

**Abstracts Video-Film Et E-Posters
(Chirurgie)**

ABSTRACTS VIDEO-FILM

**1. "La Surrénalectomie Laparoscopique : Astuces et Pièges"
(visioconférence de 30 min)**

Jaidane Mehdi
Service d'Urologie, CHU Sahloul, Tunisie

2. Traitement coelioscopique d'un mégaoesophage chez l'enfant

F Bchini , Y Hellal , A Daib R Ben Abdallah , MR Ben Melek , Y Gharbi , N Kaabar
Service de chirurgie pédiatrique, hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction : Le mégaoesophage primitif ou Achalasie constitue un trouble moteur primitif de l'œsophage. La fréquence de cette pathologie reste très rare chez l'enfant, par ailleurs, elle garde un bon pronostic. Nous décrivons dans cette vidéo le traitement chirurgical du mégaoesophage par voie coelioscopique. L'intervention est une oesocardiomotomie ou opération de HELLER associée à un procédé anti reflux. Observation : Garçon âgé de 14 ans, adressé à notre service de chirurgie pédiatrique pour dysphagie mixte évoluant depuis 3 mois avec notion de régurgitations postprandiales précoces et amaigrissement . Les examens complémentaires ont conclu à une achalasie de l'œsophage . L'intervention proposée est une oesocardiomotomie extra muqueuse avec une fundoplicature type DOR. La vidéo illustre les différents temps opératoires. L'intervention débute par un repérage puis dissection de l'œsophage sur 10 cm sur ses faces antérieure et latérale. Ceci permet de conserver les attaches postérieures de l'hiatus. La myotomie a été conduite par un ciseaux laparoscopique bipolaire sur 6 cm au niveau de l'œsophage inférieur, elle déborde sur 2cm sur le cardia. La fundoplicature type Dor a été couplée à l'intervention de Heller : La face antérieure de la grosse tubérosité est passée en avant de l'œsophage ; elle recouvre la muqueuse œsophagienne ; elle est fixée, à gauche, au bord gauche de l'œsophage et, à droite, au bord droit. Ce procédé permet de réduire l'incidence du reflux postopératoire . Conclusion : Le but du traitement du mégaoesophage est de lever le spasme distal et d'améliorer le défaut de relaxation de l'œsophage. Le traitement chirurgical reste le seul moyen thérapeutique réellement efficace .L'intervention de HELLER a prouvé son efficacité dans le traitement de l'achalasie chez l'enfant. Une perforation de la muqueuse œsophagienne reste la complication la plus redoutable.

3. Volumineuse hernie hiatale : le challenge de la dissection du sac herniaire.

Khfecha.F – Saidani.A - Belhadj.A - Triki.H - Zaeim.A – Ben Attig.Y – Mannai.S – Chebbi.F – Houissa.H

Service de chirurgie générale et digestive
Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana

Introduction: Le traitement laparoscopique des hernies hiatales est un gold standard. Toutefois les volumineuses hernies hiatales peuvent poser des difficultés opératoires allant dans certaines situations jusqu'à la conversion. A travers ce vidéo film nous présentons les difficultés opératoires que peut poser une volumineuse hernie hiatale et surtout le challenge que pose la dissection du sac herniaire. Observations : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 58 ans. Elle se plaignait depuis plusieurs semaines de reflux gastro-œsophagien et de dyspnée. L'examen clinique était sans anomalies. La fibroscopie œsogastroduodénale montrait une volumineuse hernie hiatale mixte. le scanner thoraco-abdominal a objectivé une volumineuse hernie hiatale avec ascension intra thoracique des structures digestives notamment du colon droit, de l'estomac et de la graisse mésentérique refoulant le cœur et le médiastin en avant et latéralement vers la gauche. L'exploration fonctionnelle respiratoire est sans anomalies. Elle a été opérée par voie laparoscopique, elle a eu une réduction du sac herniaire, une fermeture des piliers diaphragmatiques et une fundoplicature à la « floppy » Nissen. Les suites opératoires ont été simples. Conclusion : L'intérêt de ce vidéo film est de présenter les difficultés que peut poser les volumineuses hernies hiatales tout en démontrant la faisabilité moyennant quelques astuces techniques pour disséquer le sac et réduire le contenu.

4. Dérivation wirsungo-jéjunale (intervention de Partington-Rochelle) associée à une résection de la VBP

Khedhiri N. Riahi W. Haddad D. Ayari Y. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.
Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

La pancréatite chronique calcifiante PCC est une maladie inflammatoire chronique du pancréas caractérisée par des douleurs, une fibrose du parenchyme et une insuffisance pancréatique. L'indication du traitement est la douleur chronique et/ou aiguë répétée qui correspondrait à des poussées aiguës de pancréatite ou à l'inflammation résiduelle péri-pancréatique. Le traitement de première intention de la PCC douloureuse est médical. Un traitement endoscopique avec mise en place d'une prothèse dans le canal pancréatique principal, est souvent envisagé pour les obstructions courtes du canal de Wirsung céphalique. L'indication opératoire est posée après échec du traitement médical et endoscopique pendant plusieurs mois. Les principales techniques chirurgicales sont : La dérivation wirsungo-jéjunale latéro-latérale sur anse en Y (intervention de Partington-Rochelle), l'intervention de Frey, l'intervention de Beger, l'intervention d'Izbicki, et la DPC (en cas de suspicion de cancer sur PCC). Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 44 ans, opéré à l'âge de 24 ans d'une péritonite biliaire par voie médiane, suivi depuis 15 ans pour PCC. Il consultait pour des épigastralgies récurrentes. L'examen clinique était sans particularités. Les différentes explorations morphologiques avaient objectivé un calcul intra canalaire obstructif du wirsung, associée à une dilatation kystique de la VBP type Ib de Todani avec calcul du bas cholédoque. Le patient a été opéré par voie médiane, on a réalisé un décollement colo épiploïque ayant permis l'accès à l'ACE. L'exploration a trouvé un pancréas de couleur blanc mastic de consistance dure avec présence d'un calcul centimétrique à la palpation du corps pancréatique. La voie biliaire principale VBP était dilatée à 2cm. Après dissection de la

VBP et sa mise sur lac, nous avons procédé par une ponction du canal de Wirsung, avant de réaliser une wirsungotomie permettant l'extraction d'un calcul faisant 2cm de diamètre. On a alors réalisé une anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale sur une anse montée en Y trans-mésocolique. Après résection de la VBP dilatée et extraction de 2 calculs faisant 8 et 5mm, on a réalisé une anastomose hépatico-jéjunale termino-latérale.

5. Maladie de Crohn triplement compliquée.

A.Saidani, A.Belhadj, H.Triki, I. En Safta, Z.Bokkal, F.Khefecha, S.Mannai, F.Chebbi, H.Houissa
Service de chirurgie générale ; Hôpital Mahmoud El Matri ; Ariana

La laparoscopie est la voie d'abord péviliquée de nos jours pour le traitement de la maladie de Crohn et qui tend à devenir le gold standard. Néanmoins, certaines formes compliquées peuvent indiquer d'emblée une laparotomie. A travers ce vidéo film nous présentons une maladie de Crohn iléale triplement compliquée traitée par une voie d'abord laparoscopique. Observations : Nous rapportons le cas d'un jeune de 35 ans. il se plaignait depuis plusieurs semaines de diarrhées à raison de 5-6 selles/jour le tout dans un contexte d'amaigrissement récent. L'examen clinique trouvait une légère sensibilité de la fosse iliaque droite. L'iléo-coloscopie montrait une valvule de Bauhin très congestive, ulcérée (biopsies), avec un orifice iléale rétréci, franchi à frottement, le colon sigmoïde est le siège à 25 cm de la MA de gros plis odématisés et congestifs (biopsies).L'entéro-IRM montre un épaississement important des dernières anses iléales avec une fistule entéro-entérale, ce magma inflammatoire vient en contact intime avec la vessie et le sigmoïde, aspect très évocateur d'une probable fistule iléo-vésicale et iléo-sigmoïdienne. Conclusion : L'intérêt de ce vidéo film est démontrer la faisabilité de la laparoscopie même dans les formes compliquées de la maladie de Crohn assurant ainsi tous les bénéfices et avantages de la laparoscopie chez des malades souvent jeunes et qui peuvent être des candidats à des chirurgies itératives au cours de leurs vie.

6. Invagination intestinale aiguë sur un lymphome du grêle

Khefecha.F – Saidani.A - Triki.H - Ben Safta.I – Belhadj.A - Ben Attig.Y – Zaeim.A – Marghni.I - Mannai.S – Chebbi.F – Houissa.H

Service de chirurgie générale et digestive
Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est plus fréquente chez l'enfant, se voit dans 5% des cas chez l'adulte et dans 1% des cas est responsable d'occlusions intestinales aiguës. Plus que la moitié des IIA chez l'adulte sont dues à des pathologies néoplasiques, y compris les lymphomes. Observation : Nous présentons le cas d'une patiente de 25 ans, suivie pour un lymphome T de la dernière anse iléale qui a bien répondu à la chimiothérapie. Elle est admise dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë, 06 mois après la dernière cure, avec à la TDM un aspect d'image en cocarde évoquant une invagination intestinale aiguë jéjuno-jéjunale. Elle a été opérée par voie coelioscopique. On peropératoire on retrouve l'IIA à 2.75 cm de l'angle de Treitz. Le contrôle vasculaire du mésentère a été fait par voie laparoscopique par la pince Ligasure. Le spécimen a été extériorisé par la suite à travers une incision de Pfannenstiel, la résection de l'anse invaginée ainsi que l'anastomose ont été faites en extracorporel. La patiente a eu une anastomose latéro-latérale mécanique. Les suites opératoires initiales étaient simples. Conclusion : La voie laparoscopique est une voie d'abord possible pour le traitement d'invagination intestinale aiguë grêlique en dehors de signes de gravité.

7. Myotomie de Heller par voie coelioscopique

Mohamed amine Said ;Arib Rguez ; Waad Frahat ; Sami Lagha ; Mizouni abdelkader ; Moussa Makram Mohamed Ben Mabrouk ;Ali Ben Ali.

Service de chirurgie générale et digestive CHU sahloul

La myotomie chirurgicale est un des principes de traitement de l'achalasie. Son objectif est de corriger le spasme du sphincter inférieur de l'œsophage par section des fibres musculaires œsophagiennes. Cette technique ne traite que l'une des composantes de la maladie (le cardiospasme), l'autre composante constituée par les troubles de la motricité du corps de l'oesophage n'étant pas traitée. L'efficacité de la myotomie chirurgicale en fait un des traitements de référence. L'abord laparoscopique est incontestablement un bénéfice à la fois pour l'opérateur qui a une approche optique optimale de la région cardio tubérositaire et pour le patient qui bénéficie d'une chirurgie mini-invasive. Cette vidéo montre une technique de myotomie de Heller par voie laparoscopique. Une femme de 34 ans est adressée pour la prise en charge d'une achalasie de l'œsophage , l'indication d'une oeso-cardio-myotmie a été posée . la patiente a été positionnée en décubitus dorsal, jambes écartées. L'opérateur s'est positionné entre les jambes de la patiente. Quatre trocarts ont été placés. Une dissection de la région oesocardiobuterositaire permettant d'exposer la face antérieure de la jonction cardiotubérositaire et abaissement de l'œsophage. Une myotomie a été réalisée par une incision verticale permettant de sectionner les deux couches musculaires de l'œsophage sur environ 6 cm débordant en bas sur la région cardiaque sur environ 2 cm. Un montage anti reflux n'a pas été réalisé.

8. Splénectomie par voie coelioscopique pour pathologie hématologique bénigne.

Omar Toumi, Amal Bouchrika, Wassim Hamed, Jalleli Maissa, Ibtissem Korbi, sadok ben jabra, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale et digestive. Hopital Fattouma Bourguiba de Monastir

La rate est localisée dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen derrière les dernières côtes et sous le diaphragme. Cette localisation rend son accès difficile par laparotomie nécessitant une large incision médiane ou sous-costale et une traction continue sur le rebord costal gauche, et c'est finalement la laparotomie qui conditionne la lourdeur de l'intervention. La coelioscopie en diminuant l'intrusion pariétale améliore le confort du malade, permet une déambulation immédiate, diminue la morbidité et la durée du séjour postopératoire. La splénectomie coelioscopique est particulièrement indiquée pour les pathologies hématologiques bénignes. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 42 ans suivie pour un purpura thrombopénique idiopathique (PTI) persistant résistant au traitement médical. Elle nous a été adressée du service d'hématologie clinique pour splénectomie. L'ensemble des explorations radiologiques pré opératoires n'ont pas montré de rate accessoire. La vascularisation splénique était modale. Nous avons abordé la patiente par voie coelioscopique. Une splénectomie sans incidents a été faite. Les suites opératoires étaient simples. La patiente a été mise sortante à J5 post opératoire.

9. Splénectomie par voie coelioscopique

Mohamed Amine Said ; Arib Rguez ; Waad Farhat ; Azzaza Mohamed ; Sami Lagha ; mizouni abdelkader ; Ben mabrouk Mohamed; Ali B Ali

Service de chirurgie générale et digestive CHU Sahloul

La première splénectomie par voie coelioscopique a été réalisée en 1992. Cette approche

est aujourd'hui la technique de choix pour une splénectomie. La splénectomie laparoscopique constitue une alternative fiable à la splénectomie conventionnelle dans certaines maladies hématologiques, en particulier le PTI et les AH. 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. Les limites de cette méthode dépendent 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. Cette vidéo montre une technique de splénectomie coelioscopique. Une femme de 43 ans ayant une anémie hémolytique auto-immune est adressée pour la réalisation d'une splénectomie. La TDM abdominale retrouvait une rate de taille normale. La patiente a été positionnée en décubitus dorsal, en position gynécologique. L'opérateur s'est positionné entre les jambes de la patiente, pour la libération du pôle inférieur de la rate, et à droite de la patiente pour le reste de l'intervention. Quatre trocarts ont été placés. Une Ligasure de 5 mm a été utilisée pour la dissection des tous les ligaments. Le pédicule splénique a été sectionné par deux coups d'endo GIA. À la fin de l'intervention, la rate a été morcelée dans un sac et extériorisée à travers une incision de Pfannestiel.

10. DPC laparoscopique pour un adénocarcinome duodéal péri ampullaire

Fehmi Hamila, Salsabilnasri ,Ikram Messaoudi, Mohamed Amine Elghali ; Mohamed Hedi Mraidha, Mohamed Salah Jarrar, Sabri Youssef, Rached Letaief

Service de chirurgie générale Farhat Hached Sousse

La DPC laparoscopique pour cancer du carrefour bilio-pancréatique n'a pas bénéficié d'études comparatives pour montrer son équivalence en terme de morbimortalité et en terme de pronostic à long terme. Cependant les résultats provenant de centres experts sont encourageants et particulièrement en terme de curage ganglionnaire.

Il s'agit d'une DPC réalisée chez une patiente de 57 ans avec une histoire familiale de PAF et qui a consulté pour un ictère nu et chez qui les explorations ont conclu à une dégénérescence d'un polypepéri-ampullaire. Une DPC laparoscopique et un montage type Child ont été réalisés. Les anastomoses pancréatico-jejunale et hépatico jejunale ont été réalisé manuellement. L'anastomose gastro jejunale a été réalisée à l'endo GIA. Les suites opératoires étaient marquées par une fistule pancréatique qui a favorablement évolué. L'examen anatomopathologique avait conclu à un adénocarcinome type intestinal TIN0.

11. Sleeve to SADI single anastomosis.

Dr Baazaoui Jawher

Bariatric Surgeon Hamad General Hospital

12. Sleeve to mini gastric bypass.

Dr Baazaoui Jawher

Bariatric Surgeon Hamad General Hospital

13. Résection coelio-assistée pour maladie de Crohn iléo-caecale avec fistule entéro-vésicale

Haicheur Enhardi, M.Taieb / R.Khiali / S.Amari

Service universitaire de chirurgie générale

Etablissement Publique Hospitalier Ain Taya / Alger / Algérie.

Le traitement chirurgical de la maladie de Crohn est de plus en plus pratiqué dans notre pays .cette alternative est due a la lenteur de la prise en charge retardant ainsi le diagnostic souvent causé par le manque de moyens d'exploration qui affecte la mise en route du traitement médical ;aussi la non observance de se dernier va engendré une évolution de la maladie vers des complications qu'elles soit fistules, abcès ou même la récurrence rendant ainsi l'abord chirurgical laborieux surtout si le patient a déjà eu une laparotomie antérieure. Je vous présente un film d'une résection par voie coelio-assistée d'une maladie de Crohn de siège iléocœcal avec fistule entéro-vésicale qui reste une voie d'abord de choix car moins délabrant permettant une réhabilitation précoce mais aussi moins pourvoyeuse de brides et d'adhérences évitant les complications qui peuvent apparaître et facilitant les reprises qui deviennent inéluctable

14. DPC laparoscopique avec anastomose intracorporelle

Ayadi Sofiene.

15. Colectomie totale pour PAF dégénéré : technique et astuces

Khefacha.F – Saidani.A – Belhadj.A – Ben Attig.Y – Zaeim.A – Mannai.S – Chebbi.F – Houissa.H
Service de chirurgie générale ; Hôpital Mahmoud El Matri ; Ariana.

Introduction: La colectomie totale laparoscopique pour polypose adénomateuse familiale dégénérée non métastatique constitue, de plus en plus, le traitement de référence avec des résultats oncologiques équivalents à ceux de la laparotomie. Sa pratique nécessite une bonne maîtrise de la technique laparoscopique .L'objectif de cette présentation est de présenter quelques astuces techniques qui faciliteraient la colectomie totale laparoscopique tout en respectant les impératives carcinologiques. Observations : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 57 ans aux antécédents familiaux de néoplasie rectale chez la fratrie. Il se plaignait d'asthénie avec constipation. L'examen clinique est sans anomalies. A la coloscopie, on a objectivé un polype de 02 cm à large base d'implantation du haut rectum avec polypose colique. A l'examen anatomopathologique des biopsies, on a trouvé un adénome tubulo-villeux en dysplasie de haut grade à 20 cm de la marge anale. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale et la duodéno-scopie sont sans anomalies. Pas d'anomalies au scanner. Il a été opéré par voie laparoscopique. Il a eu une colectomie totale avec une anastomose iléo-rectale. Les suites opératoires ont été simples. Conclusion: La colectomie totale carcinologique est faisable par voie laparoscopique la bonne connaissance des temps opératoires les plus difficiles et la maîtrise des bons astuces pour les juguler facilite cette technique et la rend reproductible.

16. Résection atypique par voie coelioscopique pour GIST gastrique

Omar Toumi, Amal Bouchrika, Wassim Hamed, Jalleli Maissa, Ibtissem Korbi, sadok ben jabra, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale et digestive, Hopital Fattouma Bourguiba de Monastir.

La chirurgie des GIST primitives repose sur une exérèse macroscopiquement complète, sans effraction tumorale. Les indications du choix de la technique dépendent de la taille et la topographie tumorale qui conditionnent toutes deux le risque de récurrence. La chirurgie laparoscopique peut être proposée pour les petites tumeurs intra murales, lorsque la séreuse est indemne et que la résection peut être effectuée avec des marges saines sans risque d'effraction par un opérateur entraîné. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 65 ans sans antécédents pathologiques notables. Elle a été explorée pour des épigastralgies en rapport avec une tumeur sous muqueuse de l'estomac. La fibroscopie gastrique a montré un bombement de la muqueuse fundique de 3 cm environ évoquant une tumeur sous-muqueuse. Sur le scanner abdominal, il y avait une formation tissulaire de 4 cm de plus grand diamètre, développée aux dépens de la face postérieure du fundus. Il n'y avait pas de signe d'envahissement des organes de voisinage ni de métastases hépatiques. La patiente a été abordée par voie laparoscopique. Une résection atypique de l'estomac emportant la tumeur a été faite sans effraction de sa paroi et en laissant une marge d'environ 1cm. Les suites opératoires étaient simples. La patiente était mise sortante à J6 post opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce a conclu à une GIST à faible risque de malignité d'où on a procédé à une surveillance.

17. Urétérolyse bilatérale par voie coelioscopique

Mh.Saadi, B.Ben Khelifa, M.Amri, R.Lahouar, S.Naouar, S.Braiek, R.Elkamel

Chu Ibn-Aljazzar Kairouan.

La fibrose rétropéritonéale idiopathique est une étiologie classique de compression extrinsèque de l'uretère. Les principaux problèmes de la prise en charge chirurgicale de la fibrose rétropéritonéale sont la libération et l'isolement de l'uretère de la plaque fibreuse en évitant de le dévasculariser et de le léser. L'interposition de tissu sain (péritoine ou épiploon) est la seule garantie de prévenir les récurrences. La voie laparoscopique semble pouvoir diminuer la morbidité de cette chirurgie. Ce vidéo-film décrit les différentes étapes et astuces du traitement laparoscopique d'un cas de FRP bilatérale en un seul temps. **OBSERVATION :** Il s'agit du cas d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents pathologiques notables, suivie en Néphrologie depuis Décembre 2016 pour une insuffisance rénale ; L'ensemble des explorations radiologiques (Echographie rénale + TDM) ont conclu à une Dilatation urétéro-pyélo-calicielle bilatérale en amont d'une plaque de fibrose rétro-péritonéale engainant les deux uretères. La patiente a bénéficié d'une montée de sonde double J bilatérale en Janvier 2017 avec amélioration progressive des chiffres de créatinémie passant de 633 umol/l à 128 umol/l. Puis la patiente a été mise sous corticoïdes pendant 6 mois sans amélioration sur la TDM de contrôle. On a décidé d'opérer la patiente en Janvier 2018 après arrêt progressif des corticoïdes, elle a eu une urétérolyse bilatérale laparoscopique en un seul temps avec drainage de la cavité péritonéale par deux drains non aspiratifs et changement des deux sondes double (par voie endoscopique). Les suites opératoires étaient simples et la patiente a été mise sortante à J4 post-opératoire. Les deux sondes doubles J ont été enlevées à 2 mois post-opératoire.

CONCLUSION: L'urétérolyse est une chirurgie difficile mais efficace. La voie laparoscopique est une alternative efficace à la chirurgie ouverte. C'est une option thérapeutique prometteuse ayant tous les bénéfices de la chirurgie mini-invasive.

18. Plastie de la jonction pyélo-urétérale par voie coelioscopie trans-péritonéale.

Mh.Saadi, B.Ben Khelifa, M.Amri, W.Gazze, S.Naouar, S.Braiek, R.Elkamel

Chu ibn-aljazzar kairouan

INTRODUCTION : Chez l'adulte, l'obstruction de la jonction pyélo-urétérale (JPU) est habituellement asymptomatique, secondaire et évolutive. Sa correction chirurgicale est souvent nécessaire pour préserver la fonction du rein atteint. La pyéloplastie en tant que traitement chirurgical d'une obstruction de la JPU a prouvé son efficacité chez l'adulte avec des taux élevés de succès à long terme. La pyéloplastie laparoscopique reproduit techniquement la chirurgie ouverte. Notre vidéo-film décrit les différents étapes et astuces d'une pyéloplastie laparoscopique par voie trans-péritonéale. **OBSERVATION :** On rapporte le cas d'un patient âgé de 24 ans, sans antécédents pathologiques notables qui nous a consulté pour des lombalgies gauches évoluant depuis 3 mois sans autres signes associés. L'ensemble des explorations radiologiques (Echographie rénale et Uroscanner) ont conclu à une dilatation pyélocalicielle gauche sur une anomalie de la jonction pyélo-urétérale gauche. Le patient a été opéré en Février 2018 par voie laparoscopique trans-péritonéale, il a eu une plastie de la jonction pyélo-urétérale avec un drainage des voies excrétrices par une sonde double J (mise par voie laparoscopique).

Les suites opératoires étaient simples et le patient a été mis sortant à J2 post-opératoire. La sonde double J a été enlevée à 1 mois post opératoire. Le contrôle radiologique à 2 mois post opératoire a mis en évidence une régression de la dilatation et une perméabilité de la jonction pyélo-urétérale. **CONCLUSION :** Nous estimons que la pyéloplastie laparoscopique deviendra le traitement standard de l'obstruction de la JPU chez l'adulte, puisqu'elle permet une convalescence plus courte tout en ayant une efficacité et des résultats similaires que la chirurgie ouverte.

19. Réimplantation urétéro-vésicale laparoscopique selon la technique LICH-GREGOIR

Mh.Saadi, B.Ben Khelifa, M.Amri, R.Lahouar, S.Naouar, S.Braiek, R.Elkamel

Chu ibn-aljazzar kairouan

INTRODUCTION : Les sténoses urétérales constituent une pathologie peu fréquente en chirurgie urologique. Le traitement chirurgical des sténoses urétérales distales doit impérativement comporter la résection de la partie sténosée, et la réimplantation urétérovésicale avec un dispositif anti reflux. Notre vidéo-film décrit le traitement laparoscopique d'une sténose urétérale distale pré-méatique selon la technique de Lich-Grégoir. **OBSERVATION :** On rapporte le cas d'une patiente âgée de 50 ans, aux antécédents d'une Pyélonéphrite obstructive gauche sur une lithiase urétérale pelvienne, elle a eu un drainage par une sonde double J suivie d'une urétéroscopie avec fragmentation et extraction du calcul. La patiente a consulté nos urgences 2 ans après pour des coliques néphrétiques gauches récidivantes. L'uro-scanner a montré une dilatation urétéro-pyélo-calicielle gauche arrivant jusqu'à l'uretère pelvien pré-méatique gauche en amont d'une sténose serrée. L'UIV sensibilisé au Furosémie a confirmé l'existence d'une sténose urétérale juxta-vésicale gauche. La patiente a été opérée en Janvier 2018 par voie coelioscopique trans-péritonéale, elle a eu une résection de la partie sténosée de l'uretère gauche et une réimplantation urétéro-vésicale selon la technique de Lich-Grégoir avec un drainage des voies excrétrices par une sonde double J (mise par voie laparoscopique) et un drainage de la cavité péritonéale par un drain non aspiratif. Les suites opératoires étaient simples et la patiente a été mise sortante à J3

post-opératoire. La sonde double J a été enlevée à 1 mois post opératoire. Le contrôle radiologique à 3 mois post opératoire a mis en évidence une régression de la dilation et une perméabilité e la jonction urétéro-vésicale. **CONCLUSION** : Actuellement, l'abord coelioscopique s'est imposé comme une méthode de référence dans la réimplantation urétéro-vésicale puisqu'il permet une meilleure vision per-opératoire, moins d'adhérences ,de complication, de douleurs postopératoires avec un séjour hospitalier e courte durée.

20. Résection d'un œsophage exclu par voie thoracoscopique.

Mabrouk A, Ben Safta Y, Boudaya MS, Ben Dhaou A, Daldoul S, Ben Moussa M.
Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis.
Université Tunis El Manar.

En dehors du cadre urgent, les indications des oesophagectomies pour lésions non tumorales sont peu nombreuses. Les sténoses caustiques en sont les principales. Dans ce cas, le geste est réalisé soit au même temps que l'oesophagoplastie, soit à distance, par résection d'un œsophage précédemment exclu et dont le risque de dégénérescence ultérieure n'est pas nul. Les techniques habituelles d'oesophagectomies avec ou sans thoracotomie sont rarement indiquées dans ces situations. De part sa morbidité moindre, l'approche thoracoscopique trouve largement sa place parmi les techniques mini-invasives. Nous rapportons dans cette observation un cas d'une résection par voie thoracoscopique d'un œsophage natif exclu 10 ans auparavant lors d'un remplacement œsophagien pour sténose caustique. Notre but est de détailler les différents temps opératoires spécifiques aux oesophagectomies pour lésions non tumorales par voie mini-invasive. **Observation Clinique** : Il s'agit d'un patient âgé de 21 ans, pris en charge 10 ans auparavant au service de chirurgie générale A21 de l'hôpital Charles Nicolle pour sténose caustique de l'œsophage. Il avait une sténose étendue de l'œsophage thoracique sous carénaire résistante à la corticothérapie ainsi qu'à plusieurs tentatives de dilatations endoscopiques. Le patient avait eu une coloplastie transverse gauche avec une double exclusion de l'œsophage natif. L'évolution était favorable. Devant le risque dégénératif de l'œsophage court-circuité, le patient était ré hospitalisé pour une résection de ce dernier par voie thoracoscopique. Les suites opératoires étaient simples. **Conclusion** : Le risque de dégénérescence d'un œsophage exclu est suffisamment faible pour que la réalisation de principe d'une œsophagectomie prophylactique, qui reste de sa part un geste lourd, ne puisse être défendue. La chirurgie mini-invasive trouve largement son indication dans ce cas de figure. L'oesophagectomie par voie thoracoscopique a gagné en popularité parmi les chirurgiens digestifs, en raison de la diminution des douleurs postopératoires, d'une récupération plus rapide ainsi que d'une morbidité moindre.

21. Colectomie subtotale laparoscopique pour maladie de crohn colique

Belhadj A, Saidani A, Bokal Z, Khfecha F, Mannai S, Chebbi F, Houissa H
Service de chirurgie generale, hopital mahmoud el matri- ariana

ABSTRACTS POSTERS ELECTRONIQUES

P1. Chirurgie De L'obésité Expérience De Dix Ans Du Service De Chirurgie Viscerale Et Digestive De Sahloul Sousse.

Bouazzi Amal ; Waad Farhat ; Wael ;Azzaza Mohamed ; Mizouni Abdelkader ; Moussa Makram ; Mohamed Ben Mabrouk ; Ben Ali Ali

Service de chirurgie digestive et viscérale CHU Sahloul Sousse

Introduction : La chirurgie bariatrique a pris, au cours des dernières années, de plus en plus de place dans le traitement de l'obésité morbide.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 67 patients opérés pour obésité morbide. Nous avons recueilli et traité 109 variables extraites des dossiers de nos patients. Nos critères de jugement étaient essentiellement: la mortalité, la morbidité, la perte de l'excès pondéral et l'évolution de la co-morbidité.

Résultats : L'âge médian des patients était de 30 ans. Le sex-ratio était de 0,15. L'IMC médian était de 45 Kg/m². Vingt patients ont eu un anneau gastrique, 12 ont eu un by-pass gastrique, 34 ont eu une gastectomie longitudinale et une patiente a eu switch duodéal. Le taux de co-morbidité était de 50,74%. Un seul cas de mortalité a été rapporté.

Les complications post-opératoires précoces étaient dominées par la pneumopathie basale, un seul cas d'hémorragie post opératoire.

La perte de l'excès pondéral était de 14 à 23% après l'anneau gastrique, de 62 à 67% après by-pass gastrique et de 50 à 52% après sleeve.

Discussion : La prédominance féminine est retrouvée dans la plupart des études. Nos patients sont en moyenne 15 ans plus jeunes que les patients opérés dans de nombreuses études récentes. Différentes tares sont associées à l'obésité. Pour l'OMS, l'augmentation du risque relatif de décès atteint 1,5 pour un BMI compris entre 25 et 30, et 2,5 pour un IMC supérieur à 35 kg/m². Dans notre étude le taux des Co-morbidité était de 50,74%. Les complications post-opératoires médicales sont dominées par les pneumopathies basales contrairement aux études publiées où la complication thrombo-embolique est dominante. Nos résultats en terme de pourcentage de la perte d'excès pondéral sont concordants avec ceux rapportés dans la littérature: un pourcentage supérieur pour le by-pass gastrique suivi de la sleeve et finalement l'anneau gastrique.

Conclusion : La chirurgie bariatrique donnait de bons résultats en termes de perte de poids et d'évolution de la comorbidité. Elle n'est pas sans risque, nécessitant de ce fait, une sélection rigoureuse des patients ainsi qu'un suivi régulier et prolongé.

P2. L'appendicectomie Laparoscopique : Les Facteurs De Conversion.

A.Chelbi, S.Baccouch, G.Talbi, H.Ben Alaya, N.Arfa, H.Mestiri, L.Gharbi, R.Bayar, MT.Khalfallah
Service de chirurgie viscérale CHU Mongi Slim

Introduction : Depuis l'avènement de la laparoscopie, l'appendicectomie laparoscopique est entrain de gagner du terrain et ce pour plusieurs raisons. D'une part, elle permet de réaliser ce geste à travers de petites incisions et de palier au préjudice esthétique. D'autre part, comme toute laparoscopie, elle est moins pourvoyeuse de douleurs postopératoires avec une durée de

récupération plus courte. Néanmoins, l'appendicectomie laparoscopique est grevée d'un taux non négligeable de conversion en laparotomie (8 à 10%) ce qui augmente de façon significative le risque de complications postopératoires et par conséquent le coût hospitalier.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, colligeant 82 cas d'appendicite aiguë, opérées par voie laparoscopique dans le service de chirurgie générale Mongi Slim à La Marsa sur une période de deux ans, allant du premier janvier 2012 au trente et un décembre 2013. Les facteurs étudiés étaient :

Les facteurs épidémiologiques: Age, sexe, BMI. **Les facteurs liés au patient:** Délai de consultation, antécédents de chirurgie abdominale, les comorbidités. **Les facteurs cliniques:** Siège de la douleur, fièvre, vomissements, la diarrhée, l'examen abdominal. **Les facteurs biologiques:** L'hyperleucocytose, l'insuffisance rénale. **Les facteurs liés au chirurgien:** Grade, l'heure de l'intervention. **Les découvertes per-opératoires:** Le degré d'inflammation de l'appendice, position de l'appendice, l'état de la base.

Résultats : Le taux de conversion était de 23,2 %. En étude univariée, les facteurs prédictifs de conversion au cours des appendicectomies laparoscopiques étaient : l'âge > 40 ans ($p=,006$), le BMI > 30 ($p=0,048$), le délai de consultation > 36h ($p=0,008$), l'appendice rétrocaecal ($p=0,038$), l'heure d'intervention par rapport au début de la garde ($p=0,002$) ainsi que l'appendice gangréné, l'abcès appendiculaire et la péritonite appendiculaire ($p=0,0001$). En étude multivariée, seuls, l'heure de l'intervention, l'appendice rétro-caecal, l'appendice gangréné, l'abcès appendiculaire et la péritonite appendiculaire étaient retenus comme facteurs indépendants de conversion. Le taux de complications était comparable entre les deux groupes. Par ailleurs, la durée de séjour hospitalier était nettement plus longue dans le groupe conversion.

Conclusion : Dans notre étude, les facteurs de conversion en laparotomie au cours des appendicectomies laparoscopiques tenaient surtout à la nature anatomopathologique de l'appendice ainsi qu'au degré de l'inflammation intra-péritonéale. Une exploration radiologique pré-opératoire pourrait aider à avoir une approche adaptée de la voie d'abord pour chaque patient.

P3. Les Facteurs prédictifs du décès dans la chirurgie de la lithiase biliaire

Amine Ben Safta, Mohamed Wejih Dougaz, Imen Samaali, Ibtissem Bouasker, Ramzi Nouira, Chadli Dziri.

Service de chirurgie B Hôpital Charles Nicolle de Tunis.

Introduction : La lithiase biliaire (LB) est la pathologie la plus fréquente en chirurgie générale. En Tunisie, la prévalence est estimée à 4%, elle augmente avec l'âge pour atteindre 30% chez les femmes et 20% chez les hommes de 60 à 70 ans[1]. Ses complications, à savoir les cholécystites aiguës, les angiocholites aiguës ainsi que les pancréatites aiguës sont pourvoyeuses de décès chez les sujets âgés porteurs de tares.

L'objectif de notre travail a été de déterminer les facteurs prédictifs de décès dans la pathologie biliaire lithiasique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant colligé les patients consécutifs opérés pour une pathologie biliaire lithiasique entre le 01 Janvier 2008 et le 31 Décembre 2011. La Mortalité post opératoire qui est notre critère de jugement principal a été défini par la survenue du décès lors du séjour hospitalier ou durant les 30 jours après la sortie [2]. Une étude descriptive, bivariée et ensuite multivariée ont été réalisées

Résultats :

Nous avons colligé 1394 patients opérés pour une pathologie biliaire lithiasique. Le Taux de mortalité était de 1,4%. En analyse multivariée les variables indépendantes prédictives du décès

postopératoire étaient : Le sexe masculin ($p=0,019$), la détresse à l'arrivée ($p < 10^{-3}$), l'intervention faite en urgence ($p=0,033$) et le séjour en réanimation ($p < 10^{-3}$).

Conclusion : La lithiase biliaire (LB) est une pathologie bénigne, néanmoins les décès sont observés chez les sujets âgés ayant plusieurs tares et présentant des formes compliquées nécessitant une intervention en urgence

P4. Apport de la coéloscopie dans le diagnostic étiologique des ascites exsudatives isolées

Bennani Soufiene, Gouider Amine, ikram massoudi, Feidi Bilel sihem sindi, Abdelkafi mohamed Soufiene, Abdelwaheb Morjen.

Service de chirurgie générale et digestive de kairouan

Introduction : L'ascite exsudative est une entité clinique fréquente dont le diagnostic étiologique pourrait, dans certains cas, imposer le recours à des explorations invasives telle que la coéloscopie diagnostique qui, malgré son faible taux de morbidité, reste un examen invasif non dénuée de risques.

Le but de notre étude est de préciser l'apport de la coéloscopie et sa place dans la démarche diagnostique au cours des ascites exsudatives.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive étalée sur une période de 3 ans allant de 2015 à 2018, incluant tous les malades opérés dans notre service pour exploration d'ascite exsudative isolée. Tous les patients ont bénéficié, avant leurs transfert dans notre service, d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien ainsi qu'une endoscopie digestive haute et basse qui sont revenues normales. Une coéloscopie diagnostique avec des biopsies péritonéales ont été par la suite réalisées.

Résultats : 11 patients ont été transférés du service de gastrologie pour une ascite exsudative, et avaient eu une coéloscopie diagnostique. Ils étaient répartis en 7 femmes (63,6 %) et 4 hommes (36,4 %), d'âge moyen de 42 ans [20–73 ans]. Outre la distension abdominale, les signes cliniques étaient prédominés par l'altération de l'état général ainsi que les douleurs abdominales diffuses rapportées dans 83,3 % des cas. La laparoscopie exploratrice, réalisée après un délai moyen de 09 jours par rapport au jour d'hospitalisation, était normale dans un seul cas, chez un patient cirrhotique. Ailleurs, elle avait montré des granulations péritonéales (72,7 %), un épaissement du mésentère (36,3 %), une agglutination des anses digestives (45,4 %). Le diagnostic histologique final était une tuberculose péritonéale dans 8 cas, une carcinose péritonéale dans 2 cas, et un remaniement inflammatoire non spécifique dans un cas. Une concordance entre le diagnostic suspecté en peropératoire et le diagnostic final était notée dans 90,9 % des cas. Un seul incident peropératoire a été rapportée (perforation accidentelle) et les suites opératoires étaient simples dans tout les cas.

Discussion : A la lumière de la littérature, nous pouvons noter polymorphisme des étiologies de l'ascite exsudative, dominé dans notre pays par la tuberculose péritonéale et la carcinose. Les examens, aussi bien biologiques que radiologiques, sont rarement contributifs. La laparoscopie avec biopsies péritonéales reste un moyen incontournable pour le diagnostic étiologique. L'introduction de l'Open-laparoscopie a permis de minimiser les complications de la laparoscopie classique et d'éviter le recours à la laparotomie exploratrice. Dans l'avenir, la biopsie péritonéale percutanée sous contrôle radiologique pourrait être une nouvelle méthode peu invasive, avec peu ou pas de complications, et qui pourrait éviter les inconvénients de la chirurgie. Des études sur de plus grands essais à grande échelle aideront à confirmer la contribution de cette nouvelle procédure de diagnostic.

Conclusion : Notre étude met en exergue l'intérêt de la coéloscopie avec les biopsies péritonéales dans l'exploration des ascites exsudatives isolées permettant de retenir un

diagnostic étiologique dans tous les cas.

P5. Kyste de l'ouraque : laparotomie versus laparoscopie

Hajtaib I, Affes N, Rjeb H, Tlili A, Zouari A, Mzali R.

Service de chirurgie générale. CHU Habib Bourguiba , Sfax.

L'ouraque est un vestige embryonnaire dérivant de l'allantoïde qui se présente à la naissance sous la forme d'un cordon fibreux oblitéré, reliant le dôme vésical à l'ombilic.

But : le but de notre travail est de comparer les résultats de la chirurgie ouverte et laparoscopique de l'ouraque.

Matériel et méthode :

Notre étude est rétrospective descriptive, étalée sur une période de 18 ans (de janvier 2000 à décembre 2017).

Nous avons colligé 46 cas de kyste de l'ouraque qui ont été hospitalisés et pris en charge dans le service de chirurgie générale du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Résultat :

Notre échantillon était composé de 23 hommes et de 23 femmes âgés en moyenne de 29 ans. L'écoulement du liquide à l'ombilic était le signe le plus fréquent avec 43 cas. L'échographie a été demandée pour 36 patients et a permis de confirmer le diagnostic de kyste de l'ouraque pour 32 cas. Pour les autres cas le diagnostic a été fait en per opératoire. Le traitement chirurgical avait été réalisé par une laparotomie chez 27 patients versus un abord laparoscopique chez 19 patients.

conclusion : Les pathologies de l'ouraque sont rares mais peuvent conduire à des complications infectieuses ou carcinologiques qui nécessitent une prise en charge adaptée. Afin d'éviter ces complications, les pathologies bénignes de l'ouraque relèvent d'un traitement chirurgical systématique.

P6. Evolution des performances techniques des résidents par entrainement sur pelvi trainer pour initiation à la chirurgie coelioscopique

Omar Toumi, Amal Bouchrika ,Wassim Hamed, Sadok Ben Jabra, Maissa Jallali, Mohamed Nasr, Ibtissem korbi, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie générale EPS Monastir

Introduction : la simulation est devenue une part entière de la formation des jeunes chirurgiens notamment en cœlioscopie

Objectif : décrire l'évolution des performances techniques des résidents par entrainement répété sur un modèle procédural de chirurgie coelioscopique.

Matériel et Méthodes : étude prospective, réalisée au centre de simulation de la Faculté de médecine de Monastir.

Résultats : Les résidents ayant une expérience en cœlioscopie avaient des médianes du score total significativement plus élevés ($p=0,019$) par rapport aux résidents n'ayant pas d'expérience. Les médianes du score total étaient plus élevées en fonction du grade du résident. Les résidents ayant un nombre élevé d'actes en tant qu'assistant (>100) avaient des médianes du score total similaires ($p= 0,103$) aux résidents ayant un nombre faible d'actes en tant qu'assistant (<100). Les résidents ayant un nombre élevé d'actes en tant qu'opérateur avaient des médianes du score total significativement plus élevés ($p= 0,008$) par rapport aux résidents ayant un

nombre faible d'actes en tant qu'opérateur. Les résidents ayant une expérience en jeux vidéo avaient des médianes du score total similaires ($p=0,192$) par rapport aux résidents n'ayant pas d'expérience en jeux vidéo.

Conclusion : Ces observations nous incitent à proposer aux jeunes médecins cette formation sur modèle procédural à un stade précis de leur étude afin de leur garantir un niveau de base satisfaisant et nécessaire en salle d'opération.

P7. Intérêt de la sélection des patients pour la laparoscopie lors de la résection iléo-caecale pour maladie de Crohn.

El Heni A, Ben Lahouel S, Rhaïem R, Hadded A, Maghrebi H, Rebai W, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de Chirurgie Générale A, Hôpital Universitaire La Rabta

Introduction : La laparoscopie est le « Gold standard » dans la résection iléo-caecale (RIC) pour maladie de Crohn (MC). Le but de notre travail est de montrer s'il y a un intérêt à la sélection des patients qui vont avoir une RIC laparoscopique en comparant la morbi-mortalité entre le groupe des patients qui eu une RIC avec laparo-conversion à celui de ceux opérés par laparotomie.

Matériel et méthodes : Nous avons recensé 277 patients qui on eu une RIC première pour MC au service de chirurgie A la Rabta, entre 1998 et 2017. Nous avons comparé la morbi-mortalité entre le groupe de la laparo-conversion et celui de la laparotomie.

Résultats : Parmi nos patients, il y avait 145 patients opérés par laparotomie et 29 patients qui ont eu une laparo-conversion. Il y avait 12 patients qui ont eu une complication post-opératoire dans le groupe laparotomie et 3 patients dans le groupe laparo-conversion sans différence statistiquement significative. Il y avait un seul décès dans le groupe laparotomie et aucun dans le groupe laparo-conversion.

Conclusion : D'après nos résultats, la lapro-conversion n'augmente pas la morbi-mortalité. Faut-il continuer la sélection pré-opératoire des patients?

P8. Les facteurs prédictifs de conversion dans les cholécystectomies

Amine Ben Safta, Mohamed Wejih Dougaz, Imen Samaali, Ibtissem Bouasker, Ramzi Nouria, Chadli Dziri.

Service de chirurgie B Hôpital Charles Nicolle de Tunis

Introduction : La lithiase biliaire (LB) est la pathologie la plus fréquente en chirurgie générale. En Tunisie, sa prévalence est estimée à 4%, elle augmente avec l'âge pour atteindre 30% chez les femmes et 20% chez les hommes de 60 à 70 ans[1]. Son traitement est chirurgical, il a bénéficié ces dernières années de l'apport de la coelioscopie et de l'endoscopie digestive. La coelioscopie pour la lithiase vésiculaire (LV) constitue le gold standard [2,3].

L'objectif de notre travail était de déterminer les facteurs prédictifs de conversion dans les cholécystectomies.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant colligé les patients consécutifs opérés par voie coelioscopique pour une lithiase vésiculaire compliquée ou non, et qui ont eu juste une cholécystectomie entre le 01 Janvier 2008 et le 31 Décembre 2011. Le critère de jugement était la conversion en laparotomie. Une étude descriptive, bivariée et ensuite multivariée ont été réalisées.

Résultats : Nous avons colligé 1188 patients ayant eu une cholécystectomie par voie coelioscopique. Soixante-neuf patients ont eu une coelio-conversion. Le taux de conversion

était de 5,8%. En analyse multivariée les variables indépendantes prédictives de conversion étaient : l'âge ($p=0.006$), le sexe ($p < 10^{-3}$), l'immunosuppression ou la corticothérapie au long cours ($p=0.029$), l'intervention en urgence ($p < 10^{-3}$).

Conclusion : La cholécystectomie par voie coelioscopique est une intervention couramment pratiquée dans un service de chirurgie. Néanmoins le taux de conversion reste élevé surtout pour les formes compliquées chez le sujet de sexe masculin.

P9. Les indications et les résultats du traitement laparoscopique du RGO : Série monocentrique de 130 cas

Sami Daldoul, Aymen Mabrouk, Béchir Zahaf, Mohamed Maatouk, Mohamed Fares Mahjoubi, Mounir Ben Moussa

Service de chirurgie générale A. Hôpital Charles Nicolle de Tunis.

La voie coelioscopique est le gold standard pour le traitement du RGO. Le choix du type de fundoplicature est tributaire de certains paramètres anatomiques, morphologiques et des préférences du chirurgien.

But : Le but de cette étude est de décrire les indications du traitement coelioscopique du RGO et d'étudier les résultats immédiat et à distance de cette chirurgie.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, consécutive qui s'est intéressé à tous les patients opérés par voie coelioscopique au service de chirurgie générale « A » de l'Hôpital Charles Nicolle pour un RGO et ce qu'elle que soit la présentation clinique et les données des explorations préopératoire. On a colligé 130 patients entre le 1er Janvier 1998 et le 31 Décembre 2017. Il s'agit de 77 femmes et 53 hommes dont l'âge moyen était de 46,5 ans.

Résultats : Ce reflux était typique dans 115 cas et associé dans ces formes à des manifestations respiratoires et ORL dans 45,2% des cas. Les symptômes étaient atypiques dans 15 cas. Ce reflux était pharmacodépendant dans 58,4% des cas, pharmaco résistant dans 30% des cas, et efficace mais astreignant dans 11,5% des cas. Tous les patients avaient eu en pré opératoire une FOGD, 94,6% avaient eu un TOGD, 70,7% avaient eu une PHmétrerie et 61,5% avaient eu une manométrie. Il a été réalisé une fundoplicature totale type Nissen dans 1,5% des cas, un Nissen Rossetti dans 92,3% des cas et un Toupet dans 3,1% des cas. Le taux de conversion était de 5,3%. Un patient avait présenté un pneumothorax post opératoire qui avait nécessité le drainage et le taux de mortalité était de 0,7%.

Le résultat fonctionnel à distance de cette chirurgie a été évalué par le score du service de chirurgie A.

Conclusion : Les fundoplicatures pour traiter un RGO pathologique ont fait leur preuve en chirurgie laparoscopique. Il persiste néanmoins quelques interrogations concernant la fundoplicature idéale à réaliser. A l'heure actuelle, les patients ayant eu une fundoplicature par laparoscopie pour un RGO pathologique ont une qualité de vie qui est améliorée de façon significative, quels que soient le terrain, le tableau clinique, le type de valve.

P10. Laparoscopie pour ulcère duodéal perforé : facteurs prédictifs de conversion et de morbidité.

O. Baraket, I. Abbassi, S. Heni, D. Naimi, A. Baccar, W. Triki, S. Bouchoucha

Service de chirurgie générale hôpital universitaire de Bizerte, faculté de Médecine Tunis El MANAR - Bizerte (Tunisie).

Introduction :

Depuis la découverte du rôle de l'helicobacter pylori (HP) dans la maladie ulcéreuse et l'avènement de la chirurgie laparoscopique, la suture simple sous coelioscopie est devenue le « Gold standard » dans le traitement de l'ulcère duodéal perforé. Le but de ce travail rétrospectif est d'analyser les résultats du traitement laparoscopique des ulcères duodénaux perforés, et rechercher les facteurs prédictifs d'échec de la coelioscopie, et les facteurs prédictifs de morbidité.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective rapportant tous les ulcères duodénaux perforés opérés par laparoscopie de janvier 2012 à décembre 2016. Tous les patients ont été opérés par voie laparoscopique avec ou sans conversion. Les facteurs de conversion ont été colligés. Nous avons réalisé une étude analytique multi variée afin de chercher les facteurs prédictifs de morbidité spécifiques.

Résultats : 100 patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 38 ans. L'intervention était sous coelioscopie dans 92.6 % des cas. Le taux de conversion était de 7 %. Les facteurs de risque de conversion étaient: un âge >50ans, une insuffisance rénale fonctionnelle, une toilette difficile, et un ulcère ayant une évolution chronique. La morbidité était de 4 %. Trois facteurs de risque indépendants de morbidité: une insuffisance rénale, un âge >50 ans et un ulcère d'aspect chronique.

Conclusion : Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé reste accompagné d'un taux de conversion non négligeable. La morbidité est certainement moindre qu'en laparotomie et une meilleure connaissance des facteurs prédictifs de cette morbidité est nécessaire pour une prise en charge optimale de cette pathologie.

P11. Colectomie laparoscopique versus colectomie par laparotomie dans le traitement des adénocarcinomes coliques non métastatiques

B krimi , G talbi, S baccouche, A chelbi, R Bayar, MT Khalfallah.

Service de chirurgie Mongi Slim La Marsa

Introduction : La prise en charge chirurgicale du cancer du côlon a été profondément modifiée par l'avènement de la laparoscopie. La colectomie laparoscopique pour cancer avait certes évolué lentement mais elle constitue, de plus en plus, le traitement de référence.

L'objectif de notre travail est d'étudier la faisabilité, la reproductibilité et la sécurité oncologique que procure la voie laparoscopique dans le traitement des adénocarcinomes coliques non métastatiques.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Mongi Slim La Marsa. Elle a inclus les patients opérés pour des adénocarcinomes coliques résécables sur une période de 6 ans allant de Janvier 2006 à Décembre 2011. La population de l'étude était répartie en 2 groupes selon la voie d'abord utilisée initialement : laparotomie médiane (groupe OC) et laparoscopie (groupe LAC). Toutes les données étaient analysées au moyen du logiciel SPSS version 19.0.

Résultats : 65 patients ont été inclus : 35 dans le groupe OC et 30 dans le groupe LAC. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes en termes de : pertes sanguines, transfusion sanguine per-opératoire, morbidité per-opératoire, séjour en milieu de réanimation, douleurs postopératoires, séjour hospitalier, morbidité postopératoire précoce, gravité des morbidités postopératoires précoces, mortalité postopératoire précoce, complications tardives, type de récurrence, mortalité liée au cancer, nombre de ganglions prélevés, survie globale et survie sans récurrence tous stades confondus, survie globale et survie sans récurrence pour les stades I et II, survie globale et survie sans récurrence pour le stade III. La reprise du transit était plus précoce

dans le groupe LAC. La différence était à la limite du seuil de signification. Le temps opératoire était significativement plus long en laparoscopie ($p < 0,001$). Le taux de conversion était de 33%. Il était passé de 67% au cours des 2 premières années de l'étude à 13% au cours des 2 dernières années. Le motif principal justifiant cette conversion était les difficultés de dissection dans 60% des cas. La conversion de la laparoscopie en laparotomie n'avait pas d'impact significatif ni sur les suites opératoires précoces, ni sur la survie globale et la survie sans récurrence.

Conclusion : La voie laparoscopique est faisable et reproductible dans le traitement des adénocarcinomes coliques non métastatiques. Elle procure une sécurité oncologique au moins équivalente à la laparotomie.

P12. Apport de laparoscopie dans le diagnostic de la tuberculose péritonéale chez l'enfant

Ezzi Aziza, Kechiche Nahla, Laamiri Rachida, Farhani Rabeb, Habachi Ghada, Mekki Mongi, Abdelatif Nouri

Service De Chirurgie Pédiatrique De Monastir
Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction: La tuberculose représente chez l'enfant 10 à 15% des cas de tuberculose au total. La tuberculose péritonéale représente 4 à 10% de tous les cas de tuberculose extra-pulmonaire. L'atteinte péritonéale se caractérise par un tableau clinique non spécifique et par conséquent un diagnostic tardif. Le but de cette étude est d'évaluer la contribution de la laparoscopie dans le diagnostic de la tuberculose péritonéale et de discuter sa faisabilité chez l'enfant en fonction des différentes formes anatomo-cliniques.

Matériel et méthode: C'est une étude rétrospective de 19 cas de tuberculose péritonéale colligés dans le service de chirurgie pédiatrique de Monastir sur une période de 17 ans (2001- 2017).

Résultats : L'âge moyen était de 7,5 ans. Les motifs de consultation sont dominés par une douleur abdominale (79%), une fièvre prolongée (10,5%) et l'altération de l'état général (10,5%). L'ascite a été notée chez 53% des cas. Tous nos patients ont bénéficié d'une laparoscopie avec une biopsie péritonéale (84,21% des cas), ganglionnaire (26,3%), hépatique (15,7%) et digestive (10,5%). La tuberculose péritonéale était associée à une localisation ganglionnaire dans 20% des cas. L'aspect macroscopique de la TBP est considéré comme typique lorsqu'on trouve des granulations blanchâtres et disséminées, une hyperhémie du péritoine et des adhérences péritonéales. La durée de l'intervention était de 30 à 60 min pour les coelioscopies. Aucun de nos patients n'a présenté une complication en per-opératoire. Une conversion en laparotomie a été pratiquée chez 2 patients (10,5%) : pour un aspect pseudo-tumoral d'une anse intestinale dans un cas et en raison d'aspect pathologique de l'appendice dans le deuxième. Le diagnostic a été confirmé histologiquement dans tous les cas. L'évolution sous traitement anti tuberculeux a été favorable dans tous les cas. Un seul malade a présenté une rechute sous forme d'une tuberculose ganglionnaire un an après la fin du traitement et a bien répondu à une 2ème cure d'anti-tuberculeux.

Conclusion: La tuberculose péritonéale est peu fréquente en Tunisie. En raison de sa présentation clinique non spécifique et les moyens limités de diagnostic, la laparoscopie avec biopsie constitue un apport considérable pour le diagnostic. Plus tôt le diagnostic est établi et un traitement antituberculeux adapté est démarré, meilleur est le pronostic.

Type de la communication : affichée

P13. Prévalence et modalités de prise en charge des Abscesses abdomino-pelviens

liés à la maladie de Crohn

Mohamed Azzaza, Farhat Waad, Benlatifa Mahdi, Abdelkader Mizouni, Ben Mabrouk mohamed, Moussa Mkram, Ali Ben Ali.

Service de chirurgie générale : CHU Sahloul Sousse.

Problématique : les abcès abdomino-pelviens constituent une complication fréquente de la maladie de Crohn (MC) surtout dans sa localisation grêlique. Cette complication pose encore un problème diagnostique et de prise en charge notamment en l'absence de stratégies thérapeutiques consensuelles. Le but de notre étude est de préciser la prévalence et les modalités de prise en charge de cette entité.

Méthodes : il s'agit d'une étude transversale analytique, colligeant tous les dossiers des patients porteurs de MC compliquée de collection intra abdominale entre 2005 et 2015. Cette étude a été réalisée au service de chirurgie générale au CHU Sahloul Sousse.

Résultats : Le nombre total de patients inclus était de 73. La prévalence des collections profondes était de 12,5%. La symptomatologie fonctionnelle était faite essentiellement de douleurs abdominales et de fièvre. Le diagnostic de collection s'est basé essentiellement sur la pratique d'un scanner abdomino-pelvien injecté. Le traitement des collections était à base d'une antibiothérapie exclusive chez 25 patients (34,2%), drainage per cutané (DPC) chez deux patients (2,7%) et un drainage chirurgical chez 46 patients (63%). Le taux d'échec du traitement était de 40,7%. L'analyse des facteurs de risque d'échec de traitement médical des collections (DPC et antibiothérapie exclusive), a conclu que seul le sexe féminin était fortement associé au risque d'échec. Après disparition de la collection, le traitement de la MC était à base d'anti-TNF alpha chez 15 patients (20,8%) et à base de résection intestinale chez 57 patients (79,2%). Le taux de stomies était significativement plus faible en cas de chirurgie électorale ($p=0,021$). Au terme de ce travail on a pu conclure à l'efficacité et à la sécurité des anti-TNF alpha dans le traitement de la MC compliquée d'abcès. Le taux de récurrence de l'abcès était de 9,7% et le risque de récurrence était corrélé à la taille de la collection ($p=0,05$).

Conclusion : les abcès abdomino-pelviens constituent une complication grave de la MC. La prévention de leur récurrence passe par un traitement efficace de la maladie sous-jacente. Les anti-TNF alpha trouvent actuellement tout leur intérêt dans cette indication après résolution de l'abcès.

P14. abcès du foie révélant une tumeur colique: à propos d'un cas

H Slama, Z Hadrich, M Debaïbi, G Laamiri, MF Chtourou, H Touinssi

Service de chirurgie générale Nabeul

Introduction

L'abcès hépatique peut être défini comme une cavité suppurée en rapport avec l'invasion et la multiplication de micro-organismes au dépend du tissu hépatique sain ou pathologique. Les germes peuvent contaminer le parenchyme hépatique par voie biliaire, hémotogène (le plus souvent portale), ou par contiguïté.

Il présente une circonstance de découverte rare des tumeurs coliques.

Observation : patient âgé de 43 ans, diabétique admis pour hépatomégalie douloureuse et fébrile. A l'examen il était fébrile à 39, anictérique, défense de l'hypochondre droit, à la biologie un syndrome inflammatoire biologique avec des GB à 17200 et CRP à 220, le bilan hépatique est correct. L'échographie et la TDM abdominale ont montré une formation hypodense de 12*7 cm des segments 6 et 7 du foie sans paroi propre évoquant un abcès du foie. Pas de lésion intra abdominale par ailleurs.

Le patient a eu un drainage scano-guidé et une ATB probabiliste en urgence. dans le cadre de recherche étiologique une coloscopie a mis en évidence un processus bourgeonnant du bas

fond coecal. biopsie: adénocarcinome bien différencié.

le patient a été opéré par voie médiane, il a eu une hémicolectomie droite et anastomose iléocolique termino-latérale manuelle. Suites opératoires simples, patient mis sortant à j6 post opératoire.

Conclusion : l'enquête étiologique devant un abcès hépatique est primordiale, car elle révèle dans la majorité des cas une cause qui nécessite un traitement adéquat, tel notre cas ou l'abcès du foie a révélé une tumeur du caecum. Cependant 10 % des abcès hépatiques restent sans étiologie.

P15. Les Abces Hepatiques : Alternatives Therapeutiques Et Elements Pronostiques

W. Triki, I. Abbassi, S. Heni, D. Naimi, A. Baccar, O. Baraket, S. Bouchoucha

Service de chirurgie générale hôpital universitaire de Bizerte, faculté de Médecine Tunis El MANAR - Bizerte (Tunisie).

Introduction :

Les abcès à pyogènes du foie sont causés par des bactéries, dont l'origine est principalement portale ou biliaire..L'objectif de ce travail est de mener une étude rétrospective afin d'étudier la place des différentes modalités thérapeutiques dans la prise en charge des AHP ainsi que de déterminer les différents éléments pronostiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de six ans allant de janvier 2009 jusqu'à décembre 2015. Cette étude a colligé 40 cas d'abcès hépatique hospitalisés au service de chirurgie générale de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte.

Résultats :

Dans notre étude nous avons comparé ces différentes attitudes thérapeutiques en répartissant les malades en trois groupes :

- Le groupe N°1 était traité par antibiothérapie exclusive.
- Le groupe N°2 était traité par antibiothérapie associée à un geste percutané.
- Le groupe N°3 était traité par antibiothérapie associée à la chirurgie, soit d'emblée, soit après échec du traitement percutané.

Les trois groupes étaient appariés selon l'âge, le sexe, les antécédents et les caractéristiques radiologiques des AHP et en particulier leur taille.

Conclusion :

Les abcès hépatiques sont une pathologie rare, dont le pronostic dépend de la rapidité diagnostique et du caractère complet, hiérarchisé et adapté du traitement..

P16. Les abcès hépatiques à pyogènes

Ben Hassine H.T ; Ben Jabra S., Ennaceur F ; Bouchrika A ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.

Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

L'abcès du foie se définit par un amas de pus dans une cavité néoformée aux dépens du tissu hépatique environnant. C'est une pathologie rare, dont la prévalence est en augmentation. Son épidémiologie a changé, avec aujourd'hui avec la prépondérance des étiologies biliaires et coliques. Le traitement repose sur l'antibiothérapie, le drainage percutané et le traitement de la cause de l'abcès. La radiologie interventionnelle est aujourd'hui prédominante. La chirurgie a une place en cas d'échec du traitement initial et dans le traitement étiologique.

Objectif:

Etudier les aspects cliniques, morphologiques, microbiologiques et thérapeutiques des abcès pyogènes du foie dans le service de chirurgie générale au CHU Fattouma Bourguiba Monastir.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les patients ayant présenté un abcès hépatique à pyogènes.

Résultats:

14 cas (9 hommes, 6 femmes) ont été colligés. L'âge moyen était de 64 ans. Les signes cliniques les plus trouvés étaient la douleur abdominale de l'hypochondre droit, la fièvre et l'hépatomégalie. Tous nos patients ont été explorés par scanner, qui a confirmé le diagnostic dans 100% des cas, 82,4% des abcès du foie ont été trouvés dans le lobe droit du foie et était solitaire dans 79,4% des cas. Les germes les plus responsables, qui ont été isolés dans la culture de pus, étaient l'Escherichia coli et le Klebsielle. L'origine biliaire était trouvée dans la majorité des cas, mais un origine portal ou hématogène ont également été trouvés. Tous les patients avaient reçu un traitement antibiotique par voie intraveineuse (céphalosporine ou une combinaison fluoroquinolones avec le métronidazole et aminosides). La durée moyenne du traitement antibiotique par voie intraveineuse était de 15,5 jours. Seulement deux patients ont été guéris par une antibiothérapie seule. Le drainage percutané a été réalisé dans 50% (n = 7) des cas. La chirurgie a été effectuée chez deux patients. La durée moyenne du séjour à l'hôpital était de 19,7 jours.

Conclusion:

L'abcès hépatique à pyogènes est une affection rare, mais a subi un énorme changement. Le traitement reste multidisciplinaire comportant l'antibiothérapie, le drainage percutané ou la chirurgie à ciel ouvert dont les indications sont réduites. Son pronostic est généralement favorable.

P17. Abcès sous phrénique sur stercolite : A propos d'un cas

Ben Hmida.W ; Dkhil.I* ; Frikha.W* ; Souissi.Y ; Ayari.S ; Kacem.C ; Ben Slima.M

Service de Chirurgie générale B, Hôpital La Rabta

*Service de Radiologie, Hôpital La Rabta

Introduction : L'appendicectomie est l'une des interventions la plus fréquemment réalisée en matière de chirurgie abdominale. L'abord coelioscopique de l'appendicite aigue même compliquée est de plus en plus réalisé et donne d'excellents résultats. Des abcès intra-abdominaux après abord coelioscopique causés par la présence d'un stercolithe résiduel peuvent se voir même deux ans après l'appendicectomie. Cette complication rare pose surtout un problème diagnostique.

Observation : Patient âgé de 29 ans opéré d'une appendicite aigue gangréneuse et perforée, avec péritonite localisée avec suites opératoires simples. Il est admis en urgence 8 mois après pour un syndrome douloureux et fébrile de l'hypochondre droit. Examen : sensibilité hypochondre droit, T=39°. Syndrome inflammatoire biologique. Echo et TDM : doute diagnostique entre KHF surinfecté ou abcès amibien ou abcès à pyogène. La sérologie hydatique et amibienne sont négatives, relecture anapath de la pièce d'appendicectomie : pas de pathologie amibienne. Intervention par voie sous costale, il s'agit d'un abcès interhepato-diaphragmatique en rapport avec un stercolithe résiduel. Il a eu une mise à plat de l'abcès interhepato diaphragmatique et drainage. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : La prévention de ce type de complication passe par la recherche de stercolithe dès que l'on se trouve dans une situation à risque, appendice perforé gangrené ou stercolithe vu à l'imagerie. Le drainage percutané est inefficace et voué à l'échec. Cette recherche se fait avant de mettre le patient en position de Trendelenbourg en sous hépatique et en inter-hépat

diaphragmatique.

