorragie ou d'infection. De point de vue thérapeutique la splénectomie est le seul traitement curatif qui permet d'éviter la récurrence. Toutefois les kystes de moins de 5cm peuvent être soumis à une surveillance régulière.

P136. Le lymphangiome kystique rétro péritonéal. A propos d'un cas.

Guizani R , Rebbi S, Benzarti Y, Khelifa F, Hajri M, Zenaidi H, Saadi H, Chammekhi A, Benzarti Y, Zoghalmi A

Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare, congénitale liée à une anomalie de développement des vaisseaux lymphatiques. Sa localisation rétropéritonéale est exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'un lymphangiome kystique rétropéritonéal.

Observation :

Patiente âgée de 73 ans qui rapporte l'installation, depuis 05 mois, d'une douleur abdominale diffuse sans troubles du transit ni altération de l'état général. L'examen trouve un état général conservé, une masse de la fosse iliaque droite, indolore, de consistance molle, mobile par rapport au plan superficiel de 4-5 cm de grand axe. L'échographie abdominale montre une grosse formation kystique sous ombilicale latéralisée à droite, de 10x7.5cm de grand axe, de contenu liquidien homogène, à paroi bien régulière et non calcifiée, qui se projette en avant de l'axe artériel et veineux iliaque droit et qui semble plutôt en rapport avec le tube digestif que ovarien. Le scanner abdominal montre une masse kystique de la FIDte arrondie à début rétropéritonéal s'étendant en intra-péritonéal, faisant 7x9cm de grands axes, elle est au contact du muscle psoas lombaire qu'elle refoule. En arrière de la VCI et de l'axe vasculaire iliaque primitif et externe homolatéraux qu'elle lamine tout en restant perméable, l'aspect de cette masse reste inchangé après injection du produit de contraste. Il s'agit d'une masse kystique rétropéritonéale. On a décidé de réaliser une laparotomie exploratrice. Elle a été opérée par voie médiane. L'exploration a trouvé une masse kystique rétropéritonéale de 10x12 cm à paroi fine, à contenu liquidien jaune citrin qui refoule l'uretère droit en avant, elle est en contact avec la veine cave inférieure et l'artère iliaque droite. On a réalisé une exérèse du kyste. Les suites opératoires étaient simples. Elle était mise sortante à J₁₂ post opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire trouve un lymphangiome kystique rétropéritonéal.

Conclusion :

Le lymphangiome kystique rétropéritonéal est une tumeur bénigne du système lymphatique. La symptomatologie clinique est polymorphe et non spécifique. Le diagnostic est évoqué à l'imagerie. Il est généralement effectué 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.

P137. L'Emphysème sous cutané étendu comme présentation de colite ischémique

Ben Dhaou A, Daldoul S, Mabrouk A, Hamdi GK, Sayari S, Ben Moussa M

Service de chirurgie A. Hôpital Charles Nicolle Tunis.

Introduction

L'emphysème S/C est secondaire à la diffusion de l'air le long de coupes de tissus. Le plus souvent, il suggère une communication entre le tissu S/C et un organe contenant de l'air (comme les voies respiratoires ou des viscères). Cependant, il peut être dû à une infection des tissus S/C. Nous rapportons cette observation d'une femme âgée de 90 ans qui se plaint de douleurs abdominales depuis une semaine et un vaste Emphysème sous-cutané étendu de la région cervicale à la paroi abdominale.

Observation : Patiente 90 ans consulte pour douleurs abdominales depuis 7J avec un emphysème extensif de l'abdomen initialement jusqu'au cou avec à l'examen : T° 38,5°C, douleur FIG . Biologie : GB 16000, CRP 120. TDM : emphysème S/C cervical et abdominal avec pneumomédiastin et de l'air dans le rétropéritoine suggérant une perforation sigmoïdienne. Laparotomie : plusieurs perforations du côlon sigmoïde ont été trouvées avec fistulisation au rétropéritoine et vers la paroi abdominale antérolatérale sans présence de diverticules. Ces perforations sont probablement liées à des événements ischémiques, comme la colite ischémique, conduisant à la nécrose du côlon. Une résection du côlon sigmoïde et un montage de Hartmann ont été effectuées. Les suites opératoires sont simples avec régression complète de l'emphysème.

Discussion L'emphysème sous-cutané sus-claviculaire est généralement associée à une perforation gastrique ou duodénal, tandis que de l'emphysème sous-cutané cervical est généralement associée à la rupture de l'œsophage cervical ou thoracique ou de la trachée. L'emphysème sous-cutané est rarement une manifestation d'une pathologie intra-abdominale. Il y a plusieurs rapports d'emphysème sous-cutané abdominal et thoracique iatrogène après perforation du côlon (par coloscopie) ou suite à la perforation de diverticules. Ce patient n'a pas eu d'antécédents récents de coloscopie ou maladie diverticulaire connus. L'air en rétropéritonéal due à fistulisation du côlon sigmoïde à la gouttière latéro-colique gauche, monte au-dessus du diaphragme à travers l'hiatus diaphragmatique menant à l'élaboration d'un pneumomédiastin et un emphysème cervical extensif.

Conclusion : La colite ischémique se présente plus souvent avec des douleurs abdominales et de rectorragie. Dans ce cas, la combinaison de symptômes non spécifiques et de vastes Emphysème sous-cutané doit conduire à la poursuite de l'enquête. Cette observation montre que L'emphysème sous-cutané cervical peut être la première voire la seule manifestation d'une perforation abdominale occulte.

P138. Le pneumopéritoine est-il toujours une indication à une chirurgie d'urgence ?

Rguez A, Mizouni A, Nefis A, Chhaider A, Waad F, Ben Mabrouk M, Ben Ali A
Service chirurgie générale et digestive, Sahloul, Sousse

Introduction :

La découverte d'un pneumopéritoine suggère dans 90% des cas la perforation d'un organe creux intra-abdominal et impose la laparotomie d'urgence. Plusieurs causes de pneumopéritoine spontané appelé également pneumopéritoine non chirurgical, ont été rapportées dont la littérature. D'où l'intérêt de les différencier afin de spécifier leur prise en charge.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans admis en urologie pour rétention urinaire sur adénome de prostate, pour lequel il a eu un cathéter sus pubien. L'évolution après 4 jours a été marquée par l'apparition d'un abcès en regard de la fosse iliaque droite. Le scanner abdomino-pelvien a objectivé un abcès pariétal contenant des bulles d'airs avec un pneumopéritoine sans épanchement ni infiltration. Le patient a eu une laparotomie exploratrice en urgence qui était blanche, l'abcès a été drainé et les suites étaient favorables.

Conclusion :

Dans la majorité des cas l'existence d'un pneumopéritoine accompagnant une péritonite impose une laparotomie exploratrice en urgence. Chez les malades asymptomatiques, la découverte d'un pneumopéritoine et à plus forte raison s'il est associé à un retro-pneumopéritoine est justiciable d'un traitement conservateur après avoir vérifié l'intégrité du tractus digestif.

P139. Duplication vésiculaire vraie traitée par cœlioscopie

A. Bensafta, H. Maghrebi, M.A. Makni, Haddad A, Atri S, W. Rebai, A. Daghfous, F. Chebbi, R. Ksantini, F. Fterich, M. Jouini, M.J. Kacem, Z. Ben Safta
Service de chirurgie générale A –Hôpital La Rabta

Introduction :

Les duplications de la vésicule biliaire sont des anomalies congénitales rares, elles sont retrouvées dans 0.026% des autopsies. Il existe la forme typique qui fait coexister deux vésicules complètes et la forme incomplète.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une duplication vraie de la vésicule biliaire qui a eu une cholécystectomie par voie laparoscopique.

Observation :

Patiente âgée de 50 ans, qui présente des douleurs biliaires depuis 3 ans. L'examen clinique était sans particularité, la biologie hépatique était normale. Une échographie a été réalisé qui a montré une vésicule biliaire (VB) à paroi fine, multi lithiasique. Parailleurs, il existait une formation kystique de 45 mm de diamètre au niveau du segment IV du foie.

Opérée par cœlioscopie, la vésicule biliaire était non distendue à paroi épaisse multi lithiasique, et il existait une formation kystique retro-vésiculaire de 5 cm de diamètre. Lors de la cholécystectomie sous séreuse, on

remarque que cette masse communique avec le jabot vésiculaire via un fin pertuis. Il existe par ailleurs qu'un seul canal cystique. La cholangiographie à travers un drain trans-cystique a montré un canal cystique long et fin cravatant la voie biliaire principale (VBP) et s'abouchant au niveau du bord latéral gauche du bas cholédoque par ailleurs la VBP est fine sans image lacunaire. On a réalisé une cholécystectomie avec excision de cette masse kystique. Les suites opératoires étaient simples.

L'examen histologique montre que ce kyste est revêtu par un épithélium cylindrique cilié parfois pseudo stratifié et de type excréto-biliaire.

Conclusion :

Les duplications de la vésicule biliaire font partie des anomalies congénitales rares des voies biliaires. Elles peuvent être complètes ou incomplètes. La découverte fortuite d'une duplication de la VB n'est pas une indication opératoire, car il n'a jamais été prouvé qu'elle soit associée à incidence plus élevée des pathologies de la vésicule biliaire. Mais si une cholécystectomie est indiquée, le geste va intéresser toute l'anomalie.

P140. Le pseudokyste de la rate : à propos d'un cas

Fendri S, Toumi N*, Harbi H, Kardoun N, Trigui A, Hadrich Z, Krichene J, Haj Taieb I, Abida H**, Ghrairi K**, Zouche I**, Trigui A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben ameur H, Hentati N, Frikha F, Ben amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction : Le pseudo-kyste ou faux kyste de la rate est ainsi appelé du fait de l'absence de revêtement cellulaire. Il se constitue par l'évolution d'une contusion splénique ou d'un foyer d'infarctus splénique. Ils représentent 75 à 80% des kystes spléniques bénins non parasitaires. Ils sont généralement rencontrés chez l'adulte jeune.

Observation : Il s'agit du patient âgé de 41 ans sans antécédents pathologiques notables exploré pour douleurs au niveau de l'hypochondre gauche évoluant depuis 1 mois et sans signes associés. L'examen clinique a révélé une masse étendue de l'épigastre à l'hypochondre gauche. La biologie a révélé une sérologie hydatique négative et un TP à 53% en rapport avec un déficit en facteur V (56%). L'échographie et la TDM abdominales ont objectivé une volumineuse lésion kystique au niveau de l'hypochondre gauche, à paroi fine avec quelques cloisons polaires supérieures, dépassant les 21cm de grand axe et l'origine exacte de cette lésion n'a pas été déterminée. Une kystectomie a été faite par voie laparoscopique. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un pseudokyste de la rate sans signes de malignité. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion : les faux kystes de la rate sont définis par une formation kystique au dépend de la rate avec l'absence de tout revêtement épithélial. Elles représentent 75 à 85 % des kystes primitifs non parasitaires de la rate.

À l'échographie, on trouve une lésion transsonore avec renforcement postérieur et à la tomographie une formation kystique sans rehaussement ni paroi propre. La présence de calcifications est possible.

Le principal diagnostic différentiel est le kyste hydatique.

Conclusion : l'intervention chirurgicale est justifiée en cas de kyste symptomatique et/ou de gros kyste (> 5cm) pour prévenir les complications graves telles que la rupture hémorragique et l'infection. L'abstention thérapeutique peut être choisie en cas de lésion asymptomatique de petite taille (diamètre <5cm).

P141. Les complications de la chirurgie coelioscopique de la cure des hernies de l'aine

Jallali M ;Mahmoudi A ;Zennati H ;Korbi I ;Toumi O ;Nasr M ;Nomene F ;Zouari K.

Service chirurgie générale CHU Monastir

Introduction

L'approche laparoscopique pour le traitement des hernies de l'aine fut une vraie révolution et, comme toute révolution, un mélange de progrès d'avances mais aussi de drames et de débats passionnels.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 23 patients traités par voie laparoscopique pour une hernie de l'aine selon le procédé TEP ou TAPP dans le service de chirurgie générale CHU Monastir et ce depuis février 1998 jusqu'à novembre 2002.

Résultats

Dans notre série, nous n'avons noté aucune complication anesthésique. La dissection de l'espace pré péritonéal s'est soldée d'une effraction du péritoine dans un cas, un incident hémorragique grave par lésion du pédicule épigastrique dans un cas et une conversion pour des difficultés de dissection dans un cas. La durée moyenne de l'intervention était 88 min et la durée moyenne de l'hospitalisation de 3 jours. L'arrêt de travail prescrit était 21 jours avec un délai moyen avant la reprise de l'activité professionnelle était 36 jours

avec des extrêmes allant de 7 à 120 jours. Nous avons constatés avec un recul de 4ans un seul cas de récédive.

Discussion

Le traitement des hernies de l'aine occupe la seconde place dans l'activité d'un service de chirurgie générale après les appendicectomies. Cette pathologie présente une fréquence et une incidence élevées dans toutes les tranches d'âge. Les exigences de cette chirurgie sont passées du simple renforcement pariétal à une prise en charge globale incluant l'analgésie, l'hospitalisation, l'activité professionnelle et les récédives. L'aboutissement actuel de cette révolution est le recours à la cure par plaque par voie coelioscopique. Mais, il est indéniable que le développement de cette technique a été à l'origine de l'apparition des nouvelles complications.

Conclusion

En absence de supériorité établie de la laparoscopie nous avons pu conclure que cette voie d'abord ne peut pas être considérée comme la voie de référence pour le traitement chirurgical des hernies de l'aine en dehors des centres experts du fait du risque des complications viscérales et vasculaires rares mais gravissimes.

P142. Les plaies de la voie biliaire principale lors d'une cholécystectomie coelioscopique

Jallali M ;Mahmoudi A ;Kellil T ;Korbi I ;Toumi O ;Nasr M ;Nomene F ;Zouari K

Service chirurgie générale CHU Monastir

Introduction

La plaie biliaire iatrogène représente la complication la plus grave de la cholécystectomie coelioscopique. Le but de notre travail est de décrire les aspects etiopathogéniques, les modalités de prise en charge des plaies biliaires après cholécystectomie coelioscopique.

Matériel et Méthodes

Nous avons analysé de façon rétrospective la prise en charge de 6 patients hospitalisés entre janvier 1998 et décembre 2015 dans le service de chirurgie générale au CHU Monastir.

Résultats

Il s'agissait de six femmes d'un âge moyen de 60 ans. Les facteurs de risque de plaies biliaires étaient un situs inversus dans un cas, une inflammation chronique dans 4 cas et une inflammation aigue dans un cas. Le diagnostic d'une plaie biliaire était posé chez deux patients en per-opératoire dont un patient a eu une cholangiographie per-opératoire et chez quatre patients en post opératoire.

Le diagnostic de la plaie biliaire en post-opératoire a été évoqué devant un ictère dans deux cas, un syndrome douloureux et fébrile de l'hypochondre droit dans un cas et devant une occlusion fébrile dans un cas avec une TDM abdominale objectivant un bilome dans 4cas.

Selon la classification de STRASBERG, les lésions se répartissaient en deux cas de type A, deux cas type D et deux cas type E.

Les traumatismes de la VBP diagnostiqués en per-opératoire ont été traités par une anastomose bilio-digestive dans un cas (type D) et une ligature du canal cystique dans l'autre cas (type A). Pour les plaies biliaires diagnostiqués en post opératoire, les patients ont eu une suture sur un drain de Kher dans deux cas (type A, D), une anastomose bilio-digestive dans un cas (type E) et une endoprothèse dans un cas (type E). Un décès est constaté.

Discussion

En cas d'une plaie découverte en per-opératoire, l'analyse du mécanisme et de l'étendue de la plaie biliaire est la première étape de la réparation. La conversion est la règle sauf dans des rares cas : une plaie simple ou une expérience en coelio-chirurgie. Pour les plaies diagnostiquées en post opératoire, la seule urgence est la cholépéritoine. En cas de bilome ou ictère, on doit se donner le temps pour l'exploration de la plaie par des examens morphologiques avec drainage de la collection.

Conclusion

Le meilleur traitement des plaies biliaires reste la prévention en respectant les règles de bonne pratique d'une cholécystectomie.

P143. Les abcès du psoas. Approche diagnostique et thérapeutique

Ouni A , Ben Hamida M , Bouaziz S , Elloumi H , Baraket O* , Cheikh I

Service de gastroentérologie CHU Habib Bougatfa de Bizerte

*Service de Chirurgie générale CHU Habib Bougatfa de Bizerte

Introduction :

L'abcès du psoas est une pathologie rare, souvent due à l'extension d'une infection intra ou rétro-péritonéale ou ostéo-articulaire.

Le but de notre étude est d'étayer PEC thérapeutique et la difficulté du diagnostic étiologique des abcès du psoas.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective (2012-2016) colligeant 14 patients pris en charge pour un abcès du psoas.

Résultats :

L'âge moyen était de 39 ans avec un sexe ration H/F=9/5. La symptomatologie était dominée par une fièvre avec douleurs lombaires. Le psoitisme était observé chez 2 patients. Le diagnostic était retenu par l'échographie et/ou TDM. L'abcès du psoas était primitif dans 3 cas et secondaire dans 11 cas dont 3 spondylodiscites, 3 abcès appendiculaires, 2 cystites et 3 maladies de Crohn. Un germe était isolé dans 8 cas dont 75% était *Staphylococcus aureus*. Le traitement était médical (antibiotiques) associé à un drainage percutané efficace (n=10), et chirurgical (n=5) indiqué pour 2 abcès volumineux (taille>15cm), 1 abcès appendiculaire et non disponibilité d'un drainage percutané (n=2).

Conclusion :

La PEC des abcès du psoas comporte deux volets : un volet étiologique qui s'avère difficile malgré les progrès de l'imagerie et l'autre thérapeutique qui a largement bénéficié de l'apport du drainage percutané.

P144. Les gastrinomes dans les néoplasies endocriniennes multiples de type 1. A propos d'une observation

ABBASSI.I, TRIKI.W, ITAIMI.A, BACCAR.A, BARAKET.O, BOUCHOUCHA.S

Service de chirurgie générale – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction :

Nous rapportons l'observation d'un gastrinome bénin et nous essayons de discuter les problèmes étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Observation :

Mr. M. B.M:44ans, hospitalisé en urgence pour hématomène jugulé par le traitement médical. FOGD : ulcère de 10 mm de grand axe situé sur la grande courbure bulbaire et débordant sur les faces antérieure et postérieure avec stigmatisme de saignement récent. Devant l'aspect étendu de l'ulcère: ECHO et TDM: masse tissulaire de 04cm de diamètre intéressant l'espace para-rénal antérieur droit.

Le diagnostic de gastrinome est évoqué. Dosage de la gastrinémie = 612ng/l VN (13-115).

IRM à OCTREOSCAN : tumeur de la tête du pancréas.

Bilan biologique à la recherche de la NEM1 normal.

Il a eu une cholécystectomie, énucléation d'une tumeur encapsulée extra pancréatique de 4,5/2cm, vagotomie +GEA.

ANAPATH : Tumeur endocrine extra pancréatique classée pT3.

Suites simples.

Conclusion :

Le gastrinome est à l'origine d'une hypersécrétion de gastrine, se traduisant cliniquement par une maladie ulcéreuse duodénale et une diarrhée. Sa localisation est le plus souvent pancréatique ou duodénale. L'échoendoscopie et l'octreoscan représentent les piliers du diagnostic. La prise en charge du gastrinome sporadique est chirurgicale, doit être tentée chaque fois que possible.

P145. Lésions kystiques spléniques : difficulté de diagnostic et de prise en charge

Ben Hassin.H ; Mizouni.A ; Chhaider.A ; Nefis.A ; Azzaza.M ; Ben Mabrouk.M ; Ben Ali.A

Scie chirurgie générale et digestive ; Sahloul ; Tunisie

Introduction:

Les tumeurs de la rate sont des lésions rares, le plus souvent de découverte fortuite, pouvant être kystique, solide, bénigne ou maligne. Malgré l'avancée de l'imagerie, elles posent un problème de diagnostic et de prise en charge.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons quatre cas de kystes spléniques opérés, colligés sur une période de 5ans dans le CHU Sahloul.

Résultats:

L'âge moyen était de 34 ans. La circonstance de découverte était une douleur de l'hypochondre gauche dans tous les cas. Tous nos patients étaient explorés par échographie et scanner abdominal. Deux patients ont eu une résection du dôme saillant, et les deux autres une splénectomie totale. L'examen a conclu à un lymphangiome kystique chez deux patients, une angiomatose chez un autre et un kyste séreux chez le dernier. Aucune récurrence n'a été objectivée avec un recul de 3ans.

Conclusion:

Le diagnostic de lésions kystiques spléniques est orienté par l'imagerie en particulier l'échographie et le scanner. Mais la certitude diagnostique est obtenue soit par l'examen anatomopathologique de la pièce soit

par biopsie percutané. Un traitement conservateur doit être privilégié si possible afin d'éviter les risques de la splénectomie.

P146. Traitement coelioscopique du kyste de l'ouraque chez l'adulte. A propos de 8 cas

Salsabil NASRI, Mohamed Amine ELGHALI, Tarek DHIBET, RAFIK GHRISSI, Mohamed hedi MRAIDHA, Mohamed salah JARRAR, FEHMI HAMILA, Rached LETAIEF

Service de chirurgie générale et digestive CHU farhat hached Sousse

Introduction : le kyste de l'ouraque est une pathologie congénitale qui se révèle le plus souvent en âge pédiatrique. Son traitement chirurgical a connu des progrès ces dernières années avec l'avènement de la coelioscopie. Notre étude s'intéresse à ses avantages par rapport à l'abord classique.

Matériels et méthodes : étude rétrospective des cas des patients hospitalisés au service de chirurgie générale Farhat Hached pour kyste de l'ouraque et traités par coelioscopie entre 2011-2016.

Résultats :

8 patients ont eu un traitement par coelioscopie d'un kyste de l'ouraque, le sex ratio était à 3 (6F /2H) et l'âge moyen à 19.5 ans.

Le diagnostic de kyste de l'ouraque suspecté cliniquement, était confirmé à l'imagerie dans tous les cas.

L'abord coelioscopique consistait à introduire un trocart de 10 mm au niveau du flanc gauche et de 2 trocarts de 5 mm au niveau de l'hypochondre gauche et de la fosse iliaque gauche.

Les constatations peropératoires objectivent : un trajet fistuleux ombilic-vessie dans 2 cas, sinus de l'ouraque dans 1 cas, kyste de l'ouraque dans 4 cas, et un kyste fistulisé à l'ombilic dans 1 cas. On a procédé à une résection du kyste en sus vésicale à la pince de thermo-fusion dans 8 cas. Dans un seul cas on a posé des clips au-dessus du dôme vésical. Une conversion à été réalisé dans 1 cas

Les suites immédiates étaient simples dans 100% des cas avec sortie à J1 postopératoire.

L'examen anatomo-pathologique a montré un aspect en faveur d'un kyste de l'ouraque dans 6 cas, un tissu fibro-hyalin non spécifique chez 2 patients.

Discussion : la coelioscopie permet un abord facile du trajet fistuleux avec une section en profondeur près du dôme vésical ce qui assure un meilleur contrôle de la pathologie et surtout éviter tout risque de dégénérescence sur le trajet restant après abord ombilical. La durée de l'intervention est réduite ainsi que le séjour post opératoire. Par ailleurs le risque d'événement ombilicale est nettement réduit.

Conclusion : l'abord coelioscopique du kyste de l'ouraque chez l'adulte permet un contrôle plus aisé et plus efficace de la maladie.

P147. Les tumeurs axillaires : Prise en charge chirurgicale

H.Henchiri, R.BenNaceur, M.Hadidane, L.Naija, O.Jaidane, K.Rahal

Service de chirurgie carcinologique institut de Salah Azaiez

Introduction :

Les tumeurs malignes du creux axillaire constituent un groupe hétérogène et sont de prise en charge complexe. Le pronostic de ces tumeurs dépend d'un traitement d'emblée carcinologique et d'une chirurgie de plus en plus fonctionnelle devenue possible grâce à une prise en charge multidisciplinaire en milieu spécialisé.

Observations 1 :

Mr F.J âgé de 61 ans était suivi depuis deux ans pour un adénocarcinome du poumon. Il avait reçu de la chimiothérapie avec stabilité des lésions pulmonaires mais une progression clinique axillaire. A l'examen on a trouvé une masse axillaire gauche de 7 cm, ulcérée. Le scanner thoracique avait montré une adénopathie axillaire gauche largement nécrosée, envahissant les muscles grands et petit pectoral. Le patient a eu une exérèse large de la masse avec couverture par un lambeau du grand pectoral. Actuellement il va bien sans signes de récurrence locorégionale.

Observation 2 :

Mr R.D âgé de 58 ans, adressé pour une masse axillaire droite. A l'examen on a objectivé une masse axillaire de 6 cm, ulcérée et mobile. La mammographie a montré une masse axillaire dense et infiltrante. L'examen histologique de la biopsie était en faveur d'un carcinome apocrine. Le patient a eu une exérèse large de la masse avec couverture par un lambeau du grand pectoral pédiculé. Actuellement il est en cours de radiothérapie.

Conclusion :

Les techniques de chirurgie plastique associée à l'exérèse carcinologique des tumeurs axillaires ont permis d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel de ces tumeurs.

P148. Les tumeurs desmiodes de la paroi thoracique

Sakhri.S, Chemlali.M, Naija.L, H.Henchiri, Jaidane.O, Ben hassouna.J, Rahal.K

Service de chirurgie carcinologique Institut Salah Azaiez

Introduction :

Les tumeurs desmoids ou fibromateuses profondes sont des tumeurs rares des tissus mous, ont été décrites pour la première fois par Mac Farlane au niveau de la paroi abdominale en 1832, l'atteinte de la paroi thoracique est rapportée seulement dans 10 à 20 % alors que la localisation intrathoracique est exceptionnelle.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective portant sur 3 cas de fibromateuse de la paroi thoracique où le diagnostic est confirmé par un examen histologique. Le sexe ratio était à 1, elles sont tous de sexe féminin, le moyen d'âge était de 43,5 ans. Le motif de consultation le plus fréquent est l'apparition d'une tuméfaction pariétale qui augmente progressivement de volume. Les antécédents de traumatisme ou de chirurgie thoracique a été noté chez 2 patientes. Toutes les patientes ont bénéficié d'un bilan radiologique comportant une radiographie thoracique et un scanner thoracique. La microbiopsie était pratiquée chez seulement 2 patientes. Le traitement était chirurgical dans tous les cas, il consistait en une résection large emportant la tumeur et passant en tissu sain, il était complet dans tous les cas. Pas de récurrence dans tous les cas.

Conclusion :

Les fibromateuses profondes de la paroi thoracique sont des tumeurs rares à évolution lente non métastatique mais un important potentiel invasif local favorisant les récurrences post-opératoires.

P149. Les tumeurs stromales colorectales

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Sahloul, Sousse.

Rguez.A ;Farhat.Waad ;Mizouni.A ;Harabi.F ;Mazhoud.J ;BenMabrouk.M ;BenAli.A

Introduction:

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs mésoenchymateuses peu fréquentes. La localisation colo rectale est extrêmement rare et représente 0,1% de toutes les tumeurs se produisant dans le tractus gastro-intestinal.

Matériels et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a porté sur une série de 5 patients ayant des tumeurs stromales colorectales colligés dans le service de chirurgie digestive de l'hôpital sahloul sur une période de 8 ans.

Résultats:

Il s'agissait de 5 hommes dont l'âge médian était de 59 ans. Les signes d'appel étaient un abcès péri anal dans un cas, des rectorragies dans 3 cas et une masse abdominale dans un cas. Au terme des explorations morphologiques, la localisation était colique droite dans 1 cas et rectale dans 4 cas: 3 cas au niveau du bas rectum et 1 cas au niveau du moyen rectum. Une hémicolectomie droite a été réalisée chez un patient, 3 patients ont eu une amputation abdomino-périnéale et 1 patient a eu une résection antérieure du rectum. Le diagnostic de GIST a été fait à l'histologie sur pièce d'exérèse dans 3 cas et sur biopsie dans 2 cas avec positivité du c-kit dans tous les cas. Le traitement médical à base de mesilate d'imatinib a été indiqué chez 4 patients.

Discussion:

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) se localisent préférentiellement au niveau de l'estomac suivies par l'intestin grêle. La localisation rectale est extrêmement rare et représente uniquement 5%. Les symptômes des GIST rectales sont très peu spécifiques, et ne diffèrent pas de ceux des autres tumeurs rectales. L'écho endoscopie joue un rôle primordial en matière de GIST rectale, en effet elle permet de visualiser la tumeur qui se présente généralement sous forme d'une masse siégeant dans la quatrième couche (muscleuse) ou la troisième couche (sous-muqueuse). La chirurgie est le traitement de choix pour les formes localisées. La chimiothérapie adjuvante à base d'imatinib (GLIVEC®) a amélioré la survie des patients avec GIST rectales localement évolués, métastatiques et des formes à hauts risques de récurrence.

Conclusion:

Les GIST rectales et coliques sont des tumeurs très peu fréquentes. Le diagnostic repose sur l'histologie et l'immuno-histochimie. La chirurgie est le traitement de choix pour les formes localisées.

P150. La sténose ulcéreuse du bulbe : particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Ouni A , Ben Hamida M , Elloumi H , Bouaziz S , Ben Abdelwahed M , Cheikh I

Service de gastroentérologie CHU Habib Bougatfa de Bizerte

Introduction :

La sténose ulcéreuse du bulbe (SUB) représente actuellement une complication rare de la maladie ulcéreuse gastroduodénale dans l'aire de l'utilisation des IPP.

Le but de notre étude est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et les modalités thérapeutiques des SUB.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective (2011-2016) incluant tous les malades hospitalisés pour SUB.

Résultats :

16 patients étaient colligés avec un âge moyen=50 ans et un sexe ratio H/F=13/3. 50% des patients avaient un ulcère traité médicalement et un tabagisme chronique était noté dans 75% des cas. Les signes cliniques étaient dominés par des épigastalgies (n=11), des vomissements (n=14) et une hémorragie digestive haute (n=3). Un clapotage à jeun était retrouvé chez 7 patients. Un ulcère évolutif du bulbe était objectivé à la FOGD (n=4). La recherche de HP était positive dans 87% des cas. Un traitement par IPP était instauré chez tous les patients avec 25% d'évolution favorable. Les non répondants ont eu un geste chirurgical dans 66% des cas et une dilatation endoscopique dans 33% des cas.

Conclusion :

L'éviction du tabac et l'éradication de HP préviennent les SUB. La dilatation endoscopique représente une alternative thérapeutique à la chirurgie pour les sténoses fibreuses d'efficacité prouvée.

P151. Le syndrome de Valentino, présentation atypique de perforation d'ulcère gastroduodénal

Attaoui MA, Rjeb A, Karouia S, Massoudi S, Saamali I, Mkhinini w
Service de Chirurgie général. Hôpital régional de Zaghouan

Introduction :

La douleur de FIDte est un motif fréquent de consultation au service d'urgence. L'appendicite aiguë est une cause fréquente de douleur de FIDte mais un large spectre de pathologies peuvent l'imiter et présenter un défi diagnostique pour le clinicien.

Présentation de cas :

Un homme âgé de 36 ans qui présentait des symptômes et des signes évocateurs d'une appendicite, accompagnés par des marqueurs inflammatoires élevés.

