

les feuillets de Chirurgie

Association Algérienne des Chirurgiens Libéraux Février 2022. N°6

Sommaire

CHIRURGIE GENERALE :

Les pancréatites post CPRE : caractérisation et prévention. K.Drai	8
L'apport de la chirurgie dans le traitement de l'obésité morbide et des maladies métaboliques. B. Boudiaf.	9
Aspects anatomo-cliniques de la maladie de Crohn à l'heure de la chirurgie. Expérience du service. S. Haddad.	10
Gestion multidisciplinaire des lésions iatrogènes des voies biliaires lors de la cholécystectomie : résultats immédiats d'une étude prospective. R. Dahdouh	11
Prothèse endoscopique en préopératoire dans la prise en charge chirurgicale des lésions péri-ampullaires. Avantages et inconvénients. N. Chennaf	12
Approche trans-abdomino-préperitonéale (TAPP) pour cure de hernie A. Belkadi	14
A propos de deux patients traités par laser endo-veineux : les limites du laser. A.C. Bounoua	15
Impact de l'épidémie Covid-19 sur les activités chirurgicales d'un hôpital Universitaire d'Alger Est. M. Taieb	16
ouvelles solutions Laser en proctologie. M. Douidi	18
Résultats à court terme de la colectomie subtotala pour colites aiguës graves. Etude rétrospective sur 03 ans. W. Kebieche	19
Chirurgie du colon en urgence : résultats d'une étude rétrospective sur 8 ans. M.N. Belagoun	21
Les abdominoplasties : bases anatomiques et techniques de réparation. A. Madjoudj	22

CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE :

Hémi-colectomie droite totalement laparoscopique pour cancer Z. Djilli	24
L'hystérectomie par coelio versus voie basse. M. Laribi	26
Résection laparoscopique transgastrique d'une tumeur stromale fundique. S. Lahrech	27

Tumeur stromale au niveau de l'angle de Treitz R. Khalfallah	28
Laparoscopic transversus abdomino release : une première technique de réparation et de reconstitution anatomique des grandes hernies incisionnelles par laparoscopie en Algérie. S. Zatir	29
Faisabilité du traitement chirurgical coelioscopique de la perforation d'ulcère bulbaire antérieur. S. Ammari	30
Sleeve gastrectomie coelioscopique. B. Boudiaf	31
Traitement laparoscopique en urgence des CAL. A. Ayadi	32

CANCÉROLOGIE :

Impact de l'effraction peropératoire de la vésicule biliaire sur le pronostic d'un cancer de la vésicule de découverte histologique. S. Belkherchi	34
Cancer de la vésicule biliaire : difficultés diagnostiques F. Moussaoui	35
Impact de l'effraction peropératoire de la vésicule biliaire sur le pronostic d'un cancer de la vésicule de découverte histologique. S. Belkherchi	36
Carcinome papillaire de la thyroïde : vers un curage central systématique ? F.Z Cherif	37
La reconstruction mammaire : techniques et modalités. S. Ganaoui	38
Les reprises chirurgicales dans les carcinomes papillaires de la thyroïde. H. Oukrine	39
L'ablathérapie dans les métastases hépatiques des cancers colorectaux : Expérience de l'EPH Bologhine. A propos de 13 cas. N. Annane	40
La chirurgie laparoscopique pour cancer colo-rectal au sein du service de chirurgie oncologique A du CPMC : évaluation des résultats immédiats et à distance. Z. Boudiaf	41

COMMUNICATIONS AFFICHEES :

Abord premier de l'artère mésentérique supérieure dans les duodéno-pancréatectomies céphaliques. Un choix ou une nécessité ?	
S. Mammouche _____	44
Pseudo kyste du pancréas : abord laparoscopique. S. Chakor _____	45
Goitre ectopique médiastinal. A propos d'un cas. R. Morsli _____	46
La hernie de Littré. A propos d'un cas. S. Ammari _____	48
Place de la prémédication aux anxiolytiques. K. Bendjoudi _____	49
Invagination intestinale aigue consécutive à un lipome colique: à propos d'un cas et revue de la littérature. A. Lalmi _____	50
Invagination intestinale iléo-iléale secondaire à une tumeur stromale gastro intestinale (GIST). A propos d'un cas et revue de la littérature. A. Lalmi _____	51
Lipome géant de la face postérieure de la cuisse sans signe de souffrance nerveuse. A Propos d'un cas. A.Kerroum _____	53
Reconstruction mammaire après mastectomie pour cancer. R. Allali _____	54
Syndrome de Mirizzi associé à une grosse vésicule palpable : du diagnostic radiologique à la chirurgie. A propos d'un cas clinique et revue de la littérature. R. Allali _____	55
Volvulus gastrique et pleurésie chimique sur rupture diaphragmatique post traumatique négligée. A propos d'un cas. N. Ouguirti _____	57
Duplicité cholédocienne. A. Bouarfa _____	58
Liposarcome rétro-péritonéal géant. A. Bouarfa _____	59
Métastase musculaire d'un cancer du sein : à propos d'un cas et revue de la littérature. M. Hazi _____	60
Chirurgie des metastases hépatiques d'un cancer du sein Her 2 positif: à propos d'une série de 10 cas et revue de la littérature. M. Hazi _____	61
Occlusin intestinale aigüe révélant un adénocarcinome mucineux du grêle. S. Aggab _____	62
Métastase surrénalienne d'un carcinome mammaire : à propos d'un cas et revue de la littérature. M. Hazi _____	64
Mucocèle appendiculaire: stratégie thérapeutique. D. Ouaret _____	65