P18. Les abcès spléniques : à propos de 05 cas

Ben Hassine H.T ; Jalleli M; Boughanmi F ; Touati M ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.
Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

L'abcès splénique est une suppuration collectée dans la rate secondaire à une infection intrinsèque de celle-ci ou par voie hématogène ou par infection par contiguïté. Sa particularité réside dans sa rareté et sa gravité du fait de ses complications et des risques d'infections foudroyantes favorisées par la splénectomie totale

Objectif:

Décrire les caractéristiques cliniques, radiologiques, étiologique, le profil bactériologique, le traitement et ses résultats chez les patients présentant un abcès splénique dans le service de chirurgie générale au CHU Fattouma Bourguiba Monastir.

Résultats:

Cinq cas (2 hommes et 3 femmes) ont été colligés, l'âge moyen était de 59 ans. La fièvre a été rapportée dans 4 cas. La localisation la plus fréquente était le quadrant supérieur gauche dans 3 cas, une splénomégalie a été constatée dans 2 cas. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire dans tous les cas. Tous les patients ont bénéficié d'une exploration radiologique par échographie. Les étiologies sont multiples une localisation splénique secondaire d'une septicémie dans un cas (endocardite). Il y avait un cas de kyste épithélial de la rate qui a été secondairement infecté et dans les 3 autres cas, l'étiologie n'a pas été trouvée. Le traitement est essentiellement chirurgical (splénectomie totale), sauf pour deux cas qui ont été traités médicalement (antibiotiques) avec bonne évolution.

Conclusion:

L'abcès de la rate est une affection rare. Son expression clinique est très polymorphe. Son diagnostic positif est basé sur l'imagerie; le diagnostic doit être fait en temps utile pour assurer un traitement rapide, qui peut être d'ordre médical, interventionnel ou chirurgical. Le résultat après le traitement est habituellement favorable.

P19. Abcès du muscle psoas-iliaque : à propos de 8 cas

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Habib Bourguiba

Auteurs : Daoud R, Zouari A, Akrouf A, Ben ameur H, Affes N, Ben amar M, Mzali R

Introduction :

L'abcès du muscle psoas iliaque est une infection rétro péritonéale rare et de diagnostic difficile généralement secondaire à une infection intra ou rétro péritonéale mais peut être primitive.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 8 patients qui présentaient un abcès du psoas-iliaque colligés dans notre service entre 2014 et 2017.

Le but de ce travail est d'étudier, à partir de notre série et d'une revue de la littérature, ces particularités épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Résultats :

Il s'agit de 5 hommes et 3 femmes avec un âge moyen de 47,12 ans (29 ans-73 ans). Les patients étaient diabétiques (5/8), hémodialysés (1/8) et porteurs de VIH (1/8). Le motif de consultation était un syndrome appendiculaire (4/8), une douleur lombaire (2/8), une masse de la fosse iliaque droite (1/8) et psoitisme isolé (1/8). Il y avait un syndrome inflammatoire dans tous les cas. Le diagnostic était radiologique par le scanner pour la majorité (7/8) et peropératoire dans un

seul cas. Le siège de l'abcès était unilatéral chez 6 patients et bilatérale chez 2, intéressant le muscle psoas droit dans (5/6) des cas et le muscle psoas gauche dans (1/6) des cas. Le grand axe de l'abcès était en moyenne 10 cm (5-12 cm). Le drainage de l'abcès était radiologique chez (5/8) des cas et chirurgical chez (3/8) des cas. Les germes isolés étaient le staphylocoque et le streptocoque dans 62%. La durée de séjour hospitalier était en moyenne 19 jours. L'étiologie de l'abcès était secondaire dans 50% des cas. L'évolution était favorable chez 87% des cas avec 7 cas de et un décès.

Discussion:

L'abcès du muscle psoas-iliaque est une affection rare (0,4%). Il est primitif ou secondaire selon la zone géographique avec plus de 90% des cas en Afrique étant d'origine primaire. L'origine primitive se trouve surtout chez l'enfant et les immunodéprimés. Le tableau clinique est variée non spécifique d'où un retard de diagnostic. L'imagerie à double rôle, diagnostic et thérapeutique par un drainage radio guidé qui est le traitement de référence. Le staphylocoque aureus est l'agent le plus incriminé. Le pronostic dépend du terrain, du type et du délai de diagnostic.

Conclusion:

L'abcès du psoas-iliaque est une pathologie caractérisé par des signes cliniques et des étiologies variés. L'apport de l'imagerie est double diagnostic et thérapeutique. La chirurgie est une option de second choix.

P20. Les abcès hépatiques prise en charge diagnostic et thérapeutique : à propos de 22 cas.

Trimech.W , Ennaceur.F , Touati.M , Korbi.I , Jalleli.M , Noomen.F , Zouari.K
Service de Chirurgie Générale et Digestive; CHU Fattouma bourguiba Monastir

Introduction :

L'abcès du foie a pyogène est une pathologie grave, associée a un risque élevé de morbidité et mortalité. Leur prise en charge diagnostic et thérapeutique s'est largement modifiée en cours de ces dernières années avec l'avènement de la radiologie interventionnelle, permettant ainsi de réduire la mortalité.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective étendue sur une période de 16 ans analysant 22 cas d'abcès hépatiques

Résultat :

L'âge moyen de nos patients était de 58 ans. le Sex ratio était de 1.2. le diabète était retrouvé chez 45.5 % des patients et une pathologie bilio-pancréatique chez 40.9%. les signes cliniques étaient dominés par la fièvre(77.3%) et la douleur de l'HCDt(77.3%). Un syndrome inflammatoire biologique trouvé dans le plupart des cas avec une hyperleucocytose et une CRP supérieure a 150 mg/ml(73.7%) une insuffisance rénale était trouvée dans 40.9% des cas. L'Escherichia coli a été identifiée chez 40.9 % des patients. L'abcès hépatiques était multiple dans 55% des cas lobaire droit dans 60% des cas mesurant plus que 5 cm dans 70% des cas. Un contenu hydro-aérique constaté chez 2 patients. L'origine biliaire était dominante (31.1%). Le traitement consistait en une antibiothérapie seule dans 45.4% des cas, un traitement percutané dans 40 % des cas et un drainage chirurgical dans 4.5 % des cas.

L'âge avancé, le TP bas une CRP supérieure a 150 mg/l et l'ictère consistait des facteurs de mauvais pronostic.

Conclusion :

Le traitement actuel des abcès du foie a pyogène repose sur l'association de l'antibiothérapie au traitement percutané. Le traitement chirurgical est réservé aux abcès multiples, de grande taille,

multi localisés, en cas d'échec de drainage percutané, et lorsqu'il existe une pathologie sous-jacente associée.

P21. Myotomie de Heller par voie coelioscopique À propos de 32 cas

RGUEZ Arib ; waad Farhat ; Azzaza Mohamed ; Amal Bouazzi ; Makram moussa ; mohamed Ben mabrouk; Ali Ben Ali

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 32 patients opérés par voie coelioscopique pour une achalasie de l'œsophage durant douze ans.

Résultats :

L'étude a intéressé 14 hommes et 18 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-duodéal. Tous les malades ont eu une intervention de Heller par voie laparoscopique. L'indication était de première intention chez 24 patients et après échec de dilatations endoscopiques chez 8 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.

Communication orale

P22. Adénocarcinome de l'intestin grêle révélant une maladie de Crohn

Korbi I, Boughanmi F , Jalleli M, Touati M , Ennaceur F , Noomen F, Zouari K.

Service de chirurgie générale et digestive CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

L'adénocarcinome du grêle est une complication très rare de la maladie de Crohn. nous rapportons ainsi un cas opéré dans notre service.

Observation clinique :

Un homme de 60 ans se plaignait depuis plusieurs années de troubles digestifs, principalement diarrhéiques, qui avaient été considérés comme des troubles fonctionnels intestinaux. Admis

dans notre service pour syndrome occlusif. L'exploration chirurgicale montrait une péritonite généralisée suite à une perforation à 10 cm de la valvule iléo-caecale en amont d'une sténose d'allure inflammatoire de l'iléon terminal avec un aspect scléro-lipomateux du mésentère. Une toilette péritonéale et une résection iléo-cæcale et mise à la peau des deux bouts colique et iléale réalisant une stomie à la Bouilly Volkmann était réalisée. L'évolution était favorable sous antibiothérapie. A l'examen anatomopathologique de la pièce de résection iléale qui comportait une sténose de 3.5 cm, il existait un adénocarcinome de type intestinal bien différencié, infiltrant la totalité de l'épaisseur de la paroi, sans envahissement ganglionnaire s avec des embolies lymphatiques. Cette tumeur était développée sur des lésions typiques de la maladie de Crohn. La lésion était classée pT3 N0 M0. Après concertation pluridisciplinaire, un traitement une chimiothérapie adjuvante était réalisée.

Discussion :

L'adénocarcinome du grêle est une complication très rare de la maladie de Crohn.c'est une cause de surmortalité tardive chez les malades atteints de la maladie de Crohn. Le diagnostic simultané d'adénocarcinome du grêle et de maladie de Crohn semble être une situation exceptionnelle. La durée médiane d'évolution de la maladie de Crohn avant la découverte de l'adénocarcinome du grêle est généralement longue. Contrairement aux autres adénocarcinomes du grêle qui peuvent être situés sur tout l'intestin grêle, l'adénocarcinome sur maladie de Crohn est presque toujours développé au niveau de l'iléon terminal.

Conclusion :

L'adénocarcinome du grêle est une complication rare de la maladie de Crohn. Le risque relatif de développer un adénocarcinome du grêle en cas de maladie de Crohn selon la littérature est de l'ordre de 20.La localisation préférentielle est l'iléon, l'âge de survenue est plus jeune (4ème décennie). En cas d'antécédent familial de maladie de Crohn ou de symptomatologie clinique évocatrice, un examen morphologique de l'intestin grêle et un examen proctologique sont recommandés.

P23. Les adénocarcinomes primitifs du duodénum : aspects cliniques et thérapeutiques.

Sarraj.A, Mizouni.A, Azzaza.M, Beltaifa.M,Moussa Makram ; Ben Mabrouk.M, Ben Ali.A.

Sce de chirurgie gle et digestive, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

L'adénocarcinome du duodénum est une tumeur rare qui représente 0,3 % des cancers gastro-intestinales et 40% des cancers de l'intestin grêle. On rappelle, à travers ce travail, les aspects cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection.

Matériel et méthodes :

étude rétrospective descriptive concernant les patients hospitalisés au service de chirurgie générale du CHU de SAHLOUL entre 2007 et 2017.

Résultats :

Notre étude a colligé sept cas d'adénocarcinome chez des patients dont l'âge variait entre 22 et 80 ans avec une moyenne d'âge de 59 ans et un sexe ration à 4 hommes / 3 femmes.Tous hospitalisés dans un tableau d'épigastalgies et vomissements. L'examen clinique n'a pas montré de masse palpable ni d'ictère. La fibroscopie avec biopsies a fait le diagnostic positif et le scanner a déterminer le bilan d'extension dans tous les cas. La tumeur siégeait dans deux cas au premier duodénum, un cas à la jonction entre premier et deuxième duodénum, un cas au niveau du deuxième, un autre à la jonction entre deuxième et troisième duodénum, un cas au niveau du troisième et un dernier au quatrième duodénum.

Quatre patients ont eu une DPC dont un après dérivation et chimiothérapie, un autre a eu une

résection segmentaire distale du duodénum et les deux autres ont eu une dérivation chirurgicale.

Discussion :

Les adénocarcinomes sont retrouvés chez l'adulte entre 40 et 60 ans avec une prédominance masculine. Sur le plan clinique, la douleur et les vomissements sont observés dans 50 à 70% des cas. L'ictère peut être précoce. Le diagnostic positif est posé par la fibroscopie avec biopsies. Le scanner permet de suspecter le diagnostic et de faire le bilan d'extension. L'échoendoscopie trouve une place dans le diagnostic et permet de juger l'extirpabilité pour les petites tumeurs. Le traitement de choix pour Les tumeurs résécables reste chirurgical qui consiste à la DPC permettant d'avoir une survie globale de 5 ans dans 25 à 46% des cas. Pour les tumeurs inextirpables, en raison d'un envahissement vasculaire mésentérique, localement avancées ou métastatiques, on ne peut avoir recours qu'aux simples dérivation chirurgicale ou endoscopique, avec une survie globale de 6 mois.

Conclusion :

Les adénocarcinomes du duodénum représentent une pathologie rare, leur diagnostic repose sur la fibroscopie avec biopsies. Le scanner et l'écho-endoscopie établissent le bilan d'extension. Le diagnostic étant souvent tardif, le pronostic reste sombre en dehors d'une chirurgie curative.

P24. Aéroportie:est-ce toujours un signe de gravité et une urgence chirurgicale ?

Lagha.S, Mizouni.A, Farhat.W, Azzaza.M, Bechikh.Y* , Rguez.A, Ben Mabrouk.M, Ben Ali.A.

Sce de chirurgie gle et digestive, CHU Sahloul, Sousse.

*Sce de radiologie, CHU Sahloul, Sousse.

Introduction:

L'aéroportie est un signe radiologique rare, fréquemment associé à une nécrose digestive. La cause la plus fréquente est l'ischémie mésentérique aigue dont la prise en charge est une urgence chirurgicale. Cependant, un nombre croissant de cas d'aéroportie est rapporté à des causes parfois bénignes ou non chirurgicales. La connaissance de ces différentes causes doit permettre une évaluation au cas par cas du rapport bénéfice/risque d'une laparotomie en urgence. C'est ce qu'illustre l'observation que nous présentons.

Observation:

Patient âgé de 45 ans, a été hospitalisé en réanimation pour poly traumatisme suite a une chute de 5 mètres de hauteur. A l'examen, il était stable sur le plan hémodynamique, une paraplégie incomplète, une douleur a la palpation du grille costal, sans signes d'irritation péritonéale.

Les examens morphologique mettait en évidence une fracture de la première vertèbre lombaire et une luxation LI-L2, de multiples fractures de côtes avec épanchement pleural bilatéral minime, à l'étage abdominal présence d'une aéroportie sans autre lésions associée. La décision a été une réduction de la luxation avec stabilisation du rachis et une surveillance sans laparotomie exploratrice pour l'aéroportie.

Les suites ont été marquées par une régression des troubles neurologiques et une disparition de l'aéroportie au TDM abdominal de contrôle à J6 du traumatisme.

Discussion:

Ce cas clinique pose le problème du diagnostic étiologique d'une aéroportie, puisque longtemps ce signe a été synonyme de mortalité élevée, notamment en raison de la fréquente association

avec l'ischémique mésentérique aigue thrombotique dont le pronostic est sombre. L'aéroportie est un signe radiologique traduisant la présence d'air intravasculaire localisé dans le système veineux porte. Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont évoqués avec les causes pariétales, intraluminales et septiques.

En effet, l'aéroportie sa gravité est celle de son étiologie. Les causes sont classiquement divisées en causes chirurgicales (nécrose intestinale, infection intra-abdominale) et non chirurgicales (coloscopie, traumatisme abdominal fermé...). Le scanner joue un rôle central dans la démarche diagnostique puisque sa sensibilité et sa spécificité pour le diagnostic positif étiologique est élevées.

Conclusion:

Actuellement, l'aéroportie n'est plus un signe formel de haute gravité, et la prise en charge du patient doit être guidée par la clinique. La TDM peut-nous orienté vers les étiologies non chirurgicales. En cas de doute, il ne faut pas hésiter a effectuer une laparotomie exploratrice. Une étude prospective portant sur les scanners réalisés pour des douleurs abdominales et lors des traumatismes, permettrait d'apprécier la gravité réelle associée a l'aéroportie.

P25. Les angiodysplasie du colon : à propos de 9 cas

Trimech.W, Ennaceur.F, Jaouane.W, Korbi.I, Jalleli.M, Noomen.F, Zouari.K

Service de Chirurgie Générale et Digestive; CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

L'angiodysplasie est une malformation artérioveineuse pouvant toucher tout le tube digestif, mais prédominant au niveau du colon. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique et par une difficulté de prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur la période comprise entre janvier 2008 et décembre 2013 incluant 9 cas d'angiodysplasie colique hospitalisés au service de chirurgie générale Fattouma Bourguiba de Monastir.

Résultats :

L'âge moyen de nos patient était de 66,7 ans.la sex-ratio était de 3.5 patients avaient une angiodysplasie de localisation caecale,3 patients avaient une localisation iléocœcale et un patient avait une angiodysplasie sigmoïdienne . les 7 patients hospitalisés pour hémorragie digestive basse ont bénéficié tous initialement d'une FOGD permettant d'éliminer une lésion digestive haute et puis d'une colonoscopie qui a permis d'objectiver des lésions d'angiodysplasie colique dans 5 cas et la présence d'un saignement caecale non spécifique dans 2 cas. Un geste d'embolisation endoscopique par l'adrénaline a été fait au même temps pour 1 cas. L'artériographie a été pratiquée colique dans les 3 cas. chez 3 patients, elle a permis d'objectiver des signes en faveur de l'angiodysplasie.

Conclusion :

L'angiodysplasie du colon représente l'une de principales causes d'hémorragie digestive basse de cause initialement indéterminée survenant après l'âge de 60 ans .son diagnostic repose essentiellement sur la colonoscopie. En cas d'échec ou en cas d'hémorragie abondante et

persistante, une artériographie sélective devient utile dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique.

P26. Torsion of the vermiform appendix in an Adult: A rare intraoperative finding

Rejeb Ahmed, Kawech Aymen, Feidi Bilel, Hdira Maher, Sindi Sihem, Abdelkefi Sofiene , Morjane Abdelwaheb.

Department of General and Digestive Surgery, Aghlabids Unit, Ibn Jazzar Hospital, Kairouan.

Introduction:

Torsion of the vermiform appendix is a rare condition, which was first described by Payne in 1918. Because of the rarity of this condition, the following case is described.

Case report:

A 32-year-old male was presented with a 2 days history of central abdominal pain and vomiting. Pain was localized to the right iliac fossa. On examination, he was afebrile. He had a tender abdomen with rebound tenderness in the right iliac fossa.

No radiological tests were performed. The patient was admitted to the hospital with a presumptive diagnosis of acute appendicitis. The surgical exploration via the standard McBurney incision revealed a dilated gangrenous appendix twisted 720 degrees anticlockwise at its base. A simple appendectomy was performed. His histopathology was consistent with hemorrhagic infarction of the appendix.

Conclusion:

Torsion of the vermiform appendix is a rare disorder, with signs and symptoms are similar to that of acute appendicitis and the diagnosis is usually made at the time of surgery.

The operating surgeons need to be aware of this intraoperative diagnosis and be able to manage it in the theatre.

P27. L'appendagite épiploïque primitive: A propos d'un cas

Mahjoubi F, Bouzidi T, Ben Safta Y, Ben Moussa M

Service de chirurgie générale A Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION :

L'appendagite épiploïque primitive est une pathologie abdominale bénigne secondaire à l'inflammation aiguë d'un appendice épiploïque. Elle représente une des causes rares de douleur abdominale chez l'adulte; c'est un diagnostic à évoquer devant toute douleur abdominale.

MATERIEL ET METHODES :

Dans ce travail, nous rapportons un cas d'appendagite aigue primitive colligé au service de chirurgie A à l'hôpital Charles Nicolle .

OBSERVATION :

Patiente âgée de 61 ans, hypertendue, obèse (BMI à 33), consulte pour douleurs de l'hémi-abdomen droit évoluant depuis 24H sans autres signes associés.

A l'examen, la patiente était apyrétique, l'hémi-abdomen droit était sensible à maximum au niveau du flanc droit avec absence de douleurs à la palpation des fosses lombaires. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire biologique (GB à 12000, CRP à 19), le reste de la biologie était sans anomalies.

Une tumeur colique droite surinfectée a été suspectée en premier devant l'âge de la patiente. Une TDM abdominale a été donc réalisée montrant une infiltration de la graisse mésocolique en regard de l'angle colique droit réalisant un aspect en navette à centre graisseux et périphérie spontanément hyperdense. L'appendice était par ailleurs normal. Le diagnostic d'appendagite aigüe primitive a été porté.

La patiente a été hospitalisée pendant 48h et a été mise sous antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens avec évolution favorable.

CONCLUSION :

L'appendagite épiploïque primitive est une pathologie rare souvent méconnue qui relève d'un traitement médical. Une douleur abdominale d'installation brutale focale dans un des quadrants inférieurs de l'abdomen, peu ou non fébrile et sans trouble du transit doit faire évoquer ce diagnostic. La TDM abdomino-pelvienne permet de poser le diagnostic, et d'éviter ainsi une chirurgie inutile.

P28. La place de la laparoscopie dans le diagnostic étiologique des ascites exsudatives isolées. A propos de 94 cas

Khedhiri N. Haddad D. Ayadi Med F. Hamdi G. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.
Service de chirurgie générale - Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction:

Le diagnostic étiologique de l'ascite exsudative est parfois difficile. La tuberculose et la carcinose sont les principales étiologies de l'ascite exsudative en Tunisie. Le but de cette étude était d'évaluer le rôle de l'exploration laparoscopique dans la gestion des ascites exsudatives d'étiologie non identifiée.

Matériel et méthodes:

Une revue rétrospective (2007-2017) a identifié 94 patients ayant subi une exploration laparoscopique d'ascite exsudative.

Les présentations cliniques, l'examen cytochimique et bactériologique du liquide, et les constatations radiologiques et endoscopiques ont été notés. L'exploration laparoscopique a permis de noter l'aspect macroscopique de la cavité péritonéale et de réaliser des biopsies multiples.

Résultats:

Parmi 94 cas d'ascite exsudative isolée, il y a eu 60 cas de tuberculose et 34 cas de carcinose. L'âge moyen des patients était de 50,9 ans.

Les troubles du transit intestinal et le mauvais état général suggéraient la carcinose, tandis que la fièvre et les sueurs nocturnes étaient significativement en faveur de la tuberculose.

Par ailleurs, l'aspect hémorragique et la présence de cellules atypiques était significativement en faveur d'une carcinose. Cependant l'aspect jaunâtre était suggestif de la tuberculose. L'aspect

laparoscopique de la cavité abdominale était typique de la tuberculose dans 90% des cas et de carcinose dans 84% des cas.

Trois cas de conversion ont été notés. Il n'y avait pas de mortalité chirurgicale et la morbidité était environ de 5,7%.

Conclusion:

Le diagnostic étiologique de l'ascite exsudative reste un défi difficile. Les biopsies péritonéales laparoscopiques sont actuellement le "gold standard".

P29. La Bride Post Opératoire Précoce : une entité rare

Chaouch A, Nacef K, Chaouch MA, Ben Khelifa M, Massaoud M, Ghannouchi M, Fodha M, Helleli K, Boudokhane M

Service de chirurgie générale- Chu Mahdia

INTRODUCTION

Les brides postopératoires précoces sont responsables d'une occlusion intestinale aigüe mécanique du grêle. Le but de ce travail est de rappeler l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge à temps avant l'installation des complications.

OBSERVATION

Patient âgé de 10 ans, opéré pour appendicite aigüe par voie Mac Burney. L'exploration en per opératoire a objectivé un appendice phlegmoneux. Les suites opératoires sont marquées par l'apparition d'un syndrome occlusif à j5 post opératoire associé à plusieurs épisodes de vomissement incoercibles. Un scanner abdominal fait a montré une occlusion du grêle avec un niveau transitionnel au niveau de la fosse iliaque droite. Le patient a eu une aspiration adéquate mais sans amélioration. Donc le patient a été opéré par voie médiane xipho- pubienne avec en per opératoire, présence d'un grêle dilaté en amont d'une bride pariéto-épiploïque. Le grêle souffrant a rétabli une bonne vitalité après une réanimation par le sérum physiologique tiède. Il a eu une section de la bride. Les suites opératoires sont simples.

DISCUSSION

L'occlusion intestinale aigüe sur bride post opératoire peut être précoce survenant avant 6 semaines ou tardive. C'est une urgence chirurgicale. La clinique est évoqué devant un syndrome occlusif en post opératoire et confirmé par la tomodensitométrie qui peut montrer le niveau transitionnel et rechercher les signes de souffrance intestinale. Le traitement est médico-chirurgical afin d'éviter la nécrose intestinale. En l'absence de tableau de strangulation, un traitement conservateur de première intention peut être efficace. La gravité des occlusions postopératoires précoces s'illustre par des chiffres de mortalité compris entre 15 et 22 %.

CONCLUSION

L'occlusion du grêle sur bride est une urgence chirurgicale qui nécessite un diagnostic précoce et une indication opératoire afin d'éviter les complications. Ainsi une dissection atraumatique, un lavage péritonéal abondant et une vérification de l'hémostase doivent être respectés pour diminuer la formation des adhérences.

P30. Tumeur anale de Buschke Lowenstein.

Hasnaoui Anis*, Oumaya Mariem, Haddad Dhafer, Zaafour Haithem, Bouhafa Ahmed, Ben Maamer Anis.

Service de chirurgie générale. Hôpital Habib Thameur

Introduction :

La tumeur de Buschke-Löwenstein ou condylome acuminé géant est une prolifération pseudo-épithéliomateuse appartenant au groupe des carcinomes verruqueux. Elle est caractérisée par son potentiel dégénératif et son caractère récidivant après traitement.

Observation clinique :

Nous rapportons le cas d'un homme de la cinquantaine qui a consulté nos urgences pour douleur anale fébrile. L'examen clinique notait la présence d'une grosse lésion tumorale infiltrée, papillomateuse en chou-fleur, ano-périnéale et scrotale, semblant infiltrer le canal anal au toucher rectal. Par ailleurs, un abcès de la marge anale à 3h en position genu-pectorale. Le patient a été opéré pour l'abcès de la marge anale. Les explorations en post-opératoire ont objectivé une tumeur qui envahissait le sphincter anal. Devant le refus de la chirurgie, on a adressé le patient pour traitement médical voire une radio-chimiothérapie.

Discussion :

La tumeur de Buschke-Löwenstein ou condylome acuminé géant est une prolifération pseudo-épithéliomateuse. Elle est d'origine virale (HPV), de transmission sexuelle atteignant surtout les zones ano-génitales. L'évolution est lente, elle peut être grevée de plusieurs complications dont la dermatite, l'infection, la fistulisation aux organes de voisinage, la nécrose, la sténose anale et l'hémorragie. La transformation maligne constitue l'un des risques évolutifs. Elle a été rapportée dans 30% à 56% des cas. Le traitement est souvent difficile, même si l'histologie confirme la bénignité. La chirurgie reste le traitement de choix pour la majorité des auteurs. Elle doit être suffisamment large voire mutilante pour écarter le spectre de récurrence et espérer une guérison définitive.

Conclusion :

La tumeur de Buschke-Löwenstein est une prolifération épithéliale condylomateuse d'origine virale dont le génie évolutif est incertain avec un risque de transformation en carcinome épidermoïde. Sa prévention est impérative basée sur le traitement des condylomes acuminés et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Le traitement doit être précoce, il est essentiellement chirurgical nécessitant une large exérèse.

P31. Prise En Charge Des Colites Aigues Graves : A Propos De 100 Cas

Rguez Arib ; Waad Farhat ; Mohamed amine ; Mehdi Ben Latifa ; Mohamed Ben Mabrouk ; Ali Ben Ali.

Service de chirurgie générale et digestive CHU sahloul

Introduction :

Colite aiguë grave est une poussée sévère qui complique essentiellement la RCH, quelquefois le Crohn et les colites infectieuses, observée chez 15 à 25 % des malades, pouvant inaugurer la maladie ou survenir à n'importe quel moment de l'évolution. C'est une urgence médico-

chirurgicale, le risque est vital. Son diagnostic est avant tout clinique et repose sur les critères classiques de Truelove et Witts.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective descriptive et analytique incluant 100 patients opérés pour colite aigue grave (CAG) au service de chirurgie générale et digestive de CHU Sahloul sur une période de 17 ans (entre 2000 et 2017)

Résultats :

Il s'agit de 100 cas, 55 hommes, 45 femmes, l'âge moyen était 37,5 ans.

L'incidence annuelle était comprise entre 2 et 14 cas par an, 75 CAG sur MICI (61 RCH, 10 Crohn et 4 colite inclassable), 25 CAG inaugurale.

82 patients ont reçu une corticothérapie dont 25 ont nécessité le recours aux immunosuppresseurs. Tous les patients ont subi une intervention chirurgicale (96 CST, 2 CT+AIR, 2 CPT+AIA).

L'indication était dans 94 % des cas la résistance au traitement médicale et dans 6 cas lors d'une complication.

Morbidité globale de 26 % et la mortalité de 9 %.

Conclusion :

Les Colites graves ne devraient pas tuer, le traitement médical intraveineux intensif des colites graves en a transformé le pronostic, autrefois léthal, la colectomie tardive est associée à un excès de mortalité. La chirurgie est une option thérapeutique qui doit être discutée à chaque étape de la prise en charge et non un traitement à envisager en derniers recours.

P32. Le Traitement De La Colitte Aigue Grave : Apport De La Laparoscopie

Daoud R, Zouari.A, Kchaw Ahmed, Kchaw Ali, Ben Ameer H, Ben amar M,Mzali R

Service de Chirurgie Générale. CHU H. Bourguiba Sfax.

Introduction :

La colite aiguë grave (CAG) est une complication grave des maladies chroniques inflammatoires de l'intestin (MICI) et surtout la rectocolite hémorragique (RCH) Elle constitue une urgence médicochirurgicale dont la mortalité reste de 1 à 3 %. La chirurgie est indiquée en urgence en cas de complication ou échec du traitement médical intensif. La voie d'abord, en urgence, était longtemps la laparotomie. Les bénéfices apportés par la laparoscopie ont incité à étendre son utilisation au traitement chirurgical au cours du CAG.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 18 opérés en urgence durant une période de 6 ans (2012-2017) pour CAG dont 5 ont été opérés par voie coelioscopie.

But du travail :

Etudier, à partir de notre série et d'une revue de littérature, la faisabilité de la coelioscopie dans le traitement des CAG et d'évaluer ses résultats.

Résultats :

L'âge moyen était de 42.22 ans (E : 22-77) avec prédominance féminine (SR à 0,27). 14 patients (77%) étaient suivis pour RCH, 1 patient (5,5%) pour chrohn et la CAG était inaugurale chez 3

patients (16%).

13 patients (72,2%) ont été opérés par laparotomie médiane. 5 patients (27,7%) étaient opérés par voie laparoscopique avec un taux de conversion de 20% (1/5) ayant comme motif une perforation colique.

Aucune reprise chirurgicale n'a été faite quel que soit la voie d'abord.

La durée de séjour post opératoire était en moyenne 20 jours pour les patients opérés par laparotomie alors que cette durée était en moyenne 14 jours pour les patients opérés par laparoscopie.

En termes de complications immédiates liées à la laparoscopie on décrit un seul cas de collection post opératoire traité par antibiothérapie, pour la voie classique, on décrit 2 cas d'infection de la cicatrice et un cas d'éviscération fixée et 1 cas de collection post opératoire traitée médicalement.

Conclusion :

La laparoscopie pour la prise en charge de la CAG est associée à une morbidité et une durée d'hospitalisation plus faibles que la laparotomie.

P33. Les cancers de la vésicule biliaire : modalités diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 30 cas)

Mohamed Azzaza, Abdelkader Mizouni, Ben latifa Mehdi, Farhat Waad, Ben mabrouk Mohamed, Moussa Makram, Ali ben Ali.

Service de chirurgie générale :CHU Sahloul Sousse

Introduction :

Le cancer de la vésicule biliaire est le cancer le plus fréquent parmi les cancers des voies biliaires et le 5ème cancer digestif en Tunisie. Plusieurs facteurs de risque sont incriminés dont le principal est la lithiase vésiculaire. Il pose un problème de diagnostic à cause d'une symptomatologie non spécifique. La chirurgie, quand elle est possible, est le seul traitement curatif et son pronostic reste sombre

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective de 30 cas de cancers de la vésicule biliaire colligés aux services de chirurgie Digestive du CHU SAHLOUL sur une période de 11 ans (Janvier 2004 Décembre 2014).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de $64,7 \pm 13,7$ avec une nette prédominance féminine (63.3%). La lithiase vésiculaire est le principal facteur de risque retrouvé dans 73.3% de cas. La symptomatologie clinique n'était pas spécifique dominée par la douleur abdominale (90%) localisée au niveau de l'hypochondre droit dans 50% de cas, les vomissements (43%), l'ictère (23.3%). L'échographie était l'examen de première intention, elle a évoqué le diagnostic dans 56.6%. La Tomodensitométrie a permis de suspecter le diagnostic dans 70% de cas. Le cancer de la vésicule biliaire était découvert de façon fortuite après examen anatomopathologique des pièces de cholécystectomies dans presque 50% des cas. L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent.. 36.6% des interventions étaient

réalisées à visée curative , 50% à visée palliative,pour les restes un drainage endoscopique ou un simple soins palliatif ont été réalisé .

Conclusion :

Le cancer de la vésicule biliaire est le plus fréquent des cancers biliaires. Son traitement repose sur l'exérèse chirurgicale réalisable chez moins de 30% des malades en raison du caractère souvent avancé des tumeurs au moment du diagnostic. Son pronostic est sombre.Les progrès en endoscopie et radiologie interventionnelle ont permis une amélioration de la prise en charge thérapeutique palliative.

P34. Cancer colorectal en bague à chaton à propos de 13 cas

Mohamed Zied Ben Abdessalem, Amine Gouader, Mohamed Salah Jarrar, Fatma Medhioub, Mohamed Hedi Mraidha, Fehmi Hamila, Rached Letaief

Service de Chirurgie Générale et Digestive – CHU Farhat Hached – Sousse

Introduction: Le carcinome en bague à chaton est une variante histologique peu fréquente et de très haute agressivité. Le but de cette étude est d'analyser les caractéristiques épidémiocliniques et thérapeutiques de ce cancer.

Patients et Méthodes: C'est une étude rétrospective menée au service de chirurgie générale du CHU Farhat Hached Sousse, incluant tous les patients suivis pour un CCR en bague à chaton depuis janvier 2004 jusqu'à décembre 2014.

Résultats: Treize cas de CCR en bague à chaton ont été notés, soit 5.4 % de l'ensemble des CCR colligés. Les sujets jeunes (<50ans) représentaient 58.7% (p=0.026). La tumeur était compliquée au moment du diagnostic dans 30.7% des cas. Sur le plan anatomopathologique, la tumeur siégeait de façon préférentielle au niveau du colon droit et du rectum (46.2% et 38.5% respectivement, p<0.005). Au moment du diagnostic, 84.6% des patients présentaient un stade avancé (III et IV, p=0.018). Les CCR en bagues à chaton ont un taux de résectabilité de 63%, plus faible que les autres types de CCR (P=0,02).

Conclusion: Le carcinome colorectal en bague à chaton tend à affecter les sujets jeunes et se caractérise par un stade avancé au moment du diagnostic avec de faibles taux de résection curative.

P35. Le Carcinome Papillaire Séreux Primitif Du Péritoine

Atri S, Haddad A, El Heni A, Rehaïem A, Maghrebi H, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de chirurgie générale A – Hôpital La Rabta

INTRODUCTION

Le carcinome séreux primitif du péritoine est une pathologie très rare, presque exclusivement rencontré chez la femme. Il apparaît à l'âge adulte avec une moyenne de 60 ans. Le diagnostic est difficile et ne peut être retenu qu'après avoir formellement éliminé la carcinose péritonéale d'origine ovarienne et le mésothéliome péritonéal.

Nous rapportons le cas d'une patiente opérée, en urgence, dans notre service pour le

diagnostic d'une hernie ombilicale étranglée avec découverte en peropératoire d'une masse tumorale se développant aux dépens du péritoine dont l'examen anatomo-pathologique avait conclu à un carcinome papillaire séreux primitif du péritoine.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, sans tares, aux antécédents de ligature des trompes il y'a 30 ans. Elle se plaint d'une tuméfaction ombilicale non douloureuse, évoluant depuis un an et augmentant progressivement de volume qui est devenu douloureuse depuis 24 heures. L'examen aux urgences trouvait une patiente en bon état général et apyrétique qui présente une tuméfaction ombilicale de 10 cm de grand axe, douloureuse, irréductible, non expansive et non impulsive à la toux. La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique avec une fonction rénale et un ionogramme normaux. Une échographie abdominale faite en ville le même jour avait conclu à la présence d'une large hernie sus-ombilicale ayant un collet de 3,3 cm et un sac contenant de la graisse épiploïque d'écho-structure hétérogène témoignant de sa souffrance. La décision était d'opérer la patiente en urgence, et par une incision médiane à cheval sur l'ombilic on découvre une tumeur de 08 cm, dure, irrégulière et polylobée qui semble de développer aux dépens du péritoine et envahissant le muscle grand droit de l'abdomen. On réalise une exérèse de la tumeur passant en tissu sain avec une marge de sécurité de 01 cm. L'exploration de la cavité péritonéale n'avait pas montré d'ascite, ni nodule hépatique, ni d'autres nodules de carcinose, les deux ovaires étaient sains. L'examen anatomo-pathologique et immunohistochimique étaient en faveur d'un carcinome papillaire séreux péritonéal. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien fait en post opératoire n'avait pas montré d'autres localisations tumorales. La patiente a été adressée en chimiothérapie systémique. Le recul est de 6 mois.

CONCLUSION

Le carcinome papillaire séreux primitif du péritoine est une tumeur extrêmement rare avec un pronostic sombre, en effet, la médiane de survie rapportée dans la littérature internationale est de 10 mois. Le traitement habituel associe une chirurgie de cyto-réduction optimale avec une chimiothérapie systémique. La chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale a également été utilisée avec l'obtention sur de petits effectifs de survies prolongées.

P36. Les particularités des cholangiocarcinomes chez les sujets jeunes

Jlassi H, Bibani N, Sabbah M, Trad D, Ouakaa A, Elloumi H, Gargouri D

Service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Habib Thameur

Introduction :

Les cholangiocarcinomes sont des tumeurs rares, diagnostiquées le plus souvent chez les patients de plus de 60 ans. Les sujets jeunes ne sont que très rarement touchés par cette maladie. Ce travail a étudié une cohorte de cholangiocarcinomes de sujets jeunes afin d'évaluer leurs caractéristiques clinico-pathologiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une analyse rétrospective réalisée entre Janvier 2014 et Décembre 2017 incluant des patients de moins de 60 ans au diagnostic et présentant un cholangiocarcinome. Les analyses

descriptives ont été réalisées sur les données épidémiologiques, clinico-biologiques et thérapeutiques.

Résultats :

Neuf patients, soit 33.3% des patients traités pour un cholangiocarcinome dans notre service ont été observés sur la période d'analyse donnée. L'âge médian des patients était de 48.7 ans [40-57ans] avec une prédominance masculine (55.5 %).

Quatre patients (44.4%) étaient cirrhotiques et un patient était suivi pour une cholangite sclérosante primitive. La consommation d'alcool était retrouvée chez 2 patients (22.2%), le tabac chez 4 patients (44.4%).

Les douleurs abdominales le plus souvent de l'hypochondre droit ont été retrouvées chez 6 patients (66.6%), un ictère chez 8 patients (88.8%) et une altération de l'état général chez 7 patients (77.7%). L'examen abdominal avait objectivé une hépatomégalie dans 55.5% des cas.

Biologiquement, une cholestase ictérique a été notée dans 66.6% des cas (n=6) et une cholestase anictérique chez 11.1% des patients (n=1). Le taux sérique moyen du marqueur tumoral CA19.9 était de 4463ng/L [43,21000] et celui de l'ACE était de 78ng/L [4,398].

Le cholangiocarcinome était de localisation péri-hilaire chez 66.6% des patients (n=6) avec une prédominance du type IV de Bismuth (n=4) et intra-hépatique dans 33.3% des cas (n=3). Deux patients étaient métastatiques au moment du diagnostique (22.2%). Un envahissement vasculaire a été noté dans 55.5% des cas. Il existait des adénopathies dans 22.2% des cas.

Aucun malade n'a bénéficié d'un geste d'exérèse, 4 patients (44.4%) ont eu une dérivation biliaire palliative : endoscopique (n=3) ou percutanée (n=1), une chimiothérapie était indiquée dans 44.4% des cas. Une abstention thérapeutique a été décidée pour 4 malades en raison d'une altération profonde de l'état général.

Conclusion :

Les cholangiocarcinomes chez les sujets jeunes sont le plus souvent péri-hilaire et survenant chez des patients cirrhotiques dans la moitié des cas. Chez ces patients le pronostic est davantage lié à la pathologie néoplasique qu'à l'hépatopathie sous-jacente.

P37. Plaies d'une artère hépatique droite suite à une cholécystectomie laparoscopique : a propos de 2 cas

Mahdi ben Abdelkrim, Mohamed Amine ELGHALI, Ikram masoudi, khairi Dhououi, Mohamed hedi Mraidha, Sabri Youssef, Rached Letaief

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

Introduction :

L'artère hépatique droite, naissante de l'artère mésentérique supérieur, est présente chez environ près de 15% de la population.

L'artère hépatique droite peut rejoindre le bord droit et postérieur du pédicule hépatique à travers le triangle de Calot rendant la cholécystectomie laparoscopie délicate

Observations : On rapporte deux observations

1ère observation :

Patiente âgée de 72 ans qui a eu une cholécystectomie cœlioscopie avec comme incident per

opératoire une plaie de l'artère cystique contrôlés. Elle a été réopérée à j5 pour hémoprotéine de grande abondance qui s'est révélé en rapport avec un saignement d'une artère hépatique droite. Le saignement a été contrôlé par 2 points après contrôle du pédicule hépatique. Elle a été réopéré 36heures plus tard pour reprise hémorragique nécessitant une ligature de l'artère hépatique droite. Les suites operatoires était marquées par la survenue de plusieurs complications medicales. Le contrôle TDM à distance a montré l'absence de retentissement sur le foie droit

2ème observation :

Patiente âgé de 42 ans ayant consulté 2 semaines après une cholécystectomie coelioscopique pour hématémèses de grande abondance. Les explorations ont conclu à une hemobilie secondaire à une fistulisation dans la VBP d'un faux anévrysme de l'artère hépatique droite en regard d'un Clip chirurgical. Une embolisation de l'artère hépatique droite a été réalisé et les suites étaient simples.

Conclusion

Les variantes anatomiques rares sont à connaître pour éviter les complications hémorragiques lors de la cholécystectomie

P38. Cirrhose et néoplasies en dehors du carcinome hépatocellulaire

K.Lassoued (1) , D.Trad(1), M.Sabbah (1), N.Bibani(1), A.Ouakaa (1), H.Zaafouri (2), R.Jouini(3) , H.Elloumi(1) , D. Gargouri (1)

Service de Gastro-Hépatologie Hôpital Habib Thameur (1) .

Service de chirurgie générale, Hôpital Habib Thameur(2)

Service d'anatomopathologie, Hôpital Habib Thameur(3)

Introduction

La pathologie néoplasique constitue un problème de santé publique. Les cirrhotiques constituent un terrain à risque pour le développement du carcinome hépatocellulaire (CHC), mais qui peuvent également être affectés par les autres types de cancer. Le but de notre étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des cancers en dehors du CHC chez les cirrhotiques.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui a inclus les patients cirrhotiques ayant des néoplasies en dehors du CHC, hospitalisés entre Janvier 2014 et Avril 2018. Etaient recensées dans cette étude les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Résultats

Nous avons colligé 9 cas avec un âge moyen de 57,4 ans et une nette prédominance masculine (sexe ratio de 8/1). Une intoxication alcoololo-tabagique était présente dans 33% des cas (n=3).

L'étiologie de la cirrhose était virale B dans 33% (n=3), virale C dans 22% (n=2), alcoolique dans 11% (n=1) et non déterminée dans 33% (n=3).

La sévérité de la cirrhose était classée en CHILD A dans 44% (n=4); B dans 22% (n=2) et C dans 33% (n=3).

Trois patients (33%) avaient un cholangiocarcinome dont un révélé par une altération de l'état général et deux autres par un ictère d'allure cholestatique. La tumeur était localement avancée dans les 3 cas, avec une abstention thérapeutique dans 2 cas, et un traitement palliatif par une endoprothèse biliaire dans l'autre cas.

Une tumeur du corps et de la queue du pancréas était trouvée dans 33% (n=3) dont un cas de TIPMP dégénérée, tous révélés par des douleurs abdominales et traités par une chimiothérapie palliative.

Un cas d'adénocarcinome colique (11%) était révélé par une anémie ferriprive et un traitement chirurgical était indiqué.

Un cas d'adénocarcinome gastrique (11%) avec métastases cutanées révélé par des épigastalgies, et traité par une chimiothérapie palliative.

Un cas de tumeur maligne de l'ovaire (11%) avec carcinose péritonéale révélée par des métrorragies post ménopausiques, traité symptomatiquement.

Conclusion

La cirrhose constitue un élément pronostic essentiel dans la prise en charge des cancers, rendant dans la plupart des cas le recours à la chirurgie difficile vu le terrain d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale. Le dépistage des néoplasies chez cette population doit dépasser celui du CHC afin de proposer une stratégie thérapeutique adéquate à un stade précoce.

P39. Une Colite Aiguë Grave révélant une Tuberculose Colique

Ghedira A, Haddad A, Sebai A, Rhaïem R, Ben Mahmoud A, Maghrebi H, Ben Safta Z
Service de Chirurgie Générale A, Hôpital Universitaire La Rabta

Introduction : Malgré les avancées du traitement médical, la colite aiguë grave demeure une complication grave des colites inflammatoires et parfois infectieuses ou médicamenteuses. La tuberculose colique représente une cause exceptionnelle de colite aiguë grave.

Observation Clinique : Patient âgé de 33 ans, sans antécédents, qui présente depuis 04 mois des douleurs abdominales diffuses paroxystiques avec diarrhée à raison de 04 selles/jour. Il consulte pour un syndrome abdominal aigu évoluant depuis 7 jours. L'examen aux urgences avait trouvé un patient en mauvais état général, fébrile à 38°C et tachycarde à 117 bpm avec une sensibilité abdominale diffuse et des rectorragies au toucher rectal. A la biologie on a trouvé une anémie hypochrome microcytaire et une leucopénie à prédominance PNN. La tomodensitométrie abdominale pratiquée a montré un aspect de pancolite avec multiple ganglions et adénopathies nécrosées et un épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance évoquant une origine tuberculeuse mais la recto-sigmoïdoscopie a montré un aspect typique de colite aiguë grave en rapport avec une maladie de Crohn. Le patient a donc été mis sous corticoïdes avec nette aggravation clinique et biologique après 24 heures et un pneumopéritoine à la radiographie du thorax. Le patient a été opéré en urgence, et par une incision médiane sus et sous ombilicale on a découvert une péritonite débutante en rapport avec deux perforations au niveau de l'angle colique gauche ainsi que multiples adénopathies centimétriques disséminées sur tout le mésocolon. On a réalisé une colectomie subtotala avec double stomie séparée. Les suites

opératoires étaient favorables. L'examen histologique de la pièce a montré une colite tuberculeuse en poussée sévère.

Discussion : La colite aiguë grave tuberculeuse simule parfaitement la colite inflammatoire, d'abord par sa présentation clinique mais également sur les constatations endoscopiques qui peuvent trouver un aspect ulcéré. Cette similitude induit généralement le clinicien en erreur par la mise du patient sous corticoïdes ce qui aggrave considérablement la situation quand l'origine est tuberculeuse. Les patients sont donc souvent opérés dans un état précaire avec un pronostic très péjoratif.

Conclusion : La tuberculose est une cause exceptionnelle de colite aiguë grave. Sa rareté et sa forte similitude avec la colite aiguë grave inflammatoire rend le diagnostic presque exclusif sur examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

P40. Collision métastatique péritonéale révélant deux néoplasies synchrones : à propos d'un cas

Aya Khemir¹, Wiem Ben Hmida³, Abir Chaabane¹, Salwa Nechi¹, Amal Khsiba², Amel Douggaz¹, Emna Chelbi¹

¹Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie pathologiques

²Service de Gastroentérologie

³Service de Chirurgie générale

Hôpital Med Taher Mâamouri, Nabeul, Route Mrezka 8000, Tunisie

Faculté de médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

Introduction : La survenue synchrone de deux néoplasies est un phénomène rare. Leur diagnostic à partir d'une collision métastatique (CM) est encore plus rare voire exceptionnel. La CM est définie par la rencontre de deux proliférations malignes issues de deux sites primitivement distincts au sein d'une même métastase. Nous rapportons le cas d'une CM révélant deux carcinomes synchrones, mammaire et ovarien, sur un nodule de carcinose péritonéale.

Observation : Il s'agissait d'une patiente âgée de 45 ans, aux antécédents familiaux de cancer gynécologique, opérée pour péritonite appendiculaire à l'hôpital de Kairouan. L'intervention s'est compliquée au bout de deux mois d'une collection de 10 cm de l'arrière cavité des épiploons. A la reprise chirurgicale, l'opérateur notait des nodules de carcinose dont l'examen anatomopathologique concluait à une métastase adénocarcinomeuse sans autre indication. Un bloc tissulaire nous a été adressé pour relecture. L'examen histologique montrait sur un même fragment péritonéal, la présence d'une prolifération adénocarcinomeuse avec deux composantes morphologiquement distinctes évoquant une collision métastatique. Devant ces aspects atypiques, une large étude immunohistochimique était réalisée confirmant la coexistence d'une double métastase d'origines primitives différentes : mammaire (PAX8-, WTI-) et ovarienne (PAX8+, WTI+). Un scanner Cervico-Thoraco-Abdomino-Pelvien montrait une masse latéro-utérine droite liquidienne cloisonnée de 8,5cm, associée à une carcinose péritonéale et à un nodule du segment III du foie. La mammographie objectivait des nodules bilatéraux ACR4 à gauche et ACR5 à droite. L'examen histologique des microbiopsies

mammaire confirmait la présence d'un carcinome canalaire infiltrant du sein. Les taux sériques des CA15-3 et CA125 étaient élevés. Le reste du bilan d'extension était négatif. Une chimiothérapie était débutée et une enquête génétique était demandée.

Discussion : A notre connaissance, nous rapportons le premier cas de collision métastatique péritonéale révélant deux carcinomes synchrones, ovarien et mammaire, chez une patiente jusque là asymptomatique. Les cas rapportés dans la littérature correspondent à des collisions métastatiques de siège ganglionnaire et pour lesquelles l'une des localisations primitives est souvent déjà connue.

Conclusion : Cette observation souligne l'apport de l'immunohistochimie et notamment des nouveaux anticorps comme PAX8 et WTI dans le diagnostic des métastases d'origine inconnue et souligne l'importance d'un bon échantillonnage biopsique en cas de nodules de carcinose.

La découverte fortuite d'une collision métastatique est rarement rapportée et reste pour le pathologiste un challenge diagnostique.

P41. Characteristics of Colorectal Mucinous Adenocarcinoma

Mohamed Zied Ben Abdessalem, Amine Gouader, Mohamed Salah Jarrar, Fatma Medhioub, Mohamed Hedi Mraidha, Amine Elghali, Rafik Ghrissi, Fehmi Hamila, Rached Letaief
Department of General and Digestive Surgery - Farhat Hached University Hospital of Sousse – TUNISIA

INTRODUCTION: Mucinous adenocarcinoma (MA) accounts for 10 to 15% of colorectal carcinoma. It is generally thought that patients with MA present at a more advanced stage of disease and have a poorer prognosis than those with other types of carcinoma. The purpose of the present study was to clarify the clinicopathological characteristics of mucinous colorectal carcinoma.

METHODS: 37 patients with mucinous and 201 with non-mucinous adenocarcinomas who underwent primary resection in Department of General and Digestive Surgery - Farhat Hached University Hospital of Sousse – TUNISIE, were retrospectively evaluated for clinicopathological features and treatment factors.

RESULTS: The median age of these patients at diagnosis was 54.7 years. More than 50% of patients were younger than aged 50 years. Most tumors were presented in rectum (50%). 77.8% of MA patients had advanced Stage lesions (stage III + IV). Patients with MA had a higher preoperative CEA levels (80% vs 45.8%, $p=0.045$), lower rate of radical resection (78.4% vs 88.1%, $p=0.021$) and higher rates of lymph node involvement (69.4% vs 49%; $p=0.024$). Local recurrence were more frequently observed in patients with a mucinous histology (25% vs 8.3%, $p=0.01$)

Discussion: Mucinous adenocarcinoma (MA) accounts for 10 to 15% of colorectal carcinoma. . MA is distinguished as a subtype of CRC that is more frequently found in female patients. Compared with non-mucinous adenocarcinoma, MA is more often correlated with an advanced stage at presentation, a larger diameter, localisation in the proximal colon, and peritoneal dissemination. Furthermore, MA affect younger patients and are associated with the Lynch syndrome. Documenting MA using findings of both imaging and analysis of pathological

specimens is important and has direct clinical implications. Awareness of the diagnosis of this disease subgroup is important for surgical planning and follow-up surveillance of these patients. It is very important that the removal strategy avoids intraoperative spillage and rupture of gelatinous mucinous cancers into the abdominal cavity. MA tumours are larger and had more risk of incomplete surgical removal. A relative resistance to chemotherapy and radiotherapy of patients with mucinous cancer compared with those with non-mucinous adenocarcinoma was found in many studies.

CONCLUSION: Colorectal mucinous adenocarcinoma patients have worse outcome in comparison to non-mucinous adenocarcinoma patients. Mucinous adenocarcinoma may have special biological behavior, which is an independent prognostic factor for patients with colorectal cancer.

P42. Une hémorragie digestive révélatrice d'un syndrome de Sharp

Tlili.M, Mizouni.A , Said.M.A , Laha.S , Gharbi.L , Ben Mabrouk.M , Ben Ali.A.

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

Les connectivites mixtes ou syndrome de Sharp sont des maladies auto-immunes non spécifiques d'organes. Ils constituent un syndrome regroupant certaines caractéristiques du LES, de la sclérodermie et de la polymyosite. Leurs manifestations cliniques sont polymorphes, l'une d'elles est l'hémorragie digestive.

Observation :

Patient âgé de 47 ans, aux antécédents d'anémie, hospitalisé pour des rectorragies. À l'examen ; stabilité hémodynamique, abdomen souple dépressible, Splénomégalie. La coloscopie a objectivé un saignement en amont de la dernière anse iléale. Devant la dégradation de l'état hémodynamique, on décide d'opérer le malade ; à l'exploration : tout le grêle contient du sang de façon segmentaire, il est parsemé d'innombrables dépôts lipidiques millimétriques, on réalise une entérotomie en regard ; la muqueuse jéjunale était ulcérée sans saignement actif ; on a réalisé une résection du grêle atteint avec une anastomose. L'examen histologique était sans signes de spécificité. L'évolution était marquée par la récurrence hémorragique après un mois sous formes de mélénas, La scintigraphie au GR a montré un saignement actif colique droit. Le patient était opéré, il a eu une colectomie droite avec mise en stomies du bout iléale et transverse. Le patient était exploré par la suite en service de médecine interne pour des manifestations articulaires, des phénomènes de Raynaud, une poussée de pancréatite suivie d'une péricardite ou le diagnostic retenu c'est la connectivite mixte avec atteinte viscérales nécessitant un traitement immunosuppresseur. Le rétablissement de la continuité par voie élective était réalisé après 5 mois avec suite favorable.

Discussion :

L'atteinte digestive a été une des premières localisations extra cutanées reconnues dans les connectivites ; Tous les étages du tube digestif peuvent être intéressés (Troubles de la motricité œsophagienne, Vasculite mésentérique, ulcérations gastrointestinales, infarctus intestinal, pancréatite, ascite, hépatomégalie, Trouble de la vidange gastrique, Cirrhose biliaire

primitive, ictère, insuffisance hépatocellulaire..). Les connectivites mixtes intestinale sont souvent associées à d'autres signes d'activité de la maladie (cutanée, hématologique, rénale, cardiovasculaire ou neurologique). L'Hémorragie digestive dans ce syndrome sont en rapport avec des ulcérations segmentaires d'origine ischémiques surtout au niveau du jéjunum ou avec des ruptures de micro-anévrysmes intestinaux sous muqueux.

Conclusion :

L'atteinte du tube digestif est fréquente au cours de l'évolution de la connectivite mixte et peut être révélatrice de la maladie et peut dominer le tableau clinique et être un facteur prédictif de pronostic défavorable.

P43. Cystadénome hépatique : à propos d'un cas

Ben Ismail Imen, Zenaidi Hakim, Rebi Sabar, Yahmadi Abdelwehed, Zoghalmi Ayoub.

Service de chirurgie générale, CTGB, Ben Arous

Introduction :

Les cystadénomes hépatiques sont des tumeurs kystiques rares et de diagnostic pré-opératoire difficile en imagerie. Ils touchent le plus souvent les femmes de plus de 50 ans. Une attitude chirurgicale radicale, compte tenu du potentiel malin de ces lésions, est recommandée.

Observation :

Nous rapportant le cas d'une femme âgée de 37 ans qui présente depuis 1 an des douleurs de l'HCDt. L'examen clinique trouve une patiente apyrétique avec un abdomen souple légèrement sensible au niveau de l'HCDt, par ailleurs, pas de masse palpable. Le bilan hépatique est sans anomalie. L'écho abdominale montre une formation kystique du segment IV du foie, siège de fines cloisons mesurant 6,1*5,8 cm, la VB est à paroi fine à contenu transonore alithiasique et les VBIH et EH ne sont pas dilatées. Nous avons complété par une IRM hépatique montrant une formation kystique (hyposignal T1, hypersignal T2) aux contours polylobés, multi localisée du segment IV du foie faisant 4,5*6*6 cm, siège de multiples cloisons dont certaines sont épaisses mais régulières réhaussées après Gadolinium, aspect cadrant avec un cystadénome du foie. La sérologie hydatique était négative. Il a été réalisé une kystectomie subtotal, avec coagulation de la partie résiduelle. L'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic de cystadénome hépatique. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Les cystadénomes hépatiques sont des tumeurs rares représentant moins de 5 % des tumeurs kystiques non parasitaires du foie. Ils atteignent huit fois sur dix des femmes dont l'âge est presque toujours supérieur à 40 ans. Leur caractère essentiel est la possibilité de transformation maligne en cystadénocarcinome. Macroscopiquement, ce sont des tumeurs volumineuses dont le diamètre varie de 7 à 15 cm. Les lésions sont fréquemment multiloculaires, séparées par des cloisons et entourées d'une capsule fibreuse. Histologiquement, ces lésions sont le plus souvent à différenciation mucineuse avec ou sans stroma mésenchymateux associé. Le diagnostic de cystadénome du foie repose principalement sur l'échographie et l'examen tomographique du foie.

Conclusion :

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.

P44. Cystadénome séreux du ligament large : A propos d'un cas

Chamakhi A , Mokadem S, Zenaidi H, Rebi S , Zoghlami A

Service de Chirurgie Générale CTGB

Introduction :

La découverte d'une masse abdomino-pelvienne à l'examen pose souvent un problème de diagnostic étiologique rattachant la masse à un organe précis, de potentielle malignité et par la suite de démarche thérapeutique.

Les cystadénomes séreux représentent 15% des tumeurs bénignes ovariennes. Elles sont généralement de petite taille <5 cm et sont majoritairement traitées par voie coelioscopique.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans, sans ATCDs, qui nous consulte pour des douleurs abdominales à type de pesanteur évoluant depuis 3 mois!;

À l'examen, on trouve une volumineuse masse abdomino-pelvienne faisant 20cm de grand axe non fixée, rénitente, indolore; le reste de l'examen est sans anomalies.

Elle a été explorée par une échographie abdominale objectivant une formation kystique uniloculaire de 24cm abdomino-pelvienne d'aspect non univoque.

On a complété par une TDM abdominale concluant à une volumineuse lésion abdomino-pelvienne intrapéritonéale de densité liquidienne; mesurant 21*20*8,5cm dont le pôle supérieur se trouve au niveau de la racine du mésentère arrivant jusqu'à la face antérieure de l'utérus et du dôme vésical et venant au contact de l'ovaire gauche; sans signe de malignité. Cet aspect pouvant cadrer avec une lésion kystique d'origine ovarienne; un lymphangiome kystique ne peut être écarté.

Elle a été opérée le 10/01/2017 par voie médiane. À l'exploration, on trouvait une masse liquidienne sans végétation de 20 cm de grand axe développée dans le ligament large de l'annexe gauche. On a procédé à une ponction aspiration avec vidange du kyste ayant ramené 3litres de liquide clair; puis une exérèse de la masse après une dissection au contact de sa paroi avec conservation des annexes.

Les suites opératoires étaient simples avec une patiente sortante à J03 post op.

L'examen de la pièce anatomo-pathologique conclut à un cystadénome séreux bénin du ligament large.

Actuellement on est à 18 mois de recul, la patiente est totalement asymptomatique.

Conclusion :

L'imagerie est d'un apport indéniable lors de la découverte d'une masse abdomino-pelvienne; l'échographie et le scanner permettant dans la majorité des cas de statuer concernant l'origine, les rapports et la malignité de ces lésions ce qui donne au chirurgien un certain confort lors du traitement de certaines masses. La laparotomie garde son intérêt d'emblée lors du traitement de volumineuses masses potentiellement malignes et dont la résection coelioscopique pourrait

s'annoncer difficile.

P45. Les Aspects Cliniques Et Evolutifs Des Tumeurs Desmoides : A Propos De Trois Cas

Chaouch A, Nacef K, Maatouk M, Khelifa M, Ghannouchi M , Bouzayène M, Boudokhane M
Service de chirurgie Mahdia

INTRODUCTION

Les tumeurs desmoides appelées plus couramment fibromatoses agressives, sont des tumeurs bénignes et rares des tissus mous d'origine musculo-aponévrotique. Cliniquement, elles sont révélées par une masse. L'IRM a un grand intérêt diagnostique.

L'objectif de ce travail est d'étudier les aspects cliniques et évolutifs de ces tumeurs rares et de montrer l'apport de l'imagerie dans l'orientation diagnostique.

MATERIELS ET METHODES

Nous rapportons une série de trois cas de tumeurs desmoides colligés au sein du service de chirurgie générale de l'hôpital Tahar Sfar Mahdia durant une période de 10 ans, allant de 2005 à 2015.

RESULTATS

Tous nos patients sont de sexe féminin avec un âge moyen est de 35 ans. L'examen clinique a révélé une masse solide de consistance ferme de la paroi antérieure de l'abdomen chez tous les malades avec une taille moyenne de 6 cm. Une échographie des parties molles a été pratiquée dans 2 cas objectivant une masse hypoéchogène bien limitée du muscle grand droit. Le scanner abdominal a montré une masse tissulaire qui se rehausse après injection de produit de contraste. Une exérèse large est faite dans les 3 cas. Les suites sont simples dans 2 cas, et une récurrence était notée chez 1 cas nécessitant la ré opération.

DISCUSSION

Les tumeurs desmoides sont des tumeurs des tissus mous, développées à partir du tissu conjonctif. Elles représentent 0.03% de toutes les tumeurs. L'examen de lère intention est l'échographie des parties molles mais l'aspect est peu spécifique.

L'IRM est l'examen de choix et peut montrer une masse hétérogène, mal limitée en iso signal T1 par rapport au muscle, hyper signal T2 se rehaussant de façon hétérogène après injection de PDC avec présence de septa internes et d'une pseudo-capsule hypo intense.

L'évolution de ces tumeurs est lente avec une récurrence fréquente conduisant à des chirurgies itératives et mutilantes.

L'adjonction d'une radiothérapie ou une hormonothérapie à la résection tumorale peut être préconisée mais son intérêt est discuté.

La surveillance post opératoire de ces tumeurs doit être rigoureuse et poursuivie pendant plusieurs années.

CONCLUSION

Les tumeurs desmoides sont des tumeurs rares caractérisées par un profil génétique, étiopathogénique et évolutifs particulier. L'évolution de ces tumeurs est lente avec une récurrence fréquente conduisant à des chirurgies itératives et mutilantes.

P46. Les dilatations congénitales de la voie biliaire principale

Ben Hassine H.T; Toumi O ; Bouchrika A ; Ennaceur F ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.

Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

INTRODUCTION :

Les dilatations kystiques des voies biliaires (DKVB) sont des malformations rares.

Leur diagnostic se fait souvent lors de complications et repose sur une imagerie performante.

Le traitement est fonction de la classification radiologique.

Cette entité pathologique expose à plusieurs complications dont la plus grave est la dégénérescence à long terme.

BUT : Notre travail a pour objectif d'étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques des DKVB à travers une analyse rétrospective de 9 observations colligées au service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir.

MATERIEL ET METHODES :

Etude rétrospective à propos de 9 observations colligées au service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir.

RESULTATS :

Il s'agit de 3 hommes et 6 femmes d'âge moyen de 38 ans. Le diagnostic a été établi grâce aux données échographiques, tomodensitométriques et à la bili-IRM. Nos patients étaient répartis selon la classification de Todani en type I dans 7 cas et type IV dans 2 cas. Le traitement chirurgical était une résection complète de la voie biliaire principale et une cholécystectomie avec rétablissement de la continuité sur une anse montée en Y à la roux. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 7 cas. 2 patientes ont présenté une collection sous hépatique par fuite anastomotique et ont nécessité un drainage chirurgical. La mortalité était nulle.

CONCLUSION :

Les DKVB sont rares, dont le diagnostic et la classification reposent actuellement sur la bili-IRM. Le traitement est chirurgical, adapté selon la classification de Todani. Cette chirurgie, à temps, permet de prévenir les complications évolutives de cette affection.