Le patient a été emmené au bloc opératoire pour appendicectomie par voie celioscopique .

Au cours de l'exploration , un ulcère de la bulbe perforé a été diagnostiqué . une appendeectomie , suture de la perforation et lavage péritonéale ont été faite .

Les suites opératoires étaient simple.

Conclusion :

De nombreux processus pathologiques peuvent passer comme une appendicite aiguë.

Un indice élevé de suspicion devrait être maintenue lors de l'évaluation des douleurs abdominales aiguës.

L'exploration laparoscopique est un outil utile pour la gestion chirurgicale de la douleur abdominale aiguë où la cause est insaisissable.

La laparoscopie pour le traitement de l'appendicite est l'approche optimale.

P152. Le traitement radical du kyste hydatique du foie à propos de 109 cas

B.Hassine H ; Farhat W ; Barka M; Benchikh.Y; B.Mabrouk M ; Mazhoud J ; B. Ali A
Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul SOUSSE

Introduction :

Le kyste hydatique du foie constitue un problème de santé publique dans les pays endémiques dont la Tunisie de part les conséquences qu'il engendre tant sur le plan sanitaire qu'économique. C'est une pathologie bénigne mais qui peut engendrer des complications graves.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective descriptive à propos de 109 patients ayant eu un traitement radical pour un KHF, dans le service de chirurgie générale du CHU Sahloul de Sousse entre 2000 - 2013.

Résultats :

76 femmes (69,7 %) et 33 hommes (30,3%). L'Age médian était de 40 ans. Un ictère cutanéomuqueux était considéré chez 11 patients, une hépatomégalie chez 11 patients et une masse de l'hypocondre droit chez 15 patients. Le taux de mortalité était nul. Pour les complications, une fistule biliaire externe chez 6 patients avec tarissement spontané dans 4 cas après un délai moyen de 13 jours. Pour les 2 autres patients, l'évolution s'est faite vers la formation de bilome nécessitant un drainage percutané. Une collection intra-abdominale chez 3 patients. La durée moyenne d'hospitalisation en postopératoire était de 6 jours avec des extrêmes allant de 2 à 22 jours. Après un suivi moyen de 32 mois, un seul cas de récurrence était objectivé.

Discussion :

Actuellement, on ne dispose pas d'un consensus pour la prise en charge des kystes hydatiques du fait de l'absence d'essai randomisé comparant les différentes options thérapeutiques. Le traitement chirurgical étant actuellement le Gold Standard opposant traitement conservateur et radical. Ces résultats sont encourageants pour la pratique du traitement radical à chaque fois que ce dernier est possible. La nécessité de réaliser systématiquement une TDM abdominale avec les temps nécessaires pour tous les malades, en l'occurrence ceux susceptibles de bénéficier d'un traitement radical. Inciter les chirurgiens à essayer à

chaque fois ou l'occasion se présente de réaliser un traitement radical et que le traitement conservateur ne doit pas être une solution de facilité.

Conclusion:

L'hydatidose est un problème de santé publique. Son pronostic a été modifié par les possibilités thérapeutiques nouvelles et par les mesures prophylactiques. Son potentiel risque de récurrence constitue un élément important à prendre en considération lors de la décision thérapeutique.

P153. Léiomyome ovarien géant : a propos d'un cas

ABBASSLI, BARAKET.O, BACCAR.A, BAHROUN.R, TRIKI.W, BOUCHOUCHA.S

Service de chirurgie générale – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction :

Les léiomyomes ovariens sont des tumeurs bénignes rares de l'ovaire dont l'incidence varie de 0,5 à 1%. Ils sont souvent de petite taille et surviennent chez des femmes en période d'activité génitale.

Observation :

Patiente âgée de 81 ans sans antécédents pathologiques notables admise pour l'exploration d'une masse abdomino-pelvienne. L'histoire clinique remonte à 6 mois marquée au début par une sensation de pesanteur pelvienne avec perception d'une masse qui augmentait progressivement de volume. A l'examen il s'agissait d'une masse abdomino-pelvienne de 20 cm de grande axe ferme polylobée mobile par rapport aux plans profonds et superficiels. Au scanner, une masse de 18*18*10 cm hétérogène tissulaire à contours réguliers. Pas de signes d'extension locorégionale. Les marqueurs tumoraux étaient normaux. La patiente a été opérée par voie médiane. En per opératoire il s'agissait d'une masse ovarienne droite faisant 20 cm de grand axe dont l'examen extemporané avait conclu à sa bénignité. Elle a eu une annexectomie droite. L'examen anatomopathologique conclut à un léiomyome ovarien.

Conclusion :

Les léiomyomes sont des tumeurs bénignes dont la localisation ovarienne est rare. Le diagnostic pré opératoire est difficile et il est fait après étude anatomopathologique et immunohistochimique. Le traitement est toujours chirurgical.

P154. Lipome géant du mésentère révélé par un volvulus du grêle

Sami Daldoul, Anis Ben Dhaou, Imen Ben Ismail, Aymen Mabrouk, Yacine Ben Safta, Faten Souai, Mounir Ben Moussa

Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

Les lipomes abdominaux ne sont pas rares et sont souvent révélés lors de l'exploration d'une masse abdominale, de douleurs abdominales chroniques récidivantes ou d'une symptomatologie d'épreinte. Ce sont des tumeurs bénignes, de localisation essentiellement rétropéritonéale mais leurs distinctions d'un liposarcome est très difficile quand elles atteignent des dimensions importantes. Le volvulus du grêle est un mode de révélation peu commun de ces tumeurs

Observation :

Patiente âgée de 46 ans, sans antécédents digestifs, qui a été admise en urgence dans un tableau de douleurs abdominales aiguës épigastriques avec des vomissements et un arrêt des matières et des gaz. L'abdomen était distendu de façon asymétrique. L'ampoule rectale était vide. La radiographie de l'abdomen sans préparation avait mis en évidence des niveaux de type grêle. Une TDM abdominale a été faite et avait objectivé une volumineuse formation grasseuse intrapéritonéale de 13 cm avec un signe de Wirloop signant le volvulus du grêle. Elle a été opérée en urgence avec découverte per opératoire d'une volumineuse tumeur grasseuse responsable d'un volvulus du grêle. La tumeur se développait au dépend du mésentère à proximité de l'anse grêle. Elle avait eu une résection tumorale emportant l'anse adjacente avec une anastomose digestive. Les suites étaient simples. L'examen anatomopathologique avait conclu à un volumineux lipome mésentérique sans signes de malignité.

Discussion :

Les volumineuses tumeurs grasseuses abdominales sont généralement des liposarcomes. Il est rare de retrouver un lipome intrapéritonéal bénin dont la taille dépasse les 10 cm. Par l'effet de son poids, il peut être à l'origine d'un volvulus du grêle révélateur de la maladie. La chirurgie d'exérèse complète est le standard pour éviter les récurrences en emportant tous les organes avoisinants.

Conclusion :

Les lipomes mésentériques géants et bénins sont rares. Leur exérèse chirurgicale est impérative à cause de leurs effets compressifs et l'absence de certitude de la malignité.

P155. Localisation rare d'un liposarcome

Haddad S, ZemniI ,Henchiri , Naija L , Boujelbene N* , Bouzaïene H , Ben hassouna J , Rahal K

Service de chirurgie carcinologique ,Institut Salah Azaiez ,Tunis.

* Laboratoire d'anatomopathologie , Institut Salah Azaiez , Tunis.

Introduction :

Les lipomes abdominaux ne sont pas rares et sont souvent révélés lors de l'exploration d'une masse abdominale, de douleurs abdominales chroniques récidivantes ou d'une symptomatologie d'épreinte. Ce sont des tumeurs bénignes, de localisation essentiellement rétropéritonéale mais leurs distinctions d'un liposarcome est très difficile quand elles atteignent des dimensions importantes. Le volvulus du grêle est un mode de révélation peu commun de ces tumeurs

Observation :

Patiente âgée de 46 ans, sans antécédents digestifs, qui a été admise en urgence dans un tableau de douleurs abdominales aiguës épigastriques avec des vomissements et un arrêt des matières et des gaz. L'abdomen était distendu de façon asymétrique. L'ampoule rectale était vide. La radiographie de l'abdomen sans préparation avait mis en évidence des niveaux de type grêle. Une TDM abdominale a été faite et avait objectivé une volumineuse formation grasseuse intrapéritonéale de 13 cm avec un signe de Wirloop signant le volvulus du grêle.

Elle a été opérée en urgence avec découverte per opératoire d'une volumineuse tumeur grasseuse responsable d'un volvulus du grêle. La tumeur se développait au dépend du mésentère à proximité de l'anse grêle. Elle avait eu une résection tumorale emportant l'anse adjacente avec une anastomose digestive. Les suites étaient simples. L'examen anatomopathologique avait conclu à un volumineux lipome mésentérique sans signes de malignité.

Discussion :

Les volumineuses tumeurs grasseuses abdominales sont généralement des liposarcomes. Il est rare de retrouver un lipome intrapéritonéal bénin dont la taille dépasse les 10 cm. Par l'effet de son poids, il peut être à l'origine d'un volvulus du grêle révélateur de la maladie. La chirurgie d'exérèse complète est le standard pour éviter les récurrences en emportant tous les organes avoisinants.

Conclusion :

Les lipomes mésentériques géants et bénins sont rares. Leurs exérèse chirurgicale est impérative à cause de leurs effets compressifs et l'absence de certitude de la malignité.

P156. Liposarcome œsophagien : a propos d'un cas

C.Saadi ; Y.BenSafta ; N.Tounsi ; M .S .Boudaya ; S.Daldoul ; S.Sayari ; M.Ben Moussa

Service de Chirurgie Générale A Hopital Charles Nicolle

Introduction :

Les liposarcomes du tractus gastro-intestinal sont d'une extrême rareté. Seulement quatorze cas d'atteinte œsophagienne ont été décrits dans la littérature. Il s'agit de la localisation la plus rare avec une incidence comprise entre 1.2 à 1.5 % .Nous rapportons à travers cette observation le cas d'un patient porteur d'un liposarcome du moyen œsophage afin d'élucider les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité.

Observation clinique :

Il s'agit d'un homme âgé de 42 ans, non taré symptomatique depuis quelques mois d'une dysphagie initialement aux liquides puis aux solides associée à un amaigrissement important. L'examen clinique était sans particularités.la fibroscopie a montré une compression œsophagienne extrinsèque à 26 cm des arcades dentaires avec une muqueuse macroscopiquement saine. Les biopsies étaient négatives. Un complément radiologique par tomodensitométrie et un transit aux hydrosolubles a conclu à une formation aux dépends des tissus mou péri œsophagien .Le bilan d'extension était négatif. Un traitement chirurgical selon la technique de Lewis Santy a été réalisé. Les suites opératoires étaient simples avec un recul de quatre ans. L'étude anatomopathologique a conclu à un liposarcome

Discussion :

Le liposarcome œsophagien est une tumeur rare qui prend naissance au niveau des tissus mésenchymateux. Cliniquement, tous les patients rapportent une dysphagie associée ou non à un amaigrissement et rarement une asphyxie ou une hématomèse. Le diagnostic peut être évoqué sur l'imagerie mais peut parfois porter à tort le diagnostic de lipome. L'étude anatomopathologique reste la clé du diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical, même en présence de métastases. La résection endoscopique reste une option thérapeutique. Le rôle du traitement adjuvant à la radiothérapie ainsi que la chimiothérapie reste controversé. La prothèse endoscopique reste un geste palliatif.

Conclusion :

La rareté de cette entité ne justifie pas sa méconnaissance. Les facteurs influençant la survie sont :les limites de la résection, la localisation tumorale, le grade histologique et le délai de prise en charge. Le pronostic reste favorable. Un seul cas de régression spontanée a été décrit

P157. Traitement coelioscopique de la lithiase de la voie biliaire principale

Service chirurgie générale CHU Monastir

Jallali M ;Mahmoudi A ;Ammar H ;Korbi I ;Toumi O ;Nasr M ;Nomene F ;Zouari K.

Introduction

La lithiase de la voie biliaire principale complique la lithiase vésiculaire dans 10% à 20% des cas. Les moyens thérapeutiques proposés pour assurer la vacuité de la voie biliaire sont actuellement multiples. Le but de ce travail rétrospectif est d'évaluer la faisabilité et le traitement de LVBP en comparaisant nos résultats à la littérature.

Matériel et Méthodes

Notre travail concerne l'étude de 43 dossiers de patients ayant une LVBP, pendant une période allant de janvier 2000 au décembre 2014.

Résultats

Il s'agissait de 30 femmes et 13 hommes, âgés en moyenne de 55 ans. Les patients avaient consulté pour des coliques hépatiques dans 22 cas, pour un ictère choléstatique dans 29 cas, pour une cholécystite aiguë dans 6 cas et pour une angiocholite dans 12 cas. L'échographie abdominale avait montré une lithiase vésiculaire dans tous les cas, une dilatation de la VBP sans obstacle dans 33 cas et un calcul de la VBP dans 10 cas. Le diagnostic d'une LV associée à une LVBP a été retenu dans tous les cas. Tous nos patients ont été abordés par voie coelioscopique. Une cholangiographie trans-cystique a été réalisée dans 40 cas et impossible dans 3 cas (canal cystique non cathétérisable). La cholangiographie trans-cystique avait montré une dilatation du cholédoque dans tous les cas, une image lithiasique dans 34 cas, une absence de passage duodénal dans 3 cas et une dilatation de la VBP sans obstacle avec un bon passage duodénal dans 3 cas. Une cholédocotomie a été réalisée dans 37 cas de façon longitudinale dans 31 cas et de façon transversale dans 6 cas. Une extraction des calculs était possible dans 30 cas et une conversion a été indiquée dans 7 cas pour empierrement cholédocien dans 3 cas un calcul enclavé dans 2 cas et pour des difficultés technique dans 2 cas. Les suites opératoires étaient simples chez 29 patients avec une mortalité nulle. Une lithiase résiduelle a été notée chez 4 patients.

Discussion

Le traitement tout à la coelioscopie de la LVBP est faisable à condition de disposer d'une installation et d'un matériel adéquats permettant de réaliser une cholangiographie, une cholédocotomie, une cholédocoscopie et une extraction des calculs. Le traitement coelioscopique de la LVBP a l'avantage de réaliser un traitement complet de la maladie lithiasique en un seul temps. En cas d'échec l'opérateur a le choix entre une laparotomie de conversion et une sphinctérotomie endoscopique.

Conclusion

L'abord coelioscopique de la VBP est une technique possible mais exigeante qui nécessite un chirurgien expérimenté avec un matériel adapté et adéquat.

P158. Lymphangiome kystique intra abdominal

Habib. E, Atef. M, Moez. R, Med Firas. A

Hôpital Jendouba. Service de chirurgie viscérale et digestive

Introduction :

Le lymphangiome kystique (LK) est une rare affection bénigne qui survient chez 1 individu sur 100000. Dans 60% des cas les sujets de moins de 5 ans sont touchés. Il est trouvé dans 5 à 10 % des cas en intra-abdominale. Le LK expose à des complications liées à sa taille et à son volume. Le traitement chirurgical trouve sa place dans la prise en charge.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 35 ans rapportant une douleur épigastrique associé à des troubles de transit évoluant depuis 2 mois. L'examen trouve une masse abdominale sans signe péritonéaux. La biologie est sans particularité. L'échographie rapporte une masse liquidienne cloisonnée à paroi fine, cloisonnée, latéralisée à gauche et débordant sur la ligne médiane. La TDM Abdominale a mis en évidence une masse kystique développé à l'arrière cavité des épiploons refoulant le pancréas en arrière l'estomac et le colon en avant. La parotomie a été décidé et objectiva, une masse kystique de contenu jaune citrin prenant naissance à partir du mésentère. Une résection complète de la masse a été faite, l'examen conclu à un LK. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Le Lymphangiome kystique serait dû à un trouble d'embryogenèse qui engendre la déconnexion d'un bourgeon lymphatique aboutissant à son isolement et le développement d'un kyste au sein de celui-ci. La localisation majoritaire ; cervico-axillaire est expliqué par la richesse du réseau lymphatique à cette région anatomique. Doté d'une symptomatologie peu spécifique ; le LK se manifeste par une douleur ou une masse abdominale ou des complications mécanique, infectieuse ou hémorragique. Bien que le diagnostic définitif reste anatomopathologique, l'échographie et la tomодensitométrie contribue au diagnostic. l'IRM

reste un examen de référence dans l'exploration des rapports vasculaire. Etant donnée le risque d'augmentation du volume kystique et de la survenue de complications, l'exérèse chirurgicale est adopté tout en étant le plus conservateur possible vue la nature bénigne de la lésion. L'aspiration et l'injection de produit sclérosant sont proposées dans les cas où le traitement chirurgical est difficile à réaliser. L'évolution est marquée par la récurrence surtout dans les cas où l'exérèse est incomplète et dans le cas d'un traitement non chirurgical.

Conclusion :

Le lymphangiome kystique est une malformation lymphatique de localisation intra-abdominale rare vis à vis de laquelle l'attitude thérapeutique la plus adaptée est une exérèse chirurgicale complète. Néanmoins la récurrence est toujours possible.

P159. Le lymphangiome kystique de la rate. A propos d'un cas.

Guizani R , Rebi S, Chammekhi A, Benzarti Y, Mahjoubi F, Khefacha F, Zenaidi H, Zoghlami A
Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

Le lymphangiome kystique est une lésion bénigne due à un développement anormal des vaisseaux lymphatique touchant le plus souvent la région crânio faciale ,cervicale ou axillaire. La localisation abdominale est très rare et représente moins de 5 %. Son développement est intra ou retro péritonéale . L'évolution est le plus souvent très lente. La localisation splénique est très rare. La présentation clinique est polymorphe. Le traitement est chirurgical. Le risque de récurrence dépend du niveau d'exérèse.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 54 ans, hypertendue ayant eu une néphrectomie partielle droite il y a 15 ans, qui consulte pour des douleurs de l'hypochondre gauche évoluant depuis 5 mois sans autres signes associés. L'examen physique était sans anomalie. L'échographie abdominale a objectivé une masse splénique polaire supérieure de 3.9 cm, d'allure non vasculaire au doppler. Par ailleurs, la vésicule biliaire est alithiasique, Le scanner abdominal a trouvé des nodules diffus et isolés de la rate, de densité liquidienne et para liquidienne. Devant cet aspect radiologique non spécifique on a complété l'exploration par une IRM splénique trouvant un aspect pouvant cadrer avec un lymphangiome kystique medio-splénique de 55*45 mm associés a des kystes spléniques diffus. Une laparotomie a été réalisée. Elle a eu une splénectomie. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'un lymphangiome kystique de la rate. actuellement on est 4 mois post opératoire la patiente est asymptomatique.

Conclusion :

Le Lymphangiome Kystique intra abdominal est une tumeur bénigne rare qui se caractérise par un grand polymorphisme clinique et radiologique. Le diagnostic pré opératoire même per opératoire n'est pas toujours aisé chez l'adulte. La confirmation diagnostique est assuré par l'examen histologique de la pièce opératoire. Le traitement de choix est la résection complète de la tumeur. Cette chirurgie est réalisable aussi par laparoscopie, nécessite une confirmation de la bénignité. La récurrence n'est pas nulle même après une résection jugée complète.

P160. Lymphangiome kystique du mésentère : à propos d'un cas

Guizani R , Zenaidi H, Mahjoubi F, Saadi H, Chammekhi A, Benzarti Y, Rebi S, Zoghlami A
Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

Le lymphangiome kystique du mésentère est une tumeur péritonéale bénigne d'origine malformative. C'est une néoformation spontanée exubérante et circonscrite de vaisseaux lymphatiques et de tissu ganglionnaire. Son diagnostic est exceptionnellement posé en préopératoire. La rareté de ces tumeurs et leurs difficultés diagnostiques nous a amené a rapporter l'observation suivante.

Observation :

Patiente âgée de 23 ans, sans antécédents, G1 P1, qui a consulté pour des douleurs abdominales diffuses avec distension abdominale, sans troubles du transit associés. L'examen physique a trouvé un état général conservé, une masse abdominopelvienne molle mobile de 20 centimètres de grand axe, l'examen gynécologique était normal et le bilan biologique était correct. une échographie abdominale a trouvé une masse kystique de 24*16*19 cm abdominopelvienne ayant une paroi propre uniloculaire a contenu partiellement échogène sans cloisons ni vésicule intra-kystiques. L'échographie endovaginale a trouvé des annexes normales. La TDM abdominale a mis en évidence une volumineuse masse abdominopelvienne intra-péritonéale dont le pôle supérieur se trouve au niveau de la racine du mésentère et arrivant a la face antérieure de l'utérus et du dôme vésical. La patiente a été opérée par voie médiane, l'exploration a trouvé une masse de 20 cm liquidienne au dépend de la racine du mésentère.

On a réalisé une exérèse totale du kyste après vidange de son contenu eau de roche avec conservation annexielle. L'étude histologique concluait à un lymphangiome kystique multiloculaire du mésentère. les

suites opératoires étaient simples. On est actuellement à 6 mois postopératoire la patiente est strictement asymptomatique.

Conclusion

Le lymphangiome kystique abdominal est une tumeur bénigne rare. Sa clinique est très polymorphe. Son diagnostic peut être évoqué sur les données de l'échographie et la tomодensitométrie ; il n'est confirmé que par l'étude anatomo-pathologique. Son traitement est chirurgical et bien codifié mais l'abord coelioscopique serait d'un grand apport a fin de réduire la morbidité post opératoire et écourter le séjour post opératoire.

P161. Lymphome révélé par une invagination intestinale

Nizar Khedhiri, Haithem Zaafour, Dhafer Haddad, Seif Mokadem, Ahmed Bouhafa, Anis Ben Maamer

Service de chirurgie générale Hôpital HABIB THAMEUR

Introduction :

Les invaginations intestinales sont relativement rares chez l'adulte (2 % des occlusions).

Contrairement aux formes primitives du nourrisson, une lésion organique est retrouvée dans 80 % des cas chez l'adulte.

Anatomiquement, l'iléon est considéré comme une zone d'atteinte préférentielle.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 61 ans, diabétique, traitée pour une tuberculose ganglionnaire admise par le biais des urgences pour prise en charge d'un syndrome occlusif évoluant depuis 3 jours dans un contexte d'apyrexie. L'abdomen sans préparation a montré des niveaux hydro-aériques de type grêle. La TDM abdominale a montré une occlusion intestinale avec un aspect de lymphome intestinal ou de Tuberculose intestinale. En per opératoire, on trouvait un grêle distendu en amont d'une invagination intestinale sous jacente à une tumeur du grêle située à 120cm de la valvule de Bauhin avec présence d'une deuxième localisation tumorale, située à 2 mètres de l'invagination et à 120cm de l'angle de Treitz. On réalise deux résections grêliques avec anastomose latéro-latérale. L'examen anatomopathologique a conclu à une localisation grêlique d'un lymphome B de haut grade. La patiente a été adressée en chimiothérapie.

Conclusion :

L'invagination intestinale chez l'adulte est souvent secondaire à une lésion organique. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique. Il s'agit essentiellement de phénomènes subocclusifs à répétition. Concernant le traitement chez l'adulte, la résection du segment invaginé est toujours nécessaire car cet accident n'est qu'un épiphénomène à la base duquel se trouve souvent une lésion organique qui doit être traitée.

P162. Maladie de Castelman retroperitonéale unicentrique : à propos d'un cas et une revue de la littérature

Housseam ammar, Amina Chaka, mariem ayed, tarek kelil, wided trimech, yassine kallel, Bisma Mnajja, Maysa Jellali , ibtissem korbi, omar toumi , Mohamed nasr, faouzi noomen , khadija Zouari

Introduction

La maladie de Castleman ou hyperplasie lymphoïde angiofolliculaire est une affection rare. Elle pose de multiples difficultés diagnostiques et thérapeutiques. En effet, son tableau clinique n'est pas univoque. Sa forme localisée unicentrique, pseudo tumorale est de bon pronostic. A l'inverse, la forme multicentrique associée à des manifestations dysimmunitaires est plus agressive..Elle se localise le plus souvent au niveau médiastinal, axillaire et pelvien .Sa localisation péri pancréatique est très rare.

Observation

On rapport le cas d'une patiente âgée de 34 ans qui consulte pour douleur épigastrique évoluant depuis 3 ans .Al'imagerie on note la présence une masse retroperitonéale qui nait du pancréas .Les marqueurs tumoraux étaient négatifs .Une excision chirurgicale de cette masse a été pratiquée avec a l'anatomopathologie on trouve une maladie de castelman unicentrique a type de vascularisation hyalinisée .

Conclusion

La maladie de Castelman unicentrique retroperitonéale est difficile a différencier d'une tumeur pancréatique en per opératoire. L'examen extemporané en cas de forte suspicion de maladie de Castelman permet d'éviter une chirurgie lourde pour une lésion bénigne .

P163. La fistule entérovésicale : une circonstance de découverte rare de la maladie de Crohn

Wael Ferjaoui-Mohamed Wajih Dougaz-Hichem Jerraya-Nabil Haloui-Ramzi Nouira-Ibtissem Bouasker-Chadly Dziri.

Service de chirurgie générale B, Hôpital Charles Nicolle – Tunis

Introduction :

Au cours de l'évolution de la maladie de Crohn, il est assez fréquent d'observer des fistules entre l'intestin malade et les organes de voisinage. Toutefois les fistules entéro-vésicales représentent une entité rare, et ne se voient que chez 2 à 8% des patients.

Le but de ce travail est de rapporter un nouveau cas de maladie de Crohn découverte suite à une fistule entérovésicale .

Observation

Un homme âgé de 63 ans, sans tares, qui consulte pour des douleurs abdominales généralisées avec diarrhée évoluant depuis 9 mois avec la notion de fécalurie depuis 3 mois. A l'examen, l'état général était conservé avec un abdomen souple et dépressible et un toucher rectal ne montrant ni méléna ni masse palpable. La biologie était sans anomalies. La coloscopie a montré un aspect d'ileite segmentaire ulcérée. L'entéro IRM a montré un épaississement de du dôme vésical en regard de l'atteinte iléale. Donc une fistule entéro vésicale a été fortement suspectée d'où l'indication opératoire .L'exploration chirurgicale a trouvé une fistule entéro vésicale entre l'avant dernière anse iléale et le dôme vésical et une autre fistule entre l'iléon et le sigmoïde. Une déconnexion de la fistule suivie d'une suture de la brèche vésicale et résection de 25 cm de grêle malade avec double iléostomie ont été réalisées. Les suites opératoires ont été marquées par l'installation d'un état de choc septique. Le patient est décédé au 5ème jour post opératoire .

Conclusion :

Les fistules entéro vésicales reste une complication rare de la maladie de Crohn. Son traitement reste chirurgical.

P164. Maladie de Wegener digestive dans sa forme pseudo-tumorale : Cause rare d'une occlusion mécanique du grêle

Sami Daldoul, Aymen Mabrouk, Aymen Baccari, Anis Kerkeni, Yacine Ben Safta, Anis Ben Dhaou, Faten Souai, Mounir Ben Moussa

Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

La maladie de Wegener est une vascularite systémique associée à des anticorps dirigés contre le cytoplasme des polynucléaires neutrophiles. Elle touche les vaisseaux sanguins de très petite taille présents dans les différents organes. Son atteinte prédomine au niveau de la sphère ORL et le parenchyme pulmonaire. L'atteinte des intestins s'observe dans moins de 10% des cas, et est responsable de douleurs récurrentes et vagues. Elle peut entraîner des ulcères dans la paroi digestive voire la perforation. Le processus inflammatoire ne donne en principe pas de masse pseudo-tumorale.

Observation :

Patient de 73 ans, qui se plaint depuis un an de douleurs récidivantes de l'abdomen associées à des épisodes subocclusifs. Il est admis en urgence dans un tableau d'occlusion intestinale aigue. L'ASP avait objectivé des NHA de type grêle [Fig.1]. Une TDM abdominale a été réalisée et avait mis en évidence une distension intestinale importante en amont d'une lésion tissulaire pariétale du grêle étendue sur 3,5 cm [Fig.2]. Le patient a été opéré en urgence avec découverte d'une lésion tissulaire tumorale du grêle [Fig.3] située à un mètre de la valvule iléo-caecale associée à plusieurs nodules péritonéaux évoquant une carcinose péritonéale. Il avait eu une résection intestinale emportant la tumeur et une anastomose immédiate. Les suites étaient simples. L'examen anatomopathologique avait conclu à une maladie de Wegener intestinale [Fig.4]. Le dosage des ANCA en post opératoire était positif. Il n'existait pas d'atteinte ORL et pulmonaires sur les données des explorations post opératoire. Il a été mis sous corticothérapie au long cours.

Discussion :

La localisation intestinale de la maladie de Wegener est rare, elle l'est encore quand elle est isolée et à notre connaissance exceptionnelle dans sa forme pseudo-tumorale. La résection intestinale s'impose en absence d'éléments d'orientation. Son pronostic est favorable sous corticothérapie.

Conclusion :

La maladie de Wegener peut être de localisation digestive exclusive et être à l'origine de complications chirurgicales.

P165. Mélanome du muscle droit de l'abdomen :à propos d'un cas.

Chamakhi A, Rebi S, Ben Hadj Alouane H, Benzarti Y, Guizani R,Zneidi H,Zoghlami.A

Service de chirurgie générale. Trauma Center Ben Arous

Introduction :

Le mélanome des tissus mous ou sarcome à cellules claires est une tumeur maligne exceptionnelle représentant moins de 1% des tumeurs des parties molles [1].

Les localisations musculaires de mélanomes sont le plus souvent secondaires et les formes primitives restent historiques.

Le diagnostic, qui a bénéficié de l'apport des examens radiologiques, est histologique.
Le pronostic rejoint celui des autres mélanomes dominé par le haut potentiel métastatique.
Nous présentons le cas d'un mélanome du muscle droit de l'abdomen.

Observation :

Patient âgé de 25 ans, qui présente une masse épigastrique évoluant depuis 9 mois. A l'examen, la masse était ferme, fixe, sensible et mesurant 70 mm de grand axe. Le scanner abdominal a montré une masse fusiforme, bien limitée, hétérogène à double composante tissulaire périphérique et liquidienne centrale avec des calcifications, mesurant 80 x 30 mm et localisée en inter-hépatopariétal. Cette masse présentait un contact intime avec le muscle grand droit de l'abdomen, avec des adénopathies mésentériques. A l'IRM, la masse était en iso-signal T1 musculaire et en hyper signal T2 se rehaussant de façon hétérogène après injection de Gadolinium. Le bilan d'extension était négatif. La décision était d'opérer le patient. A l'exploration, il s'agissait d'une masse grisâtre de 60 mm de grand axe développée au dépens du muscle droit de l'abdomen. Il a eu une exérèse de cette masse. L'examen histologique a conclu à un mélanome. Les limites d'exérèse étaient saines. Deux mois plus tard, il a présenté une récurrence locorégionale. Il a eu une résection de propreté avec une chimiothérapie palliative.

Conclusion:

Les mélanomes des tissus mous constituent une entité d'individualisation récente. Les connaissances les concernant ont été largement enrichies ces dernières années en particulier en matière de diagnostic. Les possibilités thérapeutiques restent limitées avec un pronostic défavorable.