Comment je mobilise l'angle colique gauche par coelioscopie. Approche postérieure. A. Khelif	67
«The critical view of safety» dans la cholécystectomie laparoscopique. Mise au point. A. Khelif	68
Place du lambeau de Cutler-Beard dans la réparation des pertes de substance totale post opératoire de la paupière supérieure : à propos d'un cas. Boulekrouche	69
Mucocèle appendiculaire : à propos d'un cas. A.E. Guiza	70
Diverticule de Zenker. Technique chirurgicale. A.E. Guiza	72
Antibiothérapie et cholécystites aiguës lithiasiques. Les bactéries sont-elles toujours présentes dans la bile vésiculaire ? Etude rétrospective. O. Chachoua	74
Prise en charge du lymphœdème dans le cancer du sein. K. Cheikchouk	76
Approche laparoscopique dans le kyste hydatique du foie. A propos d'un cas et revue de la littérature. O. Chachoua	77
Intérêt du contrôle glycémique péri-opératoire. K. Bendjoudi	79
Torsion d'un mucocèle appendiculaire de découverte opératoire. Approche laparoscopique : à propos d'un cas et revue de la littérature. O. Chachoua	80
Adénocarcinome jéjunal révélé par une occlusion intestinale aiguë. A propos d'un cas. A. Nasri	82
Paragangliome rétro péritoneal: à propos d'un cas. A.B. Benameur	87
Phytobézoard découvert par occlusion intestinale aiguë. A propos d'un cas. A. Nasri	88
Infarctus intestinal veineux post Covid 19 chez une femme enceinte. A propos d'un cas. F. El Metnanni	92
Volumineux lipome du, larynx. A propos d'une observation. Z. Merzougui	93
Le drainage à travers les orifices naturels: une alternative à la reprise chirurgicale. R. Khiali	94
Endométriose de l'appendice : une forme spéciale de l'appendicite à connaître. R. Khiali	95
Tumeur villeuse du bas rectum. A. Messaoudi	96
Rupture spontanée d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale avec une membrane proligère intacte. A propos d'un cas. B. Rouainia	98

Occlusion intestinale sur GIST. A propos d'un cas. N. Belmili	100
Prise en charge des tumeurs péri ampullaires. A propos de 8 cas. H. Mardaci	101
Kyste hydatique du pancréas : une localisation exceptionnelle. L. Khelifi	103
Traumatisme du pancréas. Principes de modalités techniques. A propos d'un cas I. Nehal	104
Traitement non opératoire des traumatismes de la rate. Faisabilité et évaluation. A propos de 18 cas. N. Souilah	105
Hernie post traumatique de la paroi abdominale. A propos de 2 cas. N. Souilah	106
Goitre toxique plongeant compressif. H. Bouabaz	107
Kyste du cholédoque. K. Sedaki	108
Mucocèle appendiculaire. Revue de la littérature. K. Sedaki	109
Impact de la stratégie opératoire face aux cancers coliques gauches en occlusion" L. Kouaci	110

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Les pancréatites post CPRE : caractérisation et prévention

K.Drai, R. Khiali, S. Ammari, N. Nait Slimane, EH. Aicheur, H. Dahmanu , A. Ghellache, R. Bekhouche, N. Flih, M. Taieb.
EPH Ain Taya

Introduction : La cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est une innovation technologique de premier plan qui a progressé dans le domaine de l'endoscopie gastro-intestinale depuis sa création en 1968. La CPR diagnostique et thérapeutique peut entraîner diverses complications dont la pancréatite aiguë post sphinctérotomie est la complication la plus courante. Cette complication est un facteur crucial de morbidité et de mortalité.

Objectifs : Notre étude abordera le risque de pancréatite aiguë secondaire à la CPRE, sa fréquence, sa gravité potentielle et les possibilités de prévention de cette complication en se basant sur les données récentes de la littérature.