P47. Diverticule caecal abcédé : diagnostic différentiel d'un abcès appendiculaire

Ben Ismail Imen, Rebi Saber, Zenaidi Hakim, Yahmadi Abdelwehed, Zoghلامي Ayoub.

Service de chirurgie générale, CTGB, Ben Arous

Introduction :

La maladie diverticulaire du côlon droit est une entité rare dans les pays occidentaux, elle représente 1,5% de l'ensemble des diverticulites aiguës, contrairement aux pays asiatiques, où elle est endémique. Le diagnostic est rarement posé en préopératoire et souvent pris à tort pour une appendicite aiguë. Nous rapportant le cas d'un diverticule caecal compliqué d'abcédation mimant le tableau d'un abcès appendiculaire.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 22 ans, sans ATCDs, admis pour des douleurs de la FIDte associés à des vomissements, évoluant depuis 3 jours. A l'examen, le patient est fébrile à 38.5, présente

une défense de la FIDte avec palpation d'une masse. A la biologie, on note un SIB avec hyperleucocytose à 21600 et CRP à 263. Il a été exploré par une écho abdominale, montrant une formation borgne de 12 mm associée à un épanchement abondant de la FIDte et une infiltration de la graisse autour. Le diagnostic d'abcès appendiculaire a été retenu. Le patient a été opéré par voie de Mac Burney, l'exploration a trouvé une masse de 6 cm au dépend du mésocolon droit avec plusieurs ADP au niveau du mésocolon et du mésentère. Par ailleurs, l'appendice ainsi que la DAI sont macroscopiquement sains. Une résection iléo-caecale a été réalisée et l'examen anapath a conclu à un diverticule du colon droit compliqué d'abcédation.

Discussion :

Les diverticulites du côlon droit sont rares en Occident : elles représentent environ 1 cas/300 appendicectomies. Le pic de prévalence est de 40 à 45 ans avec un sexe ratio égal à 1. Dans 70 à 100 % des cas les patients présentent les symptômes d'une appendicite aiguë, parfois d'une péritonite localisée. La tomodensitométrie est l'examen d'imagerie le plus performant pour évoquer ce diagnostic. Dans la majorité des cas il s'agit d'une découverte opératoire au cours d'une appendicectomie par voie de Mac Burney ; la stratégie chirurgicale dépend alors du degré de suspicion du diagnostic et de l'extension des lésions, allant d'un traitement « conservateur » (appendicectomie), à un traitement chirurgical limité (diverticulectomie) à un traitement chirurgical étendu (résection iléo-caecale ou colectomie droite) ; en cas de forme compliquée (abcès, péritonite localisée) le traitement est souvent d'emblée chirurgical.

Conclusion :

Le traitement de la diverticulite du côlon droit dépend de la sévérité de sa présentation. Lors d'une diverticulite non compliquée, un traitement conservateur est à recommander. En cas de découverte peropératoire, une appendicectomie avec une résection a minima est à envisager au maximum, mais une antibiothérapie simple peut être licite également.

P48. Traitement par voie laparoscopique d'un diverticule caecal perforé.

Itaimi Ahmed, Abderahmen Ammar*, Triki Wissem, Baraket Oussema, Bouchoucha Sami.

Service de chirurgie Générale Habib Bougatfa, Bizerte.

*Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Ariana.

Introduction

La localisation caecale de la maladie diverticulaire du colon est une entité rare. La complication la plus fréquente retrouvée au cours de la diverticulose colique droite est l'hémorragie. Les complications infectieuses et inflammatoires sont rares. Leur diagnostic est parfois difficile et pose des problèmes thérapeutiques.

Observation clinique

Femme âgée de 30 ans qui s'est présentée aux urgences pour douleur fébrile de la FID évoluant depuis 2 jours. L'examen clinique trouvait une défense de la FID avec une fièvre à 38. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose. La patiente était opérée en urgence par voie coelioscopique. L'exploration peropératoire trouvait un diverticule caecal antérieur du bord anti mésentérique, perforé et colmaté par l'épiploon et la dernière anse iléale. Le reste du colon ainsi que l'appendice étaient d'aspect normal. La patiente avait une toilette péritonéale

avec suture de la perforation et drainage. Les suites opératoires étaient simples. Une colonoscopie pratiquée à 3 mois post opératoire montrait quelques diverticules non compliqués du colon transverse.

Discussion

Le diagnostic d'un diverticule caecal compliqué est difficile à établir en préopératoire. Le tableau clinique évoque souvent le diagnostic d'une appendicite aigue. Les explorations morphologiques (échographie et scanner) représentent une aide diagnostic.

La méconnaissance préopératoire de ce diagnostic conduirait à une intervention inutile.

Les attitudes chirurgicales sont très variées et peuvent consister en une diverticulectomie, une résection iléocœcale, voir même une hémicolectomie droite.

Conclusion

Le traitement des diverticules compliquées du caecum demeure non consensuel. L'étendue de l'inflammation, l'expérience du chirurgien et le moment de découverte sont les principaux éléments décisionnels.

P49. Diverticule duodénal comprimant la VBP

Krichene.j ; Harbi .H ; Chaabouni A ; Kchaou A ; Affes .N ; Mzali .R

Service de Chirurgie Générale. CHU H. Bourguiba Sfax.

Introduction :

Les diverticules duodénaux représentent la deuxième localisation diverticulaire après le colon. Il est la plupart du temps asymptomatique et de découverte fortuite. Il devient symptomatique dans 1 % à 5 % des cas .nous rapportons le cas d'un diverticule juxta papillaire compliqué d'une obstruction importante bilio pancréatique

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans , HTA qui consulte pour douleur de l'HCDD type colique hépatique associée à un ictère à rechute évoluant depuis 1 an .A l'examen Apyrétique ; anictérique ,abdomen souple dépressible douleur à la palpation de l'HCDD et de la région épigastrique. A la biologie elle avait une cholestase et cytolysé hépatique. La patiente a été explorée par une échographie abdominale qui a montré uneVésicule biliaire lithiasique ; dilatation de la VBP à 2 cm et des voies biliaires intra hépatiques Le Pancréas légèrement tuméfié au niveau de sa tête. Un complément par ne TDM abdominale a montré La voie biliaire principale est dilatée à 2 cm, tortueuse en amont d'un diverticule duodénal de 36*27mm Pancréas d'aspect normal .La patiente a eu une exclusion duodénale avec double dérivation .les suites opératoires ont étaient marquées par la survenu de douleurs épigastriques et vomissements transitoires qui ont étaient explorées par une TDM et une FOGD qui étaient sans anomalies

Conclusion :

Diverticule Duodénal Juxta-papillaire fréquent ,Ses complications sont rare

S' il existe une complication bilio pancréatique le traitement endoscopique interventionnel est préconisé en 1 ère intension

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec ou d'impossibilité du traitement

endoscopique

P50. Diverticule géant du sigmoïde : A propos d'un cas

El Heni A, Rhaïem R, Sebei A, Maghrebi H, Haddad A, Rebai W, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de Chirurgie Générale A, Hôpital Universitaire La Rabta

1/ Introduction

Le diverticule géant du côlon est une forme rare et inhabituelle de la maladie diverticulaire siégeant préférentiellement sur le côlon sigmoïde. Sa présentation est variable depuis la masse abdominale asymptomatique jusqu'à l'abdomen aigu chirurgical.

2/ Observation Clinique

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 70 ans, hypertendue, qui consulte dans un tableau péritonéo-occlusif évoluant depuis trois jours. A l'examen, elle avait un état général moyen avec une fièvre à 38° et une défense abdominale généralisée. A la biologie, elle avait un syndrome inflammatoire biologique avec une fonction rénale conservée. Une TDM abdominale faite en urgence, a objectivé un pneumo-péritoine avec une solution de la continuité de la paroi colique. Elle a été opérée par voie médiane. Il y avait une péritonite stercorale généralisée en rapport avec un diverticule géant perforé du colon sigmoïde. Nous avons réalisé une sigmoïdectomie avec confection d'une stomie à la Hartman et une toilette péritonéale. Les suites opératoires ont été marquées par un état de choc septique et le décès de la patiente après 24h.

3/ Discussion:

La diverticulose colique est une affection très fréquente mais les diverticules géants du côlon sont rares. Leur siège préférentiel est le côlon sigmoïde. Les diverticules géants du côlon peuvent être asymptomatiques et découverts de manière fortuite par un examen de routine ou un lavement baryté. Ils entraînent le plus souvent une douleur abdominale vague et se traduisent par une masse palpable. Ils sont rarement révélés par une complication : hémorragie digestive basse, perforation cloisonnée ou en péritoine libre, occlusion, volvulus, fistulisation dans un organe de voisinage. La radiographie de l'abdomen sans préparation peut suffire au diagnostic en montrant une image aérique circonscrite de plusieurs centimètres de diamètre et de siège antérieur lorsque le diverticule est rempli d'air. Le scanner abdominal peut compléter le diagnostic par l'étude des rapports avec les organes adjacents. La résection chirurgicale est le traitement de choix des diverticules géants du côlon. En cas de complication, la stratégie opératoire est adaptée au cas par cas et rejoint celle des diverticulites abcédées et/ou perforées.

4/ Conclusion:

Le diverticule géant du côlon est rare, survenant dans un contexte de diverticulose colique, généralement peu symptomatique, mais pouvant entraîner une complication aiguë. La résection colique réglée est le traitement de choix de ces diverticules géants en raison du génie évolutif de la maladie diverticulaire et de la faible morbidité postopératoire.

P51. Diverticule vrai du tiers inférieur de l'œsophage : entité rare

Khedhiri N. Benzarti Y. Haddad D. Ayedi Med F. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.
Service de chirurgie générale - Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction :

Les diverticules de l'œsophage thoracique sont rares avec une prévalence de entre 0,2 et 0,8 %. Il s'agit en général de pseudo-diverticules, associés à un trouble moteur de l'œsophage. Les diverticules vrais ne représentent que 20% de l'ensemble de diverticule œsophagien. Nous rapportons un cas de diverticule œsophagien vrai du tiers inférieur de l'œsophage.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 38 ans qui a consulté pour des régurgitations et dysphagie. L'examen clinique et la biologie étaient sans anomalies. La FOGD a objectivé un diverticule de l'œsophage à 38 cm des arcades dentaires. Le TOGD a mis en évidence un diverticule du tiers inférieur, avec un large pertuis de 23 mm. La manométrie et la pH-métrie étaient sans anomalies. Le patient a eu une diverticulectomie par thoracotomie postéro-latérale droite. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Les diverticules vrais de l'œsophage ne représentent que 20% de l'ensemble des diverticules œsophagiens. Leur origine est congénitale ou acquise, dans ce dernier cas ils résultent alors de la cicatrisation rétractile d'une adénite granulomateuse, il s'agit de diverticules dits «de traction». Ils sont constitués de toute la paroi œsophagienne et siègent volontiers au tiers moyen de l'œsophage. Le plus souvent ils sont à développement droit, lorsqu'ils siègent sous la bifurcation bronchique. S'ils se développent sur la face gauche de l'œsophage, ils siègent au-dessus de la bifurcation bronchique. Ils sont asymptomatiques dans 50% des cas. Dans les autres cas la symptomatologie peut être faite de dysphagie, régurgitation, halitose, douleur thoracique atypique, troubles respiratoires et signes de pneumopathies d'inhalation et parfois une complication tel qu'une surinfection ou une perforation. Les examens préopératoires indispensables sont le transit oeso-gastro-duodénal, la fibroscopie et la manométrie. Le traitement chirurgical est indiqué pour les patients qui sont très gênés par leurs symptômes, en tenant compte du risque de morbidité et de mortalité, et consiste en une diverticulectomie avec un risque de fistulisation dans 5 à 18% des cas.

Conclusion :

Les diverticules vrais de l'œsophage sont rares. Le diagnostic est confirmé par la fibroscopie digestive et le TOGD. Le traitement chirurgical n'est indiqué que chez des patients bien sélectionnés. La thoracoscopie semble offrir un plus dans le traitement des diverticules œsophagiens.

P52. Emergency presentation of colorectal cancer

Mohamed Zied Ben Abdesslem, Fatma Medhioub, Mohamed Salah Jarrar, Amine Gouader,
Mohamed Hedi Mraidha, Fehmi Hamila, Rached Letaief
Department of General and Digestive Surgery - Farhat Hached University Hospital of Sousse –

TUNISIA

Introduction: Colorectal cancer's (CRC) incidence has increased over the past three decades, due largely to screening efforts. The CRC incidence and mortality rates are decreasing among all age groups. However colorectal cancer commonly presents first as an emergency and is likely to be complicated by bowel obstruction/perforation requiring more difficult procedures, with poorer outcomes.

Methods: All cases of colorectal cancer at the Department of General and Digestive Surgery of Farhat Hached University Hospital of Sousse over a 13 years period were studied in order to compare emergency and nonemergency presentations. Patient demographics, clinical parameters, and outcomes were compared.

Results: During the study period, 266 patients (mean age 62.57 years) required treatment for colorectal cancer. Of these 266 patients, 70 (26.3%) presented on an emergency basis; 74.3% of these 70 emergency patients presented with obstruction, 25.7% with perforation, and 5.7% with hemorrhage. Eight percent of the emergency patients had previously undergone a colonoscopy compared with 92% of the nonemergency patients. Emergency patients had a worse pT stage (pT3: 82.6% vs. 61.2%; pT4: 17.4% vs. 10.2%, $P < 0.05$), and were more likely to present with metastases (23.1% vs. 13%, $P = 0.034$), more lymphovascular invasion (28.9% vs. 14.5%, $p = 0.029$) and more positive surgical margins (19.2% vs. 10.1%, $P = 0.41$).

Discussion: Colorectal cancer may present acutely as a surgical emergency. Common emergency presentations include large bowel obstruction, perforation, and hemorrhage. Patients who presented as an emergency tended to be older and were more likely to be women. More patients with left-sided lesions presented as an emergency and more emergency patients had evidence of local or metastatic spread at laparotomy. The presentation of a patient with these conditions can lead to higher morbidity and mortality. The choice of operation depends mainly on the site of the disease (left-sided versus right-sided), the patient's physical condition, nutritional status, and age. There are many therapeutic options such as primary or staged resections, Hartman's procedure, subtotal-colectomy, or colostomy. Other therapies involve non-operative techniques such as laser therapy, colonic stenting, emergency endoscopy, and comfort measures. Cancers resected emergently are typically of a more advanced T stage, higher histologic grade, and more likely to exhibit lymphovascular invasion.

Conclusions: Emergency patients had worse outcomes than nonemergency patients, in agreement with findings in the literature. The prospect of an aging population and the results of this study both support establishing a national screening program to reduce the costly incidence of colorectal cancer emergencies.

P53. Endométriose Pariétale : A Propos De 8 Cas

Trimech.W, Ennaceur.F, Aissi.R, Chaka.A, Korbi.I, Jalleli.M, Noomen.F, Zouari.K
Service de Chirurgie Générale et Digestive; CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : L'endométriose de la paroi abdominale est une entité clinique rare. Elle continue à poser des Problèmes d'ordre diagnostique devant le manque de spécificité des signes cliniques et la manque des performances des examens complémentaires. Notre travail vise à

décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et para cliniques de l'endométriose. Matériels et méthodes :Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 8 cas hospitalisée à notre service chez qui le diagnostic d'endométriose de la paroi abdominal a été retenu après confirmation histologique, durant une période de 3 ans. Résultats :Dans notre série, chez 7 patientes la lésion pariétale se développait après une césarienne. L'intervalle entre la césarienne et l'apparition des premiers symptômes était en moyenne de 4,3 ans. Une lésion à localisation ombilical. Seulement trois patientes ont présenté un tableau clinique typique avec des douleurs rythmées par le cycle menstruel. L'échographie pariétale a été réalisée de première intention chez 7 patientes. Le diagnostic d'endométriose pariétale en préopératoire a été retenu dans seulement trois cas de la série. Une exérèse complète de la lésion a été réalisée dans tous les cas. Le diagnostic a été retenu sur l'examen histologique de la pièce opératoire pour tous nos cas. Aucune récurrence n'a été notée dans tous les cas avec un recul de 22 mois. Conclusion :Au terme de ce travail, on peut dire que tout praticien doit suspecter le diagnostic d'endométriose de la paroi abdominale devant tout syndrome tumoral pariétal de l'abdomen et chez une femme en période d'activité génitale. La confirmation ne peut être qu'histologique. Le meilleur traitement est chirurgical et consiste en une exérèse complète et large de la lésion. Des rares cas de transformation maligne de l'endométriose pariétale ont été décrits.

P54. Rectal endometriosis mimicking a rectal cancer. A case report.

Mohamed Zied Ben Abdesslem, Fatma Medhioub, Fehmi Hamila, Mohamed Salah Jarrar, Mohamed Hedi Mraidha, Amine Elghali, Rached Letaief
Department of General and Digestive Surgery - Farhat Hached University Hospital of Sousse – TUNISIA

Introduction: Endometriosis is a common finding in premenopausal women and a significant number of cases presenting digestive tract involvement at the time of diagnosis.

Case report: We report the case of a 32 year-old woman with no particular history. She complained of abdominal pain and inability to have a bowel movement or pass gas. To be noted that these symptoms did not appear during menstruation. Examination and abdominal X-ray confirmed the bowel obstruction. A CT-scan of the abdomen and the pelvis showed a rectal tumor and bilateral ovarian cysts. A decision was made to perform surgery and the patient had a loop colostomy via an elective approach. Rectoscopy was performed three times and showed an impassable obstructing mass at 8 cm above the anal verge. The pathologic report revealed fragments of mucosa consistent with rectal endometriosis. The abdomino-pelvic MRI showed a mass extending from the posterior wall of the vagina to the middle rectum causing wall thickening and stenosis of the lumen and the bilateral ovarian cysts. The patient had received the GnRH agonist for 6 months. The evolution was characterized by the disappearing of the ovarian cysts and the persistence of the rectal tumor. We performed an anterior resection of the rectum. The histopathological study of the specimen confirmed that it was endometriosis involving the full thickness of the bowel wall with no evidence of malignancy.

Discussion: Endometriosis is an ectopic implantation of the uterine endometrial tissue. Most victims are in their reproductive age and often with associated pelvic pain and infertility.

Gastrointestinal involvement is known to occur in 3 to 37% of cases, recto-sigmoid being the most common site of involvement. The lack of pathognomonic signs makes the diagnosis difficult mostly because the main differential diagnosis is with neoplasm. Colonoscopy and CT scan are essential for the diagnosis of intestinal endometriosis but in these patients an MRI seems to be the most sensitive imaging technique. when performed, biopsies should be deep and multiple. Treatment options consist of medical (GnRH agonists) and surgical treatment. Conclusion: Our case mimicked at first a rectal cancer because of similar radiological and endoscopic findings. Only deep and multiple biopsies allowed us to recall the diagnosis of rectal endometriosis. In our report, we try to impress the fact that this differential should always be considered especially in women of reproductive age presenting with colorectal neoplasm-like symptoms.

P55. Epidermolyse bulleuse à localisation œsophagienne : à propos de deux cas.

Rania Osman ;Waad Farhat ;Ghabri Linda Bouazzi Amal ;Ben Latifa Mehdi ;Azzaza Mohamed , Ben Mabrouk Mohamed Ali B Ali.

Service de chirurgie générale, CHU Sahloul,Sousse

Introduction :

L'atteinte œsophagienne est une complication rare de la forme acquise de l'épidermolyse bulleuse (EBA) .La formation de cicatrices qui en résulte conduit à une sténose invalidante de l'œsophage.

Matériel et Méthodes :

Nous rapportons les observations de deux patientes opérées pour une EBA à localisation œsophagienne.

Résultats :

Observation I :

Patiente âgée de 32 ans suivie pour EBA avec localisation œsophagienne compliquée de sténose. Elle avait eu cinq séances de dilatation dont la dernière s'est compliquée d'une perforation. La patiente a été opérée en urgence, elle a eu une oesophagectomie avec jéjunostomie d'alimentation suivi six mois plus tard d'une reconstruction œsophagienne par gastroplastie.

Observation 2 :

Patiente âgée de 28 ans connue porteuse d'une EBA avec localisation œsophagienne compliquée d'une sténose traitée par deux dilatations endoscopiques sans succès thérapeutique. La patiente a été opérée et a eu une oesophagectomie avec reconstruction œsophagienne par gastroplastie.

Les suites opératoires étaient simples pour les deux patientes.

Discussion :

L'épidermolyse bulleuse acquise (EBA) est la plus rare des maladies bulleuses auto-immunes (MBAI). Elle est secondaire à la production d'auto-anticorps dirigés contre le collagène VII et à leur fixation sur les fibrilles d'ancrage de la zone de la membrane basale des épithéliums malpighiens. La localisation œsophagienne est grave dont tableau clinique se traduit souvent par une dysphagie.

L'échec du traitement endoscopique sous forme de dilatations œsophagiennes, laisse la place à

la chirurgie œsophagienne. L'acte opératoire se traduit par une œsophagectomie avec une reconstruction œsophagienne. Une gastroplastie est, si possible, souhaitable.

Conclusion :

L'épidermolyse bulleuse acquise est la plus rare des maladies bulleuses auto-immunes. La perforation œsophagienne est une complication rare et survient en général au cours d'une dilatation de sténose œsophagienne, elle-même en rapport avec une cicatrisation des ulcérations muqueuses.

P56. Facteurs prédictifs de régression tumorale complète après radio-chimiothérapie pour adénocarcinomes du moyen et bas rectum

Sebei A, Maghrebi H, Atri S, Selma K*, Rhaiem R, Ferial K**, Haddad A, Rebai W, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de chirurgie générale A – Hôpital La Rabta

*Service de chirurgie carcinologique – Institut Salah Azaiez

** *Service d'oncologie médicale– Institut Salah Azaiez

Faculté de médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

Introduction:

La prise en charge des adénocarcinomes du moyen et bas rectum classés T3, T4 et/ou N+ repose sur la radio-chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'une chirurgie. L'objectif est de déterminer les facteurs prédictifs de réponse tumorale complète après radio-chimiothérapie.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, menée de Janvier 2008 à Décembre 2016, incluant les 76 patients ayant un adénocarcinome du moyen ou bas rectum non métastatique.

Résultats :

L'âge moyen était de 60 ans. Il s'agissait d'une tumeur du moyen rectum dans 60% des cas et du bas rectum dans 40% des cas. La réponse histologique était complète dans 25% des cas.

En analyse univariée les facteurs prédictifs étaient: le siège ($p=0,043$), la taille inférieure à 3 cm ($0,026$), la fixité ($p=0,001$), la transfusion ($p=0,016$), la bonne différenciation ($p=0,038$) et les taux de l'ACE et du CA 19-9 après RCT ($p=0,005$ et $0,0001$).

En analyse multivariée : le siège tumoral ($p=0,04$) et la taille inférieure à 3 cm ($p=0,028$).

Conclusion : L'identification de ces facteurs serait utile à la décision d'une stratégie thérapeutique définitive.

P57. Cancer du foie dans la région Nord de la Tunisie :

Profil épidémiologique et anatomo-clinique entre 2007 et 2009

I.Sonia Dhaouadi ;Molka Osman;Mohamed Amine Bennour ;Wided Ben Ayoub;Mohamed Hsairi

Service Epidémiologie et Biostatistiques , Institut Salah Azaiez

Introduction :

Le cancer du foie est l'un des cancers digestifs les plus agressifs.

C'est le 4ème cancer dans le monde en terme d'incidence et la 2ème cause de mortalité par

cancer après le cancer du poumon selon les données de l'Association Internationale des registres du cancer pour l'année 2012 (GLOBOCAN 2012).

En Tunisie, il existe peu d'études épidémiologiques sur cette pathologie.

Les objectifs de notre travail étaient d'estimer l'incidence du cancer du foie dans la région Nord de la Tunisie au cours de la période 2007-2009 et de décrire ses aspects anatomo-cliniques.

Méthodologie :

Les données ont été obtenues à partir du Registre des Cancers Nord Tunisie (RCNT) 2007-2009. La codification des tumeurs était réalisée selon la troisième classification Internationale des maladies – Oncologie : CIMO-3.

Les données de population utilisées correspondaient à celles fournies par l'Institut National de la Statistique (INS). Les indicateurs étudiés étaient le taux d'incidence brut (TIB) et le taux d'incidence standardisé (TIS) en utilisant la population mondiale comme population de référence pour la standardisation directe. Les taux d'incidence étaient exprimés pour 100 000 personnes années (PA).

Résultats :

Au cours de la période 2007-2009, 137 nouveaux cas ont été enregistrés avec une prédominance masculine : sexe ratio=1,28. L'âge moyen au moment de diagnostic était de $64,77 \pm 16,19$ ans : $65,53 \pm 14,87$ chez le sexe masculin et $63,80 \pm 17,81$ ans chez le sexe féminin.

La majorité des sujets étaient âgés de 60 ans et plus (73,7%).

Le TIB était de 0,90/100 000 PA et le TIS était de 1,01/100 000 PA. La découverte de la maladie à l'occasion de symptômes était dans 90,5% des cas.

Le carcinome hépatocellulaire sans autre indication (SAI) était le type histologique de loin le plus fréquent (28,5%) suivi par le cholangiocarcinome (13,9%) et l'adénocarcinome SAI (3,6%).

La maladie était découverte au stade local dans 54,3% des cas contre 40,7% au stade de métastase. Aucun cas n'a été découvert au stade in situ.

Conclusion :

Le cancer du foie est relativement rare en Tunisie et il est plus fréquent chez les hommes de plus de 60 ans.

Il est découvert au stade d'extension locale dans plus de la moitié des cas avec prédominance du carcinome hépatocellulaire comme type histologique.

La lutte contre ce cancer repose sur la vaccination contre l'hépatite B, associée à la prévention et au traitement de l'hépatite C.

P58. Métastase colique tardive d'un cancer gastrique traité, révélée par une occlusion intestinale aigue.

Zribi Slim, Laamiri Ghazi, Debaibi Mahdi, Sassi Selim, Mroua Bassem, Bouassida Mahdi, Touinsi Hassen

Service de chirurgie générale, hopital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie

Introduction: L'objectif est de rapporter l'observation d'un patient présentant une métastase colique tardive d'un cancer gastrique traité, responsable d'une occlusion intestinale aigue.

Observation Clinique: Patient âgé de 47 ans a été opéré pour cancer gastrique indifférencié ; il a eu une gastrectomie totale avec un curage ganglionnaire. L'examen anatomopathologique a

conclu à une tumeur gastrique classée T3 N2 avec des marges de résection saines. Il a eu une radio-chimiothérapie adjuvante. Le patient, régulièrement suivi, a consulté après cinq ans pour occlusion type colique évoluant depuis deux jours. Le scanner abdominal a objectivé une sténose sigmoïdienne d'allure tumorale. Le patient a été opéré après réanimation. En per opératoire, il s'agissait d'une masse tumorale sigmoïdienne avec dilatation du colon en amont, il a eu une sigmoïdectomie avec double stomie. L'étude histologique a montré qu'il s'agissait d'un adénocarcinome indifférencié identique à la tumeur gastrique. L'étude immunohistochimique a confirmé qu'il s'agissait d'une métastase colique de l'adénocarcinome gastrique. Le patient a eu une chimiothérapie adjuvante avec un recul de 12 mois sans récurrence. Conclusion: La survenue d'une récurrence colique tardive après cancer gastrique traité est exceptionnelle (décrite dans une vingtaine de cas). Cette éventualité doit être évoquée devant l'apparition d'une masse colique lors de la surveillance post opératoire d'un patient opéré pour cancer gastrique.

P59. Gestion Du Risque Medico-Legal En Chirurgie Laparoscopique

W. Ben Amar¹, N. Karray¹, Ah. Kchaou², A.Masmoudi², H. Ben Ameer², F. Frikha², Z. Hammami¹, R.Mzali², S. Maatoug¹

¹ : service de médecine légale, CHU Habib Bourguiba Sfax, Tunisie

² : service de chirurgie viscérale, CHU Habib Bourguiba Sfax, Tunisie

Introduction :

La chirurgie coelioscopique est une technique réputée pour être confortable et à suites simples. Toutefois, elle comporte ses propres risques. Certains de ces risques sont évitables, d'autres peuvent être limités en fréquence ou en gravité.

Nous rapportons dans ce travail deux cas où la responsabilité médicale (RM) du chirurgien a été mise en jeu pour des complications liées à la chirurgie laparoscopique. Nos objectifs sont de discuter les particularités de la responsabilité médicale en matière de coelio-chirurgie et d'en déduire les mesures de prévention du risque médico-légal.

Observations :

Le premier cas concerne une femme de 78 ans ayant un abdomen cicatriciel, qui a subi une cholécystectomie sous coelioscopie compliquée d'une plaie du grêle. La patiente est décédée par choc septique à J2 post opératoire malgré la reprise chirurgicale à J1 post-op.

Le 2ème cas se rapporte à une patiente de 33ans, qui a présenté à la suite d'une cholécystectomie sous coelioscopie une ascite en rapport avec une section complète de la voie biliaire principale, nécessitant la reprise et la dérivation bilio-digestive

Il s'en est suivi de ces deux cas une plainte en justice à l'encontre de l'opérateur, et la faute a été retenue dans les deux cas par les médecins experts.

Discussion :

La RM est fondée dans le droit tunisien sur le principe de la faute. En matière de responsabilité pénale, il peut s'agir de faute par maladresse, inattention, négligence, imprudence ou inobservation des règlements. En matière de responsabilité civile, il peut s'agir de faute technique (diagnostique, thérapeutique ou de surveillance), de faute contre l'humanisme médical (par défaut d'information ou de recueil du consentement par exemple), ou de responsabilité du

fait des choses ou des préposés.

Ces principes de base s'appliquent en chirurgie coelioscopique, avec certaines particularités. En effet, les principales circonstances de mise en jeu de la RM sont le défaut d'information du patient sur les risques, l'indication inappropriée de la coelio-chirurgie, les complications de l'insufflation, la qualité et le choix du matériel, et la compétence spécifique de l'opérateur.

D'abord, le médecin est tenu à une obligation d'information en matière des risques même exceptionnels et le rapport risque/bénéfice de la coelioscopie comparé à la chirurgie à ciel ouvert.

De plus, le recours dans ce type de chirurgie à des équipements et dispositifs spécifiques augmente les risques, et impose au chirurgien de bien choisir le matériel adapté avant le début de l'acte chirurgical, et de vérifier son innocuité. De même, les risques d'embolie gazeuse suite à l'insufflation de CO₂ doivent être contrôlés.

D'autre part, le médecin opérateur est tenu de maîtriser la chirurgie coelioscopique et assurer un développement professionnel continu, aussi bien sur le plan théorique que sur le plan pratique.

Conclusion :

Se former et bien informer le patient sont les principales bases de la gestion des risques en matière de chirurgie coelioscopique.

P60. Le syndrome du grêle court (SGC)

Hajtaib I, Affes N, Siala R, Kchaou Ali, Trigui A, Mzali R.

Service de chirurgie générale. CHU Habib Bourguiba, Sfax.

Introduction : Un grêle court est défini par une longueur de grêle restant inférieure à 150 cm.

But : Le but de notre étude est de connaître la prise en charge adéquate du syndrome du grêle court selon la phase post opératoire. Patients et méthodes : Notre étude est rétrospective portant sur l'analyse de 20 cas de grêle court post opératoire. Les observations de ces patients ont été colligées au service de chirurgie générale du CHU Habib Bourguiba de Sfax sur une période de 12 ans. Résultats : Le SGC postopératoire était secondaire soit à une résection intestinale étendue (laissant en place moins de 150 cm d'intestin grêle) chez 8 cas avec ou sans rétablissement de continuité immédiat, soit à un by-pass intestinal c'est-à-dire entérostomie proximale chez 12 cas (60%). Le traitement chirurgical du SGC peut être pris pour rétablir la continuité intestinale, de retarder le transit intestinal ou d'améliorer sa fonction et, enfin, la transplantation intestinale. Contrairement à la restauration de la continuité, les autres manœuvres chirurgicales ne sont entreprises quand il n'y a aucune perspective d'adaptations intestinales supplémentaires ou disponibles concernant les mesures médicales qui pourraient être adoptées pour améliorer la fonction intestinale. Parmi les 17 patients (85%) avec une entérostomie, 4 patients n'ont pas eu un rétablissement de la continuité. Discussion : Les principales causes de SGC sont : l'infarctus mésentérique (45 % des cas) secondaire à une ischémie mésentérique artérielle ou veineuse, l'entérite post-radique (25 % des cas), les complications chirurgicales (10 % des cas), les maladies de Crohn (5 à 10 % des cas) et un volvulus ou traumatisme (5 % des cas). Les patients présentant un SGC avec entérostomie

doivent systématiquement faire l'objet d'une discussion sur la possibilité d'un rétablissement de la continuité digestive souvent proposé entre trois à six mois après la dernière chirurgie de résection. Les anastomoses jéjuno-iléale et jéjuno-colique sont dites équivalentes au recrutement d'un supplément de 0,80 et 0,25 m respectivement de l'intestin grêle. Conclusion : Le syndrome de grêle court traduit les conséquences fonctionnelles cliniques et biologiques de l'amputation digestive et se caractérise par une diarrhée avec, par définition, un syndrome de malabsorption d'origine multifactorielle et de sévérité variable.

P61. Mise en place d'un cathéter de dialyse péritonéal par voie coelioscopique : un garantie d'un bon fonctionnement.

Ben Fredj M, Lamiri R, Makhlof D, Kechiche N, Mongi M, Belguith M, Nouri A.

Service de chirurgie pédiatrique, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

Introduction : La dialyse péritonéale est la technique de dialyse la plus préférée chez l'enfant puisqu'elle a un risque de complication le moins fréquent par rapport à l'hémodialyse. La voie traditionnelle de mise de KT est la mini-laparotomie ombilicale avec un risque accru de dysfonctionnement. La voie laparoscopique devient la voie adoptée par les chirurgiens pédiatres qui assure une mise en place sous contrôle visuel. Le but de cette étude est d'insister sur l'intérêt de la laparoscopie pour garantir une mise en place efficace d'un KT de dialyse péritonéale.

Matériels et méthodes : Etudes rétrospective sur les cas de cathéter(KT) de dialyse péritonéale mise en place par voie laparoscopique entre 2015 et 2016 dans notre service.

Résultats : il s'agit de 4 cas, 2 garçon et 2 fille, âge moyen est de 3,9 ans (8 mois- 8 ans) .l'indication de mise en place de KT était dans 3 cas une insuffisance rénale chronique due à une dysplasie rénale multikystique et 1 cas d'insuffisance rénale aiguë secondaire à un syndrome hémorragique et urémique. La mise en place de KT s'est fait sous contrôle coelioscopique à travers 2 trocarts ombilical et sous ombilical, le KT est introduit au douglas sous contrôle de la vue et fixé au niveau de la paroi abdominale antérieure. 3 cas ont eu seulement la mise en place du KT et 1 cas a eu en plus une biopsie rénale. Tous ses 4 KT restaient fonctionnel en post op avec bon résultats esthétique.

Discussion : Plusieurs études ont prouvé que La mise en place d'un cathéter de dialyse péritonéal par voie laparoscopique est supérieur à la voie laparotomique, offre un contrôle visuel, permet la fixation du KT mais peut assurer une biopsie rénale et parfois cure d'une hernie et la confection d'une gastrostomie d'alimentation simultanée. Cette voie permet de juguler certain contre-indication comme les adhérences en cas de abdomen chirurgicale. L'omentectomie a été rapporté et évite incrustation et le blocage du KT.

Conclusion : puisque la voie laparoscopique offre un garantie d'un bon fonctionnement du cathéter de dialyse péritonéal chez l'enfant il se conçoit de promouvoir cette voie même dans les cadre d'urgence.

P62. La place de la laparoscopie dans la prise en charge des duplications digestives chez le nouveau né

Makhlouf D, Kechiche N, Lamiri R, Ezzi A, Sahnoun L, Mekki M, Nouri A

Service de chirurgie pédiatrique CHU Monastir

Introduction:

Les duplications digestives sont des anomalies congénitales. Elles sont rarement diagnostiquées en période néonatale. Leur traitement est chirurgical par voie classique ou laparoscopique. Le but de cette étude était d'analyser le rôle de la chirurgie mini-invasive dans la prise en charge des duplications digestives néonatales.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 3 nouveaux nés opérés au service de chirurgie pédiatrique de Monastir pour duplication digestive par voie laparoscopique.

Résultats:

La chirurgie mini-invasive a été utilisée dans 3 cas de duplication digestive. Le diagnostic était anténatal dans 2 cas. Concernant le 3ème malade, la duplication digestive s'est manifestée par des vomissements avec ballonnement abdominal localisé. Seulement deux trocarts permettaient l'extériorisation de la masse permettant l'exérèse puis l'anastomose digestive termino-terminale en extra-corporel. Le temps opératoire est de 70 minutes. Les suites opératoires étaient simples chez tous les malades et la sortie était en moyenne au 3^{ème} jour postopératoire. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic. La voie classique reste à prouver.

Conclusion:

Les duplications digestives chez les nouveau-nés sont rares. La chirurgie laparoscopique joue un rôle important dans le diagnostic et le traitement. Notre expérience et notre pratique indiquent que l'approche laparoscopique chez les nouveau-nés est viable et qu'il est également nécessaire d'augmenter la taille de l'échantillon pour prouver sa sécurité et son efficacité.

P63. Corps étranger pointu pylorique : quelle conduite à prendre ?

Moussa N, Ben Ahmed Y, Charieg A, Noura F, Jouini R, Jlidi S

Service de chirurgie pédiatrique (B) hôpital d'enfants Béchir Hamza

Introduction :

L'ingestion d'un corps étranger est le plus souvent accidentelle chez l'enfant. Le CE ingéré peut se retrouver à plusieurs endroits tout au long du tractus digestif. La localisation gastrique ou du pylore permet généralement une extraction par voie fibroscopique. Toutefois la fibroscopie peut parfois avoir certaines limites. On rapporte l'expérience d'extraction d'un CE pointu pré-pylorique par voie coelioscopique.

Observation

Il s'agit d'un enfant de 13 ans sans ATCD pathologique particulier qui consulte en urgence suite à l'ingestion accidentelle d'un corps étranger métallique pointu (épingle) faisant 3cm de longueur. L'examen clinique initial est sans anomalie. L'ASP montre une image radio-opaque de 3cm de longueur située au niveau l'aire gastrique. L'endoscopie digestive visualise l'épingle qui est incarcérée au niveau de la paroi de l'estomac en pré pylorique, une tentative d'extraction endoscopique a échoué, la tête de l'épingle n'étant pas accessible.

La malade a été opérée par voie coelioscopique. L'exploration a trouvé, en sous hépatique, la pointe de l'épingle qui a perforé la paroi de l'antra. Seul le bout pointu était visible, entouré d'une réaction inflammatoire locale.

Un palpateur était mis sous le foie, les deux instruments (FIDte et FIG) ont permis de tenir l'épingle par une pince et de pousser dessus par l'autre. L'extraction du corps pointu métallique était totale, on le sort sous contrôle de la vue à travers le trocart. La brèche punctiforme au niveau de l'estomac n'a pas été fermée. Alimentation autorisée 12h après avec des suites simples.

Conclusion

En cas de CE gastrique nécessitant l'extraction, la fibroscopie digestive est la technique de première intention. La coelioscopie garde, toutefois, une place en cas d'échec de la fibroscopie.

P64. Prise en charge chirurgicale de la duplication œsophagienne par voie thoracoscopique

Makhlouf D, Kechiche N, Lamiri R, Ben fradj M, Ezzi A, Sahnoun L, Mekki M, Belguith M, Nouri A

Service De Chirurgie Pédiatrique Chu Monastir

Introduction:

Les duplications œsophagiennes représentent 15 à 20% des duplications digestives. La résection complète est indiquée pour prévenir le développement de complications. La thoracotomie est actuellement de plus en plus remplacée par une nouvelle approche moins invasive : la thoracoscopie. Le but de cette étude est d'évaluer la faisabilité de la résection thoracoscopique d'une duplication kystique œsophagienne chez l'enfant.

Observation médicale:

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 7 mois, qui présente depuis l'âge de 2 mois des broncho-pneumopathies à répétition. La radiographie du thorax ne montre pas d'anomalie évidente. Un transit œsogastroduodénal fait a montré une empreinte extrinsèque sur le tiers moyen de l'œsophage. Le scanner thoracique conclut à une formation kystique du médiastin moyen et inférieur. Une thoracoscopie droite a été proposée pour la résection de cette lésion. A l'aide de 4 trocarts. On a opté pour l'exérèse complète du kyste tout en vérifiant l'intégrité de la paroi œsophagienne. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic. Les suites opératoires étaient simples. Le recul est de 2 ans.

Discussion:

Les traitements habituellement reconnus pour les duplications œsophagiennes sont des traitements relativement invasifs. Des progrès ont été effectués depuis l'avènement de la coelioscopie. Il est intéressant de noter la rapidité du rétablissement post-opératoire, la courte durée d'hospitalisation et le meilleur résultat cosmétique en comparaison avec les traitements classiques par voie ouverte. Nous encourageons le développement de ce type de prise en charge mini-invasive, surtout dans le cas de lésions considérées comme bénignes.

Conclusion:

Les duplications œsophagiennes sont des anomalies congénitales rares. Leur diagnostic précoce

et leur exérèse par thoracoscopie semblent donner de bons résultats. Par ailleurs, des preuves supplémentaires sont nécessaires pour l'utilisation de la chirurgie mini-invasive comme une technique chirurgicale sûre et efficace dans la gestion de la pathologie intrathoracique.

P65. Traumatisme du gland chez l'enfant : quelle conduite à prendre

Moussa N, Ben Ahmed Y, Charieg A, Noura F, Jouini R, Jlidi S

Service de chirurgie pédiatrique (B) hôpital d'enfants Béchir Hamza

Introduction :

Le traumatisme du gland est rare, généralement est la conséquence d'un accident survenant au décours d'une circoncision. ce traumatisme peut engendrer des lésions graves, aux séquelles considérables. Largement sous évalués, leur prise en charge peut s'avérer délicate, tant sur le versant fonctionnel qu'esthétique

Nous rapportons 3 cas d'amputation du gland (2 après circoncision rituelle et un traumatisme par la fermeture glissière du pantalon)

Cas clinique

Premier cas : un garçon de 3 ans avec section circonférentielle du gland secondaire à un traumatisme par la fermeture glissière de son pantalon, le délai de consultation était le même jour du traumatisme il a eu une glanduloplastie avec des suites opératoires simples

Deuxième cas : d'un garçon de 4 ans avec amputation du gland (au niveau de l'apex) après circoncision rituelle. . Le délai de consultation était le même jour en cas d'amputation une glanduloplastie avec une meatoplastie a été réalisées avec sondage urinaire. les suites opératoires ont été simples

Troisième cas : un garçon de 3 ans avec amputation du gland trans-urétral après circoncision rituelle. . Le délai de consultation était le même jour. Il a eu une réimplantation simple en greffe libre avec sondage urinaire a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples

Conclusion

La section du gland demeure une complication certes rare de la circoncision mais très grave engageant le pronostic urologique et sexuel ultérieur de l'enfant. Ceci rend cette intervention non anodine et doit inciter à ne la réaliser qu'en milieu spécialisé par un personnel compétent.

P66. La pathologie tumorale pancréatique chez l'enfant : à propos d'un cas

Moussa Najwa, Said Jlidi, Awatef Chariag, BenAhmed Yosra, Noura faouzi,

Riadh Jouini,

Service de chirurgie pédiatrique (B) hôpital d'enfants Bechir Hamza

Introduction :

L'adénocarcinome pancréatique apparaît généralement chez les patients âgés de plus de 60 ans. Sa survenue chez l'enfant est inhabituelle. L'ictère est la principale manifestation clinique. Il résulte de l'envahissement de la voie biliaire principale lorsque la tumeur siège dans la tête pancréatique

On rapporte un cas d'adénocarcinome de la tête du pancréas chez un enfant de 14 ans

Observation :

Il s'agit d'un enfant de sexe féminin âgée de 14ans sans ATCDs pathologiques particuliers hospitalisée dans notre service pour l'exploration d'un ictère choléstatique. L'examen clinique révèle une enfant en bon état général, apyrétique, ictère cutanéomuqueux évoluant depuis 2 semaine avant la consultation, elle présente des lésions de grattage au niveau du tronc et des membres. L'examen de l'abdomen sans anomalie, pas de masse palpable, pas d'hépatosplénomégalie. La biologie montre un bilan de cholestase perturbé. Les marqueurs tumoraux n'étaient pas faits. L'échographie montre une volumineuse masse de la tête du pancréas de 5,5 cm de grand axe et des VBIEH et le Wirsung sont dilatées. La TDM trouve une masse tissulaire de la tête hétérogène bien limitée refoulant les structures avoisinantes avec dilatation des voies biliaires et distension vésiculaire.

La chirurgie d'exérèse consistait à une duodéno pancréatectomie céphalique avec des suites opératoires simples. L'examen histopathologique confirme un carcinome peu différencié de type acinaire, présence d'images d'engainements périnerveux et d'embolies vasculaires, les limites de résection chirurgicale gastrique, duodénale, cholédocienne, pancréatique et rétro-portale sont saines. Le bilan d'extension est négatif.

Conclusion

Les tumeurs du pancréas sont très rares chez l'enfant de moins de 15 ans. L'adénocarcinome de la tête du pancréas est la principale tumeur responsable d'ictère obstructif. Une prise en charge multidisciplinaire selon des recommandations internationales devrait permettre à terme une meilleure connaissance de cette tumeur et une amélioration de la prise en charge thérapeutique

P67. Perforation gastrique chez un nouveau-né

Moussa Najwa, Said Jlidi, Awatef Chariag, BenAhmed Yosra, Noura faouzi, Riadh Jouini
Service de chirurgie pédiatrique (B) hôpital d'enfants Béchir Hamza

Introduction: Les perforations gastriques néonatales, quoique rares, constituent un vrai problème conditionnant le pronostic vital des nouveaux nés. Elles ont toujours été considérées comme spontanées. En effet, des études ont suggéré que les perforations gastriques néonatales seraient secondaires à une agénésie de la musculature de l'estomac . D'autres ont montré que l'augmentation de la pression intra-gastrique serait en cause, faisant incriminer , ainsi , plusieurs pathologies notamment : les atrésies duodénales, les fistules oeso-trachéales, les hernies diaphragmatiques.

observation:Il s'agit d'un nouveau né, 7 jours, qui présente depuis la naissance des vomissements bilieux sans trouble du transit associé. A l'examen l'abdomen était parfaitement souple non ballonné, au toucher rectal l'anus était perméable.

L'ASP debout a montré un abdomen opaque avec poche à air gastrique ascensionnée non dilatée.L'échographie abdominale avait éliminé le diagnostic de volvulus sur mésentère commun, avec absence par ailleurs de distension gastrique ou duodénale.

On a complété donc par un TOGD qui avait montré une hernie diaphragmatique postéro-latérale gauche de Bochdalek associée à une sténose duodénale.

Le NNé a été opéré avec à l'exploration : Présence d'une hernie para-hiatale gauche associée à une perforation gastrique postérieure de la grande courbure faisant 5mm. On a donc procédé à la fermeture de la perforation ainsi que le défaut diaphragmatique avec résection du sac herniaire. Les suites opératoires étaient simples.

conclusion: Les perforations gastriques néonatales constituent une urgence diagnostique et thérapeutique nécessitant par ailleurs la recherche d'une cause sous-jacente vu qu'elles sont exceptionnellement idiopathiques.

P68. La conduite devant une sténose caustique du pylore chez un enfant

Moussa Najwa Jouini Riadh Chariag Awatef BenAhmed Yosra

Nouira Faouzi Jlidi Said

Service de chirurgie pédiatrique (B) Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis, Tunisie

Introduction

La sténose cicatricielle est la complication tardive la plus fréquente des brûlures caustiques du tube digestif. L'atteinte gastrique cicatricielle isolée est rare et semble plus fréquente en cas d'ingestion d'un acide fort. Le traitement est chirurgical et fait l'objet de controverses, d'une part, sur les délais à respecter avant le traitement définitif et, d'autre part, sur la conservation ou non de l'estomac partiellement ou entièrement sténosé

Observation : Un nourrisson de sexe féminin âgée de 1an victime d'ingestion accidentelle du soude (base forte). l'examen initial une heure après l'accident avait objectivé des brûlures bucco pharyngées avec un état respiratoire et hémodynamique stable. La CAT initiale était de mettre le tube digestif au repos, apport hydro électrolytique et corticothérapie. L'exploration endoscopique faite dans les 24 heures après l'ingestion a montré une œsophagite caustique grade IIIA avec gastrite caustique stade IIIB. Le contrôle endoscopique a j7 a mis en évidence des lésions en voie de cicatrisation. L'alimentation orale a débuté à j21 post accident avec une intolérance digestive totale. Le TOGD réalisé à 2 mois de l'ingestion a montré un passage filiforme au niveau du pylore en rapport avec une sténose caustique pylorique. L'évolution clinique a été marquée par une perte prononcée du poids et l'indication chirurgicale a été posée et a consisté en une pyloroplastie avec une jéjunostomie d'alimentation. Les suites opératoires ont été marquées par une bonne tolérance alimentaire avec une bonne prise du poids.

Conclusion : Les sténoses caustiques du pylore sont rarement observées. Contrairement à l'adulte où une gastrectomie partielle est souvent indiquée, le traitement conservateur chez l'enfant sous forme d'une simple pyloroplastie peut offrir des meilleurs résultats

P69. Le rôle de la coelioscopie et de l'échographie dans la prise en charge du

testicule non palpable

Zouaoui.A, Belhassen.S, Ben Fredj.M, Makhlouf.D, Mekki.M, Belghith.M, Nouri.A

Service De Chirurgie Pédiatrique De Monastir

Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :Les anomalies de la migration testiculaire sont fréquentes chez les garçons. Dans les cas de testicules non palpables, l'échographie est souvent utilisée afin d'orienter le chirurgien. Récemment, la laparoscopie est devenue plus populaire dans la prise en charge des testicules impalpables.Le but de notre étude est de montrer l'intérêt de la coelioscopie en première intention dans la prise en charge des testicules impalpables chez l'enfant.

MATERIELS ET METHODES : C'est une étude rétrospective portant sur 143 patients ayant des testicules impalpables opérés au Service de Chirurgie Pédiatrique à Monastir entre 2004 et 2016. Quarante-huit patients ont été explorés par une échographie, puis par coelioscopie. L'étude statistique a été réalisée par le logiciel S.P.S.S. version 20.**RESULTATS :** L'âge moyen des patients était de 3 ans et demi. L'âge moyen de l'intervention était de 4 ans. Parmi les 88 patients, le côté du testicule non palpable était gauche pour 36 patients, droit pour 33 patients et la cryptorchidie était bilatérale pour 19 patients. L'échographie abdomino-pelvienne a été pratiquée chez tous les patients. Les testicules ont été vus chez 52 patients soit 59% de cas. L'exploration laparoscopique a été faite chez les 88 patients. L'échographie n'a été concordante avec l'anatomie à la coelioscopie que chez 12 patients soit 13,6 % des cas, les erreurs étant soit des faux positifs (testicule visualisé en fait absent), soit des faux négatifs (testicule non vu en fait présent).

CONCLUSION : Ces constatations nous laissent conclure que malgré le fait que l'échographie soit un examen anodin, elle devrait être délaissée au profit de la laparoscopie comme examen de première ligne devant tout testicule non palpable à l'avenir.

P70. Traumatisme de l'urètre chez l'enfant

Moussa.N Noura.F Jouini.R Chariag.A BenAhmed.Y Jlidi.S

Hôpital d'enfants Béchir Hamza Tunis, Tunisie

Service de chirurgie pédiatrique (B)

Introduction :

Les traumatismes de l'urètre postérieur sont en général observés lors de traumatismes majeurs associant souvent une fracture du bassin. Nous rapportons deux cas colligés dans notre service.

Observation :

1er cas :

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans, victime d'une chute en califourchon sur une barre en fer induisant un traumatisme du périnée. Il présentait une plaie scrotale de 3cm de long, une exploration chirurgicale sous AG a retrouvé une plaie testiculaire qui a été suturée. Les suites ont été marquées par l'apparition d'un globe vésical avec issue de sang et d'urines par la plaie opératoire. Après mise en place d'KT suspubien en urgence, l'opacification des voies urinaires a objectivé une fistule urethroscrotale avec fuite du produit de contraste par l'urètre postérieur. L'enfant a été opéré à J13 post-traumatique par voie scrotale, la rupture de l'urètre postérieur était complète, on a réalisé une uretrorrhaphie termino-terminale sur une sonde vésicale

siliconée, le KT suspubien a été gardé. La sonde vésicale a été enlevée à J21 post opératoire. Les suites étaient simples. L'enfant a repris une miction normale.

2ème cas :

Il s'agit d'un enfant âgé de 6ans, victime d'une chute entraînant un polytraumatisme thoraco-abdominal et périphérique. Il présentait une urethrorragie avec un globe vésical, motivant la mise en place d'un KT suspubien. Au bilan lésionnel il présentait un hématome rétropéritonéal de moyenne abondance, un hémopéritoine de grande abondance et une fracture instable du bassin.

Une uretrocystographie rétrograde a objectivé une rupture urethrale à la jonction urètre antérieur-urètre postérieur.

L'enfant a été opéré à J15post traumatique. L'endoscopie par voie abdominale (pseudofannenstiel+ taille vésicale) n'a pas permis de visualiser le bout proximal de l'urètre. On a donc réalisé une incision médiane longitudinale sus-anale permettant une résection de la sténose urethrale, suivie d'une urethrorraphie sur sonde vésicale par anastomose termino-terminale qu'on a protégé par une vésicostomie. Trois mois après le traumatisme, l'enfant a eu une dilatation urethrale puis fermeture de la vésicostomie. Une sonde vésicale siliconée a été mise en place et a été gardée pendant 3semaines. Actuellement l'enfant urine normalement.

Conclusion :

Le traitement chirurgical des ruptures de l'urètre post traumatiques est délicat, il est actuellement effectué à distance du traumatisme. Le développement de l'endoscopie urinaire a introduit le réalignement endoscopique qui a l'avantage de se faire de plus en plus précocement et qui diminue nettement le risque de sténose postopératoire

P71. Le trichophytobézoard chez l'enfant se manifeste souvent par un syndrome occlusif.

Jaaouane w, Haddaoui M, Braiki M ,Sahnoun L, Mekki M, Belguith M, Nouri A.

Service de Chirurgie Pédiatrique de Monastir

Introduction :

Un bézoard est une concrétion pierreuse que l'on trouve dans l'estomac des antilopes et qui a la propriété d'être anti-toxique. Par extension, on nomme aussi bézoard les concrétions diverses qui peuvent se former dans l'estomac des animaux, y compris chez l'homme. On distingue alors le trichobézoard quand la concrétion est formée de poils et de cheveux, le phytobézoard lorsqu'il s'agit de matières végétales, le phytotrichobézoard ou trichophytobézoard.

Le trichophytobézoard peut entraîner des complications d'ordre chirurgicale notamment des occlusions hautes et révèle souvent des troubles psychologique qui doivent être pris en charge afin d'éviter les récidives.

Cas clinique :

Patiente D.R âgée de 12 ans et demi a été admise, le 22/12/2015, dans le service de chirurgie pédiatrique de Monastir, dans un contexte de syndrome occlusif haut évoluant dans un contexte d'apyrexie.

La patiente est une ancienne malade du service. En effet, elle fut explorée à l'âge de 9 ans

(2012) pour des épigastralgies évoluant depuis trois semaines non associé à des vomissements. Vu la notion de trichophagie une fibroscopie oesogastro-duodénale a été réalisé concluant à un trichophytobézoard. La tentative de fragmentation et d'extraction par voie endoscopique a échoué d'où elle a été opérée. Il s'est avéré en peropératoire que c'était une occlusion secondaire à une obstruction intraluminaire causée par un trichophytobézoard

Conclusion :

La prise en charge des occlusions hautes secondaire à un trichophytobézoard est essentiellement chirurgicale. Cependant, l'assistance psychologique est souhaitable mais il ne s'agit pas d'un problème psychiatrique dans la majorité des cas.

P72. Le volvulus sur mésentère commun incomplet chez l'enfant : Place de la laparoscopie.

Makhlouf D, Kechiche N, Lamiri R, Ben Fradj M, Sahnoun L, Mekki M, Nouri A

Service de chirurgie pédiatrique CHU Monastir

Introduction:

Les progrès dans la chirurgie mini-invasive et dans l'anesthésie pédiatrique ont rendu la laparoscopie faisable chez l'enfant. Le but de cette étude est d'évaluer la place de la chirurgie laparoscopique dans la prise en charge de volvulus sur mésentère commun incomplet chez des enfants opérés au service de chirurgie pédiatrique de Monastir.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 8 observations colligées dans notre service pendant une période allant de 2005 au 2015.

Résultats:

Il s'agit de 5 garçons et 3 filles dont l'âge moyen était de 2 ans. L'échographie doppler des vaisseaux mésentériques a confirmé le diagnostic dans 6 cas. Chez les autres cas, le diagnostic a été posé par le transit œsogastroduodéal. Ces enfants ont été opérés par voie laparoscopique. La procédure a été réalisée en utilisant 3 trocarts de 5mm de diamètre. On a opté pour la réduction de volvulus, la mise en mésentère commun complet et l'appendicectomie chez tous les cas. On a eu le recours à une conversion chez 2 malades, le premier à cause d'un saignement peropératoire non contrôlé et à cause de difficulté anatomique pour le deuxième. Le temps opératoire moyen était de 120 min. les suites opératoires étaient simples. Le séjour hospitalier moyen était de 3 jours. Il a eu un seul cas de récurrence. Le recul moyen était de 5 ans.

Discussion:

L'intervention de LADD peut être réalisée par laparoscopie. Certains auteurs ont limité son rôle pour les cas de malrotation intestinale sans volvulus. Cependant, d'autres études ont prouvé sa faisabilité même chez des patients atteints de volvulus associé à des signes d'ischémie intestinale. L'approche laparoscopique a été associée à un court séjour hospitalier, un taux faible d'infections pariétales, une petite cicatrice, une alimentation plus précoce et moins de complications par rapport à la chirurgie traditionnelle.

Conclusion:

Il paraît que la laparoscopie peut offrir certains avantages. Cependant, vu le manque d'études contrôlées et comparatives, il est difficile de recommander cette approche dans la chirurgie de

volvulus du grêle chez l'enfant.

P73. Traitement du kyste bronchogénique par thoracoscopie : à propos de deux cas

Ezzi Aziza, Laamiri Rachida, Kechiche Nahla, Farhani Rabeb, Habachi Ghada, Mekki Mongi, Abdelatif Nouri

Service De Chirurgie Pédiatrique De Monastir

Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : les kystes bronchogéniques (KB) sont des lésions congénitales bénignes rares qui appartiennent aux malformations entéro-bronchopulmonaires. Ils peuvent être totalement asymptomatiques, mais grâce au diagnostic anténatal, le diagnostic est de plus en plus souvent posé avant le stade des complications qui était le mode de révélation.

Observations : il s'agit de deux garçons âgés respectivement de 5 mois et de 5 ans. La circonstance de découverte a été une bronchopneumopathie sibilante à l'âge de 2 mois et d'une manière fortuite lors de la réalisation d'une radiographie de thorax. La radiographie de thorax et la TDM thoarcique ont évoqué le diagnostic de KB dont la taille variait de 4 à 5 cm occupants le lobe supérieur droit. Les deux kystes ont été abordés par voie thoracoscopique. La conversion a été faite dans un cas pour le contrôle d'une brèche bronchique. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion : Le kyste bronchogénique est une tumeur bénigne résultant du développement autonome et retardé d'un bourgeon cellulaire détaché de l'arbre trachéobronchique. La paroi du kyste est composée d'un épithélium respiratoire. Le KB représente près de 15 % des tumeurs médiastinales bénignes et 22 % des malformations bronchopulmonaires congénitales dans l'étude de Salles et al. Selon leur topographie, les KB sont classés en kystes intrathoraciques retrouvés dans 84 % des cas et en kystes ectopiques retrouvés dans 16 % des cas. Les localisations thoraciques sont soit pulmonaires dans 70 % des cas tels que dans notre cas ou médiastinales dans 30 % des cas. Le KB peut être asymptomatique. Les signes possibles en cas de KB symptomatique diffèrent selon la localisation. Ainsi, on peut rencontrer une dyspnée, des troubles de la ventilation ou un emphysème obstructif pour les KB comprimant une bronche, une surinfection des kystes communiquant avec l'arbre bronchique. En tomographie, les KB sont des masses arrondies bien limitées, de densité liquidienne, n'infiltrant pas les structures adjacentes. Elles sont uni- ou multiloculaires, ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. Une fois le diagnostic suspecté, le traitement est chirurgical. Il est justifié par la possibilité de complications graves. La confirmation définitive du diagnostic de KB est anatomopathologique. Le pronostic est bon. Pas de récurrence rapportée.

Conclusion : Le KB doit être évoqué devant une symptomatologie respiratoire trainante. Le diagnostic, suspecté sur les données cliniques, est évoqué à la radiographie du thorax et confirmé par la tomographie. L'exérèse chirurgicale est la règle.

P74. Cholécystectomie coelioscopique chez l'enfant : à propos de 47 cas

Ezzi Aziza, Laamiri Rachida, Kechiche Nahla, Farhani Rabeb, Habachi Ghada, Mekki Mongi, Abdelatif Nouri

Service De Chirurgie Pédiatrique De Monastir

Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

INTRODUCTION : La lithiase vésiculaire chez l'enfant est une pathologie rare. Sa prévalence est en nette augmentation depuis la généralisation de l'échographie

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant opérés pour lithiase vésiculaire par voie coelioscopique durant une période de 16 ans, allant de Janvier 2001 à Juillet 2017, l'ensemble des patients opérés (47 cas) pour lithiase vésiculaire par voie coelioscopique.

RESULTATS : Cette série a porté sur 47 enfants dont 28 garçons (59%) et 19 filles (41%), soit un sex-ratio de 1,47. L'âge moyen était de 8,03 ans avec des extrêmes allant de 14 mois à 14 ans.

Sur le plan étiologique chez la majorité de nos malades la lithiase vésiculaire était primitive (78.7%). Elle était secondaire chez 10 malades. La lithiase biliaire était symptomatique chez 34 enfants soit 73%. L'échographie a permis de poser le diagnostic dans tous les cas. Le traitement repose sur la cholécystectomie coelioscopique. Aucune conversion n'a été nécessaire. La durée moyenne de l'intervention était de 120 minutes. L'évolution était favorable avec un recul moyen de cinq ans.

DISCUSSION : La lithiase vésiculaire est une affection rare. Sa prévalence est en nette augmentation depuis la généralisation de l'échographie. L'âge de découverte s'étale de la période néonatale à l'adolescence.

La technique de cholécystectomie coelioscopique est, actuellement, la technique la plus utilisée pour le traitement de la lithiase vésiculaire.

Elle assure en effet le traitement définitif de la lithiase vésiculaire et offre plusieurs avantages par rapport à la chirurgie classique.

Tous les avantages attribués à cette chirurgie par rapport à la cholécystectomie classique ont été retrouvés dans notre série.

Mais la cholécystectomie par laparoscopie chez l'enfant présente certaines particularités et difficultés opératoires qui doivent être connus.

A court terme, les complications postopératoires les plus redoutables sont l'hémorragie par lâchage de l'artère cystique ou par défaut d'hémostase du lit vésiculaire et la fuite biliaire due à un lâchage du moignon cystique ou à la section d'un canal biliaire accessoire, ou la chute d'escarres.

A long terme, les principales complications seront l'occlusion sur bride, l'abcès sous phrénique et la sténose de la voie biliaire principale.

CONCLUSION : La lithiase vésiculaire doit faire partie des diagnostics à évoquer devant toute douleur abdominale chez l'enfant. Le dépistage systématique par échographie abdominale doit être généralisé à tous les sujets à risque. La voie coelioscopique est une voie sûre chez l'enfant.

P75. La place de la laparoscopie dans le traitement de la maladie de Hirschprung chez le nouveau né et le nourrisson : expérience de notre service

Ben Fredj M, Belhassen S, Makhoul D, Zouaoui A, Mekki M, Belguith , Nouri A ;

Service de chirurgie pédiatrique, CHU Fattouma Bourguiba , Monastir

Introduction : la prise en charge de la maladie de Hirschprung(MH) a considérablement évoluée au cours de la dernière décennie. Malgré que les formes basse recto-sigmoïdiennes se traitent par un abaissement trans-anale les formes hautes nécessitent un abord chirurgical d'où la place de la voie laparoscopique .Ainsi l'intérêt de notre travail d'étudier l'efficacité cette voie et étayer ses limites.

Matériels et méthodes : études rétrospective sur les malades suivi pour MH et opérés par voie laparoscopique dans notre service entre 2010 et 2017

Résultats : il s'agit de 20 cas, 15 garçons et 5 filles, âge moyen est de 38 jours (2 jours-1 an), le tableau clinique révélateur était une occlusion intestinale néonatale dans 85% des cas. La disparité de calibre se localise au niveau de l'angle colique gauche pour tout les malades .Age moyen de l'opération était de 48 jours. Tous les malades ont eu un temps coelioscopique premier assurant des biopsies multiples pour localiser la zone atteinte puis une dissection fine du colon pour assurer un abaissement sans tension d'un colon bien vascularisé , l'abaissement est confectionné par voie trans-anale selon Soave . La durée opératoire était de 3.1h en moyenne, 3 cas de conversion pour difficulté opératoire, sans incident per-opératoire pour le reste. Le transit s'est rétabli à 1.5 j. l'évolution était marquée par décès dans 3 cas, 2 cas de péritonite et un cas de rétraction avec une reprise chirurgicale dans 3 cas .le suivie moyen est de 43 mois

Discussion : plusieurs études comparatives ont montré la supériorité de la voie laparoscopique surtout pour les formes étendues MH en matière de douleur post opératoire, reprise du transit et durée d'hospitalisation. C'est une voie qui permet de faire des biopsies étagées, une dissection plus fine du colon pour assurer un abaissement sans tension et minimise la dissection périnéale. Elle diminue le risque d'occlusion post opératoire .la durée de l'acte et la distension intestinale reste ses principaux limites.