P166. Mélanome scrotal

Sakhri.S, Zemni .I, Bouheni.M,Slimane.M , Ben Hassouna J ,Rahal.k

Service de chirurgie carcinologique institut Salah Aziez

Introduction :

Les mélanomes génito-urinaire sont rares, ils représentent 0,1 à 0,2 % des mélanomes, le scrotum représente la localisation la plus rare, le diagnostic est fait généralement à un stade avancé de la maladie, le pronostic est mauvais.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 54 ans tabagique, de teinte clair qui a consulté pour une tuméfaction scrotal évoluant depuis quelque mois qui a augmenté récemment de volume. Avec à l'examen, présence d'une lésion pigmenté à centre nécrotique faisant 15 mm de grand axe, les aires ganglionnaire inguinales étaient libres. Le bilan d'extension était négatif. Une biopsie de la lésion était en faveur d'un mélanome. Le patient a été opéré, il a eu une exérèse large de la lésion avec des marges suffisante avec un geste de ganglion sentinelle sur les aires ganglionnaires bilatérales. L'examen histologique définitif a conclu à un mélanome avec des marges saines, les ganglions prélevés étaient négatifs. Puis une surveillance a été préconisé, a 6 mois post opératoire et lors de la surveillance découverte d'une adénopathie inguinal homolatéral palpable de 15 mm suspect , un curage inguinal bilatéral a été fait qui est revenu positif , les suites opératoires étaient simples .Une radiothérapie a été indiqué mais le patient a été perdu de vue , puis reconsuite 5 mois avec une altération de l'état général, un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été fait montrant des nodules pulmonaires secondaires avec des ganglions lombo-aortiques d'allures métastatiques. Une chimiothérapie palliatif a été indiquée mais non reçu par le patient vu l'altération de l'état général.

Conclusion :

Le mélanome scrotal est rare, le diagnostic est fait à un stade tardif , le traitement repose essentiellement sur la chirurgie et le pronostic est mauvais.

P167. Le mésentère commun incomplet associé à un cancer colique gauche en occlusion : une difficulté que peut rencontrer le chirurgien

Mohamed Ali Chaouch, WajihDougaz, WaelFerjaoui, IbtissemBouasker, Chadli Dziri

Service de chirurgie générale B, hôpital de Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Travail : Communication affichée

Introduction :

Le mésentère commun est une anomalie embryonnaire de rotation de l'anse ombilicale primitive. L'arrêt de la rotation de l'anse vitelline à 180° est la forme la plus fréquente qui est le mésentère commun incomplet. L'association mésentère commun incomplet et tumeur colique n'est pas décrite dans la littérature. L'objectif de notre observation est de rapporter les difficultés opératoires chez un patient qui a été hospitalisé pour péritonite aigue due à une perforation diastatique du caecum à cause d'une occlusion colique gauche néoplasique avec mésentère commun incomplet.

Observation :

Patient âgé de 49 ans, sans tare, consulte pour des douleurs abdominales diffuses. L'histoire de la maladie remonte à 7 jours marquée par l'installation progressive d'un syndrome occlusive puis l'installation brutale

d'une douleur abdominale diffuse avec des signes périphériques de choc septique. L'examen physique a objectivé un patient en état de choc septique avec une défense abdominale généralisée. Le patient a été acheminé en urgence au bloc opératoire après mise en conditions. A l'intervention on a objectivé une péritonite stercorale due à une perforation diastasique du caecum due à une tumeur colique gauche. En fait il existait une mal rotation incomplète du mésentère rendant l'exploration très difficile. Le caecum était ascensionné vers le haut et la droite, en pré-duodéal. La première et la dernière anse grêle était très proches et avaient un méso qui était court assurant à la fois la vascularisation colique et du grêle par ses branches collatérales gauches et droites respectivement. Une colectomie totale carcinologique, suivant la systématisation vasculaire dont les limites ont été vérifiées par des manœuvres de clampage vue le risque d'ischémie du grêle. Suivie de la réalisation d'une double stomie. Les suites opératoires ont été marquées par le décès du patient au 5ème jour en post opératoire par défaillance multi viscérale.

Conclusion :

Les anomalies de rotation de l'anse grêle primitive peuvent engendrer des modifications anatomiques qui présentent des difficultés opératoires en cas d'un geste de résection segmentaire colique carcinologique. De plus, la racine du mésentère qui est extrêmement courte, l'ensemble de l'intestin grêle qui est pédiculé sur son axe vasculaire mésentérique peut nécessiter parfois la réalisation de la stomie à travers une fenêtre mésentérique. L'association d'un mésentère commun incomplet à un cancer colique gauche en occlusion, nécessitant une colectomie gauche, a ses propres difficultés du fait de l'impératif carcinologique.

P168. Métastase gastrique d'un hémangiopéricyctome méningé malin

Swii F. Ben Safta Y. Kerkeni A. Daldoul S. Sayari S. Ben Moussa M.
Service de chirurgie générale A21, Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

L'hémangiopéricyctome est une tumeur mésenchymateuse rare constituant 0,4% de l'ensemble des tumeurs du système nerveux central. Il s'agit d'une lésion à haut potentiel métastatique extra-crânien essentiellement hépatique, pulmonaire et osseux. Nous rapportons dans cette étude un cas exceptionnel d'un hémangiopéricyctome méningé avec métastase gastrique.

Cas clinique :

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, opéré il y a 5 ans d'un hémangiopéricyctome méningé, qui consulte pour une masse épigastrique douloureuse évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'entéro-IRM révélait une volumineuse masse polylobée de 17,5cm de grand axe, antro-pylorique à développement exophytique venant au contact du foie et refoulant le colon transverse et le pancréas cadrant en 1^{er} lieu avec une tumeur stromale. Une biopsie chirurgicale a été effectuée. L'examen histologique mettait en évidence une prolifération tumorale faite de cellules s'organisant autour de nombreux vaisseaux ramifiées en « bois de cerf » réalisant une architecture hémangiopéricyctome. A l'étude immunohistochimique, les cellules tumorales exprimaient le CD99, Bcl2 et le CD34 mais pas l'anticorps anti-CD117. L'examen anatomopathologique a conclu à un hémangiopéricyctome méningé malin. Le patient a été adressé aux carcinologues pour une chimiothérapie.

Conclusion :

L'hémangiopéricyctome est une tumeur rare, dont le pronostic reste péjoratif malgré le traitement chirurgical avec une survie à 15 ans inférieure à 40%. Les récurrences surviennent dans près de 90% des cas dans les 15 ans. Les métastases sont également fréquentes, pouvant survenir après un intervalle libre prolongé.

P169. Métastase colique d'un cancer du sein : à propos d'un cas

Fendri.S, Kchaw.A, Harbi H, Abid B, Maalej Y, Mzali.R
Service de chirurgie générale. CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme avec un taux de mortalité élevé. Le Carcinome canalaire infiltrant du sein est pourvoyeur de métastases osseuses, hépatiques, pulmonaires et cérébrales alors que le carcinome lobulaire est plutôt à l'origine de métastases gastro-intestinales, gynécologiques et péritonéales. Les métastases gastro-intestinales d'un carcinome canalaire du sein sont rares. Leur diagnostic est difficile du fait de la nature non spécifique des symptômes.

Nous rapportons une observation originale de métastase colique d'un cancer canalaire infiltrant du sein.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 54 ans et qui était opérée il y a 2 ans pour un carcinome médullaire du sein gauche.

Elle était admise pour prise en charge de syndrome sub-occlusif.

L'examen clinique était sans particularité hormis une douleur à la palpation de l'hypochondre gauche.

La coloscopie trouvait un processus ulcéro-bourgeonnant sténosant au niveau de l'angle colique gauche. La biopsie confirmait qu'il s'agissait d'une métastase colique d'un carcinome du sein.

La patiente était opérée par voie médiane et l'exploration trouvait une tumeur de 5 cm de grand axe au niveau de l'angle colique gauche en virole sans véritable occlusion. Il était réalisé une résection segmentaire haute. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Les métastases gastro-intestinales du cancer du sein sont rares et le plus souvent non diagnostiquées. Dans l'expérience de McLemore sur 12,001 patients suivis pour cancer du sein métastatique, 73 patients ont développé des métastases gastro-intestinales. Le carcinome lobulaire du sein est responsable de 80% des cas de métastases gastro-intestinales. Leur diagnostic reste un diagnostic d'élimination. Les données immuno-histochimiques peuvent orienter le diagnostic.

La chirurgie reste réservée aux métastases uniques et aux situations d'urgence. Dans une étude de McLemore, sur 23 patients suivis pour des métastases gastro-intestinales d'origine mammaire, 12 ont bénéficié d'une chirurgie palliative avec une survie médiane de 44 mois versus 9 mois chez les patients non opérés. Leur pronostic est sombre en raison du caractère disséminé de la maladie.

Conclusion :

Les métastases gastro-intestinales du cancer du sein sont très rares ; la présence de symptômes gastro-intestinaux chez une malade ayant un antécédent de cancer du sein doit faire suspecter une atteinte métastatique gastro-intestinale.

P170. Mucocèle appendiculaire ; a propos d'un cas

Messaoudi. Ikram, Zaidi Bacem, Ben mbarek.S, Lohmari A, F.bilel,Sindi.S,Abdelkefi.S, Ben salah.K, Selmi .M, Morjane .A

Service de chirurgie générale et digestive, Unité les Aghlabides, Hôpital Ibn Jazzar de Kairouan.

Introduction :

La mucocèle appendiculaire est une affection rare .Elle peut être d'origine tumorale ou non son diagnostic préopératoire est très important permettant de prendre les précautions nécessaires pour éviter l'évolution vers la maladie gélatineuse du péritoine

Observation :

Patiente âgée de 74 ans sans ATCDS pathologiques notables admise en urgence pour douleur FID avec fièvre associées à une dyspnée .A l'examen : patiente fébrile à 38.5 avec douleur à la palpation de la FID.A la biologie ; GB à 23000

A l'échographie abdominale : épanchement pleural droit de moyenne abondance, collection liquidienne remaniée au niveau de la FID évoquant un abcès appendiculaire. Scanner non disponible

Patiente opérée par voie Mac Burney ; un appendice tuméfié du côté de la base réalisant une sorte de lésion kystique rénitente d'environ 05cm de grand axe sans intervalle de base saine en aval de la lésion ; on a fait une section du fond caecal à 03 cm de la base appendiculaire

En même temps opératoire on a fait un drainage thoracique à droite ramenant 200 ccs d'épanchement purulent

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de mucocèle appendiculaire sans cellules de malignité.

Conclusion :

La mucocèle appendiculaire est une pathologie rare mais dangereuse .elle mérite d'être évoquée et confirmée en préopératoire .ceci permet d'alerter le chirurgien sur le risque de rupture pendant la chirurgie et d'éviter un pseudo myxome du péritoine.

P171. Mucocèle appendiculaire : à propos d'un cas

Feriani.N, Rejeb A, Attaoui MA, Messoudi S, Heni S, Saamli I, Mkhini W

Service de chirurgie général. Hôpital régional de Zaghuan

Introduction : La mucocèle appendiculaire ou tumeur mucosécrétante appendiculaire est une affection rare . Sa pathogénie est discutée. Le diagnostic est presque toujours per opératoire.

Observation : Patient S.A âgé de 65ans qui se plaint de constipation et de douleur abdominale avec notion d'AEG. Colonoscopie : formation tumorale bourgeonnante latéralisée à droite au niveau du sigmoïde.

TDM abdominale : processus tumoral infiltrant la paroi sigmoïdienne avec formation liquidienne au contact et épaississement de la paroi appendiculaire. En per opératoire : mucocèle appendiculaire envahissant par contiguïté la boucle sigmoïdienne avec un appendice pelvien d'aspect boudiné et épaissi.

Carcinose péritonéale sans métastase hépatique. Le patient a eu une colectomie totale de propreté avec iléostomie iliaque. L'anapath : adénocarcinome appendiculaire bien différencié avec un contingent mucineux (20%).

Conclusion: Les mucocèles appendiculaires sont rares la symptomatologie clinique est variable ; L'imagerie trouve une place capitale mais le diagnostic est presque toujours per opératoire. De la nature histologique dépend la thérapeutique qui va de la simple appendicectomie dans les formes bénignes à l'hémi colectomie droite dans les mucocèles malignes.

P172. Myotomie de Heller par voie coelioscopique À propos de 26 cas

BenLatifa.M ;Farhat.W ;Harabi.F ;Bouazzi.A ;BenMabrouk.M ;Mazhoud.J ;BenAli.A

Service de chirurgie digestive et viscérale CHU Sahloul Sousse

Introduction :

L'achalasie est le trouble moteur primitif de l'œsophage le plus fréquent. La cardiomyotomie de Heller par abord coelioscopique constitue le traitement le plus efficace.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive intéressant 26 patients opérés par voie coelioscopique pour une achalasie de l'œsophage durant douze ans.

Résultats :

L'étude a intéressé 11 hommes et 15 femmes dont L'âge médian à l'intervention était 42 ans. La dysphagie constante chez tous les patients était le symptôme révélateur. Le diagnostic positif était retenu par la manométrie œsophagienne. Tous nos patients ont été explorés par une fibroscopie digestive haute avec un transit oeso-gastro-duodénal. Tous les malades ont eu une intervention de Heller par voie laparoscopique. L'indication était de première intention chez 21 patients et après échec de dilatations endoscopiques chez 5 malades. Un montage anti reflux était associé à la myotomie chez 11 patients. Une conversion était nécessaire chez 3 patients dont la cause était une perforation œsophagienne dans 2 cas et un problème d'exposition dans un autre cas. Un seul cas de fistule œsophagienne bien dirigée a été colligé. Le résultat fonctionnel était satisfaisant chez tous les malades, non influencé par la réalisation ou non d'un montage anti reflux.

Discussion :

L'avènement de la laparoscopie a modifié la prise en charge de l'achalasie de l'œsophage, se substituant à la dissection complète de l'orifice hiatal par une exposition de la région oeso-cardiale permettant la réalisation de la myotomie. L'adjonction d'un montage anti reflux était la règle dans l'approche classique n'est plus d'actualité de nos jours. Sur les 11 derniers malades n'ayant pas eu de montage anti reflux associé le résultat fonctionnel est satisfaisant sans augmentation de la morbidité.

Conclusion :

L'intervention de Heller par voie laparoscopique est actuellement le procédé de référence, permettant une dissection minimaliste de la région hiatale sans l'obligation d'associer un montage anti reflux tout en permettant un bon résultat fonctionnel.

P173. Neoplasm of a supernumerary maldescendt testis: a case report and review of literature

Nidhal Ati ;Badereddine Ben Khelifa ;Sahbi Naouar,Hamza Bousaffa,Mohamed Amri,Braiek Salem;Elkamel rafik

Neoplasm of a supernumerary maldescendt testis: a case report and review of literature

Nidhal Ati ;Badereddine Ben Khelifa ;Sahbi Naouar,Hamza Bousaffa,Mohamed Amri,Braiek Salem;Elkamel rafik

Urology Department, Ibn El Jazzar Hospital, Kairouan, Tunisia

A 41-year-old man presented with the symptom of a 15-year period of infertility with a history of bilateral inguinal region swelling since childhood. He stated that his scrotum was always empty ever since he could remember .There was no history of trauma and comorbidity, and his family history was also unremarkable.

On examination right and left testis were palpable respectively in right and left lower abdomen along with empty scrotum. After physical examination the patient was referred to the radiology clinic. Ultrasonography (US) with a 12-MHz linear transducer revealed undescended right and left testi respectively in the right and left inguinal canal. Both testicles had heterogeneous echogenicity.

The size of right testis was 45×30×13 mm, and left testis was 24×20×10 mm. Pre-operative serum tumor markers were normal.

He was operated upon through right inguinal incision under spinal anaesthesia. The exploration showed no hernia sac, two structures that had the appearance of testicles sharing a common vas deferens and double separate epididymis.The right supernumerary testis measured 80×50×35 mm . It was superior to the usual testis, and significantly dysmorphic.The usual testis measured 40×30×25 mm and there was no lesion fulfilled the criteria for malignancy. The supernumerary testis drains into epididymis of usual testis. (Type II of the classification

for polyorchidism according to Leung and A2 according to Bergholz). Right inguinal orchiectomies were performed. In microscopic examination, the morphological findings were corresponded to leiomyoma for the supernumerary testis and to intratubular germ cell neoplasia for the usual testis. So, the diagnosis of the polyorchidism was confirmed.

We planned for surgical exploration directed to the left-sided anomaly by inguinal approach. There was one eutrophic testis which we have biopsied and fixed into the left hemiscrotum. Histopathological examination of the specimen was compatible with intratubular germ cell neoplasia. We opted for surveillance with follow-up and regular testicular self-examination.

P174. Néo-vascularisation du foie droit après embolisation d'une artère hépatique droite naissant de la mésentérique supérieure: SIGNE DE L'OMEGA

Asma Kamoun, Mohamed Amine ELGHALI, Salsabil Nassri, Amine Gouider, Fahmi Hamila, Rached Letaief

Service de chirurgie générale hôpital Farhat Hached

Introduction

L'embolisation de l'artère hépatique est habituellement sans conséquences sur le foie grâce à une néo-vascularisation à partir de l'artère hépatique controlatérale. Nous rapportons un cas montrant cette néo-vascularisation après embolisation d'une artère hépatique droite naissant directement de l'artère mésentérique supérieure.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 56 ans, ayant présenté 2 semaines après une cholécystectomie coelioscopique un état de choc hémorragique secondaire à une hémobilie. Les explorations ont montré un faux anévrisme d'une artère hépatique droite naissant de l'artère mésentérique supérieure en regard d'un clip. Ce faux anévrisme était communiquant avec la VBP. L'embolisation artérielle a permis de contrôler l'hémorragie, les suites étaient favorables. Un angio-scanner réalisé à distance montre un foie droit de volume normale avec un rehaussement artériel satisfaisant grâce à une néo-vascularisation au niveau de la plaque hilare à partir de l'artère hépatique gauche réalisant le signe de l'OMEGA.

Discussion

Après embolisation d'une artère hépatique, ou une ligature accidentelle telle que fréquemment associé aux plaies biliaires au décours des cholécystectomies coelioscopiques, la vascularisation artérielle est généralement assurée grâce à une néo-vascularisation dans la plaque hilare à partir de l'artère hépatique controlatérale. L'aspect radiologique à l'arteriographie de cette néo-vascularisation est le signe de l'OMEGA. Notre observation a comme particularité de montrer que cette néo-vascularisation est possible même en cas d'embolisation d'une artère hépatique droite naissant de l'artère mésentérique supérieure.

Conclusion.

L'embolisation artérielle d'une artère hépatique en l'absence de stent couvert, permet de contrôler une éventuelle hémorragie sans conséquence sur la vitalité parenchymateuse grâce à une néo-vascularisation à partir de la plaque hilare. Ceci reste vrai même en cas d'une artère hépatique droite naissant de la mésentérique supérieure.

P175. Neurofibrome lombaire rétro-péritonéale : une localisation rare des tumeurs nerveuses

Mnasser A., Mabrouk A., Mahjoubi Z., Zakhama W., Binous MY.

Service de chirurgie urologique, CHU de Mahdia, Tunisie

Introduction : le Neurofibrome est une tumeur bénigne rare qui se développe à partir des gaines des nerfs périphériques. Il peut être sporadique ou dans le cadre de neurofibromatose. La localisation rétro-péritonéale est exceptionnelle.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 20 ans, sans antécédents qui présente des lombalgies droites intenses depuis 1 an. L'examen clinique est sans anomalies en dehors d'une sensibilité de la fosse lombaire droite. A l'AUSP: pas d'opacité. L'échographie rénale n'a pas montré de lithiase ni de dilatation du haut appareil urinaire. La TDM a montré une masse tissulaire hypoéchogène de 4 cm paravertébrale droite entourée par le muscle psoas. L'IRM a montré que cette masse est encapsulée et en contact étroit avec la racine L1 évoquant une tumeur nerveuse périphérique d'allure bénigne. La voie d'abord était une lombotomie droite et en peropératoire, mise en évidence d'une masse latéro-vertébrale droite de 4 cm encapsulée adhérente à la racine de L1. On a réalisé une énucléation de la masse en conservant le nerf. Les suites opératoires étaient simples. Le patient était soulagé de ses lombalgies. L'antomopathologie a conclu à un neurofibrome myxoïde. L'étude immuno-histochimique montre que les cellules expriment le marqueur Sp100 spécifique.

Discussion : Ce type de tumeurs affecte principalement les nerfs cutanés du tronc, du cou et de la tête . De rares cas de localisations rétro péritonéales ont été rapportés . Neurofibrome semble plus toucher les adultes jeunes et les adolescents .

L'IRM est un outil important de bien définir la tumeur et de sa localisation.

L'exérèse chirurgicale avec conservation nerveuse est le traitement de référence . Certains auteurs rapportent que le traitement chirurgical n'est indiqué que lorsque la tumeur provoque des douleurs invalidantes ou un déficit neurologique . Récemment, la combinaison de la voie laparoscopique pure et la technologie robotique a été utilisée avec une morbidité moindre et une hospitalisation plus courte .

Conclusion : Le neurofibrome rétro péritonéal sporadique est une tumeur bénigne extrêmement rare se développant à partir des gaines nerveuses. Un complément d'IRM permet mieux caractériser la masse et ses rapports. Le traitement est chirurgical avec conservation nerveuse souvent multidisciplinaire impliquant urologues et neurochirurgiens

P176. Une cause rare d'occlusion intestinale aiguë : la migration d'un bout de sonde de jéjunostomie.

Wael Ferjaoui-Mohamed Wajih Dougaz-Wassim Hamed-Mehdi Khalfallah -Hichem Jerraya-Ramzi Nouira-Ibtissem Bouasker-Chadly Dziri.

Service de chirurgie générale B, Hôpital Charles Nicolle – Tunis

Introduction :

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence abdominale fréquente . Ses étiologies sont multiples et parfois rares. Le but de ce travail est de rapporter une cause rare d'occlusion intestinale.

Observation :

Un homme âgé de 58 ans, trisomique 21 aux antécédents d'ingestion de caustique au jeune âge occasionnant une sténose caustique de l'œsophage pour laquelle il a eu une dilatation endoscopique qui s'est compliquée d'une médiastinite par perforation œsophagienne. Le patient a été opéré. Il a eu une œsophagostomie, gastrostomie et jéjunostomie .

Au 3^{ème} mois post opératoire, le patient a consulté un syndrome occlusif. A l'examen l'abdomen était distendu et sensible. La sonde de jéjunostomie était en place. La biologie était correcte. La tomographie a montré un aspect en faveur d'une occlusion aiguë mécanique du grêle avec un niveau transitionnel sous ombilical sans signes de gravité. Le patient a été opéré par voie médiane suite à l'échec du traitement médical. A l'exploration on a trouvé du grêle dilaté sans signe de souffrance avec le bout de sonde de jéjunostomie qui a migré accidentellement dans le tube digestif et qui s'est bloqué au niveau de la valvule iléo caecale. Le bout de sonde a été propulsé manuellement puis évacué par l'anus. Les suites opératoires ont été favorables avec disparition des douleurs et rétablissement du transit. Le patient est mis sortant au 3^{ème} jour post opératoire.

Conclusion :

L'occlusion intestinale aiguë sur sonde de jéjunostomie est une urgence abdominale rare à ne pas méconnaître . Son traitement est exclusivement chirurgical.

P177. L'œsophagite caustique fulminante à la suite d'une tentative de suicide

Mejdoub Y, Harbi H, Kardoun N, Rejab H, Tlili A, Abida H**, Ghrairi K**, Zouche I**, Trigui A, Kchaou A, Abid B, Guirat A, Ben Amour H, Hentati N, Frikha F, Ben Amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

**Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

L'ingestion de produit caustique est encore un accident d'actualité dans notre pays. Elle donne parfois un tableau clinique trompeur du fait de la difficulté de recueillir les données anamnestiques devant une tentative de suicide. Le scanner prend ici une place importante pour le diagnostic et la conduite thérapeutique.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans, dépressive, et qui était admise en urgence au service de SAMU pour prise en charge de douleurs abdominales généralisées évoluant depuis 1 heure avec une altération de l'état général et état de choc (TA : 8/5, pouls : 130 batt/min).

L'examen de la patiente trouvait une sensibilité abdominale diffuse. La biologie montrait une hyperleucocytose à 13.000 éléments/mm³ avec une CRP à 145 et une insuffisance rénale fonctionnelle.

L'interrogatoire des parents trouvait un doute sur l'ingestion d'un produit caustique : DESTOP (déboucheur : base forte) d'où la décision de réaliser une TDM abdominale en urgence sans réaliser une fibroscopie digestive haute.

Celle-ci était réalisée à 3 heures de l'accident et montrait un défaut de rehaussement du grêle, d'une grande partie de l'estomac et de l'œsophage avec infiltration de la graisse abdominale et médiastinale. Il s'y

associait un épanchement péritonéal de moyenne abondance, une nécrose partielle de la rate et une thrombose de l'artère mésentérique supérieure, de l'artère et de la veine splénique et de l'artère gastrique gauche.

La patiente était opérée en urgence. On a trouvé une perforation de 10 cm de grand axe au niveau de l'estomac une nécrose étendue du grêle et du colon avec un hémopéritoine de moyenne abondance. On a décidé de s'abstenir vu l'étendu des lésions.

La patiente est décédée après 1 heure de l'intervention.

Conclusion :

L'ingestion de produit caustique fort au cours des tentatives de suicides est dans la plupart des cas massive et grave imposant une prise en charge rapide avec réanimation intensive et souvent une oeso-gastrectomie totale. Ce cas montre que le scanner thoraco-abdomino-pelvien peut non seulement remplacer la fibroscopie digestive, quand elle n'est pas disponible dans l'immédiat, mais aussi peut mieux évaluer la gravité des lésions dans ce contexte particulier (caustique fort avec tentative de suicide). Ce cas montre également que le geste chirurgical doit être le plus précoce possible pour minimiser au maximum les dégâts sinon l'évolution est inéluctablement et très rapidement fatale.

P178. Oxyurose appendiculaire et annexielle : A propos d'une observation

Maamouri S, BELHADJ A, SAIDANI A, MARAACHLI N, MANNAI S, HOUISSA H
Service de Chirurgie Générale. Hôpital Mahmoud El Matri. ARIANA

Introduction

L'oxyurose est due à un némathelminthe : *Enterobius Vermicularis*. C'est une parasitose colique cosmopolite très fréquente. Depuis que l'oxyure a été mis en évidence dans la lumière de l'appendice, son rôle dans le déclenchement des phénomènes inflammatoires responsable de l'appendicite a été soulevé

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 32ans, ASA I explorée pour des douleurs pelviennes fébriles en rapport avec une pelvipéritonite .

L'échographie abdominale avait montré une collection latéro utérine gauche et une collection tubaire annexielle .l'exploration per opératoire avait montré un magma adhérentiel au niveau du pelvis formé par les anses iléales ,le sigmoïde , la vessie l'utérus et l'appendice ,ce magma était centré par un abcès du Douglas . La patiente avait eu une évacuation de l'abcès ,une toilette péritonéale et une appendicectomie avec suites opératoires simples.

L'examen anatomopathologique de l'appendice avait conclu à une oxyurose appendiculaire .

la patiente était mise ainsi que son entourage sous Zentel .

Actuellement on est à 6 mois de l'intervention la patiente est asymptomatique.

Discussion

le diagnostic de l'oxyurose appendiculaire se fait essentiellement sur pièce d'anatomopathologie.

la localisation peut s'expliquer par la migration des oxyures femelles émis par le rectum, le long du sillon périnéal, gagner la vulve et remonter le long des organes génitaux féminins. Les oeufs déposés et les vers adultes entraînent alors une réaction inflammatoire provoquant des lésions d'endométrite, salpingite, pyosalpinx, péritonite, omentite et peri-appendicite

Pour d'autres auteurs, les oxyures peuvent être libérés dans la cavité péritonéale par contamination iatrogène au cours d'intervention sur une lésion intestinale inflammatoire (appendicite, diverticulite) et peuvent par la suite envahir le tractus génital féminin.

Le traitement préconisé est essentiellement médical à base d'antiparasitaire en prise unique. il est alors recommandé de retraiter le patient 2 à 3 semaines après la première prise.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous insistons sur l'importance de penser à l'éventualité d'une oxyurose appendiculaire devant des patients présentant un syndrome appendiculaire. En dehors des urgences chirurgicales, certains auteurs préconisent un examen parasitaire complet avec des scotch-tests répétés. La positivité de ces examens permettrait de réduire le nombre des appendicectomies blanches.*

P179. Pancréas divisum : cause rare de pancréatite aiguë

Baccari A. Ben Safta Y. Souai F. Daldoul S. Boudaya MS. Sayari S. Ben Moussa M.
Service de chirurgie générale A21, Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

Le pancréas divisum est une variante anatomique résultant d'une anomalie de fusion des ébauches ventrales et dorsales du pancréas lors de l'embryogenèse dont la fréquence est de 5 à 10 % dans les séries d'autopsie. Certes, l'implication du pancréas divisum dans les maladies pancréatiques a toujours été controversée mais beaucoup d'arguments d'ordre épidémiologique et thérapeutique montrent une corrélation entre pathologies pancréatiques et pancréas divisum notamment en matière de pancréatite aiguë idiopathique.

Ce travail a pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, les modalités diagnostiques et la prise en charge de pancréas divisum sympathique.

Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans qui a été hospitalisée pour prise en charge d'une pancréatite aiguë idiopathique bénigne (stade B scannographique de Balthazar). Le bilan étiologique standard (échographie abdominale, bilan lipidique et hormonal) est normal, une BILI-IRM a montré la présence d'un pancréas divisum type II.

Discussion :

La fréquence de pancréas divisum chez les malades ayant une pancréatite aiguë idiopathique est supérieure à celle attendue dans la population générale. La prévalence élevée chez les patients présentant des pancréatites aiguës récidivantes et les traitements ciblés sur la papille accessoire par voie endoscopique ou chirurgicale sont les arguments qui plaident pour le caractère pathogène du pancréas divisum. Le diagnostic a été facilité par les progrès de l'imagerie, en particulier de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) étudiant les canaux excréteurs pancréatiques et biliaires (cholangio-wirsung-IRM). La CPRE bien qu'invasive garde une place dans l'arsenal diagnostique. Le traitement repose sur la sphinctérotomie endoscopique ou la sphinctéroplastie chirurgicale.

Conclusion :

Le pancréas divisum est un facteur prédisposant à la survenue de pancréatite. Le diagnostic doit reposer sur la BILI-IRM qui est un examen non invasif permettant de diagnostiquer cette malformation avec une sensibilité et une spécificité proches de 95 à 100 % et une excellente reproductibilité. En pratique, lorsqu'il est mis en évidence un pancréas divisum lors du bilan étiologique d'une pancréatite, il faut ne pas oublier de chercher les mutations des gènes prédisposant aux pancréatites. L'indication d'une sphinctérotomie de la papille mineure doit être discutée en fonction de la symptomatologie présentée par le patient.

P180. Les particularités de la hernie ombilicale chez l'enfant

M.Landolsi, F.Nouira, M.Marzouki, Y.Ben ahmed, A.Chariég, R.Jouini, S.Jlidi

Particularités thérapeutique et pronostique du Carcinome urothélial de la vessie chez l'enfant et l'adolescent

Mnasser A., Mabrouk A., Zakhama W., Manitta M, Binous MY.