Matériel et Méthode : L'étude rétrospective (2010-2020) portant sur 133 CPRE réalisées pour des indications diverses : lithiases résiduelles, lithiases de la voie biliaire principale et dans la chirurgie du kyste hydatique.

On a recensé 12 pancréatites aiguës post CPRE thérapeutique, hospitalisés au service de chirurgie générale EPH AIN TAYA. L'âge moyen de nos patients est de 46 ans, le sex ratio (F / H) est égal à 2.

L'évaluation de la sévérité des pancréatites a permis de classer nos malades en pancréatite bénigne pour 1 malade (8,33%), modérées chez 9 malades (75%) et sévères dans 2 cas (16,66%).

Le diagnostic étiologique était porté sur l'imagerie (échographie-scanner- Bili IRM). Un total de 07 malades (58,33%) ont bénéficié d'une Sphinctérotomie endoscopique pour des lithiases résiduelles, 4 malades (33,33%)

d'une sphinctérotomie endoscopique pour des lithiases de la voie biliaire principale, et 1 cas (8,33%) SE pour kyste hydatique dans la voie biliaire. Le délai moyen de séjour hospitalier était de 11,58 jours.

Résultats : La fréquence de PPE dans notre série est de 9%. La mortalité globale était de 8,33% (1 décès) suite à une pancréatite aiguë grave post sphinctérotomie. La morbidité était de 8,33% (PKP).

Une bonne évolution a été constatée chez 83,33%.

Conclusion : La pancréatite est une complication importante et potentiellement évitable de la CPRE

La connaissance des complications potentielles, leur fréquence et les facteurs de risque de leur survenue peut aider à reconnaître et de minimiser l'incidence et la gravité des complications. La recherche sur la prévention de la PPI a identifié diverses approches pour réduire l'occurrence et la probabilité de la PPI Sur la base de cette recherche, trois stratégies différentes de prévention de la PPI : y compris des approches liées au patient, liées à la procédure et pharmacologiques, ont été développées.

L'apport de la chirurgie dans le traitement de l'obésité morbide et des maladies métaboliques.

B. Boudiaf. Chirurgien libéral. Alger

Mots clés : obésité, diabète type 2, chirurgie bariatrique, maladies métaboliques.

Résumé : La chirurgie bariatrique a démontré une efficacité certaine au long cours dans le traitement de l'obésité morbide et des maladies métaboliques en particulier le diabète type 2. Des milliers d'interventions chirurgicales de ce type sont pratiquées annuellement dans le monde.

En Algérie, cette chirurgie reste encore timide et pourtant notre pays n'est pas épargné par ce fléau qui constitue actuellement un véritable problème de santé publique.

Le traitement endoscopique des LIVB mineures est faisable en toute sécurité pour des patients bien sélectionnés et la réparation biliaire différée donne des bons résultats avec une morbi mortalité acceptable.

Aspects anatomo-cliniques de la maladie de Crohn à l'heure de la chirurgie. Expérience du service.

S. Haddad, N. Souilah, O. Salem, K. Abdi, L. Baziz, O. Rehamnia, Z. Djelli, H. Mardaci, N. Arbaoui.
CHU Ibn Rochd. Annaba

Gestion multidisciplinaire des lésions iatrogènes des voies biliaires lors de la cholécystectomie : résultats immédiats d'une étude prospective.

R. Dahdouh (1), H. Benyahia (1), R. Khalfallah (1), A. Cherfa (1), A. Lyazidi (2), A. Aissat (3), Z. Mekahlia (1), K. Tadriss (1), Y. Mahmoudi (1), W. Kebiéche (1), K. Bennabi (1), Benfriha (1), N. Seddar (1), D. Chenak (1), K. Aggoune (1), O. Benhadid (1), Z. Imessaoudéne (1)

1. Clinique chirurgicale A. CHU Mustapha. Alger
2. Service d'épidémiologie. CHU Bab el Oued. Alger
3. Service de gastro-entérologie. CHU Bab el Oued. Alger

Introduction : Les lésions iatrogènes des voies biliaires (LIVB) représentent des complications graves de la cholécystectomie (CH), ayant comme conséquences un risque vital pour le patient, une morbidité élevée avec des réinterventions pouvant aller jusqu'à la transplantation hépatique, une diminution de la survie, une altération de la qualité de vie à long terme et une augmentation des coûts d'hospitalisation.

Objectifs : Le but de notre étude était d'évaluer les résultats à court terme d'un protocole de prise en charge des LIVB, basé sur la réparation biliaire différée au-delà du 45^{ème} jour post-CH et sur le traitement endoscopique.