Conclusion : la cœlioscopie a très bien prouvés son efficacité en termes de maladie de Hirschprung malgré les limites qui diminuent avec la courbe ascendante d'apprentissage.

P76. Métastase urétérale d'un adénocarcinome gastrique en bague à chaton

M.Ben Abbes, A.Labidi, N.Ben Mustapha, M.Fekih, M.Serghini, J.Boubaker

Service de gastro-entérologie « A », Hôpital la Rabta

Introduction

Les tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure (TVEUS) sont rares. Les tumeurs pyélocalicielles sont 2 fois plus fréquentes que les tumeurs urétérales. Les métastases urétérales sont rares et le primitif gastrique reste exceptionnel.

Matériels et méthodes

Nous rapportons l'observation d'un patient ayant un adénocarcinome gastrique avec métastase urétérale droite.

Résultats

Il s'agit d'un homme âgé de 72ans hypertendu diabétique qui présente des épigastralgies chroniques non explorés, opéré dix jours avant son admission pour une tumeur urétérale droite. Il a eu une nephro-urétérectomie droite. Le patient nous a été adressé pour découverte fortuite d'une ascite de faible abondance. On a complété par une ponction exploratrice du liquide d'ascite. L'étude cytobactériologique et chimique du liquide d'ascite a montré un liquide trouble jaune clair riche en cellule, exsudatif.

La fibroscopie oeso-gastroduodénale a montré que l'angle de la petite courbure est le siège de perte de substance de 4cm à bord irrégulier qui a été biopsiée. L'étude anatomo-pathologique a été en faveur d'un adénocarcinome gastrique à cellules indépendante en bague à chaton. La confrontation anatomopathologique et immuno-histochimique entre la biopsie gastrique et la pièce de nephro-urétérectomie a été en faveur d'un adénocarcinome primitif gastrique en bague à chaton métastatique au niveau de l'uretère avec des anticorps anti AE1/AE3 et anti CK7 très positifs, et anti bêta-catherine négatifs. Le marqueur tumoral ACE a été normal. Le patient est programmé pour une chimiothérapie.

Conclusion

L'adénocarcinome en bague à chaton gastrique est une entité clinico-anatomopathologique particulière du cancer de l'estomac redoutée par son pronostic réservé. L'adénocarcinome en bague à chaton de l'uretère est un type histologique extrêmement rare qui nous pousse à rechercher le primitif dans le tractus digestif. Les métastases urétérale d'un primitif gastrique restent exceptionnelles.

P77. Resultats a long terme du traitement par methotrexate au cours de la maladie de crohn : Resultats d'une etude retrospective.

A labidi, S.Makni, S. Baghdadi, N Ben Mustapha, M Fekih, M. Serghini, J boubaker, Service de gastroentérologie A. Hôpital la Rabta. Tunis.

Introduction: Malgré une efficacité démontrée, le méthotrexate (MTX) reste rarement prescrit au cours de la maladie de Crohn (MC). L'objectif de notre travail est de rapporter les indications, les modalités et les résultats à long terme du traitement par méthotrexate chez des patients porteurs de maladie de Crohn.

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une revue rétrospective ayant inclus des patients porteurs de maladie de Crohn et traités par méthotrexate durant une période de 7 ans. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives ont été relevées pour chaque patient.

Résultats: Nous avons colligé 10 patients (4 hommes et 6 femmes) ayant un âge moyen de 32,1 ans [8 – 43] au moment du diagnostic de la MC. La localisation de la MC était : iléale (5 cas), colique (4 cas) et iléo-colique (1 cas). Aucun des patients n'avait de lésions ano-périnéales. Une atteinte digestive haute duodénale a été notée chez 1 seul patient. Il s'agissait d'une MC de phénotype inflammatoire (8 cas), sténosant (1cas) et fistulisant (1cas). Le MTX a été introduit après un délai moyen de 53 mois [6 – 156] par rapport au diagnostic de la MC. Les indications étaient: une atteinte articulaire réfractaire au traitement de 1ère ligne chez 2 patients, une

corticodépendance chez 3 patients, une corticorésistance chez 2 patients, au décours d'une colite aigue grave chez 1 patient et pour échec ou intolérance des thiopurines chez 2 patients. La dose du MTX était de 15 à 25 mg/semaine administrée par voie intramusculaire chez 9 patients et pris per os chez 1 patient. La durée moyenne du traitement était de 19,5 mois [2 – 60]. Après un suivi moyen de 31,22 mois [10 – 60], une rémission clinique a été obtenue chez 6 patients (60%) et une réponse clinique chez 2 autres patients (20%). L'échec du MTX a été observé dans 2 cas (20%) dont 1 patient avait une atteinte articulaire ayant nécessité la mise sous anti-TNF. Des effets secondaires à type de cytolysé hépatique précoce ont été notés chez 1 patient et ont conduit à l'arrêt du traitement par MTX.

Conclusion: Le méthotrexate est un traitement bien toléré et efficace pour maintenir la rémission au cours de la maladie de Crohn. Ce traitement devrait être plus fréquemment envisagé en particulier en 2^{ème} ligne après échec ou intolérance aux thiopurines.

P78. Un indice de masse corporelle élevé pourrait-il prévoir la réponse des lésions anopérinéales à l'Infliximab au cours de la maladie de Crohn ?

A. Labidi, M.Jouini, D.Gouiaa, N. Ben Mustapha, M.Fekih, M. Serghini, J.Boubaker.
Service de Gastroentérologie « A », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie.

Introduction/objectif :

L'infliximab est un anticorps monoclonal chimérique efficace dans la maladie de Crohn anopérinéale, disponible en Tunisie depuis quelques années. L'objectif de notre étude était de déterminer l'impact de l'indice de masse corporelle au moment de l'induction sur la réponse des lésions anopérinéales à l'infliximab au cours de la maladie de Crohn.

Matériel et Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients ayant une maladie de Crohn traités par Infliximab pour des lésions anopérinéales réfractaires aux immunosuppresseurs durant une période de 8 ans. La réponse primaire au traitement était évaluée à S8 de traitement et est définie par une diminution de plus de 50% de la productivité des fistules. Une évaluation régulière était pratiquée au moment de chaque perfusion lors du traitement séquentiel. L'échec de traitement était définie par l'absence de diminution de la productivité des fistules associée ou non à l'augmentation du nombre des orifices fistuleux.

Résultats :

Un total de 35 patients ayant une maladie de Crohn traitée par Infliximab a été colligé. Les lésions anopérinéales étaient retrouvées chez 27 patients (77,14%). Parmi ces patients il y avait 15 hommes et 12 femmes d'âge moyen au moment de l'induction de l'infliximab de 31,8 ans (14 à 50 ans). Tous ces patients ont été traités selon un schéma d'induction (S0,S2,S6). L'indice de masse corporelle (IMC) moyen de ces patients était de 20,18 Kg/m² (11,9 à 32,2 Kg/m²). Une réponse primaire complète était observée chez 7 patients (25,9%), partielle chez 14 patients (51,8%) et une absence de réponse primaire chez 6 patients (22,2%). Une perte de réponse était retrouvée chez 1 patient. L'échec de traitement était ainsi noté chez 7 patients (25,9%). L'IMC des patients ayant répondu à l'infliximab était supérieur à celui des patients en échec de

traitement avec une tendance à la significativité statistique (21,04 Kg/m² vs 19,75 Kg/m², p=0,073).

Conclusion :

Un indice de masse corporelle supérieur à 20 Kg/m² pourrait être associé à la réponse des lésions anopérinéales à l'infliximab au cours de la maladie de Crohn. Une étude à plus large effectif est nécessaire afin de confirmer les résultats obtenus.

P79. Peut-on prédire la réponse au traitement médical de deuxième ligne au cours de la colite aigue grave de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique ?

A. Labidi, M. Jouini, D.Gouiaa, N Ben Mustapha, M. Fekih, M. Serghini, J. Boubaker
Service de Gastroentérologie A. Hôpital La Rabta. Tunis

INTRODUCTION : La ciclosporine par voie intraveineuse est un traitement efficace chez les patients présentant une colite aiguë grave résistante aux corticoïdes. L'objectif de notre travail était de chercher des facteurs prédictifs de réponse au traitement médical de deuxième ligne de la colite aigue grave.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients hospitalisés dans notre service durant une période de 12 ans pour prise en charge d'une colite aigue grave de MC ou de RCH. Le diagnostic de CAG reposait sur les critères de Truelove et Witts. L'évaluation de la réponse au traitement se basait sur les signes cliniques et le bilan biologique réalisé à J3 et J7 du traitement. La saisie et l'analyse des données étaient réalisées par le logiciel SPSS version 19.0.

RESULTATS : Un total de 116 patients a été colligé. Ils étaient 49 hommes et 67 femmes d'âge moyen au moment de la survenue de la CAG de 34,5 ans avec des extrêmes allant de 14 à 78 ans. Ils étaient répartis comme suit : 52 cas de MC, 59 cas de RCH et 5 cas de colite inclassée. La prise en charge initiale a consisté chez tous nos malades en une corticothérapie intraveineuse (100%), Un recours d'emblée à la colectomie subtotal en raison de la survenue d'une complication (Colectasie) a été noté dans 2% des cas. Quarante-huit patients (41,4%) ont eu recours à un traitement médical de deuxième ligne, après l'échec de la corticothérapie intraveineuse. la ciclosporine a été instauré chez 40 patients(34,5%). En analyse univariée, une diminution de la numération plaquettaire de plus de 65000/mm³, la présence de ponts muqueux à l'examen endoscopique initiale et l'absence d'un traitement d'entretien antérieur étaient significativement associés à la réponse à la ciclosporine (respectivement: p=0,013, p=0,033, p=0,021).

Conclusion : La ciclosporine est une alternative thérapeutique à la colectomie en urgence dans les colites aiguës graves des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Dans notre série, la présence de signes endoscopiques de gravité , l'absence d'un traitement d'entretien antérieur et la diminution de la numération plaquettaire seraient prédictifs de bonne réponse à la ciclosporine. Une étude à plus large échelle est nécessaire afin de confirmer ces constatations.

P80. L'Hamartome Kystique Rétrorectal : A Propos d'une Tumeur Rare

Ghedira A, Haddad A, Bel Haj Yahia D, Rhaiem R, Rebhi J, Fteriche F, Ben Safta Z

Service de Chirurgie Générale A, Hôpital Universitaire La Rabta

Introduction : L'hamartome kystique rétro-rectal (HKRR) est une lésion congénitale de la région pré-sacrée rétro-rectale. C'est une lésion bénigne, rare, à faible potentiel de malignité qui s'observe surtout chez la femme d'âge moyen.

Observation Clinique : Patiente âgée de 43 ans aux antécédents de remplacement valvulaire mitral sous sintrom depuis 10 ans, opérée il y a 5 ans pour un kyste ovarien hémorragique par voie médiane sous ombilicale compliquée après 8 ans d'une éventration. L'examen clinique retrouve une éventration paramédiane droite sous ombilicale faisant 15 cm de grand axe non compliquée, le reste de l'examen était sans anomalie en dehors de la palpation au toucher rectal d'un bombement indolore sur la face postérolatérale gauche du rectum qui commence à 6 cm de la marge anale. Le bilan biologique et les marqueurs tumoraux sans normaux. Un scanner abdominal a été réalisé et a montré une masse présacrée médiane, rétrorectale, bien limitée, de densité solido-kystique et qui présente un réhaussement hétérogène plutôt périphérique après injection de produit de contraste, faisant 77x86x78mm de taille et ne comportant pas de composante graisseuse ni de calcification. La décision thérapeutique était d'opérer la patiente et par voie médiane sus et sous ombilicale on découvre une tumeur rétrorectale de 7cm de grand axe situé dans le mésorectum d'allure solidokystique, on retrouve également la grosse éventration paramédiane droite contenant du grêle et de l'épiploon. On réalise une exérèse de la tumeur sans effraction de sa capsule suivie d'une cure de l'éventration. Les suites opératoires étaient simples et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un Hamartome Kystique Rétrorectal.

Conclusion : HKRR est une lésion rare qui mérite d'être connue, dont les caractéristiques morphologiques semblent assez stéréotypées. Un examen anatomopathologique détaillé comportant de nombreux prélèvements est indispensable afin de bien identifier les différents tissus composant cette lésion et surtout de rechercher un foyer de transformation maligne

P81. Hémangiome Pédiculé Atypique du Foie: A propos d'un cas

Ben Hadj Alouane H, Haddad.Dh, Benzarti Y, Hajri M, Zaafour.H, Bouhafa.A, Ben Maamer.A

Service de Chirurgie Générale de l'hôpital Habib Thameur, Tunis

Introduction:

L'hémangiome hépatique est une tumeur bénigne du foie. C'est une lésion hamartomateuse due à une malformation congénitale d'une artériole hépatique. Nous rapportons le cas d'une patiente porteuse d'un hémangiome hépatique qui a posé un problème diagnostique.

Observation:

Patiente âgée de 56 ans sans antécédents qui a consulté pour douleurs de l'hypochondre droit. L'examen physique était sans particularités, le bilan biologique était normal. L'échographie

abdominale à montré une formation échogène sous hépatique immobile et bien limitée mesurant 30 mm de grand axe et une vésicule biliaire lithiasique. Une TDM abdominale a conclu à la présence d'une masse tissulaire sous hépatique bien limitée se rehaussant au temps artériel de façon hétérogène et faisant 38x27mm. La patiente a été opérée par voie coelioscopique. L'exploration a trouvé une masse tissulaire de 3cm pédiculée appendue au segment V du foie évoquant un hémangiome. Une excision de la masse et une cholécystectomie ont été réalisées. L'examen anatomopathologique a conclu à un hémangiome capillaire du foie.

Conclusion:

L'hémangiome pédiculé du foie représente une entité rare qui peut poser des problèmes de diagnostic différentiel à l'imagerie. L'abord coelioscopique permet à la fois de retenir le diagnostic et de réaliser le geste thérapeutique.

P82. Une cause rare d'hémorragie digestive haute : anévrysme de l'artère gastroduodénale

Mohamed Azzaza, Mizouni Abdelkader, Ben Latifa Mehdi, Gharbi Linda, Bechikh Yasser*, Ben Mabrouk Mohamed, Ben Ali ali

Service de chirurgie digestive, CHU sahloul sousse.

Service de radiologie, CHU sahloul sousse

Introduction

Les anévrysmes de l'artère gastroduodénale sont rares, ils représentent moins de 1.5% de tous les anévrysmes des artères splanchniques. La rupture constitue leur mode de révélation le plus fréquent, elle aggrave le pronostic et augmente la mortalité. La gestion endovasculaire des anévrysmes de l'artère gastroduodénale est devenue une pratique fréquemment rapportée dans la littérature,

Observation

Il s'agit d'une patiente de 57 ans diabétique hypertendue qui consultait pour un ictère évoluant en un seul tenant dans un contexte d'altération de l'état général, les explorations ont conclu à une tumeur de la tête du pancréas localement avancée avec un envahissement vasculaire hépatique et mésentérique supérieur. l'évolution a été marquée par l'installation d'une hémorragie digestive haute sous forme d'hématémèse de grande abondance, les explorations ont conclu à une rupture d'anévrysme de l'artère gastro duodénale nécessitant une embolisation vasculaire selective avec une bonne évolution et succès de l'embolisation.

Conclusion

L'atteinte anévrysmale de l'artère gastroduodénale est rare. La rupture est une complication grave et imprévisible, elle complique les procédures de prise en charge et assombrie le pronostic. Les techniques d'embolisation dans les anévrysmes des artères Splanchniques sont de plus en plus pratiquées avec de bons résultats à court et à moyen terme.

P83. Hernie de Bochdalek chez l'adulte : A propos d'un cas

Khedhiri N. Ayadi Med F. Haddad D. Hajri M. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.

Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction :

Les hernies diaphragmatiques congénitales de révélation tardive représentent 5 à 30 % de l'ensemble des hernies diaphragmatiques. Dans 90 à 95% des cas il s'agit d'une hernie de Bochdalek qui est une hernie de la région postéro-latérale du diaphragme.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 56 ans sans antécédents pathologiques qui a consulté pour une hernie inguinale droite. Dans le cadre du bilan pré-anesthésique une radiographie du thorax a été demandée ayant objectivé une hernie diaphragmatique gauche. La TDM thoracique a objectivé une hernie diaphragmatique de BOCHDALEK gauche avec issue d'organes digestifs (pancréas, rate et colon gauche) responsable de trouble ventilatoire du poumon gauche. Le patient a été opéré par voie sous costale gauche : il s'agissait d'une hernie de Bochdalek dont le collet fait 6 cm contenant la rate, l'estomac, la queue du pancréas et l'angle colique gauche. On a réalisé une réduction du contenu herniaire avec une fermeture de la brèche diaphragmatique par un fil à résorption lente. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Les hernies diaphragmatiques congénitales sont rares. La majorité des études actuelles émanent des unités de néonatalogie et de chirurgie infantile. L'hernie de Bochdalek est une hernie diaphragmatique congénitale affectant 1/2200 à 1/12 500 naissances. La prévalence chez l'adulte est d'environ 0,17 à 6%. Elle a une nette prédominance féminine avec un ratio de 3/5. Elle se situe à gauche dans 60% des cas. Elle est le plus souvent asymptomatique avec découverte fortuite sur examen radiologique. Elle peut également être révélée par des troubles respiratoires ou par un étranglement herniaire. Le diagnostic est suspecté sur la radiographie du thorax, et confirmé par la TDM thoraco-abdominale qui permet aussi d'étudier le contenu herniaire. Le traitement est toujours chirurgical, soit par abord thoracique soit abdominale en réalisant une réintégration du contenu herniaire et fermeture de la brèche diaphragmatique.

Conclusion :

La hernie de Bochdalek est une entité rare, exceptionnellement découverte chez l'adulte. Elle est le plus souvent asymptomatique. Le traitement reste toujours chirurgical

P84. Hernie De Spiegel : A Propos D'un Cas

Zarg El Ayoun R, Mesbahi M, Samaali I, Belghith O, Mkhinini W, Feriani N

Service de chirurgie générale, hôpital régional de Zaghouan

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, souvent diagnostiquée au stade de complication.

Observation : patiente âgée de 60ans, hypertendue ,qui présentait une tuméfaction para ombilicale gauche augmentant progressivement de volume, une hernie de Spiegel a été suspectée à l'examen clinique, et le diagnostic a été retenu à la tomodensitométrie abdominale. Une cure de la hernie par plaque de mersilène fixée en pré péritonéal a été réalisée et les suites opératoires étaient simples.

Conclusion: La hernie de Spiegel est une affection rare, souvent méconnue, diagnostiquée souvent au stade d'étranglement. 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

P85. Hernie de Spiegel : diagnostic et traitement

Ben Hmida.W ; Ayari.S ; Souissi.Y ; Taamallah.F ; Makhlouf.M ; Kacem.C ; Ben Slima.M
Service de Chirurgie générale B, Hôpital La Rabta

Introduction : La hernie de Spiegel est une déhiscence de la paroi antéro-latérale de l'abdomen sur la ligne ou fascia semi-lunaire de Spiegel. C'est une entité clinique rare, elle représente à 0,1 à 1 % des hernies. Le diagnostic clinique est difficile car sa symptomatologie est très peu spécifique, elle est asymptomatique dans 90%. Elle est souvent découverte lors d'un bilan radiologique pour une autre cause. Son pic d'incidence est entre la 4ème et 7ème décade sans prédominance de sexe. Elle peut être congénitale ou acquise.

Observation : Nous rapportons 2 observations de hernie de Spiegel gauche. Il s'agit de 2 femmes. La 1ère admise pour douleur du flanc gauche faisant évoquer une sigmoïdite, l'examen TDM a révélé une hernie de Spiegel gauche, celle-ci était engouée et s'est désétranglée spontanément. Elle a eu une cure par plaque à distance. La 2ème patiente a eu une TDM abdominale pour exploration d'une masse douloureuse du flanc gauche qui s'est avérée être une hernie de Spiegel. Elle a eu une cure par plaque.

Conclusion : La TDM abdominale reste l'examen clé pour la confirmation de diagnostic avec une grande sensibilité surtout en cas d'examen clinique difficile (hernie interstitiel, malade obèse). La complication la plus fréquente est l'étranglement herniaire survenant dans 17% à l'origine d'une occlusion intestinale aiguë. D'où l'intérêt d'indiquer une cure chirurgicale systématique de toute hernie diagnostiquée. La plastie prothétique représente le traitement de choix, comportant un risque moindre de récurrence. La voie laparoscopique a révolutionné la prise en charge de ces hernies. Cependant la voie conventionnelle reste indiquée d'emblée pour les grosses hernies.

P86. Hernie De Spiegel : Difficulté De Diagnostic Et De Prise En Charge

Gharbi.L ,Mizouni.A ,Osman.R , Farhat.W, Bouazzi.A, Ben Mabrouk.M ,Ben Ali.A
Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

La hernie de Spiegel, souvent décrite sous le nom de hernie ventrale latérale, est l'un des rares défauts de la paroi abdominale. Il s'agit d'une déhiscence inhabituelle apparaissant sur la ligne ou fascia semi-lunaire de Spiegel. Son diagnostic reste difficile

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de neuf cas colligés durant une période allant de 2000 à 2017.

Résultats: Notre étude comportait 9 patients dont 6 femmes et 3 hommes. L'âge moyen était de

55 ans. Trois patients ont été opérés dans le cadre d'un syndrome occlusif et six ont été programmé à froid. La localisation était au niveau FID dans 4 cas, au niveau de la FIG dans 2 cas, au niveau du flanc gauche dans 2 cas.

Tous les patients ont eu un traitement chirurgical. Six patients ont eu une plastie simple et trois ont eu une prothèse. Les suites opératoires immédiates étaient favorables pour tous les patients.

Discussion : Les hernies de Spiegel sont rares. Il s'agit d'une protrusion d'un sac péritonéal à travers d'un orifice anatomique acquis ou congénital de la ligne de Spiegel. Elles touchent aussi bien la femme que l'homme. Le collet de la hernie est en général étroit pouvant induire un étranglement. Les signes cliniques sont peu spécifiques. La TDM est utile au diagnostic en précisant le contenu du sac. Le meilleur traitement, hormis les urgences, est une réparation prothétique. La mise en place d'une prothèse synthétique par voie laparoscopique semble être une alternative élégante et efficace.

Conclusion: Du fait de sa rareté, ses circonstances de découverte très variées et son expression clinique aspécifique, la hernie de Spiegel pose un problème de diagnostic. Le risque d'étranglement non négligeable impose un traitement chirurgical.

P87. Hernie de Spiegel étranglée : a propos d'un cas

H Slama, Z Hadrich, A Cherni, Y Maalej, M bouassida, H Touinssi

Service de chirurgie générale HMTM Nabeul

INTRODUCTION

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

Elles sont rares et représentent 0,1% des hernies . La complication la plus fréquente est l'étranglement herniaire à l'origine d'une occlusion intestinale aiguë.

OBSERVATION CLINIQUE

Femme de 76 ans, cholécystectomie en 2014, consultait en urgence pour des douleurs abdominales d'apparitions brutales évoluant depuis 24 heures associées à des vomissements et un arrêt de matière et de gaz. L'examen physique trouvait une patiente apyrétique, abdomen distendu avec la présence d'une masse de 3 cm localisée au niveau de la fosse iliaque gauche, ferme et sensible. Absence de syndrome péritonéal. Le toucher rectal objectivait une ampoule rectale vide. L'ASP montrait des NHA type grêles. La biologie trouvait une hyperleucocytose à 16000 globules blancs/ml. Une tomодensitométrie abdominale objectivait une solution de continuité au niveau de la ligne de Spiegel avec la présence d'un sac herniaire en situation interpariétale contenant une anse digestive responsable d'une distension du grêle en amont avec épanchement péritonéal de faible abondance.

L'exploration chirurgicale, par voie élective, trouvait un sac herniaire de 4cm avec un collet étroit de 1.5 cm situé à la réunification du bord latéral du muscle grand droit et des muscles transverses gauches de l'abdomen. Le contenu est le grêle de bonne vitalité. Elle a eu une resection du sac et cure par raphie simple.

CONCLUSION

La hernie de Spiegel est rare, souvent méconnue, diagnostiquée souvent au stade d'étranglement. Grâce au progrès de l'imagerie médicale que le diagnostic peut être porté en préopératoire permettant une prise en charge adéquate. La voie coelioscopique constitue une nouvelle approche à la voie classique

P88. Hernie de Spiegel: une entité rare, a propos d'un cas

Mabrouk A, Ben Marzouk S, Sghayer M, Bouraoui I, Khelifa MB, Manai MH, Essoussi M
Service de chirurgie viscérale. Hôpital Militaire de Tunis

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 0.10 à 1% des hernies. Aussi, nous a-t-il paru opportun de rapporter ce cas colligé dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital militaire de Tunis tout en citant les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité.

Observation clinique:

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 43 ans, sans antécédent particulier qui présentait une tuméfaction de la fosse iliaque gauche augmentant progressivement de volume. Une hernie de Spiegel a été suspectée à l'examen clinique, et le diagnostic d'une hernie antérolatérale gauche a été retenu à la tomодensitométrie abdominale. Une cure de la hernie par plaque de prolène a été réalisée et les suites opératoires étaient simples.

CONCLUSION:

La hernie de Spiegel est une affection rare, son diagnostic clinique peut être difficile. Elle est asymptomatique dans 90% des cas. Son diagnostic positif est radiologique. Le risque d'étranglement non négligeable impose un traitement chirurgical une fois le diagnostic est confirmé. La voie coelioscopique constitue une nouvelle approche à la voie classique.

P89. Hernie de Spiegel : a propos d'un cas

Zarg El Ayoun R, Mesbahi M, Samaali I, Belghith O, Mkhinini W, Feriani N
Service de chirurgie générale, hôpital régional de Zaghuan

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, souvent diagnostiquée au stade de complication.

Observation : patiente âgée de 60ans, hypertendue ,qui présentait une tuméfaction para ombilicale gauche augmentant progressivement de volume, une hernie de Spiegel a été suspectée à l'examen clinique, et le diagnostic a été retenu à la tomодensitométrie abdominale. Une cure de la hernie par plaque de mersilène fixée en pré péritonéal a été réalisée et les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : La hernie de Spiegel est une affection rare, souvent méconnue, diagnostiquée souvent au stade d'étranglement. 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.

P90. Hernie interne : difficultés diagnostiques et attitude thérapeutique.

A propos de cinq cas avec revue de littérature.

Ben Hmida.W ; Hamdi.G ; Zahaf.B ; Mediouni.H ; Makhlouf.M ; Kacem.C ; Ben Slima.M
Service de Chirurgie générale B, Hôpital La Rabta

Introduction : Les hernies internes sont définies comme la protrusion d'un viscère au travers un orifice normal ou anormal dont la localisation est péritonéale ou mésentérique. Elle représente moins de 1% des hernies, est responsable de 0,2 à 0,9% des occlusions intestinales et de 1-4 % des occlusions par étranglements herniaires. Les hernies paraduodénales sont les plus fréquentes. Le diagnostic préopératoire est en général difficile.

Observations : Nous rapportons 5 cas d'occlusion intestinale aigue haute sur abdomen vierge. Il s'agit de 3 hommes et 2 femmes dont l'âge moyen était de 54 ans, 3 patients rapportent la notion de syndromes subocclusifs à répétition spontanément résolutifs. A l'examen 4 patients avaient un ventre plat, L'ASP montrait des niveaux hydro-aériques de type grêle. L'examen TDM a été pratiqué à tous les patients, le diagnostic de hernie interne n'a été évoqué en préopératoire que dans 2 cas ; pour les 3 autres l'indication opératoire a été posée devant la persistance ou la récurrence de l'occlusion. Aucun des patients ne présentait des signes cliniques ou tomodensitométriques de gravité. Les hernies étaient para-duodénales gauches dans 3 cas, para-duodénales droites dans un cas et para-caecales dans un cas. Tous les malades ont été abordés par laparotomie médiane. Nous avons procédé à une réduction du contenu et du sac herniaire avec fermeture de la brèche péritonéale, aucune résection intestinale n'a été faite. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : Il convient de penser au diagnostic de hernie interne devant un tableau d'occlusion haute en l'absence de laparotomie ou de hernie de la paroi abdominale. Le traitement est chirurgical. L'abord coelioscopique, absent dans notre série, pourrait être intéressant pour le diagnostic et le traitement des hernies internes.

P91. Hernie interne étranglée :cause rare d'occlusion intestinale aigue

Triki.W,Heni.S,Abbassi.I,Baccar.A,Naimi.D,Baraket.O,Bouchoucha.S ;service chirurgie générale ;Hôpital Habib Bougatfa ;Bizerte

Introduction :

Les hernies internes sont des protrusions des viscères creux abdominaux dans un orifice intra péritonéal . Elles sont classiquement à l'origine de 1 à 5,8% des occlusions intestinales aiguës. Poser le diagnostic d'une hernie interne est souvent difficile malgré les progrès de l'imagerie .Le plus souvent ,elles sont découverte lors d'une complication .nous rapportons le cas d'un patient opéré pour une hernie interne étranglée découverte lors de l'exploration d'un abdomen aigu ,ainsi qu'une revue de la littérature.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 75 ans aux ATCD de BPCO ,qui s'est présenté aux urgences pour un syndrome occlusif évoluant depuis 72 h, avec a l'examen : abdomen non cicatriciel distendu

, tympanique, sensible dans son ensemble, à la biologie : insuffisance rénale fonctionnelle, SIB avec GB=15000, à l'ASP : pas de NHA ; à la TDM abdominale : occlusion intestinale aiguë sur probable bride congénitale. Le patient a eu une brève réanimation, puis il a été opéré ; avec en per opératoire : importante dilatation grêlique en amont d'une anse incarcérée dans un defect du méso sigmoïde : c'est une hernie interne trans méso sigmoïdienne étranglée. La vitalité de l'intestin était conservée, on a réalisé une suture de l'orifice herniaire, réarrangement du grêle et drainage. Le patient est décédé à j 5 post opératoire.

Discussion :

Les hernies internes sont une cause rare d'un abdomen aigu. On distingue deux types de hernies internes : celles développées dans un orifice normal ou paranormal du péritoine : ce sont des hernies vraies possédant un sac herniaire. Leur diagnostic est possible par l'imagerie, devant des anomalies positionnelles des structures intestinomésentériques ; et celles développées à travers un orifice anormal du péritoine : ce sont des incarcérations intestinales dans un anneau fibreux inextensible. Elles constituent le diagnostic différentiel des occlusions sur bride. Elles ne peuvent être révélées que lors d'une complication, tel le cas de notre patient qui malgré l'intervention chirurgicale est décédé à j 5 dans un tableau de défaillance multi viscérale.

Conclusion :

Les hernies internes sont une cause rare d'occlusion intestinale aiguë. Les formes iatrogéniques post chirurgicales sont à l'origine des hernies internes les plus fréquemment observées. Les formes congénitales sont plus rares. Dans notre cas le diagnostic a été posé en per opératoire chez un sujet de 75 ans qui a été jusqu'au là asymptomatique.

P92. Hernie lombaire étranglée

Rguez Arib Lagha Sami ; Makram Moussa ; Azzaza Mohamed ; Amal Bouazzi ; Mohamed ben Mabrouk ; Ali Ben Ali.

CHU Sahloul de Sousse service de chirurgie générale

Introduction :

Les hernies lombaires sont des hernies qui se font dans la région lombaire essentiellement par les deux points faibles que présente cette région : le triangle de Jean-Louis PETIT et le triangle (ou le quadrilatère) de GRYNFELTT.

Observation :

Patiente âgée de 70 ans diabétique, consulte pour une douleur abdominale avec arrêt des matières et gaz évoluant depuis un jour.

L'examen clinique trouvait une tuméfaction arrondie de la région lombaire droite douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux. Le reste de l'abdomen était souple.

Le bilan biologique était sans anomalie. L'ASP avait montré un niveau hydro aérique de type colique

Un complément scannographique était réalisé et avait confirmé le diagnostic d'une hernie lombaire droite étranglée montrant le passage de la hernie à travers la paroi lombaire contenant le colon droit. Par ailleurs pas de signes de souffrance. Le patient a été opéré. Le geste chirurgical consistait en une cure de la hernie par raphie simple

Discussion :

La hernie lombaire est une variété très rare de hernies. Cette rareté explique, en partie du moins, les difficultés diagnostiques qu'elles posent. L'origine acquise est la plus fréquente, les hernies lombaires traumatiques sont rares ainsi que celles d'origine congénitales.

Conclusion :

La hernie lombaire est une hernie rare . Cependant elle partage le même risque d'étranglement que les autres hernies de la paroi abdominale. Cette rareté a pour conséquence les difficultés diagnostiques, surtout dans les cas de hernie non étranglée, (diagnostic différentiel avec : un lipome, un abcès froid bombant dans la région lombaire,...). Dans la littérature, la hernie de GRYNFELTT serait plus fréquente que la Jean-Louis PETIT et le côté droit plus que le côté gauche.

P93. Hernie obturatrice : A propos d'un cas

Sebai A, Haddad A, El Heni A, Rhaiem R, Maghrebi H, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de chirurgie générale A – Hôpital La Rabta

INTRODUCTION :La hernie obturatrice (HO) est rare. Elle est à l'origine de 0,2 à 1,6% des occlusions mécaniques de l'intestin grêle avec un taux de mortalité et morbidité après chirurgie respectivement de 35 et 18%. Nous rapportons le cas d'une patiente prise en charge pour une HO.

OBSERVATION :Patiente âgée de 72 ans, diabétique, admise en urgence pour une occlusion intestinale aigue haute sur un abdomen vierge.avec à l'examen la patiente apyrétique avec un abdomen distendue tympanique et la palpation des orifices herniaires n'a pas objectivé de hernie la biologie sans anomalies

La TDM abdominale a mis en évidence une distension de tout le grêle en amont d'un niveau transitionnel ou on objective une anse grêle incarcéré dans le trou obturateur gauche évoquant une hernie obturatrice gauche étranglée sans signe de souffrance intestinale .

La patiente a été opérée après une brève réanimation par voie inguinale. Elle a eu une réduction de l'anse incarcérée qui était de bonne vitalité avec une fermeture du trou obturateur par plicature du péritoine pariétal.

Les suites opératoires étaient simples. La patiente est à 6 mois de sa chirurgie. Elle n'a pas présenté de récurrence.

CONCLUSION :La HO est une entité dont le diagnostic préopératoire est difficile en raison de la faible spécificité clinique. L'examen tomодensitométrique semble être une aide majeure au diagnostic étiologique. Mais une fois le diagnostic d'occlusion posé, une intervention en urgence permettra d'en préciser l'étiologie et d'en réaliser le traitement. Le traitement de la hernie obturatrice étranglée est chirurgical . La réparation du défaut peut être réalisée par simple suture ou par mise en place d'un matériel prothétique.Tout retard thérapeutique majore la mortalité et la morbidité.

P94. Hernie para-duodénale droite étranglée :

Cause rare d'occlusion intestinale aiguë

Khedhiri N. Ayadi Med F. Haddad D. Hamdi G. Zaafour H. Bouhafa A. Ben Maamer A.

Service de chirurgie générale - Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction : Les hernies internes sont responsables d'environ 0,9 à 2 % des occlusions intestinales. Les hernies para duodénales sont la forme la plus fréquente, elles représentent environ 53 % des hernies internes avec une nette prédominance masculine.

Observation : Il s'agit d'un patient de 57 ans sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté au service des urgences pour un syndrome occlusif. L'examen objectivait un patient stable sur le plan hémodynamique, apyrétique avec une sensibilité abdominale diffuse, tympanisme à la percussion avec des orifices herniaires libres. La biologie était sans anomalie particulière. L'ASP objectivait des niveaux hydro-aériques type grêle sans pneumopéritoine. La TDM avait évoqué le diagnostic d'une hernie para-duodénale en objectivant une incarceration d'anse en regard de l'angle de Treitz et distension du grêle d'amont, de l'estomac et de l'œsophage thoracique. Le patient a été opéré : on trouve une hernie para-duodénale droite étranglée, il a eu une résection de 60 cm du grêle qui était nécrosé avec une anastomose grêlo-grêlique et fermeture du sac herniaire. Les suites opératoires étaient simples et le patient a été mis sortant à j 6 post opératoire.

Discussion :

Les hernies para duodénales représentent environ 53 % des hernies internes, elles ont une prédominance masculine. Les formes non compliquées sont asymptomatiques. L'incarcération des anses grêles dans le sac, peut être responsable d'un tableau d'occlusion grêlique ou d'une sténose digestive haute. Dans la forme para-duodénale droite compliquée, comme chez notre patient, le diagnostic est scannographique en mettant en évidence des anses intestinales dilatées dans un sac limité par les artères mésentérique supérieure et colique supérieure droite et la présence d'anomalies des vaisseaux mésentériques, qui sont rétractés et convergent vers le collet. Le traitement est basé sur la chirurgie qui consiste en une fermeture du sac par un fil non résorbable sans résection de celui-ci, vu le risque de dévascularisation du colon et avec ou sans résection du grêle selon la vitalité de celui-ci.

Conclusion :

La hernie para duodénale est une cause rare d'OIA. Le diagnostic est difficile devant le tableau clinique non univoque et l'absence de signes spécifiques. Le diagnostic est essentiellement radiologique reposant essentiellement sur le scanner. Leur traitement repose principalement sur la chirurgie.

P95. Traitement laparoscopique de la hernie rétro-costo-xiphoïdienne chez l'enfant

Ezzi.A, Belhassen.S, Ben Youssef.S, Zouaoui.A, Mosbahi.S, Hidouri.S, Sahnoun.L, Mekki.M,

Belguith.M, Nouri.A

Service de chirurgie pédiatrique, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, Tunisie

Introduction : La Hernie Rétro-Costo-Xiphœidienne (HRCX) est une variété rare des hernies diaphragmatiques congénitales. Elle représente 2 à 3 % de celles-ci, elle résulte du passage intermittent ou permanent des viscères abdominaux dans le thorax à travers un orifice diaphragmatique antérieur. Le traitement est chirurgical avec un pronostic le plus souvent favorable. L'objectif de notre étude d'évaluer l'intérêt de la voie cœlioscopique dans la HRCX.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalo-universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir sur 12 ans. La population d'étude était composée des patients ayant une HRCX opérés par voie laparoscopique.

Résultat : Durant la période d'étude, 12 malades ayant une HRCX opérés par voie laparoscopique répartis comme suit ; 4 cas de hernie de Larrey, 5 cas de hernie de Morgagni et 3 cas de hernie de Larrey-Morgagni. On a dénombré 8 garçons et 4 filles. L'âge moyen était de 16 mois. Le tableau clinique a été dominé par les manifestations respiratoires. L'examen clinique de nos patients a révélé des râles pulmonaires et des bruits hydro-aériques intra-thoraciques. La radiographie thoracique pratiquée chez tous les malades et a été évocatrice du diagnostic. La TDM a été réalisé chez 6 de nos patients et a permis de différencier le siège, la taille du défaut et de préciser les organes herniés. L'opacification basse a été faite chez 6 malades montrant un colon transverse intrathoracique. La réduction des viscères herniés et la fermeture de la brèche diaphragmatique ont été faites par voie laparoscopique dans tous les cas. L'évolution a été favorable dans tous les cas. Le recul moyen est de 5 ans.

Discussion : la HRCX est une malformation rare. Son diagnostic est de plus en plus précoce grâce à l'imagerie prénatale. Souvent, elle est associée à d'autres malformation surtout cardiaque ce qui augmente sa morbidité. Les organes herniés les plus fréquemment herniés sont le colon et l'épiploon. Le traitement par voie coelioscopique est de plus en plus admis avec les avantages de la chirurgie mini-invasive.

Conclusion :

La HRCX est la plus rare des hernies diaphragmatiques congénitales. Une fois le diagnostic est posé, le recours à la chirurgie est indispensable pour éviter les complications. La chirurgie mini-invasive est de plus en plus utilisée pour plusieurs raisons. Le pronostic reste bon et la mortalité est liée essentiellement à l'existence de malformations associées essentiellement cardiaques.

P96. Hernie interne trans omentale : une cause rare d'occlusion intestinale aigüe haute

Mohamed Ali Chaouch, Karim Nacef, Asma Chaouch, Mohamed Ben Khalifa, Abdesslem Ksibi, Marwa Messoud, Moez Boudokhane

Service de chirurgie viscérale, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

INTRODUCTION :

La hernie interne est une cause rare d'occlusion intestinale aigüe. Ils en existent différents types, selon leur localisation anatomique. La hernie trans-omentale est la plus rare. Nous rapportons un cas d'occlusion type grêle par hernie interne trans-omentale. Le but de ce travail est de rapporter cette forme rare d'hernie interne à travers cette observation.

OBSERVATION :

Patiente âgée de 59 ans diabétique, hypertendue et suivie pour AC/FA qui consulte le service des urgences pour un syndrome occlusif. La radiographie de l'ASP a objectivé plusieurs NHA type grêle (figure 1). Le scanner abdominal réalisé dans un but étiologique avait objectivé une distension des anses grêles avec un niveau transitionnel distal sans cause évidente (figure 2). Après une aspiration naso-gastrique douce pendant 2 heures et une courte réanimation, la patiente avait été opérée par voie médiane. A l'exploration, le grand épiploon bridait avec l'utérus et présentait une brèche de 3 cm de diamètre à travers laquelle des anses grêles avaient été incarcérées. Par ailleurs, il n'y avait pas de souffrance intestinale. Une libération des anses grêles par ouverture de l'orifice ommental avait été réalisée suivie d'une vidange rétrograde des anses grêles. Les suites opératoires avaient été simples et la patiente a été mise sortante après 4 jours.

CONCLUSION :

La hernie trans-omentale est la forme la plus rare des hernies internes. Elle ne représente que 1 à 4% des cas. Elle peut être découverte fortuitement, mais peut également provoquer une occlusion intestinale. La présentation aigüe est la forme la plus rapportée dans la littérature. Le diagnostic est le plus souvent per-opératoire vu l'absence de sensibilité et de spécificité satisfaisante des examens radiologiques.

P97. Hernie Rétro-Cæcale Étranglée : À propos d'un Cas

Helmi SLAMA, Wiem BEN HMIDA, Mahdi DBAIBI, Youssef BEDOUI, Fethi CHEBBI, Mahdi BOUASSIDA, Hssen TOUINSI

Service de Chirurgie générale, CHU Mohamed Taher El Maamouri, Nabeul

Introduction :

Les hernies rétro-cæcales sont une variété rare de hernie interne et une cause inhabituelle d'occlusion intestinale aigüe (0,5 à 6%). Actuellement, leur diagnostic précoce dépend essentiellement de la tomodensitométrie.

Observation clinique :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 74 ans sans antécédents pathologiques qui consultait aux urgences pour un syndrome occlusif évoluant depuis 3 jours. A l'examen : apyrétique ; état hémodynamique stable, pas de cicatrices abdominales ; abdomen distendu sensible dans son ensemble, tympanique et les orifices herniaires étaient libres avec au toucher rectal : l'ampoule rectale était vide et pas de masses palpables. A la biologie : pas de syndrome inflammatoire biologique, fonction rénale correcte ; pas de trouble ionique. A la radiographie de l'abdomen sans préparation : Niveaux hydro-aériques type grêle. Le scanner abdominopelvien avec injection montrait une anomalie de disposition des anses grêles situées au niveau de la gouttière pariéto-colique droite, qui sont dilatées atteignant un diamètre maximal de 33 mm en

amont d'un niveau transitionnel au niveau de la fosse iliaque droite, il s'associe un épanchement péritonéal de moyenne abondance. Le diagnostic de hernie péri-cæcale a été évoqué. La malade a été opérée par voie médiane : il a été objectivé un décollement du fascia de Told droit avec développement d'un sac au contact de la paroi postérieure du caecum qui est alors étiré avec incarceration de l'iléon terminal au niveau de la fossette péritonéale postérieure. Il s'y associait une brèche mésentérique au niveau du grêle incarcéré .L'intestin initialement de couleur violacé a repris une coloration satisfaisante après désincarcération et réchauffement au sérum physiologique. Il a été réalisé un complément de décollement colo pariétal droit permettant l'effondrement de cette fossette rétro-cæcale avec fermeture de la brèche mésentérique. Les suites opératoires étaient simples et la patiente a été mise sortante à j5 post opératoire.

Conclusion :

Le diagnostic de hernie interne doit être évoqué devant un tableau l'occlusion aigue du grêle survenant chez un patient sans antécédents chirurgicaux. Un traitement chirurgical doit être instauré le plus tôt possible afin de préserver la vitalité intestinale.

P98. Les hernies internes du tube digestif : à propos de 4 cas

Rania Osmane ; waad Farhat ; Linda ghabri ; mohamed amine Said ; Ben Mabrouk Mohamed ;Ali Ben Ali .

Service de chirurgie digestive et générale, CHU Sahloul,Sousse

Introduction :

Les hernies internes sont rares. Il s'agit d'une protrusion de viscères creux abdominaux dans un orifice intra-péritonéal. Leur diagnostic est le plus souvent réalisé en per opératoire.

Matériel et Méthodes :

Etude descriptive rétrospective portant sur 4 cas colligés dans le service de chirurgie général et digestive de l'hôpital Sahloul

Résultats:

Quatre cas de hernies internes ont été recensés. Notre série était constituée de 3 hommes et 1 femme, avec un sex-ratio (Homme /Femme) de 0,75. L'âge moyen des patients était de 40 ans avec des extrêmes de 17 et 63 ans. Sur le plan clinique, tous les patients étaient symptomatiques au moment du diagnostic. La symptomatologie était faite le plus souvent de douleurs abdominales. Deux patients ont été opérés dans le cadre d'un syndrome occlusif. Tous les patients ont eu une TDM abdominale en préopératoire. Le traitement chirurgical a été indiqué chez les quatre patients. Présence d'une hernie péri-coecale dans deux cas, une hernie para-duodenale droite dans un cas et para-duodenale gauche dans un cas. Tous les patients ont eu une fermeture de la fente interne.

Discussion :

Les hernies internes sont secondaires à un défaut d'accolement du péritoine et une anomalie de rotation de l'intestin grêle au cours du développement embryologique. Elles sont rarement diagnostiquées en pré opératoire. Dans la majorité des cas, le tableau se résume à un syndrome occlusif. La tomодensitométrie abdominale est actuellement le moyen d'imagerie de choix dans

l'exploration de la pathologie abdominale en urgence et en particulier dans le cadre d'occlusion intestinale aiguë. A cause du risque de strangulation, elles doivent être diagnostiquées et traitées. Le recours à la chirurgie est impératif devant le risque de nécrose intestinale.

Conclusion :

Les hernies internes sont considérées comme une cause rare, mais possible d'occlusion intestinale aiguë chez l'adulte. Il faut y penser devant une occlusion survenant en l'absence de tout antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne. Le diagnostic tardif peut occasionner des complications à type de nécrose d'anse.

P99. La maladie du Hirschsprung chez l'adulte : Etude d'une série de 13 cas

Nasseh S. Hasnaoui A. Haddad D. Sassi I. Zaafour H. Bouhafa A. Ben Maamer A. Service de Chirurgie Générale Hôpital Habib Thameur Tunis

La maladie du Hirschsprung est une pathologie rare, son incidence est de l'ordre de 1/5000 naissances. C'est la plus fréquente étiologie des occlusions de l'enfant.

A travers une série de 13 cas nous essayons d'étudier les particularités cliniques de cette pathologie, préciser les éléments diagnostiques et évaluer les attitudes thérapeutiques.

Matériels et méthodes :

Nous avons étudié rétrospectivement les observations de 13 patients hospitalisés dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Habib Thameur sur une période de 8ans (2010-2017).

Résultats :

Nos patients, 11 hommes et 2 femmes, avaient un âge moyen de 31 ans.

Sept parmi eux avaient une histoire clinique de constipation chronique et de syndromes sub-occlusifs depuis le jeune âge. 11 patients sur 13 ont été admis dans un tableau d'OIA: tous opérés et ont eu une stomie de décharge, un patient a été opéré d'une péritonite secondaire à une perforation sigmoïdienne: il a eu une colostomie à la Hartmann, le dernier patient a eu une double stomie à la Bouilly Wolkman pour une perforation du colon gauche. La manométrie anorectale a été réalisée seulement chez 50% des cas, et elle a conclu à l'absence du réflexe rectoanal inhibiteur. La confirmation du diagnostic était histologique sur des biopsies rectales et coliques. C'était une forme rectosigmoïdienne chez 11 patients et une forme rectale courte chez les autres.

Discussion :

Un âge supérieur à 10 ans a été fixé par la plupart des auteurs pour parler de la forme adulte de la maladie de Hirschsprung. Tout comme la forme du nouveau-né, il existe une nette prédominance masculine. Une histoire de constipation chronique a été retrouvée chez la plupart des patients dans les différentes publications. L'OIA était le motif de consultation pour 1.8% dans la littérature contrastant avec nos résultats ou l'OIA était le motif principal de consultation (84 %).

La manométrie ano-rectale montre l'absence de réflexe recto-anal inhibiteur et une augmentation de la pression du sphincter interne.

La biopsie permet d'affirmer le diagnostic en montrant l'absence de cellules ganglionnaires au

niveau des plexus nerveux.

L'intervention du Duhamel est considérée comme l'intervention la plus pratiquée par les différentes équipes chirurgicales dans le monde.

Conclusion :

La maladie du Hirschsprung chez l'adulte est une pathologie rare mais non exceptionnelle. Il faut y penser chez l'adulte jeune aux antécédents de constipation chronique.

PI00. Présentation particulière d'une hydatidose péritonéale : a propos d'une observation

service de chirurgie générale hôpital Mohamed Taher Maamouri Nabeul

Debaibi M , Sassi S , B Hmida W , Maalej Y , Touinssi H

Introduction :

L'hydatidose peritoneale est une forme rare qui représente 5 à 7,5 % des hydatidoses elle est due généralement a la rupture d un kyste hydatique hepatique ou splenique et la forme primitive reste exceptionnelle dont l physiopathologie est non connue

Observation clinique :

Nous rapportons un cas d'hydatidose péritonéale survenant chez un jeune de 27 ans , sans antécédents pathologiques d'origine rurale , qui s'était présenté dans notre service pour des douleurs abdominales diffuses à type de torsions évoluant depuis deux mois, d'intensité modérée, sans irradiation particulière, ne reconnaissant pas de facteurs calmants ou aggravants, cette symptomatologie évoluait dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. À l'admission, le patient avait un poids de 54 kg pour une taille de 1,62 m (IMC = 20), il était apyrétique, sans œdèmes des membres inférieurs, sans ictère. L'examen abdominal avait objectivé une hépatomégalie avec flèche hépatique à 14 cm ; une splénomégalie, pas de circulation veineuse collatérale. Le reste de l'examen clinique était sans anomalies, notamment l'examen cardiovasculaire, pleuropulmonaire et les aires ganglionnaires périphériques. L'échographie abdominale objectivait des images anéchogènes grossièrement arrondies et multiples au niveau du foie, de la rate ainsi qu'en intra-péritonéale, évoquant une hydatidose abdominale. Une tomодensitométrie a été demandé confirmant le diagnostic en préopératoire. une serologie hydatique est positive .

Un traitement chirurgical a été instauré par une laparotomie médiane : exérèse des éléments individualisables (kystectomies). La résection du dôme saillant (RDS) et la ponction-aspiration des kystes étaient le procédé le plus utilisé.

Un traitement médical à base d'albendazol (Zentel®) a été instauré en post opératoire.

Conclusion :

la localisation peritoneale d'une hydatidose est rare dont le traitement chirurgical est le pilier des traitements . l'efficacité de traitement médical demeure incertaine et les protocoles thérapeutiques ainsi que les modalités de surveillance restent toujours non codifiés .

PI01. Invagination intestinale aigüe sur un lipome colique pédiculé : à propos d'un

cas

Trimech.W, Ennaceur.F, Hamroun.N , Korbi.I , Jalleli.M , Noomen.F , Zouari.K
Service de Chirurgie Générale et Digestive; CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

L'invagination intestinale aigüe (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

Femme de 34 ans, sans antécédents admise pour un syndrome subocclusif évoluant depuis 03 jours A l'examen : abdomen sensible distendu. Un scanner abdominal a montré une invagination colocolique sur une masse de côlon descendant. Le patient a été opéré en per-opératoire une invagination colocolique prenant tout le côlon droit, transverse et gauche sur un lipome du coecum. → La patiente a eu une colectomie subtotale avec anastomose iléo-colique. L'Anapath a conclu a un lipome endoluminale pédiculé sous muqueux.

Discussion :

Le lipome colique siège le plus souvent sur le cæcum ou le colon ascendant et le plus souvent il est solitaires et sous-muqueux Il touche le plus souvent la femme et la tranche d'Age entre 50 et 70 ans. Il se manifeste cliniquement qu'avec un diamètre supérieur a` 3 cm (douleur abdominale, saignement, occlusion intestinale). Il pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres masses tumorales en particulier néoplasiques (ADK, liposarcome). La localisation de la tumeur oriente déjà le diagnostic : 2/3 des lipomes atteignent le côlon droit alors que le côlon gauche est le siège le plus fréquent des Cancers L'échographie est performante pour faire le diagnostic de l'invagination intestinale (classique image en cocarde avec une double paroi digestive) Le scanner en revanche, est une méthode à la fois sensible et spécifique pour le diagnostic de lipome. Le traitement de l'invagination chez l'adulte est toujours chirurgical

Conclusion :

En matière d'IIA est rare chez l'adulte. le plus souvent secondaire a une lésion endoluminale maligne. Une cause bénigne telle qu'un lipome est très rare. L'échographie abdominale est l'examen essentiel qui permet de reconnaître l'invagination et parfois la lésion causale. La TDM abdominale est l'examen clé et le traitement est toujours une résection carcinologique.

PI02. L'iléus Biliaire : Une Cause Rare D'occlusion Intestinale

Rejeb Ahmed , Kawech Aymen, ,Feidi Bilel , Hdhira Maher , Ben M'barek Sami ,Abdelkefi Sofiene, Morjane Abdelwaheb.

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

Introduction:

L'iléus biliaire est une complication de la lithiase biliaire, caractérisé par une occlusion intestinale secondaire à la migration d'un calcul de la vésicule biliaire dans l'intestin, à la faveur d'une fistule, dans un contexte de cholécystite chronique. C'est une affection rare qui touche

surtout la femme âgée.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 80 ans ayant comme antécédents pathologiques des coliques hépatiques à répétition et une hypertension artérielle, qui a consulté aux Urgences pour des vomissements, un arrêt des selles mais pas de gaz évoluant depuis environ 48 heures. L'examen clinique a montré un bon état général, une déshydratation modérée, un abdomen distendu, sensible à la palpation sans cicatrice de laparotomie. des orifices herniaires libres et une ampoule rectale vide au toucher rectal. Devant ce syndrome subocclusif, une ASP était sans particularité. Une TDM abdominopelvienne objectivait des signes d'occlusion grêle, une aérobilie et un calcul ectopique faisant évoquer le diagnostic d'un iléus biliaire . Il n'y avait pas de perturbation du bilan biologique. Une laparotomie en urgence a permis une extraction du calcul par entérotomie et la fermeture de la fistule cholécysto-duodénale. Les suites opératoires ont été simples.

CONCLUSION:

Les localisations coliques de l'iléus biliaire sont rares et se manifestent généralement par un syndrome occlusif. Leur traitement reste chirurgical en dehors de l'évacuation spontanée lorsque le calcul est de petite taille.

C'est un diagnostic qu'on oublie souvent et auquel il faut penser devant toute occlusion intestinale mécanique Chez une personne âgée.

PI03. Iléus biliaire :une cause rare d'occlusion intestinal aigue

Slama H , Debaibi M , B Hmida W , Zribi S , Touinsi H

Universitaire Mohammed Taher Maamouri Nabeul

Introduction :

L'iléus biliaire est une cause rare d'occlusion intestinale il représente 1 à 4% des occlusions intestinales aiguës organiques secondaire à une obstruction de la lumière intestinale par un calcul biliaire ayant migré à travers une fistule cholécysto-duodénale.

Observation :

patiente âgée de 72 ans , diabétique, ayant consulté pour des coliques hépatiques subintrantes depuis quelques mois avec notion de vomissements depuis 4 jours sans notion d'arrêt des matières et des gaz

l'examen trouve une patienteapyretique anictérique un bon état d'hydratation avec un abdomen distendu tympanique , les orifices herniaires sont libres et au toucher rectal une ampoule rectale vide

à la biologie : pas de syndrome inflammatoire biologique ; une légère cytolyse (deux fois la normale) et cholestase (2.5 fois la normale)

un abdomen sans préparation : montrant des niveaux hydro-aériques de type grêlique avec un complément scannographique : montrant une occlusion intestinale aiguë haute en rapport avec un gros calcul enclavé au niveau de jujenum avec une fistule cholécysto-duodénale

la patiente a été opérée par voie médiane sus ombilicale avec entérotomie et extraction d'un

gros calcul enclavé au niveau de jujenum avec suture digestives . sans toucher a la fistule ni au vesicule biliaire (a cause des adherences inflammatoires multiples) ; les suites operatoires étaient simples.

PI04. Invagination intestinale aigue de l'adulte à propos de 4 cas

Krichene.J ; Dr Kardoun N Chaabouni A ; Pr Harbi H ;Pr Mzali R

CHG CHU Habib Bourguiba

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte est une affection rare. Sa symptomatologie est peu spécifique.

cause organique est retrouvée dans 70 à 90 % des cas. Son traitement est chirurgical.

A travers 5 cas de patients ayant une invagination intestinale aigues on va étudier les différents aspects cliniques biologiques ; radiologiques et on va détailler la prise en charge thérapeutique tout en référant à la littérature.

Matériels et méthodes :

Il s'agit de 5 patients opérés pour invagination intestinale aigue de l'adulte au sein de l'Hopital universitaire Habib Bourguiba Sfax sur une période de 5 ans Se répartissant en 4 hommes et 1 femme .L age moyen était de 40.6 avec des ages extrêmes allant de 29 à 68 ans.Les symptomes révélant cette invagination étaient : un syndrome occlusif dans 3 cas , 1 cas de douleur abdominal aigue et 1 cas de douleur abdominale avec rectorragie.L 'échographie a porté le diagnostic d invagination dans 1 cas et la TDM abdominale dans tous les cas.Tout les Patients ont été opérés en urgence .La voie d'abord était une laparotomie médiane dans 4 cas , la voie coelioscopique était procéder chez un patient mais qui était fini par une conversion en laparotomie médiane.En per opératoire l' invagination était iléo colique dans 1 cas et iléo iléale dans 4 cas.Le geste réalisé était la désinvagination dans 2 cas et la résection anastomose grélogrélique dans 3 cas .l'étiologie de l' invagination était non identifièe dans 2 cas ; polype hmartomateux dans 1 cas lymphome B dans 1 cas , l lipome dans 1 cas les suites opératoires étaient simples dans tous les cas

Conclusion :

L'invagination intestinale aigue de l'adulte est révélatrice dans plus de 80% d'une affection organique.Limagerie pose le diagnostic positif par l' échographie abdominale et surtout la TDM abdominale Lachirurgie est le traitement de choix et permet d'identifier l'étiologie

PI05. Ischémie Caecale Isolée : A Propos D'un Cas

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Habib Bourguiba

Daoud R, Kardoun N, Abdelkafi A, Tlili A, Kchaou A, Mzali R

INTRODUCTION :

L'ischémie caecale isolée est une affection rare et morbide du sujet âgé. Elle est secondaire à de multiples causes divisée en deux groupes: l'ischémie mésentérique occlusive et l'ischémie mésentérique non occlusive. Elle peut imiter l'appendicite aigue dans sa présentation clinique.

Nous rapportons un cas d'ischémie caecale isolé observée au CHU Habib Bourguiba à Sfax.

La présentation de cette observation permettra de discuter les causes, les facteurs de risque, le terrain, la présentation clinique et le traitement de cette entité rare.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente âgée de 78 ans diabétique, hypertendue, dyslipidémique, IRC, aux antécédents d'un pontage aortocoronarien ,qui s'est présenté dans un tableau de douleur abdominal diffuse prédominante au niveau de la fosse iliaque droite associé à des vomissements dans un contexte d'AEG. Elle a été admise un jour après le début de la symptomatologie. L'examen clinique à l'admission retrouvait une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et subfébrile à 38°C. L'examen abdominal retrouvait un abdomen ballonné sensible au niveau de la fosse iliaque droite. Un bilan biologique a été réalisé et a révélé une hyperleucocytose à 14700 avec une CRP à 14. L'ionogramme sanguin était normal, une urée à 29 et une créatinine à 245. Un scanner abdomino-pelvien sans injection a été réalisé et a objectivé une pneumatose pariétale avec une aéromésentérie et une aéroportie évoquant une ischémie de la paroi caecale sans signes de perforation. Elle a été opérée en urgence. On a trouvé un caecum nécrosée avec paroi sphacélée, une dernière anse et un appendice d'aspect macroscopiquement normaux. On a réalisé une résection coecale avec anastomose iléocolique terminolatérale. Les suites opératoires ont été simples.

DISCUSSION :

L'ischémie caecale est une entité rare. La littérature présente des 'case report', comme dans notre cas, sans trouver de véritables séries. Elle se développe surtout quand il y a une variation anatomique des artères caecales dans son versant vaso-occlusif. Dans son versant non vaso-occlusif, elle atteint des personnes avec un terrain particulier notamment ceux ayant subi une chirurgie à coeur ouvert, cardiopathie chronique, diabète, hémodialysés et certains médicaments tel que la cocaïne. La présentation clinique est généralement une douleur de la fosse iliaque droite. Elle peut être traitée par une résection cunéiforme ou héli colectomie droite ou résection iléocœcale et une anastomose iléo colique.

Conclusion:

L'ischémie caecale isolée est un piège diagnostique et doit être évoquée devant une douleur de iliaque droite chez les patients âgés et les patients avec comorbidités notamment le diabète, les cardiopathies chroniques, l'hémodialyse.

PI06. Kyste epidermoide fissure de la rate : une cause rare d'abdomen aigu.

Itami Ahmed, Ammar Abderahmen*, Baraket Oussema, Triki Wissem, Bouchoucha Sami.
Service de Chirurgie Générale Hôpital Universitaire Habib Bougatfa Bizerte.

*Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hôpital Universitaire A. Mami Ariana.

Introduction

Le kyste épidermoïde représente environ 10% de la totalité des lésions kystiques de la rate qui globalement sont rares. Il s'agit d'une lésion bénigne qui est souvent asymptomatique et de découverte fortuite mais se manifeste exceptionnellement par un tableau d'abdomen aigu. La chirurgie est indiquée si le kyste est symptomatique. La chirurgie conservatrice est envisageable

avec un faible risque de récurrence.

Observation clinique

Patiente âgée de 18 ans admise pour des douleurs abdominales diffuses évoluant depuis deux jours. L'examen montrait une masse de l'hypochondre gauche et du flanc gauche. La biologie était strictement normale. Les examens morphologiques montraient une masse kystique splénique polylobée faisant 11*7cm associée à un épanchement libre abondant avec une probable fissuration. La patiente était opérée par voie sous costale gauche et l'exploration trouvait une masse kystique splénique faisant 15cm de grand axe de contenu séreux, elle avait une splénectomie emportant le kyste avec des suites opératoires simples. L'examen anatomopathologique concluait à un kyste épidermoïde de la rate.

Discussion

Les kystes de la rate sont rares et d'origine parasitaire dans 50 à 80% des cas. Le kyste épidermoïde représente 10% des lésions kystiques. Il concerne essentiellement des sujets de moins de 20 ans, avec une prépondérance féminine. Son pronostic est bon. La découverte est souvent fortuite mais lorsque le kyste est de grande taille il peut occuper tout le flanc gauche et se révéler par des douleurs, une thrombopénie ou des complications (rupture, hémorragie). L'aspect échographique est variable : kyste à parois fines, d'épaisseur régulière, contenu anéchoïque mais on peut trouver des septations et des parois irrégulières.

Le diagnostic définitif ne peut être établi que sur les données anatomopathologiques : présence d'un revêtement épithélial cuboïde, colonnaire ou squameux. Le diagnostic différentiel doit faire évoquer les pseudo-kystes (antécédents traumatiques, infectieux, parois calcifiées), les kystes hydatiques, les tumeurs kystiques (lymphangiomes) les infarctus spléniques et les abcès spléniques. Le traitement consiste à une splénectomie partielle.

Conclusion

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.

PI07. Un cas rare de kyste épidermoïde pelvien

Bettaieb K, Maghrebi H, Atri S, Rehaïem R, Labidi A*, Zehani A**, Ben Mahmoud A, Rebai W, Fteriche F, Makni A, Dahfous A, Ksantini R, Kacem M, Ben Safta Z

Service De Chirurgie Générale A « La Rabta »

* Service De Gastroentérologie A « La Rabta »

**Service D'anatomopathologie « La Rabta »

Introduction:

Le kyste épidermoïde est une lésion kystique bénigne fréquente. Sa découverte est habituellement fortuite. Il peut atteindre une taille volumineuse ce qui entraîne la destruction des tissus de voisinage. La localisation pelvienne est rare.