Service de chirurgie urologique, CHU de Mahdia, Tunisie

Introduction :

La hernie ombilicale est une pathologie fréquente et bénigne de l'enfant. L'évolution se fait souvent vers la régression dans les quatre premières années de vie. L'étranglement herniaire est très rare.

Matériels ET METHODE:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 218 enfants opérés pour hernie ombilicale sur une période de 4 ans allant de 2011 jusqu'à 2014.

Resultats :

Nous avons colligé 114 garçons et 104 filles. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 17 mois. La hernie ombilicale était symptomatique d'épisodes d'engouement dans 4 cas. Elle était associée à une hernie inguinale dans 7 cas, à une hernie de la ligne blanche dans 4 cas, à une ectopie testiculaire dans 2 cas et à un bourgeon ombilical dans 2 cas. L'indication opératoire a été posée chez tous les patients. L'âge moyen au moment de la chirurgie était de 4 ans et 3 mois. L'acte opératoire a consisté en une fermeture du défaut aponévrotique par une incision sus ombilicale chez tous les patients. La récurrence de la hernie était observée dans 4 cas.

Conclusion :

La prise en charge de la hernie ombilicale chez l'enfant est très particulière puisque l'intervention n'est pas systématiquement indiquée et elle est le plus souvent différée jusqu'à l'âge de 4 ans. Son traitement chirurgical est différent de celui de l'adulte car il ne nécessite pas de matériel prothétique.

P181. Perforation du grele en péritoine libre. complication rare de la maladie de Crohn À propos d'une observation

Guizani R, Rebii S, Benzarti Y, Chamakhi A, Ben Hadj Alouane H, Saadi H, Zenaidi H, Zoghلامي A

Service de chirurgie générale CTGB

Introduction :

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui touche avec prédilection l'iléon terminal. Elle se complique fréquemment de sténose ou de fistule. La perforation en péritoine libre est rare. Son incidence est de l'ordre de 1 à 3%. Il peut s'agir d'une perforation spontanée d'un organe creux ou de la rupture d'un abcès intermédiaire.

Nous rapportons un cas de péritonite aigue par perforation en péritoine libre de la dernière anse iléale secondaire à une maladie de Crohn et une revue de littérature.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans, connu porteur de maladie de Crohn évoluant depuis 6 ans, traité par immunosuppresseur arrêté par son propre chef. Il a consulté nos urgences pour douleur abdominale d'installation brutale associée à des vomissements. Cliniquement l'abdomen était distendu, tympanique à la percussion et sensible dans sa totalité. A la biologie, il avait un syndrome inflammatoire biologique avec hyperleucocytose à 17000 elt/mm³ et une CRP à 70 mg/L. Le scanner abdominal réalisé en urgence a montré un pneumopéritoine diffus prédominant aux gouttières pariéto coliques, une sténose de la dernière anse iléale avec distension du grêle en amont, un épanchement liquidien de moyenne abondance au niveau de la fosse iliaque droite et la présence d'un corps étranger calcifié pariétal au niveau du bord mésentérique, évoquant une perforation. Le patient a été opéré après une courte réanimation, avec découverte peropératoire d'une péritonite généralisée en rapport avec une perforation de 5mm sur le bord anti mésentérique de la dernière anse iléale. Il a eu une résection iléo-caecale emportant la zone pathologique avec double stomie associée à une toilette péritonéale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à une maladie de Crohn iléale compliquée de sténose et de perforation. Le rétablissement de continuité s'est fait après cinq mois sans incident.

Conclusion :

La perforation du grêle en péritoine libre est une complication rare de la maladie de Crohn. Elle peut inaugurer la maladie, comme elle peut survenir secondairement chez un patient connu déjà porteur de la maladie. Il peut s'agir d'une perforation spontanée d'un organe creux ou de la rupture d'un abcès. La prise en charge doit être rapide et intensive. Une résection du segment pathologique avec confection d'une stomie est souvent nécessaire.

P182. Perforation intestinale par fragment osseux d'un contenu herniaire crural : à propos d'un cas

Ben Ismail Imen, Rebi Saber, Tarchelle Dorra, Mahjoubi Fares, Zenaidi Hakim, Zoghalmi Ayoub.
Service de chirurgie générale du centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

Introduction :

L'ingestion accidentelle de corps étranger chez l'enfant est fréquente. Chez l'adulte, elle survient plus fréquemment en milieu carcéral, parmi la population psychiatrique ou chez les mangeurs trop rapides et n'est pas retrouvée à l'interrogatoire. Dans 1 % des cas, l'ingestion de CE peut se compliquer d'une perforation digestive, se manifestant par un syndrome douloureux abdominal aigu.

Nous rapportons un cas rare de perforation intestinale par un os de poulet d'un contenu herniaire crural.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 76 ans sans antécédents pathologiques, prise en charge en urgence pour un abdomen aiguë. L'examen physique trouvait un abdomen légèrement distendu, sensible dans son ensemble. Le scanner abdominal a montré une occlusion mécanique du grêle avec niveau transitionnel situé au sein d'un orifice herniaire crural gauche, avec présence d'un corps étranger dans la région obturatrice gauche. L'exploration peropératoire, par voie médiane, a trouvé une hernie crurale gauche contenant une anse grêle siège d'une perforation transfixiante située à 40 cm de la valvule de Bauhin en rapport avec un fragment osseux. Le traitement chirurgical a consisté à la résection du grêle emportant la perforation avec stricturoplastie avec cure de la hernie à la Mac Vay. Les suites opératoires ont été simples.

DISCUSSION :

L'ingestion de CE survient essentiellement aux extrêmes de la vie (60% d'enfants de moins de 6 ans et 15% des personnes âgées, le plus souvent édentées). Elle est le plus souvent accidentelle.

90% des corps étrangers ingérés passent spontanément. Près de 10% nécessitent des manœuvres non chirurgicales d'extraction. Moins de 1% nécessitent une extraction chirurgicale.

Le CE peut perforer le tube digestif et occasionner une péritonite, il peut être aussi à l'origine d'une occlusion intestinale aiguë (OIA) par obstruction.

Le scanner est l'examen de choix dans ce contexte. Il permet de confirmer la perforation du tube digestif, d'identifier le site de la perforation, ainsi que la nature du CE.

L'intérêt majeur d'un diagnostic précis permettant de porter opportunément l'indication d'une chirurgie mini invasive par abord coelioscopique.

Conclusion :

La perforation de l'intestin grêle sur corps étranger dégluti est une étiologie à évoquer systématiquement devant tout tableau d'abdomen aigu, et particulièrement quand la cause paraît énigmatique. Le diagnostic reste un défi clinique. L'imagerie, et en particulier le scanner, est un des éléments diagnostiques incontournable.

P183. Péritonite aigue compliquant une maladie de Crohn: à propos de 4 cas

A.Mabrouk, Y.Ben Safta, A.Ben Dhaou, S.Daldoul, S.Saiari, M.Ben Moussa
Service de chirurgie générale A21. Hopital Charles Nicolle. Tunis

Introduction:

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire qui touche essentiellement la dernière anse iléale. La péritonite par perforation en péritoine libre d'un organe creux ou d'un abcès intermédiaire est un événement extrêmement rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital et posant parfois des problèmes diagnostiques chez des patients sous corticothérapie. Le but de ce travail est de rapporter l'incidence de survenue de cette complication et de décrire les différents mécanismes physiopathologiques de survenue d'une péritonite aigue généralisée sur maladie de Crohn.

Matériels Et Methodes:

Nous rapportons 4 cas de péritonites généralisées compliquant une maladie de Crohn, opérés au service de chirurgie générale A de l'hôpital Charles Nicolle. Les données étudiées étaient l'âge, le sexe, la durée d'évolution de la maladie, l'étendue des lésions, la prise d'un traitement corticoïde ou immunosuppresseur, le siège de la perforation et les gestes réalisés.

Resultats:

La moyenne d'âge de nos patients était de 35 ans avec un sexe ratio à 3. La durée moyenne d'évolution de la maladie avant la survenue de la péritonite était de 4 ans. Un patient était sous traitement corticoïde au moment de la survenue du syndrome péritonéal. L'examen physique trouvait un syndrome péritonéal franc dans 3 cas et peu bruyant dans un autre justifiant la réalisation d'un scanner abdominal en urgence qui avait objectivé la présence d'un pneumopéritoine. Tous nos patients étaient opérés par voie médiane. La péritonite était généralisée dans tous les cas. Une perforation greliquie était retrouvée dans 3 cas. La péritonite était par perforation en péritoine libre dans 2 cas, par rupture d'un abcès intra péritonéal méconnu dans 1 cas et par rupture intrapéritonéale d'un abcès du psoas dans 1 cas. Les gestes réalisés étaient une toilette péritonéale avec une résection du segment intestinal malade et siège de la perforation avec double stomie dans tous les cas. Les suites opératoires étaient simples dans 75% des cas. Un patient est décédé à j1 postopératoire dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Discussion:

La péritonite aigue est un événement rare au cours de la maladie de Crohn (1 à 2%). Il peut s'agir d'une perforation spontanée d'un organe creux ou de la rupture d'un abcès intermédiaire. Les principaux mécanismes évoqués sont: la distension greliquie en amont d'une sténose engendrant des troubles micro-circulatoires, l'ischémie pariétale, les corticoïdes par leur effet immunosuppresseur et la durée d'évolution de la maladie. Dans notre série, toutes ces hypothèses se valent mais aucune ne fait l'unanimité. En fait, un seul patient était sous corticoïdes, seulement 2 avaient une maladie évoluant depuis peu (moins de 2 ans) et 2 patients uniquement avaient des perforations en amont d'une sténose.

Conclusion:

La péritonite est une complication rare mais grave de la maladie de Crohn. Sa physiopathologie incrimine une ulcération transmurale de la paroi intestinale avec perforation. Les facteurs favorisant la survenue de cette complication comportent essentiellement la sténose intestinale avec distension en amont, les troubles circulatoires au sein de la paroi, la corticothérapie et les immunosuppresseurs.

P184. Péritonite encapsulante idiopathique

Med Firas. A, Atef. M, Moez. R, Habib. E
Hôpital Jendouba. Service de chirurgie viscérale et digestive

Introduction :

La péritonite encapsulante ou sclérosante est une entité pathologique rare dont le tableau est caractérisé par un polymorphisme clinique détournant. Sa physiopathologie n'est pas complètement élucidée. Ses principales causes sont la tuberculose péritonéale, la dialyse péritonéale et la chimiothérapie intra péritonéale.

Observation :

C'est une patiente de 48 ans sans antécédents pathologiques connus qui consulte pour des douleurs abdominales diffuses avec des vomissements sans autres signes accompagnateurs, évoluant depuis 2 semaines, avec notions de multiples épisodes similaires pour la quelle la patiente a été hospitalisée à la biologie GB:12830, anémie à 9,4g/dl, CRP à 73 le reste de la biologie est sans anomalie, à l'ASP niveaux H.A types grêle. La tomodensitométrie abdominale réalisée en urgence a montré une dilatation importante du grêle, sans obstacle individualisable, épaissement du péritoine et un épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance. La patiente a été opérée par voie médiane avec en peropératoire aspect de péritonite encapsulante prenant tout le grêle, on a réalisé des incisions multiples sur la capsule principalement en regard des zones de sténose. En post opératoire la patiente était mise sous corticoïdes. L'anapath a conclu à une péritonite sclérosante primitive. Les suites opératoires ont été simples, l'évolution a été favorable.

Discussion :

Décrite la première fois en 1980 par Gandhi et al, la péritonite encapsulante est une entité rare définie comme une fibrose péritonéale diffuse intéressant le péritoine viscéral et pariétal engainant les anses intestinales et formant le cocon. Plusieurs étiologies ont été rapportées dans la littérature dont les plus fréquentes sont les causes infectieuses (la tuberculose péritonéale), la dialyse péritonéale, et la chimiothérapie intra péritonéale. Tous les âges sont concernés et le sex ratio est égal à 1. La symptomatologie est très variable allant du patient asymptomatique à l'occlusion souvent d'installation chronique. Les examens radiologiques peuvent faire suspecter le diagnostic, mais les signes radiologiques ne sont pas spécifiques. Le diagnostic de certitude est posé en peropératoire ; on retrouve une membrane épaisse, blanc nacré, engainant et comprimant l'intestin. Il n'existe pas de consensus sur le traitement. Les corticostéroïdes se sont imposés la phase inflammatoire, en réduisant la progression de la fibrose péritonéale et en facilitant le geste chirurgical. Des séries décrivant l'utilisation du tamoxifène. Le traitement chirurgical est grevé d'un taux de mortalité et morbidité élevé. Deux attitudes chirurgicales sont décrites : le pelage avec exérèse complète de la membrane de la totalité de l'intestin grêle et les incisions longitudinales ou obliques de la membrane fibreuse en regard des zones sténosées. Les complications post opératoires sont essentiellement les perforations intestinales post entérolyse et les récurrences.

Conclusion :

La péritonite encapsulante est souvent une découverte opératoire. La particularité de cette entité réside dans sa symptomatologie non univoque, l'absence de signes radiologiques spécifiques et l'absence de consensus sur le traitement. Les données de la littérature sont en faveur d'un traitement conservateur si les patients ne présentent pas de complication intestinale.

P185. Facteurs pronostic de morbi-mortalité au cours des péritonites biliaires : à propos d'une série de 33 cas.

Omar Toumi, Kellil Tarek, Houssein Ammar, Kallel Yessine, Wided Trimech, Amina Chaka, Ibtissem korbi, Mohamed Nasr, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale et digestive. Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

La péritonite biliaire est une affection peu fréquente mais grave. Son traitement est essentiellement chirurgical associé à une réanimation péri opératoire.

Son étiologie est dominée par la lithiase biliaire.

But de travail :

Le but de ce travail était d'analyser les facteurs prédictifs de mortalité et de morbidité.

Méthodes :

Notre travail est une étude rétrospective de 33 observations de PB colligées sur une période de 14 ans allant du mois de janvier 2002 au mois de décembre 2015.

Résultats :

Trente-trois patients sont inclus dans ce travail dont 18 femmes et 15 hommes, sexe ratio HF est de 0,83. L'âge moyen de nos patients était de 69 +/- 16 ans avec des extrêmes allant de 29 à 93 ans.

Des tares étaient présentes chez 87,8% des patients.

Les antécédents biliaires n'étaient présents que dans 18 cas.

Sur le plan clinique, la douleur abdominale était présente chez 100% des malades.

Elle est essentiellement localisée au niveau de l'hypochondre droit (57,6%). Cette douleur était associée à des vomissements dans 57,6% des cas, des troubles de transit dans 24,2% des cas et une fièvre dans 40% des cas.

Un état de choc était noté chez huit patients (24,2%).

L'échographie abdominale, pratiquée chez 29 patients a montré un épanchement péritonéal dans neuf cas. Le scanner abdominal réalisé chez neuf patients a montré un épanchement dans huit cas.

Le diagnostic préopératoire de péritonite biliaire n'a été retenu que chez 15 patients (45,4%).

Le traitement était essentiellement chirurgical précédé par une réanimation préopératoire et une antibiothérapie probabiliste.

La péritonite était généralisée dans 21,2% des cas et localisée dans 78,8% des cas.

Au terme de l'exploration peropératoire, la péritonite biliaire était d'origine lithiasique dans 29 cas et a lithiasiques dans 4 cas soit respectivement 87,8% et 12,1% des cas.

Sur le plan pronostic, la mortalité était de 6,1 due à un état de choc avec une défaillance multi-viscérale. La morbidité était de 48,48%. Ces complications étaient de deux ordres : médicales dominées par les troubles hydro électrolytiques et chirurgicales dominées par la fistule biliaire externe et l'infection de la paroi.

Conclusion :

La péritonite biliaire est une urgence médico-chirurgicale dont le diagnostic est parfois difficile, ce qui peut être à l'origine d'un retard diagnostique.

Une prise en charge précoce reste le meilleur moyen permettant de prévenir l'installation des complications (surtout l'état de choc) et par conséquent de réduire la mortalité et la morbidité.

P186. Phéochromocytome bilatéral : Place de la coelioscopie

Mnasser A., Mabrouk A., Zakhama W., Manitta M, Binous MY.

Service de chirurgie urologique, CHU de Mahdia, Tunisie

Introduction :

Les phéochromocytomes bilatéraux sont rares. Ils peuvent survenir d'une façon sporadique ou dans le cadre de maladies génétique. Leur pronostic est sévère.

Observation :

Nous rapportons l'observation de phéochromocytome bilatéral sporadique chez une patiente de 35 ans, révélé par une hypertension artérielle et des palpitations. L'imagerie a montré deux masses surrenaliennes bilatérales mesurant 35 mm à droite 30 mm à gauche.

Le diagnostic de phéochromocytome a été retenu devant des taux élevés de métanéphrines urinaires à 12 fois la normale. Une scintigraphie MIBG a confirmé la bilatéralité de phéochromocytome et l'absence d'autres localisations. Après préparation anesthésique,

La patiente a eu initialement une surrenalectomie droite par lombotomie avec des suites opératoires simples et disparition de signes d'hyperadrénergisme indiquant l'arrêt de traitement antihypertenseur. Une surrenalectomie à distance a été programmée. Après 6 mois de la première opération on a noté la récurrence de l'hypertension artérielle et des palpitations. Une surrenalectomie gauche par voie celioscopique a été réalisée après une bonne préparation anesthésique. Un traitement substitutif a été administré chez la patiente avec une bonne évolution.

Discussion:

Le phéochromocytome est retrouvée chez 0,1 à 0,5 % des hypertendus . 10% des phéochromocytomes sont malins, 10 % sont multiples, 10 % sont familiaux . Cinq à 10 % sont bilatéraux et plus fréquemment rencontrés dans la néoplasie endocrine multiple type II la maladie de von hippel lindau Le test le plus performant est la mesure de l'excrétion des métanéphrines dans les urines de 24 H dont la sensibilité est proche de 100 %.

L'imagerie préopératoire comprend la TDM, l'IRM et la scintigraphie à la MIBG

Le seul traitement curatif du phéochromocytome est chirurgical. L'intervention est délicate du fait de la possibilité de variations tensionnelles extrêmement importantes. Une préparation anesthésique minutieuse et obligatoire. Le caractère bilatéral des lésions fait conseiller par certains auteurs un traitement conservateur ; surrenalectomie partielle laissant en place la corticosurrénale.

Le développement des techniques laparoscopiques permet l'exérèse des petites tumeurs avec des suites opératoires simples et une morbidité moindre.

un traitement substitutif est préconisé à vie après une surrenalectomie bilatérale

Conclusion :

La localisation surrenalienne bilatérale de phéochromocytome est exceptionnelle. Chez 80 % des patients présentant une atteinte bilatérale, une affection génétique sous-jacente est diagnostiquée.

P187. Prise en charge thérapeutique des pseudokystes du pancréas

Etude d'une série de 29 cas

Mourad ben bader, Haithem Zaafour, Dhafer Haddad, Souhir Nassef,

Ahmed Bouhafa, Anis Ben maamer

Service de chirurgie generale hopital habib thameur tunis

Introduction :

Les pseudokystes du pancréas (PKP) compliquent 10 à 30 % de l'ensemble des cas de pancréatite aigue ou chronique. Environ 85 % des PKP disparaissent spontanément au cours des six semaines qui suivent l'épisode aigu et un traitement spécifique est donc rarement nécessaire. Au-delà de cette période, les PKP de plus de 6 cm ont peu de chance de régresser et sont souvent responsables de douleurs ou d'inconfort digestif par compression, ou des complications telles qu'un saignement ou une infection. Pendant de nombreuses années, la chirurgie conventionnelle a été le seul moyen de réaliser ce drainage, mais progressivement sont apparues des techniques de drainage laparoscopique, percutané ou endoscopique.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une série de 29 cas de PKP pris en charge dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Habib Thameur de Tunis au cours de la période allant de Janvier 2000 à Décembre 2016.

Résultats :

Il s'agissait de 13 femmes et 16 hommes. L'âge moyen des malades était de 43 ans. La chirurgie a été réalisée de 1^{ère} intention chez 13 malades ayant des PKP qui ont augmenté de taille après 6 semaines d'évolution, chez 2 malades pour une péritonite par rupture post-traumatique du PKP, chez un malade ayant

un PKP infecté et chez un malade ayant un PKP compliqué d'hémorragie intra-kystique. Elle a été réalisée de 2^{ème} intention chez 6 malades devant l'échec du drainage percutané de PKP infectés dont un était également hémorragique, et chez 2 malades pour une péritonite compliquant un drainage kysto-gastrique par voie endoscopique. Vingt-et-un malades ont été opérés par voie ouverte. Neuf malades ont eu une anastomose kysto-gastrique et 5 malades ont eu une anastomose kysto-jéjunale. Quatre malades ont été opérés par voie laparoscopique dont 2 ont eu une kystogastrostomie laparoscopique. Une conversion a été réalisée chez un malade. Neuf malades ont eu un drainage externe chirurgical dont un a été repris après un an pour récurrence et a eu une anastomose kysto-jéjunale avec des suites opératoires simples. Deux drainages percutanés réalisés de 1^{ère} intention, l'un pour une hémorragie intra-kystique, l'autre pour une infection, ont permis une guérison définitive. Un drainage endoscopique réalisé en 2^{ème} intention après échec d'un drainage percutané d'un PKP infecté a permis également une guérison définitive.

Conclusion :

La chirurgie occupe encore une place prépondérante au sein de l'arsenal thérapeutique devant un pseudokyste du pancréas, a fortiori en cas de multiplicité, de récurrence ou encore après échec des autres moyens non opératoires.

P188. Place de la suture semi-idéale sur drain trans-cystique dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale

Tlili A, Toumi N*, Harbi H, Kardoun N, Trigui A, Rakia S, Abida H**, Ghrairi K**, Zouche I**, Kchaou A, Rejab H, Abid B, Guirat A, Ben ameur H, Hentati N, Frikha F, Ben amar M, Boujelben S, Affes N, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service de Radiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

** Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

La suture semi-idéale est l'un des moyens de fermeture de la voie biliaire principale après cholécotomie pour lithiase de la voie biliaire principale (LVBP). Il s'agit d'une méthode intermédiaire entre le drain de Kehr et la suture idéale. Son objectif principal est d'éviter les complications spécifiques de chacune de ces 2 techniques. Nous rapportons dans ce travail (étude rétrospective) les résultats de notre série de 8 cas de suture semi idéale avec un drain trans-cystique (DTC). Cette méthode a été introduite récemment dans notre pratique depuis 3 ans.

Résultats :

Il s'agit de 2 hommes et 6 femmes avec un âge moyen de 62,5 ans. Le diagnostic préopératoire était une cholécystite aiguë lithiasique avec LVBP chez 3 patients et une lithiase vésiculaire avec une LVBP chez 5 patients. La voie d'abord était laparoscopique dans 6 cas et par voie sous costale dans 2 cas. La durée opératoire moyenne était de 245 minutes. Le diamètre de la VBP était en moyenne de 10,8mm et le canal cystique était large chez 2 malades. La vacuité de la voie biliaire principale a été vérifiée par cholédocoscopie chez 7 malades. En post-opératoire immédiat une seule complication a été observée : il s'agit d'une fistule biliaire externe bien dirigée traitée médicalement avec évolution favorable. De plus il n'y avait aucun cas de lithiase résiduelle et la mortalité était nulle. L'ablation du DTC s'est déroulée sans incidents chez tous les patients.

Discussion :

Après extraction des calculs par cholécotomie plusieurs modalités sont possibles. L'utilisation de drainage transcystique (cholécotomie semi-idéale) est variable dans la littérature. Il offre plusieurs avantages : Il ne nécessite pas de geste supplémentaire qui complique ou rallonge la procédure puisque le cathéter qui a servi à la cholangiographie est laissé en place et il permet une cholangiographie de contrôle post opératoire avec des clichés de meilleure qualité. Cependant, il allonge le séjour post opératoire et expose à une morbidité propre représentée par le risque de chute accidentelle du cathéter. Ce type de drainage est plus simple à mettre en place avec moins de fuites, moins de manipulations, moins de sutures et moins de risques d'arrachement lors des manoeuvres laparoscopiques.

Conclusion:

La cholécotomie semi-idéale avec un DTC est une technique sûre et facile à réaliser. Elle devrait être réalisée chaque fois que la vacuité de la voie biliaire principale a été confirmée avec la présence d'une oddite empêchant la réalisation d'une suture idéale.

P189. Plaie de l'artère vésiculaire après une PBF. Accident rare et grave d'une technique réputée sûre.

Sami Daldoul, Imen Ben Ismail, Anis Ben Dhaou, Cyrine Saadi, Mariem Marzouki, Yacine Ben Safta, Aymen Mabrouk, Mounir Ben Moussa

Service Chirurgie Générale A. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

La ponction-biopsie du foie est un geste d'exploration hépatique routinier dont les complications sont faibles dominés par les hématomes sous capsulaires et les rares cas de fuites biliaires. Une hémorragie massive par lésion de l'artère vésiculaire associée à une hémobilie et une angiocholite sur des caillots de la VBP est une complication exceptionnelle de cette procédure.

Observation :

Patient de 44 ans, Insuffisant rénal chronique au stade d'hémodialyse, ayant une hépatite virale C active, qui a eu dans le cadre pré thérapeutique une PBF. Au cours de l'examen, il développe une douleur abdominale aigue et une asthénie. 48H plutard, les douleurs persistent et s'associent à une fièvre à 38°5, un ictère, des mélénas abondantes et des sensations vertigineuses.

Le patient était pale, en état de choc hémodynamique, le taux d'hémoglobine avait chuté de 12,5 à 5 g/dl.

L'échographie complétée par une TDM abdominale avaient mis en évidence un volumineux hématome sous capsulaire du foie de 15 cm avec une extravasation du PC à partir de l'artère vésiculaire, une dilatation de l'arbre biliaire qui contient des caillots de sang et un hémopéritoine de moyenne abondance.

Après transfusion sanguine et correction de l'état hémodynamique, une tentative d'embolisation avait échoué à cause d'une sténose du tronc coeliaque.

Il été opéré en urgence. Il avait eu une cholécystectomie, une ligature de l'artère cystique, une cholédocotomie pour évacuer la VBP avec un drainage par un drain de kehr. Les suites étaient favorables.

Discussion :

La PBF est un examen qui peut être à l'origine de complications graves essentiellement hémorragique. L'hémobilie est rare mais peut entraîner en plus du choc hémorragique une angiocholite aigue. Un traitement via une embolisation artérielle et une sphinctérotomie endoscopique aurait pu épargner la chirurgie

Conclusion :

La PBF est un examen non anodin qui doit être fait avec beaucoup de précautions et sous surveillance.

P190. Plaie sous séreuse postraumatique de la vésicule biliaire à propos d'un cas

Guizani R , Rebi S, Mahjoubi F, Khfacha F, Hajri M, Zenaidi H, Saadi H, Chammekhi A, Benzarti Y, Zoghlami A

Service de chirurgie générale CTGB

Les lésions post-traumatiques isolées de la vésicule biliaire sont rares et le diagnostic précoce est difficile. Toutefois, l'échographie et la tomодensitométrie sont utiles pour montrer d'éventuelles lésions de la vésicule biliaire et de guider la démarche thérapeutique. Ces constatations nous ont amené à rapporter cette observation

Observation :

Patiente âgée de 35 ans, sans antécédents, victime en janvier d'un accident de la voie publique : passager avant d'un véhicule ayant dérapé et a percuté le tableau de bord. L'examen physique a trouvé un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire une défense de l'hypochondre droit. Le bilan biologique trouve une cytolyse à 3 fois la normale sans cholestase, le reste du bilan biologique était normal. L'échographie abdominale a montré une vésicule biliaire distendue à 13 cm de diamètre sans épanchement intra-péritonéal sans dilatation des voies biliaires. La TDM abdominale a objectivé une distension de la vésicule biliaire à 14 cm avec un important œdème périvésiculaire sans épanchement intra-péritonéal ni lésions des organes intra abdominaux. Le patient a été opéré par voie sous costale droite, l'exploration a trouvé une vésicule biliaire distendue avec de la bile piégée sous la séreuse de la vésicule biliaire avec diffusion vers le pédicule hépatique sans épanchement intrapéritonéal. La cholangiographie peropératoire n'a pas montré de lésions de l'arbre biliaire. La cholécystectomie a révélé une plaie de 3mm sous séreuse de l'infundibulum de la vésicule biliaire. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion :

Notre observation doit faire évoquer le diagnostic rare de contusion isolée de la vésicule biliaire sans hémobilie dans un contexte traumatique. L'association de l'échographie et de la tomодensitométrie est adaptée pour le diagnostic de cette affection. La coelioscopie à visée diagnostique et thérapeutique peut être d'un apport contributif quant à la prise en charge de ces lésions

P191. Les plaies de la voie biliaire principale lors d'une cholécystectomie coelioscopique

Service chirurgie générale CHU Monastir

Jallali M ;Mahmoudi A ;Kellil T ;Korbi I ;Toumi O ;Nasr M ;Nomene F ;Zouari K.

Introduction

La plaie biliaire iatrogène représente la complication la plus grave de la cholécystectomie coelioscopique. Le but de notre travail est de décrire les aspects étiopathogéniques, les modalités de prise en charge des plaies biliaires après cholécystectomie coelioscopique.

Matériel et Méthodes

Nous avons analysé de façon rétrospective la prise en charge de 6 patients hospitalisés entre janvier 1998 et décembre 2015 dans le service de chirurgie générale au CHU Monastir.

Résultats

Il s'agissait de six femmes d'un âge moyen de 60 ans. Les facteurs de risque de plaies biliaires étaient un situs inversus dans un cas, une inflammation chronique dans 4 cas et une inflammation aiguë dans un cas. Le diagnostic d'une plaie biliaire était posé chez deux patients en per-opératoire dont un patient a eu une cholangiographie per-opératoire et chez quatre patients en post opératoire.

Le diagnostic de la plaie biliaire en post-opératoire a été évoqué devant un ictère dans deux cas, un syndrome douloureux et fébrile de l'hypochondre droit dans un cas et devant une occlusion fébrile dans un cas avec une TDM abdominale objectivant un bilome dans 4 cas.

Selon la classification de STRASBERG, les lésions se répartissaient en deux cas de type A, deux cas type D et deux cas type E.

Les traumatismes de la VBP diagnostiqués en per-opératoire ont été traités par une anastomose bilio-digestive dans un cas (type D) et une ligature du canal cystique dans l'autre cas (type A). Pour les plaies biliaires diagnostiqués en post opératoire, les patients ont eu une suture sur un drain de Kher dans deux cas (type A, D), une anastomose bilio-digestive dans un cas (type E) et une endoprothèse dans un cas (type E). Un décès est constaté.

Discussion

En cas d'une plaie découverte en per-opératoire, l'analyse du mécanisme et de l'étendue de la plaie biliaire est la première étape de la réparation. La conversion est la règle sauf dans des rares cas : une plaie simple ou une expérience en coelio-chirurgie. Pour les plaies diagnostiquées en post opératoire, la seule urgence est la cholépéritoine. En cas de bilome ou ictère, on doit se donner le temps pour l'exploration de la plaie par des examens morphologiques avec drainage de la collection.

Conclusion

Le meilleur traitement des plaies biliaires reste la prévention en respectant les règles de bonne pratique d'une cholécystectomie.

P192. Pneumatose kystique colique simulant un ulcère perforé. A propos d'un cas

F.Souai ; Y. Ben Safta ; C.Saadi ; S.Daldoul ; S.Sayari ; M .Ben Moussa

Service de Chirurgie générale A .Hopital Charles Nicolle

Introduction :

La pneumatose kystique intestinale est une pathologie bénigne rare souvent asymptomatique caractérisée par la présence de kystes à contenu gazeux, de taille et localisation variable. Ces pseudokystes peuvent simuler un pneumopéritoine sur l'imagerie et poser l'indication chirurgicale en urgence .Nous rapportons une observation clinique d'une pneumatose kystique diagnostiquée dans des circonstances particulières.

Observation :

Patient âgé de 26 ans, asthmatique, hospitalisé au service de réanimation médicale pour une crise d'asthme sévère ayant nécessité l'intubation et la ventilation mécanique. Devant l'apparition d'un sepsis avec syndrome inflammatoire biologique, un scanner thoracique a été demandé à la recherche d'une complication.il avait objectivé une pneumopathie basale droite et sur les coupes abdominales un pneumopéritoine et une clarté pré-hépatique. Le diagnostic d'une péritonite par perforation d'organe creux et notamment celui d'un ulcère perforé a été évoqué devant le jeune âge. On a décidé d'intervenir par voie laparoscopique qui avait objectivé une pneumatose kystique disséminée sur tout le colon transverse. Devant ces constatations on s'est abstenu a tout traitement chirurgical.

Discussion :

la pneumatose kystique colique est une affection rare et bénigne. Elle touche de préférence les hommes (sex-ratio :3.5/1) après 50 ans. Les formes primitives représentent 15% tandis que les formes secondaires , dominés par l'insuffisance respiratoire chronique, comme dans notre cas, représentent 85%.les autres facteurs favorisants sont les causes médicamenteuses, toxiques et les maladies de système. plusieurs hypothèses physiopathologiques ont été évoqués, mais aucune d'entre elle n'a été retenue. Les kystes affectent le colon dans 36% des cas, l'intestin grêle dans 42% et plus rarement l'œsophage et le rectum. Le diagnostic de pneumatose est évoqué sur l'ASP et confirmé à la tomodynamométrie .le contraste entre l'importance des signes radiologiques et la discrétion des signes cliniques est évocateur . L 'endoscopie montre des formations pseudopolyoides bombant dans la lumière intestinale. Le traitement est médical est empirique. Il associe une antibiothérapie per os visant les germes anaérobies, un régime sans résidus pauvre

en hydrates de carbone et pour certain, une oxygénothérapie à haut débit. Le taux de récurrence est important (50% des cas)

Conclusion :

Le diagnostic de pneumatose kystique intestinale doit être évoqué dès l'imagerie. la discordance entre les signes radiologiques et la symptomatologie doit alerter. Le traitement est médical et empirique. L'évolution est généralement favorable. La connaissance de cette entité rare permet d'éviter une laparotomie exploratrice inutile.

P193. Pneumothorax occulte : Indication de l'abstention de drainage ?

Attaoui MA, Rjeb A, Karouia S, Massoudi S, Saamali I, Mkhinini W.

Service de Chirurgie général. Hôpital régional de Zaghouan

Introduction :

Un pneumothorax occulte est défini par la présence d'un pneumothorax asymptomatique non visible sur la radiographie pulmonaire standard et diagnostiqué uniquement par la tomodynamométrie.

Dans le contexte traumatique, cette entité est de plus en plus diagnostiquée grâce au recours plus large à la tomodynamométrie pour le bilan lésionnel des traumatisés.

But ; Evaluer l'efficacité du traitement conservateur devant un pneumothorax occulte post-traumatique en l'absence d'antécédent cardiovasculaire, de lésion associée, et de nécessité d'une anesthésie générale.

Patients et Méthodes :

Nous rapportons l'expérience de notre service en traitement conservateur devant un pneumothorax occulte post-traumatique sur 23 cas durant une période de 3 ans (2014-2016).

Résultats : parmi les 23 cas , un drainage thoracique prophylactique a été faite chez 5 patients devant le nécessité de recours a un anesthésie générale pour un intervention chirurgical orthopédique chez 4 cas et vu l'âge avancé et les antécédents cardiaque et respiratoires chez un cas .

Pour les autres 18 cas , Ils ont été surveillés de manière rapprochée sans drainage. Cette surveillance était continue clinique (fréquence cardiaque, pression artérielle, oxymétrie de pouls)

et radiologique (cliché thoracique de face+ scéno-graphique) avec l'ensemble du matériel de drainage Thoracique disponible au lit du patient.

On a observé succès de l'abstention de drainage chez 16 cas parmi 18.

Conclusion :

En l'absence de ventilation mécanique requise, Les pneumothorax occultes peu symptomatiques peuvent être surveillés de manière rapprochée sans drainage. Cette surveillance sera continue clinique (fréquence cardiaque, pression artérielle, oxymétrie de pouls) et radiologique (cliché thoracique de face) avec l'ensemble du matériel de drainage thoracique disponible au lit du patient.

P194. Torsion de la rate : A propos d'un cas

Akrouf A, Belhadj A, Saidani A, Ridene I*, Bouchrika A, Mannai S, Houissa H

Service de chirurgie générale, hôpital Mahmoud El Matri, ARIANA

*Service d'imagerie médicale. Hôpital Mahmoud El Matri. ARIANA

Introduction :

La torsion de la rate est une entité rare, le plus souvent en rapport avec une rate baladeuse. Celle-ci est due à une absence ou une hyper laxité des moyens de fixation spléniques. La chirurgie est le seul moyen thérapeutique.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans, opérée à l'âge d'un mois d'une hernie diaphragmatique qui consultait pour une douleur aiguë de l'hypochondre gauche sans autres signes associés. L'examen physique retrouve une masse douloureuse au niveau de la région épigastrique et une défense au niveau de l'hypochondre gauche. L'échographie abdominale montrait une rate ectopique. Le scanner abdominal posait le diagnostic d'une torsion complète du pédicule splénique sur une rate hypertrophiée et ectopique compliquée d'un infarctus splénique. L'évolution était marquée par la persistance de la douleur avec une déglobulisation, une hyperleucocytose et une thrombocytose d'où la décision d'opérer la patiente par voie médiane. En peropératoire on retrouve les mêmes constatations décrites au scanner. Il lui a été réalisé une splénectomie. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était mise sortante à J3 postopératoire. Elle a eu une vaccination antipneumococcique à 1 mois postopératoire.

Discussion :

La torsion splénique est une complication grave à craindre devant toute rate ectopique.

Le diagnostic est suspecté devant un syndrome abdominal aigu avec une masse palpable, une rate baladeuse à l'échographie et une interruption du flux sanguin splénique au Doppler. La TDM abdominale permet de confirmer le diagnostic.

La sanction est presque toujours chirurgicale. Le traitement peut être soit conservateur : Une détorsion avec splénopexie, ou radical moyennant une splénectomie et ce, en cas d'une torsion compliquée d'infarctus splénique.

Conclusion :

La torsion de la rate est une entité rare. Il faut penser à ce diagnostic devant toute rate ectopique douloureuse. Un diagnostic précoce permet d'opter pour un traitement conservateur.

P195. Migration atypique d'un corps étranger ingéré chez l'enfant : a propos d'un cas.

Marzouki Maryem, Ben Ahmed Yosra, Landolsi maha, Nouira Faouzi, Jouini Riadh, Jlidi Said
Service chirurgie pédiatrique B. Hôpital d'enfant de Tunis. Tunisie.

Marzouki Maryem, Ben Ahmed Yosra, Landolsi maha, Nouira Faouzi, Jouini Riadh, Jlidi Said
Service chirurgie pédiatrique B. Hôpital d'enfant de Tunis. Tunisie.

Introduction : L'ingestion de corps étranger (CE) est un des accidents domestiques les plus fréquents chez l'enfant. Elle impose une prise en charge urgente qui varie en fonction de la nature et de la localisation du corps étranger. Les pièces de monnaie sont les plus fréquemment en cause. Le but de ce travail est de rapporter une forme rare et atypique de migration d'un corps étranger ingéré chez l'enfant.

Observation : Il s'agit d'un garçon âgé de 2 ans géophage connu (ingestion de morceaux de bois) qui s'est présenté avec une tuméfaction hypogastrique rouge chaude bien limitée mobile ferme de 2 cm de grand axe. Une échographie abdominale a objectivé un aspect d'un granulome sur corps étranger traversant le muscle droit de l'abdomen avec doute sur une effraction du fascia transversalis et passage péritonéal. Un complément scannographique a montré un granulome inflammatoire abcédé sur corps étranger non radioopaque de la paroi latérale droite abdomino-pelvienne traversant le muscle droit de l'abdomen et responsable d'une infiltration de la graisse intra-abdominale au contact d'une anse digestive. Le patient a été opéré avec incision en regard de la tuméfaction permettant l'extraction d'un corps étranger en bois qui était implanté dans le muscle droit de l'abdomen. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : les corps étrangers ingérés par l'enfant possédant une partie tranchante peuvent avoir une migration extra-digestive.

P196. Hernie de BOCHDALEK à propos d'un cas

Krichéne J, Kardoun N, Abid W, Guirat A, Mzali R
Service de chirurgie générale CHU Habib Bourguiba SFAX

Introduction

Les hernies postéro-latérales du diaphragme, ou hernies de Bochdalek, sont les plus fréquentes des hernies congénitales du diaphragme. Leur découverte à l'âge adulte reste rare, essentiellement à l'occasion d'une complication digestive aiguë. Nous rapportons le cas d'une patiente de 72 ans dont le diagnostic de hernie de Bochdalek a été fait tardivement.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 72 ans sans antécédents pathologiques admise pour douleur épigastriques d'installation progressive avec à l'examen on note la présence d'une douleur à la palpation de la région épigastrique et du flanc gauche.

Explorations : biologie : un syndrome inflammatoire biologique

TDM abdominale : on trouve une grosse hernie diaphragmatique à contenu gastrique, angle colique gauche, la queue du pancréas et la rate avec un volvulus gastrique incomplet. La patiente a été opérée à froid puisqu'elle était stable sur le plan hémodynamique avec un examen clinique quasi normal. On a commencé par une coelioscopie à l'exploration on trouve une grosse hernie de Bochdalek à contenu angle colique gauche, pancréas et rate avec un volvulus gastrique sans signes de souffrance dont la réduction s'avère difficile par cette voie d'où on décide de réaliser une conversion par voie médiane. La patiente a eu une réduction de sa hernie avec suture du défaut diaphragmatique avec mise en place d'une plaque. Les suites opératoires étaient simples. La patiente est mise sortante à J 6 post opératoire.

Conclusion :

La hernie de Bochdalek est de découverte rare à l'âge adulte. La TDM est fondamentale pour poser le diagnostic. Son traitement est toujours chirurgical. La prévention de ces complications repose sur une chirurgie de réduction herniaire même en l'absence de symptômes.

P197. Tuberculose iléo-caecale révélée par une hémorragie digestive basse : à propos d'un cas

Marghli I ; Abdelhedi C ; Hedfi M ; Chalbi A ; SRIDI A ; Bahloul R ; Sassi K ; Chouchene A

Service de chirurgie générale, hôpital des forces de sécurité intérieure, la Marsa, Tunisie

Introduction:

La tuberculose gastro-intestinale représente la 6^{ème} localisation de la tuberculose maladie. Elle se voit dans 3-5% de tuberculose extra-pulmonaire. Elle est généralement latente et n'est découverte qu'à l'occasion de complications chirurgicales.

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 69 ans, diabétique sous insuline, sous corticothérapie au long court pour PTI. Elle consulte pour fièvre au long court avec sueurs nocturnes, des douleurs paroxystiques de la fosse iliaque droite avec notion de rectorragies et mélénas évoluant depuis 1 mois. Pas de notion de troubles du transit. A la biologie elle avait une anémie avec une Hb à 4 g/dl. La patiente a été transfusée avec amélioration clinique et biologique. L'ensemble des explorations dont une coloscopie a montré un processus ulcéro-infiltrant du caecum. Les biopsies étaient en faveur d'une tuberculose iléo-caecale. L'évolution était bonne sous traitement antituberculeux.

Conclusion :

La sténose est la principale manifestation de la tuberculose intestinale. Néanmoins, elle peut se manifester dans de rares cas par des hémorragies digestives. L'endoscopie peut montrer un aspect pseudo-tumoral. Dans tous les cas, l'examen anatomopathologique de la pièce permet d'avoir la confirmation histologique.

P198. Perforation spontanée du colon sigmoïde : à propos d'un cas

M.Marzouki, Y.Ben Safta, A.Kerkeni, S.Daldoul, M.S.Boudaya, S.Sayari, M.Ben Moussa
Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

La Perforation spontanée du côlon sigmoïde ou du rectum est définie comme une perforation du côlon en l'absence de maladies comme les tumeurs, la diverticulose ou une blessure externe. Elle est très rare. La perforation survient le plus souvent au niveau de la région rectosigmoïdienne et la boucle sigmoïdienne, et parfois dans le caecum. Il en résulte une nécrose de la paroi colique induite par la pression des matières fécales. Nous rapportons une observation exceptionnelle d'une perforation sigmoïdienne spontanée responsable d'une péritonite généralisée sans pathologie sous jacente.

Observation :

Patient âgé de 61 ans, hypertendu, aux antécédents de constipation chronique sous laxatifs, admis en urgence pour un syndrome occlusif fébrile évoluant depuis 48h. À l'examen, patient est fébrile à 38,8, l'abdomen est distendu tympanique douloureux dans son ensemble. A la biologie on note des GB à 15200, une CRP à 93 mg/l. Le scanner avait montré un épanchement péritonéal et un pneumopéritoine péricolique. Le patient a été opéré en urgence, il s'agissait d'une péritonite stercorale en rapport avec une perforation de la boucle sigmoïdienne. On a fait une toilette péritonéale abondante, une sigmoïdectomie et une colostomie à la Bouilly Wolkman. Le rétablissement de la continuité a été fait après 5 mois. La coloscopie totale était normale notamment pas de diverticule colique.

Discussion :

La perforation stercorale du côlon est une maladie extrêmement rare. Depuis la première description en 1894, moins de 5 cas sur 100 ont été signalés. L'incidence de perforation colique responsable d'une péritonite stercorale, est estimée à 1,2% parmi tous les cas d'urgence chirurgicale colorectale et de 3,2% de l'ensemble des perforations coliques. Le taux de mortalité atteint les 35% à 47%. La chirurgie en urgence est impérative. Des critères pour le diagnostic d'une perforation stercorale ont été proposés par Maurer et al. 4 en 2000 : 1 – Une perforation ronde ou ovoïde antimésentérique sur plus d'un cm de diamètre, 2 - Présence d'un fécalome dans le côlon ou faisant saillie à travers la perforation ou dans la cavité abdominale, et 3 - ulcère de pression ou de nécrose microscopique avec réaction inflammatoire chronique autour de la perforation.

Conclusion :

En raison de son taux élevé de mortalité, les perforations spontanées du côlon doivent être correctement et rapidement prises en charge. Une vigilance de la part des médecins prescripteurs de médicaments inhibant la motilité colique aux patients ayant des antécédents de constipation prolongée est nécessaire.

P199. Prise en charge des hernies de L'aine étranglées

Attaoui MA, Rjeb A, Karouia S, Massoudi S, Saamali I, Mkhinini w
Service de Chirurgie général. Hôpital régional de Zaghuan

Introduction :

La hernie étranglée est une des urgences les plus fréquentes
Le traitement de la hernie étranglée doit être effectué en

Urgence, et comporte un premier temps viscéral consistant à libérer l'intestin hernié, apprécier sa viabilité et éventuellement pratiquer sa résection. Le temps de réparation pariétale consiste habituellement en une herniorraphie, en raison du risque septique.

But :

Nous rapportons les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de notre expérience dans la prise en charge des hernies étranglées de l'aine à service de chirurgie générale de Zaghouan. :

Patients et Méthodes :

Notre travail est une étude rétrospective à visé descriptive ayant colligé 151 malades opérés en urgences pour hernie de L'aine étranglé, sur un période de 7 ans (2010-2016).

Résultats :

Sa fréquence est 19% de l'ensemble des patients opérés pour hernie de l'aine durant cette période.

Il s'agit de 123 hommes et 28 femmes , hernie inguinales chez 99 cas , inguino scrotale chez 25 cas et hernie crurale chez 27 cas concernant que les femmes.

Le voies d'abord était inguinal pour tous les malades et convertie en laparotomie médiane sous ombilical dans 14 cas .

Le sac herniaire contenait des anses grêles dans 107 cas , l'épiploon dans cas , colon dans 2 cas , dans un cas la vessie et dans un cas un diverticule de Meckel .

Une résection intestinale avec anastomose immédiate termino-terminale avait été réalisé dans 9 cas , résection avec iléostomie dans un cas.

Le « Bassin » était réalisé dans cas, et celle De Mac Vay dans 31 cas. Prothèse était posée chez 16 cas selon la technique de Lichtenstein.

3 cas de décès postopératoires. (2%)

Les patients ne revient plus après une première consultation postopératoire sauf pour récurrence ayant touché 9 patients soit 5.9 % de cas.

Conclusion : Le traitement préventif de toute hernie non compliqué permet d'éviter les complications Notre expérience a montré l'efficacité de l'usage de prothèse lors de traitement de l'hernie étranglé si le diagnostic était précoce avec respect de principes classiques du traitement chirurgical lors de pose d'un matériel prothétique.

P200. Prise en charge des perforations œsophagiennes

Bouazzi A ;Farhat.W ;Chhaidar A; Rguez A ; BenMabrouk.M ;Mazhoud.J; B Ali A.

Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul SOUSSE

Introduction :

La perforation de l'œsophage est considérée comme la plus sérieuse et la plus rapidement fatale de toutes les perforations du tractus digestif.Elles peuvent être iatrogènes, spontanées ou dues à un corps étranger. La présentation clinique diffère selon l'étiologie, la localisation de la perforation et les délais de la consultation.

L'objectif de notre étude est de rapporter la présentation clinique et les modalités de prise en charge des perforations œsophagiennes.

Matériel et méthodes :

Etude descriptive de six cas de perforation œsophagienne sur une période de 5ans

Résultats :

L'étude a intéressé deux hommes et quatre femmes, l'âge variait de 16 à 64 ans. Le diagnostic était évoqué devant la symptomatologie clinique et confirmé par la TDM avec opacification haute. Le mécanisme était un corps étranger dans 3 cas une perforation spontanée dans un cas, post traumatique dans un cas et iatrogène suite à une dilatation endoscopique dans un cas. La localisation de la perforation était cervicale chez un patient et le tiers inférieur de l'œsophage chez cinq patients. Un traitement non opératoire était indiqué chez deux patients, et quatre patients ont nécessité un traitement chirurgical. L'évolution était favorable pour cinq patients, un décès a été noté dans un cas.

Discussion :

La perforation de l'œsophage est un accident qui se traduit par la survenue d'une déchirure ou d'une rupture de l'œsophage au décours d'une instrumentation, d'un effort de vomissement, de l'ingestion d'un corps étranger, d'une procédure chirurgicale ou d'un traumatisme externe

Les corps étrangers sont responsables d'une perforation œsophagienne sur six.Le syndrome de Boerhaave est une perforation spontanée post-émétique en l'absence d'une affection œsophagienne pré-disposante. Sept pour cent des perforations restent asymptomatiques. Les manifestations cliniques immédiates ne permettent un diagnostic dans les 6 heures que dans 33 % des cas.. La TDM avec opacification haute permet de détecter les petites perforations non détectée par le transit.

Un traitement conservateur peut se révéler efficace en prenant en considération les critères d'éligibilité. Le traitement chirurgical doit être le plus précoce possible si les critères de traitement conservateur sont absents.

Conclusion :

Les perforations œsophagiennes regroupent plusieurs entités clinicopathologiques dont le pronostic et le traitement sont très différents. Un traitement non opératoire peut être opté chez des patients sélectionnés.

P201. Cure d'une perforation œsophagienne iatrogène par prothèse : Case report

C.Saadi ; Y. Ben Safta ; A. Baccari ; M.S.Boudaya ; S.Daldoul ; S.Sayari ;
Moussa

M.Ben

Service de Chirurgie Générale A . Hopital Charles Nicolle

Introduction :

Les perforations de l'œsophage peuvent être spontanées ou iatrogènes. Elles peuvent survenir sur un œsophage sain ou pathologique. Le traitement est pendant longtemps resté l'apanage de la chirurgie. Le développement de l'endoscopie thérapeutique au cours des dernières années a permis l'essor de techniques permettant une prise en charge efficace.

Le but de ce travail est d'élucider les modalités diagnostiques et thérapeutiques d'une perforation œsophagienne iatrogène sans recours à la chirurgie.

Observation clinique:

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 38 ans qui a été explorée par une œsophagoscopie pour une dysphagie associée à une anémie. L'examen s'est compliqué d'une perforation du tiers inférieur de l'œsophage, sans détresse respiratoire ni hémodynamique initiale.

Les explorations radiologiques avaient mis en évidence un épanchement pleural droit et une perforation œsophagienne droite large. Il a été réalisé un drainage thoracique efficace. Une fibroscopie faite à J3 de la perforation a permis de mettre en place une prothèse métallique. Les suites étaient simples avec bonne tolérance alimentaire débutée. La durée totale de l'hospitalisation était de 10 jours.

La prothèse a été enlevée après 2 mois après vérification de la cicatrisation de la fistule.

Discussion :

La mortalité liée à la perforation œsophagienne est proche de 20%. Plusieurs modes de traitement endoscopique ont été décrits : clips, colle biologique, mise en place d'une endoprothèse expansible couverte métallique ou plastique. La fermeture endoscopique concerne particulièrement les perforations de l'œsophage abdominal et thoracique. Il reste néanmoins difficile à gérer pour l'œsophage cervical pour des raisons anatomiques. Le transit œsophagien et la tomodynamométrie sont les examens complémentaires à demander en urgence lors de la suspicion de perforation. Le traitement peut être endoscopique ou chirurgical mais comportera dans tous les cas une antibiothérapie parentérale au large spectre et une mise au repos du tube digestif.

Conclusion :

La particularité clinique de notre observation est qu'il s'agit d'une perforation iatrogène traitée avec succès sur un œsophage sain. La réanimation et le drainage thoracique couplés à l'endoscopie a nettement amélioré le pronostic. Ce qui témoigne de l'importance de la coopération entre gastro-entérologue, chirurgien et réanimateur.

P202. Traitement Des Pseudo kystes Du pancréas par Kysto-gastrostomie Laparoscopique.

Kellil tarek, Toumi Omar, Ammar Houssein, kallel Yassine, Trimech Wided, Chaka Amina, Ayyed Mariem, Korbi Ibtissem, Nasr Mohamed, Noomen Faouzi, Zouari Khadija.

Service de chirurgie générale. EPS Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

Les faux kystes du pancréas, appelés aussi pseudo-kystes du pancréas, représentent une complication fréquente de plusieurs pathologies pancréatiques dont la pancréatite aiguë grave.

Les pseudo-kystes réclament une prise en charge multidisciplinaire souvent complexe. En effet les méthodes thérapeutiques sont multiples allant de la surveillance au traitement chirurgical tout en passant par le traitement radiologique ou endoscopique.

Matériels et méthodes :

Notre étude est rétrospective, faite auprès des dossiers de cinq patients hospitalisés pour faux kyste pancréatique suite à une pancréatite aiguë, traités par voie laparoscopique, s'étalant de Mai 2005 à Février 2012. Ce travail a été réalisé au service de chirurgie générale à l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

Résultats :

La pancréatite aiguë biliaire était la seule étiologie retenue dans notre série. Tous nos patients présentaient des signes d'intolérance digestive imposant le traitement chirurgical. Ils étaient opérés à froid avec un délai moyen de 11,2 semaines à partir du début de la pancréatite aiguë. Tous nos patients étaient opérés par voie

coelioscopique et aucun cas de conversion n'a été notée. Ils ont tous eu une cholécystectomie associée, avec des suites opératoires simples. L'évolution était favorable dans tous les cas sans récurrence avec un recul moyen de 33 mois.

Conclusion :

La laparoscopie est une des techniques les moins invasives vis-à-vis du pseudo kyste du pancréas mature, avec de bons résultats prouvés dans la littérature, avec une décroissance significative des taux de morbi-mortalité comparativement aux méthodes traditionnelles de chirurgie à ciel ouvert. Le drainage interne chirurgical kysto-gastrique par voie laparoscopique est une nouvelle technique faisable et moins invasive. Toutefois, le meilleur traitement est la prévention des pancréatites aiguës lithiasiques en opérant toutes les micro-lithiases vésiculaires.

P203. Pseudomyxome péritonéale

Habib. E, Atef. M, Moez. R, Med Firas. A
Hôpital Jendouba. Service de chirurgie viscérale et digestive

Introduction :

Le Pseudomyxome péritonéale (PMP) est une tumeur péritonéale sécrétant de la mucine due dans 90% des cas à la rupture d'un mucocèle appendiculaire. Il connaît une incidence de 2 Cas/ 1M d'habitants/an, touche 3 femme contre un homme ayant l'âge de la 4ème à la 5ème décennie. Malgré la présence d'une prise d'une charge bien adaptée au PMP, le pronostic reste réservé dans certains cas.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 79 ans sans ATCDs notable, se présentant avec une douleur abdominale évoluant dans un contexte fébrile. La biologie note un syndrome inflammatoire. La TDM abdominale met en évidence un aspect en faveur d'un mucocèle appendiculaire. La révision abdominale par abord chirurgical via la voie médiane note la présence d'un mucocèle appendiculaire, un kyste ovarien droit ainsi que des formations gélatineuses au cul de sac de Douglas et en pariéto-colique droit, le geste fut de réaliser une appendicectomie, une ovariectomie ainsi que de réséquer les formations gélatineuses trouvées. Les suites opératoires furent simples et l'examen rapporte un aspect en faveur d'un Pseudomyxome péritonéale.

Discussion :

Le PMP est consécutif principalement à la rupture d'un mucocèle appendiculaire riche en cellules épithéliales sécrétrices de mucus. Les cellules épithéliales prolifèrent et se disséminent au péritoine formant ainsi une ascite gélatineuse. L'extension se fait essentiellement par contiguïté et rarement par voie hémotogène. Sur un plan histologique le PMP présente 3 types anatomopathologiques principalement une adénomatose mucineuse péritonéale disséminée (AMPD), en 2ème lieu vient la forme intermédiaire puis la carcinose mucineuse péritonéale (CMP). Le PMP a une symptomatologie peu spécifique et latente, elle se manifeste par un syndrome appendiculaire, des troubles dyspeptiques, une augmentation du volume abdominale, un syndrome de masse abdominale, des signes urinaires et des complications à type d'occlusion et de fistule. L'ACE, le Ca 19-9 le CA 125 peuvent être élevés au cours d'un PMP sauf qu'elles n'ont pas de valeur diagnostique, elles sont utiles pour la surveillance post thérapeutique ou d'éventuelle récurrence. L'échographie et la tomodensitométrie permettent de faire le diagnostic. L'examen scanographique permet d'objectiver la présence d'obstruction segmentaire du grêle, de masses tumorales supérieures à 5 cm qui sont des indications de non respectabilité ainsi que les complications du PMP. Le traitement de choix est chirurgical consistant à un «Débulking» chirurgical associé à une CHIP, le geste chirurgical peut être associé à une hémicolectomie droite, une hystérectomie et une omentectomie en fonction de la nature histologique de la tumeur primitive. L'évolution peut être marquée par une récurrence. Le pronostic reste sombre pour les CMP avec une survie à 50 % dans 10 ans.

Conclusion :

Le PMP est une tumeur péritonéale rare, son traitement repose essentiellement sur le Débulking chirurgical et la CHIP. Le pronostic dépend de la nature histologique de la tumeur primitive.

P204. Bezoard : étiologie rare d'une angiocholite aiguë chez le sujet âgé

F.Ennaceur, M.H. Ben Hadj khalifa, S.Mosbahi, A.Gassara, A.Hlel
Service de Chirurgie Générale et Digestive; Hôpital régional de SIDIBOUZID

L'angiocholite est une infection du contenu de la voie biliaire principale. Cette infection complique presque toujours un obstacle à l'écoulement de la bile, les angiocholites par reflux sans aucun obstacle associé sont rares. Dans plus de 90 % des cas, l'angiocholite est due à une lithiasie de la voie biliaire principale. D'autres causes d'angiocholites sont cependant retrouvées;

Les obstacles tumoraux (cancer du pancréas, cholangiocarcinome) entraînent le plus souvent un ictère nu, mais une surinfection de la bile est toujours possible. Les tumeurs ampullaires peuvent mimer un épisode de

migration lithiasique, en provoquant des épisodes d'obstruction biliaire intermittents. Les angiocholites d'origine parasitaire (vésicule hydatique, ascaris, etc.) sont exceptionnelles.

Nous rapportons dans cette observation une cause rare et bénigne ne nécessitant aucun traitement chirurgical et qui reste vraiment exceptionnelle : un bézoard.

P205. Le syndrome de la pince Aorto-mésentérique : une cause rare de vomissements chroniques

Jaouane W, Hidouri S, Chahed J, Belhassen S, Mosbahi S, Krichène I, Laamiri R, Ksaa A, Sahnoun L, Mekki M, Belguith M, Nouri A.
Service de Chirurgie Pédiatrique de Monastir

Introduction :

Le syndrome de la pince mésentérique est défini par la compression extrinsèque de la troisième portion du duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte. Il s'agit d'une entité rare, dont le traitement est d'abord médical mais nécessitant fréquemment le recours à la chirurgie.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une fille âgée de 8 ans, sans antécédents particuliers qui a été admise pour douleurs abdominales et des vomissements bilieux sans troubles du transit évoluant depuis 3 semaines. A l'examen physique : une température à 39°C, un état général altéré, une pâleur cutanéomuqueuse, un important retard pondéral avec un poids à 16 Kg (-3DS). Par ailleurs, l'abdomen était souple.

La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire. Devant la persistance de la symptomatologie clinique, une fibroscopie haute a déjà été pratiquée avec des biopsies fundiques et duodénales revenues en faveur de lésions de gastrite chronique à HP. Le traitement médical n'a pas amené à la guérison.

Les explorations radiologiques ont conduit à un syndrome de la pince aorto-mésentérique. Le traitement médical seul a permis la résolution de la symptomatologie clinique avec une prise pondérale. Le recul est de 2 ans.

Conclusion : Le syndrome de la pince mésentérique est une affection rare et bénigne. Le scanner abdominal injecté est d'un intérêt capital pour faire le diagnostic dans plus de 90 % des cas. Le traitement est médical en premier lieu mais le recours à la chirurgie peut être nécessaire.

P206. Complication de la tuberculose iléo-coecale

W. Jaouane, B. Mnaja, I. Korbi, A. Chouchaine, O. Toumi, M. Nasr, F. Noomene, Kk. Zouari.
Service de chirurgie générale et digestive. CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

La tuberculose gastro-intestinale primitive est définie comme une tuberculose du tractus gastro-intestinal sans atteinte pulmonaire concomitante.

Il s'agit d'une entité rare pouvant mimer une pathologie inflammatoire ou tumorale.