Observation:

Patiente âgée de 29 ans, non tarée, chez qui on a découvert de façon fortuite une masse

kystique pelvienne lors d'une échographie pelvienne faite suite à un avortement. A l'examen : pas de masse abdominale palpable, un bombement rénitent de la paroi vaginale gauche au toucher vaginale et un bombement au toucher rectal du même côté. L'IRM pelvienne a objectivé une masse kystique de 10 cm latéro rectale à paroi propre bien limitée, uniloculaire, de contenu hétérogène, n'envahissant aucun organe de voisinage et qui refoule à droite le rectum et le vagin. La patiente a été opérée par voie de Kraske avec en peropératoire une masse sur la face antéro latérale gauche du rectum, séparée de ce dernier par un plan de clivage, à paroi blanchâtre, les ovaires et l'utérus étaient sans anomalies. Elle a eu une résection complète de la masse. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un kyste épidermoïde.

Conclusion :

Le kyste épidermoïde pelvien est rare, habituellement asymptomatique. Il peut simuler un kyste ovarien. Une association à un syndrome de Gardner a été rapportée dans la littérature.

PI08. Kyste épidermoïde récidivé de la rate: A propos d'un cas

Mokadem S, Chamakhi A, Zenaidi H, Mahjoubi F, Zoghlami A

Service de Chirurgie Générale CTGB

Introduction :

- Les kystes épidermoïdes de la rate sont des tumeurs bénignes rares, souvent de découverte fortuite. Le diagnostic est souvent fait par l'échographie et le scanner. L'anatomopathologie confirme le diagnostic. Le traitement chirurgical de choix est conservateur.
- Nous rapportons le cas d'une patiente prise en charge à notre service pour kyste épidermoïde de la rate.

Observation :

Patiente âgée de 19 ans sans ATCD, consulte pour sensation de pesanteur de l'hypochondre gauche;

L'examen abdominal a trouvé une splénomégalie à 4cm du rebord costal non douloureuse. Le reste de l'examen était sans particularités;

La numération sanguine était normale;

Une échographie abdominale montre une volumineuse masse de l'arrière cavité de l'épiploon de 17*17*16 cm refoulant l'estomac, la rate et le rein gauche (fig1);

TDM abdominale objective un volumineux kyste splénique avec un effet de masse sur les organes de voisinage et dont l'aspect évoque un kyste épidermoïde (fig2);

On a opté pour un traitement conservateur par kystectomie.

Opérée le 01-04-16, en per opératoire on a trouvé un kyste splénique exophytique de 15 cm de grand axe refoulant les organes de voisinage; L'attitude était de faire une ponction aspiration et kystectomie partielle. Les suites opératoires étaient simples et la patiente sortante à J04;

L'examen anatomopathologiques a conclu à un kyste épidermoïde remanié de la rate sans malignité. On a décidé de surveiller la patiente;

La patiente est, depuis, restée asymptomatique;

Lors du suivi et à J+ 11 mois post opératoire elle rapporte des douleurs de l'hypochondre gauche;

L'exploration par TDM abdominale était en faveur d'une récurrence du kyste épidermoïde de la rate. Il existait une formation liquidienne homogène au sein du pôle supérieur de la rate de 47*22*68mm;

On a décidé de réaliser une splénectomie. Opérée le 30-06-17 par voie sous costale gauche. En per opératoire il existait un kyste de 4 cm du pôle supérieur de la rate. Les suites opératoires étaient simples.

Anatomopathologie: Kyste épidermoïde splénique sans signes histologiques de malignité.

Conclusion :

- Nous rapportons un cas de kyste épidermoïde de la rate chez une jeune femme. Le diagnostic final reste anatomopathologique. La base de la prise en charge thérapeutique reste le traitement conservateur, néanmoins la splénectomie garde une place importante en cas de récurrence.

PI09. Kyste hydatique du pancréas à propos de 10 cas

Auteurs : Mohamed Azzaza, Med Amine Said, Abdelkader Mizouni, Farhat waad, Chaker Youssef, Ben Mabrouk Mohamed, Ali Ben Ali.

Service chirurgie générale sahloul sousse

Introduction et problématique : la localisation pancréatique du kyste hydatique est inhabituelle et du fait de sa rareté, elle suscite un intérêt particulier. La symptomatologie est souvent insidieuse et dépend du siège du kyste hydatique, ce qui peut expliquer les difficultés du diagnostic, prêtant à confusion avec les autres lésions kystiques du pancréas. Le but de notre étude est de décrire les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives du kyste hydatique du pancréas.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective, qui s'est intéressée à 10 cas du kyste hydatique du pancréas, colligés au service de chirurgie générale du CHU Sahloul, durant une période de 10 ans allant du mois de janvier 2003 jusqu'au mois de décembre 2012.

Résultats : dans notre série le kyste hydatique du pancréas représente 0.92% des localisations hydatiques abdominales opérées pendant la même période. L'âge moyen de nos patients a été de 31 ans et le sex-ratio a été de 0.66. Les circonstances de découverte clinique ont été dans tous les cas une douleur abdominale. L'examen physique a montré : une masse abdominale chez un seul patient, une sensibilité de l'hypochondre droit chez trois patients, de l'épigastre chez 4 patients et de l'hypochondre gauche chez 2 patients et une hépatomégalie chez 3 patients. La sérologie hydatique a été demandée chez tous nos patients revenue positive dans 6 cas. L'échographie abdominale a été réalisée chez tous les patients. Le scanner abdomino-pelvien a été réalisé chez 9 patients. L'IRM pancréatique a été réalisée chez un seul patient. Tous les patients ont été opérés. Une résection du dôme saillant associée à une épiploplastie a été réalisée dans 7 cas. Une spléno-pancréatectomie caudale a été réalisée dans 3 cas. Les suites opératoires précoces ont été marquées par la survenue de fistule pancréatique externe chez un seul patient. Nous n'avons pas noté de récurrence hydatique.

Conclusion : Le kyste hydatique du pancréas suscite un intérêt par sa fréquence exceptionnelle, sa symptomatologie d'emprunt et sa longue latence clinique. Des nouvelles techniques de l'imagerie, combinée au contexte épidémiologique et à la sérologie hydatique ont permis une approche diagnostique et thérapeutique plus adaptée. La prophylaxie reste la véritable prévention de la maladie.

PII0. Kyste hydatique ouvert dans le tube digestif : A propos de 4 cas.
Lagha Sami ;Amal Bouazzi;Arib Rguez ; Rania Osman; Waad Farhat;Mohame Ben Mabrouk ; Ali Ben Ali

Service de chirurgie générale et digestive ,CHU Sahloul,Sousse.

INTRODUCTION :

La fistulisation du kyste hydatique dans le tube digestif est une complication rare et grave sans traduction clinique spécifique.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons 4 cas de KHF ouvert dans le tube digestif opérés au service de chirurgie générale et digestive CHU Sahloul.

RESULTATS :

IL s'agissait de 4 patients de sexe masculin avec un âge moyen de 34 ans. Le kyste hydatique siégeait au niveau du foie dans 3 cas et dans la cavité péritonéale dans un cas. Il s'agissait d'une fistule kysto gastrique dans 2 cas et kysto colique dans 2 cas. 3 patients ont eu une résection du dôme saillant avec une résection cunéiforme du tube digestif. Dans un cas le patient a eu une antrectomie avec des suites post opératoire simples pour tout les patients.

DISCUSSION :

L'hydatidose est une anthroponose cosmopolite, due au développement dans l'organisme humain de la forme larvaire d'un taenia du chien dit « Echinococcus granulosus » Elle peut atteindre jusqu'à 5% de la population des zones de forte endémie. Le KHF compliqué est une pathologie fréquente selon la littérature.

Il touche souvent les patients d'âge jeune et de sexe masculin .

L'expression clinique manque de spécificité. Elle est dominée par La douleur de l'hypochondre droit et la fièvre . La complication la plus fréquente a été représentée par la fistulisation dans les voies biliaires retrouvée dans 60% des cas. L'échographie est le principal examen para clinique qui permet de porter le diagnostic. Les kystes sont de type III dans 70 %, et touchant l'hémi-foie droit dans 80%. Le traitement est chirurgical .

CONCLUSION:

Le diagnostic de kyste hydatique fistulisé dans le tube digestif est difficile et doit être évoqué devant les antécédents du malade. L'imagerie par scanner et surtout l'IRM permet de poser le diagnostic. Le traitement de ces fistules est chirurgical.

PIII. Kyste mésothélial intrapéritonéal de découverte fortuite mimant

un kyste hydatique.

Hasnaoui Anis, Oumaya Mariem, Haddad Dhafer, Zaafouri Haithem, Bouhafa Ahmed, Ben Maamer Anis.

Service de chirurgie générale. Hôpital Habib Thameur

Introduction :

Les kystes mésothéliaux simples sont rares et bénins. Leur pathogénie reste mal élucidée. Ils peuvent poser un problème de diagnostic différentiel. Leur découverte est souvent fortuite lors d'un examen morphologique pour une autre pathologie ou en per opératoire comme dans notre cas.

Observation clinique :

Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, aux antécédents de HTA et de cécité depuis l'âge de 10 ans, admis dans notre service pour lithiase vésiculaire sans signe prédictif de lithiase de la voie biliaire principale. Patient a été opéré par voie coelioscopique. En peropératoire, la vésicule biliaire était distendue, à paroi épaissie. Il existait une formation poly kystique de 4 cm de grand axe en sous hépatique, semblant à des vésicules filles d'un kyste hydatique. On a réalisé une cholécystectomie, extraction de la vésicule biliaire et de la formation kystique dans un sac. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique avait conclu à un aspect de cholécystite chronique en poussée aiguë et un kyste dont la nature mésothéliale de ses cellules a été confirmée par la positivité du D2-40 et de la calréténine.

Discussion :

Les kystes mésothéliaux simples sont rares et bénins. Leur pathogénie reste mal élucidée. Il semble qu'ils sont dus à un défaut congénital d'accolement des surfaces péritonéales. Souvent paucisymptomatiques, Leur découverte peut se faire ainsi fortuitement à l'imagerie, posant alors un problème de diagnostic différentiel par rapport aux autres formations kystiques péritonéales. Ou comme dans notre cas en per-opératoire. Seul l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire permet de confirmer le diagnostic. Le pronostic de cette pathologie bénigne reste excellent avec un risque de récurrence nul après exérèse chirurgicale complète.

Conclusion :

Les kystes mésothéliaux simples sont rares et bénins. Le problème se pose souvent avec les diagnostics différentiels notamment le kyste hydatique. Le traitement est Chirurgical avec un excellent pronostic.

PI12. Lithiase biliaire intrahépatique de diagnostic difficile : le Syndrome LPAC

Krimi B, Talbi G, Ben alaya H, Omrani S, Gharbi L, Arfa N, Mestiri H, Bayar R, Khalfallah MT
Service de chirurgie générale, CHU Mongi Slim La Marsa

Introduction :

Le syndrome LPAC (Low PhospholipidAssociated Cholelithiasis), ou lithiase cholestérolique génétique, est une forme très particulière de lithiase biliaire qui a été décrite pour la première fois en 2001 par l'équipe de l'hôpital Saint-Antoine. Contrairement à la lithiase banale, en cas de syndrome LPAC, les calculs de cholestérol se forment aussi bien dans le foie

que dans la vésicule, surviennent le plus souvent chez des patients jeunes sans surpoids et récidivent souvent après cholécystectomie .

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 35 ans aux antécédents de cholécystectomie pour lithiase vésiculaire symptomatique à l'âge de 14 ans.

Les suites opératoires ont été marquées par des poussées d'angiocholite sur des calculs de la voie biliaire principale et des calculs intra hépatiques au niveau du segment VIII. Elle a été traitée par sphinctérotomie et segmentectomie VIII.

La patiente nous a consulté pour une angiocholite aigue grave pour laquelle elle a été hospitalisée en réanimation. L' échographie abdominale a conclu à des images hyper échogènes en queue de comète des voies biliaires intra hépatiques avec micro calculs ayant un cône d'ombre postérieur .

Le diagnostic de LPAC Syndrom a été évoqué et retenu devant la cholécystectomie eu jeune âge et l'aspect échographique très évocateur .

La patiente a été mise sous acide ursodésoxycholique (ursolvan) avec une nette régression de la symptomatologie.

Conclusion :

Le Syndrome LPAC est une entité rare, dont les arguments évocateurs sont le début des symptômes avant 30 ans, la récurrence des symptômes après cholécystectomie, les antécédents personnels de cholestase gravidique, les antécédents familiaux au premier degré de lithiase biliaire symptomatique avant 30 ans.

La réalisation d'une échographie par un opérateur sensibilisé est le moyen le plus pertinent pour confirmer le diagnostic. Le traitement est médical il repose sur l'acide ursodésoxycholique . Le traitement chirurgical est réservé aux formes compliquées de la lithiase biliaire.

PI13. La tuberculose pancréatique à propos d'un cas

Ben Hassine H.T; Jalleli M ; Trimech W ; Hamed W ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K..

Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

L'atteinte pancréatique isolée au cours de la tuberculose est exceptionnelle même dans les pays d'endémie. Compte-tenu de sa rareté et de son mode de présentation parfois trompeur, le diagnostic peut être méconnu ou porté tardivement. Le tableau est habituellement celui d'une atteinte pseudo tumorale du pancréas, pose le problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes.

Nous rapportons un cas de tuberculose pancréatique dans sa forme pseudo-tumorale révélée par un ictère obstructif.

Observation:

Patient âgé de 32 ans, sans antécédents, consulte pour épigastralgies atypiques avec ictère choléstatique d'allure néoplasique.

A l'examen bon état général, ictère cutanéomuqueux, apyrétique, Vésicule non palpable.

A la biologie : cholestase 5 x Normale, cytolyse

L'échographie et le scanner ont objectivé une masse hypo dense calcifiée de la tête du pancréas.

Une laparotomie exploratrice a mis en évidence une tuméfaction de la tête du pancréas avec des coulées ganglionnaires péri pancréatiques et coelio-mésentériques.

L'examen extemporané : granulome à cellules géantes sans signes de malignité.

Il a eu une cholécystectomie avec anastomose bilio-digestive.

L'examen anatomopathologique définitif a conclu à une tuberculose pancréatique.

Le patient a reçu 9 mois de traitement anti tuberculeux avec bonne évolution clinique et radiologique.

Conclusion:

Le diagnostic de tuberculose pancréatique peut être méconnu ou porté tardivement. Il fait partie des diagnostics différentiels de tumeur du pancréas. Un tel diagnostic doit être évoqué devant toute lésion pancréatique et surtout en pays d'endémie, chez les sujets jeunes, en cas de lésion contenant des calcifications. La biopsie à l'aiguille fine sous contrôle écho endoscopique permet en cas de doute d'éviter une laparotomie inutile. Ce diagnostic ne doit pas être méconnu dans la mesure où un traitement médical existe et que le délai de prise en charge thérapeutique conditionne le pronostic.

PI 14. Intérêt de la laparoscopie diagnostique

Bennani Soufiene, ikram massoudi, Gouider Amine, Feidi Bilel, sihem sindi, Abdelkafi mohamed Soufiene, Abdelwaheb Morjen.

Service de chirurgie générale et digestive de kairouan.

Introduction : Le recours à la laparoscopie comme moyen diagnostique est une procédure simple, sûre et précise, qui représente une alternative mini invasive à beaucoup d'autres explorations diagnostiques. Les indications de cette laparoscopie diagnostique sont actuellement très nombreuses et ne cessent de s'accroître.

L'objectif de notre travail est de rapporter à travers l'analyse rétrospective de nos malades, les indications de la coelioscopie diagnostique, et de définir après une revue associée de la littérature l'intérêt de la coelioscopie comme outil diagnostique.

Matériel et méthode : Nous avons rapporté dans ce travail une étude rétrospective de nos malades ayant bénéficiés d'une laparoscopie à visée diagnostique, réalisée à froid ou en urgence, colligés dans notre service de chirurgie générale et digestive du CHU de Kairouan, durant une période de 3 ans, entre janvier 2015 et janvier 2018 inclus.

Résultats : vingt-sept dossiers ont été étudiés. L'âge moyen de nos patients était de 48 ans (16 à 83 ans). Le sex-ratio était de 2,8 avec une nette prédominance féminine. Seize patients étaient sans ATCD pathologiques notables (59,2%) et 25,9% des cas aux ATCD de chirurgie abdominopelvienne. L'indication de la laparoscopie à visée diagnostique pratiquée en urgence chez nos patients (29,6%) était la douleur abdominale aiguë, isolée (6cas) ou associée à un syndrome mécanique occlusif (2cas). Aucun cas n'a été exploré par coelioscopie dans un contexte traumatique.

indications à froid (19 cas soit 70,3%) étaient l'exploration des ascites exsudatives (11 patients : 40,7%), l'évaluation de l'extension d'un ADK digestif (2 cas soit 7,4%), les poly-adénopathies profondes (2 cas), l'exploration de douleur abdominale chronique (4 cas soit 14,8%).

Aucun diagnostic définitif n'a été retenu pour 3 cas (11,1%) : deux cas explorés pour ascite exsudative et un cas pour douleurs abdominales chroniques. La laparoscopie avait un intérêt diagnostique chez 81,4% de nos patients (22 cas) et a permis l'évaluation précise de l'extension locorégionale et à distance de 2 cas d'ADK digestif évitant ainsi une laparotomie inutile. Elle a permis le diagnostic chez tous les patients opérés en urgence montrant des pathologies appendiculaires tumorales, ovariennes, infectieuses (tuberculose) ou inflammatoires (crohn). Pour les patients opérés à froid, le diagnostic a été histologique dans 17 cas (59,2%) objectivant 7 cas de tuberculose péritonéale, un cas d'hépatite chronique, 2 cas de carcinose péritonéale, un cas d'ADK ovarien localisé, deux cas de lymphome de Burkitt (7,4%), un cas de mésothélium malin et 4 cas de carcinose péritonéale avec métastase hépatique chez 2 cas connus porteurs d'ADK gastrique ou pancréatique jugés initialement résectables.

Discussion : La majorité des auteurs confirme le grand intérêt diagnostique de la laparoscopie comme étant un moyen sûr et efficace. Avec la diffusion de cette technique, l'amélioration du matériel et l'augmentation de l'expérience des opérateurs, qui sont des conditions indispensables à la crédibilité de la laparoscopie, son rôle s'étend à la réalisation de plusieurs gestes thérapeutiques. En dehors des urgences, elle est utile surtout en cas de métastases péritonéales et hépatiques, en cas de tuberculose péritonéale, l'exploration des ascites et des douleurs abdominales chroniques et l'extension tumorale. Dans les urgences abdominales, c'est la laparoscopie à visée à la fois diagnostique et thérapeutique qui mérite d'être développée dans la plupart des urgences abdominales vu que son intérêt diagnostique est étroitement lié à son intérêt thérapeutique.

Conclusion : A travers ce travail et à la lumière des données de la littérature, nous avons pu retenir le faible taux des complications de cette technique traduisant l'extrême prudence des opérateurs et son bénéfice indéniable dans la prise en charge des patients nécessitant une exploration abdominale (en urgence et à froid).

PI15. Lymphome de Burkitt sporadique : A propos de deux cas

Ayedi Med F. Khedhiri N. Haddad D. Oumaya M. ZAafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.
Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction :

Le lymphome de Burkitt (LB) est une maladie rare et très agressive. Cette maladie sévit à l'état endémique en Afrique. L'infection par l'Epstein Barr Virus (EBV) en est presque toujours la cause. Rarement le LB se présente de façon sporadique avec moindre association à l'EBV et une atteinte plus fréquente de l'abdomen. Nous rapportons deux cas de LB sporadiques associés à une infection par l'EBV.

Observations :

1^{er} cas :Enfant de 15 ans, qui a consulté en urgence pour un syndrome appendiculaire évoluant depuis deux jours. Il a été opéré en urgence. En peropératoire on trouvait un grand épiploon épaissi avec présence de multiples nodules péritonéaux. Des biopsies ont été réalisées. L'examen anatomopathologique avait conclu à un LB péritonéal et l'EBV était détecté. L'enfant a débuté sa chimiothérapie.

2^{ème} cas :Femme âgée de 29 ans, admise dans notre service pour ascite. On a réalisé une coelioscopie diagnostique qui a objectivé des nodules péritonéaux diffus. L'examen histologique des biopsies avec immunohistochimie avait conclu à un LB et l'EBV était détecté. La patiente a été adressée pour chimiothérapie.

Conclusion :

Le LB péritonéal est rare. Il atteint essentiellement les enfants et les jeunes adultes. L'association avec l'EBV est moins fréquente que dans les cas endémiques. L'EBV a été détecté dans les deux cas que nous avons rapportés, ceci pourrait être dû à la prévalence élevée du virus en Tunisie.

PI16. Leiomyosarcome Gastrique : A Propos D'un Cas

Khedhiri N. Riahi W. Haddad D. Ayari Y. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.

Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

INTRODUCTION :

Les léiomyosarcomes (LMS) gastriques sont des tumeurs développées aux dépens des fibres musculaires lisses de la paroi gastrique. Ils sont rares et ne représentent que 0,1 à 3 % de toutes les tumeurs gastriques. Ils se caractérisent par une grande latence clinique, des difficultés de diagnostic anatomopathologique et un pronostic meilleur que celui des adénocarcinomes.

OBSERVATION :

Mme A.M, âgée de 75 ans, hospitalisée pour des épigastralgies. L'abdomen était le siège d'une masse péri-ombilicale de consistance ferme, fixe par rapport au plan profond. La biologie a objectivé une anémie hypochrome microcytaire à 6 g/dl d'hémoglobine. La FOGD a objectivé une formation ulcéro-bourgeonnante hémicirconférentielle, avec deux pertes de substance creusantes. La TDM abdominale a objectivé une masse hétérogène de 10cm de diamètre occupant l'étage sus méso-colique, à triple composante : tissulaire, liquidienne et aérique. La patiente a été opérée. L'exploration per-opératoire a objectivé une tumeur gastrique distale adhérente au colon transverse sans carcinose péritonéale ni de métastases hépatiques. Elle a eu une gastrectomie subtotale et une colectomie transverse avec une anastomose gastro-jéjunale et colo-colique. L'examen anatomo-pathologique a montré une tumeur gastrique dont l'aspect et l'immuno phénotype étaient évocateurs d'un léiomyosarcome de haut grade.

DISCUSSION :

Les léiomyosarcomes sont des tumeurs mésenchymateuses à cellules fusiformes des muscles lisses. Ils se développent de façon ubiquitaire dans le tissu de soutien des muscles lisses mais leur domaine de prédilection est l'utérus et le tractus digestif. La symptomatologie est pauvre, le plus souvent révélée par un saignement occulte ou extériorisé. La fibroscopie gastrique n'est pas contributive au diagnostic car ces lésions à développement sous muqueux sont souvent à prédominance exophytique. L'écho endoscopie est l'outil le plus performant pour faire le

diagnostic avec une sensibilité de 97 %. La TDM permet de visualiser les hémorragies intra tumorales et les rares calcifications endo-lésionnelles.

CONCLUSION :

Le pronostic des LMS gastriques semble meilleur que celui des adénocarcinomes. Il dépend des métastases viscérales synchrones, de la taille de la tumeur, du grade histologique, et de l'infiltration pariétale de l'estomac. Le taux de survie à 5 ans des patients est de 22 %.

PI 17. Une tumeur rectale de diagnostic difficile : la linite rectale

Chelbi A, Baccouch S, Krimi B, Talbi G, Gharbi L, Arfa N, Mestiri H, Bayar R, Khalfallah MT
Service de chirurgie viscéral, CHU Mongi Slim La Marsa

Introduction :

La linite rectale est une tumeur rare (<1/1000). Les difficultés d'obtention de fragments biopsiques peuvent être à l'origine d'un retard de prise en charge.

Observation :

Un patient âgé de 36 ans, sans antécédents particuliers, avait consulté pour un syndrome occlusif évoluant depuis 4 jours. L'examen trouvait un abdomen distendu tympanique. Le toucher rectal trouvait une tumeur sténosante située à 4 cm de la marge anale. La TDM abdominale montrait une occlusion intestinale aiguë de type colique en amont d'une tumeur du bas rectum sans signes de gravité radiologiques. Le patient était opéré. L'exploration trouvait une tumeur sous douglassienne du rectum avec un blindage du pelvis. En post opératoires, le patient a eu plusieurs rectoscopies avec biopsie qui montraient une tumeur circonférentielle ulcérobougeonnante. Les biopsies endoscopiques étaient toutes non concluantes. L'IRM pelvienne montrait une tumeur du bas rectum infiltrant le mésorectum. Une biopsie chirurgicale était réalisée avec à l'examen anatopath adénocarcinome avec des cellules en bague à chaton.

Conclusion. La linite rectale peut donner des aspects macroscopiques trompeurs. L'IRM peut orienter le diagnostic en montrant un aspect concentrique en triple couche de la paroi rectale. Des macro biopsies voire des biopsies chirurgicales sont souvent nécessaires avoir une preuve histologique. La prise en charge thérapeutique reste basée sur la radiochimiothérapie suivie ou non d'une chirurgie. Le pronostic terme est généralement mauvais.

PI 18. Apport de la cœlioscopie dans le lymphangiome kystique : a propos d'un cas

N. Kardoun, Y. Kallel, Ah. Kchaou, H. Harrbi, F. Frikha, M. Ben Amar, R. Mzali
Service de chirurgie générale EPS Habib Bourguiba Sfax- Tunisie

Introduction :

Le lymphangiome kystique (LK) est une tumeur bénigne rare à localisations diverses et sans spécificité clinique. Sa localisation rétro-péritonéale est moins fréquente que la localisation mésentérique. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique rétro péritonéal opéré par voie coeloscopique.

Observation :

Il s'agit d'une femme de 33 ans sans antécédents. La symptomatologie est faite de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite dans un contexte d'apyrexie depuis des mois avec apparition d'une masse augmentant progressivement de volume. Examen : masse de 3 cm au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite.

Biologie : sans anomalies.

scanner abdominale : masse hypo dense de 6 cm rétro- caecale bien limitée évoquant un lymphangiome kystique..

Patiente opérée par voie coelioscopique avec résection en monobloc du kyste.

L'histologie confirme le diagnostic du lymphangiome kystique.

Discussion :

Les LK sont des tumeurs très rares, qui se voient surtout chez l'enfant. Chez l'adulte, elles représentent 7% des kystes abdominaux. Ils sont observés dans 90% des cas lors des deux premières années de la vie, dans 60% des cas avant l'âge de 5 ans et exceptionnellement chez l'adulte.

Ils sont dues à une obstruction des vaisseaux lymphatiques à la suite d'une inflammation, d'un traumatisme ou d'une dégénérescence ou bien à un défaut de connexion entre un groupe de chaînes lymphatiques abdominales et le système veineux, entraînant l'isolement d'un bourgeon lymphatique.

L'exérèse en monobloc par voie coelioscopique reste le traitement de choix .

Conclusion :

Le LK rétro-péritonéal est une tumeur bénigne du système lymphatique.

L'abord coelioscopique serait d'un grand apport afin de réduire la morbidité post opératoire et écourter le séjour post opératoire.

PI19. Lymphangiome kystique géant du mésentère

Jalleli M , Boughanmi F , Korbi I , Kawach A , Ben Hassine H ,Nasr M, Zouari K.

Service de chirurgie générale et digestive CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

Introduction :

Les lymphangiomes kystiques (LK) mésentériques représentent moins de 1% de tous lymphangiomes. Leur expression clinique est polymorphe mais non spécifique. Nous rapportons forme géante originale, révélée par une distension abdominale sans syndrome occlusif associé.

Observation clinique :

Patiente âgée de 48 ans sans antécédents pathologiques notables admise dans notre service augmentation progressive du volume abdominale sans autres signe associé. L'examen abdo révélait un abdomen distendu matité à la percussion sans de syndrome occlusif associé. Le biologique était sans anomalie notamment une sérologie hydatique négative. Le scanner abdo montre une volumineuse masse kystique de 34X27X14cm intra péritonéale spontanément homogène présentant de fines cloisons faiblement rehaussées après injection de produit de contraste. Cette masse prend racine au niveau de la racine du mésentère et s'insinue entre les différents viscères et structures digestives de l'abdomen sans les comprimer. L'exploration chirurgicale par laparotomie médiane mettait en évidence une volumineuse masse kystique cloisonnée, à con

liquidien jaune citrin et prenant naissance à partir du mésentère. Il n'y avait pas d'adhérences avec les viscères abdominaux et une résection complète de la masse était pratiquée. L'examen histologique était en faveur d'un lymphangiome kystique. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

Les Lymphangiomes kystiques des mésentériques sont rares. Ils siègent dans 70,5 % au niveau du mésentère et dans 26,2 % au niveau du méso-côlon. Ils sont plus fréquents chez l'enfant. Il n'y a pratiquement pas de risque de transformation cancéreuse pour les LK mésentériques. Le traitement des LK du mésentère est essentiellement chirurgical. L'exérèse chirurgicale complète, à ciel ouvert ou laparoscopique, représente le traitement de choix de cette tumeur bénigne en assurant une guérison définitive. Cependant, le caractère complet de l'exérèse peut être difficile à réaliser pour les lésions de la racine des mésos où aucune marge de sécurité n'est possible, exposant le patient à un risque de récurrence.

Conclusion :

Les Lymphangiomes kystiques des mésentériques sont rares. Leur diagnostic est souvent difficile et pose un problème de diagnostic différentiel avec les kystes hydatiques. Pas de risque de transformation maligne toutefois peuvent récidiver si l'exérèse chirurgicale est incomplète.

PI20. Lymphangiome kystique intra-abdominal : Le confort du traitement laparoscopique : une série pédiatrique

Ben Fredj M, Laamiri R, Makhlouf D, Kechiche N, Sahnoun L, Mekki, Nouri A.
Service de chirurgie pédiatrique, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

Introduction : le lymphangiome kystique (LK) intra-abdominal est une tumeur bénigne et rare. L'excision complète à travers une laparotomie est le traitement standard. Depuis 1993 la voie laparoscopique a été proposée chez l'adulte puis chez l'enfant. L'objectif de notre étude est de montrer la faisabilité, l'intérêt et l'efficacité de la voie laparoscopique dans le traitement des LK intra-abdominaux chez l'enfant.

Matériel et méthode : étude rétrospective descriptive sur les cas de LK intra-abdominal opérés par voie laparoscopique dans notre service entre 2010 et 2017.

Résultats : il s'agit de 7 patients, 5 garçons et 2 filles, âge moyen 6 ans (2 mois-10 ans). Les circonstances de découverte étaient dominées par les douleurs abdominales (3 cas), suivies par la masse abdominale (2 cas), un cas de diagnostic anténatal et un cas d'hémopéritoine. Tous les malades ont été explorés par échographie et seulement 3 cas ont eu un scanner abdominal. Le lymphangiome était intra-péritonéal dans 3 cas, mésentérique dans 2 cas et dépendant du grêle dans 2 cas. L'exploration coelioscopique a confirmé le diagnostic dans tous les cas. Une ponction précoce a été réalisée pour faciliter la dissection et explorer le contenu du kyste. Dans deux cas le lymphangiome a été extériorisé par l'ombilic pour réaliser une résection et une anastomose extra-abdominale. La durée moyenne de l'opération était de 2H. Pas de perte sanguine, pas d'incident en per opératoire. Les suites opératoires immédiates étaient simples avec un séjour moyen de 5 jours. Pas de récurrence en post opératoire.

Discussion : le LK intra-abdominal est une masse kystique bénigne qui peut intéresser

plusieurs organes intra ou retro péritonéal comme illustre notre série. Selon De Lagausie et Al la voie laparoscopique assure une exploration mini-invasif première puis une résection facile et complète pour les petits kystes et une plus difficile mais facilitée par la ponction pour les kystes géants ce qui est confirmée par notre étude. Enfin elle offre un meilleurs confort post opératoire sur le plan douleur et esthétique.

Conclusion : la voie laparoscopique s'avère intéressante pour la prise en charge LK intra-abdominale chez l'enfant malgr e les difficultés per-opératoire due au rapport de cette lésion et à la taille du kyste qui peuvent être jugulée par des astuces techniques et l'expérience d'un bon chirurgien.

P121. Lymphangiome kystique rétropéritonéal

Auteurs : Ben Ismail Imen, Rebi Saber, Zenaidi Hakim, Yahmadi Abdelwehed, Zoghلامي Ayoub.
Service de chirurgie générale, CTGB, Ben Arous

Introduction :

Le lymphangiome kystique rétropéritonéal est une tumeur bénigne malformative rare des vaisseaux lymphatiques. La localisation crâniofaciale, cervicale ou axillaire est la plus habituelle. Les formes intra-abdominales sont rares. Elles représentent 2 à 10 % et se situent préférentiellement dans le mésentère et l'épiploon. La localisation rétropéritonéale est moins fréquente.

Observation : Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 46 ans, aux ATCDs d'anémie ferriprive sous Fumafer, qui consultait pour des douleurs abdominales diffuses évoluant depuis un an. L'examen clinique était sans anomalie. Une écho abdominale a été réalisée montrant une formation kystique intra-abdominale, au niveau de l'HCG, bien limitée, sans paroi propre mesurant 4,7*3,7 cm. Un complément scanographique fait montrant une formation kystique rétropéritonéale latéro- aortique gauche, à contours polylobés, siège d'une fine cloison, non rehaussée après injection de PDC, mesurant 76*50*36 mm, en arrière elle est au contact étroit avec la veine mésentérique inférieure et la veine rénale gauche. Aspect évoquant un lymphangiome kystique rétropéritonéal. La décision était de surveiller la patiente, un contrôle scanographique fait après un an montre la même image précédemment décrite.

Discussion :

Les lymphangiomes kystiques sont des tumeurs bénignes rares qui se voient surtout chez l'enfant, Le développement chez l'adulte est exceptionnel. Le lymphangiome kystique représente 7 % des lésions kystiques abdominales chez l'adulte. Les lésions touchent alors essentiellement le mésentère. La localisation rétropéritonéale est moins fréquente que la localisation mésentérique. Les manifestations cliniques du lymphangiome kystique abdominal sont très polymorphes. Le scanner présente un excellent moyen diagnostique initial. L'IRM, en seconde intention, permet de mieux préciser la nature du contenu des kystes et apprécie très bien l'extension périvasculaire de la lésion. La preuve définitive du diagnostic de lymphangiome kystique est apportée par l'examen anatomopathologique. L'indication thérapeutique doit tenir compte du caractère bénin de la tumeur, mais aussi et surtout des complications souvent

révélatrices du lymphangiome. L'exérèse chirurgicale est l'attitude classique; elle doit être aussi complète que possible évitant ainsi les récives.

Conclusion :

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne du système lymphatique. La localisation rétropéritonéale est rare. La présentation clinique est très polymorphe. Le diagnostic est suspecté par l'imagerie et ne peut être confirmé que lors de l'examen histologique après l'intervention. En cas de lésion non symptomatique, la surveillance est la règle. En cas de lésion symptomatique, l'exérèse chirurgicale complète semble la meilleure option pour limiter le risque de récive.

PI22. Lymphome Du Grêle : A Propos De 6 Cas

Ben Hassine H.T ; Ben Jabra S; Boughanmi F ; Jaawane W ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.
Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les lymphomes non Hodgkiniens (LMNH) du tube digestif représentent 36% des formes extra ganglionnaires. L'atteinte grêlique représente la 2ème localisation après celle de l'estomac.

But :

Analyser les particularités cliniques, endoscopiques et histologiques du lymphome du grêle.

Matériel et Méthodes :

Étude rétrospective colligeant tous les cas de LMNH du grêle hospitalisés dans le service de chirurgie générale Fattouma Bourguiba Monastir sur une période de 10 ans (2004-2014).

Résultats :

Six cas de LMNH du grêle ont été colligés. Il s'agissait de 2 femmes et de 4 hommes d'âge moyen 45 ans. Les signes fonctionnels étaient dominés par l'altération de l'état général (N=6), les douleurs abdominales (N=5) et la diarrhée liquidienne (N=3). L'examen physique a mis en évidence une masse abdominale (N=2), une splénomégalie (N=1) et une hépatomégalie (N=1). Dans la moitié des cas et devant l'aspect ulcéré de l'iléon à l'endoscopie, des biopsies ont été pratiquées permettant ainsi de poser le diagnostic. Chez les autres malades, devant l'épaississement digestif avec des adénopathies abdominales à l'imagerie le diagnostic de lymphome a été suspecté. La confirmation du diagnostic a été établie par des biopsies chirurgicales (n=1) et sur la pièce opératoire (n=2). Le diagnostic retenu était un lymphome B à grandes cellules de l'iléon terminal (N=2) dont un s'est développé sur une maladie cœliaque, un cas de lymphome B de faible grade de malignité localisé au niveau de l'iléon, deux cas de lymphome T sur maladie cœliaque méconnue siégeant au niveau de l'iléon et un lymphome de Burkitt à double localisation duodéno-jéjunale. Le traitement a consisté en une chimiothérapie exclusive dans 4cas. La chirurgie était indiquée pour les formes compliquées chez 2 patients. Une rémission a été notée chez 2 malades avec respectivement un recul de 12 et de 24 mois.

Conclusion :

Le lymphome du grêle est une affection rare qui touche essentiellement le sujet jeune de sexe

masculin. Il est souvent de phénotype B. Le tableau clinique le plus évocateur associe une diarrhée liquidienne, des douleurs abdominales et un amaigrissement. Le traitement reste basé sur la chimiothérapie. La chirurgie n'est indiquée que dans les formes compliquées.

PI23. Lymphome pancréatique primitif à cellule B : à propos d'un cas

Ben Ismail Imen, Zenaidi Hakim, Rebi Sabar, Yahmadi Abdelwehed, Zoghلامي Ayoub.

Service de chirurgie générale, CTGB, Ben Arous

Introduction :

Le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) primitif du pancréas est rare et de diagnostic souvent difficile. Survenant avec prédilection chez les personnes âgées, il simule cliniquement l'adénocarcinome. Les signes d'imagerie étant également non spécifiques, l'obtention d'un diagnostic histologique est donc indispensable à la mise en route d'un traitement adapté.

Observation :

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 61 ans, qui consultait pour AEG, épigastralgies et amaigrissement de 10 kg en 3 mois. Une écho abdominale a été réalisée montrant une formation tissulaire, hypoéchogène hétérogène de 55 mm, évoquant un processus expansif vraisemblablement d'origine pancréatique. Un complément scanographique fait montrant un processus tumoral aux dépens du corps du pancréas (30*39*35mm), à développement exophytique dans l'espace coelio-mésentérique entretenant des rapports intimes avec le TC et ses branches spléniques et gastrique gauche qui sont refoulées mais perméables et infiltrant en avant la paroi de l'estomac et de la petite courbure gastrique qui sont épaissies. Le dosage des ACE et Ca 19-9 était normal. Une laparotomie exploratrice a été réalisée montrant une tumeur du corps du pancréas de 6 cm envahissant le corps gastrique et le pédicule splénique, localement avancée, jugée non résécable, d'où des biopsies ganglionnaires ont été faites. L'examen anatopath a conclu à des métastases ganglionnaires d'un lymphome dont la morphologie et le profil immunohistochimique cadrent avec un lymphome B à grandes cellules. La patiente a eu de la chimiothérapie (8 cures R-CHOP). Une TDM TAP de contrôle faite après 2 ans a montré une diminution nette de la taille du processus tumoral pancréatique exophytique (90 %) avec persistance d'une infiltration tumorale engainante du TC.

Discussion :

Le lymphome primitif du pancréas est un diagnostic difficile du fait de l'absence de signes cliniques et radiologiques spécifiques. Un diamètre tumoral de plus 6 cm et l'existence d'adénopathies rétropéritonéales, péripancréatiques et/ou paraaortiques sont évocateurs de LPP. Le diagnostic de certitude repose sur les données anatomopathologiques. La biopsie percutanée peut être guidée par l'examen échographique ou tomодensitométrique, cependant la biopsie pancréatique sous écho-endoscopie représente l'examen de référence.

Conclusion :

Le traitement du lymphome du pancréas repose sur la chimiothérapie mais un geste chirurgical

doit être conseillé chaque fois qu'une exérèse de la tumeur est possible ou qu'une mesure palliative est rendue nécessaire par la taille et/ou l'extension de celle-ci.

PI24. Maladie de Recklinghausen et tumeur stromale du duodénum

Auteurs : Ben Ismail Imen, Zenaïdi Hakim, Rebiï Saber, Yahmadi Abdelwehed, Zoghلامي Ayoub.
Service de chirurgie générale, CTGB, Ben Arous

Introduction :

Les localisations digestives de la maladie de Recklinghausen posent un certain nombre de problèmes diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques. Parmi ceux-ci, l'appréciation du caractère bénin ou malin. L'association entre GIST et maladie de Von Recklinghausen doit être connue, et ne doit pas être confondue avec des neurofibromes.

Observation :

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 64 ans connue porteuse d'une neurofibromatose type I, opérée il y a 3 ans pour abcès appendiculaire par voie médiane. Admise actuellement pour éventration sur la cicatrice médiane sous ombilicale. Un scanner a été demandé systématiquement à la recherche de localisation intra-abdominale de sa neurofibromatose. Ce dernier montre une formation tissulaire vascularisée pariétale de DII avec un développement endoluminal mesurant 15 mm de diamètre, évocatrice d'une tumeur stromale. Une duodéno-scopie latérale a été réalisée montrant une formation nodulaire sous muqueuse de 15 mm de grand axe, régulière couverte d'une muqueuse non ulcérée, lisse, siégeant sur le bord externe de DII. Des biopsies non pas été réalisées, d'où la décision de faire l'exérèse de la tumeur au cours de la cure de l'éventration. L'exploration per-opératoire montre une tumeur de 1.5 cm sur le bord externe de DII, ayant un développement endo et extra-luminal. Nous avons réalisé l'exérèse de la tumeur avec fermeture de la duodénotomie et cure par plaque de l'éventration. L'examen anatopath a conclu à une tumeur bénigne de DII.

Conclusion :

La forte incidence des GIST au cours de la NFI doit être connue afin d'identifier correctement ces lésions qui peuvent être confondues superficiellement avec des neurofibromes.

PI25. Manifestations digestives de la maladie de Von Recklinghausen : a propos de quatre cas

Arib Rguez ; Sami Lagha ; Waad Frahat ; Mohamed Azzazza ; Abdelkader Mizouni ; Makram Moussa ; Mohamed Ben Mabrouk ; Ali B Ali.

Service de chirurgie générale et digestive , CHU sahloul Sousse

Introduction :

La maladie de Von Recklinghausen est la plus fréquente des neuroectodermoses. Ses manifestations cliniques sont polymorphes à l'âge adulte, avec une prédominance cutanée. La localisation digestive est rare, mais non exceptionnelle.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective colligeant quatre cas de maladie de von Recklinghausen avec manifestation digestive sur une période de 10 ans .

Résultats :

Nous rapportons les observations de quatre patients de sexe masculin, d'âge moyen de 46 ans connu porteurs de la neurofibromatose de Von Recklinghausen. L'atteinte digestive, ayant entraîné un syndrome occlusif dans un cas, une hémorragie digestive basse dans un cas, un ictère cholestatique dans un cas et dans un cas un syndrome péritonéal.

Discussion :

La neurofibromatose de type I, appelée aussi périphérique ou maladie de Recklinghausen, concerne une naissance sur 3000, résulte d'une transmission autosomique dominante, peut être sporadique, et implique une anomalie sur le chromosome 17. Les atteintes digestives de la maladie de Recklinghausen surviennent à l'âge moyen de la vie, en général bien plus tard que les lésions cutanées, et peuvent être divisées en quatre entités. Une atteinte digestive est présente chez environ 7 à 25% des malades atteints de maladie de Von Recklinghausen. À côté du tube digestif qui est le plus souvent concerné, le foie et le pancréas peuvent également être atteints.

Conclusion :

Les manifestations digestives liées à cette maladie sont traitées le plus souvent chirurgicalement. Ce traitement est efficace dans le cadre de l'urgence, mais reste aléatoire compte tenu de la multiplicité des lésions et de leur tendance à récidiver.

PI26. Complication grave d'un diverticule de Meckel chez L'enfant ; à propos d'un cas

Messaoudi ikram, Banneni sofien, Ben Abdesslem Z, GOUIDER Amine, Ben mbarek S, Morjane A.

Service de Chirurgie Générale et Digestive du CHU Ibn El Jazzar de Kairouan

INTRODUCTION :

Le diverticule de Meckel est la persistance partielle du canal omphalomésentérique. C'est l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus gastro-intestinal.

Le diagnostic est souvent fait lors de la survenue d'une complication ; occlusion, perforation ou hémorragie.

OBSERVATION CLINIQUE :

Patient âgé de 12 ans sans ATCDs pathologiques admis pour syndrome occlusif évoluant depuis 24h avec notion de fièvre non chiffrée.

A l'examen: abdomen plat avec une défense abdominale généralisée à la palpation.

AUSP: niveau HA de type grélique.

Après une courte réanimation (SNG, perfusion) et devant les signes cliniques et radiologiques, le patient a été opéré en urgence par voie médiane ;Volvulus du grêle sur diverticule de Meckel avec nécrose de celui-ci sur 60 cm y compris la dernière anse iléale. Résection du grêle nécrosé avec anastomose iléo-caecale.

Les suites post-opératoires étaient simples et le patient a été mis sortant à J5.

DISCUSSION : Les complications du diverticule de Meckel sont rares. Le diagnostic préopératoire est rarement évoqué à cause d'une symptomatologie atypique.

Dans notre cas, les diagnostics évoqués par ordre décroissant ont été une occlusion intestinale aiguë et une péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire. **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.

PI27. Les mélanomes malins ano-rectaux : à propos de 3 cas

Ben Hassine H.T ; Jalleli M; Jaawane W ; Boughanmi F; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.

Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les mélanomes malins sont des tumeurs malignes développées aux dépends du système pigmentaire. La localisation ano-rectale se caractérise par sa rareté et par son pronostic extrêmement sombre. C'est une tumeur maligne rare (0. 2 à 3%), découvert le plus souvent à un stade tardif. L'endoscopie joue un rôle majeur dans le diagnostic positif en montrant son aspect assez typique de tumeur pigmentée mais qui n'est pas toujours présent. Son pronostic est sombre, lié à la précocité du diagnostic.

Patients et Méthodes :

Nous rapportons trois Observations de mélanome ano rectal primitif recrutées au service de chirurgie générale Fattouma Bourguiba Monastir.

Résultat :

Nos trois patients étaient âgés de 50, 65 et 70 ans, ayant consulté pour des rectorragies avec altération de l'état général, l'examen proctologique a permis de mettre en évidence un processus tumoral bourgeonnant de couleur rosée avec quelques zones noirâtres étendue de 1 à 7 cm de la marge anale sur la paroi latérale du rectum dans un cas et une tumeur péri anale envahissant le vagin de couleur rosée avec quelques zones bleuâtres dans le deuxième cas et un processus noirâtre ano rectal dans le troisième cas. La TDM abdomino pelvienne a montré un épaissement tumoral du rectum infiltrant la graisse péri rectale sans atteinte des organes de voisinage. Le reste du bilan d'extension réalisé était négatif notamment à la recherche de métastases ou d'autres localisations cutané et rétinienne. Le traitement a été une amputation abdominopelvienne, étant donnée l'étendue de la tumeur et l'envahissement de la graisse péri rectale. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic avec la positivité de PS 100 et HMB45.

Conclusion :

Les mélanomes malins ano rectaux restent des tumeurs rares dont le diagnostic se fait souvent à un stade tardif. Leur pronostic reste redoutable lié à l'évolution métastatique. La chirurgie reste la principale arme thérapeutique. Nous insistons à travers ces Observations sur l'impérativité de la précocité du diagnostic.

PI28. Le Mesotheliome Peritoneal Malin : A Propos D'un Cas

Khedhiri N. Nasseh S. Haddad D. Hadj Alouane H. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.
Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction

Le mésothéliome péritonéal malin MPM est une tumeur rare dont l'incidence est évaluée à 2 par an et par million d'habitants. Il est 5 fois moins fréquent que l'atteinte pleurale. Le rôle de l'amiante bien démontré dans le mésothéliome malin pleural reste cependant discuté dans le MMP. L'aspect macroscopique est semblable à une carcinose péritonéale secondaire. Seul l'examen anatomopathologique permet de poser le diagnostic. Le pronostic est sombre avec une survie médiane de quelques mois.

Observation

Mr J.H âgé de 51 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis pour exploration d'une ascite évoluant depuis 3 mois, dans un contexte d'amaigrissement sans notion de contagement tuberculeux.

L'examen physique a objectivé un abdomen distendu avec une matité déclive des flancs. Il n'y a pas de signes d'hypertension portale ni de viscéromégalie. Une TDM abdominopelvienne a montré une ascite de grande abondance avec un épaissement nodulaire du péritoine et du tablier épiploïque et une splénomégalie hétérogène nodulaire. Une coelioscopie diagnostique a permis la biopsie de ces nodules, et l'examen anatomo-pathologique associé à une étude immuno-histochimique avait confirmé le diagnostic d'un mésothéliome malin épithélioïde. Le patient a été adressé pour une chimiothérapie systémique.

Discussion

Le MPM est une tumeur rare, sa localisation péritonéale représente la 2ème localisation après la plèvre. Il touche plus fréquemment le sexe masculin que féminin. La symptomatologie, insidieuse, se résume à une distension abdominale due à l'ascite. L'imagerie, faite essentiellement d'échographie et de scanner abdomino-pelvien, peut fournir des renseignements très importants sur l'extension de la maladie.

Le diagnostic positif étant histologique, est surtout réalisé sur des biopsies par voie coelioscopique. Le traitement du MPM est pluridisciplinaire. Il repose essentiellement sur la chirurgie maximaliste de cytoréduction associée à une chimiothérapie intra-péritonéale. Quant à la chimiothérapie systémique, elle constitue une option thérapeutique pour les patients inopérables. Le pronostic du mésothéliome est sombre. La médiane de survie est de 9 à 12 mois en absence de traitement.

Conclusion

Le MPM est une pathologie à pronostic sombre. Le traitement a longtemps été uniquement palliatif, fondé sur la chimiothérapie systémique, avec une survie moyenne de 4 à 12 mois. Actuellement, les traitements locorégionaux, associant chirurgie de cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique intra péritonéale (CHIP) semblent donner des résultats promoteurs.

PI29. Métastase mammaire révélant un adénocarcinome gastrique chez un homme : A propos d'un cas.

Houyem Mansouri, Saida Sakhri, Med Ali Ayedi, Nadia Boujelbane, Jamel Ben Hassouna, Khaled Rahal.

Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaiez, Tunis

Service d'anatomopathologie, Institut Salah Azaiez, Tunis

Introduction : Les tumeurs métastatiques du sein sont très rares et représentent 0,5 à 2% de tous les cancers du sein. Les lymphomes, les leucémies, les mélanomes, suivies par les tumeurs pulmonaires, ovariennes et rénales sont habituellement les localisations primitives. Les métastases mammaires d'un adénocarcinome gastrique sont rares et ne représentent que 0.3 % des localisations secondaires gastriques comparées au foie (4-14 %) qui est le site le plus commun. Elles surviennent habituellement dans un contexte poly métastatique chez les femmes et plus rarement chez l'homme. Nous rapportons un cas de métastase mammaire d'un adénocarcinome de l'estomac survenant chez un homme.

Observation clinique: Il s'agit d'un homme âgé de 57 ans aux antécédents d'ulcère bulbaire qui avait consulté pour un des épigastralgies, des vomissements, une toux sèche évoluant depuis 2 mois. L'examen clinique avait objectivé un nodule induré péri-aréolaire du sein droit, mobile, de 2 cm de diamètre associé à de multiples adénopathies de la chaîne jugulo-carotidienne. La biopsie du nodule du sein avait conclu à un adénocarcinome bien différencié infiltrant d'origine digestive. La fibroscopie œso-gastro-duodénale a objectivé plusieurs gros plis fundiques congestifs et infiltrés dont la biopsie avait conclu à un adénocarcinome à cellule indépendantes de l'estomac. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré des localisations secondaires pulmonaires et surrenaliennes multiples. Une chimiothérapie palliative à base d'étoposide VPI6, 5 Fluoro-Uracile et d'Acide Folinique a été indiquée. L'évolution s'était compliquée à 3 mois par une perforation tumorale pour laquelle le patient était opéré en urgence pour réaliser une toilette péritonéale et une suture simple de la perforation. Le patient est décédé en post opératoire immédiat.

Conclusion : Bien que les métastases mammaires d'origine gastro-intestinale soient rares, l'apparition d'un nodule mammaire suspect chez un ancien ulcéreux doit faire évoquer un primitif gastrique.

PI30. Facteurs pronostiques après résection des métastases hépatiques des cancers colorectaux : à propos de 110 cas

Krimi B, Talbi G, Chelbi A, Omrani S, Gharbi L, Arfa N, Mestiri H, Bayar R, Khalfallah MT

Introduction

La chirurgie reste à ce jour le seul traitement curatif des métastases hépatiques des cancers colorectaux (MHCCR).

Le but de notre travail était d'évaluer les résultats de la prise en charge chirurgicale des MHCCR et de dégager les facteurs influençant le pronostic.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant 110 patients ayant eu une résection de MHCCR au service de chirurgie générale de l'hôpital Mongi Slim, sur une période de 11 ans de janvier 2005 à Décembre 2015.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 49,8 ans et le sex-ratio 1,34. Le nombre moyen de MHCCR était de 3. La marge de résection était >1mm dans 82,7% des cas. La survie globale à 3 et 5 ans était de 49% et 32% respectivement. La survie sans récurrences était de 21% à 3 ans et 15% à 5 ans. En analyse multivariée, la marge de résection hépatique <1mm et le nombre de métastases hépatiques ≥3 étaient des facteurs indépendants corrélés à la survie.

Conclusion

La résection chirurgicale reste le seul traitement potentiellement curatif des MHCCR. Différents facteurs pronostiques sont identifiés dans la littérature d'où la nécessité d'établir des scores pronostiques.

P131. Résultats du traitement chirurgical des métastases hépatiques des cancers colorectaux

Krimi B, Talbi G, Chelbi A, Omrani S, Gharbi L, Arfa N, Mestiri H, Bayar R, Khalfallah MT
Service de chirurgie générale, CHU Mongi Slim La Marsa

Introduction :

La chirurgie reste à ce jour le seul traitement curatif des métastases hépatiques des cancers colorectaux (MHCCR). La morbi-mortalité de cette chirurgie ne cesse de diminuer. La survie globale après résection de MHCCR et la survie sans récurrences atteignent 50% et 32% respectivement dans certaines séries récentes. En Tunisie, il n'existe pas à ce jour des données concluantes quant aux résultats du traitement chirurgical des MHCCR.

Le but de notre travail était d'évaluer les résultats à court, moyen et long terme de la prise en charge chirurgicale des MHCCR.

Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, incluant 110 patients ayant eu une résection de MHCCR au service de chirurgie générale de l'hôpital Mongi Slim, sur une période de 11 ans de janvier 2005 à Décembre 2015.

Pour l'étude statistique nous avons utilisé le logiciel SPSS 21.0. La comparaison des proportions était faite par le test de chi². Les courbes de survie étaient établies selon la méthode de Kaplan-Meier et la comparaison des courbes selon le test de Logrank. L'étude des facteurs pronostiques était faite par un modèle Cox.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 49,8 ans et le sex-ratio 1,34. Les MHCCR étaient synchrones dans 54% des cas et métachrones dans 46%. Le nombre moyen de MHCCR était de 3. La marge de résection était >1mm dans 82,7% des cas. La mortalité précoce était de 6%. La morbidité était de 40,9%. Six patients étaient perdus de vue. La survie globale à 3 et 5 ans était de 49% et 32% respectivement. La survie sans récurrences était de 21% à 3 ans et 15% à 5 ans. En analyse multivariée, la marge de résection hépatique <1mm et le nombre de métastases hépatiques ≥3 étaient des facteurs indépendants corrélés à la survie.

Conclusion :

Les résultats de la chirurgie des MHCCR à moyen et long termes, en Tunisie, sont concordants avec ceux de littérature. Un effort reste à faire pour amener les taux de morbi-mortalité précoce aux seuils établis par les séries récentes.

P132. Syndrome de Mirizzi mimant un cholangiocarcinome du confluent biliaire inférieur : à propos d'un cas

Gouta Esmâ Leila, Talbi Ghofrane, Ferjaoui Wael, Manel Chamekh, Bayar Rached, Khalfallah Taher

Service de chirurgie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa, Faculté Tunis El Manar

Introduction : Le syndrome de Mirizzi est défini par une compression de la voie biliaire principale par un calcul enclavé dans le canal cystique ou dans le collet entraînant une érosion de la paroi du cholédoque [1]. C'est une entité rare dont le diagnostic préopératoire est parfois difficile [2].

Nous rapportons l'observation d'un syndrome de Mirizzi ayant mimé un cholangiocarcinome du confluent biliaire inférieur.

Observation :

Madame H.A, âgée de 68 ans, hypertendue, diabétique, admise pour des douleurs de l'hypochondre droit, un ictère et une altération de l'état général évoluant depuis 6 mois. La biologie avait montré une hyperbilirubinémie à 150µmol/l à prédominance conjuguée à 120µmol/l avec cytolysse à 3 fois la normale. Une échographie abdominale et une Bili IRM ont été demandées et qui avaient montré une masse tissulaire de la convergence biliaire inférieure envahissant l'artère hépatique propre faisant 3cm de grand axe avec dilatation des voies biliaires en amont. Par ailleurs, la vésicule biliaire n'était pas distendue avec présence d'un calcul vésiculaire de 24mm enclavé au niveau du collet. Le diagnostic de cholangiocarcinome non résecable a été retenu. Un drainage biliaire avec biopsie de la masse avaient été indiqués. La patiente avait eu un drainage biliaire externe interne. Toutefois, cette masse n'a pas été mise en

évidence lors de la biopsie scannoguidée. Une échographie avait été pratiquée montrant une dilatation des voies biliaires intra hépatiques en amont d'un calcul de l'infundibulum ou du canal hépatique commun de 20mm évoquant un syndrome de Mirizzi. L'indication opératoire avait été retenue. L'exploration, par voie sous costale, avait trouvé une vésicule biliaire non distendue à paroi épaissie siège d'un calcul enclavé dans le collet comprimant la voie biliaire principale en faveur du diagnostic du syndrome de Mirizzi. Une cholécystectomie avait été pratiquée, emportant une pastille de 1.5 cm de la voie biliaire principale, avec cholédocoraphie sur un drain de Kehr. Les suites post opératoires étaient marquées par l'apparition d'un bilome en regard de la cholédocoraphie qui a été évacué chirurgicalement au 5^{ème} jour post opératoire.

Conclusion : Le syndrome de Mirizzi est une complication rare de la lithiase vésiculaire. Son diagnostic peut prêter à confusion avec celui d'un cholangiocarcinome. L'imagerie est d'un apport considérable. Devant un tableau et une évolution atypique d'un ictère, le diagnostic de syndrome de Mirizzi doit être évoqué.

P133. Morbidité et mortalité de la chirurgie des adénocarcinomes gastriques :

Etude rétrospective de 145 cas

Houyem Mansouri, Olfa Jaidane, Ines Ben Safta, Selma Gadria, Tarek Ben Dhiab, Jamel Ben Hassouna, Khaled Rahal.

Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaiez, Tunis

Introduction : Malgré les progrès de réanimation péri-opératoires et de la technique chirurgicale, la morbidité après gastrectomie pour cancer reste élevée, de 16,2 à 39 % selon les séries. Cette variabilité importante est liée à l'hétérogénéité des populations étudiées, des procédures thérapeutiques, mais aussi à la définition de la morbidité utilisée dans chaque étude. Le but de cette étude était d'analyser la morbidité et la mortalité de la chirurgie d'exérèse des adénocarcinomes gastriques.

Matériels et méthodes : Les données cliniques, chirurgicales et post opératoires de 145 patients opérés d'un adénocarcinome de l'estomac à l'institut Salah Azaiez ont été analysés rétrospectivement entre 2005 et 2015. Les complications postopératoires ont été classées selon la classification de Clavien et Dindo.

Résultats : La gastrectomie subtotal (GST) était réalisée dans 68 cas (46.9%) et 77 patients (53.1%) en eu une gastrectomie totale (GT). Ce geste était élargi aux organes de voisinage dans 22.8 % des cas. Le curage de type D2 était de plus fréquent dans 67.6 % des cas. Une splénectomie ou spléno pancréatectomie caudale (SPC) associées était réalisés dans 13 cas (9%). Les transfusions per opératoires étaient indispensables chez 77 patients (53.1%) avec une médiane de 2 culots globulaires transfusés. Le recours aux transfusions était significativement corrélé au type de gastrectomie ($p=0.007$), à la résection multi organes ($p=0.001$) et la splénectomie ou SPC ($p=0.003$). La durée opératoire est significativement augmentée en cas de GT vs GST ($p=0.015$) et de gastrectomie élargie aux organes de voisinage ($p=0.031$). Le taux de complications post opératoires était de 22.1% (32 patients). Dix huit patients (12.4%) ont présenté des complications médicales dominées par les pneumopathies dans 9 cas. Les complications chirurgicales étaient recensées chez 12.4% des patients et dominées par les

fistules anastomotiques dans 6.9% des cas. Le taux de réintervention pour complication chirurgicale était de 2.8% (4 reprises). Les décès postopératoires sont survenus chez 5 patients (3.4%), dans un délai de 8 à 74 jours. Les complications majeures selon la classification de Dindo (\geq grade IIIA) représentent 34% des complications. Les facteurs prédictifs de complications étaient le score ASA ($p=0.021$) et les transfusions sanguines péri opératoires ($p=0.045$).

Conclusion : la morbidité et la mortalité de la chirurgie du cancer de l'estomac est étroitement liée au terrain du patient mais aussi à l'étendu du geste opératoire.

P134. Number of metastatic lymph nodes versus Metastatic lymph node ratio as a prognostic factor in gastric adenocarcinoma

Houyem Mansouri I, Tarek Ben Dhiab I, Ines Ben safta I, Selma Gatria I, Mohamed Hsairi 2, Jamel Ben Hassouna I, Khaled Rahal I.

1-Department of surgical oncology, Salah Azaiez Institute, Tunisia

2-Department of medical statistics and epidemiology, Salah Azaiez Institute, Tunisia

Aims: This study aims to establish the value of lymph node ratio compared to lymph node involvement in the prediction of gastric adenocarcinoma survival and management.

Methods: A total of 145 patients with gastric adenocarcinoma undergoing gastrectomy for resectable gastric adenocarcinoma between January 2005 and December 2015 have been included in this study. Receiver operating characteristic (ROC) curves were plotted to verify the accuracy of number of metastatic lymph node (NMLN) and metastatic lymph node ratio (MLNR) cut-off values for survival prediction. Patients were divided into two groups according to ROC curve cut-offs and accuracy in prognosis was analyzed. Pearson's Chi-squared analysis was used to analyze correlation between both of MLNR and NMLR and clinical and histological evaluated variables.

Results: The median age of patients was 61 (range; 26-85). From all, 77 patients have undergone total gastrectomy (53.1%) and 68 subtotal gastrectomy (46.9%). We performed a D1.5 lymphadenectomy in 33 cases (22.8%), a D2 lymphadenectomy in 98 cases (67.6%) and only 14 patients (9.7%) had a D1 lymphadenectomy. The median number of retrieved lymph nodes was 22 (range; 5-57). ROC curves showed that 3 metastatic nodes and a node ratio value of 30% had the best survival prognostic correlation. Both ROC curves gave similar results, with a little more strength for 3 positive nodes with an area under the curve (AUC) of 0.633 for MLNR and 0.652 for NMLN. The median survival of patients with MLNR and NMLN were similar according to cut-off determinations ($\leq 3 / > 3$ metastatic nodes and $\leq 30 / > 30\%$ lymph node ratio). Five-year overall survival rates was significantly associated with the NMLN (65.2 % vs 29.1%, $p < 0.001$) and the MLNR was (55.2% vs 26.6%, $p < 0.001$). Both of MLNR and NMLN were significantly correlated with the depth of invasion, peri neural invasion, lympho-vascular invasion LVI, the grade of differentiation and the pathological subtype according the Lauren classification.

Conclusion: Number of metastatic lymph nodes showed greater accuracy than lymph node ratio for survival prediction in gastric cancer.

PI35. Les occlusions coliques gauches néoplasiques : à propos de 44 cas

Mohamed Ali Chaouch, Karim Nacef, Mohamed Ben Khalifa, Asma Chaouch, Mossab Ghannouchi, Moez Boudokhane

Service de chirurgie générale de l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia

Introduction : L'occlusion colique gauche néoplasique est une urgence médico-chirurgicale fréquente pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Plusieurs options thérapeutiques sont possibles, mais l'absence de consensus clairs rend parfois difficile le choix d'une attitude par rapport à une autre. Le but de notre travail est de discuter les différentes stratégies thérapeutiques de l'occlusion colique gauche d'origine néoplasique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur les patients pris en charge pour occlusion colique gauche néoplasique au service de chirurgie viscérale de Mahdia du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2015. Quarante-quatre cas de cancers du côlon gauche en occlusion ont été colligés.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 60 ans. Le sex ratio H/F = 1. La plupart ont des tares. L'occlusion intestinale aiguë a été révélatrice de la tumeur colique gauche chez la majorité de nos patients (81,8%). Cinq patients (11,4%) ont été opérés en urgence. La surveillance avait concerné 39 patients (88,6%) dont l'évolution était variable : résolution de l'occlusion chez 12 patients (27,27%) ou sa persistance chez 27 autres (61,36%) qui avaient eu une intervention semi urgente. Huit résections en urgence ont été faites. Une colectomie totale avec anastomose immédiate chez 2 patients (4,54%) et une colectomie totale sans rétablissement de continuité chez 3 patients (6,81%). Une résection segmentaire avec colostomie chez 2 patients (4,54%) et une résection suivie d'une double stomie chez un seul (2,27%). La morbidité postopératoire globale était de 37,5% et la mortalité post opératoire était de 6,25%.