Observation :

Un homme âgé de 41 ans aux antécédents d'amaigrissement, asthénie, fièvre et sueurs nocturnes qui remontent à 6 mois associés à une douleur localisée au niveau de la fosse iliaque droite, est admis pour un syndrome péritonéal. La radiographie du thorax ne montre pas des lésions pulmonaires. Par ailleurs, on note un pneumopéritoine à l'ASP. Le patient a été opéré en urgence par une laparotomie médiane. En peropératoire : présence d'une péritonite par perforation sur le bord anti-mésentérique du grêle avec présence d'une masse suspecte de malignité au niveau de la jonction iléo-coecale. Le grêle est le siège de rétrécissements multiples. Le diagnostic de tuberculose iléo-coecale a été évoqué. Le patient a eu une résection iléo-coecale. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection a confirmé le diagnostic.

Conclusion :

La région iléo-coecale est la localisation la plus fréquente de la tuberculose intestinale. Son diagnostic reste souvent difficile. Le traitement médical est aussi efficace que dans les formes pulmonaires.

P207. Fracture isthmique du pancréas : à propos de un cas

H. Zenati, A. Chaka, I. Korbi, O. Toumi, M. Nasr, F. Noomene, K. Zouari
Service de chirurgie générale, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les traumatismes isolés du pancréas sont rares, ils sont présents dans 0,2 à 3 % des traumatismes abdominaux. Il existe une absence de corrélation initiale entre la gravité de l'atteinte pancréatique et l'importance des signes cliniques, biologiques et radiologiques. La PEC thérapeutique n'est pas codifiée.

Observation :

Monsieur H.M âgé de 19 ans, sans antécédents pathologiques, était victime d'un accident de vélo avec réception du guidon au niveau de l'épigastre (contusion épigastrique appuyée), occasionnant chez lui des épigastralgies associées à des vomissements alimentaires. Il a été hospitalisé le lendemain de l'accident en

soins intensifs en ville pendant 05 jours. L'examen initial trouvait un patient apyrétique, en bon EHD, une défense abdominale localisée de l'épigastre, la lipasémie était à 10 N. La TDM, faite après 24 heures du traumatisme, objectivait une fracture isthmique du pancréas, le Wirsung traversant la zone d'hyperdensité, sa rupture ne pouvait être écartée. Le traitement de la pancréatite était médical, avec une surveillance clinico-biologique et radiologique. L'IRM abdominale réalisée à j 5 post traumatique objectivait un traumatisme pancréatique classe II de Lucas avec rupture quasi complète du corps du pancréas et une rupture du canal de Wirsung en regard de l'hématome corporéal.

Le patient nous a été adressé pour prise en charge. Notre conduite à tenir avait consisté en l'arrêt de l'alimentation orale, associé à un traitement symptomatique à base d'antalgiques et d'antiémétiques avec une surveillance clinico-biologique et radiologique.

L'évolution était marquée par la survenue d'un volumineux faux kyste du pancréas diagnostiqué à j20 du traumatisme par une TDM, devenant rapidement compressif et hémorragique. Une tentative de drainage percutané scannoguidé ramenant 1,5 l d'un liquide épais nécrotico hémorragique est menée à l'échec avec survenue d'EDC et d'un syndrome de compartiment nécessitant une laparotomie en vue d'un drainage chirurgical du pseudo kyste.

L'évolution ultérieure était marquée par une morbidité importante nécessitant 3 reprises chirurgicales. Deux fois pour la survenue d'une surinfection des coulées de nécrose suspectée sur les données clinico biologiques et confirmée par une TDM malgré une ATB dirigée et le patient avait bénéficié d'une nécrosectomie avec toilette et drainage. Et une fois pour un état de choc hémorragique secondaire a une érosion d'une artère de la face post de l'estomac.

Une fistule pancréatique dirigée s'est déclaré ultérieurement traitée médicalement avec une bonne évolution et tarissement progressif de la fistule au bout de 2 MOIS avec bonne tolérance de régime. Le dernier contrôle par bili- IRM trouvait un pancréas homogène légèrement amincie dans sa portion corporéale et un canal de Wirsung qui est fin. Le patient est mis sortant après un séjour hospitalier de 4 MOIS.

Conclusion :

Les lésions traumatiques du pancréas ont une morbidité et une mortalité importante liées au délai du diagnostic. La clinique et la biologie sont aspécifiques. La prise en charge thérapeutique nécessite de connaître l'intégrité ou non du Wirsung. Le chirurgien dispose d'un arsenal thérapeutique très large.

P208. Schwannomérétropéritonéal

Haddad S, Zemni I, Bouhani M, Slimen M, Boujelbene N*, Ben hassouna J, Rahal K

Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaiez, Tunis.

*Laboratoire d'anatomopathologie, Institut Salah Azaiez, Tunis.

Le schwannome est une tumeur développée au dépend des cellules de Schwann. De présentation variée et de diagnostic pré-opératoire difficile, sa localisation rétropéritonéale est exceptionnelle. Bien que la grande majorité des schwannomes soient bénins, il existe des formes malignes fréquemment associées au syndrome de Von Recklinghausen (4% des cas) ou aux autres neurofibromatoses. Nous rapportons deux de schwannomes rétropéritonéaux malins découverts dans le cadre de douleurs lombaires, de troubles du transit ou de façon fortuite. La fréquence, le diagnostic, les données de l'imagerie et le traitement de cette tumeur rare sont discutés.

P209. Schwannome retro péritonéal bénin : à propos d'un cas

Nizar Khedhiri, Haithem Zaafour, Dhafer Haddad, Selim Zaghib, Ahmed Bouhafa,

Anis Ben Maamer

Service de chirurgie générale Hôpital HABIB THAMEUR

Introduction :

Le Schwannome est une tumeur qui a pour origine les cellules de la gaine de Schwann de l'axone. Il se développe préférentiellement au niveau des nerfs crâniens et des nerfs périphériques. La localisation rétropéritonéale est exceptionnelle (0,5 à 1,7%).

Observation :

Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 27 ans, sans antécédents pathologiques, qui consultait pour des douleurs de l'hypochondre droit et du flanc droit à type de pesanteur évoluant depuis un an, sans autres signes d'accompagnement. L'examen clinique trouvait une masse de l'hypochondre droit et du flanc droit, de 10 cm de grand axe, ferme, indolore. A la TDM abdominale : Volumineuse masse tissulaire ovale bien limitée, inter hépato-rénale, richement vascularisée au temps artériel, ménageant un centre nécrosé, mesurant 85x 90x115 mm. Cette masse refoule la vésicule biliaire et le foie droit en avant; la veine rénale droite et le rein droit en arrière; D2, la VCI et la veine gonadique en dedans. Elle refoule le pyélon et l'uretère lombaire droits qui restent perméables. Une biopsie scanno-guidée a été faite : aspect immunohistologique d'un schwannome rétropéritonéale. La patiente a été alors opérée : Masse tumorale faisant 10

cm de diamètre venant au contact du duodénum, de la VCI (où elle se draine par au moins 4 vaisseaux), du pôle inférieur du rein droit et du pyélon. L'exérèse complète de la lésion confirme la nature schwannomateuse de la masse avec une architecture principalement de type A d'Antoni et une positivité de la PS 100 en immuno-histochimie.

Conclusion :

Le schwannome rétro-péritonéal est une tumeur de bon pronostic dans sa forme bénigne. Son diagnostic clinique est souvent tardif du fait d'une symptomatologie d'emprunt et l'imagerie est souvent peu contributive. L'exérèse chirurgicale complète est le traitement de référence.

P210. Situs ambiguus révélé par un abcès hépatique

Mourad BEN BADER, Haithem ZAAFOURI, Dhafer HADDAD, Ahmed BOUHAFI,
Anis BEN MAAMER

Service de chirurgie générale Hôpital HABIB THAMEUR TUNIS

Introduction

Le situs ambiguus ou syndrome d'hétérotaxie est un spectre qui regroupe les syndromes partiels de position inhabituelle d'organes avec deux types principaux: l'asplénie ou isomérisme droit, dextro-isomérisme et la polysplénie ou isomérisme gauche, levo-isomérisme.

Le syndrome de polysplénie est une affection congénitale rare, de découverte souvent fortuite chez l'adulte lors d'un bilan d'imagerie. Il est caractérisé par la présence de multiples rates associées à un spectre variable d'anomalies de rotation des organes abdominaux et d'anomalies du système cardiovasculaire et pulmonaire.

Observation clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 51 ans consultant pour des douleurs de l'hypochondre gauche associées à une fièvre évoluant depuis 5 jours. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire marqué était noté avec des GB à 20 330 / mm³ et une CRP à 354 mg/l. Il existait également une cholestase à 4 fois la normale. L'échographie et la TDM abdominale ont objectivé un syndrome de polysplénie avec un foie à gauche, une rate à droite faite de nodules multiples, un mésentère commun complet, une queue pancréatique courte, un drainage des veines hépatiques directement dans l'oreillette droite, une agénésie de la veine cave inférieure supra-rénale avec continuation azygos, un abcès des segments II et III du foie de 7 x 7,5 x 8,5 cm, une dilatation minime des voies biliaires intra-hépatiques et une lithiase vésiculaire simple. La patiente a été mise sous antibiothérapie par voie parentérale. Devant l'aggravation du sepsis et l'indisponibilité d'un drainage par voie percutanée, on a décidé d'opérer la patiente par voie laparoscopique. Une cholécystectomie a été réalisée puis une mise à plat de l'abcès hépatique, une toilette et la mise en place d'un drainage dans la cavité résiduelle. La culture du prélèvement de pus a mis en évidence un *Escherichia Coli* sensible à l'antibiothérapie reçue. Une coloscopie réalisée à distance a objectivé une diverticulose sigmoïdienne.

Discussion

Les cas de syndrome de polysplénie diagnostiqués à l'âge adulte sont rares et de découverte fortuite. Seuls les situs ambiguus avec polysplénie peuvent être rencontrés à l'âge adulte car les malformations cardiaques associées sont viables, à la différence du situs ambiguus avec asplénie où les anomalies cardiaques sont généralement létales.

Conclusion

Les malformations associées dans le syndrome de polysplénie trouvent leurs origines entre la quatrième et la sixième semaine de la vie embryonnaire. Le diagnostic à l'âge adulte est rare. La connaissance approfondie préopératoire des différentes malformations potentielles par des explorations morphologiques d'imagerie est indispensable.

P211. Splénectomie coelioscopique pour affections hématologiques : indications et résultats.

Omar Toumi, Kellil Tarek, Houssein Ammar, Kallel Yessine, Wided Trimech, Amina Chaka, Ibtissem korbi, Mohamed Nasr, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale et digestive. Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

La splénectomie par voie d'abord laparoscopique est d'apparition récente. Elle est indiquée essentiellement pour des pathologies hématologiques bénignes qui sont assez courantes dans notre pays.

Matériel et méthodes :

Notre travail est rétrospectif et a porté sur 15 patients ayant eu une splénectomie laparoscopique dans le service de Chirurgie Générale De Monastir entre Janvier 2002 et Décembre 2015.

Résultats :

Il s'agit de 11 patients de sexe féminin et de 4 patients de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 32,8 ans. La splénectomie était indiquée pour PTI dans dix cas, sphérocytose héréditaire dans trois cas, AHAI dans un cas et un hypersplénisme d'origine indéterminée dans le dernier cas. Trois patients avaient une splénomégalie avec une taille moyenne de 18,5 cm et une taille maximale de 21 cm. Le taux moyen d'hémoglobine était de 10,8g/dl et le taux moyens de plaquettes en cas de PTI était de 101000 elts/mm³.

L'abord du pédiculesplénique était fait par voie antérieure dans 12 cas. L'extraction de la rate était faite dans un sac à travers l'orifice du trocar du plus grand calibre dans 12 cas et à travers une incision de Pfannenstiel dans 3 cas. Une cholécystectomie était associée dans un cas et une intervention sur des kystes endométriaux des ovaires était associée dans un autre cas. Une hémorragie peropératoire était survenue dans un cas. Une conversion était nécessaire dans un cas. Le temps opératoire moyen était de 180 min.

Le séjour post-opératoire moyen était de 5,3 jours. Une occlusion intestinale aiguë était diagnostiquée chez un patient à j5 post-opératoire. Un cas de thrombose veineuse étendue était diagnostiqué chez un patient à j9 post-opératoire. On n'a pas recensé d'autres complications notamment infectieuses. Tous nos patients étaient confiés à leur sortie à la consultation d'hématologie clinique.

Conclusion :

La splénectomie par voie laparoscopique est réalisable et fiable. Une amélioration des résultats et une réduction de la morbidité sont rendues possibles par l'avènement de nouveaux instruments et l'amélioration de l'expérience des opérateurs. Le PTI reste la principale indication, mais cette voie d'abord a vu ses indications s'élargir à d'autres pathologies qui restent cependant essentiellement hématologiques bénignes.

P212. Splénectomie par voie laparoscopique

Mabrouk A, Ben Safta Y, M.Marzouki, A.Ben Dhaou, Daldoul S, Ben Moussa M.

Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

La laparoscopie est devenue la voie d'abord de choix dans les splénectomies à froid, notamment dans le traitement de certaines maladies hématologiques malignes ou bénignes. Cette procédure nécessite une bonne expérience de la chirurgie laparoscopique et une dissection méticuleuse de la rate. Nous rapportons dans cette observation 3 cas de splénectomie totale par voie laparoscopique. Ces derniers ont été colligés en 2015 au service de chirurgie générale A de l'hôpital Charles Nicolle Tunis.

Résultats :

Il s'agit de 3 patients dont la moyenne d'âge est de 21 ans. L'indication de splénectomie a été une thrombopénie de consommation chez le 1^{er} (ce dernier est suivi pour purpura thrombopénique idiopathique) et une tumeur splénique pour les 2 autres. Les 3 patients ont bénéficié d'une imagerie préopératoire pour évaluer les caractéristiques morphologiques de la rate. Ils ont eu une vaccination préopératoire anti pneumocoque, une antibioprophylaxie péri-opératoire et une anticoagulation préventive. La technique dite de suspension splénique en décubitus latéral droit a été utilisée pour les 3 malades. La durée moyenne de l'opération a été de 180 minutes. Le taux de conversion a été nul. La mortalité a été nulle et les suites simples avec une durée moyenne de séjour de 7 jours.

Discussion:

En dehors de l'urgence, la splénectomie laparoscopique constitue une alternative fiable à la splénectomie conventionnelle. Elle a comme avantage des suites opératoires plus simples, une morbidité plus faible, une durée d'hospitalisation plus courte et une reprise d'activité plus précoce. Notre série vient conforter ces . En fait, avec une mortalité nulle et une faible morbidité, la splénectomie laparoscopique a permis (par rapport à la laparotomie) de réduire de moitié la durée d'hospitalisation de nos patients et d'améliorer leur qualité de vie en diminuant la durée de l'iléus et les douleurs postopératoires.

Conclusion:

La splénectomie laparoscopique est devenue la norme de soins établie pour la prise en charge des maladies de la rate justifiées d'une chirurgie. Elle garde cependant des limites: elle dépend de l'expérience de l'opérateur, de la taille de la rate, de la nature de la maladie à traiter, et de l'état du patient notamment son obésité.

P213. Adénocarcinome appendiculaire a propos d'un cas

Chaka Amina, Mariem Ayed, Yosra Jmaa, Houssein Ammar, Wided Trimech Mosbahi Sana, Korbi Ibtissem Omar Toumi, Pr Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie général Monastir, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Les adénocarcinomes de l'appendice sont rares et très hétérogènes, ce qui rend leur étude difficile. Ils sont découverts dans 0,1 % des appendicectomies et représentent environ 60 % des tumeurs malignes de l'appendice.

Cas clinique : Il s'agit d'un homme de 62 ans, opéré pour ADK prostatique, admis en urgence pour syndrome appendiculaire.

L'échographie abdominale a objectivé : une importante infiltration de la graisse mésentérique au niveau de la FID, un épanchement finement échogène en voie de collection de la FID mesurant 5 /4 cm centré par l'appendice qui est LCI perforé a sa partie moyenne

Opéré par voie Mac Burney : un abcès appendiculaire avec des nodules de carcinose au niveau du péritoine pariétal et du mésentère. D'où la décision de conversion: Carcinose péritonéale généralisée, des nodules hépatiques

→ Appendicectomie + biopsie péritonéale

Anapath : ADK appendiculaire mucineux de l'appendice compliqué de perforation et de péri appendicite, mesurant 5 cm de hauteur, elle infiltre toutes les couches de la paroi et s'étend au méso appendice jusqu'à la séreuse et s'accompagne de métastases péritonéales .La base est saine la tumeur est ainsi classée en PT4 M1+ carcinose péritonéale

Les suites opératoires en été émaillées par occlusion post opératoire.

Conclusion : les ADK de l'appendice, Leur risque principal est la dissémination péritonéale, responsable d'un tableau de pseudo myxome péritonéal .Le diagnostic sur une pièce d'appendicectomie impose l'hémi colectomie droite

P214. Le traumatisme pancréatique : chirurgie ou TNO au prix d'une morbidité élevée ? Quelle prise en charge?

Amina Chaka, Ines Zouari, Wided Trimech, Jnajmeddine, Housseem Ammar, Yessine Kallel, Ibtissem Korbi, Toumi Omar, Noomen Faouzi, Khadija Zouari

Service de la chirurgie digestive CHU Fatouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les traumatismes duodéno pancréatiques représentent 5% des traumatismes abdominaux fermés, ils sont considérés graves avec un taux de mortalité située entre 5 et 30% des cas et associée a un taux de morbidité située à plus de 50% .Dans la littérature, aucune prise en charge standardisée n'est clairement établie.

Le but de ce travail est de déterminer une CAT pour le traumatisme pancréatique, l'heure de TNO et l'intérêt de l'imagerie moderne

Cas Clinique :

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans, admis pour surveillance suite à une agression abdominale fermée. A L'examen : une sensibilité au niveau de HCD et para ombilicale.

L'évolution après 24 H: apparition d'une sensibilité abdominale diffuse, SIB et une élévation de la lipasémie

TDM abdominale : une contusion au niveau du segment IV et III et un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance. Pancréas siège d'un défaut de rehaussement isthmique en rapport avec une fracture isthmique avec visibilité du canal du wirsung. Devant ce tableau on a opté pour un traitement non opératoire

L'évolution était émaillée par l'apparition après 15 jours par l'apparition d'un faux kyste du pancréas de 10 /8/6 cm qui était traité par une dérivation kysto gastrique par voie coelioscopique

Conclusion :

Le traitement non opératoire est bien décrit pour les contusions hépatiques et pancréatiques stades I et II sans atteintes du canal de wirsung au dépendant d'un taux de morbidité important dominé par la pancréatite et le faux kyste du pancréas à condition de la stabilité HD et d'une surveillance armée

P215. La Perforation duodénal poste traumatique de diagnostic retardé à propos d'un cas

Amina Chaka, Nasr Mouhamed, Housseem Ammar, Mariem Ayed, Kellil Tarek, Wided Trimech Dr Ibtissem Korbi, Dr Toumi Omar, Pr Noomen Faouzi, Pr Khadija Zouari

Service de la chirurgie digestive CHU Fatouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Le traumatisme duodénal représente une complication rare de traumatisme abdominal entre 3 et 5% .Les signes cliniques en faveur d'une perforation duodénale sont discrets, et le diagnostic se fait en général avec un retard. Cette complication est associée à un taux de mortalité et de morbidité allant de 20 à 50%

Cas clinique

Patiente âgée de 44 ans victime d'une compression abdominale intense provoquée par le port trop serré d'une ceinture d'une pompe a pesticide utilisée en agriculture

La patiente a consulté après 24 H avec à l'examen patiente fébrile à 39,9 avec à l'examen abdominal : défense abdominal diffus

TDM : un épanchement liquidien et gazeux en rétro péritonéal et intra abdominal de faible abondance en rapport avec une perforation du D3

Opérée en URG : une péritonite purulente généralisée en rapport avec une perforation de 1 cm faisant sourdre de la bile associée à des nécroses rétro pancréatiques en rapport avec une PA post traumatique
L'acte a consisté à une suture de la perforation. Cholécystectomie, section de la 2^{ème} anse jéjunale avec abouchement de son bout distale en regard de la perforation duodénale pour réaliser un patch de protection. Incision pré bulbaire d'environ 5 cm et fermeture du pylore afin de réaliser une exclusion pylorique puis réalisation d'une gastro entéroanastomose et montage au pied de l'anse avec le bout proximal et un drainage large. Suites simples

Conclusion :

Les complications de perforation duodénale sont d'autant plus nombreuses que le diagnostic se fait avec un retard ; L'indication opératoire et le type de chirurgie dépend de la classification de rupture traumatique de la perforation duodénale

P216. Le Traitement de Diverticule para duodéal triplement compliqué :angiocholite , pancréatite et la diverticulite est il médical ou chirurgical ?

Amina Chaka, Hanen znaiti, Ines Zouari, Yessine Kallel, Dr Ibtissem Korbi, Dr Toumi Omar, Pr Noomen Faouzi , Pr Khadija Zouari

Service de la chirurgie digestive CHU Fatouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les diverticules duodénaux sont fréquents jusqu'à 9 à 23 % de la population selon des séries endoscopiques. Le siège le plus fréquent est para papillaire. Le plus souvent asymptomatiques donc de découverte fortuite sur une TDM. Les complications sont rares mais importantes à reconnaître en particulier la diverticulite duodénale

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 76ans, HTA, diabétique admise pour douleur épigastrique, de l'HCDt et ictère et vomissement.

TDM: Vésicule biliaire: augmenté de taille de 11 cm, non lithiasique VBP de 13 mm. Diverticule péri ampullaire de 2cm de contenu hydroaérique , pancréas tuméfié. A la biologie : cytolyse, cholé stase augmentation de la lipasémie et un syndrome inflammatoire

Devant l'âge, les antécédents, la patiente était mise sous triple antibiothérapie, SNG en aspiration et sandostatine.

L'évolution était marquée par l'amélioration de la symptomatologie clinique et la normalisation du bilan biologique.

Conclusion :

Le traitement chirurgical non dénué des complications à savoir la fistule et la perforation, peut être proposé pour les diverticules duodénaux compliqués

Le traitement médical est de plus en plus proposé vu l'âge élevé des patients, il repose sur: une aspiration digestive, une antibiothérapie et un traitement par somatostatine.

P217. Stérilisation histologique complète après traitement néoadjuvant pour adénocarcinome rectal

Bouchrika A, Belhadj A, Saidani A, Ayadi A*, Ridene I**, Mannai S, Houissa H

Service de chirurgie générale, hôpital Mahmoud El Matri, ARIANA

*Service d'anatomopathologie, hôpital AbderrahmeneMami, ARIANA

**Service d'imagerie médicale, hôpital Mahmoud El Matri, ARIANA

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 50 ans, ASA I, explorée pour trouble de transit associée à un syndrome rectal en rapport avec un adénocarcinome du moyen rectum sténosant moyennement différencié avec bilan d'extension négatif. Elle a eu une chimiothérapie à base de Xeloda avec une radiothérapie conventionnelle concomitante 45GY /25 séances. La réévaluation après traitement néoadjuvant par IRM pelvienne retrouve des ganglions au niveau du mésorectum.

Elle a eu une résection antérieure avec anastomose colorectale basse protégée par une iléostomie iliaque droite avec suites opératoires simples.

L'examen anatomopathologique conclut à une régression tumorale complète : ypTONOM0

A 12 semaines de la résection antérieure, la patiente a eu une fermeture de son iléostomie par voie élective sans incidents .La patiente est vivante sans récurrence à un an de recul.

Discussion

La radiochimiothérapie est un standard pour les tumeurs rectales sous douglassiennes >T3 et/ou N+.

Les délais de la chirurgie sont encore débattus. Un délai prolongé augmente le taux de pièces opératoires stérilisées mais ne modifie pas la survie globale.

Plusieurs équipes ont tenté une approche de watch and wait moyennant une surveillance stricte mensuelle clinique, endoscopique et radiologique. Cette approche a permis à 51 % des patients ayant répondu à la RCT initiale d'éviter la chirurgie rectale et ses complications.

La durée de survie moyenne pour les patients, chez qui une stérilisation complète ypT0N0M0 est obtenue, est 39 mois. Le taux de récurrence locale est nul. Cependant, le taux de métastases à distance est de 13.3%.

Conclusion

La stérilisation histologique n'est pas synonyme de guérison.

Des métastases à distance peuvent apparaître au cours de la surveillance ce qui impose une surveillance stricte.

P218. Syndrome de Boerhaave ou rupture spontanée de l'œsophage :A propos d'un cas

Abbassi.I, Triki.W, Itaimi.A, Baccar A, Baraket.O, Bouchoucha.S

Service de chirurgie générale – Hôpital Habib Bougatfa Bizerte

Introduction

La rupture spontanée de l'œsophage est une entité rare et grave dont le pronostic dépend essentiellement de la rapidité diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons ici le cas d'une rupture spontanée de l'œsophage dont on va mettre l'accent sur le tableau clinique, les moyens diagnostiques et la PEC aussi bien de la perforation et du sepsis qui en résulte.

Observation

Monsieur B.H, 59 ans, ASA II, admis en urgence dans un tableau d'AEG. A l'examen: score de Glasgow à 13, T°=38.5, TA=80/50 mm Hg, défense abdominale généralisée.

Biologie: GB=16900 (PNN++), Hg=8, IRA fonctionnelle, TP=36%, cytolysse 8*N, cholestase 3*N.

Rx thorax : normale

Scanner abdominal SPC:

des bulles d'air en extradiigestif et en péri hépatique. Opéré en urgence, l'exploration peropératoire trouvait une brèche de 2 cm au niveau du bord droit de l'œsophage abdominal. Suture de la brèche et mis sous ATB à large spectre. L'évolution était fatale dans les premières 24h post op.

Conclusion

Le syndrome de Boerhaave demeure une des urgences chirurgicales les plus graves du fait de l'absence d'indices anamnestiques ciblés qui peuvent orienter le clinicien, les erreurs diagnostiques, le retard de la prise en charge et la gravité du sepsis qui l'accompagne.

P219. Syndrome de la pince aorto-mésentérique : une cause rare d'occlusion intestinale haute

Auteurs : Imen Ben Ismail, Hakim Zenaidi, SaberRebii, Ayoub Zoghلامي

Service de chirurgie générale du centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

Introduction :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique ou syndrome de Wilkie est défini par une compression extrinsèque du troisième duodénum entre l'artère mésentérique sup et l'aorte. C'est une entité rare avec une prévalence de 0,013 % à 0,78 %. Sa symptomatologie est non spécifique et elle est celle d'une sténose digestive haute. Le traitement est tout d'abord médical, son échec impose le recours à la chirurgie.

Nous rapportons un cas d'un syndrome de la pince aorto-mésentérique chez un jeune patient opéré dans notre service.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans sans antécédents pathologiques, admis pour syndrome occlusif associé à des vomissements et une AEG évoluant depuis 3 jours. L'examen clinique a trouvé un patient maigre, déshydraté avec un abdomen distendu sensible dans son ensemble. L'ASP a montré un syndrome occlusif haut associant une distension gastrique majeure. Un complément scannographique a été réalisé montrant une dilatation de l'estomac et du duodénum jusqu'à sa troisième partie qui est écrasée entre l'aorte et l'artère mésentérique. Le diagnostic du SPAM a été retenu et un traitement médical a été débuté. Le patient a été mis sous une alimentation parentérale avec mise en place d'une SNG pendant 4 jours. En l'absence d'amélioration, un traitement chirurgical était indiqué. En peropératoire, la dilatation gastrique et duodénale étaient confirmés. Une gastro-entéro-anastomose était réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Le SPAM est une cause inhabituelle d'occlusion digestive haute. La symptomatologie est extrêmement variée mais l'association de douleurs abdominales, de nausées et de vomissements est quasi-constante.

Le diagnostic est posé au scanner, les éléments caractérisant le SPAM sont une distance aorte-artère mésentérique supérieure de moins de 8 mm et un angle aorto-mésentérique de moins de 22°.

Le traitement repose sur deux volets, le premier est médical qui consiste à la correction des troubles hydro électrolytiques, nutrition entérale. En cas d'échec ou d'impossibilité de ce traitement, la chirurgie est

proposée. Plusieurs techniques ont été décrites : soit l'anastomose duodéno-jéjunale ou gastro-jéjunale, soit le décroisement de l'angle duodéno-jéjunal en positionnant le jéjunum à droite de l'artère mésentérique supérieure.

L'anastomose duodéno-jéjunale donne des meilleurs résultats. Dans notre cas, on a opté pour une anastomose gastro-jéjunale vue sa simplicité et sa faible morbidité. Les résultats ont été satisfaisants.

Conclusion :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique est rare, pouvant survenir à tout âge, il faut y penser devant toute occlusion haute chez un patient en dénutrition sévère, le scanner est l'examen de choix pour faire son diagnostic. Le traitement est avant tout médical mais le recours à la chirurgie est fréquent.

P220. Syndrome de sténose digestive haute secondaire à un énorme bézoard gastrique.

Hasnaoui A, Chakroun M, Saadi S, Gharbi Y, Kaabar N.

Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction :

Le bézoard désigne une affection rare, secondaire à l'accumulation inhabituelle, sous forme de masses solides ou de concrétions, de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif et plus particulièrement, au niveau de l'estomac. Il affecte essentiellement les jeunes patientes ayants des troubles psychologiques. Nous rapportons un cas de bézoard gastrique responsable d'un syndrome de sténose digestive haute, nécessitant un traitement chirurgical.

Observation :

Il s'agissait d'une fille âgée de 15 ans, sans antécédent particulier, présentant plusieurs épisodes de vomissements évoluant depuis un mois, postprandiaux précoces. Pas de notion de trichophagie selon la patiente. L'examen trouvait une masse épigastrique. Une FOGD a été réalisée, montrant un bézoard gastrique dont l'extraction endoscopique était impossible. La patiente a été opérée par voie médiane sus ombilicale. On a réalisé une gastrotomie et extraction d'un énorme bézoard prenant la forme de l'estomac. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

Le bézoard est une affection facile à diagnostiquer et à traiter. Toutefois, une prise en charge psychiatrique reste indispensable.

P221. Pseudo-obstruction colique aigue (syndrome d'Ogilvie) : à propos d'une observation

Imen Ben Ismail, Hakim Zenaidi, SaberRebii, Ayoub Zoghlami

Service de chirurgie générale du centre de traumatologie et grands brûlés, Ben Arous

Introduction :

Le syndrome d'Ogilvie est une dilatation massive et aiguë du côlon en l'absence de tout obstacle mécanique. La physiopathologie relèverait d'un déséquilibre de l'innervation extrinsèque du tube digestif. Il se caractérise par un tableau d'occlusion intestinale aiguë.

La complication principale est la perforation cœcale qui survient dans environ 14 % des cas. Le traitement médical est efficace dans la majorité des cas, la chirurgie devait être réservée aux complications et aux cas réfractaires autrement conservateur.

Nous rapportons un cas de pseudo-obstruction colique aigue colligé dans notre service et dont l'évolution était favorable sous traitement médical (néostigmine).

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 68ans opérée au service d'orthopédie pour fracture pertrochantérienne. Elle nous a été adressée pour un syndrome occlusif évoluant depuis 4 jour. L'examen physique révélait une patiente anxieuse, apyrétique présentant un volumineux météorisme abdominal. Le bilan biologique a montré une hypokaliémie et une IRA fonctionnelle. L'exploration radiologique (ASP, TDM abdominopelvienne) découvre une distension colique diffuse avec cæcum très dilaté sans image d'obstacle. La malade a bénéficié d'un traitement conservateur (SNG, remplissage avec correction des troubles hydro électrolytiques) et elle a reçus de la néostigmine pendant 48 h. L'évolution était favorable avec résolution du syndrome occlusif.

Discussion :

Le sd d'Ogilvie est une entité clinique rare. Il s'agirait initialement d'un déséquilibre de l'innervation autonome du tube digestif secondaire à la chirurgie entraînant une perturbation du péristaltisme du côlon distal. Le but du traitement est de diminuer le diamètre colique et ainsi la distension abdominale. Il doit être mis en place le plus précocement possible afin de limiter au maximum le risque de perforation cœcale. En dessous de 9 à 12 cm de diamètre cœcal, le traitement médical doit être réalisé en première intention, au-

dessus de ce seuil, des mesures plus invasives sont mises en place. La prise en charge chirurgicale est restreinte aux cas de perforation cœcale et d'échec du traitement médical.

La néostigmine intraveineuse est le traitement de référence. Elle doit être utilisée après l'échec d'un traitement symptomatique de 24 heures et en l'absence de toutes contre-indications.

Conclusion :

Le syndrome d'Ogilvie est un diagnostic d'exclusion, posé après avoir éliminé un iléus paralytique postopératoire et une occlusion mécanique.

Le diagnostic est fait précocement grâce à la réalisation d'une radiographie sans préparation de l'abdomen.

Le traitement associe une prise en charge médicale à d'autres mesures plus invasives, pouvant aller jusqu'à la chirurgie en cas de complication à type de perforation cœcale. Compte tenu de la morbi-mortalité importante de ce syndrome, la prévention doit être de mise en suivant notamment les conseils de nursing postopératoire

P222. TIPMP dégénérée chez un sujet jeune révélé par une pancréatite aiguë récidivante

Imen Ben Ismail, Hakim Zenaidi, SaberRebii, Ayoub Zoghliami.

Service de chirurgie générale du centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

Introduction :

Les TIPMP sont rares mais méritent d'être reconnues car elles ont un potentiel évolutif malin.

Elles sont caractérisées par une prolifération canalaire pancréatique d'un épithélium papillaire à cellules mucipares. Elles peuvent se développer à partir des canaux secondaires, du canal principal ou des deux. Elles sont de découverte fortuite dans 60 % des cas et révélées par des pancréatites aiguës récidivantes dans 20 % des cas.

Nous rapportant un cas rare de TIPMP dégénéré chez un sujet jeune révélé par une pancréatite aiguë récidivante.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans, diabétique sous ADO, admis à 2 reprises pour pancréatite aiguë alithiasique, non alcoolique, avec un bilan phosphocalcique et lipidique normal. Réadmis pour 3^{ème} poussée de pancréatite aiguë. L'examen clinique trouve un patient apyrétique, ictérique avec une sensibilité épigastrique. Le bilan biologique montre une lipasémie à 3* nle et une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée. Une TDM abdominale a été réalisée montrant une pancréatite stade B avec dilatation des VBIH et la VBP ainsi que le Wirsung. On a complété par une bili IRM qui a conclu à une TIPMP dégénéré au niveau de l'uncus sans envahissement vasculaire ni localisation secondaire.

L'exploration peropératoire trouve une tumeur de 6 cm de grand axe qui envahie le duodénum et l'axe mésentérique sup qui semble être rétracté. La tumeur a été jugée non résécable, le patient a eu une cholécystectomie avec dérivation cholédoco-duodénale, mis sortant à J6 post op et adressé pour chimiothérapie.

Discussion :

Certaines pancréatites aiguës classées, après un premier bilan, idiopathiques, s'avèrent être la manifestation clinique d'une TIPMP. En effet, l'imagerie initiale est normale en ce qui concerne les voies biliaires et le pancréas. Ce dernier est difficilement analysable en période inflammatoire et les lésions canalaire sont masquées. Un bilan paraclinique à distance de la poussée oriente alors vers une origine pancréatique de la poussée par la présence d'anomalies kystiques et/ou canalaire.

Conclusion :

Le diagnostic de TIPMP est de plus en plus fréquent, grâce à l'amélioration des techniques d'imagerie qui permettent une analyse de la tumeur avec notamment l'évaluation des critères de dégénérescence. Compte tenu de ce risque de dégénérescence, le traitement est l'exérèse chirurgicale.

P223. Prise en charge thérapeutique des tumeurs kystiques du pancréas

Mouna Cherif, Haithem Zaafouri, dhafer haddad, souhir nasseh,

ahmed bouhafa, Anis ben Maamer

Service de chirurgie générale Hôpital HABIB THAMEUR

Les tumeurs kystiques du pancréas représentent environ 5% des tumeurs pancréatiques et environ 10% de tous les kystes du pancréas. Les symptômes sont présents dans 50% à 80% des cas mais leur découverte fortuite est de plus en plus fréquente compte tenu du progrès de l'imagerie. La combinaison du scanner ; pancréatico-IRM+/-echoendoscopie avec l'évaluation clinique du patient est indispensable pour toute approche diagnostique de TKP. La modalité thérapeutique dépend des considérations cliniques et des données de l'imagerie. La résection est le seul traitement efficace pour les tumeurs frontalières ou malignes et les tumeurs bénignes symptomatiques.

But de travail :

Etudier les particularités épidémiocliniques, radiologiques et histologiques des tumeurs kystiques du pancréas, distinguer les tumeurs bénignes de celles ayant une évolution maligne et relever les critères pronostiques.

Matériel et méthodes :

Notre série est rétrospective à propos de 38 patients pris en charge au service de chirurgie générale de l'Hôpital Habib Thameur pour tumeur kystique du pancréas entre Aout 2003 et Novembre 2016.

Résultat :

Il s'agissait de 16 hommes et 19 femmes avec un sex-ratio de 0,84 et un âge moyen de 56 ans. Les douleurs épigastriques étaient le motif de consultation le plus fréquent (81%). L'altération de l'état général était retrouvée dans 35% des cas. Les tumeurs kystiques étaient découvertes fortuitement dans 5 cas. Le diagnostic est retenu par une TDM abdominale dans 20 cas, une IRM pancréatique dans 12 cas, une echoendoscopie dans 3 cas et en per opératoire dans 3 cas. Les tumeurs du pancréas étaient une tumeur kystique mucineuse dans 11 cas de siège corporeocaudal (62%), une tumeur kystique séreuse dans 15 cas de siège céphalique (85%), une TIPMP dans 10 cas de siège céphalique (100%) et une tumeur pseudo papillaire solide dans 2 cas. Seuls vingt patients étaient opérés parmi les 38 cas étudiés. Dans les TIPMP, la conduite thérapeutique a été une duodéno-pancréatectomie céphalique dans les huit cas opérés, vu le siège exclusivement céphalique de nos tumeurs. Dans les tumeurs kystiques mucineuses, une duodéno-pancréatectomie céphalique était réalisée dans deux cas, une spléno-pancréatectomie caudale dans un cas, une kystectomie simple dans 5 cas et une pancréatectomie centrale dans 3 cas. Dans les tumeurs pseudopapillaires solides une duodéno-pancréatectomie céphalique était réalisée dans un cas. Les suites opératoires des malades porteurs d'une tumeur kystique mucineuse était favorable dans 82% des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 9,3 jours. Deux cas avaient présenté une fistule pancréatique bien dirigée à j5 postopératoire avec bonne évolution ultérieure. L'évolution postopératoire des malades porteurs d'une TIPMP était favorable avec une durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours. L'examen anathomopathologique avait confirmé le diagnostic radiologique et per opératoire dans tous les cas.

CONCLUSION :

Les tumeurs kystiques du pancréas se répartissent dans 90 % des cas entre cystadénome séreux (n'ont pas de potentiel malin), néoplasie kystique mucineuse et TIPMP (ont un potentiel malin). Il n'y a pas d'indication opératoire pour les cystadénomes séreux, les néoplasies mucineuses doivent être réséqués, les TIPMP doivent être réséqués ou surveillés selon les critères de Sendai. L'indication opératoire doit être pondérée par des considérations cliniques. Une lésion kystique du pancréas sans diagnostic formel doit être suivie.

P224. Métastases hépatiques révélatrices d'une tumeur de collision gastrique inhabituelle :A propos d'un cas

Houssem ammar, mariem ayed, tarek kelil, wided trimech, yassine kallel, amina chakka, Maysa Jellali , ibtisssem korbi, omar toumi , Mohamed nasr, faouzi noomen , khadija Zouari

Service de chirurgie générale fattouma bourguiba monastir

Introduction : Par définition, les tumeurs de collision sont considérées comme le résultat de la rencontre fortuite de deux tumeurs indépendantes se développant dans un même site topographique. Elles sont peu fréquentes au niveau de l'estomac, et la plus part des cas rapportés ont intéressé l'association d'une tumeur stromale à un adénocarcinome. En effet, la coexistence des tumeurs neuroendocrines avec les adénocarcinomes est un phénomène extrêmement rare, avec très peu de cas rapportés dans la littérature.

But : Nous allons à travers ce cas rapporté discuter les particularités de cette association rare.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans sans antécédents qui a eu une gastrectomie totale dans le cadre d'une prise en charge d'une tumeur gastrique. L'examen macroscopique de la pièce de gastrectomie retrouvait au niveau du fundus une tumeur ulcéro-bourgeonnante infiltrante de 10x9x5 cm. Au tour de cette tumeur, il existait 4 polypes à base d'implantation large de 1 cm chacun. Il s'y associait un fragment hépatique refermant à la coupe un nodule blanchâtre de 0,5 cm. Histologiquement, la tumeur correspondait à un adénocarcinome peu différencié infiltrant toute la paroi jusqu'à la sous séreuse. Les polypes correspondaient à des tumeurs neuroendocrines bien différenciées de grade G2. Le curage ganglionnaire gastrique et splénique montrait une métastase carcinomateuse dans 7 ganglions lymphatiques. Le fragment hépatique renfermait une métastase de la tumeur neuroendocrine confirmée par l'étude immunohistochimique.

Conclusion : La coexistence des tumeurs neuroendocrines avec les adénocarcinomes au niveau de l'estomac est une entité rare dont le pronostic est redoutable.

P225. Traitement chirurgical du kyste épidermoïde de la rate. A propos de deux cas

Trimech.W-Kellil.T-Chaka.A-Ayed.M-Jmaa.Y-Korbi.I-Toumi.O-Noomen.F-Zouari.K

Service de chirurgie générale et digestive de Monastir

Introduction

Les kystes épidermoïdes de la rate sont des tumeurs bénignes rares. Ils sont souvent de découverte fortuite. L'échographie et le scanner permettent bien souvent d'en faire le diagnostic qui est confirmé par l'analyse anatomopathologique. Le traitement chirurgical de choix est conservateur. La voie laparoscopique en constitue une voie mini invasive.

Observation

Le premier cas est d'une femme âgée de 29ans, sans antécédents pathologiques, présentant des douleurs abdominales gauches paroxystiques sur un fond continue datant de 06 mois. L'examen clinique trouve une splénomégalie et la biologie montre une thrombopénie à 90.000 avec anémie normochrome normocytaire. Le scanner abdominal a montré une formation kystique de la rate localisée en médio splénique et en polaire supérieur sans paroi propre évoquant un kyste épidermoïde. La patiente a eu une splénectomie par voie coelioscopique.

Le deuxième cas d'un patient âgé de 20 ans sans antécédents pathologiques (traumatiques ou infectieuses) qui consulte pour des douleurs de l'hypochondre gauche évoluant depuis quelques mois sans autre signes associés. L'examen trouve un patient en bon état général, apyrétique. Présence d'une splénomégalie. L'échographie et le scanner effectués démontraient un large kyste splénique avec des calcifications visualisées au scanner. La sérologie hydatique et les marqueurs tumoraux étaient négatifs. Le patient a eu une splénectomie partielle par voie coelioscopique. Les suites opératoires étaient simples.

L'examen anatomopathologique confirme l'aspect d'un kyste épidermoïde de la rate dans les deux cas.

Conclusion :

La splénectomie partielle permet de conserver le tissu splénique pour assurer une prévention du risque d'infection pneumococcique et d'éradiquer la lésion kystique de son ensemble. La voie d'abord laparoscopique est simple et mini-invasive.

P226. Traitement coelioscopique de la lithiase de la voie biliaire principale

Jallali M ;Mahmoudi A ;Ammar H ;Korbi I ;Toumi O ;Nasr M ;Nomene F ;Zouari K.

Service chirurgie générale CHU Monastir

Introduction

La lithiase de la voie biliaire principale complique la lithiase vésiculaire dans 10% à 20% des cas. Les moyens thérapeutiques proposés pour assurer la vacuité de la voie biliaire sont actuellement multiples. Le but de ce travail rétrospectif est d'évaluer la faisabilité et le traitement de LVBP en comparant nos résultats à la littérature.

Matériel et Méthodes

Notre travail concerne l'étude de 43 dossiers de patients ayant une LVBP, pendant une période allant de janvier 2000 au décembre 2014.

Résultats

Il s'agissait de 30 femmes et 13 hommes, âgés en moyenne de 55 ans. Les patients avaient consulté pour des coliques hépatiques dans 22 cas, pour un ictère choléstatique dans 29 cas, pour une cholécystite aiguë dans 6 cas et pour une angiocholite dans 12 cas. L'échographie abdominale avait montré une lithiase vésiculaire dans tous les cas, une dilatation de la VBP sans obstacle dans 33 cas et un calcul de la VBP dans 10 cas. Le diagnostic d'une LV associée à une LVBP a été retenu dans tous les cas. Tous nos patients ont été abordés par voie coelioscopique. Une cholangiographie trans-cystique a été réalisée dans 40 cas et impossible dans 3 cas(canal cystique non cathétérisable). La cholangiographie trans-cystique avait montré une dilatation du cholédoque dans tous les cas, une image lithiasique dans 34 cas, une absence de passage duodénal dans 3 cas et une dilatation de la VBP sans obstacle avec un bon passage duodénal dans 3 cas. Une cholédocotomie a été réalisée dans 37 cas de façon longitudinale dans 31 cas et de façon transversale dans 6 cas. Une extraction des calculs était possible dans 30 cas et une conversion a été indiquée dans 7cas pour empierrement cholédocien dans 3 cas un calcul enclavé dans 2 cas et pour des difficultés technique dans 2cas. Les suites opératoires étaient simples chez 29 patients avec une mortalité nulle. Une lithiase résiduelle a été notée chez 4 patients.

Discussion

Le traitement tout à la coelioscopie de la LVBP est faisable à condition de disposer d'une installation et d'un matériel adéquats permettant de réaliser une cholangiographie, une cholédocotomie, une cholédocopie et une extraction des calculs. Le traitement coelioscopique de la LVBP a l'avantage de réaliser un traitement complet de la maladie lithiasique en un seul temps. En cas d'échec l'opérateur a le choix entre une laparotomie de conversion et une sphinctérotomie endoscopique.

Conclusion

L'abord coelioscopique de la VBP est une technique possible mais exigeante qui nécessite un chirurgien expérimenté avec un matériel adapté et adéquat.

P227. Traitement lomboscopique des calculs du haut appareil urinaire: A propos de 23 cas

Mohamed Amri, Sahbi Naouar, Wael Gazzah, Walid Jallouli, Salem Braiek, Rafik El Kamel
Service d'Urologie - Unité Chirurgicale des Aghlabites - CHU Ibn El Jazzar - Kairouan -Tunisie

Objectifs: Evaluer les résultats de la voie lomboscopique dans la prise en charge des calculs du haut appareil urinaire, sa faisabilité, ses avantages et ses inconvénients.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective portant sur une série de 23 cas de chirurgie lomboscopique de lithiase du haut appareil urinaire réalisées au sein du service d'urologie du CHU Ibn El Jazzar de Kairouan entre les années 2012 et 2015. Les données préopératoires, peropératoires et évolutives ont été analysées.

Résultats: L'âge moyen de nos patient était de 53,78 (33-71). Nous avons pratiqué 8 urétérolithotomies, 14 pyélolithotomies et une néphrotomie calicelle inférieure gauche. L'urétérolithotomie a été indiquée, en première intention, devant un calcul urétéral 15 mm dans 2 cas, un calcul impacté obstructif dans 4 cas et en 2^{ème} intention après échec de la LEC dans 2 cas. La pyélolithotomie a été indiquée, en 1^{ère} intention, devant une lithiase pyélique > 2 cm dans 13 cas et un calcul pyélique impacté obstructif dans un cas. Une néphrotomie polaire inférieure a été indiquée devant un calcul de 3 cm dans un groupe calicel inférieur et antérieur, inaccessible par la NLPC. Nous avons converti dans 3 cas devant un remaniement inflammatoire. La durée opératoire moyenne était de 99,5 min (60-160). Une plaie de la veine gonadique a été notée dans un cas. La durée moyenne d'utilisation des antalgiques par voie parentérale était de 1,35 jours (0-3). La moitié de nos patients ont nécessité un antalgique par voie parentérale uniquement le jour de l'intervention. Le transit gazeux a été rétabli à J1 postopératoire dans tous les cas. Des fuites urinaires prolongées spontanément résolutive ont été notés dans 6 cas. La durée d'hospitalisation moyenne était de 4, 85 jours (2-9). Le recul moyen était de 8,09 mois (1-24); aucun cas de sténose urétérale ou de la jonction pyélo-urétérale n'a été noté auprès de 18 cas suivis.

Conclusion: la chirurgie lomboscopique des calculs du haut appareil urinaire est une technique sûre et fiable et représente une alternative efficace à la chirurgie à ciel ouvert. Les pays en voie de développement ne disposant pas de certains équipements endoscopiques, peuvent profiter de l'apprentissage de cette voie d'abord.

P228. Facteurs prédictifs de morbi- mortalité des traumatismes fermés du thorax pris en charge dans un service de chirurgie générale

k.Ayed , O.Baraket , A.Chaker , A.Itami , W.Triki , I.Ganzoui* , B.Kort , S.Bouchoucha
Service chirurgie générale CHU Bizerte

* Service radiologie CHU Bizerte

Introduction:

Les traumatismes thoraciques fermés (TTF) ont vu leur incidence augmentée ces dernières années. Le but de notre travail est de dégager les facteurs prédictifs de morbi-mortalité afin d'adapter et améliorer la qualité de la prise en charge.

Méthodes : étude rétrospective menée au service de chirurgie de Bizerte colligeant 275 cas entre 2007 et 2014 présentant un TTF.

Résultats : L'âge médian était de 44 ans avec une prédominance masculine. Les lésions observées étaient : les fractures de cotes dans 87,4 % des cas. Les épanchements pleuraux chez 138 blessés (51%) ; la contusion pulmonaire chez 55 blessés (20%). Le traumatisme entrainé dans le cadre d'un polytraumatisme dans 161 cas. La mortalité était de 11,2 %. La morbidité globale était de 35,6%. Des complications pulmonaires spécifiques étaient observées chez 91 blessés. Les facteurs prédictifs de morbidité spécifique étaient La présence de signes de lutte respiratoire ; nombre de cotes fracturés >3, le volet costal ; la contusion pulmonaire bilatérale, l'assistance respiratoire. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient l'âge supérieur à 65 ans, la contusion pulmonaire, l'assistance respiratoire, un traumatisme crânien associé et un ISS>25.

Conclusion : les principaux facteurs pronostiques des traumatismes thoraciques sont l'âge avancé, les comorbidités, la sévérité du bilan lésionnel et les moyens thérapeutiques employés

P229. Le Carcinome trichoblastique

S .Sakhri ,O. Jaidane ,H .Henchiri ,L.Naija , J,BenHassouna ,K.Rahal
Service de chirurgie carcinologique institut de Salah Azaiez

Introduction :

Le trichoblastome malin ou carcinome trichoblastique est une tumeur cutanée maligne rare des annexes, il touche les sujets âgés en moyenne 75 ans, il atteint préférentiellement le cuir chevelu, le torse et les extrémités. Sa présentation n'est pas spécifique et le diagnostic est toujours histologique. Il s'agit d'une

prolifération épithéliale maligne d'origine annexielle. Il pose le diagnostic différentiel avec le carcinome basocellulaire. Une surveillance rigoureuse est nécessaire car il a un potentiel évolutif redoutable.

Observation N°1 :

Il s'agit d'un patient âgé de 67 ans a consulté pour une tuméfaction du cuir chevelu évoluant depuis 6 mois, avec à l'examen : présence d'une tuméfaction occipitale de 40 X 30 mm dure fixée au plan osseux associé à une ADP jugulo-carotidienne moyenne de 2 cm d'allure non suspect. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré des nodules pulmonaires lobaire supérieur suspects, le scanner cérébral a montré l'existence d'une volumineuse masse tissulaire à développement exocrânien envahissant l'os pariétal en regard et occipital par contiguïté pour s'étendre en endocrânien aux structures méningées envahissant l'étage sus tentorial et enfoulant le parenchyme en regard sans l'envahir. La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation hétérogène de l'os occipital en rapport avec l'ostéolyse et une hyperfixation au niveau de la hanche gauche évoquant une localisation secondaire.

Le patient a reçu une radiothérapie contractée puis une chimiothérapie a été indiquée mais non reçu car le patient a été perdu de vue.

Observation N°2 :

Il s'agit d'un patient âgé de 67 ans tabagique, a consulté pour une ulcération du pli inguino-scrotale droite qui a augmenté de taille récemment, avec à l'examen présence d'une lésion ulcéro-infiltrante faisant 8cm X 6 cm débordant sur la racine du scrotum, infectée et douloureuse de mobilité réduite associée à une adénopathie inguinal centimétrique. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré que la lésion du pli inguinal droit s'infiltré en profondeur sur une distance environ 1 cm vers la gauche. Le patient a eu une exérèse large passant au moins 2 cm en tissu sain. L'examen histologique était en faveur d'un carcinome trichoblastique avec des limites latérales saines et en profondeurs sont exigus. Vu l'impossibilité d'une reprise chirurgicale une radiothérapie a été indiqué mais non reçu car le patient a été perdu de vu. Il a reconsulté après 3 ans suite à l'apparition d'une masse inguino-scrotale gauche, l'exérèse avec une étude histologique était en faveur d'un carcinome trichoblastique avec des limites en profondeur envahis qui atteint le branche ischio-pubienne et le corps caverneux. Vue l'impossibilité d'une reprise chirurgicale une radiothérapie a été indiqué. L'évolution était marqué par une poursuite évolutive avec une compression du canal anal par une masse au niveau de la fosse ischio-rectale. L'évolution était marqué par la survenu des épisodes d'occlusion on a voulu faire une colostomie de décharge mais le patient est décédé.

Conclusion :

Le carcinome trichoblastique est une tumeur annexielle maligne rare. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale avec des marges suffisantes pour éviter le risque de récurrence locale et les métastases à distance, d'où la nécessité d'une surveillance clinique rapprochée.

P230. Tumeur de Brenner de l'ovaire et adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre

Sghaier S, Ben Safta I, Gadria S, Mansouri H, Slimane M, Ben Hassouna J, Rahal K

Service de chirurgie carcinologique de l'institut Salah Azaiez

Les tumeurs de Brenner de l'ovaire sont rares et représentent 1 à 2 % des tumeurs ovariennes. Il s'agit d'une tumeur ovarienne à cellules transitionnelles composées de cellules matures semblables aux cellules urothéliales. Ces tumeurs sont le plus souvent asymptomatiques de découverte fortuite et bilatérales dans 7-8 %. Leur association avec l'adénocarcinome de l'endomètre n'a pas été décrite dans la littérature.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 63ans, suivie pour adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre grade II stade IA. La patiente a eu une curiethérapie première suivie de chirurgie. En peropératoire : l'ovaire gauche semblait augmenté de taille, blanchâtre à surface multilocolé. La patiente a eu une colpohystérectomie avec lymphadénectomie iliaque bilatérale A l'histologie ; Il s'agissait d'un adénocarcinome endométrioïde grade II de l'endomètre infiltrant moins de la moitié interne du myomètre. L'ovaire est le siège d'une prolifération fibroblastique au sein de laquelle sont dispersées des amas épithéliaux de type malpighien avec présence de calcifications multiples concluant à une tumeur de Brenner bénigne, alors que l'ovaire droit est sans particularités. L'association d'une tumeur de Brenner de l'ovaire et d'un adénocarcinome de l'endomètre n'a pas été décrite dans la littérature. Conséquence ou coïncidence?

P231. Tumeur fibreuse solitaire (TFS) de la paroi abdominale.A propos d'un cas.

Chamakhi A, Rebi S, Guizani R, Khefacha F, Benzarti Y, Saadi H, Zenaidi H, Zoghalmi A

Service de chirurgie générale, Trauma Center Ben Arous.

INTRODUCTION :

Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) ont été décrites pour la première fois en 1931 par Klemperer et Rabin, au niveau pleural . Plus récemment, de multiples sites extrathoraciques ont été rapportés. Leur faible agressivité clinique, leur caractère ubiquitaire et la capacité de simuler une multitude de néoplasies des

tissus mous rendent le diagnostic de ces tumeurs mésentériques difficile. Nous rapportons une observation clinique concernant une TFS de la paroi abdominale.

OBSERVATION :

Une femme de 78 ans, sans antécédent notable, présente depuis quelques années une tuméfaction indolore au niveau de la fosse iliaque droite. La palpation abdominale révèle la présence d'une masse ferme, indolore et mobile de 8cm de grand axe. Le reste de l'examen physique est sans particularité. L'échographie abdominale trouve une formation ovale de 74 mm de grand axe, hyper vascularisée, hétérogène. Une tomomodensitométrie abdominale trouve une masse tissulaire au dépens du muscle droit et oblique droits bien limitée spontanément hétérogène rehaussée au temps portal et tardif avec des zones qui restent hypodenses probablement en rapport avec de la nécrose. Une biopsie scannoguidée a été réalisée. L'examen anatopath a conclu à une tumeur conjonctive pariétale pouvant cadrer avec une tumeur fibreuse solitaire.

Une exérèse chirurgicale complète est réalisée, En per opératoire, la masse est bien délimitée. L'énucléation se fait aisément, pariétoplastie. Les suites opératoires étaient simples.

CONCLUSION:

Nous rapportons un cas de TFS de la paroi abdominale chez une femme. Le diagnostic final reste anatomopathologique. La base de la prise en charge thérapeutique reste l'exérèse chirurgicale. Un suivi à long terme est nécessaire vu le risque de récurrence.

P232. Tumeur neuroendocrine du grêle avec métastase hépatique : a propos de deux cas

Sahnoun M ; Kardoun N ; Mejdoub Y ; HajTaieb I ; Harbi H ; Ben Ameu H ; Affes N ; Ben Amar M ; Mzali R

Service de chirurgie générale CHU Habib Bourguiba Sfax

INTRODUCTION :

Les tumeurs endocrines digestives extra-pancréatiques sont principalement représentées par les tumeurs carcinoïdes. La localisation la plus fréquente est l'intestin grêle (39%). Les métastases hépatiques sont fréquentes lors de la découverte de la tumeur, le risque métastatique étant corrélé à la taille (> 2 cm) et au site de la tumeur primitive, celles-ci étant présentes dans 30% des cas de tumeurs carcinoïdes du grêle.

OBSERVATIONS :

OBS 1 : patient âgé de 67 ans, suivi pour tuberculose pulmonaire guérie. Admis pour douleur abdominale péri-ombilicale. L'examen montre un abdomen souple avec une sensibilité péri-ombilicale. L'échographie et la TDM abdominale montrent une masse intrapéritonéale mésentérique associée à de multiples nodules hépatiques d'allure secondaire dont l'aspect évoque une tumeur carcinoïde du grêle. La biopsie hépatique montre un aspect en faveur d'une tumeur neuroendocrine G3. Il a été opéré par voie médiane. L'exploration montre une tumeur du grêle de 1.5 cm avec mésentérite rétractile en regard et une masse mésentérique adjacente de 4 cm en contact avec l'artère mésentérique supérieure (AMS) avec un foie truffé de métastases. On a réalisé une résection de la masse mésentérique épargnant l'AMS avec résection de 1 m du grêle et anastomose grêlo-grêlique mécanique. Les suites opératoires sont simples.

OBS 2 : patient âgé de 65 ans non taré, exploré pour cardiopathie carcinoïde avec découverte sur la TDM abdominale d'une masse mésentérique de 4 cm avec mésentérite rétractile et des métastases hépatiques dont la plus volumineuse est de 5 cm au dépens du lobe gauche. La biopsie hépatique montre une tumeur neuroendocrine G3. Il a été opéré par voie médiane. L'exploration trouve une tumeur du grêle de 1 cm avec mésentérite rétractile en regard et une masse mésentérique adjacente de 4 cm en contact avec l'artère mésentérique supérieure (AMS) avec des métastases hépatiques dont la plus volumineuse siège au niveau du lobe gauche. On a réalisé une lobectomie gauche avec résection de la masse mésentérique épargnant l'AMS avec résection de 70 cm du grêle et anastomose grêlo-grêlique mécanique. Les suites opératoires sont simples.

CONCLUSION :

Les tumeurs carcinoïdes digestives métastatiques ont une évolution lente avec des métastases qui restent longtemps confinées au foie, compatibles avec une survie prolongée. Le traitement chirurgical des tumeurs endocrines digestives (hors pancréas) comporte plusieurs modalités selon les circonstances de découvertes de la maladie et la diffusion loco-régionale et métastatique.

P233. Tumeur rétro rectale traitée par voie coelioscopique

I.Ben Ismail, Y.BenSafta, G.H.Kebir,S.Daldoul,M.S.Boudaya,S.Sayari, M.Ben Moussa

Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle

Les tumeurs rétro rectales regroupent un ensemble de lésions bénignes ou malignes développées dans l'espace retro rectal, pré sacré. Elles affectent plutôt les femmes et constituent des tumeurs rares dont l'incidence est estimée à 1/40 000.

Ces tumeurs doivent être explorées par tomодensitométrie et imagerie par résonance magnétique afin de déterminer la nature et surtout les rapports de la tumeur. Le principe du traitement est l'exérèse chirurgicale avec marges saines. La voie d'abord, qui peut être postérieure, antérieure ou mixte, doit être discutée selon la nature, la taille, et la hauteur de la tumeur par rapport à la deuxième pièce sacrée.

Nous rapportons le cas d'une patiente opérée pour tumeur rétro rectale par voie coelioscopique.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans, non tarée qui consulte pour douleurs pelviennes et un syndrome rectal. L'examen abdominal est normal, le TR trouve un bombement postérieur en rapport avec une masse exoluminale faisant 3 cm de grand axe.

Une colonoscopie a été pratiquée montrant l'aspect de compression extrinsèque de la paroi postérieure du rectum. Biopsie négative.

Une TDM abdominale a été faite montrant une formation rétro rectale de densité tissulaire faisant 3 cm de grand axe, prenant faiblement le contraste. La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale. Nous avons choisi une approche abdominale laparoscopique. L'examen anatomopathologique de la pièce a révélé un cystadénome séreux.

CONCLUSION :

La voie d'abord abdominale coelioscopique isolée permet l'exérèse complète de tumeurs rétro rectales haut situées, par sa faible morbidité et son absence de retentissement fonctionnel, elle constitue une alternative intéressante à la voie d'abord postérieure.