Conclusion : Le traitement des cancers du côlon gauche en occlusion associe toujours un volet médical à un volet chirurgical et/ou endoscopique. Il reste toujours un sujet à controverses. Le pronostic reste mauvais, aussi bien à la phase aiguë qu'à long terme.

PI36. Occlusion intestinale aiguë sur hernie obturatrice : intérêt de la tomodensitométrie dans le diagnostic positif

Chaouch A, Nacef K, Chaouch MA, Ben Khelifa M, Kraiem I, Fodha M, Ghannouchi M, Boudokhane M

Service de chirurgie générale-CHU Tahar Sfar Mahdia

INTRODUCTION

La hernie obturatrice est une affection rare. Elle est définie par l'issue d'une partie du contenu abdominal par le canal obturateur. Elle est à l'origine de 0.2 à 1.6% des occlusions intestinales aiguës mécaniques.

L'objectif de ce travail est sur l'intérêt des examens radiologiques pour le diagnostic de cette entité rare.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 74 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour des douleurs abdominales associées à un syndrome occlusif. L'examen clinique a révélé une patiente apyrétique, un abdomen légèrement distendu, tympanique et des orifices herniaires qui sont libres. Le toucher rectal a objectivé une ampoule rectale vide. La radiographie d'abdomen sans préparation a montré des niveaux hydroaériques de type grélique. Devant l'occlusion sur abdomen vierge un scanner abdominal a été demandé objectivant la présence d'une hernie obturatrice gauche étranglée. La patiente est opérée par voie médiane sous ombilicale. Elle a eu une réduction du grêle incarcéré avec une fermeture du trou obturateur par une plicature du péritoine. Les suites opératoires étaient simples.

DISCUSSION

La hernie obturatrice est une pathologie rare qui représente 0.05 à 1.4% de toutes les hernies opérées. Elle est généralement latente jusqu'à son étranglement. La clinique est non spécifique, révélée par un syndrome occlusif. La tomodensitométrie est l'examen de choix pour faire le diagnostic positif et nécessite une certaine expérience par les radiologues. Celle-ci permet de raccourcir la période d'exploration afin d'éviter la nécrose intestinale. Le traitement est chirurgical comportant une réduction douce du grêle incarcéré avec une réparation du défaut par une plicature péritonéale ou par mise en place d'un matériel prothétique.

CONCLUSION

La hernie obturatrice étranglée est une cause rare d'occlusion intestinale dont le diagnostic préopératoire est difficile. D'où l'intérêt du scanner pour le diagnostic positif. Le traitement est chirurgical.

PI37. L'angiofibrome Cellulaire Para Testiculaire A Propos D'un Cas Rare

Bouchaala. H¹, Saadallah. L¹, Rebai. M.H¹, Ganzoui. I²

1 : service de chirurgie urologique, Hôpital Universitaire de Bizerte

2 : service de radiologie, Hôpital Universitaire de Bizerte

Introduction :

Les tumeurs para testiculaires sont rares et complexes. Les formes bénignes représentent 70%. L'angiofibrome cellulaire représente une tumeur mésenchymateuse bénigne rare impliquant typiquement la région inguinoscrotale chez les hommes d'âge moyen.

L'angiofibrome cellulaire est caractérisé par une diversité de caractéristiques cliniques et d'imagerie. Un diagnostic préopératoire précis est difficile.

Objectifs :

A travers notre observation, nous rappelons les aspects cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection.

Observation clinique :

Patient HA âgé de 62 ans sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour grosse bourse gauche évoluant depuis plusieurs mois.

À l'examen une masse paratesticulaire gauche faisant 4 cm de grand axe dure à la palpation fixée au cordon spermatique et pareil indépendante du testicule.

À l'échographie : volumineuse formation inguinoscrotale gauche indépendante du testicule vascularisé au doppler mesurant 4*2cm.

Un bilan d'extension par TDM TAP a montré une masse hypervascularisée du cordon spermatique mesurant 47*44.5*58.7 mm sans envahissement locorégional ou métastase à distance.

Les marqueurs tumoraux testiculaire sont normaux.

Opéré par voie inguinale gauche : tumorectomie et orchidectomie gauche.

L'examen anatomopathologique a conclu à un angiofibrome cellulaire.

Les suites immédiates et tardives sont simples.

Conclusion :

l'angiofibrome para testiculaire est une forme rare des tumeurs bénignes para testiculaires. Le diagnostic est tardif devant un tableau clinique peu symptomatique, initialement évoqué par l'imagerie. La tumorectomie s'impose et l'examen anatomopathologique affirme le diagnostic.

P138. Cancer des voies urinaires dans la région Nord de la Tunisie :Tendance, projection et épidémiologie

Mohamed Amine Bennour; Sonia Dhaouadi; Molka Osman; Wided Ben Ayoub; Mohamed Hsairi
I.Service Epidémiologie et Biostatistiques , Institut Salah Azaiez

Introduction:

Les cancers urinaires regroupent les tumeurs de la vessie, rein, bassinet et uretère. En Tunisie, peu d'études en parlent d'où l'intérêt de ce travail dont objectifs étaient d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, d'estimer l'incidence du cancer des voies urinaires dans la région Nord de la Tunisie, d'analyser sa tendance d'incidence entre 1994 et 2009 et de la prédire pour 2024 et caractères épidémiologiques.

Méthodologie :

Les données ont été recueillies à partir du Registre du Cancer Nord Tunisie qui satisfait les critères de qualité en matière d'enregistrement des cancers.

Les indicateurs étudiés étaient les taux d'incidence brut (TIB) et standardisé (TIS) par âge et exprimés par 100 000 personnes années (PA). Les changements annuels en pourcentage (CAP) ont été calculés sur la base des données de la période 1994-2009.

Résultats :

De 1994 à 2009, on a noté 7108 cas : TIB =9,09 /100 000 PA, TIS=11,39/100 000 PA. Le cancer urinaire est souvent diagnostiqué suite à des signes cliniques. Le sexe-ratio=5,36 et l'âge moyen des malades était de 63,67+/-15,13 ans. Pour les hommes, la tendance est en

augmentation de 1994 à 2009 : CAP=1.44% et IC à 95%=[0,1%;2,9%], chez les femmes, la tendance est stable de 1994 à 2009 : CAP=1,09% et IC à [-0,9 à 3,1%]

Pour 2024, le TIS chez les hommes serait de 28,15/100 000 PA et chez les femmes le TIS serait de 4,61/100 000 PA. Soit 59,63% des cas avaient une extension locale, et 22,16% une extension régionale ; Vers 71% des cancers étaient des carcinomes à cellules transitionnelles ou carcinome transitionnel papillaire.

Discussion:

Les cancers urinaires ont une prédominance masculine nette et survient vers 60 ans. Chez les hommes, les cancers urinaires sont en augmentation, mais stables chez les femmes, expliqué par le tabagisme, plus élevé chez les hommes, et considéré facteur de risque principal.

Le mode de découverte est essentiellement hématurie, qui est signe d'alarme, et le cancer est découvert à un stade assez précoce au stade d'extension locale ou régionale.

Conclusion

Toute hématurie chez un homme de soixantaine et tabagique doit alerter un cancer urinaire, qui est en augmentation chez la population masculine et d'évolution assez lente à extension surtout locorégionale et de type transitionnel ou papillaire.

PI39. Une tumeur para testiculaire rare : le léiomyome du cordon spermatique

Bouchaala. H¹, Saadallah. L¹, Rebai. M.H¹, Ganzoui. I²

1 : service de chirurgie urologique, Hôpital Universitaire de Bizerte

2 : service de radiologie, Hôpital Universitaire de Bizerte

Introduction :

Les tumeurs para testiculaires sont des tumeurs extrêmement rares mais sont le plus souvent bénignes. Le léiomyome est l'une des formes les plus fréquentes de ces tumeurs. Sa localisation intra-scrotale est variable et la circonstance de découverte est dominée par la grosse bourse.

Objectifs : A travers notre observation, nous rappelons les aspects cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection.

Présentation du cas : un homme de 58 ans, sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour une tuméfaction scrotale gauche évoluant depuis 5 mois. L'examen uro-génital a objectivé une masse scrotale gauche dure, indépendante du testicule.

Les marqueurs tumoraux testiculaire sont normaux.

L'échographie testiculaire a révélé la présence d'une masse tissulaire hétérogène refoulant le testicule gauche.

Le traitement était chirurgical et consistait en une exérèse de la tumeur par voie inguinale gauche.

L'examen anatomopathologique a permis de confirmer la nature histologique du léiomyome.

Les suites immédiates et tardives sont simples avec un recul de plus d'une année notamment pas de récurrence locale.

Conclusion : le léiomyome para testiculaire est une forme fréquente des tumeurs para testiculaires. Le diagnostic est initialement évoqué par l'imagerie mais la confirmation reste toujours anatomopathologique.

PI40. Tumeur sur testicule cryptorchide abaissé(À propos de 6 cas)

Krichene.J ; Fourati .M ;Bouzid A ;Sallemi S ;Pr Rebaie .N ;Pr Hadj Slimen .M ;Pr Mhiri.N
Service d'urologie. CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie

Introduction :

La cryptorchidie favorise le développement du cancer testiculaire le but de cette étude est d'analyser les caractéristiques cliniques, anatomopathologique, thérapeutiques et évolutive des cancers testiculaires développés sur testicule cryptorchide abaissé.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 32 ans (1982-2013). Pendant cette période, 1482 patients ont eu un abaissement testiculaire pour testicule cryptorchide dont 6 (0.4%) ont développé une tumeur sur testicule abaissé. En outre 48 tumeurs testiculaires germinales ont été colligées dans la série.

Résultats :

L'âge moyen de nos 6 patients était de 27.6 ans (20-40), la cure d'abaissement testiculaire a été effectuée à un âge moyen de 10.3 ans (3-18). Le diagnostic de tumeur testiculaire était évoqué devant l'augmentation du volume scrotal dans 5 cas et de métastase pulmonaire dans un cas. Le bilan d'extension (TDM thoraco-abdomino-pelvien, échographie abdominale) a révélé un envahissement des ganglions inguino-cruraux (3 cas) et des métastases pulmonaires (1 cas). Les marqueurs tumoraux (β HCG, α FP) étaient franchement augmentés dans 5 cas.

Tous nos patients ont eu une orchidectomie par voie inguinale associée à un curage des ganglions cruraux. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome embryonnaire dans 3 cas, dont 2 associés à un tératome immature ; un cas de tumeur séminomateuse ; un cas de tumeur germinale mixte et un cas de choriocarcinome. Cinq patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante. Le recul moyen de rémission était de 11 mois (recul de 23 ans à 4 mois). Un patient est décédé à j7 post opératoire, dans un tableau d'œdème aigu du poumon lésionnel.

Conclusion :

L'abaissement testiculaire ne semble pas prévenir le développement de cancer mais il permettrait de le détecter assez précocement.

PI41. Triplicité urétérale associée à un urétérocèle avec duplicité urétérale controlatérale

Bouchaala. H¹, Saadallah. L¹, Rebai. M.H¹, Ganzoui. I²

1 : service de chirurgie urologique, Hôpital Universitaire de Bizerte

2 : service de radiologie, Hôpital Universitaire de Bizerte

Introduction :

La triplicité urétérale est une anomalie rare des voies urinaires supérieures, qui a été décrite pour la première fois en 1870 par Wrany.

L'association de la triplicité urétérale et de l'urétérocèle est extrêmement rare. Weinberg a signalé le premier cas en 1968.

Présentation du cas :

Patient MT âgé de 64 ans ancien malade du service suivi pour tumeur vésicale superficielle depuis 10 ans sans récurrence au différent contrôle endoscopique.

Reconsulte il y a un an pour hématurie avec cystoscopie normale.

L'exploration radiologique par un uroscanner a montré un nodule exophytique polaire supérieur du rein gauche de 19*19 mm pouvant être en rapport avec un carcinome papillaire ; duplicité du système pyeloureteral à droite et triplicité à gauche avec urétérocèle du système pyeloureteral supérieur.

Opéré avec un premier temps : cystoscopie : urétérocèle de petit taille ; 2 méats à gauche et le 3eme n'est pas bien visible.

Deuxième temps : tumorectomie polaire supérieur.

Les suites opératoires sont simples, pas de récurrence de la tumeur avec un urétérocèle sur triplicité non obstructif qui ne nécessite pas un traitement endoscopique

Conclusion :

L'urétérocèle peut être présente en association avec un uretère tripliqué.

Le diagnostic peut être tardif et fortuit devant un urétérocèle de petit taille non obstructif.

PI42. cancer de l'uretère dans la région Nord de la Tunisie :Tendance,projection et épidémiologie

Mohamed Amine Bennour; Sonia Dhaouadi ;Molka Osman , Dr Wided Ben Ayoub, Dr Mohamed Hsairi

Service Epidémiologie et Biostatistiques, Institut Salah Azaiez

Introduction :

Le cancer de l'uretère est une des formes de cancer de l'appareil urinaire. Il se développe au niveau de l'uretère. Il se manifeste par la présence de sang dans les urines (hématuries), des douleurs pendant la miction et des difficultés à uriner.

En Tunisie, peu d'études en parlent d'où l'intérêt de ce travail dont objectifs étaient d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, d'estimer l'incidence du cancer des voies urinaires dans la région Nord de la Tunisie, d'analyser sa tendance d'incidence entre 1994 et 2009 et de la

prédire pour 2024 et caractères épidémiologiques

Méthodologie : Les données ont été recueillies à partir du Registre du Cancer Nord Tunisie qui satisfait les critères de qualité en matière d'enregistrement des cancers.

Les indicateurs étudiés étaient les taux d'incidence brut (TIB) et standardisé (TIS) par âge et exprimés par 100 000 personnes années (PA). Les changements annuels en pourcentage (CAP) ont été calculés sur la base des données de la période 1994-2009.

Résultats : De 1994 à 2009, 57 cas ont été enregistrés. TIB de 0,24 /100 000 PA.

L'âge moyen était de $68,38 \pm 10,68$ et sexe-ratio=3,35.

Vers 79% des cas sont des carcinomes papillaires transitionnels ou à cellules transitionnelles. vers 85% avaient une extension locale ou régionale et 100% des cas précisés ont été découverts suite à des signes clinique.

La tendance est en augmentation chez les hommes entre 1994 et 2009 avec un CAP de 10,02% avec IC à 95% = [5,2%;15%]. Chez les femmes, la tendande est stable avec CAP=2,15% et IC à 95% à [-3,6 à 8,2%]; le TIS prédit en 2024 serait de 3,63/100 000 PA avec IC à 95% = [1,44 à 37,77] chez les hommes et serait de 1,14/100 000 PA avec un IC à 95%= [0,53 à 23,42] chez les femmes.

Conclusion

Le cancer de l'uretère est rare, mais sa tendance augmente chez les hommes et stable chez la femme et il survient souvent chez un homme vers 68 ans en moyenne surtout si fumeur. Le cancer de type urothélial ou transitionnel papillaire est découvert au stade d'extension locorégionale et de type transitionnel ou papillaire

PI43. Prise en charge des tumeurs vésicales infiltrantes chez les sujets octogénaires

Krichene.J ; Fourati .M ;S ;baba Najib;Bchir .S Rebaie .N ; Hadj Slimen .M ;Mhiri.N
Service d'urologie. CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.

Introduction: Les tumeurs vésicales infiltrant le muscle (TVIM) sont des tumeurs malignes qui constituent un véritable problème de santé. Avec l'amélioration de l'espérance de vie, l'incidence de ces tumeurs à un âge avancé est devenue de plus en plus élevée.

Nous nous proposons d'étudier le profil des TVIM chez le sujet âgé de 80 ans et plus.

Matériel et méthodes: Etude rétrospective sur 22 cas de TVIM, colligés dans notre service.

Résultats: L'âge moyen était de 84,2 ans (80 - 90 ans). Nos patients ont été classés en ASA I – II : 7 patients et ASA III-IV : 15 patients. Le délai moyen de consultation était de 7,35 mois. On a pu distinguer 5 différents types histologiques, le carcinome urothélial (12 cas), le carcinome épidermoïde (6 cas), l'adénocarcinome (2cas), le carcinome sarcomatoïde (1 cas) et le carcinome urothélial dans sa variante micropapillaire (1 cas). L'abstention thérapeutique a été décidée chez 10 patients. Une cystectomie totale a été effectuée chez 4 patients. Par ailleurs,

une radiothérapie et/ou une chimiothérapie ont été réalisées chez 8 patients. L'évolution postopératoire a été bonne dans tous les cas alors que la survie à 5 ans après cystectomie a varié entre 37% et 68%.

Conclusion: L'âge chronologique ne devrait pas représenter une contre indication absolue au traitement chirurgical des TVIM. Ça serait plutôt l'âge physiologique modifié par les facteurs de comorbidité et le bilan d'extension locorégional de la tumeur qui influent sur le pronostic.

PI44. Prise en charge des carcinomes à petites cellules de la vessie

Krichene.J ; Fourati .M ;Rekhis .A ; Rebaie .N ; Hadj Slimen .M ; Mhiri.N

Service d'urologie. CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie

Introduction :

Les carcinomes à petite cellules de la vessie (CPC) sont des tumeurs rares d'évolution très péjoratives. Le diagnostic est souvent fait à un stade avancé. Le but de cette étude est d'analyser les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette affection.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective étalée sur 14 ans (1999-2013), portant sur 7 patients de sexe masculin atteints d'un CPC. L'âge moyen a été de 66 ans (43-75). Le mode de révélation le plus fréquent a été l'hématurie macroscopique (85.7%).

Résultats :

Tous les patients ont eu une cystoscopie avec une résection trans-urétrale plus ou moins complète de la tumeur vésicale. L'étude anatomo-pathologique a conclu à un carcinome neuroendocrine dans 5 cas (71%) dans sa forme pure et 29% associée à une composante urothéliale. Le traitement a consisté en une cystoprostatectomie totale (1 cas) et une cystectomie partielle associée à une chimiothérapie adjuvante (1 cas). Par ailleurs, une chimiothérapie seule a été pratiquée chez 4 patients (dont 2 métastatiques). Enfin, le dernier patient n'a reçu aucun traitement complémentaire (perdu de vue). L'évolution a été marquée par une progression chez les 6 1^{er} patients avec la survenue de métastases à distance après un délai moyen de 6 mois. Tous ces patients sont décédés suite à ces métastases. Enfin, seul le patient perdu de vue initialement a survécu pendant 5 ans.

Conclusion :

Les cancers primitifs à petite cellules de la vessie sont rares, de mauvais pronostic et souvent diagnostiqués à un stade évolué. Leurs diagnostic est basé sur l'étude immuno-histochimique. Le traitement doit associer une chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante à la chirurgie pour obtenir des meilleurs résultats.

PI45. Léiomyome de la vessie : aspects clinique, radiologique et thérapeutique : A propos d'un cas

Bouchaala. H¹, Saadallah. L¹, Rebai. M.H¹, Ganzoui. I²

1 : service de chirurgie urologique, Hôpital Universitaire de Bizerte

2 : service de radiologie, Hôpital Universitaire de Bizerte

Introduction :

Les léiomyomes sont des tumeurs mésoenchymateuses bénignes du muscle lisse. La localisation vésicale reste la plus fréquente.

Le léiomyome de la vessie est rare, représentant 0,04 à 0,5 % de l'ensemble des tumeurs de la vessie et le tiers des lésions bénignes vésicales.

Il survient à une fréquence égale chez l'homme et la femme.

Présentation du cas:

Une femme âgée de 65ans, aux antécédents d'une hystérectomie et d'une cholécystectomie, a consulté pour une dysurie évoluant depuis plusieurs mois avec la notion d'hématurie épisodique. L'examen physique a révélé par le toucher vaginal la présence d'une masse rétrovésicale.

Le bilan radiologique a montré une formation tissulaire régulière soulevant le plancher vésical avec une urétéro-hydronephrose bilatérale.

La masse était retro-cervicale et recouverte d'une muqueuse vésicale saine à la cystoscopie.

Le traitement se basait sur une résection endoscopique.

L'étude histologique a confirmé le diagnostic de léiomyome vésical.

L'évolution était favorable.

Conclusion :

Bien que rare, le léiomyome de la vessie reste la forme la plus fréquente des tumeurs bénignes de la vessie. L'imagerie occupe une place prépondérante dans le diagnostic mais la confirmation reste toujours anatomopathologique. Le traitement est chirurgical et le pronostic est favorable.

PI46. Place de la thoracoscopie dans le diagnostic de la pleurésie exsudative

Ammar.A, Zairi.S, Ben Hlima.G Abdennadher.M, Mestiri.T, Marghli.A

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'Ariana – CHU A.MAMI

Introduction :

La thoracoscopie est l'exploration endoscopique de la cavité pleurale et des organes avoisinants. Ce moyen d'exploration chirurgicale s'avère intéressant dans la prise en charge diagnostique des pleurésies exsudatives (PE).

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'Ariana ayant colligé tous les patients qui ont bénéficié d'une thoracoscopie diagnostique pour PE entre 2010 et 2017.

Résultats :

Pendant cette période, 225 patients ont eu une thoracoscopie pour une PE d'origine non étiquetée. Il s'agissait de 109 hommes et 116 femmes. L'âge moyen était de 43,4 ans. L'examen cytobactériologique du liquide pleural et la biopsie pleurale à l'aveugle n'étaient pas concluants dans tous les cas, indiquant ainsi une thoracoscopie chirurgicale à visée diagnostique.

L'exploration chirurgicale de la cavité pleurale a objectivé des nodules pleuraux disséminés sur la plèvre pariétale dans 47% des cas, un épaissement pleural dans 12% des cas et un aspect

congestif de la plèvre dans 54% des cas. Une biopsie pleurale a été réalisée par vidéothoroscopie exclusive dans 92% des cas.

L'examen anatomopathologique du fragment biopsié était en faveur d'une atteinte métastatique dans 68% des cas, d'une tuberculose dans 26% des cas, d'un mésothéliome dans 3% des cas et d'une maladie de système dans 1% des cas. Cependant la biopsie était non contributive au diagnostic étiologique dans 2% des cas.

Conclusion :

Actuellement, grâce à l'introduction d'une instrumentation chirurgicale plus sophistiquée, la thoroscopie est devenue de plus en plus pratiquée par les chirurgiens thoraciques dans un but essentiellement thérapeutique permettant la réalisation d'exérèses plus ou moins importantes.

PI47. Faux anévrisme de l'artère fémorale chez le toxicomane

Terzi M, Ben Hammamia M, Fourati M, Ben Mrad M, Derbel B, Ziadi J, Ghedira R, Ben Omrane S, Denguir R

Service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie

La toxicomanie est un véritable problème de santé de plus en plus fréquent. L'injection de drogues en intra-veineux ou en intra-artériel expose les patients à des lésions vasculaires. La complication vasculaire la plus fréquente est la formation de faux anévrisme artériel.

Nous rapportons dans ce travail quatre cas de faux anévrysmes de l'artère fémorale chez des toxicomanes. Ces faux anévrysmes étaient secondaires à l'auto-injection répétée de drogues au niveau du pli de l'aîne et ont été traités en urgence.

Le but de ce travail était de décrire la prise en charge thérapeutique des faux anévrysmes de l'artère fémorale chez les toxicomanes et l'évolution post-opératoire.

PI48. Ischémie aigue du membre supérieur : Facteurs prédictifs d'amputation et de séquelles

Service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie

L'ischémie aigue du membre supérieur est une urgence chirurgicale qui engage le pronostic fonctionnel du membre et vital du patient.

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective sur six ans (2010-2015) incluant 71 patients opérés pour ischémie aigue du membre supérieur. Cette étude a été réalisée au service de chirurgie cardio-vasculaire de l'hôpital la Rabta.

L'embolectomie à la sonde de Fogarty était réalisée dans 100% des cas. Le succès technique immédiat a été obtenu dans 95,7%. Le taux de sauvetage de membre était de 94,3%

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs d'amputation à court terme et de séquelles à long terme.

PI49. Résection D'un Schwannome Du Médiastin Postérieur Par Videothoracoscopie

Ammar.A, Zairi.S, Itaimi.A, Ben Hlima.G, Mestiri.T, A.Marghli.
Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'Ariana-
CHU A.MAMI

Introduction :

Les schwannomes sont des tumeurs qui dérivent des cellules de Schwann. Elles sont caractérisées par leur bénignité et leur lente évolution. Le traitement consiste en une résection chirurgicale qui peut se faire classiquement par thoracotomie, ou plus récemment par vidéo-thoracoscopie.

Dans cette observation, nous rapportons le cas d'un grand schwannome kystique chez un homme de 73 ans qui a été réséqué par vidéothoracoscopie exclusive.

Observation médicale:

Il s'agit d'un homme âgé de 73 ans, tabagique à 100 PA récemment sevré (2 mois), bronchitique chronique qui se plaignait depuis une année de douleurs basi-thoraciques droite associée à une dyspnée d'aggravation progressive. Une radiographie thoracique a été initialement pratiquée montrant une opacité latéro-médiastinale droite. Un complément d'exploration par une tomodensitométrie thoracique a montré qu'il s'agissait d'un processus tissulaire hétérogène partiellement kystisé, siégeant au niveau de la gouttière costo-vertébrale droite mesurant 9 cm de grand axe et s'étendant de T7 à T10 sans signes d'extension intra canalaire ou d'ostéolyse en regard. Une biopsie scanno-guidée a été réalisée avec un aspect histologique plaidant en faveur d'un schwannome kystique sans signes de malignité. Le patient étant à haut risque opératoire avec une fraction d'éjection du ventricule gauche FEVG estimée à 40 % et un Volume d'Expiration Maximal par Seconde VEMS à 44% de la théorique, une résection de cette tumeur a été faite par vidéo-thoracoscopie exclusive a été réalisée afin de minimiser les risques opératoires.

Conclusion :

Comparée à la thoracotomie, la résection des tumeurs du médiastin postérieur par vidéo-thoracoscopie est bien évidemment moins mutilante permettant ainsi un réveil moins douloureux des patients, et en conséquent, une plus courte durée d'hospitalisation, une réhabilitation rapide et donc moins de complications.

PI50. Lymphangiome kystique de la surrénale

Khefecha.F – Laamiri.G - Saidani.A - Belhadj.A - Triki.H - Ben Safta.I - Ben Attig.Y – Zaeim.A – Marghni.I - - Mannai.S – Chebbi.F – Houissa.H

Service de chirurgie générale et digestive
Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana

Introduction :

Le lymphangiome kystique (LK) est une tumeur bénigne rare du système lymphatique à

localisation diverses. La localisation abdominale est rare, plus fréquemment mésentérique que rétro-péritonéale. Sa présentation clinique est très polymorphe. Le diagnostic est évoqué par l'imagerie mais la confirmation est histologique.

Observation :

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 34 ans qui présentait une masse avec sensation de pesanteurs au niveau du flanc et de la fosse lombaire gauches. L'examen trouvait une masse rénitente occupant l'hypochondre et le flanc gauche. L'imagerie était en faveur d'une image kystique cloisonné rétro-péritonéale. L'exploration chirurgicale a montré une masse kystique rétro péritonéale aux dépens de la surrénale gauche. La patiente a eu une kystectomie totale avec brèche accidentelle du diaphragme nécessitant un drainage thoracique. Les suites opératoires étaient par ailleurs simples.

L'étude anatomo-pathologique a conclu à un volumineux kyste endothélial de la surrénale.

Conclusion :

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne du système lymphatique. La localisation rétro péritonéale est rare. La présentation clinique est très polymorphe. Le diagnostic est suspecté par l'imagerie et ne peut être confirmé que lors de l'examen histologique. L'exérèse chirurgicale complète est la meilleure option pour limiter le risque de récurrence.

P151. Le Myélolipome Surrénalien : A Propos D'un Cas

Khedhiri N. Nasseh S. Haddad D. Sassi I. Zaafouri H. Bouhafa A. Ben Maamer A.

Service de chirurgie générale Hôpital Habib Thameur

Introduction

Le myélolipome est une tumeur bénigne rare de la glande surrénale qui est composé de tissu adipeux mature et d'îlots d'éléments hématopoïétiques. Bien qu'habituellement petit et de découverte fortuite, il peut être parfois symptomatique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une femme de 55 ans, hypertendue, diabétique et suivie pour hypothyroïdie, qui consulte pour des douleurs du flanc droit. À l'examen, on a palpé une masse arrondie et indolore du flanc droit donnant un contact lombaire. Les différentes explorations radiologiques avaient objectivé une volumineuse masse surrénalienne droite hétérogène bien encapsulée avec une composante grasseuse et une composante hématopoïétique sans signes d'hémorragie intra-tumorale faisant évoquer un myélolipome surrénalien. Compte tenu du volume important de cette lésion symptomatique, l'indication d'un traitement chirurgical a été posée. Les suites opératoires étaient simples. L'examen

anatomopathologique avait confirmé le diagnostic de myélolipome surrénalien.

Conclusion

Le traitement du MLS symptomatique et volumineux dépassant les 5 cm est chirurgical. Pour les formes asymptomatiques, une surveillance régulière radiologique basée sur la TDM est nécessaire. Le pronostic est bon avec des survies sans récurrence, pouvant dépasser les 12 ans.

PI52. A propos d'un cas de neurofibrome pleural solitaire : diagnostic et résection par vidéothoroscopie exclusive.

Ammar.A, Abdennadher.M, Itaimi.A, Zribi.H, Mestiri.T, Marghli.A

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'Ariana – CHU A.MAMI

Introduction :

Le neurofibrome pleural solitaire est une tumeur bénigne rare. Il constitue la deuxième tumeur des nerfs périphériques après le schwannome. La chirurgie intervient aussi bien dans le diagnostic positif que dans la prise en charge thérapeutique qui consiste à une exérèse totale par thoracotomie ou par vidéothoroscopie (VTS).

Nous rapportons le cas d'un patient opéré pour une masse pleurale solitaire par vidéothoroscopie exclusive au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'Ariana.

L'observation médicale :

Il s'agit d'un patient âgé de 41 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente une douleur basi-thoracique droite à type de névralgie intercostale. Les différentes explorations ont conclu à une masse pleurale localisée faisant 3.5cm de grand axe, associée à un épaississement pleural focal en regard et sans signes d'envahissement pariétal.

Le patient a été opéré par vidéothoroscopie exclusive. L'exérèse était complète par électrocoagulation en passant dans le plan extrapleurale, évitant ainsi toute effraction capsulaire. Les suites opératoires étaient simples avec une ablation du drain du drain thoracique au troisième jour postopératoire.

Discussion :

Une intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une longue cicatrice et ses conséquences (sections musculaires, écartement des côtes...) par des orifices dont la taille est comprise selon les interventions entre 3 et 12 mm, et dont le nombre est compris entre 1 et 5 selon les nécessités et la complexité de l'intervention. Ces orifices cutanés correspondent à l'introduction dans la cavité pleurale d'un endoscope (ou optique) relié à une caméra et aux instruments nécessaires à l'intervention.

La thoracoscopie est utilisée couramment dans diagnostic et traitement des pleurésies, l'ablation de certains nodules du poumon, la biopsie des ganglions du médiastin, le traitement du pneumothorax et l'ablation de certaines tumeurs du médiastin, notamment la résection des neurofibromes pleuraux tel que le cas de notre patient.

Cette technique présente un avantage fonctionnel et esthétique certain, une faible morbi-mortalité postopératoire et permet une récupération précoce de l'activité.

Conclusion :

La videothoroscopie constitue une bonne alternative à la chirurgie 'à ciel ouvert' dans la résection des tumeurs pleurales surtout lorsque la taille tumorale est inférieure à 5 cm. Cette technique moderne peut être élargie à la résection pulmonaire majeure (lobectomie, pneumonectomie...)

PI53. Séminome testiculaire intra-abdominal

Saadi H, Ben Safta I, Saidani A, Ridene I*, Mannai S, Chebbi F, Houissa H.

Service de chirurgie générale et digestive, *service de radiologie

Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana

Introduction :

Le Cryptorchidisme est l'anomalie la plus fréquente des voies génitales dans le sexe masculin, son incidence atteint 1% selon certains auteurs. Cette anomalie représente un haut risque de complications dont la plus grave est la dégénérescence.

Nous rapportons le cas d' séminome testiculaire sur un testicule non descendu.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 44 ans, père de quatre enfants, qui a consulté pour des douleurs pelviennes vagues depuis un an sans notion d'altération de l'état général.

L'examen des bourses retrouve un testicule gauche en place, tandis que le testicule droit est non palpable ni dans le scrotum ni dans la région inguinale.

A la biologie, il y a avait une légère augmentation de la LDH à 928 UI/l avec un taux normal des α FP et HCG.

Le scanner abdominal a montré une masse solide de 6x7 cm de la fosse iliaque droite avec une nécrose centrale, avec de multiples volumineuses adénopathies para-aortiques

Une tumeur sur testicule non descendu a été fortement suspectée. Le patient a été opéré par voie médiane sous ombilicale, et une orchidectomie a été réalisée.

Les suites opératoires étaient simples.

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'un séminome testiculaire pur stade IIC. Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante à base de BEP.

Conclusion :

Le diagnostic précoce du cryptorchidisme et son traitement rapide permet de réduire considérablement le risque de cancer testiculaire et préserver dans la majorité des cas la fertilité.

PI54. Facteurs pronostiques des occlusions intestinales aiguës

Riahi W(1),Soud A(2),Khedhiri N(1),Younsi E(2),Hadded D(1), Ben Maamer A(1), Chammakhi Jemli C(2)

1-Service de chirurgie générale, Hôpital Habib Thameur, Tunis

2-Service d'imagerie médicale, Hôpital Habib Thameur, Tunis

Introduction :

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence chirurgicale fréquente qui nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate. Cette dernière dépend de plusieurs facteurs cliniques, biologiques et scannographiques. L'objectif de notre travail était d'en déterminer ceux qui prédisent l'échec du traitement médical.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale sur 12 mois (Janvier 2017 à Décembre 2017) à visée descriptive et analytique ayant concerné 39 patients de plus de 14 ans explorés par scanner pour OIA et hospitalisés dans le service de chirurgie générale.

Résultats :

39 patients ont été étudiés avec une moyenne d'âge de 60.15 ans et un sex ratio de 1.8. 10 patients avaient un score ASA supérieur ou égale à 3. 74.35% des patients ont été opérés en urgence. Des complications postopératoires ont été notées dans 20.5% des cas avec un seul décès. Les deux principales étiologies étaient l'occlusion sur bride et l'occlusion néoplasique. La présence de vomissements augmentait d'une façon significative ($p=0,049$) le risque d'échec du traitement médical. Le fèces sign ($p=0,000$) et la disposition du grêle en U ($p=0,017$) ne s'avèrent pas des signes de gravité et n'augmentent pas le recours à la chirurgie.

Discussion :

L'OIA est un motif fréquent de consultation aux urgences. L'âge moyen était avancé dans notre étude comme rapporté dans les pays développés. Les résultats concernant les principales étiologies concordent avec la littérature. Certains facteurs cliniques tels que les antécédents chirurgicaux et un score ASA à 3 multipliaient le risque du recours à la chirurgie, mais devant un échantillon limité, ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Par ailleurs, le fèces sign était considéré comme un signe de gravité mais de nombreux articles ont infirmé ce fait montrant que ce signe n'est que la conséquence d'une obstruction subaiguë. La disposition des anses en U est rapportée dans les occlusions par strangulation mais notre étude a montré que ce signe est significativement indépendant de l'échec du traitement médical.

Conclusion :

L'OIA est une urgence chirurgicale fréquente avec une possibilité de traitement médical. La détermination des facteurs dépendants mais aussi indépendants du recours à la chirurgie s'avérerait utile pour une meilleure stratégie thérapeutique.

PI55. Incidence du cancer de l'œsophage dans la région Nord de la Tunisie : Tendance et projection

Mohamed Amine Bennour; Sonia Dhaouadi ; Molka Osman , Wided Ben Ayoub, Mohamed Hsairi

Service Epidémiologie et Biostatistiques , Institut Salah Azaiez

Introduction :

Les cancers urinaires regroupent les tumeurs de la vessie, rein, bassinet et uretère. En Tunisie, peu d'études en parlent du point de vue épidémiologique d'où l'intérêt de ce travail ; les objectifs étaient d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, d'estimer

l'incidence du cancer des voies urinaires dans la région Nord de la Tunisie, d'analyser sa tendance d'incidence entre 1994 et 2009 et de la prédire pour 2024.

Méthodologie : Les données ont été recueillies à partir du Registre du Cancer Nord Tunisie qui satisfait les critères de qualité en matière d'enregistrement des cancers. Les indicateurs étudiés étaient les taux d'incidence brut (TIB) et standardisé (TIS) par âge et exprimés par 100 000 personnes années (PA). Les changements annuels en pourcentage (CAP) ont été calculés sur la base des données de la période 1994-2009.

Résultats :

Au cours de 1994 à 2009, on a noté 7108 cas des cancers urinaires, et TIB de 9,09 /100 000 PA. Le sexe ratio était de 5,36 et l'âge moyen au moment du diagnostic était de 63,67+/-15,13 ans. chez les hommes, le TIS a été trouvé en augmentation de 1994 à 2009, avec un CAP de 1,44% soit un IC à 95% = [0,1%;2,9%], sauf pour le cancer de la vessie (TIS stable) et cancer de bassinnet (TIS en diminution) mais chez les femmes, les cancers urinaires avaient un TIS stable. Le cancer urothélial est le plus fréquent, souvent diagnostiqué suite à des signes d'appels cliniques. Pour 2024, le TIS chez les hommes serait de 28,15/100 000 PA et chez les femmes le TIS serait de 4,61/100 000 PA. Soit 59,63% des cas précisés avaient une extension locale, et 22,16% avaient une extension régionale ; Vers 71% des cancers étaient des carcinomes à cellules transitionnelles ou carcinome transitionnel papillaire.

Conclusion :

L'incidence des cancers urinaires avait une tendance stable chez les femmes, mais en augmentation chez les hommes ; la prédominance masculine est nette et survient souvent vers 60 ans, mais pour le cancer de rein, un léger pic de fréquence vers la première enfance, expliquée le néphroblastome, forme de cancer de rein pédiatrique.

PI56. Le traitement laparoscopique du kyste de l'ouraque : a propos de 8 cas.

W.Jaaouane, M.Haddaoui, B Mnaja, A Chouchaine, M.Nasr, F.Noomane, K.Zouari.

Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

INTRODUCTION :

Le kyste de l'ouraque est une pathologie rare pouvant se surinfecter et dégénérer en adénocarcinome, c'est pourquoi ils relèvent toujours d'une prise en charge chirurgicale.

Nous rapportons notre série de patients opérés par laparoscopie pour kyste de l'ouraque. A travers ce travail nous décrivons les résultats et les avantages de l'abord coelioscopique dans cette pathologie.

MATERIELS ET METHODES :

8 patients ayant un sinus de l'ouraque ont été opérés par voie laparoscopique au service de chirurgie digestive de l'hôpital Farha tHached de Sousse entre 2008 et 2012. L'âge moyen des

patients était de 25 ans. Tous les patients ont été abordés par voie trans-péritonéale. Les trocarts sont disposés latéralement, l'ouraque est disséqué puis sectionné à la pince de thermo-fusion.

RESULTATS :

La durée moyenne de l'intervention était de 33 minutes.

Le séjour post opératoire avait une durée moyenne de 1,5 jour.

On n'a noté aucune complication per ou post opératoire.

L'examen histologique confirme la bénignité du kyste.

DISCUSSION :

L'ouraque représente la partie intra-embryonnaire de l'allantoïde, faisant communiquer chez le fœtus la vessie avec le cordon ombilical.

L'ouraque ne représente chez l'individu normal qu'un reliquat tendu entre l'ombilic et le dôme vésical. Le kyste de l'ouraque est dû à l'oblitération des extrémités du canal.

La pathologie de l'ouraque est plus fréquente chez l'enfant (62%) que chez l'adulte.

Le kyste de l'ouraque reste longtemps asymptomatique. Lorsqu'il devient symptomatique il se manifeste soit par des signes urinaires, tableau pseudo-péritonéal ou de fistule ombilicale.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'échographie ou la tomodensitométrie. Le risque majeur est la dégénérescence maligne. Le traitement de référence est l'exérèse complète du trajet fistuleux. Elle doit emporter en monobloc l'ouraque, les ligaments ombilicaux latéraux et une collerette vésicale.

La chirurgie laparoscopique apparait comme une voie d'abord avantageuse comparée à la chirurgie à ciel ouvert, et ceux par sa simplicité, ses suites opératoires favorables, son excellent résultat cosmétique et surtout une exérèse complète de l'ouraque comparé à l'abord péri-ombilicale permettant de réduire considérablement le risque de dégénérescence.

CONCLUSION :

Les pathologies de l'ouraque sont rares mais peuvent conduire à des complications infectieuses ou carcinologiques qui nécessitent une prise en charge adaptée. La chirurgie laparoscopique apparait comme une voie d'abord intéressante pour ce type d'intervention chez ces patients jeunes et actifs.

PI57. Oxyurose appendiculaire ; à propos de 30 cas

Ikram Messaoudi, Elgueder wassim , Salsabil NASRI , Mehdi ben abdelkarim , , Emna ALOUI, Mohamed Amine ELGHALI , Rached Ietaief

Service de chirurgie générale CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

INTRODUCTION : L'oxyurose est due à un némathelminthe ; *Enterobius vermicularis*. C'est une parasitose digestive cosmopolite. Le but de notre travail est d'évaluer, la fréquence de cette parasitose en milieu chirurgical, où elle peut conduire à une appendicectomie par excès.

MATERIEL ET METHODES : Notre étude concerne 30 cas d'oxyurose appendiculaire colligés en se basant sur les données anatomopathologiques dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Farhat Hached Sousse sur une période de 07 ans (2010-2017).

RESULTATS : L'âge moyen de nos patients était de 09 ans avec des extrêmes allant de 7 à 15 ans. La symptomatologie clinique était variable, dominée par la douleur abdominale localisée de la fosse iliaque droite, des vomissements et une diarrhée ont été trouvés chez 14 enfants, une sensibilité de la fosse iliaque droite avec une fièvre à 38 °C chez 15 enfants, une hyperleucocytose supérieure à 12 000 éléments/mm³ et un dosage de CRP supérieur à 10 mg/l chez 15 patients. Aucun patient ne présentait de signes extradiigestifs ni de prurit anal. L'échographie abdominale montrait un aspect en faveur d'une appendicite aiguë dans 22 cas, normale dans 8 cas, mais dont le tableau clinique était fortement évocateur d'une appendicite aiguë imposant une intervention chirurgicale.

DISCUSSION : L'oxyurose est souvent asymptomatique. Le signe essentiel, si elle est symptomatique, est le prurit anal surtout le soir et la nuit. Elle peut prendre l'aspect de la crise appendiculaire classique. En dehors des urgences chirurgicales, un examen parasitaire complet avec des scotch-tests répétés est indiqué ce qui permet la réduction du nombre d'interventions chirurgicales inutiles.

CONCLUSION : Les signes cliniques de l'oxyurose peuvent rappeler ceux d'un syndrome appendiculaire conduisant à une intervention chirurgicale par excès. Cela nous conduit à insister, qu'en dehors des urgences chirurgicales, un examen parasitaire complet avec des scotch-tests répétés est indiqué.

PI58. Hernie hiatale par roulement étranglée

Bouchrika A, Ammar H, Toumi O, Korbi I, Jellali M, B Jabra S, Noomène F, Zouari K. Service de chirurgie générale EPS Monastir

Introduction : La hernie hiatale par roulement (HHR) est souvent latente. Elle peut se manifester par plusieurs complications. Nous rapportons un cas de HHR étranglée.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une femme âgée de 75 ans, diabétique, explorée pour des épigastries d'installation brutale associée à une hématomèse. L'examen abdominal a objectivé une défense abdominale à maximum épigastrique. Le bilan biologique était sans anomalies hormis une anémie à 9.7g/dl. Une radiographie du thorax a montré des niveau hydro-aérique rétro-cardiaque. La fibroscopie pratiquée en urgence a objectivé compression extrinsèque de l'œsophage. Le transit oeso-gastro-duodénal a mis en évidence volumineuse HHR. La patiente a été opérée en urgence par laparotomie médiane, elle a eu une réduction du sac de la hernie contenant la grosse tubérosité, une fermeture de l'orifice hiatale, une gastrectomie tubulaire atypique et une fixation de la grosse tubérosité au diaphragme gauche.

Les suites opératoires étaient simples.

Discussion :

La hernie hiatale par roulement est une protrusion d'une partie de l'estomac dans le médiastin avec cardia en place, souvent latente mais elle peut se manifester par des complications tel que l'hémorragie, la strangulation et la perforation.

Le volvulus gastrique aigu est une complication rare des hernies hiatales par roulement (4%). La strangulation gastrique compliquée de gangrène est peu fréquente (5%) en raison d'une très bonne suppléance sanguine de l'estomac.

Il touche surtout le sujet âgé de plus de 50 ans et de sexe féminin, mais de rares formes familiales et pédiatriques ont été décrites. Il représente une urgence diagnostique et thérapeutique.

Sur le plan fonctionnel, la triade classique de Borchart est hautement évocatrice du diagnostic. Cependant la présence concomitante de ces 3 signes est rarement retrouvée et on retiendra le tableau d'une occlusion digestive haute d'installation brutale

Le diagnostic est suspecté sur la radiographie du thorax debout devant la présence d'un niveau hydro-aérique intra thoracique. Il est confirmé par le transit œsogastroduodéal. La tomодensitométrie permet de dresser le bilan lésionnel thoracique et d'étudier la vitalité de l'estomac.

Le traitement est chirurgical. Il consiste en une dévolvulation avec réintégration de l'estomac dans les formes intra thoraciques associées au traitement étiologique.

Conclusion : La hernie hiatale par roulement peut se révéler brutalement par l'apparition d'une complication aiguë grave.

PI59. Facteurs prédictifs de la mortalité et de la morbidité post-opératoire des colectomie sub-totale pour colite aiguë grave

Bouchrika A, Toumi O, Trimech W, Korbi I, Jellali M, B Jabra S, Noomène F, Zouari K. Service de chirurgie générale EPS Monastir

Introduction : Le traitement chirurgical des colites aiguës graves (CAG) s'adresse aux formes compliquées et aux formes résistantes au traitement médical. Il consiste à réaliser une colectomie subtotalaire avec iléostomie et sigmoïdostomie.

But : Déterminer les facteurs prédictifs de mortalité et de morbidité postopératoire

Matériel et méthodes : Etude rétrospective, incluant tous les cas de colite aiguë grave opérés dans notre service sur une période de 15 ans et ayant nécessité une colectomie subtotalaire (CST)

Resultats : Le taux de mortalité de notre série était de 5 % avec une morbidité postopératoire de 60 %. Le mode inaugural de découverte de la maladie était le seul facteur indépendant retrouvé pour expliquer la morbidité postopératoire. Les facteurs indépendants associés à la mortalité postopératoire étaient le mode inaugural de découverte de la maladie, le délai d'évolution de la symptomatologie et la chirurgie en urgence.

Discussion :

La mortalité de la Colectomie subtotalaire (CST) était de 7 à 16 % et augmentait de 27 à 44 % dans les formes compliquées en raison du retard thérapeutique. Dans la série d'Alves.A et al, la mortalité opératoire de la CST était inférieure à 1 % alors qu'elle est de 24% chez les malades opérés pour CAG compliquée.

Dans la série de Daperno et al, le taux de mortalité lié à une poussée sévère de RCH a été

considérablement réduit à 0% depuis l'utilisation du traitement médical intensif et le recours à une colectomie précoce.

La morbidité postopératoire varie de 11 à 33 % dans les séries de la littérature. Elle est de 60% dans notre série.

La durée moyenne d'hospitalisation dans la littérature est de 9 à 13 jours. Dans notre série la durée moyenne d'hospitalisation est beaucoup plus élevée de l'ordre de 18 jours, dont six jours en moyenne au service de réanimation. Les centres spécialisés pratiquant les colectomies coelioscopiques la durée d'hospitalisation moyenne est de 5 jours.

Conclusion : La CST constitue le traitement de référence des colites aiguës graves. elle doit être discutée à chaque étape de la prise en charge et ne doit pas être envisagée comme le traitement de dernier recours afin de ne pas retarder abusivement sa réalisation.

PI 60. Dystrophie kystique d'un pancréas aberrant :à propos d'un cas

Triki.W, Heni.S ,Abbassi.I ,Baccar.A,Naimi.D,Baraket.O,Bouchoucha.S ;
service chirurgie générale ; Hôpital universitaire de Bizerte ;Bizerte(Tunisie)

Introduction :

Le pancréas aberrant se traduit par la présence de tissu pancréatique sans relation anatomique de continuité, de vascularisation ou d'innervation avec la glande pancréatique principale. Dans la littérature leur fréquence varie de 0,6 % à 14 %.son existence est connu depuis le 18ème siècle. Sa principale complication est représenté par la dystrophie kystique du pancréas aberrant(DKPA).on représente le cas d'un patient qui a été suivi pour DKPA ainsi qu'une revue de la littérature.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 52 ans éthylique chronique ,tabagique ,qui a consulté les urgences pour douleur épigastrique transfixiante associé a des vomissements avec à l'examen :apyrétique anictérique, sensibilité épigastrique ,à la biologie :SIB avec GB=12000,pas de cytolysé ni choléstase ,amylasémie a 15 *NL(1400),le diagnostic de pancréatite aigüe a été retenu. À H 72 ,une TDM abdominale de stadification a été réalisé : épaissement duodénale pariétale avec présence de kystes intra-pariétaux au contact d'un épaissement de la tête du pancréas. La bili-IRM confirme la présence de deux formations kystiques en hyper signal T2 comprimant la lumière duodénale (D2).le patient a été ensuite perdu de vue.

Discussion :

La DKPA est suffisamment fréquente pour avoir été reconnue dans la classification de l'OMS comme faisant partie des tumeurs et des lésions pseudo-tumorales du pancréas . Elle peut être isolée ou associée à une pancréatite chronique. Malgré la répartition très large des pancréas aberrants dans l'organisme, la quasi-totalité (97 %) des DKPA se trouve localisée au niveau du deuxième duodénum et plus volontiers dans sa moitié supérieure. Elle affecte le plus souvent les hommes d'environ 50 ans. Elle a une Symptomatologie non spécifique (Douleur

épigastrique transfixiante, continue ou paroxystique, Vomissements (>50%) , Amaigrissement, rarement ictère).

Le diagnostic positif repose sur un faisceau d'argument clinique , biologique et d'imagerie. Le traitement peut être chirurgical (Duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) le plus souvent ou un traitement plus conservateur), endoscopique(drainage des kystes par voie endoscopique avec une efficacité immédiate rapide mais souvent transitoire) ou médical(dérivés de la somatostatine).dans notre cas le patient a été perdu de vue.

Conclusion :

La DKPA est une affection rare mais de mieux en mieux reconnue grâce aux progrès de l'imagerie. Elle est bénigne et associée dans la plupart des cas à une pancréatite chronique. Son traitement n'est pas encore bien codifié.

PI61. Un cas de pancréas aberrant de localisation jéjunale

Rehayem R, Bettaieb K, Ben Lahouel S, Haddad A, Maghrebi H, Makni A, Ben Safta Z

Service de chirurgie generale A « la rabta »

Introduction:

Le pancréas aberrant est défini par la présence d'un tissu pancréatique en situation ectopique sans connexions anatomique ou vasculaire avec le pancréas. C'est une pathologie rare, paucisymptomatique ou asymptomatique, elle peut toucher tout le tube digestif.

Observation :

Patiente âgée de 59 ans, qui a consulté pour des épigastralgies transfixiantes avec des vomissements en rapport avec une pancréatite aigue C. La TDM de stadification a objectivé une tumeur du jéjunum de 35×24mm avec un bilan d'extension negatif. La patiente a été opérée après l'épisode aigue de pancréatite. En per opératoire il s'agissait d'une tumeur extra luminale au niveau de l'angle duodéno jéjunal. La patiente a eu une résection du gèle emportant en monobloc la tumeur avec anastomose duodénojéjunale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a conclu à un pancréas aberrant.

Conclusion :

C'est une pathologie, habituellement de découverte fortuite, elle peut évoluer vers toutes les pathologies pancréatiques. Le geste recommandé est une résection complète

PI62. Pancréas annulaire : cause rare de sténose digestive haute chez l'adulte

Khedhiri N, Ayadi Med F, Haddad D, Benzarti Y, Zaafouri H, Bouhafa A, Ben Maamer A.

Service de chirurgie générale - Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction :

Le pancréas annulaire est une anomalie congénitale rare. Son incidence est estimée de 1/50 000 naissances et représente 10 % des sténoses duodénales. Cette anomalie a été trouvée dans

trois sur 20 000 cas des autopsies. Nous rapportant le cas d'une patiente qui nous consultait pour un tableau de sténose digestive haute en rapport avec un pancréas annulaire.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 57 ans sans antécédents pathologiques notables qui nous consulte pour épigastralgies et vomissement évoluant depuis 4 mois sans autres signes accompagnateurs. L'examen clinique objectivait une patiente apyrétique TA 13/6, abdomen souple dépressible indolore, des orifices herniaire libres. La biologie était sans anomalie. La FOGD montrait une sténose digestive haute située au-delà du deuxième duodénum. Des biopsies ont été réalisées. L'examen anatomopathologique avait infirmé l'origine néoplasique. La TDM abdominale trouve une importante distension gastrique avec un épaissement pariétal tissulaire, sténosant, de la partie proximale de la troisième portion duodénale, responsable d'une distension gastrique ainsi que de la partie proximal du duodénum, sans densification décelable de la graisse en périphérie. La patiente a été opérée par voie médiane : une gastro-entéro-anastomose a été réalisée avec des suites simples. La patiente a été mise sortante à j 5 post opératoire.

Discussion :

Il s'agit d'une entité rare, le plus souvent de découverte néonatale. C'est une anomalie secondaire à une rotation incomplète du pancréas ventral réalisant une languette de parenchyme pancréatique encerclant le deuxième duodénum. Elle est le plus souvent asymptomatique mais elle peut se déclarer par un tableau de sténose digestive haute. Le diagnostic est généralement confirmé par la TDM qui permet la mise en évidence de la bandelette pancréatique encerclant le duodénum. Le traitement chirurgical est indiqué dans les formes symptomatiques et cela en réalisant une dérivation digestive soit par une duodéno-duodénostomie ou une gastro-entéro-anastomose. Le pronostic est le plus souvent favorable.

Conclusion :

Le pancréas annulaire est une pathologie congénitale bénigne, le plus souvent asymptomatique. Le diagnostic est fait le plus souvent sur imagerie. Le traitement chirurgical est indiqué pour les formes symptomatiques avec un bon pronostic.

PI63. Le pancréas annulaire chez l'adulte : à propos d'un cas

Rakia S, Harbi H, Dammak N, Zouche I*, Rejab H, Akrouf A, Ketata S*, Guirat A, Be Ameur H, Abid B, Frikha MF, Ben Amar M, Boujelbene S, Affes N, Mzali R.

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba, Sfax

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

Introduction :

Le pancréas annulaire est une anomalie congénitale rare, le plus souvent observé chez les enfants. Cette anomalie résulte de l'échec du bourgeonnement pancréatique ventral pendant la migration au cours du développement. Le tissu pancréatique ectopique persiste, encerclant et obstruant le duodénum.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 74 ans, aux antécédents d'anémie ferriprive, de diabète, de BPCO, et d'antrectomie pour une histoire d'ulcère sténosant il y a 30 ans. Il a été exploré pour douleurs de l'hypochondre droit évoluant depuis 2 mois. Il n'avait pas d'ictère et l'examen de l'abdomen était sans particularités. A la biologie il avait un bilan hépatique et pancréatique sans anomalie. L'échographie et la TDM abdominales ont montré une vésicule biliaire distendue lithiasique, une VBP à 14 mm, qui devient effilé dans sa partie rétro-pancréatique sans obstacle intra-luminal. La FOGD n'a pas montré d'anomalies. La bili-IRM a montré une dilatation des VBIEH et du Wirsung en amont de micro-calculs étagés de la voie biliaire principale sans lithiase vésiculaire. En per-opératoire, on a découvert une VBP dilatée à 14 mm (contenant de la boue biliaire sans véritable calcul) avec un pancréas annulaire péri-duodéal ce qui explique l'histoire de sténose digestive haute pour laquelle le patient a été opéré. La Cholangiographie peropératoire a montré une VBP dilatée, très coudée dans sa partie distale sans image lacunaire, avec un passage duodéal du produit de contraste légèrement paresseux. On a réalisé une anastomose hépatico-jéjunale termino-latérale car on a attribué les douleurs à la migration trans-papillaire de micro-calculs biliaires dont la formation a été favorisée par l'aspect coudé du bas cholédoque et le pancréas annulaire. Les suites post opératoire étaient simples.

Discussion :

Le pancréas annulaire est une anomalie congénitale rare qui est généralement asymptomatique. Le diagnostic préopératoire de pancréas annulaire est difficile.

La TDM et l'IRM peut évoquer le diagnostic. Cependant, le diagnostic n'est fait que par laparotomie dans plus de 40% des cas. Seuls les patients symptomatiques sont traités chirurgicalement.

Conclusion :

Les complications classiques du pancréas annulaire sont la sténose duodénale et les poussées de pancréatite. La lithiase biliaire semble être une complication exceptionnelle puisque l'ictère dans ce cas doit évoquer la dégénérescence qui est la complication la plus redoutable. Le diagnostic de ces complications n'est pas toujours aisé et encore moins le diagnostic de cette malformation. Le traitement (geste de dérivation et/ou de résection) doit être adapté au cas par cas.

PI64. Incidence du cancer du pancréas dans la région Nord de la Tunisie :**Tendance et projection**

I.Sonia Dhaouadi ;Molka Osman;Mohamed Amine Bennour ;Wided Ben Ayoub;Mohamed Hsairi

Service Epidémiologie et Biostatistiques , Institut Salah Azaiez

Introduction :

Le cancer du pancréas, 10^{ème} cancer dans le monde en terme d'incidence , représente 2,4% de l'ensemble des cancers selon les données de l'Association Internationale des registres du cancer pour l'année 2012 (GLOBOCAN 2012).

En Tunisie, peu d'études parlent de cette pathologie d'où l'intérêt du présent travail.

Les objectifs de notre étude étaient d'estimer l'incidence du cancer du pancréas dans la région Nord de la Tunisie, d'analyser sa tendance d'incidence entre 1994 et 2009 et de la prédire pour l'année 2024.

Méthodologie :

Les données ont été recueillies à partir du Registre du Cancer Nord Tunisie (RCNT). Le registre satisfait les critères de qualité en matière d'enregistrement des cancers tels que proposés par le Centre International de Recherche sur le Cancer, concernant les données recueillies, les procédures de collecte des données, de codification des tumeurs (Utilisation de la troisième classification Internationale des maladies – Oncologie : CIMO-3), des contrôles de cohérence, de saisie ainsi que les méthodes d'analyse statistiques. Les données de population utilisées correspondaient à celles fournies par l'Institut National de la Statistique (INS).

Les indicateurs étudiés étaient les taux d'incidence brut (TIB) et le taux d'incidence standardisé (TIS) par âge et exprimés par 100 000 personnes années (PA), tout en utilisant la population mondiale comme population de référence pour la standardisation directe. Nous avons utilisé le logiciel JoinPoint (version 4.5.0.1) pour l'analyse des tendances : Les changements annuels en pourcentage (CAP) ont été calculés sur la base des données de la période 1994-2009. La projection de l'incidence pour l'année 2024 a été faite à l'aide du logiciel SPSS (version 24) en utilisant le modèle âge-période cohorte. Ce modèle est une régression de Poisson, faisant partie de la famille des modèles linéaires généralisés.

Résultats :

Au cours de la période 1994-2009, 1559 nouveaux cas ont été enregistrés avec une prédominance masculine (sexe ratio=1,79). L'âge moyen au moment du diagnostic était de $63,47 \pm 12,01$ ans : $62,72 \pm 11,56$ ans chez le sexe masculin et $64,78 \pm 12,66$ ans chez le sexe féminin.

Plus de la moitié des sujets étaient âgés de 50 ans et plus (86,5%). Le TIB était de 2,07/100 000 PA et le TIS était de 2,63/100 000 PA. La tendance était relativement stable entre 1994 et 2009 avec un CAP de -1,4% soit un IC à 95% = [-3,2% ; 0,5%] ($p=0,1$).

Selon les mêmes conditions qu'au cours de la période 1994-2009, le TIS prédit en 2024 serait de 2,32/100 000 PA.

Conclusion :

Le cancer du pancréas ,est caractérisé par une incidence faible ,une prédominance masculine avec une prédilection pour les sujets âgés de 60 ans et plus. La tendance d'incidence est relativement stable.

La prévention repose essentiellement sur l'adoption de modes de vie sains :alimentation équilibrée, lutte contre la consommation de tabac et d'alcool ainsi que la promotion de la pratique régulière de l'activité physique.

PI65. Cancer du pancréas dans la région de la Nord Tunisie :Profil épidémiologique et anatomo-clinique entre 2007 et 2009

I.Sonia Dhaouadi ;Molka Osman;Mohamed Amine Bennour ;Wided Ben Ayoub;Mohamed Hsairi

I.Service Epidémiologie et Biostatistiques , Institut Salah Azaiez

Introduction :

Le cancer du pancréas est un cancer peu fréquent .De localisation profonde,il est souvent diagnostiqué tardivement à l'occasion de symptômes peu spécifiques.

C'est le 14^{ème} cancer en Tunisie en terme d'incidence selon les données de l'Association Internationale des registres du cancer pour l'année 2012 (GLOBOCAN 2012).

En Tunisie, il existe peu d'études épidémiologiques sur cette pathologie.

Les objectifs de notre travail étaient d'estimer l'incidence du cancer du pancréas dans la région Nord de la Tunisie au cours de la période 2007-2009 et de décrire ses aspects anatomo-cliniques.

Méthodologie :

Les données ont été obtenues à partir du Registre des Cancers Nord Tunisie (RCNT) 2007-2009. La codification des tumeurs était réalisée selon la troisième classification Internationale des maladies – Oncologie : CIMO-3.

Les données de population utilisées correspondaient à celles fournies par l'Institut National de la Statistique (INS). Les indicateurs étudiés étaient le taux d'incidence brut (TIB) et le taux d'incidence standardisé (TIS) en utilisant la population mondiale comme population de référence pour la standardisation directe. Les taux d'incidence étaient exprimés pour 100 000 personnes années (PA).

Résultats :

Au cours de la période 2007-2009,353 nouveaux cas ont été enregistrés avec une prédominance masculine :sexe ratio=1,73. L'âge moyen au moment de diagnostic était de 63,40±12,47ans.La majorité des sujets étaient âgés de 55 ans et plus (76,9%).

Le TIB était de 2,33/100 000 PA et le TIS était de 2,56/100 000 PA. La découverte de la maladie à l'occasion de symptômes était dans 91,8% des cas.

L'adénocarcinome sans autre indication (SAI) (44,2%) était le type histologique de loin le plus fréquent suivi par le carcinome SAI (7,1%).

La maladie était découverte au stade de métastase dans 57,7% des cas. Aucun cas n'a été découvert au stade in situ.

Conclusion :

Le cancer du pancréas en Tunisie est un cancer découvert essentiellement au stade de métastase avec prédominance de l'adénocarcinome comme type histologique ;

éléments associés à un pronostic sombre. Les mesures de prévention primaire ainsi que les mesures de dépistage (dosage des marqueurs tumoraux : CA19-9 et ACE) seront recommandés afin d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que le pronostic de la maladie .

PI66. Chirurgie coelioscopique des péritonites appendiculaires: A propos de 54 cas

Auteurs : Ben Ameer H, Tlili A, Turki A, Rejab H, Trigui A, Masmoudi A, Boujelben S, Mzali R
Service de chirurgie générale CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : La chirurgie constitue la pierre angulaire du traitement des péritonites appendiculaires. Durant la dernière décennie, l'abord coelioscopique a été proposé. On voudrait rapporter les résultats postopératoires immédiats de cette voie afin d'en dégager les avantages et les inconvénients.

Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant 54 patients opérés pour péritonite appendiculaire par voie coelioscopique au service de chirurgie générale du CHU Habib Bourguiba de Sfax durant les 12 dernières années (janvier 2006 – décembre 2017).

Résultats : L'âge moyen était de 27 ans. Le délai moyen de consultation était de 3 jours. Les signes fonctionnels étaient dominés par les douleurs abdominales (100% des cas). Une fièvre était observée dans 90% des cas, une défense abdominale dans 80% des cas, et une contracture abdominale diffuse dans 13,3% des cas. Une hyperleucocytose était notée dans 90% des cas. L'introduction du premier trocart a été faite selon la technique d'open coelioscopy dans 39 cas (61%). Une toilette péritonéale abondante a été réalisée par voie coelioscopique chez 39 patients (61%). Une appendicectomie laparoscopique a été effectuée dans 32 cas (59%) (extra abdominale : 7 cas, intra-abdominale : 25 cas). Une conversion était nécessaire dans 22 cas (40,7%) (laparotomie médiane : 16 cas, Mac Burney : 6 cas). La durée opératoire moyenne était de 108 minutes. La mortalité était nulle. La morbidité était de 3,7% (occlusion sur bride : 1 cas, perforation grêlique : 1 cas). La durée moyenne du séjour post opératoire était de 4,9 jours.

Discussion : D'après une revue de la littérature ayant inclus les études comparatives laparotomie versus coelioscopie, il s'avère que pour le traitement laparoscopique des péritonites appendiculaires, le taux d'abcès intra-péritonéaux est diversement rapporté dans la littérature, et aucune conclusion ne peut être émise à ce propos.