P234. Que faire devant une Tumeurs neuroendocrines de l'appendice ? (à propos de 5 cas)

Beltaifa .M ; Mizouni.A ;Farhat.W ;Chhaidar.A ; Ben Mabrouk .M ; Ben Ali.A

Sce chirurgie générale et digestive ; Sahloul ; Tunisie

Introduction :

L'appendice est le site intestinal le plus fréquent des tumeurs endocrines. Elles représentent 40% des tumeurs malignes appendiculaires et 20% de l'ensemble des tumeurs neuroendocrines digestives. Elles sont le plus souvent découvertes de façon fortuite sur pièce d'appendicectomie (95%). Ces tumeurs endocrines sont généralement de meilleur pronostic que les tumeurs adénocarcinomeuses et dépend en grande partie du risque métastatique lui-même inhérent à la taille de la tumeur.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons 5cas de tumeurs appendiculaires neuro-endocrines sur 1200 appendicectomies réalisées sur 4 ans.

Résultats :

La moyenne d'âge était 39ans. Un seul cas était rapporté chez un homme. Le diagnostic était évoqué dans un seul cas en pré-opératoire. Chez 4 patients, une appendicectomie seule était jugée suffisante (une taille < 1cm avec limite de résection saine). Un complément par colectomie droite était réalisé dans un seul cas vu une limite de résection envahie par une tumeur dépassant 2 cm.

Conclusion :

Les tumeurs neuro-endocrines de l'appendice sont le troisième type de tumeurs appendiculaires les plus fréquemment rencontrées après le mucocèle et l'adénocarcinome. Une appendicectomie seule est suffisante dans la majorité des cas.

P235. Les tumeurs neuro-endocrines du grêle : à propos de 4 cas

Amine Chaabouni, Houcem Harbi, Jihène Krichène, Ahmed Turki, Ahmed Tlili, Nejmeddine Affes, Salah Boujelbène, Rafik Mzali

Service de chirurgie générale de l'hôpital universitaire Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines sont des tumeurs rares, moins de 1 % des tumeurs malignes, développées à plus de 70 % au niveau du tube digestif, divisées en: tumeurs fonctionnelles, sécrétant des peptides biologiquement actifs, définies par des symptômes cliniques spécifiques (gastrinome, insulinome et syndrome carcinoïde) et dont le diagnostic est plus précoce; et tumeurs non fonctionnelles (souvent syndrome tumoral, découverte au stade métastatique). Le plus souvent sporadiques, parfois intégrées dans un syndrome héréditaire prédisposant (NEM 1).

Matériels et méthodes:

A travers d'une série rétrospective de 4 cas colligée sur une période de 5 ans dans le service de chirurgie générale de l'hôpital universitaire Habib Bourguiba de Sfax.

Résultats:

Il s'agissait d'1 homme et 3 femmes, d'âge moyen de 47 ans avec des extrêmes d'âge entre 40 et 56. Une patiente présentait une anémie de Biermer, les autres n'avaient pas d'antécédents particuliers. 2 patientes

étaient symptomatiques dont une présentait un flush syndrome. Une TDM abdominale était pratiquée pour les 4 patients. La tumeur était localisée au niveau du duodénum dans 2 cas, au niveau du jéjunum dans un seul cas et au niveau du jéjunum et au niveau de l'iléon dans un seul cas. Tous les patients présentaient des métastases hépatiques. La ponction biopsie du foie était pratiquée pour les 4 patients. Une scintigraphie osseuse était faite dans un seul cas. Une échographie cardiaque était faite pour 2 patientes. Une FOGD était réalisée pour 2 patientes. Une duodéno-scopie latérale était pratiquée dans un seul cas. Tous les patients étaient opérés par laparotomie. Le geste opératoire était une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) avec métastasectomie hépatique dans un cas, une résection anastomose du grêle dans 2 cas et une antrectomie avec duodénectomie avec anastomose gastro-jéjunale selon Finesterrer avec métastasectomie hépatique dans un cas. A l'examen anatomo-pathologique, 2 tumeurs neuro-endocrines étaient grade 1 selon la classification de l'OMS 2010, les 2 autres tumeurs étaient grade 2.

Conclusion :

L'objectif du traitement chirurgical est l'exérèse complète de la tumeur et éventuellement de ses métastases, condition nécessaire pour obtenir une guérison définitive de la maladie. En ce qui concerne la tumeur primitive, la résection d'une anse grêle et de son mésentère est nécessaire. Une résection de la tumeur primitive est également indiquée en cas de maladie métastatique afin d'éviter des complications locales (occlusion digestive). En cas de métastases hépatiques, seulement 15 % des métastases peuvent être traitées chirurgicalement et la survie après exérèse curative est de l'ordre de 75 % à 5 ans alors qu'elle n'est que de 30-40 % en l'absence de résection. La prise en charge thérapeutique des TNE digestives s'est largement modifiée ces dernières années avec l'arrivée de nouveaux traitements validés par des études de phase III randomisées.

P236. Tumeurs stromales gastroduodénales révélées par une hémorragie digestive haute

marachli n, belhadj a, saidani a, cherni a, mannaï s, houïssa h
Service de chirurgie générale, hôpital Mahmoud El Matri, ARIANA

Introduction :

Les GIST sont des tumeurs mésoenchymateuses rares représentant moins de 1% de l'ensemble des tumeurs digestives malignes. L'hémorragie digestive représente un mode de révélation fréquent des GIST

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective descriptive de février 2016 à février 2017 incluant toutes les tumeurs stromales révélées par une hémorragie digestive haute. Le but de cette étude est de déterminer les caractères épidémiologiques, la présentation clinique, l'approche diagnostique et thérapeutique de ces tumeurs.

Résultats :

Nous avons colligé 4 malades, tous de sexe masculin.

L'âge moyen était de 68 ans. Il n'y avait pas de tares sous-jacentes chez tous les malades.

L'hémorragie digestive était extériorisée sous forme d'hématémèse et de méléna sans retentissement hémodynamique chez 100% des malades

Il s'agissait de 3 localisations gastriques et une localisation duodénale.

La FOGD réalisée chez tous les malades, montrait un processus ulcéro-bourgeonnant siégeant respectivement en sous-cardial immédiat, au niveau de la grosse tubérosité, et au niveau du corps gastrique pour les 3 localisations gastriques. La FOGD était normale pour la localisation duodénale. Les biopsies étaient négatives dans tous les cas.

1 malade a eu une gastrectomie polaire supérieure avec anastomose oeso-gastrique, un patient a eu une Wedge résection, un malade a eu une gastrectomie subtotale élargie au colon transverse et un patient a eu une duodéno-pancréatectomie céphalique.

L'examen anatomopathologique a conclu à une tumeur stromale CD 117+ à risque élevé de récurrence chez 3 malades. Ils étaient mis sous Imatinib en post opératoire. Ils sont asymptomatiques sans récurrence. Chez un malade, la tumeur stromale était à faible risque de récurrence et le malade n'a pas eu d'Imatinib en postopératoire. A 6 mois post-opératoire le patient développait une sténose digestive haute en rapport avec une récurrence locorégionale associée à des métastases hépatiques. Il est actuellement sous Imatinib.

Conclusion :

Une tumeur stromale hémorragique est un diagnostic à ne pas méconnaître en cas d'hémorragie digestive.

P237. Tumeur stromale de l'œsophage : une localisation rare et manifestation atypique

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Sahloul, Sousse
bdelkafi.A;Farhat.W ;Said.A ;Chhaider.A ;BenMabrouk.M ;Mazhoud.J ;BenAli.A

Introduction :

Les tumeurs stromales digestives (GIST) sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. La majorité de ces tumeurs étant de siège gastrique contrairement à la localisation œsophagienne qui demeure exceptionnelle.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons un cas de tumeur stromale œsophagienne, cette observation est particulière par la rareté de cette localisation.

Observation :

Patiente âgée de 56 ans, hypertendue, explorée pour une masse médiastinale de découverte fortuite lors d'une radio thorax dans le cadre d'exploration de palpitations qu'elle présentait depuis un mois. Les explorations morphologiques ont conclu à une volumineuse formation œsophagienne à développement extraluminal.

La patiente a été opérée via une thoracotomie gauche et a eu une résection de la tumeur médiastinale postérieure ayant un pédicule sur la musculature œsophagienne.

Les suites opératoires étaient simples et l'examen histologique a conclu à une tumeur stromale de haut grade de malignité C-Kit positif.

Discussion :

Les tumeurs stromales digestives ont été longtemps considérées comme étant de nature musculaire lisse. Cependant, les progrès de l'immunohistochimie ont permis de différencier ces tumeurs grâce à la découverte de la protéine c-Kit

La symptomatologie des tumeurs stromales de l'œsophage est similaire à celle des autres tumeurs œsophagiennes. Le diagnostic positif repose sur l'endoscopie. L'écho endoscopie constitue le meilleur examen pour caractériser les tumeurs sous-muqueuses. Celles-ci se développent à partir de la quatrième couche. Le traitement de base des GIST est l'exérèse chirurgicale de la tumeur. En raison de la rareté des métastases lymphatiques de ces tumeurs, le curage ganglionnaire extensif n'est pas indiqué. En cas d'envahissement d'organes de voisinage, une résection en bloc peut être pratiquée. L'exérèse des GIST par énucléation sous thoracoscopie quand elle est possible est une alternative à l'oesophagectomie

Conclusion :

Les GIST sont les sarcomes digestifs les plus fréquents et constituent 20 à 30 % de l'ensemble des sarcomes des tissus mous.

Ces tumeurs restent longtemps peu symptomatiques ; de ce fait 10 à 20 % sont de découverte fortuite.

P238. Une angiocholite aiguë secondaire à une maladie de Caroli

Wael Ferjaoui-Mohamed Wajih Dougaz-Souhail Karouia-Mehdi Khalfallah-Ramzi Nouira-Ibtissem Bouasker-Chadly Dziri.

Service de chirurgie générale B, Hôpital Charles Nicolle – Tunis

La maladie de Caroli est une dilatation congénitale non obstructive des voies biliaires intra-hépatiques. C'est une entité rare. Elle est localisée surtout à gauche et dont l'évolution se fait habituellement vers les complications septiques.

Observation :

Un homme âgé de 66 ans, sans antécédents notables qui a consulté pour un syndrome angiocholitique évoluant depuis 3 jours. A l'examen le patient était ictérique, avec une température à 38.5 et une sensibilité au niveau de l'hypochondre droit. La biologie a montré une cholestase avec des bilirubines à 54.1 µmol/l à prédominance conjugué à 43.3 µmol/l et une légère cytolysé hépatique. L'échographie a montré une importante dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques surtout à gauche avec une voie biliaire principale à 26 mm siège d'innombrables calculs. L'IRM a conclu à une dilatation de voie biliaire principale en amont d'un empierrement cholédocien associée à des calculs des voies biliaires intra hépatique gauches. La maladie de Caroli est retenue devant ces constatations d'où l'indication opératoire. Le patient a été opéré par voie sous costale droite. L'exploration trouve un cholédoque très dilaté à 3 cm. Les gestes étaient une cholécystectomie, cholédocotomie avec extraction des calculs et une dérivation hépatico duodénale.

Conclusion :

La maladie de Caroli est une pathologie rare. Son traitement est surtout chirurgical.

P239. Trois tumeurs synchrones de découverte fortuite, A propos d'un cas

Rezgani M¹, Jaidane O¹, Salhi H¹, Chemlali M¹, Sassi I¹, Kamoun S², Slimène M¹, Bouzaïne H¹, Doghri R², Ben Hassouna J¹, Mrad K², Rahal K¹

1 : Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaiz

2 : Service d'anatomie pathologique, Institut Salah Azaiz

Introduction

Les cancers primitifs multiples sont relativement rares. L'association d'un carcinome adénosquameux de l'ampoule de Vater, d'un cancer du sein et d'un CHC chez un homme reste exceptionnelle et impose une recherche génétique et des facteurs favorisant la survenue du cancer.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 74 ans, aux antécédents d'hernie inguinale opérée, non tabagique, qui se présente pour une masse du sein gauche. Le patient a eu une biopsie. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome canalaire invasif intrakystique de type papillaire. Le patient a eu alors une mammectomie avec curage axillaire.

L'échographie abdominale faite lors du bilan d'extension a montré un processus agressif de la région céphalique du pancréas de 42mm avec dilatation des voies biliaires en amont. On a complété par un scanner qui a mis en évidence une formation tumorale du carrefour pancréatico-céphalique responsable d'une importante dilatation des voies biliaires extra et intrahépatiques et de la vésicule biliaire. Le patient a eu une laparotomie exploratrice. En per opératoire, il s'agissait d'une tumeur péri ampullaire sans signes de carcinose avec un nodule hépatique qu'on a biopsié. L'examen extemporané de cette pièce a infirmé la présence de métastase. Le patient a eu une duodéno-pancréatectomie céphalique. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome adénosquameux de l'ampoule de Vater infiltrant la tête du pancréas sur 35 mm, la graisse péri-pancréatique et le duodénum. La tumeur a été classée pT4N0. Le nodule du foie s'est avéré être un carcinome hépatocellulaire. Le patient a été perdu de vue à un mois en post opératoire.

Conclusion

Bien que l'association de cancers multiples reste rare, leur découverte impose un schéma thérapeutique particulier dépendant de la stadification de chaque cancer

Une telle découverte doit faire rechercher des facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux.

P240. Une cause rare d'hypoglycémie : insulinoïde de l'uncus pancréatique traité par énucléation

Auteurs : Tlili A, Kchaw A, Fendri S, Trigui A, Rejab H, Abida H*, Ghrairi K*, Boujelben S, Ben ameur H, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

*Service d'Anesthésie réanimation, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Une tumeur rénale avec une métastase pancréatique à propos un cas

Chaker K, Sellami A, Krarti M, Jallouli W, Ben Rhouma S, Nouira Y

Service D'Urologie CHU la Rabta

L'insulinoïde est une tumeur pancréatique rare. Il constitue la cause la plus fréquente des hypoglycémies organiques par hyperinsulinisme endogène. Le diagnostic positif de cette lésion se base sur les dosages biologiques alors que son diagnostic topographique peut s'avérer difficile. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale soit par énucléation soit par résection pancréatique.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 73 ans, hypertendue, qui nous a été confié après exploration d'une hypoglycémie sévère. Le début remonte à quelques mois de son hospitalisation marqué par des signes adrénergiques et surtout neuroglucopéniques d'hypoglycémie. L'examen clinique retrouve un patient en état général conservé, sans autres anomalies clinique hormis une prise de poids. L'hyperinsulinisme endogène a été confirmé par un taux d'insulinémie et de peptide C inapproprié en regard d'une hypoglycémie sévère. Le diagnostic topographique était basé sur l'angioscanner et L'IRM abdominale révélant une tumeur neuro-endocrine de 15 mm de l'uncus du pancréas. Le patient a subi une énucléation avec des suites opératoires simples. L'étude anatomopathologique confirme le diagnostic d'insulinoïde.

COCLUSION :

Les insulinoïdes de l'uncus sont exceptionnels et correspondent à moins de 10 % des cas d'insulinoïdes pancréatiques sporadiques, qui surviennent le plus souvent dans le corps et la queue du pancréas. L'association tomographie multibarrette et échographie permet la localisation des lésions dans plus de 95 % des cas. L'énucléation des lésions doit être privilégiée pour préserver le parenchyme pancréatique et éviter les résections pancréatiques majeures en cas de lésion céphalique.

P241. La plaie vésicale: prise en charge et devenir

Krarti M, Sellami A, Chaker k., Bibi M, Ben Rhouma S., Nouira Y.

Service : urologie La Rabta

Introduction: La vessie est un organe pelvien, bien protégé par le bassin, ce qui rend les plaies vésicales rares mais elles constituent toutefois une part non négligeable des urgences urologiques. Du fait de leur relative rareté, les données de la littérature pour guider la prise en charge de ces patients sont pauvres.

But: Le but de notre travail était d'évaluer les causes et la prise en charge de la rupture de vessie ainsi que les complications post-opératoires à court et à long terme.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui a porté sur un effectif de 10 patients, colligés durant une période de 13 ans entre janvier 2002 et Décembre 2015 au département d'Urologie de l'Hôpital La Rabta à Tunis. le sexe ratio était de 9/1 la moyenne d'âge était de 45 ans ; la majorité des patient n'avait pas d'antécédents notables; les causes de la rupture vésicale étaient traumatiques suite à un AVP chez des polytraumatisés dans la majorité des cas (7 cas) avec fracture de bassin associée; iatrogène dans 2 cas suite a une résection de tumeur de vessie et spontanée dans un seul cas révélant une tumeur de vessie au niveau du dôme Le diagnostic a été posé sur les éléments cliniques et radiologiques . les patients ont été opérés en urgence dans tous les cas ,la rupture était intra-péritonéale dans 6 cas sur 10 ,la réparation a consisté en une fermeture sur 02 plans avec cystostomie et sondage transurétral dans 9 cas . La durée d'hospitalisation était en moyenne de 07 jours en moyenne . Le suivi postopératoire était en moyenne de 43 mois ,l'issue était fatale dans 2 cas (péritonite) et la majorité des patients ont présenté des morbidités par la suite on dénombre en effet trois cas de rétrécissement urétral ayant nécessité une uréthrotomie interne ,un cas de sténose du col et trois cas d'hypotonie sphinctérienne compliqués d'une lithiase vésicale.

Conclusion: la rupture vésicale constitue une des urgences majeures en urologie, le traitement peut être conservateur si la rupture est extra-péritonéale , mais quelque soit la modalité thérapeutique ,la rupture de vessie reste grevée d'un taux important de morbidités qu'il faut prévoir et corriger.

P242. Excision locale d'un GIST anal : à propos d'un cas et une revue de la littérature

Ammar Houssein , Tarek Kellil , Amina Chaka, Wided Trimech, Mariem Ayed , Besma Mnajja, Yosra Jemaa, Ines Zouari, Maysa Jellali, Ibtissem Korbi, Omar Toumi, Mohamed Nasr, Faouzi Noomen , Khadija Zouari

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs mésoenchymateuses le plus souvent détectées au niveau de l'estomac et l'intestin grêle. Les GIST dont l'origine est le canal anal sont extrêmement rares. Ils nécessitent un traitement radical à cause du risque de dégénérescence.

Observation

On présente le cas d'une patiente âgée de 70 ans qui consulte pour masse anale évoluant depuis 2 ans. A l'écho-endoscopie on note la présence d'une masse ovale au niveau de l'espace inter sphinctérien .La patiente a été traitée par excision locale de cette masse et mise sous Imatinib Mesylate.

Conclusion

Les petites tumeurs (< 2 cm) avec un index mitotique bas pourraient être traitées avec une excision locale. La chirurgie radicale est envisagée pour les tumeurs plus agressives de plus grande taille.

P243. Vésicule biliaire ectopique

Hassine Rim, Sassi Karim, Debaibi Mehdi, SridiAzza, Cherif Abdelhedi, Hadfi Mohamed, Charfi Mehdi*, Chouchen Adnen.

Service de chirurgie générale. *service de radiologie. Hôpital des FSI La Marsa

Introduction :

Le siège habituel de la Vésicule biliaire est dans l'hypocondre droit, sous la face inférieure du lobe hépatique droit. La vésicule peut occuper d'autres sites comme le flanc droit, l'épigastre, la région péri-ombilicale, la fosse iliaque droite et même l'hypocondre gauche : cette dernière situation est même la règle en cas de situs inversus abdominal.

Nous rapportons un cas de découverte per-opératoire d'une vésicule biliaire ectopique gauche accolée au lobe gauche du foie sans situs inversus associé.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 62 ans sans antécédents, explorée pour des douleurs épigastriques, initialement par FOGD, qui s'est avérée sans anomalies, une échographie a été alors réalisée, objectivant une vésicule biliaire multi lithiasique.

La patiente a été opérée par voie coelioscopique. En per-opératoire on découvre que la vésicule biliaire était ectopique dont le lit est situé sur la face inférieure du segment III du foie. L'exploration du reste de la cavité abdominale n'avait pas objectivé d'anomalies. Une cholécystectomie était réalisée avec une cholangiographie per opératoire qui n'avait pas mis en évidence des anomalies de la voie biliaire principale. L'évolution était simple.

Conclusion :

Les vésicules biliaires ectopiques gauches sont souvent découvertes en per opératoires. Une cholécystectomie avec dissection prudente du canal cystique doit être de mise. Une cholangiographie per opératoire est nécessaire afin de rechercher une possible anomalies des voies biliaires.

P244. Le Volvulus du colon sigmoïde : Une cause rare mais grave de syndrome occlusif chez l'adulte.

W.Jaouane, A.Chouchaine, I.Korbi, B.Mnaja, O.Toumi, M.Nasr, F.Nooumene, K.Zouari.
Service chirurgie générale CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR

Introduction :

Le volvulus du côlon gauche est rare, mais grave. Les thérapeutiques endoscopiques et chirurgicales sont couramment pratiquées. L'objectif de notre étude est de dégager les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et de proposer une attitude thérapeutique adéquate en fonction du tableau clinique.

Matériel Et Methode :

Etude rétrospective concernant 12 patients hospitalisés au service chirurgie général EPS MONASTIR (1990 – 2010). Dix patients touchés par le volvulus du sigmoïde, un patient par le volvulus du côlon gauche et de l'angle colique gauche et un autre chez qui on a découvert un dolicho côlon.

Resultat :

Tous les patients étaient de sexe masculin. L'âge moyen était de 55ans. La douleur abdominale était présente chez tous les patients, associée dans 9 cas à un arrêt des matières et des gaz et des vomissements. Le météorisme abdominal était présent dans tous les cas. Le cliché d'abdomen sans préparation a montré une distension colique avec niveau hydroaérique de type colique chez neuf patients et l'aspect en arceau chez trois patients. Le lavement baryté pratiqué trois fois a montré une image de soustraction en bec chez un patient, une image de dolicho côlon chez le deuxième et un dolicho côlon sigmoïde chez l'autre. Dix patients opérés en urgence par voie médiane. Deux autres opérés à froid par voie cœlioscopique pour résection d'un dolichocôlon. Trois patients ont eu une intervention de HARTMANN, cinq patients ont eu une Colostomie à la BOUILLY WOLKMANN et quatre patients ont eu une résection de la boucle sigmoïdienne avec anastomose termino-terminale. Les suites opératoires étaient marquées par deux décès.

Conclusion :

C'est une pathologie rare. Le diagnostic est clinique et radiologique. Le traitement est essentiellement chirurgical. Le pronostic dépend de l'âge, de la précocité de diagnostic et de la présence de gangrène colique.

P245. Volvulus du caecum à propos de 6 cas

Dhouibi.K ;Farhat.W ;BenAhmed.S ;Harabi.F ;Mhiri.A ;BenMabrouk.M ;Mazhoud.J ; BenAli.A
Service de Chirurgie générale et digestive, Hôpital Sahloul SOUSSE

Introduction :

Le caecum est la deuxième partie du côlon concernée par le volvulus après le sigmoïde et avant l'angle gauche et le côlon transverse. Cette affection survient sur des caecums anormalement mobiles.

Objectif :

A travers l'analyse de quatre observations nous proposons de rappeler les aspects cliniques et thérapeutiques de cette affection.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait de six patients de sexe masculin d'âge médian de 31 ans. Le diagnostic a été posé devant un syndrome occlusif dans 5 cas et un syndrome péritonéal dans un cas. Le diagnostic a été retenu en pré opératoire chez 3 patients, l'intervention en urgence réalisée chez tous les patients permettait de constater un défaut d'accolement du colon droit chez tous les malades, une nécrose de l'intestin volvé avec perforation caecale étaient présente dans 2 cas, une colectomie droite a été réalisé chez 2 malades et une résection iléocaecale chez les quatre autres ; le rétablissement de continuité n'a pas eu lieu dans un cas. L'évolution était fatale pour un malade et favorable pour les cinq autres.

Discussion :

Le volvulus du caecum représente 1 à 7% des occlusions intestinales et 10 à 25% des volvulus coliques. Deux mécanismes peuvent être décrits : la torsion du caecum autour de sa base constitue le volvulus caecal « vrai », par mécanisme organo-axial, avec en général une torsion de l'iléon terminal (90 % des cas) ; la bascule du caecum se fait par un mécanisme mésentéricoaxial (10 %).

Le volvulus du caecum réalise un tableau d'occlusion intestinale aiguë. Le météorisme abdominal n'est asymétrique qu'une fois sur trois. Cependant, il existe deux signes négatifs : la vacuité de la fosse iliaque droite et de l'ampoule rectale qui sont retrouvées dans 36 à 76%. Le scanner abdominal permet un diagnostic rapide. Le traitement doit être chirurgical : les réductions sous coloscopie et lavement aux hydrosolubles sont inefficaces. La chirurgie d'exérèse donne les meilleurs résultats immédiats et à long terme. La caecopexie doit être discutée en absence de nécrose et chez les patients âgés ou atteints de graves comorbidités.

Conclusion :

Le volvulus du caecum est une affection rare. Les difficultés diagnostiques ne doivent en aucun cas retarder l'acte opératoire.

P246. Volvulus du colon pelvien a propos d'un cas

Messaoudi. Ikram, Banneni sofién, Ben mbarek.S, Guizani .M, F.bilel, Sindi.S, Abdelkefi.S, Ben salah.K, Selmi .M, Morjane .A

Service de chirurgie générale et digestive, Unité les Aghlabides, Hôpital Ibn Jazzar de Kairouan.

Introduction :

Le volvulus du sigmoïde est une cause peu fréquente d'occlusion intestinale mais très grave touchant essentiellement des personnes fragiles.

Le choix thérapeutique est l'objet de plusieurs études

Observation :

Patiente âgée de 72 ans hypertendue admise dans un tableau d'OIA évoluant depuis 05 jours

A l'examen ; aphyrétiq. abdomen tympanique avec présence de 02 voussures l'une sus ombilicale et l'autre pelvienne, ASP : 02 NHA coliques .scanner non fait à cause de sa non disponibilité.

Patiente opérée en urgence par voie médiane avec présence d'un volvulus du colon sigmoïde en deux tours de spire, sigmoïde très distendu pré-perforatif

On a fait une dévolvulation du colon avec sigmoïdectomie à la Hartmann.

Les suites opératoires étaient simples et la patiente mise sortante à j6 post opératoire

Conclusion :

Le volvulus du sigmoïde est une urgence chirurgicale .l'imagerie notamment la TDM occupe une place importante dans la prise en charge en permettant de faire le diagnostic et d'orienter le choix thérapeutique.

P247. Traitement laparoscopique de la lithiase vésiculaire en milieu pédiatrique

Tarchella D, Noura F, Ben moussa N, Ben Ahmed Y, Charieg A, Jouini R, Jlidi S

Service de chirurgie pédiatrique « B » de l'hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis.

Service de chirurgie pédiatrique « B » de l'hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis.

Introduction :

La lithiase vésiculaire peut s'observer à tout âge. Sa prévalence chez l'enfant reste nettement inférieure à celle observée chez l'adulte. L'objectif de ce travail est d'analyser les étiologies et les formes de présentation clinique dans une population pédiatrique, ainsi que d'évaluer le rôle de la coelioscopie dans le traitement de la lithiase vésiculaire chez l'enfant.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée dans notre service portant sur tous les enfants opérés par voie laparoscopique pour lithiase vésiculaire entre Janvier 2002 et Décembre 2016.

Résultats :

Le nombre total de patients était de 67 enfants, dont 31 garçons et 36 filles. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 8.8 ans. La lithiase vésiculaire a été découverte suite à des douleurs abdominales à type de coliques hépatiques chez 54 de nos patients. La découverte a été fortuite chez 13 de nos patients, qui étaient asymptomatiques. La lithiase vésiculaire était compliquée chez 3 de nos patients. Dans le cadre du bilan étiologique, une électrophorèse de l'hémoglobine a été pratiquée chez 63 des malades. Le profil était normal chez 47 de ces enfants, une hémoglobinopathie héréditaire existait chez tous les autres. Il s'agissait d'une drépanocytose dans 13 cas, d'une thalassémie dans 2 cas et d'une sphérocytose dans 1 cas.

Une anomalie des voies biliaires a été retrouvée dans deux cas (vésicule bilobée), et une cirrhose était associée dans un cas.

La cholécystectomie a été réalisée en urgence après 48 heures d'antibiothérapie chez un seul patient qui présentait une cholécystite aigüe. L'intervention était programmée chez tous les autres. La durée d'hospitalisation était de 2.4 jours. Des complications post opératoires sont survenues chez 3 patients : fuite de bile par le drain de redon avec fièvre nécessitant une reprise, une pneumopathie est survenue chez un enfant atteint de drépanocytose, un épisode d'hématémèse chez l'enfant cirrhotique a été observé.

Conclusion :

L'intérêt de la coelioscopie dans le traitement de la lithiase vésiculaire est indéniable. L'augmentation de l'incidence des lithiases vésiculaires idiopathiques motive la recherche d'autres facteurs de risque expliquant sa survenue chez l'enfant.

P248. Tumeur colique prolabé par l'anus : difficultés thérapeutique a propos d'un cas

Marghli I ; Abdelhedi C ; Hedfi M ; Chalbi A ; SRIDI A ; Bahloul R ; Sassi K ; Chouchene A

Service de chirurgie générale, hôpital des forces de sécurité intérieure, la marsa, tunisie

Introduction :

L'association prolapsus rectal et tumeur maligne est le plus souvent sous estimée elle doit être évoquée chez les sujets âgés. On rapporte un cas de prolapsus néoplasique chez une patiente âgée traité par voie celio-assistée.

Observation :

Les auteurs rapportent l'observation d'une patiente âgée de 82 ans, diabétique, hypertendue, G6P5EV5, consulte pour une masse extériorisée par l'anus au cours d'un effort de défécation.

A l'examen clinique, la patiente avait en bon état général, les conjonctives normo-colorées, La Pression artérielle est 150/85 mm hg la glycémie au doigt est 7 mmol/l, l'abdomen est souple, sans masse palpée ou viscéromégalie. L'examen de la marge anale objective un prolapsus rectal complet qui comporte du colon invaginé dans le rectum au niveau de sa partie prolapsée un processus ulcéro-bourgeonnant extériorisé.

Par ailleurs les tentatives de réduction et désinvagination de la lésion du prolapsus ont échoué. La biopsie a révélé un Adénocarcinome bien différencié du colon.

Le bilan d'extension n'ayant pas montré de localisations secondaires. Le sphincter anal était hypotonique. Une résection segmentaire basse avec anastomose colo-rectale celio-assistée est réalisée. Les suites opératoires immédiates étaient simples. Le recul actuel est 3 ans sans rechute locale ni métastatique. Elle garde des troubles de la continence anale.

Conclusion

Les tumeurs coliques prolapsées par l'anus sont rares. Le diagnostic est facile. La prise en charge thérapeutique est complexe. Les moyens thérapeutiques sont plus limités en cas de tumeur maligne ce qui aggrave le souci fonctionnel sphinctérien.

P249. Une tumeur rénale avec une métastase pancréatique à propos un cas

Chaker K, Sellami A, Krarti M, Jallouli W, Ben Rhouma S, Nouria Y
Service D'Urologie CHU la Rabta

P250. Particularités thérapeutique et pronostique du Carcinome urothélial de la vessie chez l'enfant et l'adolescent

Mnasser A., Mabrouk A., Zakhama W., Manitta M, Binous MY.
Service de chirurgie urologique, CHU de Mahdia, Tunisie