Conclusion : L'abord « tout laparoscopique » est faisable dans 60% des péritonites appendiculaires. Il est associé à une réduction de la morbidité globale, des taux d'infection de la paroi et de l'occlusion sur brides et de la durée d'hospitalisation.

PI67. Les péritonites biliaires : particularités diagnostiques et thérapeutiques : A propos d'une série de 33 cas.

Toumi O, Bouchrika A, Touati M, Sadok Ben Jabra, Maissa Jallali, Mohamed Nasr, Ibtissem korbi, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

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 du travail : décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques des péritonites biliaires et d'analyser les facteurs prédictifs de morbi-mortalité.

Méthodes : notre travail est une étude rétrospective de 33 observations de PB colligées sur une période de 14 ans allant de mois de janvier 2002 au mois de décembre de 2015.

Résultats : Trente-trois patients sont inclus dans ce travail dont 18 femmes et 15 hommes (sexe ratio H/F est de 0.83). L'âge moyen de nos patients était de 69 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 de 18% des cas. Sur le plan clinique, la douleur abdominale était présente chez 100% des malades. Elle est essentiellement localisée au niveau de l'hypochondre droit. 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.

L'échographie abdominale, pratiquée chez 29 patients, a montré un épanchement péritonéal dans neuf cas. Le diagnostic préopératoire de péritonite biliaire n'a été retenu que chez 15 patients.

Le traitement était essentiellement chirurgical précédé par une réanimation préopératoire et une antibiothérapie probabiliste. La péritonite était généralisée dans 22.2% 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 alithiasique 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 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. Une prise en charge précoce reste le meilleur moyen permettant de prévenir l'installation des complications surtout l'état de choc et par conséquence de réduire la morbi-mortalité.

PI68. Les péritonites biliaires post opératoires : A propos de 45 cas

Tlili A, Jedidi I, Rejab H, Trigui A, Krichen J., Frikha Mf., Mzali R.

Service de chirurgie générale CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Les péritonites post-opératoires d'origine biliaire (PPOB) posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques vu leur polymorphisme clinique et la fréquence des formes peu typiques. Leur pronostic reste péjoratif avec un taux de mortalité élevé.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective des dossiers de 45 patients pris en charge pour

PPOB aux services de chirurgie générale et de réanimation médicale au CHU Habib Bourguiba de Sfax durant une période de 15 ans (Janvier 2002 - Juillet 2017).

Résultats : L'incidence annuelle des PPOB était de 3 cas par ans. La pathologie initiale était de nature néoplasique dans 6 cas (13,3%), septique dans 8 cas (17,8%) et ayant un caractère urgent dans 31 cas (68.9%) dominé par la cholécystite aiguë. Les manifestations abdominales des PPOB ont été dominées par la douleur abdominale présente dans 81% des cas. L'hyperleucocytose a été retrouvée dans 71,1% des cas avec une cytolyse dans 34,3% des cas et une choléstase dans 25,7% des cas. L'échographie abdominale a été réalisée chez 33 patients (73,3%) et elle a été décisive pour la prise en charge thérapeutiques dans tous les cas. La tomодensitométrie a été réalisée chez 26 patients (57,7%). Le délai de la reprise a été en moyenne de 23 jours. Le traitement a été essentiellement chirurgical, précédé d'une réanimation intensive. Les causes des PPOB ont été dominées par les plaies de la VBP dans 23 cas (51,2%), les fistules biliaires dans 7 cas (15.6%), fuite par ancien orifice de drain de Kehr dans 5 cas et lâchage d'anastomose bilio digestive dans 4 cas. Les suites opératoires immédiates ont été favorables chez 17 patients (37,7%) et nous avons noté 15 décès (mortalité de 33,4%). L'étude statistique nous a permis de dégager les facteurs de la mortalité post-opératoire qui sont : l'âge supérieur à 50 ans, la nature néoplasique de la pathologie initiale et la défaillance rénale.

Discussion : Les PPOB surviennent le plus souvent chez des sujets âgés, les sujets tarés et de sexe féminin. Les tableaux cliniques sont très polymorphes. La biologie montre souvent une hyperleucocytose avec cytolyse et cholestase. L'échographie abdominale est l'examen de premier recours et doit être pratiquée devant le moindre signe d'appel. Le traitement repose sur une réanimation adéquate et la chirurgie qui repose sur l'exploration manuelle et visuelle des voies biliaires et digestives suivi du traitement des lésions causales.

Conclusion : Le pronostic de la PPOB est péjoratif et lié : au terrain, à la pathologie et l'intervention initiales, aux délais de réinterventions. Le taux de mortalité est élevé et lié essentiellement à l'état de choc septique et ses conséquences de défaillances mutiviscérales, d'où l'intérêt d'une bonne prophylaxie.

PI69. Diagnostic et traitement du pseudokyste de la rate : à propos d'un cas

Auteurs : Rakia S, Harbi H, Zouche I*, Toumi N**, Trigui A, Daoud R, Ketata S*, Kardoun N, Zouari A, Tlili A, Abdelkefi A, Krichene J, Ben Ameer H, Abid B, Hentati N, Ghorbel A, Guirat A, Frikha F, Ben Amar M, Boujelbene S, Affes N, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

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

**Service d'imagerie médicale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

Le pseudo-kyste ou faux kyste de la rate (PK) 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'infarctissement 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 :

S'il est symptomatique, le faux kyste de la rate se manifeste sous forme de douleur de l'hypochondre gauche ou de l'épaule gauche, vomissements, dysphagie, sensation de satiété. Les PK supérieur à 5 cm de diamètre indique le traitement chirurgical, et sont plus pourvoyeurs de complications, tel que l'hémorragie intra-kystique, la surinfection, et même la rupture intra-péritonéale.

Le traitement de choix est la splénectomie partielle. Certaines caractéristiques de SP comme emplacement hilaire, grande taille avec remplacement presque complet du parenchyme, associé à l'hypersplénisme, et le diagnostic douteux sont des indications où la splénectomie totale peut ne pas être évitable.

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).

PI70. Prolapsus rectal étranglé ; à propos de un cas

Type de travail : communication affichée

Siala R, Rjab H, Akrouf A, Soumtally S, Trigui A, Mejdoub Y, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Introduction :

Le prolapsus rectal est la protrusion complète du rectum à travers le canal anal. Il est fréquent chez les personnes âgées, mais peut rarement affecter les individus à tout Age. Il a été décrit par Papyrus d'Ebers des 1500 av.

L'étranglement complique rarement le prolapsus rectal, nécessitant une chirurgie d'urgence. Nous rapportons un cas de prolapsus rectal étranglé sans nécrose associée.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, opéré pour plaie de la main qui consulte pour prolapsus rectal étranglé. Par ailleurs pas de notion d'épisode antérieur de prolapsus rectal, ni de constipation chronique, ou d'homosexualité.

A l'examen, extériorisation du bas rectum à travers le canal anal, formant une masse de 10 cm de diamètre, œdématiée, rouge à muqueuse enflée, douloureuse gardant encore une bonne vitalité.

La biologie était sans particularités. Le patient était mis sous traitement local à base de compresse imbibé au sérum salé hypertonique avec des injection IV d'HSHC en vue de diminuer les signes inflammatoire locaux et de pouvoir le réduire. Devant la persistance de l'étranglement, on a opté à opérer le patient en urgence.

Il a eu une réduction sous rachianesthésie. Au TR, on note une béance anale. On a réalisé un point de rapprochement fermant le canal anal, à la technique de Thiersche en vue d'éviter la récurrence de prolapsus. Une manométrie et une IRM pelvienne sont prévues afin de compléter sa prise en charge thérapeutique notamment une éventuelle rectopexie. Le patient a repris un transit normal à J3 post-opératoire.

Discussion :

Les signes importants d'étranglement incluent l'irréductibilité, douleur, œdème, muqueuse enflée et rouge violacée. Lorsque cette première étape passe, la muqueuse devient cyanotique. Le mécanisme de l'étranglement du premier épisode n'est pas clair. Pour les patients atteints de prolapsus rectal chronique, on note une hyperlaxité de l'appareil sphinctérien anal et du plancher pelvien.

Il n'y pas de consensus clair sur la technique à utiliser dans la prise en charge du prolapsus rectal strangulé. En cas d'échec de tentatives de réduction sous compresse imbibé au sucre de table ou au sérum salé hypertonique, on procède à sa réduction sous anesthésie. En présence d'ischémie la résection s'avère nécessaire. La technique de choix dans ce cas est la recto sigmoïdectomie avec rectopexie.

Conclusion :

Le prolapsus rectal étranglé sans précédent antécédents ou symptômes d'une pathologie prédisposante est extrêmement rare. Le mécanisme exact de l'incarcération n'est pas clair. Cependant la prise en charge chirurgicale est la plus approprié consistant en une rectopexie plus ou moins résection en cas de nécrose.

PI71. Prise en charge des pseudo-kystes du pancréas suite à une pancréatite aiguë : A propos de 16 cas

Tlili A, Zouari A, Jedidi I, Kechaou A, Dammak D, Boujelben S, Mzali R.

Service de chirurgie générale CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction: Les pseudo-kystes du pancréas représentent une complication courante des pancréatites aiguës graves. Le but de notre travail est de dégager les éléments du diagnostic des pseudo-kystes pancréatiques, l'aspect évolutif et les différentes options thérapeutiques.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive à propos de 16 cas de pseudo-kystes de pancréas suite à une pancréatite aiguë grave, hospitalisés au service de chirurgie

générale du CHU Habib Bourguiba de Sfax entre 2007 et 2017.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 55 ans. L'étiologie biliaire était présente dans tous les cas. Le délai de découverte des pseudo-kystes variait de 8 jours à 3 mois. Ils étaient asymptomatiques dans 4 cas, symptomatiques sous forme de douleur à type de pesanteur chez 6 malades et épigastralgie chez 6 malades. L'échographie et la tomодensitometrie abdominales ont permis le diagnostic positif des pseudo-kystes pancréatiques dans tous les cas. Ils étaient uniques chez 12 patients (75%) et multiples chez 4 patients (25%). Une surveillance armée était adoptée dans 9 cas ce qui a permis d'assister à la résolution spontanée des pseudo-kystes pancréatiques dans 67% des cas (6 patients sur 9). Un drainage per-cutané, sous contrôle scannographique, a été pratiqué avec succès chez un patient, devant la suspicion de surinfection kystique. Un drainage chirurgical interne par anastomose kysto-gastrique, était indiqué chez 10 patients. Une patiente a été programmée mais perdue de vue. 9 patients ont eu une kystogastrostomie dont une patiente est décédée dans les suites opératoires immédiates, pour les 8 autres patients, les suites opératoires étaient simples. A moyen et à long terme, aucun cas de récurrence et aucune mortalité n'a été notée.

Discussion: Les pseudo-kyste pancréatique peuvent être symptomatiques dans 10 à 14% des cas. Les complications habituelles d'un pseudo-kyste pancréatique sont la surinfection dans 34% des cas, la compression duodénale dans 20,6% des cas, la rupture kystique dans 2% des cas. Les pseudo-kystes sont situés principalement dans le corps du pancréas. Le traitement de ces kystes consiste à un drainage per cutané scanno-guide, un drainage endoscopique trans-mural, trans-gastrique ou trans-duodénale, un drainage endoscopique trans-papillaire et du drainage chirurgical interne. Ces interventions peuvent se faire par voie classique et actuellement de plus en plus par voie laparoscopique.

Conclusion : Les pseudo-kystes du pancréas représentent une complication fréquente des pancréatites aiguës graves qui peuvent régresser spontanément comme ils peuvent persister et être à l'origine de complications redoutables, d'où l'intérêt d'une prise en charge adéquate et adaptée dès la poussée aiguë de pancréatite.

P172. Les Pseudokystes Post Traumatiques Du Pancreas A Propos De 4 Cas

Mohamed Azzaza, Waad Farhat, Sami Lagha, Abdelkader Mizouni, Jaafar Mazhoud, Ben Mabrouk Mohamed, Ali Ben Ali.

Service de chirurgie générale Sahloul Sousse.

Objectif : La rareté de l'origine traumatique dans la genèse du pseudo kyste du pancréas a motivé la pratique de ce travail pour étudier les nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques

Patients : Notre étude concerne 4 cas de pseudokystes post traumatiques du pancréas pris en charge sur une période de 4 ans allant du 1 Janvier 2008 au 31 Décembre 2014.

Résultats : L'étiologie la plus fréquente est représentée par les accidents de la voie publique qui sont notés dans 3 cas. L'intervalle libre entre le traumatisme et le diagnostic a varié entre 4 et 7 semaines . L'âge médian des patients a été de 32 ans (E: 5-60 ans), le sex-ratio a été de 3.

La douleur abdominale a motivé la consultation dans 3 cas, l'examen clinique a révélé une masse abdominale 1 fois. L'échographie ainsi que le scanner ont été pratiqués chez tous les patients. Le pseudokyste avait une localisation caudale dans 2 cas, corporeo-caudale dans 2 cas. Le traitement a consisté en une surveillance et abstention avec bonne évolution dans 3 cas, et en un drainage sous contrôle scanographique 1 fois. L'évolution était bonne dans tous les cas.

Conclusion : Le diagnostic du faux kyste du pancréas doit être présent à l'esprit devant tout tableau clinique abdominal survenant après un intervalle libre suite à un traumatisme épigastrique, sa prise en charge diagnostique et thérapeutique est actuellement facilitée par le progrès de la radiologie et l'endoscopie interventionnelle.

P173. Le pseudomyxome péritonéal : Entité rare A propos d'un cas

Oumaya.M, Nassah.S, Hasnaoui.A, Haddad.D, Zaafouri.H, Bouhafa.A, Ben Maamer.A
Service de Chirurgie Générale Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction :

Le pseudomyxome péritonéal est une entité clinique rare caractérisée par une ascite gélatineuse associée à des implants épithéliaux mucineux multifocaux. Il est considéré comme un processus tumoral lié dans la très grande majorité des cas à une tumeur appendiculaire mucineuse.

Observation clinique :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 49 ans sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant depuis 6 mois sans autres signes associés. L'examen clinique était sans anomalies.

Une échographie abdomino-pelvienne a été demandée en première intention et a montré un épanchement intrapéritonéal de faible abondance. Un complément scanographique a été alors réalisé concluant à la présence d'une lésion de densité liquidienne en continuité avec le caecum associée à un épanchement intrapéritonéal évoquant une mucocèle appendiculaire compliquée. Notre malade a eu une cœlioscopie diagnostique qui a objectivé un appendice dont la pointe est tuméfiée sacculaire couverte de tissus gélatineux associé à des multiples implants mucineux en inter hépato-diaphragmatique et sur le tablier épiploïque. Les deux ovaires étaient augmentés de taille. Plusieurs biopsies ont été réalisées. L'examen anatomo-pathologique a conclu à des métastases d'adénocarcinome mucineux dont l'origine est appendiculaire.

Discussion :

Le pseudomyxome péritonéal est une maladie rare dont l'incidence est estimée à 1 à 2 cas par million d'habitants et par an. Les femmes semblent plus touchées que les hommes. L'atteinte péritonéale observée dans les pseudomyxomes péritonéaux est secondaire dans la grande majorité des cas, à des lésions appendiculaires de nature néoplasique (90 % des cas), plus rarement ovariennes, ou coliques et exceptionnellement gastriques. La symptomatologie est peu spécifique : distension abdominale, syndrome pseudo-appendiculaire et troubles intestinaux constituent des points d'appels fréquents. La tomographie peut orienter le diagnostic lorsque la maladie est évoluée, en objectivant une abondante ascite gélatineuse associée à un

envahissement des gouttières pariéto-coliques bilatérales et du gâteau épiploïque. Le diagnostic positif définitif est anatomopathologique.

Actuellement, le gold standard de la prise en charge repose sur la combinaison d'une chirurgie de cytoréduction complète et d'une chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale, permettant d'améliorer la survie globale.

Conclusion :

Le pseudomyxome péritonéal est une entité rare, d'origine appendiculaire dans la grande majorité des cas. Il s'agit de la complication la plus redoutable de la mucocèle appendiculaire. Le pronostic est souvent péjoratif.

P174. Purpura Rhumatoïde : Manifestation Exclusivement Digestive

Amal Bouazzi ; waad Farhat ; Mizouni Abdelkader ; Achraf Sarraj ; Makram Moussa ; Ben Mabrouk Mohamed Ali B Ali.

Service de chirurgie digestive et viscérale CHU Sahloul sousse

Introduction :

Le purpura rhumatoïde est une vascularite des vaisseaux de petit calibre caractérisée par des dépôts d'immunoglobulines A. L'atteinte digestive est dominée par les douleurs abdominales non spécifiques. Elle est rarement au premier plan.

Observation :

Patient âgé de 41 ans. Hospitalisé pour exploration d'une hépatite C active. Au cours de son séjour le patient a présenté un épisode d'occlusion intestinale aiguë sans signes de gravité clinique ou biologique. L'interrogatoire révèle la notion d'une douleur de la cheville gauche, une diarrhée évoluant depuis 1 mois avec des douleurs abdominales vagues. La TDM montre un épaissement d'allure inflammatoire de la dernière anse iléale. L'évolution était faite par le rétablissement du transit après un traitement médical puis apparition d'une détresse respiratoire aiguë en rapport avec un foyer de pneumopathie nécessitant l'assistance respiratoire. Au cours de son séjour en réanimation le patient demeurait fébrile, septique, apparition d'une pan-cytopénie, une insuffisance rénale avec absence de transit pendant trois jours et un abdomen distendu. Le patient a été opéré en urgence. L'exploration trouve un grêle à paroi fragile, siège de multiples lésions à l'emporte pièce prédominante sur le grêle distal. Il a eu une résection grêlique avec mise en stomie du grêle restant. Le patient développa ensuite un purpura sur les membres et le tronc. L'évolution était marquée par la survenue d'une péritonite par perforation d'autres lésions existantes sur le grêle proximal. Le patient décéda dans un tableau de défaillance multi-viscérale. L'examen histologique de la pièce est en faveur d'un purpura rhumatoïde.

Conclusion :

Le PR peut mimer des tableaux chirurgicaux. Les causes médicales des douleurs abdominales devraient être recherchées à chaque fois que le tableau clinique est atypique.

P175. Est-ce-que le reflux biliaire post mini gastric bypass affecte la muqueuse

gastrique ou œsophagienne ?

Dr Baazaoui Jawher

Bariatric Surgeon Hamad General Hospital

Introduction

Le mini-bypass, encore appelé (Omega loop gastric bypass), n'est pas mini dans son efficacité mais dans sa technique de réalisation qui est plus simple avec temps opératoire court comptant au Roux Y gastric bypass. Le risque de reflux gastro-oesophagien biliaire est de (1 à 3%). L'apparition de lésions précancéreuses (oesophagite de Barrett) est une théorie non démontrée.

Matériel et méthode

C'est une étude prospective sur 20 patients post mini gastric bypass.

Après 12 mois de la chirurgie tous les patients ont eu une fibroscopie avec des biopsies œsophagienne et gastriques.

Résultats

Aucune lésion précancéreuse n'a été observée à l'examen anatomopathologique,

Conclusion

La survenue des lésions précancéreuses post omega loop gastric bypass reste une théorie à démontrer.

P176. Reconstruction périnéale après cure de Gangrène de Fournier

Auteurs : Tlili A. (1), Jedidi I. (1), Kardoun N.(1), Ghorbel I.(2), Boujelben S. (1), Ennouri Kh.(2), Mzali R. (1)

Service de chirurgie générale CHU Habib Bourguiba Sfax

Service de chirurgie plastique réparatrice et esthétique CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : Après excision chirurgicale large, suite à une gangrène du périnée, la couverture de la perte de substance qui en résulte, reste fonction de sa taille et de sa profondeur. L'objectif étant d'aboutir à la cicatrisation dans les plus brefs délais tout en assurant une récupération fonctionnelle et puis esthétique.

Matériels et Méthodes : Etude descriptive rétrospective à propos de 3 cas présentant une perte de substance périnéale après excision des tissus nécrotiques suite à une gangrène périnéale.

Résultats : On a pu colliger 3 cas de sexe masculin et d'âge moyen de 48 ans. Tous les patients avaient une perte de substance étendue à la paroi abdominale. Tous les patients ont bénéficié de soins locaux, pour une période moyenne de 40 jours. Le moyen de recouvrement a été choisi en se basant sur 3 critères essentiels : la localisation, l'étendue et la faisabilité technique. Quatre lambeaux ont été utilisés dont le plus utilisé était de type « Singapour ». La greffe de peau a été utilisée comme geste complémentaire dans 1 cas. Dans la plupart des cas les suites opératoires ont été simples. La cicatrisation a été obtenue dans tous les cas avec un délai moyen de 30 jours. Au recul moyen 13 mois les résultats ont été jugés satisfaisants pour tous les malades avec une bonne continence anale, absence de dysurie et de dysfonction érectile.

Discussion : Le recours à la chirurgie plastique reconstructrice est nécessaire devant l'importance de la perte de substance tissulaire. Pour la reconstruction de la région scrotale, lorsque la perte de substance est importante, on fait recours à un lambeau musculo-cutané. Il s'agit le plus souvent d'un lambeau utilisant le muscle droit interne. Le lambeau inguinal permet une couverture de la région scrotale avec un tissu relativement épais, sensible, avec des reliquats cicatriciels et fonctionnels modestes. Les lambeaux fascio-cutanés permettent de couvrir une importante perte de substance périnéale et scrotale sans tendance à la rétraction. Les lambeaux pudendaux donnent une satisfaction satisfaisante et des résultats fonctionnels et esthétiques meilleurs avec moins de morbidité du site donneur par rapport à un lambeau musculo-cutané.

Conclusion : La reconstruction des défauts cutanés de la région périnéale doit répondre à plusieurs objectifs en même temps. Les techniques sont versatiles et le choix dépend du siège de la perte de substance, de sa taille et de l'expérience du chirurgien.

PI177. Intérêt de la coelioscopie dans le traitement du reflux gastro œsophagien : à propos de 62 cas

Ben Hassine H.T ; Toumi O ; Hamed W ; Trimech W ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.
Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Le reflux gastro- œsophagien représente un problème de santé publique en raison de sa prévalence élevée, de son évolution chronique et du recours fréquent à un traitement.

But de l'étude:

Étudier l'efficacité et les résultats fonctionnels à court et moyen terme du traitement laparoscopique du RGO, ainsi que la faisabilité de ce traitement

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 62 cas de RGO pathologique traités par coeliochirurgie, colligés dans le service de chirurgie générale et digestive à l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir sur une période allant de Mai 1997 à Octobre 2016.

Résultats:

L'âge moyen était de 47.3 ans. Il s'agit de 35 hommes et 27 femmes. Le délai moyen d'apparition des symptômes était de 60, 45 mois. 33 patients présentaient un RGO typique (53.2%), tandis que 26 patients ont présenté un RGO atypique. La Fibroscopie était sans anomalies dans 7 cas (17.07 %), une œsophagite peptique dans 18 cas (43.9 %), un EBO dans 1 cas (2,4%), un ulcère dans 1 cas (2,4), un diverticule dans 1 cas (2,4%) et une hernie hiatale dans 3 cas (7.3%). Le taux de conversion opératoire était de 14.5% (9 cas). La durée moyenne de l'intervention était de 175mn. Les résultats fonctionnels post-opératoires comprenaient à trois mois une dysphagie précoce dans 20 cas (32.2%) persistante dans 3 cas nécessitant des séances de dilatation répétées. Dans un cas, une réintervention ultérieure par laparotomie a été nécessaire. Une récurrence a été observée chez deux patients, nécessitant le recours au traitement médical pour l'un, et une re-confection d'une valve de type Toupet en une valve de

type Nissen pour le deuxième. Le taux global de satisfaction subjective était de 91,4% à deux ans.

Conclusion:

Si le traitement du RGO est habituellement médical, dans certaines situations l'indication chirurgicale doit être envisagée. Le traitement laparoscopique par fundoplicature constitue une alternative thérapeutique efficace. Cette technique permet de réduire le traumatisme opératoire, la durée d'hospitalisation et un retour plus rapide à la vie active. Cependant, la courbe d'apprentissage est longue et nécessite de la persévérance.

P178. Conduite à tenir face à une réponse clinique complète après radiochimiothérapie concomitante pour une tumeur du bas rectum

Slim Zribi, Krimi Bassem, Mohamed Fadhel Chtourou, Helmi Slama, Chebbi Fathi, Mahdi Bouassida, Hassen Touinsi

Service de chirurgie générale, Hopital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie.

Introduction :

La chirurgie radicale pour les cancers du rectum est associée à une mortalité péri opératoire élevée. Une surveillance rapprochée des patients ayant une réponse clinique complète après radiochimiothérapie est suggérée.

Observation clinique :

Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans, sans antécédents pathologiques, qui a consulté pour des rectorragies évoluant depuis 18 mois. Le toucher rectal a montré une formation à 3 cm prolabée de l'anus saignant au contact. La colonoscopie a mis en évidence un polype pédiculé ulcéré à pédicule court à 3 cm de la marge anale, prolabé dans la lumière, dur à la pince à biopsies. La première biopsie a montré un adénome en dysplasie de haut grade. La deuxième biopsie a montré un polype hyperplasique. La TDM TAP a montré un épaississement tumoral du bas rectum étendu sur 4 cm sans infiltration de la graisse de voisinage et un ganglion péri rectal gauche de 8 mm. Le patient a eu une résection chirurgicale de la masse par voie trans anale emportant la musculature. L'examen anatomo-pathologique a montré un adénocarcinome colique de 7 cm de bas grade infiltrant la musculature. Absence d'embolies vasculaires et d'engainement péri-nerveux. Le patient a eu une radio chimiothérapie concomitante. L'IRM pelvienne de contrôle n'a pas montré de reliquats tumoraux et une disparition des ganglions. La colonoscopie n'a pas montré de reliquats tumoraux. Les biopsies étagées sur la cicatrice étaient négatives. Il s'agissait donc d'une réponse clinique complète. Le patient a eu une surveillance rapprochée par des IRM pelviennes et des colonoscopies tous les trois mois avec un recul de deux ans sans récurrence locorégionale ni à distance.

Discussion :

L'attitude face à une réponse complète après radio chimiothérapie concomitante est un sujet d'actualité qui reste débattu. Il y a des équipes qui préconisent la chirurgie après réponse clinique complète. D'autres préconisent la surveillance. Et la situation qui se rapproche le plus de la notre mais qui est plutôt inverse est la résection par voie basse après radio

chimiothérapie concomitante pour les tumeurs initialement T2 avec une réponse clinique complète.

Conclusion :

Une surveillance rapprochée des patients ayant une réponse clinique complète après radio-chimiothérapie pour les tumeurs du bas rectum est une bonne alternative à la chirurgie radicale et permet de diminuer le taux de morbi-mortalité péri opératoire.

P179. Rupture diaphragmatique post-traumatique révélée tardivement Par un étranglement intra-thoracique de l'estomac

Mabrouk A, Sghayer M, Jedidi L, Changuel A, Khelifa MB, Manai MH, Essoussi M

Service de chirurgie viscérale. Hôpital Militaire de Tunis

Introduction :

La rupture diaphragmatique post-traumatique est une entité rare dont le diagnostic peut aisément être manqué lors de l'évaluation initiale. Les cas diagnostiqués tardivement se grèvent d'une morbidité et mortalité plus importante. Il est nécessaire d'avoir ce diagnostic à l'esprit lors de l'examen clinique et de la lecture d'images scannographiques. On en rapporte dans cette observation un cas rare tout en citant les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité.

Observation :

Nous rapportons un cas de rupture diaphragmatique révélée par un étranglement de l'estomac chez un patient de 23 ans, victime d'un accident de la voie public un mois auparavant. Le patient s'est présenté aux urgences se plaignant d'épigastralgie et de vomissements ainsi qu'une dyspnée. Le diagnostic suspecté devant la présence d'une image hydroaérique dans l'hémi thorax gauche, a été confirmé par le scanner thoraco-abdominal. Ce dernier a montré une migration presque totale de l'estomac en intra-thoracique occasionnant une déviation médiastinale avec un refoulement du lobe inférieur gauche. L'exploration chirurgicale a objectivé une rupture du diaphragme avec un étranglement de l'estomac et du grand épiploon. Le geste a consisté en la réduction des organes herniés avec fermeture du défaut diaphragmatique. L'évolution était favorable.

Discussion :

Les ruptures diaphragmatiques sont dues, dans la plupart des cas, à des traumatismes thoraco-abdominaux. L'hyper-pression provoquée par ces traumatismes va enfoncer les viscères abdominaux contre le diaphragme et entrainer sa déchirure à partir de l'orifice hiatal vers la partie externe du diaphragme. Le passage intra-thoracique d'organes abdominaux à travers la déchirure exposera, précocement ou tardivement, à des complications cardio-pulmonaires (compression des structures pulmonaires et médiastinales) et digestives (étranglement des viscères au niveau de l'orifice du diaphragme et donc perforation des viscères).

Conclusion :

Le tableau d'occlusion comme mode de révélation reste particulièrement rare. Ce cas d'occlusion par étranglement intra-thoracique de l'estomac doit nous interpeller sur la nécessité de surveiller les patients victimes de contusion thoracique ou abdominale ; cette

surveillance devrait se poursuivre également à distance du traumatisme. La prise en charge chirurgicale rapide assure une évolution favorable dans la majorité des cas.

PI80. Cure Laparoscopique d'une rupture diaphragmatique post-traumatique. A propos d'un cas.

W.Jaaouane, M.Haddaoui, B Mnaja, A Chouchaine, M.Nasr, F.Nooumane, 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 faibles sensibilité et non spécificité des examens para-cliniques courants

Observation clinique :

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.

Résultats :

L'exploration trouve une rupture transversale de la coupole diaphragmatique gauche. On a 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

PI81. Prise en charge de la rupture ombilicale au cours de la cirrhose

Laabidi S(1), Sabbah M(1), Bibani N(1), Ouakaa A(1), Haddad D(2), Ben Maamar A(2), Gargouri (1).

1.Service de Gastro-Hépatologie, Hôpital Habib Thameur(1).

2.Service de chirurgie générale, Hôpital Habib Thameur(2).

Introduction : La rupture de l'ombilic constitue une complication mécanique de l'ascite de grande abondance chez le patient cirrhotique. Sa prise en charge est non codifiée. En effet, certains recommandent un traitement conservateur par antibiothérapie et paracentèse alors que d'autres préconisent la chirurgie en urgence. L'objectif de ce travail est d'évaluer la prise en charge et l'évolution après rupture de l'ombilic chez les patients cirrhotiques.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les patients hospitalisés en service d'hépatogastroentérologie pour rupture de l'ombilic entre avril 2014 et mai 2018. Les données anamnestiques, thérapeutiques et évolutives ont été relevées.

Résultats : Huit patients ont été colligés. L'âge moyen était de 56 ans [31 ans-69 ans], et le sex ratio H/F de 0,6. La rupture de l'ombilic compliquait une hernie ombilicale dans 7 cas, et une éventration dans 1 cas. La cirrhose était d'origine virale (3 cas), d'origine indéterminée (3 cas), NASH (1 cas), et Budd Chiari (1 cas). Le score de CHILD était C (4 cas), B (3 cas) et A (1 cas). Le traitement était non opératoire dans 4 cas, basé sur les soins locaux et l'antibiothérapie afin de prévenir l'infection du liquide d'ascite et chirurgical (cure par raphie) dans 4 cas. Les complications post opératoire étaient représentées par l'infection de liquide d'ascite nosocomiale (1 cas), le syndrome hépatorénal (1 cas). Deux patients sont décédés dans les suites opératoires précoces dans un délai de 20 jours. **Conclusion :** Dans notre série, la rupture de l'ombilic grève le pronostic à court terme des patients cirrhotiques. Cependant ; il ne semblait pas y avoir de différence entre le traitement non opératoire et chirurgical en terme de durée d'hospitalisation ou de mortalité.

PI82. Rupture Traumatique Du Diaphragme A Propos De 4 Cas

Hadjtaiebl, Kardoun N., Tlili A., Kchaou A., Masmoudi A, Frikha F , Mzali R.

Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Habib Bourguiba de Sfax

INTRODUCTION :

Une rupture du diaphragme doit systématiquement être évoquée lors d'un traumatisme thoracique ou abdominal. Elle correspond à une brèche musculaire de la coupole diaphragmatique pouvant se compliquer d'une issue intra thoracique de viscères abdominaux de voisinage. Une rupture du diaphragme peut être difficile à mettre en évidence en phase aigue. La voie coelioscopique est une nouvelle voie d'abord, légitime chez un traumatisé stable. Le but de notre travail est d'étudier les modalités diagnostiques et thérapeutiques des ruptures traumatiques du diaphragme.

MATERIELS ET METHODES : Notre étude rétrospective comporte 4 cas de rupture traumatique du diaphragme colligés dans notre service sur une période de 3 ans.

RESULTATS : Il s'agit de 4 hommes avec un âge moyen de 36,75 ans. Le mécanisme était une agression par une arme blanche (2 cas), contusion du tronc lors d'un accident de la voie publique (1 cas) et une chute d'une hauteur de 6 mètres (1 cas). Le scanner abdominal a permis de porter le diagnostic dans 3 cas. Le 4^{ème} cas a été une découverte per-opératoire. Les ruptures diaphragmatiques furent traitées par des points en X de fil non résorbable sans utilisation d'une prothèse. Aucun décès n'a été observé. La durée moyenne de séjour était de 13 jours.

DISCUSSION : Les ruptures diaphragmatiques sont, dans 60 à 80 % des cas, des lésions consécutives à un traumatisme grave. Les étiologies des hernies diaphragmatiques post-traumatiques sont dominées par le polytraumatisme et les plaies thoraco-abdominales; il s'agit rarement d'un accouchement laborieux, d'un écrasement ou d'une hernie postopératoire.

La mortalité des polytraumatisés avec hernie diaphragmatique est importante (jusque 30 % selon les séries) et est liée aux lésions associées, alors que la mortalité due spécifiquement à la rupture diaphragmatique est nulle. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques. On note souvent une agitation, une dyspnée, une asymétrie auscultatoire. La radiographie thoracique permet le diagnostic en montrant une surélévation de la coupole, mais sa sensibilité est faible. La

tomodensitométrie thoracique reste la technique de référence. **CONCLUSION :** Le diagnostic de rupture du diaphragme est posé soit en préopératoire (seulement 30 à 50 % des cas). Soit lors d'une laparotomie réalisée pour une autre lésion (20 à 40% des cas). Une rupture diaphragmatique reconnue constitue une indication opératoire, dès le diagnostic posé, s'il n'y a pas d'autres priorités. Elle peut rester méconnue et être découverte très tardivement après le traumatisme causal, c'est pourquoi il faut la rechercher systématiquement chez tout polytraumatisé.

PI83. Le Schwanome Rétropéritonéal : A propos d'une nouvelle observation

Bokal Z., Ben Safta I., Triki H., Saidani A., Belhadj A., Mannai S., Chebbi F., Houissa H.
Service de Chirurgie Générale et Digestive. Hôpital Mahmoud EL-MATRI, Ariana

INTRODUCTION :

Le schwanome 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%). En raison de sa présentation clinique et radiologique peu spécifique, son diagnostic reste difficile et pose le problème de diagnostic différentiel.

Observation :

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 44 ans, qui se plaignait de douleurs de la fosse iliaque gauche évoluant depuis quatre ans. L'échographie et la tomodensitométrie ont objectivé une masse kystique rétropéritonéale hétérogène multicloisonnée de 6.5 x 5 cm aux dépens du muscle psoas gauche évoquant en premier lieu un kyste hydatique. Le patient a été opéré par voie électorale (Leriche gauche). Une ponction première de la masse a ramené du liquide hémorragique. Le patient a eu une exérèse totale de la masse. L'examen anatomopathologique a conclu à un schwanome bénin. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion :

Le schwanome rétropéritonéal est une tumeur rare longtemps asymptomatique, elle atteint les deux sexes de façon égale, l'âge des patients est entre 30 et 60 ans. La présentation clinique et radiologique est peu spécifique mimant souvent d'autres pathologies plus fréquentes comme le kyste hydatique. Le diagnostic est histoinmunologique. L'exérèse complète constitue le traitement de choix de cette tumeur qui est le plus souvent bénigne.

Conclusion :

Le schwanome rétropéritonéal est une tumeur rare, souvent de bon pronostic dans sa forme bénigne. La chirurgie complète reste le traitement de référence. La récurrence bien que rare après chirurgie impose une surveillance postopératoire rigoureuse.

P184. Le syndrome d'Ogilvie : quelle prise en charge thérapeutique ? : a propos de 5 cas

Chaouch A, Nacef K, Chaouch MA, Ben khelifa M, Messaoud M, Ghannouchi M, Boudokhane M
Service de chirurgie MAHDIA

INTRODUCTION

Le syndrome d'Ogilvie est une affection rare. C'est une dilatation massive et aigue du colon sans obstacle mécanique intra ou extrinsèque. Il s'agit d'une urgence afin d'éviter la perforation caecale.

L'objectif de ce travail est d'étudier les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de ce syndrome.

MATERIELS ET METHODES

Nous rapportons cinq cas de syndrome d'Ogilvie colligés au service de chirurgie Mahdia durant 10 ans allant de 2008 au mois de février 2018.

RESULTATS

La plupart des patients sont de sexe féminin avec un âge moyen de 42 ans. Deux patients ont des antécédents d'hospitalisation pour état de choc septique ou pour encéphalopathie herpétique. La plupart des patients ont présenté un syndrome occlusif. L'examen clinique a montré une distension abdominale avec une ampoule rectale vide chez tous les malades. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire chez trois de nos patients. On note la présence de niveaux hydro-aériques de type colique sur l'ASP debout chez trois cas et une distension colique chez quatre cas.

Le scanner a révélé une distension colique sans obstacle évident chez tous les patients. Le traitement médical est tenté chez quatre patients. Une coloscopie d'exsufflation est pratiquée chez une seule patiente. Le recours au traitement chirurgical d'emblée est indiqué chez un patient, et de deuxième intention chez un autre.

DISCUSSION

Le syndrome d'Ogilvie est une entité rare dont la pathogénie reste indéterminée. Le diagnostic repose sur l'ASP et la tomодensitométrie qui montre une distension intestinale sans obstacle. La rapidité du diagnostic est essentielle pour éviter les complications. La mesure du diamètre coecal est l'examen clé dans la stratégie thérapeutique. Le traitement médical et la coloscopie d'exsufflation demeure le traitement de référence et le traitement chirurgical doit être réservé aux formes compliquées de perforation ou de nécrose. L'âge du patient, le diamètre coecal et le délai de réalisation de l'exsufflation déterminent le pronostic.

CONCLUSION

Le syndrome d'Ogilvie est une affection rare dont le traitement doit être entamé en urgence pour éviter les complications.

P185. Fistule Gastrique Apres Sleeve Gastrectomy : Prise En Charge Adaptee A

L'environnement

M.Amine Said ; Waad Farhat ;Lagha Sami ; Azzaza Mohamed ;Moussa Makram ;Ben Mabrouk Mohamed ; Ali B Ali.

Service de chirurgie générale et digestive CHU Sahloul.

Introduction

La fistule gastrique (FG) représente une des complications les plus graves après sleeve gastrectomy (SG), pouvant conduire dans certains cas au décès du patient. Leur prise en charge est complexe et souvent longue. Nous rapportons notre expérience de la prise en charge multidisciplinaire de FG après sleeve gastrectomy.

Matériels et méthodes

Entre janvier 2006 et décembre 2017, 40 patients ont été opérés d'une SG pour obésité morbide au CHU sahloul. Deux patients ont eu une FG postopératoire. Une patiente a été transférée pour prise en charge de la FG. Tous les patients ont été traités par antibiothérapie et IPP. Une réintervention a été nécessaire pour les 3 cas, un drainage chirurgical suivi d'une mise en place d'un stent métallique couvert a été réalisé chez une patiente. Pour les deux autres, une patiente a eu une gastrectomie totale et l'autre une conversion de sleeve en by-pass.

Discussion

La sleeve gastrectomy est une technique de chirurgie bariatrique validée, efficace sur la perte de poids et la correction des comorbidités associées à l'obésité. Il s'agit de la technique actuellement la plus utilisée. Elle est associée à peu de complications postopératoires mais la principale reste la fistule gastrique. La particularité de cette complication vient de sa difficulté de prise en charge qui peut parfois conduire à des hospitalisations prolongées et plusieurs réinterventions. Dans le cadre de fistule précoce (apparaissant dans les 7 premiers jours postopératoires), une reprise chirurgicale peut être nécessaire si possible par voie coelioscopique, le traitement chirurgical comporte un lavage de la cavité péritonéale associé à un drainage de la FG (intubation ou non par une sonde de Pezzer) et une jéjunostomie d'alimentation. Un traitement chirurgical radical reste indiqué, soit une gastrectomie totale soit une conversion en by-pass mais les conditions de réalisation sont difficiles et les séquelles fonctionnelles ne sont pas négligeables.

Conclusion

La prise en charge de ces fistules dépend de la gravité du tableau clinique, du délai diagnostique et de la taille de l'orifice fistuleux. Le traitement est difficile et souvent long, combinant parfois différentes procédures étalées sur plusieurs mois, sans réel consensus établi mais implique le plus souvent une collaboration multidisciplinaire entre chirurgiens, réanimateurs, radiologues et endoscopistes.

PI86. Intérêt d'un enseignement structuré de la coelioscopie par simulation: enquête auprès des résidents

W.Hamed I, A.Korbi², I.Korbi I, F.Boughanmi I, W.Trimech I, F.Noomen I, K.Zouari I

1.Service de chirurgie digestive, hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

2.Centre de maternité et de néonatalogie de Monastir

Introduction : La simulation constitue un outil de formation reconnu dans de nombreuses disciplines. En chirurgie, l'avènement de la coelioscopie a imposé aux chirurgiens l'acquisition de multiples nouvelles connaissances. La simulation par la conceptions de modèles d'apprentissage a permis aux débutants d'obtenir la gestuelle de base et aux plus expérimentés une amélioration de leur pratique courante de laparoscopie.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée sur l'ensemble de résidents en chirurgie et en gynécologie ayant assisté au moins à une séance de simulation en laparoscopie au sein du centre de simulation de la faculté de médecine de Monastir. Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire diffusé par e-mail.

Résultats : Les résidents qui ont répondu au questionnaire étaient seize femmes et douze hommes avec un sexe ratio égal à 0,75. La majorité des résidents soit 43% ont assisté à 3 séances de simulation. Tous les résidents ont eu une formation sur le Pelvi-trainer, 23 entre eux ont travaillé sur le Lapsim et 13 résidents ont pratiqué la coelioscopie sur le modèle animal. 43% des résidents étaient satisfaits à la fin de la séance. 71% des résidents déclarent que la séance de simulation était formatrice. Vingt-quatre résidents déclarent qu'au cours de leur pratique ultérieure ils avaient senti une amélioration. Le modèle animal représente le modèle le plus préféré des résidents.

Discussion : la simulation représente un outil d'enseignement efficace mais surtout sécurisé aussi bien pour le résident que pour le patient. Ainsi, ça permet l'acquisition de différentes techniques et compétences nécessaires pour le passage à la réalité. Notre étude confirme l'intérêt de la simulation comme méthode pédagogique bien appréciée par les résidents au cours de leur formation. D'autres études telles que celle de Jordan et al ou aussi de Fransen et al... confirmaient l'intérêt de cette méthode comme outil pédagogique efficace dans l'apprentissage de la laparoscopie.

Conclusion : La simulation représente un outil pédagogique fiable permettant d'assurer l'enseignement des techniques chirurgicales aux jeunes résidents et de combler ainsi de façon sécurisée leurs défaillances ce qui offre une amélioration évaluable de leur pratique professionnelle ultérieure en matière de chirurgie laparoscopique.

PI87. La Hernie De Spiegel

Chamakhi A, Rhaïem R, Atri S, Maghrebi H, Haddad A, Daghfous A, Makni A, Rebai W, Ksantini R, Chebbi F, Fteriche FS, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de chirurgie générale A La Rabta

INTRODUCTION :

La hernie de Spiegel ou hernie ventrale latérale est une déhiscence inhabituelle sur la ligne ou fascia semi-lunaire de Spiegel. C'est une entité rare qui représente 0,1 à 1% des hernies. Le but de ce travail est de rapporter les caractéristiques épidémiologiques et thérapeutiques d'une série de hernies de Spiegel qu'on a eu à prendre en charge.

METHODES :

Il s'agit d'une étude descriptive de case series de hernies de Spiegel prises en charge entre 2008

et 2016.

RESULTATS :

On a eu à prendre 5 patients avec des hernies de Spiegel. L'âge moyen est de 42 ans. Le sex ratio (H/F) est de 1/4. La hernie était diagnostiquée suite à un étranglement herniaire chez 2 patients. Les trois autres se sont présentés pour des douleurs en regard de la hernie. Le diagnostic était clinique chez quatre patients et scanographique chez un patient. Une TDM abdominale était réalisée chez 4 patients. La taille moyenne du collet était de 3 cm.

Tous les patients étaient opérés par voie classique par un abord pararectal. 3 patients ont eu une cure par prothèse alors que les 2 patients admis pour une hernie étranglée ont eu une cure par raphie. Un seul cas de récurrence a été recensé dans le groupe traité par raphie. Cette patiente a eu une cure par prothèse sans récurrence après un recul d'une année.

CONCLUSION :

La hernie de Spiegel est une entité rare. Le diagnostic est clinique mais parfois difficile surtout devant les patients obèses avec des collets étroits. La TDM abdominale est d'un grand apport et permet l'étude du collet et du volume herniaire. La cure par prothèse, en dehors du contexte d'urgence, constitue un traitement efficace qui réduit considérablement le risque de récurrence.

PI88. Résultats mono centrés des splénectomies coelioscopiques pour affections hématologiques :Expérience du service de chirurgie générale de Monastir

Omar Toumi, Amal Bouchrika, Boughanmi Faiez, Jalleli Maissa, Ibtissem Korbi, Sadok Ben Jabra, Nasr Mohamed, Faouzi Noomen, Khadija Zouari

Service de chirurgie digestive, hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : La splénectomie par voie laparoscopique est d'apparition récente. Elle est indiquée essentiellement pour les pathologies hématologiques bénignes .

Patients et méthodes : Notre travail est rétrospectif et a porté sur 15 patients ayant eu une splénectomie laparoscopique au service de chirurgie générale de CHU Fattouma Bourguiba de Monastir entre Janvier 2002 et Décembre 2016.

Résultats : Il s'agit de 11 patients de sexe féminin et 4 de sexe masculin. La moyenne d'âge est de 33.8 ans (8-55 ans) . La splénectomie est indiquée pour PTI dans 10 cas, sphérocytose héréditaire dans 03 cas , AHAI dans 01 cas et hypersplénisme d'origine indéterminée dans 01 cas. Trois patients avaient une splénomégalie avec une taille moyenne de 18.5 cm et maximale de 21 cm.

L'abord du pédicule splénique était fait par voie antérieure dans 12 cas. L'extraction de la rate s'est faite dans un sac à travers l'orifice du trocar dans 12 cas et moyennant une incision de Pfannenstiel dans 03 cas. Une cholécystectomie était associée dans 01 cas et une intervention sur des kystes endométriosiques des ovaires était associée dans 01 cas. Une hémorragie per opératoire était survenue dans 01 cas. Une conversion était nécessaire dans 01 cas. Le taux de

PI89. Tumeur stromale grelique révélée par une invagination intestinale aiguë: à propos d'un cas.

Mabrouk A, Yaakoubi C, Sghayer M, Bouraoui I, Khelifa MB, Manai MH, Essoussi M

Service de chirurgie viscérale et générale Hôpital Militaire de Tunis

INTRODUCTION :

Les GIST sont des tumeurs mésoenchymateuses rares pouvant se développer le long du tube digestif ou parfois à partir de l'épiploon et du mésentère. Elles peuvent être révélées par un syndrome occlusif. Nous en rapportons un cas diagnostiqué au service de chirurgie générale de l'hôpital militaire de Tunis.

OBSERVATION CLINIQUE :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 36 ans, présentant depuis 2 mois des syndromes occlusifs spontanément résolutifs, admis aux urgences pour une symptomatologie aiguë similaire évoluant depuis 48 heures. Le patient est apyrétique avec un abdomen souple légèrement distendu et une masse oblongue douloureuse palpable au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal était sans particularité. Un complément scannographique objectivait une image de télescopage d'une anse dans le caecum réalisant une image en cocarde en aval d'une formation de densité tissulaire grêle de 4 cm de grand axe, sans signes de souffrance digestive. Devant l'échec d'une désinvagination endoscopique, on décide d'intervenir par voie laparoscopique. L'exploration per-opératoire trouve une invagination iléo-iléo-coecale. Après désinvagination, la palpation du site de télescopage retrouve une formation endoluminale dure d'environ 5 cm de diamètre de l'avant dernière à l'iléale. Une résection iléo-coecale était réalisée. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à une tumeur stromale intestinale à faible risque avec des limites de résection saines. Aucun traitement adjuvant n'a été instauré.

DISCUSSION :

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs rares. Elles peuvent se développer le long du tube digestif et parfois à partir de l'épiploon et du mésentère. Cliniquement, la découverte des tumeurs est souvent fortuite, mais elles peuvent se révéler par une complication à type d'occlusion intestinale ou d'hémorragie digestive. Le diagnostic positif repose sur l'examen anatomopathologique : morphologie fusiforme ou épithélioïde, dissémination péritonéale et marquage immunohistochimique positif pour KIT et CD34. Le pronostic dépend de la taille, du nombre de mitoses et de la localisation. Le traitement adjuvant par imatinib est indiqué pour les tumeurs résectionnées à risque élevé de rechute.

CONCLUSION :

Les tumeurs de l'intestin grêle sont caractérisées par une symptomatologie clinique non spécifique vu sa grande distensibilité ainsi que son contenu liquidien, ce qui rend leur diagnostic difficile. La maladie est souvent découverte à un stade avancé et notamment dans un tableau occlusif.

PI90. Tumeur stromale mésentérique découverte par une complication

SARRAH Dina, Aidoud Yassine

Service de Chirurgie générale

EPH Sidi Ghiles wilaya TIPAZA

ABSTRACT :

Les tumeurs stromales du mésentère sont des sarcomes rares du tube digestif

Je rapporte un cas de tumeur stromale dans sa localisation mésentérique découverte par une complication

Il s'agit d'une patiente admise aux urgences pour abdomen aigu. L'IRM a objectivé une formation hétérogène dense à contenu hydro-aérique à paroi épaisse sus-vésico-utérine d'allure

tumorale maligne perforée

L'exploration chirurgicale a retrouvé une tumeur du mésentère perforée infiltrant le sigmoïde et une anse grêle

Une exérèse de la tumeur a été réalisée emportant une partie du sigmoïde et l'anse grêle

L'histologie et l'immunohistochimie de la pièce a mis en évidence une tumeur stromale de haut grade

un traitement adjuvant à base d'imatinib a été instauré

Les tumeurs stromales du mésentère sont exceptionnelles surtout dans leur présentation d'abdomen aigu. Le diagnostic repose sur l'immunohistochimie et le traitement des formes localisées sur la chirurgie associée à l'imatinib en traitement adjuvant.

PI91. Le syndrome de la pince Aorto-mésenterique : une cause rare de vomissements chroniques

Haddaoui.M, Jaaouane w, Braiki.M, 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 clinique:

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 16Kg (-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 sont conclues 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.

PI92. Tératome méésentérique : à propos d'un cas

Ben Hassine H.T ; Korbi I ; Trimech W ; Ennaceur F ; Nasr M ; Noomen F ; Zwari.K.
Service de chirurgie générale CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

Les masses kystiques méésentériques sont des lésions malformatives rares, elles sont généralement bénignes. Elles sont découvertes le plus souvent de manière fortuite ou à l'occasion de symptômes peu spécifiques. Le scanner abdominal est l'examen clef de l'exploration. Ces lésions posent des problèmes diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques, d'où l'intérêt d'une prise en charge adéquate.

Observation :

Homme de 79 ans diabétique qui consultait pour des douleurs épigastriques paroxystiques. L'examen objectivait un abdomen souple dépressible, une masse de l'épigastre de consistance ferme bien limitée fixe par rapport au plan profond. L'échographie abdominale notait la présence d'une masse tissulaire à centre calcifié intra péritonéale en regard de l'hypochondre droit présentant un contact intime avec la paroi gastrique sans signe d'infiltration locorégionale. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien objectivait une masse intra péritonéale méésentérique sous hépatique à triple composante tissulaire grasseuse et calcique évoquant un tératome méésentérique. Il a eu une exérèse complète. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique confirmait le diagnostic.

Discussion :

Il s'agit d'une tumeur congénitale rare. La localisation méésentérique est exceptionnelle. Sa découverte tardive s'explique par la pauvreté des signes cliniques. La localisation ovarienne est la plus fréquente, suivie du tératome testiculaire, médiastinal antérieur et rétro péritonéal. Les tératomes sont classiquement divisés en formes bénignes et malignes, mais cette séparation est souvent difficile à établir. Les tératomes malins semblent produire l'alpha foetoprotéine sérique qui disparaît quelques jours après la résection de la tumeur et réapparaît en cas de récurrence. Le recours à la chirurgie est toujours nécessaire compte tenu de l'incertitude histopathologique et de l'ignorance du type évolutif de la tumeur. La chimiothérapie et la radiothérapie, dépendent de l'existence ou non de signes de malignité. Les tératomes bénins traités chirurgicalement ont un pronostic excellent et aucun cas de récurrence n'a été retrouvé dans la littérature. Par contre les tératomes malins récidivent et le décès survient en moyenne 18 mois après le premier signe clinique.

Conclusion :

La prise en charge des tumeurs méésentériques est complexe du fait de la grande variété des entités concernées. Elle repose sur l'analyse radiologique mais doit faire l'objet d'une analyse multidisciplinaire.

PI93. Tumeurs Myofibroblastiques Inflammatoires du Grêle: Une Entité à Redouter.

INTRODUCTION :

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires (TMI) sont des tumeurs classées par l'OMS parmi les néoplasies intermédiaires. Elles sont rares et d'étiologie inconnue. Décrites initialement au niveau des poumons, elles ont été observées dans plusieurs autres localisations, essentiellement abdominales et pelviennes. Sa localisation au niveau de l'intestin grêle est extrêmement rare.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 30 ans, qui a présenté une altération de l'état général et des syndromes subocclusifs à répétition. A l'examen présence d'une volumineuse masse de l'hémi-abdomen gauche. L'échographie et la TDM abdominales ont mis en évidence une masse de 16 x 14 cm aux dépens du grêle et envahissant le colon gauche sans aucune autre localisation secondaire. Il a eu une résection en monobloc de cette masse emportant tout le grêle atteint et une colectomie gauche. L'examen histologique et immuno-histochimique a été en faveur d'une TMI jéjunale. Les suites opératoires ont été marquées par l'altération rapide de l'état général avec apparition de nodules hépatiques et péritonéaux d'allure secondaire au bout d'un mois. L'évolution par la suite est marquée par le décès du patient.

Discussion : Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires (TMI) - connues sous plusieurs noms (pseudotumeur inflammatoire, granulome plasmocytaire, tumeur fibromyxoïde pseudosarcomateuse) - constituent un groupe de tumeurs mésenchymateuses survenant surtout chez le sujet jeune avec une prédominance masculine. Elles sont observées dans un grand nombre d'organes et en particulier les poumons rarement le grêle. Le diagnostic est anatomopathologique et immuno-histochimique, pas toujours évident, et nécessite souvent le recours à la relecture des lames par un expert en la pathologie. Les récurrences sont fréquentes pouvant survenir dans 25% des cas. Les métastases se voient dans moins de 2% des cas.

Conclusion : La TMI est une lésion rare située à mi-chemin entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Elle doit être identifiée afin d'être traitée d'une façon convenable et d'éviter aux malades des thérapeutiques intensives inutiles.

PI94. Carcinome neuroendocrine de la vésicule biliaire avec métastase hépatique : à propos d'un cas

Rania Osman ; Waad Farhat ; Amine Said Linda Ghabri ; Ben mabrouk Mohamed ; Ali B Ali .
Service de chirurgie digestive et générale, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

Les carcinomes neuroendocrines (CNE) des voies biliaires sont extrêmement rares. Leur symptomatologie est souvent variable.

Nous rapportons un cas de CNE de la vésicule biliaire (VB) révélée par une vésicule tumorale et un foie métastatique.

Observation clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 55 ans, hypertendue qui présentait depuis deux mois des coliques hépatiques sans fièvre ni ictère. L'examen clinique et biologique étaient sans anomalies. Les explorations morphologiques (échographie /TDM abdominale /IRM hépatique) avaient objectivé un épaississement tumoral de la paroi vésiculaire avec infiltration du segment

V du foie ainsi que de multiples micronodules hépatiques au niveau des segments II, VII et VI. Le geste thérapeutique a consisté en une bisegmentectomie V et IVb en monobloc. L'étude histologique de la pièce de résection avait révélé un carcinome neuroendocrine de haut grade de la VB (cellules tumorales exprimant la synaptophysine avec un Ki67 à 70%). La patiente a eu une chimiothérapie adjuvante.

Discussion :

Les CNE peu différencié de la VB sont caractérisés par leur découverte au stade de métastases essentiellement hépatiques.

L'histologie permet d'évoquer l'origine endocrine, qui va être confirmée à l'immunohistochimie.

La chirurgie est le traitement de choix, surtout pour les tumeurs de type carcinoïde avec possibilité de résection tumorale. La chimiothérapie est indiquée pour les tumeurs de type carcinome peu différencié.

Conclusion :

Le pronostic de CNE de la VB dépend du sous-type histologique et du stade de la maladie. Les CNE peu différenciés sont très agressives et de mauvais pronostic.

P195. Tumeur neuroendocrine du tube digestif : à propos de 25 cas

Rania Osmane ; Waad farhat ; Azzaza Mohamed ; Arib rguez ; Mizouni Abdelkader ; Ben Mabrouk Mohamed. Ben Ali A.

Service de chirurgie digestive et générale, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) du tube digestif constituent un groupe hétérogène de tumeurs développées à partir des cellules endocrines diffuses dispersées dans le tractus digestif et le pancréas endocrine. Il s'agit de tumeurs rares représentant 1,49% de l'ensemble des tumeurs du tube digestif.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant 25 cas de tumeur neuroendocrine digestives sur une période de 10 ans allant de 2007 à 2017.

Résultats :

Vingt-cinq cas de tumeurs neuroendocrine digestives ont été recensées. Ces tumeurs atteignaient le pancréas dans huit cas le grêle dans six cas, le duodénum dans trois cas, l'appendice dans trois cas, l'estomac dans un cas, et le rectum dans un cas. Notre série était constituée de 10 hommes et 15 femmes, avec un sex-ratio (Homme /Femme) de 0,66. L'âge moyen des patients était de 47 ans avec des extrêmes allant de 25 à 78 ans. Sur le plan clinique, 22 patients étaient symptomatiques au moment du diagnostic. La symptomatologie clinique variait selon le site de la tumeur. Elle était faite le plus souvent de douleurs abdominales dans 19 cas, deux patients ont été opérés dans le cadre d'un syndrome occlusif, des rectorragies avec un syndrome rectal dans 1 cas. Le traitement chirurgical a été indiqué chez 24 patients, L'examen histologique, couplé à l'étude immunohistochimique, avait permis de poser le diagnostic positif dans tous les cas. Onze patients ont eu une chimiothérapie post opératoire.

Discussion :

Les TNE digestives représentent un groupe hétérogène de tumeurs ayant des caractéristiques fonctionnelles et morphologiques communes. Leurs circonstances de découverte sont extrêmement variées. Elles peuvent être découvertes sur une pièce de résection. À cause de la progression rapide de ces tumeurs, les métastases, surtout hépatiques, peuvent être révélatrices de la tumeur

Conclusion :

Les tumeurs neuroendocrines digestifs sont des tumeurs rares pouvant s'exprimer sous la forme de divers tableaux cliniques et dont la prise en charge thérapeutique s'avère complexe.

PI96. Traitement Chirurgical De L'abcès Appendiculaire Par Coelioscopie : A Propos De 27 Cas

Ben Ameer H, Tlili A, Rejab H, Trigui A, Turki A, Kechaou Ah, Ben Amar M, Mzali R
Service de chirurgie générale. CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction : La chirurgie en urgence constitue l'un des piliers du traitement des abcès appendiculaires. Elle a bénéficié des progrès de la coelioscopie durant la dernière décennie. On voudrait rapporter nos résultats en matière de traitement laparoscopique des abcès appendiculaires afin d'en dégager les avantages et les inconvénients.

Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant 27 patients opérés pour abcès appendiculaire par voie coelioscopique au service de chirurgie générale du CHU Habib Bourguiba de Sfax durant 9 ans (janvier 2009 – décembre 2017).

Résultats : L'âge moyen était de 32 ans. Le délai moyen de consultation était de 3 jours. Les signes fonctionnels étaient dominés par les douleurs abdominales (100% des cas). Une fièvre était observée dans 70% des cas, une défense abdominale au niveau de la FID dans 80% des cas. Une hyperleucocytose était notée dans 86,6% des cas. Un drainage de l'abcès appendiculaire a été réalisé par voie coelioscopique dans 21 cas (78%). Une appendicectomie laparoscopique a été réalisée dans 19 cas (70 %). Elle a été effectuée en intra abdominal dans tous les cas. La ligature de la base appendiculaire a été faite au fil dans 11 cas et par des clips dans 8 cas. Une conversion était nécessaire dans 9 cas (33,33%) (Mac Burney : 7 cas, laparotomie médiane : 2 cas).

La durée opératoire moyenne était de 80 minutes. La mortalité était nulle. La morbidité était de 15% (occlusion sur bride : 1 cas, infection de la paroi : 1 cas, abcès profond : 2 cas). La durée moyenne du séjour post opératoire était de 3 jours (extrêmes : 1 – 16).

Discussion : D'après une revue de la littérature ayant inclus les études comparatives laparotomie versus coelioscopie, il s'avère que l'abord laparoscopique d'un abcès appendiculaire a ses avantages par rapport à la voie ouverte. Il est délicat, mais il est possible moyennant certaines précautions.

Conclusion : La laparoscopie dans les abcès appendiculaires est associée à une réduction de la morbidité globale, des taux d'infection de la paroi et de l'occlusion sur brides, de la durée

d'hospitalisation et du cout global, avec une durée opératoire et un taux d'abcès intra-péritonéaux équivalents. Une étude prospective randomisée a large effectif est indispensable afin d'infirmier ou de confirmer ces résultats

P197. Tricho-bézoard : cause exceptionnelle de perforation gastrique

Ayadi MF. Ben Hmida W. Souissi J. Messaoudi S. Makhlouf M. Kacem C. Ben Slima M.
Service de chirurgie générale B - C.H.U LA RABTA

Introduction :

Le «Bézoard» est une affection rare secondaire à l'accumulation, sous forme de masses solides de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif, le tricho-bézoard qui représente 55 %. La perforation digestive présente moins de 1% des complications des bézoards.

Observation clinique :

Discussion :

Le trichobézoard représente 55 % de tous les bézoards est fait de cheveux, poils etc...Entrelacés entre eux le plus souvent dans la lumière gastrique. L'âge de est dans 80 % des cas inférieur à 30 ans avec un pic de fréquence entre 10 et 19 ans. La prédominance féminine est nette (90 % des cas). La symptomatologie clinique est généralement celle de la complication. Le traitement de choix reste la chirurgie permettant l'exploration de tout le tube digestif et l'extraction .la prise en charge psychiatrique est obligatoire pour éviter les récives

Conclusion :

Le bézoard est une pathologie rare. Exceptionnellement cause de perforation digestive. Son diagnostic et son traitement sont simples. La prise en charge psychiatrique des patients est indispensable.

P198. La tuberculose appendiculaire, une localisation peu courante.

Aziz Atallah, Wejih Dougaz, Mehdi Hammami, Amine Ben Safta, Ramzi Nouira, Ibtissem Bouasker, Chadli Dziri
Service de chirurgie générale B, hôpital Charles Nicolle de Tunis

I. Introduction

La tuberculose est une affection bactérienne sévissant à l'état endémique dans notre pays et représente un problème de santé publique, particulièrement en milieu carcéral. Elle atteint essentiellement les poumons, les os, les ganglions, l'appareil urogénital ainsi que l'appareil digestif. La localisation digestive est dominée par la région iléo-caecale, la tuberculose appendiculaire étant très rare.

2. Observation

Patient détenu âgé de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables. Il a présenté pendant les 7 jours précédant son admission des douleurs de l'étage sous ombilical prédominantes au niveau de la fosse iliaque droite sans autres signes associés, en particulier l'absence de signes

d'imprégnation tuberculeuse. L'évolution était marquée par une exacerbation des douleurs associées à des vomissements alimentaires le tout évoluant dans un contexte fébrile. A l'admission, la CRP était à 186.6 mg/l et les GB à 18980 el/mm³. On a complété par une TDM abdominale posant le diagnostic d'abcès appendiculaire. Une appendicectomie par voie de Mac Burney a été réalisée objectivant une appendicite compliquée d'un abcès. L'examen anatomopathologique était en faveur d'une tuberculose appendiculaire.

3. Conclusion

La tuberculose appendiculaire représente 0.6 % des appendicites aiguës et 1 % des localisations digestives de la tuberculose. Elle doit être évoquée dans les pays d'endémie et en particulier en milieu carcéral et ce, même en l'absence de signes d'imprégnation tuberculeuse. Son diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Son traitement est essentiellement chirurgical associé à une antibiothérapie antituberculeuse.

PI99. Tuberculose Colique Pseudo Tumorale : A Propos D'un Cas

Rguez Arib ; Waad Farhat ; Lagha Sami ; abdelkader Mizouni ;
Mohamed Ben Mabrouk ; Ali Ben Ali

Service de chirurgie générale et digestive CHU Sahloul Sousse

Introduction :

La localisation colique de la tuberculose est rare même en zone d'endémie. Elle est découverte exceptionnellement au cours de l'exploration radiologique d'une masse abdominale. Dans ce cas, il est souvent difficile de la différencier d'une tumeur colique.

Observation :

Patiente âgée de 43 ans, présentait depuis 2 mois des douleurs du flanc droit associée à des diarrhées et des sueurs nocturnes. L'examen montrait une douleur à la palpation du flanc droit. Le bilan biologique était sans particularité. La coloscopie totale retrouvait une sténose circonférentielle et infranchissable du côlon droit. La biopsie montrait un aspect de colite chronique granulomateuse. La TDM objectivait un épaissement digestif colique droit irrégulier et circonférentiel dépassant par endroit les parois digestives avec infiltration de la graisse autour, adénopathies mésentérique coéliquale et rétro péritonéales, dilatation modérée des cavités urétropyélocalicielles droites en amont d'une sténose filiforme de l'uretère pelvien avec épaissement pariétal tissulaire. Le dosage du quantiféron est revenu positif et le diagnostic de tuberculose a été retenu. La patiente a été mise sous traitement anti tuberculeux pendant 6 mois. Coloscopie de contrôle montrait une sténose fibreuse serrée d'allure séquellaire avec un bourgeon charnu, l'examen histologique montrait un tissu de granulation type bourgeon charnu absence de prolifération tumorale. Le scanner de contrôle montrait un épaissement étendu du colon droit avec sténose courte serrée à la partie haute de la lésion,

voies urinaires libres. La patiente a eu une colectomie droite . L'examen histologique était en faveur d'une tuberculose colique.

Discussion :

Les atteintes abdominales représentent globalement 5 à 10 % des localisations tuberculeuses. Elles sont dominées par les localisations péritonéales. L'atteinte digestive peut être primitive par ingestion directe de Mycobacterium ou secondaire à des lésions pulmonaires très bacillifères par voie hématogène ou lymphatique. L'agent bactérien est le plus souvent le BK bovin ou humain. La TDM est devenue essentielle pour le diagnostic des atteintes pseudotumorales.

Conclusion :

La tuberculose colique isolée est rare, représentant 2 à 9 % des atteintes digestives et touchant surtout le côlon droit comme dans notre observation. La forme pseudotumorale touche surtout l'adulte jeune entre 20 et 40 ans .Elle serait le plus souvent primitive.

P200. Tuberculose Hépatique Primitive A Propos D'un Cas

Auteurs : Mohamed Azzaza, Waad Farhat, Abdelkader Mizouni, Med Amine Said, Mohamed Ben Mabrouk, Youssef Chaker , Ali Ben Ali.

Service de chirurgie générale :CHU Sahloul Sousse

Introduction : La tuberculose hépatique primitive est une localisation rare de la tuberculose extra-pulmonaire même en pays d'endémie. Elle pose souvent un problème diagnostique devant le caractère insidieux et non spécifique du tableau clinique.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 54 ans qui consultait pour des douleurs épigastriques chroniques avec sueur nocturne et altération de l'état général. Les examens cliniques et biologiques étaient sans anomalies. Les explorations radiologiques (écho,TDM ,IRM) ont montré une masse du segment III du foie faisant 5 cm à double composante tissulaire et kystique à paroi fine non calcifiée évoquant un kyste hydatique ou une origine tumorale primitive ou secondaire du foie. La sérologie hydatique et les marqueurs tumoraux étaient négatifs ainsi que la FOGD et la colonoscopie. Devant le doute diagnostique sur un kyste hydatique du foie, une laparotomie exploratrice a été réalisée montrant une lésion kystique jaunâtre de 5 cm du segment III avec de multiples lésions similaires infracentimétriques sur tout le foie. L'examen extemporané a conclu à un aspect évocateur de tuberculose avec une nécrose caséuse et un granulome giganto-cellulaire. La patiente a eu une évacuation de la plus grosse lésion. L'anapath définitive a confirmé le diagnostic de tuberculose hépatique et la patiente a été mise sous traitement anti tuberculeux avec une bonne évolution.

Conclusion : La tuberculose hépatique primitive est une entité rare. Elle peut avoir un aspect radiologique macronodulaire, micronodulaires ou canaluculaires, pouvant mimer une pathologie tumorale primitive ou secondaire, maligne ou bénigne du foie.

P201. Apport De La Cœlioscopie Diagnostique Dans La Tuberculose Péritonéale

S. Laabidi(1), D.Trad(1), N.Bibani(1), M.Sabbah(1), A.Ouakaa(1), D.Haddad(2), F.Khanchel(3), D. Gargouri(1).

Service de Gastro-Hépat-Entérologie Hôpital Habib Thameur(1).
Service de chirurgie générale, Hôpital Habib Thameur(2)..
Service d'anatomopathologie, Hôpital Habib Thameur(3) .

Introduction : La coelioscopie diagnostique constitue souvent l'examen ultime dans la prise en charge des ascites exsudatives. Elle permet souvent d'avoir une preuve histologique aboutissant au diagnostic étiologique. L'objectif de ce travail est de décrire les différents aspects per opératoires et de les comparer aux données de l'examen anatomopathologique.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les patients hospitalisés au service de Gastro-entérologie de l'Hôpital Habib Thameur (02 Janvier 2015- 31 Janvier 2018) pour exploration d'une ascite exsudative et ayant eu une coelioscopie diagnostique.

Résultats : 43 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 50 ans [22 ans-77ans], et le sex ratio H/F de 0,26 .Une coelioscopie diagnostique a été pratiquée dans tous les cas. L'exploration per opératoire avait trouvé en cas de tuberculose péritonéale : Deux aspects évocateurs ; les nodules infra centimétriques blanchâtres de même âges disséminés dans le péritoine dans 16 cas avec une spécificité (Sp=60%) une sensibilité (Se=53%) une valeur prédictive positive (VPP=88%) et l'association entre adhérences et nodules dans 7 cas avec une spécificité (Sp=80%) une sensibilité (Se=16%) une valeur prédictive positive (VPP=83%).Les autres aspects étaient non spécifiques Sp<15% et très peu sensibles Se<10% ; les nodules d'âges différents dans 5 cas et les adhérences péritonéales viscérales et digestives isolées dans 2 cas. Concernant la carcinose, un épiploon rétracté sans nodules était observé dans 1 cas, une association entre nodules et adhérences dans 2 cas, des nodules infra centimétriques de même âge dans 1 cas. Aucun aspect per opératoire était ni spécifique ni sensible vu le nombre limité des cas de carcinose diagnostiqué par la coelioscopie (Examen réservé au dernier recours).

Les étiologies selon l'examen anatomopathologique sur biopsie péritonéale étaient réparties comme suit : tuberculose péritonéale dans 36 cas (granulome tuberculoïde +-nécrose caséuse), carcinose péritonéale dans 4 cas, autres origines dans 3 cas ; épaissement inflammatoire non spécifique et granulomatoses.

Conclusion : Dans notre série, c'est la présence de nodules de même âge à fortiori associés à des adhérences qui prédisent la présence d'une tuberculose péritonéale. Cependant l'examen histologique reste incontournable pour poser le diagnostic et démarrer le traitement antituberculeux.

P202. Tumeur caecale perforée compliquée de fasciite nécrosante du membre inférieur

Sebai A, Haddad A, Ghedira A, Rhaiem R, Maghrebi H, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z

Service de chirurgie générale A – Hôpital La Rabta

Introduction :

La fasciite nécrosante est une infection sévère des tissus mous touchant les fascias superficiels et profonds. La Gangrène de Fournier est une forme de fasciite nécrosante Elle résulte d'une infection poly microbienne dont la source peut être cutanée, colorectale, ou idiopathique.

Nous rapportons le cas d'un patient qui a été opéré pour une tumeur caecale perforé et qui a développé une fasciite nécrosante de la cuisse droite

Observation :

Patient âgé de 60 ans suivie pour leucémie myéloïde sous chimiothérapie admis dans notre service pour prise en charge d'un syndrome péritonéo-occlusif évoluant depuis plus de 24 heures avec a l'examen: patient fébrile a 39, contracture abdominale , douleurs a la palpation de la face interne de la cuisse droite sans autre signe associe . A la biologie : leucopénie a 3000 EB-l; anémie hypochrome microcytaire a 6 g-l; CRP a 214 mg-l

TDM abdominal : tumeur caecale perforé, épanchement de moyenne abondance

Patient opéré en urgence après une courte réanimation, par laparotomie l'exploration trouve une péritonite généralisée par diffusion en rapport avec une tumeur iléocæcale perforé, au niveau du retropéritoine il n'y avait pas de collection mais un œdème très important étendue vers le psoas, le patient a eu une hémicolectomie droite avec confection de double stomie. Lors du réveil le patient présente une instabilité hémodynamique nécessitant la mise sous drogue vaso-active par ailleurs on découvre un placard rouge étendue sur toute la face interne de la cuisse droite avec des phlyctènes de tailles différentes ; le membre est œdématié et crépite a la palpation le diagnostic de fasciite nécrosante a été posé, le patient a eu des incisions de décharge de la face interne et externe de la cuisse droite avec issue de liquide louche et de gaz d'odeur fétide, il a eu un lavage abondant et malgré tous les moyens de réanimation l'état hémodynamique n'a pas pu être stabilisé ce qui a mené au décès du patient

Conclusion :

La fasciite nécrosante constitue une urgence chirurgicale et nécessite un débridement large et précoce pour éviter des graves séquelles fonctionnelles, voire le décès du patient

P203. Diagnostic Et Prise En Charge Thérapeutique Des Tumeurs Kystiques Du Pancréas

Lagha Sami ; Waad Frahat ; Mohamed amine Said ; Azzaza Mohamed ; Mohamed Ben Mabrouk ; Ali Ben Ali.

Service de chirurgie viscérale et digestiv,CHU Sahloul Sousse.

INTRODUCTION :

Les tumeurs kystiques du pancréas sont rares, leur symptomatologie est atypique, elles sont découvertes de plus en plus fréquemment sur un mode fortuit. Elles représentent 10% de tous les kystes pancréatiques et 10% des tumeurs pancréatiques.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique colligeant 56 cas de tumeurs kystiques du pancréas sur une période de 15 ans.

Résultat :

Il s'agissait de 56 patients ; 32 femmes et 24 hommes, d'âge médian de 43,6 ans) la symptomatologie clinique était dominée par les douleurs abdominales, la découverte était

fortuite chez 7 patients le diagnostic de tumeur kystique a été posé sur les données de l'imagerie (écho, TDM, Echo-endoscopie, IRM), le traitement chirurgical a été indiqué chez 45 patients.

Discussion :

Les tumeurs kystiques du pancréas sont des lésions pancréatiques rares divisées en 3 sous-groupes :les tumeurs bénignes représentées par les cystadénomes séreux ; les tumeurs dite border ligne tel que les cystadénomes mucineux, les tumeurs pseudo papillaires et solides et les tumeurs intra papillaires et mucineuses et les tumeurs malignes tel que les cystadénocarcinomes et les formes dégénérées des tumeurs border lignes. En dépit de leur rareté puisqu'elles ne représentent que 5% des tumeurs pancréatiques et 10 à 15% des lésions kystiques du pancréas, elles occupent une place importante dans la pathologie pancréatique .Cette place est due d'une part à un diagnostic de plus en plus fréquent suite au progress technologiques et radiologiques, et d'autre part aux difficultés diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de ces tumeurs.

CONCLUSION :

Les tumeurs kystiques du pancréas sont des lésions rares, leur diagnostic doit être précoce du fait de leur risque de dégénérescence. Le premier temps de la prise en charge de ces tumeurs est de les distinguer des lésions kystiques du pancréas les plus fréquentes qui sont les pseudokystes et les kystes hydatiques du pancréas vue notre contexte ; le 2^{ème} temps est d'éliminer le diagnostic du cystadénome séreux. En cas de doute diagnostique qui est une situation fréquente, il est préférable de réséquer la tumeur

P204. La Tumeur Myofibroblastique Inflammatoire Une Tumeur Rare Du Colon : A Propos D'un Cas

Khedhiri N. Ayadi Med F. Haddad D. Hajri M. Zaafour H. Bouhafa A. Ben Maamer A.
Service de chirurgie générale - Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires (TMI) sont rares et d'étiologie inconnue. Elles correspondent à une prolifération de myofibroblastes et d'un infiltrat inflammatoire polymorphe a développement sous muqueux.Le siège au niveau du tractus gastro-intestinal représente l'une des localisations les plus rares.

Observation

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présentait des douleurs abdominales diffuses à type de pesanteur avec notion de constipation. L'examen physique montrait une masse de l'hypochondre droit et du flanc droit faisant 15 cm de grand axe fixe par rapport au plan profond. La biologie était sans anomalies. L'échographie abdominale a mis en évidence une formation hypoéchogène épigastrique de 11 cm. La TDM a objectivé une formation tissulaire se développant au niveau de l'angle colique droit et qui atteignait la valvule iléo-coecale. Une coloscopie avec des biopsies a été réalisée, elle montrait un processus tumoral du colon droit avec atteinte de la valvule iléo-coecale. L'histologie était non concluante. Le patient a été opéré et a eu une héli-colectomie droite

avec des suites opératoires simples. L'examen histologique a conclu à une prolifération de myofibroblastes en rapport avec une tumeur myofibroblastique inflammatoire sans signes de malignité.

Discussion

Ces tumeurs sont rencontrées le plus souvent dans l'estomac (70%), occasionnellement dans l'intestin grêle (20%), rarement dans l'œsophage ou le côlon. Les tumeurs myofibroblastiques sont souvent asymptomatiques mais peuvent se manifester par une fièvre, des douleurs abdominales, une perte de poids ou une masse abdominale. Des formes compliquées de compression, d'envahissement des organes de voisinage, de perforation, de saignement ou d'invagination intestinale ont été décrites. Les données de l'imagerie ne sont pas spécifiques même sur la TDM. L'exploration endoscopique avec des biopsies profondes et l'examen histologique permettent de confirmer le diagnostic. Le traitement de ces tumeurs est la résection chirurgicale complète. Bien que les TMI soient considérées comme des tumeurs bénignes, elles peuvent se comporter comme des tumeurs malignes par leur caractère envahissant et leur tendance à la récurrence.

Conclusion

La localisation digestive des tumeurs inflammatoires myofibroblastiques est rare. Ces tumeurs ne présentent pas de spécificité clinique, biologique ou morphologique. Le diagnostic est confirmé par l'histologie. Leur traitement reste chirurgical.

P205. Les Tumeurs Papillaires Solides Et Kystiques Du Pancréas A Propos D'un Cas

Mohamed Azzaza, Abdelkader Mizouni, Lagha Sami, Waad Farhat, Jaafar Mazhoud, Ben Mabrouk Mohamed, Ali Ben Ali.

Service de chirurgie générale Sahloul Sousse.

Introduction :

Les tumeurs papillaires solides et kystiques du pancréas sont rares et surviennent surtout chez des femmes jeunes. L'origine de la tumeur reste imprécise, leur aspect morphologique est caractéristique mais elles n'ont pas de profil immuno-histochimique spécifique.

Objectif :

Le but de ce travail est d'étudier les modalités diagnostiques et thérapeutiques des TPSKP

Patients et méthodes :

Nous avons étudié de façon rétrospective l'observation d'une patiente qui a été hospitalisée dans le service de chirurgie générale de Sahloul en septembre 2010.

Résultats:

L'âge de la patiente était de 28 ans, les douleurs épigastriques et les vomissements ont constitué le motif de consultation. L'examen physique a montré une masse épigastrique latéralisée à gauche.

L'échographie a montré une masse de la queue du pancréas de 6 cm de diamètre.

Le scanner a mis en évidence une tumeur se développant aux dépens de la région corporeo-caudale du pancréas.

L'IRM a montré une lésion kystique à contenu épais au contact de la région corporeo caudale

du pancréas.

Le geste opératoire consistait en une spléno pancréatectomie gauche . Les suites opératoires étaient simples

Conclusion :

Le diagnostic des TPSKP doit être présent à l'esprit du chirurgien devant toute tumeur pancréatique survenant chez une jeune femme. L'imagerie et en particulier le scanner et actuellement l'IRM peuvent confirmer le diagnostic. Les tumeurs papillaires solides et kystiques du pancréas ont un excellent pronostic et sont potentiellement curables par une résection chirurgicale complète.

P206. Une cause rare de syndrome abdominal aigu : l'appendagite épiploïque primitive

Zarg El Ayoun R ,Mesbahi M ,Samaali I ,Belghith O ,Mkhinini W ,Feriani N.

Service de chirurgie générale, hôpital régional de Zaghouan

Introduction : l'appendagite épiploïque primitive est une pathologie rare. C'est une cause inhabituelle d'abdomen aigu chirurgical simulant des pathologies plus fréquentes .Le diagnostic clinique est très difficile.

Le but est de rapporter un cas d'appendagite épiploïque primitive mimant un syndrome appendiculaire.

Observation : Patient âgé de 36 ans, sans antécédents ,a été hospitalisé pour douleur localisée de la fosse iliaque droite évoluant depuis 1 jour sans signes digestifs associés. L'examen clinique trouvait une fébricule à 37,8°, une défense de la fosse iliaque droite. Une hyperleucocytose à 10500 a été notée à la biologie. Le syndrome appendiculaire était typique et le patient a été opéré par voie de Mac Burney. L'exploration trouvait une frange du tablier épiploïque tordue et infarci et un appendice sain, on précède à une résection de l'épiploon infarci et une appendicectomie de principe. Suites opératoires simples.

Conclusion : L'appendagite épiploïque primitive est une entité rare dont l'étiopathogénie est méconnue .Le diagnostic clinique est difficile. Le suivi médical est possible quand le diagnostic est posé par l'imagerie .Dans la plupart des cas ,c'est en per opératoire qu'on fait le diagnostic ,ce qui souligne l'intérêt d'un examen tomodensitométrique en cas de syndrome abdominal aigu mal étiqueté.

P207. Le traitement des urgences abdominales par coelioscopie : a propos de 672 cas

Auteurs : Daoud R, Zouari A, Akrouf A, Rejab H, Ben Amar M, Mzali R

Service de Chirurgie Générale. CHU H. Bourguiba Sfax.

Introduction :

L'intérêt de la coelioscopie est bien démontré. Les bénéfices apportés ont incité à étendre l'utilisation de la coelioscopie au traitement des urgences abdominales.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 672 patients opérés en urgence par voie coelioscopique durant une période de 8 ans (2010-2017). On a exclu les cholécystites.

But du travail :

Etudier, à partir de notre série et d'une revue de littérature, la faisabilité de la coelioscopie dans le traitement des urgences abdominales et d'évaluer ses résultats.

Résultats :

L'âge moyen était de 31 ans (5-91 ans) avec un sexe ratio de 0,5.

Pour les indications, on trouve 491 cas d'appendicite aigue (73%), puis 78 cas d'ulcère perforé (11,5%), 63 cas d'urgences annexielles (9,5%), 31 cas d'occlusions intestinales aiguës (4,5%) Et 9 autres cas (1,5%) (Colite, diverticulite colique ou de Meckel).

Pour le taux de conversion on trouve par ordre de fréquence décroissant : un taux de 8% pour l'appendicite aigue ayant comme motif de conversion les formes compliquées et des problèmes techniques; un taux de 12% pour l'ulcère perforé devant surtout une péritonite avancé ; et de 22% pour l'OIA pour difficulté d'adhésiolyse ou dans le but d'une résection anastomose pour une anse non viable.

La durée de l'intervention était en moyenne de 100min.

En termes de complications liées à la coelioscopie on décrit 2 cas de péritonite post opératoire (0,3%) par un lâchage de suture.

Discussion:

A partir des résultats et d'une revue de littérature, on retient la faisabilité de la coelioscopie au traitement des urgences abdominales vu que le taux de succès est élevé et la mortalité et la morbidité sont faibles. Cette faisabilité varie selon l'indication avec un niveau de preuve A pour le traitement de l'ulcère perforé, un niveau de preuve C en cas d'un syndrome appendiculaire chez une femme jeune ou obèse, ou en cas d'une grossesse extra utérine et un niveau de preuve D on cas de suspicion d'une occlusion sur bride sur cicatrice de Mac Burney. Pour les autres urgences gynécologiques, le traitement conservateur est la règle.

Conclusion:

Les indications de la coelioscopie sont élargies progressivement au contexte d'urgence tant du point de vue diagnostique que thérapeutique. Pour une meilleure standardisation de cette technique il nécessite encore des études prospectives randomisées et un suivi à long terme.

P208. Volvulus du caecum : A propos d'un cas et revue de la littérature

Ben Hmida.W ; Mediouni.H ; Hamdi.G ; Souissi.Y ; Kacem.C ; Makhoulouf.M ; Ben Slima.M

Service de Chirurgie générale B, Hôpital La Rabta

Introduction: Le volvulus du caecum est une entité rare, elle présente 1% des occlusions intestinales et 20 à 40% des volvulus du colon. C'est la deuxième cause de volvulus colique après celle du sigmoïde. Deux mécanismes sont décrits : la torsion (90%) et la bascule (10%).

L'âge moyen de survenu est compris entre 55 et 65 ans. Il n'y a pas de prédisposition liée au sexe. Nous présentons un cas de volvulus du caecum et nous discutons le diagnostic et l'attitude thérapeutique.

Observation : Patiente âgée de 58 ans aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde et d'AVC récent, admise dans un tableau d'occlusion intestinale aigue basse. L'examen : apyrétique, abdomen distendu tympanique, TR : ampoule rectale vide, orifices herniaires libres. Radio : NHA colique en arceau au niveau de l'hypochondre gauche, associé à de multiples niveaux du grêle. TDM : Volvulus du colon droit. Intervention en urgence après conditionnement. En per-opératoire, on découvre un caecum volvulé dans le sens antihoraire avec un seul tour de spire prenant la dernière anse iléale, pas de signes de souffrance, pas d'anomalie de l'axe mésentérique supérieur. Une caecopexie a été réalisée vu le terrain. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : Le diagnostic de volvulus du caecum est le plus souvent porté par le scanner. La dévolvulation endoscopique ainsi que les lavements aux hydrosolubles sont inefficaces. Le traitement doit être chirurgical : la chirurgie d'exérèse donne de meilleurs résultats immédiats et a long terme, surtout en cas de souffrance intestinale. La caecopexie doit être discutée en l'absence de nécrose et chez les patients âgés ou atteints de comorbidités graves.

P209. Volvulus Du Cæcum A Propos De 7 Cas

Mohamed Amine said ; Waad Frahat ; Azzaza Mohamed ; Mizouni Abdelkader , Mohamed Ben Mabrouk ; Ali B Ali

Service de chirurgie générale et digestive , CHU Sahloul

Introduction :

Le cæcum 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 cæcums anormalement mobiles.

Matériel et méthodes :

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 sept patients de sexe masculin d'âge médian de 36 ans. Le diagnostic a été posé devant un syndrome occlusif dans 6 cas et un syndrome péritonéal dans un cas. Le diagnostic a été retenu en pré opératoire chez 4 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 volvulé 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 six autres.

Discussion :

Le volvulus du cæcum représente 1 à 7% des occlusions intestinales et 10 à 25% des volvulus

coliques. Deux mécanismes peuvent être décrits : la torsion du cæcum autour de sa base constitue le volvulus cæcal « vrai », par mécanisme organo-axial, avec en général une torsion de l'iléon terminal (90 % des cas) ; la bascule du cæcum se fait par un mécanisme mésentéricoaxial (10 %).

Le volvulus du cœcum 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 cæcopexie doit être discutée en absence de nécrose et chez les patients âgés ou atteints de graves comorbidités.

Conclusion :

Le volvulus du cœcum est une affection rare. Les difficultés diagnostiques ne doivent en aucun cas retarder l'acte opératoire.

P210. Traitement endoscopique du volvulus du colon sigmoïde

Jlassi H ¹, Sabbah M ¹, Bibani N ¹, Trad D ¹, Hadad D ², Ouakaa A ¹, Gargouri D ¹

¹ Service d'hépatogastro-entérologie Hôpital Habib Thameur

² Service de chirurgie Hôpital Habib Thameur

Introduction : Le volvulus du colon sigmoïde (VCS) est une urgence médico-chirurgicale secondaire à la torsion de l'anse sigmoïdienne autour de son axe mésocolique. Le diagnostic est souvent aisé tandis que la prise en charge thérapeutique en urgence reste controversée entre traitement endoscopique et chirurgical. **Le but de ce travail** est d'évaluer les résultats du traitement du VCS par dévolvulation endoscopique. **Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective (2008 – 2018) incluant les patients ayant eu une dévolvulation endoscopique dans le service de Gastro-entérologie de l'hôpital Habib Thameur, entre janvier 2008 et avril 2018. Toutes les coloscopies d'exsufflations réalisées en urgence pour un VCS ont été colligées. Les résultats de la prise en charge endoscopique, le pourcentage de récurrence ainsi que la nécessité de recours à la chirurgie ont été évalués. **Résultats :** Durant la période d'étude, dix patients présentant une occlusion intestinale aiguë par VCS avaient bénéficié en urgence d'une coloscopie d'exsufflation. Il s'agissait de 7 hommes et de 3 femmes dont l'âge moyen était de 61.2 ans [30,90 ans]. La dévolvulation endoscopique a été réalisée avec succès et sans incidents chez 8 patients soit un succès primaire de 80%. Aucune complication n'a été notée. Pour les autres cas l'exsufflation n'a pas pu être réalisée devant la présence de signes de souffrance colique endoscopique nécessitant la réalisation en urgence d'une colostomie de Bouilly-Volkman. Une récurrence précoce (7 jours après l'exsufflation initiale) a été observée chez une seule patiente, soit un succès secondaire du traitement endoscopique de 87.5%. La sigmoïdectomie à froid était réalisée dans un délai moyen de 3,2 jours [0,7]. **Conclusion :** En l'absence de signes de gravité, la dévolvulation endoscopique première représente le traitement de choix des occlusions par VCS. Son taux de succès primaire et secondaire sont satisfaisants.

Elle permet ainsi de passer le cap aigu, et de programmer la sigmoïdectomie à froid dans de meilleures conditions.

P211. Le volvulus du colon transverse ; à propos d'un cas

Siala R, Zouari A, Guermazi H, Trigui A, Kammoun O², Eloud I, Mzali R

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba, Sfax

² Service de radiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction :

Le volvulus du colon transverse est une entité rare. Le diagnostic est souvent méconnu en préopératoire. Le volvulus du colon est la cause d'occlusion intestinale dans 3 à 5 % des cas. De tous les cas de volvulus du colon, seulement 4 % implique le colon transverse. Le taux de mortalité du volvulus transverse est de 35 %.

Nous rapportons un cas de volvulus du colon transverse compliqué de nécrose.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans opérée pour adénocarcinome du sigmoïde il y a une quinzaine d'année puis elle a été perdue de vue. Elle est admise en urgence pour syndrome occlusif fait d'arrêt de matières et de gaz avec vomissements évoluant depuis 24 heures. A l'examen, apyrétique, abdomen distendu tympanique. A la biologie, on note un syndrome inflammatoire biologique avec GB à 20000 Els/mm à 126mg/L. A l'ASP, NHA de type colique. A la TDM abdominale, le colon transverse est distendu, mesuré à 6 cm de diamètre. Avec présence de zone de transition paramédiane droite, aspect d'occlusion organique du colon transverse le plus probablement par strangulation avec un niveau paramédian droit et des signes de souffrance pariétale.

La patiente a été opérée en urgence, en per-opératoire, épanchement intra-abdominal de grande abondance, volvulus du colon transverse sur bride responsable d'une nécrose de cette portion du colon. On note aussi un épaissement au niveau de l'ancienne anastomose colorectale. Le geste a consisté en une résection colique avec double stomie en canon de fusil. Les suites opératoires étaient simples. La patiente est mise sortante à J11 post-opératoire.

Une colonoscopie est prévue pour contrôler l'épaississement de l'anastomose colique.

Discussion :

Le diagnostic préopératoire de volvulus du colon transverse est difficile.

Les facteurs prédisposants sont le retard mental, la constipation chronique et le mégacôlon congénital.

La seule caractéristique diagnostique claire est l'aspect radiographique typique l'aspect en bec d'oiseau.

Alors que le volvulus sigmoïde peut être traité soit par sigmoïdoscopie rigide ou flexible ou coloscopie, le volvulus du colon transverse est rarement diagnostiqué en préopératoire et habituellement traité chirurgicalement.

Une résection immédiate est indiquée s'il y a des signes d'ischémie ou de nécrose.

La résection avec ou sans anastomose primaire est le traitement de choix pour prévenir la récurrence.

Conclusion :

Malgré que ce soit une entité rare, le volvulus du colon transverse doit être évoqué devant une occlusion colique. Son diagnostic est scanographique. Son traitement est chirurgical consistant souvent en une résection colique.

P212. Volvulus du grêle : une cause rare d'abdomen aigu chez l'adulte

Ben Ismail Imen, Zenaidi Hakim, Rebi Saber, Yahmadi Abdelwehed, Zoghلامي Ayoub.

Service de chirurgie générale, CTGB, Ben Arous

Introduction :

Le volvulus du grêle réalise le tableau typique des occlusions hautes par strangulation (Une anse grêle et son méso font une rotation par capotage). Mais un accident occlusif aigu par volvulus du grêle est inhabituel, surtout chez l'adulte d'où le risque de retard diagnostique, alors qu'il s'agit d'une situation grave.

Observation :

Nous rapportant le cas d'un patient âgé de 69 ans, sans ATCDs, qui consulte pour douleurs abdominales diffuses associées à des vomissements évoluant depuis 48 h. L'examen physique trouve un abdomen souple dépressible, légèrement distendu, sensible au niveau de l'étage sus ombilical. L'ASP montre des NHA de type grêle. Un complément scanographique a été réalisé montrant une distension des anses iléales présentant un niveau transitionnel en sous ombilical associé à un whirl sign et une infiltration mésentérique en regard, aspect en faveur d'un volvulus du grêle. Opéré par voie médiane, l'exploration trouve une souffrance du grêle étendue sur 1 m à partir de 1m30 de l'angle de Treitz, avec une zone de striction au niveau du mésentère, en rapport avec un volvulus du grêle qui s'est dévolvulé. Le grêle a repris une coloration et une motilité normale d'où on a décidé de sursoir à tout geste de résection.

Discussion :

Le volvulus de l'intestin grêle représente 10 % des occlusions grêles de l'adulte. Il est la cause principale de strangulation avec ischémie réversible ou irréversible des parois de l'intestin grêle. La méconnaissance de cette complication entraîne une exérèse du grêle nécrosé. Cette évolution est associée à un taux de mortalité élevée. Il est donc important de faire le diagnostic du volvulus en cas d'occlusion grêle, et de rechercher les signes de souffrance du grêle. Les techniques d'imagerie en coupes (essentiellement la tomodensitométrie) permettent de répondre à cette question.

Conclusion :

Le volvulus du grêle est exceptionnel à l'âge adulte. Le diagnostic peut être fait par TDM avec injection et opacification haute, mais n'est souvent évoqué qu'en peropératoire, chez des patients qui présentaient pourtant une symptomatologie abdominale récurrente, parfois depuis l'enfance.

P213. La maladie de Von Recklinghausen : une cause rare d'abdomen aigue

Rguez Arib ; abdelkader mizouni ; Azzaza Mohamed ; Amal Bouazzi ; Makram Moussa ; Ben Mabrouk mohamed ; Ali ben Ali

Service de chirurgie générale et digestive CHU Sahlou de Sousse

Introduction :

Les localisations digestives de la maladie de Recklinghausen posent un certain nombre de problèmes diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques. Plusieurs travaux récents ont attiré l'attention sur la forte incidence de tumeurs stromales gastro-intestinale (GIST) souvent multiples, dans le cadre de la maladie de Von Recklinghausen

Observation :

Un patient âgé de 66 ans était hospitalisé en urgence pour prise en charge d'une douleur abdominale ayant commencé deux jours avant son hospitalisation. L'examen clinique retrouvait une défense abdominale généralisée associée à une fièvre chiffrée à 38,5 C, une tachycardie à 110 bat/min et une polypnée à 24 cycle/min. Le reste de l'examen était caractérisé par la présence des lésions cutanées caractéristique de la maladie de Von Recklinghausen. Un scanner abdominale a été réalisé il a mis en évidence un épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance avec épaissement pariétal circonférentiel irrégulier d'anses grêliques étendu sur 50 cm multinodulaires avec mise en évidence d'un défaut pariétal au niveau d'une anse à paroi épaissie. A l'exploration il y'avait un épanchement purulent, d'innombrable nodules depuis l'angle duodéno jéjunal jusqu'à 50 cm du grêle avec présence d'une masse tumorale de 7 cm de diamètre perforée rappelant une tumeur stromale siégeant au niveau de l'angle duodénojéjunal. Il a eu une résection emportant la 4ème anse duodénale et 50 cm de grêle atteint avec confection d'une anastomose duodéno jéjunale latéro latérale.

Discussion :

La NFI se caractérise par la survenue de complications diverses et variées selon l'âge du patient. Elles seront à rechercher de façon systématique à l'examen clinique. L'espérance de vie des patients atteints de NFI est inférieure de 10 à 15 ans à celle de la population générale, notamment expliquée par une surmortalité précoce liée au cancer.

Conclusion :

Les GISTs se produisent généralement dans l'intestin grêle et sont généralement multiples. La NFI est une maladie génétique autosomique dominante qui peut s'accompagner de complications dont le dépistage précoce et le suivi clinique, en l'absence de traitement curatif, permettent d'améliorer la prise en charge

P214. Aéroportie primitive : cause exceptionnelle d'abdomen aigü

Hamdi Kbir G, Ben Safta Y, Bouzidi MT, Zahaf B, , Daloul S, Maatouk M, Ben Moussa M

Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.

Introduction

L'aéroportie est un signe radiologique défini par la présence de gaz dans le système porte. Elle

était associée à un taux de mortalité élevé et faisait porter l'indication d'une laparotomie exploratrice d'urgence. Le premier diagnostic à envisager est, par ordre de fréquence, la nécrose intestinale. En revanche, il existe des aéroporties bénignes, généralement asymptomatiques,

Cas clinique

Patient âgé de 68 ans diabétique sans notion de traumatisme abdominal consultait pour des douleurs abdominales d'installation brutale peu intense avec à l'examen ; une température à 37,5° et une sensibilité épigastrique. A la biologie, on trouvait une lipasémie normale et pas de syndrome inflammatoire biologique. Un scanner abdominal objectivait une aéroportie sans signes de souffrance intestinale ou autre foyer intra abdominale. Une coelioscopie exploratrice a été décidée et qui ne montre pas d'anomalies absence de nécrose intestinale ou perforation digestive. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion

L'aéroportie a été décrite pour la première fois en 1955 par Wolfe et Evans chez le nourrisson ayant une entérocolite nécrosante. Dans la plupart des cas, l'aéroportie est secondaire à une nécrose intestinale étendue. Le mécanisme précis responsable de la présence de gaz dans le système porte reste incertain. Trois mécanismes potentiels ont été suggérés, les lésions de la muqueuse intestinale, l'augmentation de la pression intraluminaire dans le tube digestif et le sepsis. Il faut savoir distinguer les aéroporties chirurgicales, graves, dont la principale cause est l'ischémie intestinale des aéroporties bénignes secondaires aux gestes endoscopiques ou associées à d'autres pathologies médicales d'évolution favorable. La conduite thérapeutique est dictée par la clinique. Dans le doute, une laparotomie ou laparoscopie exploratrice doivent être discutées.

P215. Apport de la tomодensitometrie dans les plaies abdominales par armes blanches

Mabrouk A, Ben Safta Y, Mahjoubi F, Maatouk M, Daldoul S, Sayari S, Boudeya MS, Ben Moussa M.

Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.

INTRODUCTION :

Les plaies abdominales par armes blanches constituent un véritable problème de santé publique dehors d'une urgence extrême, leur prise en charge a toujours été un objet de contro exploration chirurgicale systématique ou surveillance? Un bilan lésionnel radiologique conditionne l'approche thérapeutique. Il permet une meilleure sélection des patients, évitant air laparotomies exploratrices inutiles. A travers cette étude rétrospective, on s'est propo déterminer la place de la tomодensitométrie dans la prise en charge d'une plaie abdominale par blanche : examen sensible permettant d'opter pour un traitement non opératoire si négatif? (

contraire examen grevé d'un taux élevé de faux positif entraînant un retard de prise en charge urgence chirurgicale?

MATERIELS ET METHODES:

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et transversale, colligeant 72 patients admis d service de chirurgie générale A de l'hôpital Charles Nicolle pour une plaie abdominale par blanche et ayant bénéficié d'un scanner, s'étalant sur une période de cinq ans, allant de Janvier 2012 à décembre 2017.

RESULTATS:

La moyenne d'âge était de 31,7ans et le sexe ratio de 17. Le délai moyen de prise en charge majoritairement entre 0et 1heure (77,8%). Les plaies étaient souvent uniques (90,3%). La région ombilicale était la plus touchée (20,8%). La TDM était réalisée de 1^{ère} intention dans 67cas, 2^{ème} intention, après une échographie abdominale dans 5cas. Elle était sans anomalie dans 22cas (32,6%) et présentait des anomalies chez 50patients (69,4%). Elle avait confirmé le caractère pénétrant plaie dans 11cas (19,2%), perforant dans 5cas (6,9%) et superficielles dans 12cas. La TDM objectivé un épanchement intra-abdominal dans 15cas (20,8%).Le foie était l'organe plein le touché(6cas), suivi par la rate(3plaies), les reins et le pancréas(1cas chacun). Un pneumopéritoine objectivé dans 5cas (6,9%). Le grele étant l'organe creux le plus touché, suivi par l'antré gastrique et le colon transverse. Le traitement non opératoire était indiqué dans 44cas(61,1%): dans 43cas pour des plaies non-pénétrantes et dans 1cas pour une plaie pénétrante sans signes cliniques ou radiologiques en faveur d'une perforation d'organes creux. Le traitement opératoire était indiqué de première intention dans 28cas. Il était incité par les données scannographiques dans 18cas: pneumopéritoine (5cas), plaie perforante (5cas) et plaie pénétrante(10cas). Aucun patient n'avait eu de laparotomie blanche et aucun recours au traitement chirurgical suite à un traitement non opératoire n'a été nécessaire. Dans notre étude, on a noté la conformité des données de l'imagerie scannographique dans le diagnostic des lésions abdominales vérifié soit par l'intervention chirurgicale soit par l'évolution clinique dans 71cas (98,6%), uniquement 1cas (1,4%) où la TDM seule a visualisé une plaie unique du grele proximal non visualisé scannographiquement.

CONCLUSION :

La tomodensitométrie a profondément modifié l'approche diagnostique et par conséquent thérapeutique des plaies de l'abdomen permettant de remettre en cause le dogme de la laparotomie systématique.

P216. Dérivation kysto- gastrique pour volumineux pseudo kyste du pancréas : à propos d'un cas

Hamdi Kbir G, Ben safta Y ,Bouafif M, Sayari S,Bouzidi MT,Maatouk M, Ben moussa M
Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis.

Introduction

Les pseudo-kystes du pancréas sont des collections liquidiennes riches en amylases sans paroi

propre qui résultent des remaniements des foyers de nécrose, de siège intra ou extra pancréatique. Son diagnostic est devenu aisé grâce à l'échographie et la tomographie abdominale. L'attitude thérapeutique dépend de l'histoire naturelle du PKP et de la pancréatopathie sous-jacente, de ses rapports avec les organes de voisinage, de la maturation de sa paroi et de l'existence de complications

Cas clinique :

Patient âgé de 38 ans alcoolique chronique hospitalisé à plusieurs reprises pour des poussées de pancréatite aiguë où les dernières explorations radiologiques ont trouvé une formation kystique de 12 cm au dépens du queue du pancréas bombant à la face postérieure de l'antrum et du corps gastrique avec une vésicule biliaire multilithiasique . Le patient était programmé pour une -kystogastrostomie par

voie transgastrique et cholécystectomie par voie médiane sus ombilicale. En per opératoire on trouvait un kyste énorme bombant à la face postérieure de l'estomac. On poctionnait le kyste après la réalisation de la gastrotomie ramenant 2 litres de liquide jaune filant puis on procédait à l'anastomose kysto gastrique sur une longueur suffisante de 1,5 cm. L'évolution post opératoire était favorable.

Conclusion

Avant l'émergence des traitements instrumentaux percutanés et endoscopiques, la chirurgie représentait le seul traitement efficace des PKP. Face au développement de ces techniques endoscopiques et radiologiques, les indications chirurgicales sont en nette régression mais L'intervention classique est restée un traitement efficace en raison de son antériorité et de ses résultats satisfaisants, surtout pour la dérivation interne type dérivation kysto-gastrique qui est réservée aux PK de la tête, du corps, voire de la queue du pancréas bombant à la face postérieure de l'antrum ou du corps gastrique. Cette technique se fait habituellement par voie transgastrique, offrant de meilleurs résultats à court et à long terme.

P217. Gangrène de fournier secondaire à un adénocarcinome rectal : association rare

Zahaf B, Ben Safta Y, Sghaier S, Karray I, Boudaya MS, S Sayari, Ben Moussa M

Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis

Introduction

La Gangrène de fournier est une fasciite nécrosante due à l'action synergique de germes anaérobies et de germes aérobies .Elle est secondaire à une effraction du tissu cutané ou muqueux. Rare, elle est de mauvais pronostic. Le point de départ de l'infection peut être cutané, urogénitale ou colorectal. L'association avec une tumeur colo-rectale est exceptionnelle.

Cas clinique

Un patient de 75 ans aux antécédents médicaux chargés (HTA, diabète insulino-dépendant, insuffisance rénale chronique) a été suivi pour une tumeur du rectum sous traitement néo

adjuvent consultait nos urgences pour douleur anale avec altération de l'état général. Il était fébrile à 39 avec une tension artérielle à 9 /5. A l'examen de la marge anale, il présentait un placard inflammatoire et ecchymotique, induré avec crépitations neigeuses étendu jusqu'aux bourses. L'examen tomodensitométrique montrait un épaississement antérolatéral gauche de la paroi rectale, la présence de gaz dans les bourses avec des collections hydroaériques avec la présence de métastases osseuses et pulmonaires à distance.

Le diagnostic de gangrène de Fournier d'origine néoplasique a été retenu. Le patient a été opéré en urgence, il a été réalisé une mise à plat avec un débridement large du périnée dans un premier temps sous couverture d'une antibiothérapie à large spectre. L'évolution était favorable.

Conclusion

Une revue de littérature avait permis d'identifier vingt-trois cas de gangrène de Fournier résultant de carcinome colorectal au cours des 30 dernières années. La cause la plus fréquente est la perforation tumorale suite à la radiothérapie ou la prise de bevacizumab, une perforation spontanée est plus rare.

Cette association est de très mauvais pronostic. Une concertation pluridisciplinaire entre infectiologue, chirurgien, anesthésiste et oncologue est nécessaire pour tenter d'en réduire la mortalité. La prise en charge est basée sur un débridement chirurgical agressif, antibiotiques à large spectre et des soins intensifs. L'exérèse tumorale si possible doit être réalisée selon les règles carcinologiques, mais son heure est difficile à fixer compte tenu du contexte infectieux et de l'altération de l'état général secondaire.

P218. Résultats du traitement laparoscopique de la péritonite appendiculaire généralisée

Hamdi Kbir G, Ben safta Y, Bouzidi MT, Daldoul S, Zahaf B, Mahjoubi MF, Ben Moussa M
Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis.

Introduction

La place de l'abord laparoscopique dans le traitement de la péritonite appendiculaire généralisée est controversée. Ceci est essentiellement dû à la pauvreté des données dans la littérature. L'objectif de notre travail a été de décrire les résultats du traitement coelioscopique des péritonites appendiculaires généralisées et d'essayer d'éventuels facteurs associés significativement à la survenue de morbidité et de mortalité post opératoire.

Méthodes :

Nous avons colligé rétrospectivement tous les de péritonite appendiculaire généralisée traitée par voie laparoscopique, dans le service de chirurgie générale A de l'hôpital Charles Nicolle entre janvier 2006 et décembre 2016.

Résultats

Nous avons recensé 93 patients. L'âge moyen était de 37,1 ans. Un cinquième des sujets a nécessité une conversion médiane (20,4%). La durée moyenne de l'intervention était de 146,6

36,7 minutes. La morbidité globale était de 15% dont 7 complications chirurgicales. La mortalité était nulle. En analyse uni-variée, la co-morbidité ($p=0,03$), la CRP >200 mg/l, l'intervention dépassant 170 minutes ($p=0,004$) et la conversion médiane ($p=0,007$) étaient significativement associés à la morbidité globale ; la co-morbidité ($p=0,004$), le diabète ($p=0,02$), un score ASA >2 ($p=0,01$), un délai de consultation > 3 jours ($p=0,04$), la présence d'abcès inter anses ($p=0,012$) et une intervention dépassant 170 minutes ($p=0,007$) étaient significativement associés aux complications médicales. L'analyse uni-variée a également révélé que la CRP >200 mg/l ($p=0,01$) et la conversion médiane ($p=0,03$) étaient prédictives de complications chirurgicales. Après analyse multi-variée, la conversion médiane était le seul facteur indépendant associé significativement à la morbidité post opératoire ($p=0,024$), Odds Ratio 6,75, intervalle de confiance 95% [1,28-33,7].

Conclusion

Compte tenu des résultats de ce travail, il semble raisonnable de continuer à aborder la péritonite appendiculaire généralisée par voie laparoscopique. La maîtrise de cette approche reste toutefois primordiale en vue de réduire les taux de conversion médiane pourvoyeuse de complications postopératoires.

P219. Morbidité de la cure laparoscopique des hernies de l'aine par voie transabdomino- prépéritonéale (TAPP)

Maatouk M, Ben safta Y, Baccari A, Sayari S, Hamdi Kbir G, Bouafif M, Ben Moussa M Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.

Introduction

La cure chirurgicale de la hernie inguinale, qu'elle soit réalisée par voie traditionnelle ou par voie coelioscopique expose à certaines complications. La plupart de ces complications sont transitoires et ne troublent pas l'avenir fonctionnel du patient ; pourtant certaines peuvent durer ou rester définitives, constituant un problème quotidien pour le patient et le médecin qui le prend en charge.

Ce qui rend l'étude de ces complications et l'identification des facteurs de risque indispensable en vue d'une prévention.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3 ans, allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2016, ayant porté sur 43 malades traités pour une hernie de l'aine par cure laparoscopique par voie transabdomino-prépéritonéale (TAPP) au service de chirurgie générale A de l'hôpital Charles Nicole de Tunis. Notre jugement portera sur les complications per-opératoires, les suites immédiates et le résultat lors de suivi à la consultation.

Résultats

La durée d'hospitalisation a été de 1,39 ($\pm 0,94$) jour en moyenne. La mortalité était nulle. La morbidité était de 2,1% (une complication d'ordre générale : une pneumopathie d'inhalation, 1

hématome, 4 cas de séromes , et un cas de douleur chronique), il s'agit essentiellement de complications locales non graves sans aucune complications menacent le pronostic vital ou fonctionnel. 2 cas de récurrences (4%) et 2 cas de conversion ont été observés dans les suites opératoires. L'étude univariée des variables préopératoires et peropératoires, permettant d'influencer la morbidité générale, a conclu à une différence statistiquement significative pour les variables suivantes ; l'âge ($p= 0,03$), le volume herniaire ($p= 0,008$) et la difficulté de dissection ($p= 0,048$). Le type herniaire, le caractère récidivé, la nature et le type de fixation de la plaque ne sont pas des facteurs prédictifs de récurrence ou d'algies chroniques.

Conclusion

La TAPP est ainsi la technique la moins douloureuse, celle qui autorise la reprise de l'activité la plus précoce. La mise en place de large plaque par rapport aux voies conventionnelles en avant de l'orifice devrait garantir un taux de récurrence faible par des chirurgiens entraînés. Cette technique garantit ainsi un taux de complications comparable à la voie ouverte classique et inférieur

P220. Une péritonite par rupture d'un kyste dermoïde de l'ovaire : à propos d'un cas

Bouzidi MT , Ben safta Y, Bouafif M, Messoudi S, Maatouk M, Massoudi S, Ben Moussa M
Service Chirurgie A 21 Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Faculté de médecine de Tunis.

Introduction

Les péritonites chimiques qui sont secondaires à la rupture intrapéritonéale d'un kyste dermoïde peuvent être spontanée ou le plus souvent iatrogénique. En cas de fuite massive du contenu kystique, le tableau clinique observé est aigu. Cette complication est rare mais potentiellement dangereuse et de prise en charge difficile.

Cas clinique

Une patiente âgée de 31 ans, sans antécédents particuliers. Elle ne souffre pas de ménorrhagie, ni de dyspareunie. Elle a consulté nos urgences dans un tableau de péritonite aiguë : une douleur pelvienne, une fièvre à $38,5^{\circ}$ - 39° avec à l'examen une défense hypogastrique. Une tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne a mis en évidence une volumineuse formation kystique de l'ovaire gauche mesurant 10 cm de contenu liquidien avec présence d'une composante graisseuse et des calcifications avec un appendice augmenté de taille. Une coelioscopie exploratrice a été réalisée en urgence mettant en évidence une volumineuse masse ovarienne solido-kystique de 10 cm rompue avec un contenu épais avec un appendice sain. On note aussi un liquide séreux intrapéritonéal avec des débris de substances dermoïde. Une kystectomie, une appendicectomie et un lavage abondant au sérum physiologique de la cavité péritonéale ont été réalisés. L'examen histopathologique de la pièce d'exérèse trouve un aspect de tératome ovarien bénin. En post-opératoire immédiat ainsi qu'après six mois, la patiente ne présente plus aucune plainte douloureuse.

Conclusion

Le kyste dermoïde ou tératome kystique mature est la tumeur ovarienne bénigne la plus fréquente chez la jeune femme. Il représente environ 5 à 25 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes. La plupart de ces kystes sont asymptomatiques. Plus rarement, ils peuvent être découverts devant une complication. Les complications sont dominées par la torsion, la dégénérescence, la rupture qui peut se faire dans un organe ou directement dans la cavité péritonéale responsable d'une péritonite chimique.

Cette perforation peut être primaire dû à l'infection, la torsion, la transformation maligne, la grossesse ou secondaire à un choc direct ou iatrogène après l'exérèse par coeliochirurgie. Le traitement dans la forme aigue consiste à une intervention urgente. L'objectif est de réaliser un lavage abondant avec une ovariectomie uni ou bilatérale en fonction de l'âge, un geste plus radical est justifié s'il y a une doute sur une transformation maligne du tératome

P221. Etude comparative TAPP versus Lichtenstein dans le traitement des hernies inguinales

Sassi K, Medhioub F, Idani M, Fertani Y, Sridi A, Chouchen A

Service de chirurgie générale, hôpital des FSI, La Marsa

Introduction : La technique de Lichtenstein et la TAPP sont actuellement les deux principales méthodes pour traiter la hernie inguinale. Le but de cette étude était de comparer les résultats à moyen et à long terme de ces deux techniques.

Matériels et méthodes : On a sélectionné deux groupes de patients parmi les malades du service : le 1er groupe comportait 40 patients qui ont eu une cure de hernie inguinale selon la technique TAPP, le 2ème groupe comportait 96 patients qui ont eu une cure selon la technique de Lichtenstein.

Résultats : Tous nos patients étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 45.2 ans avec des extrêmes de 27 et 71 ans dans le premier groupe contre 43,8 ans avec des extrêmes de 21 et 87 ans dans le groupe 2. La durée moyenne de l'intervention était de 50 mn dans le 1er groupe alors qu'elle était de 42min dans le 2ème groupe. Aucun incident per opératoire n'a été noté dans les deux groupes. La mortalité était nulle. Aucun cas de conversion n'a été noté dans le groupe 1. Dans le groupe 1, 1,7% des malades souffraient de douleurs chroniques contre 0,8 % des malades du groupe 2. Dans le groupe 1, deux patients avaient présenté un sérome qui s'est résorbé spontanément, un patient avait présenté un énorme hématome inguinal avec hémopéritoine qui avait nécessité une reprise chirurgicale laparoscopique. Dans le 2ème groupe, 2 malades avaient présenté un hématome pariétal, un patient avait présenté un hématome scrotal et un patient un sérome. Aucune récurrence n'a été retrouvée dans le groupe 1. Alors qu'une seule récurrence était retrouvée dans le groupe 2.

Conclusion : Les résultats des deux techniques sont comparables cependant la technique TAPP nécessite une bonne expérience en chirurgie laparoscopique.

P222. Résultats du traitement laparoscopique du reflux gastro-œsophagien. A propos de 92 cas

Sassi K , Idani M , Medhioub F , Latrous E , Sridi A, Chouchene A
Service de chirurgie générale, hôpital es FSI , la Marsa

Introduction

Le reflux gastro œsophagien (RGO) est une pathologie fréquente qui pose un problème de santé publique. Le but de notre travail est d'évaluer les résultats à court et à moyen terme du traitement laparoscopique du RGO et les comparer avec ceux de la littérature.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive à propos de 92 cas colligés dans le service de chirurgie générale de l'hôpital des FSI La Marsa sur une période allant de Janvier 2000 à Décembre 2017.

Résultats

Notre série comportait 52 hommes (56,5%) et 40 femmes (43,5%). L'âge moyen était de 41 ans. 45 patients (48,9 %) avaient une symptomatologie typique de RGO. 17 patients présentaient des manifestations extra digestives isolés du reflux. Les fundoplicatures étaient partielles chez 9 patients et totales chez 75 patients dont 30 Nissen, 41 Nissen-Rosseti et 4 Floppy Nissen . Chez les 8 patients restants (8,7%) une conversion en laparotomie était nécessaire. La mortalité était nulle. La morbidité post opératoire était de 6.5% : une parésie gastrique chez un patient avec bonne évolution après une aspiration gastrique, une aphagie chez un patient nécessitant une ré-intervention et une pneumopathie chez quatre patients (4,3%). Une dysphagie transitoire était observée chez 48 malades (52.1%). Les résultats fonctionnels à moyen terme étaient bons chez 94,5 % des patients.

Discussion

Le traitement du RGO est basé sur les mesures hygiéno-diététiques, le traitement médical, le traitement endoscopique et le traitement chirurgical. La chirurgie est indiquée en cas de résistance au traitement médical ou de forme compliquée de RGO. La voie laparoscopique représente le gold standard qui offre d'excellents résultats.

Conclusion

La voie d'abord de référence du traitement chirurgical du RGO est la laparoscopie qui donne un meilleur confort post opératoire et d'excellent résultats à long terme.

P223. Gastrectomie atypique laparoscopique pour Léiomyome gastrique

Khefacha F, Belhadj A, Saidani A, Zaiem A, Mannai S, Chebbi F, Houissa H.
Service de Chirurgie générale; Hôpital Mahmoud El Matri- Ariana

Introduction :

Les léiomyomes sont des tumeurs bénignes qui se développent aux dépend des fibres musculaires lisses du tube digestif. La localisation gastrique est la plus fréquente. Le diagnostic positif est basé sur l'histologie. Le traitement est chirurgical.

Observation :

Mme BS, âgée de 59 ans, aux ATCD de dyslipidémie, HTA, hypothyroïdie et d'une cholécystectomie coelioscopique 2 ans auparavant, rapporte la notion de coliques intestinales évoluant depuis un mois. L'examen physique et la biologie sont sans particularités. La FOGD a objectivé une masse sous muqueuse au niveau du corps gastrique en regard de l'angle de la petite courbure de 2x2cm recouverte d'une muqueuse normale. L'écho-endoscopie a montré une tumeur sous-muqueuse se développant au dépend de la deuxième couche évoquant en premier lieu une GIST. Le bilan d'extension est négatif.

Elle a eu une gastrectomie atypique par voie coelioscopique. Elle a été reprise à j5 post opératoire par voie coelioscopique pour des vomissements incoercibles. Le pylore était pris par le surjet d'enfouissement qui a été défait. Le contrôle endoscopique peropératoire a permis la vérification du passage bulbaire. Les suites étaient simples.

L'examen anatomopathologique conclut à un léiomyome gastrique sans signes histologiques de malignité. L'évolution est favorable avec un recul de 10 mois.

Discussion :

Le léiomyome est une tumeur d'origine mésenchymateuse. La localisation gastrique représente 80% des cas, et l'atteinte antrale est la plus fréquente. La présentation clinique est très variable selon la taille et le siège de la tumeur. La FOGD peut objectiver la tumeur si elle est endogastrique. La TDM TAP peut aider au diagnostic positif mais est surtout utile au bilan d'extension. L'écho endoscopie est l'examen le plus spécifique, permettant de réaliser des biopsies écho guidées. Le léiomyome est une tumeur bénigne à potentiel malin d'évolution lente justifiant son exérèse chirurgicale. Le geste chirurgical peut aller de la tumorectomie avec des marges de sécurité de 2cm jusqu'à la gastrectomie partielle voire totale au mieux par voie laparoscopique

Conclusion :

Le diagnostic de léiomyome gastrique est suspecté sur un faisceau d'arguments cliniques endoscopiques et radiologiques. L'existence d'un potentiel malin, fait que l'exérèse chirurgicale est toujours indiquée ainsi qu'une surveillance adaptée à long terme. La voie laparoscopique peut être indiquée tout en prenant en considération ses complications spécifiques.

P224. Wedge Resection pour GIST gastrique ; A propos d'une nouvelle observation

Ben Attig Y, Belhadj A, Saidani A, Triki H, Mannai S, Chebbi F, Houissa H.

Service De Chirurgie Générale; Hôpital Mahmoud El Matri- Ariana

Introduction

Les tumeurs stromales digestives (GIST) sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. En pratique, lors du diagnostic, environ la moitié des GIST gastriques sont de diamètre inférieur à 5 cm. D'où le concept de «petite GIST» qui n'a pas encore de définition précise.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 71 ans, cholécystectomisée il y a 10 ans par voie sous costale, explorée pour des épigastralgies dans un contexte d'altération de l'état général. la

FOGD objective une ulcération fundique avec une formation sous muqueuse antrale dont la biopsie et l'examen histologique sont revenus négatifs (Immunohistochimie non faite). La TDM retrouve une lésion tumorale antrale sous muqueuse mesurant 5*2 cm sans envahissement locorégional. Le diagnostic d'une tumeur stromale gastrique est fortement évoqué avec une masse jugée résécable. La patiente a été opérée par laparotomie médiane. A l'exploration : il existait une tumeur au dépend de la face postérieure de l'antré, mobile. IL lui a été réalisé une gastrectomie atypique avec un calibrage par une sonde de Faucher. Les suites opératoires ont été marquées par des troubles de la vidange gastrique.

La symptomatologie s'est améliorée sous traitement prokinétique.

L'examen anatomopathologique conclut à une GIST gastrique à très faible risque de récidence.

Conclusion

Les GIST sont les tumeurs conjonctives les plus fréquentes du tube digestif

Le traitement de référence des GIST localisées est chirurgical.

P225. Le Lipome du sigmoïde, une étiologie rare de rectorragies.

Khelifa F, Belhadj A, Saidani A, Ben Atig Y, Mannai S, Chebbi F, Houissa H.

Service De Chirurgie Générale; Hôpital Mahmoud El Matri- Ariana

Introduction :

Le lipome du colon est une tumeur mésoenchymateuse rare. Elle est souvent asymptomatique de découverte fortuite. Le diagnostic est fait par les biopsies endoscopiques. La TDM peut aider au diagnostic et faire le bilan d'extension. La prise en charge dépend essentiellement de la présentation clinique, de la taille et de la localisation de la tumeur. Le traitement peut être endoscopique ou chirurgical.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 57 ans, ASA I, qui rapporte la notion de douleurs paroxystiques de la FIG avec des diarrhées glairo-sanglantes et des rectorragies évoluant pendant un mois.

Les différentes explorations ont conclu à un lipome du sigmoïde ulcéré en surface, sans pour autant éliminer formellement une lésion tumorale maligne.

Il a eu une résection colique segmentaire basse par voie coelioscopique avec une anastomose colo-colique termino-terminale.

Les suites opératoires étaient simples. Le patient était mis sortant à j3 post opératoire.

L'examen anatomopathologique confirme qu'il s'agit d'un lipome sous muqueux colique.

Conclusion :

Le lipome du colon sigmoïde est une tumeur bénigne et rare dont le diagnostic n'est pas souvent aisé, surtout dans les formes asymptomatiques.

Une fois le diagnostic retenu le traitement s'impose dans les formes symptomatiques.

P226. Remplacement Aortique pour tumeur neuroendocrine rétro-péritonéale : à propos d'un cas

Mahdi ben Abdelkrim, Mohamed Amine ELGHALI, Wassim El Gueder, Emna Aloui, Mohamed hedi Mraidha, Sabri Youssef, Rached Letaief

Service de chirurgie générale et digestive, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines sont des tumeurs primitives peuvent survenir dans tout l'appareil digestif, incluant le tube digestif (de l'œsophage à l'anus) notamment en rétro-péritone et peuvent avoir des rapports étroit avec l'aorte abdominale.

Observations :

Patient âgé de 60 ans qui consulte pour une masse hypervasculaire rétro-péritoneale ayant eu une résection en monobloc de la tumeur et de l'aorte sous rénale et remplacement par prothèse. il a présenté en per opératoire une ischémie colique gauche par ligature de l'artère mésentérique inférieure nous ramenant à faire une colectomie gauche. A l'anapath, résection R0, tumeur neuroendocrine

Conclusion

L'avènement des prothèses vasculaires peut transformer le pronostic des tumeurs rétro-péritoneales envahissantes l'aorte

P227. Kyste hydatique du dôme : A propos de 134 cas.

El Heni A, Maghrebi H, Rebhi J, Rhaïem R, Kacem S, Haddad A, Labidi A*, Zehani A**, Rebai W, Makni A, Daghfous A, Fteriche F, Ksantini R, Jouini M, Kacem M, Ben Safta

Service de chirurgie A La Rabta

* Service De Gastroenterologie A « La Rabta »

**Service D'anatomopathologie « La Rabta »

Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.

Introduction

Le kyste hydatique du foie est endémique en Tunisie. Il peut atteindre tous les segments du foie. Son traitement est le plus souvent chirurgical. Nous nous proposons dans ce travail de décrire les particularités du kyste hydatique du dôme hépatique.

Matériel et méthodes

Nous avons colligé tous les patients opérés pour un kyste hydatique du dôme hépatique entre 2006 et 2017 au service de chirurgie générale A la Rabta.

Résultats

Il y avait 134 patients opérés pour un kyste hydatique du dôme hépatique. La moyenne d'âge était de 44 ans. Le sexe ratio était de 2,19. Le mode de révélation était une douleur de l'hypochondre droit dans 83% des cas. La sérologie hydatique était positive dans 73% des cas. Il s'agissait d'un type IV échographique dans 42% des cas. Une résection du dôme saillant a été faite dans 85% des cas. Dans 26% des cas il y avait une fistule biliaire. Le kyste était ouvert dans le diaphragme dans

5% des cas. Les suites opératoires étaient compliquées dans 27% des cas. Une surinfection de la cavité résiduelle est apparue dans 12% des cas. La récurrence est apparue dans 12% des cas.

Discussion

Les kystes hydatiques du dôme sont très particuliers de par leur siège. En effet ils sont en contact avec le diaphragme mais aussi avec la veine sus-hépatique droite et les canaux biliaires, ce qui engendre des complications propre à ce siège mais peu fréquente comme le montre notre travail. Par ailleurs son siège rend son traitement chirurgical assez complexe du fait de la difficulté d'exposition. La surinfection de la cavité résiduelle est une complication post-opératoire relativement fréquente expliquée par la cinétique diaphragmatique.

Conclusion

La chirurgie reste le principal traitement du kyste hydatique du foie. Connaître la particularité de chaque siège pourrait éventuellement améliorer sa prise en charge chirurgicale.

P228. Invagination intestinale aiguë secondaire à un lipome colique. Un case report.

Mohamed Zied Ben Abdesslem, Amine Gouader, Mohamed Salah Jarrar, Fatma Medhioub, Mohamed Hedi Mraidha, Fehmi Hamila, Rached Letaief

Service de Chirurgie Générale du CHU Farhat Hached de Sousse – TUNISIE

Introduction. Les lipomes représentent la tumeur bénigne des tissus mous la plus fréquente, constituée de tissu adipeux mature lobulé entouré d'une capsule fine. Dans le tube digestif, les lipomes sont relativement peu fréquents et peuvent être observés dans tous les segments. Ils peuvent avoir 2 complications potentiellement graves. Les hémorragies dans les gros lipomes et les invaginations, qui représentent la complication la plus fréquente. Nous présentons le cas d'un lipome colique découvert chez un jeune patient devant un tableau d'invagination intestinale aiguë.

Observation. Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans, admis pour des douleurs de la FIG évoluant depuis 15 jours sans autres signes associés. L'examen initial a objectivé une masse ferme, mobile de la fosse iliaque gauche faisant environ 5 cm de grand axe. La TDM abdominale a montré un aspect de lipome endoluminal sigmoïdien de 6 cm, compliqué d'une invagination colo-colique sus-jacente, sans signes d'occlusion. Le patient a été opéré par voie médiane, et a eu une résection colique segmentaire emportant la masse avec anastomose colo-colique manuelle termino-terminale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé la nature lipomateuse de la masse colique et l'absence de signes de malignité.

Conclusion. Les lipomes du tube digestif représentent des tumeurs peu fréquentes du tube digestif, qui se révèlent souvent à l'occasion de leur complication la plus fréquente qui est l'invagination intestinale aiguë.