Patients et méthodes : Etude unie centrée, descriptive et prospective. Tous les patients ayant eu un traitement définitif de leurs LIVB selon un protocole standardisé ont été inclus. La classification de Strasberg a été utilisée en pré-thérapeutique

pour classer les LIVB. La morbidité du traitement endoscopique a été évaluée dans les 30 jours.

La classification de Clavien et Dindo a été utilisée pour évaluer la morbi-mortalité postopératoire et la classification de Terblanche pour les résultats fonctionnels de la réparation chirurgicale différée.

Résultats : Entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 décembre 2020, 27 patients ont été traités pour des LIVB.

Six patients ont eu un traitement endoscopique et vingt-trois patients ont eu une réparation biliaire différée dont deux après l'échec du traitement endoscopique. Aucune complication n'a été observée dans les 30 jours suivant le traitement endoscopique. La mortalité et la morbidité postopératoires étaient respectivement de 4,3% et 34,7%. Les complications majeures (Clavien et Dindo $\geq 3b$) ont intéressé 17,39% des

patients. Après un suivi moyen de 26.13 ± 3 mois, tous les patients avaient de bons (5%) à excellents (95%) résultats selon la classification de Terblanche.

Conclusion : Le traitement endoscopique des LIVB mineures est faisable en toute sécurité pour des patients bien sélectionnés. et la réparation biliaire différée donne des bons résultats avec une morbi mortalité acceptable.

Prothèse endoscopique en préopératoire dans la prise en charge chirurgicale des lésions péri-ampullaires. Avantages et inconvénients.

N. Chennaf, H. Badache, K. Sedaki, G. Bahbouh, A. Ouslimani, F. Merad
Service de chirurgie. CHU Bab el Oued. Alger.

Dans la prise en charge des lésions péri-ampullaire, l'ictère est souvent impliqué dans la morbi-mortalité chirurgicale (2% et 15%).

La mise en place d'une prothèse améliore manifestement l'état général, corrige la fonction rénale, la coagulation et nous permet ainsi d'opérer les patients dans de meilleures conditions.

Nous rapportons notre expérience au sein du CHU de BEO Entre 2011 et 2022 Tous les patients ont eu une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC). Nous avons remarqué chez tous les malades, des lésions que l'on n'a pas l'habitude de rencontrer en l'absence de prothèse : pédiculite, fausses membranes, épaissement de la paroi cholédocienne et réaction purulente.

Dans cet échantillon, la morbi mortalité immédiate est superposable aux autres patients (DPC opéré en ictère et sans prothèse).

L'évaluation des avantages et des inconvénients de la population « prothèse » versus « sans prothèse » pose le problème de la comparabilité des groupes. Dans ce contexte, il est difficile d'envisager une étude prospective mais il serait intéressant en revanche de réaliser une étude rétrospective et multicentrique. Ce travail est capital pour bien identifier les patients qui peuvent bénéficier de la pose d'une endopthèse après avoir répondu à deux questions essentielles :

- Peux- on augmenter le nombre de patients candidat à la chirurgie ?
- La disparition de l'ictère diminue -elle la morbi mortalité opératoire ?

Approche trans-abdomino-préperitonéale (TAPP) pour cure de hernie

A. Belkadi (1), N. Chadli (1), A. Menasria (1), A. Remini (1), A. Benslimane (1), A. Beraoum (1), N. Tahlaïti (1), M. Boubekour (2), O. Tilioua (1).

1. Service de chirurgie générale et laparoscopique. EHU Oran

2. Chef de pole chirurgie. EHU Oran

Abstract : La cure par TAPP d'une hernie inguinale est une technique standardisée, reproductible et validée.

Elle est basée sur le principe de la réparation sans tension et le placement de la prothèse dans l'espace pré périto-néal.

Cette technique présente l'avantage de pouvoir explorer la cavité péritonéale et les zones inguinales. Elle nécessite l'utilisation systématique d'une prothèse, permettant ainsi d'améliorer le confort postopératoire et de diminuer le risque de récurrence.

Ce travail rapporte les points techniques de cette intervention chirurgicale étape par étape : exposition/exploration, incision péritonéale, dissection pré péritonéale, dissection du sac herniaire, mise en place prothèse, fixation, fermeture du péritoine.

A propos de deux patients traités par laser endo-veineux : les limites du laser.

A.C. Bounoua.

Cabinet de chirurgie vasculaire. Oran

Introduction : qu'il s'agisse du laser endoveineux, de la radiofréquence, leur but est de délivrer par l'intérieur de la veine une énergie entraînant une destruction thermique avec réaction fibreuse et rétraction de la paroi ne laissant plus de chenal pour la circulation du sang conduisant à terme à la disparition de la veine traitée. Seuls les troncs veineux superficiels sont accessibles à ce type de traitement (veines saphènes et veines sus fasciale). Les varices situées sur les branches sont traitées dans le même temps ou secondairement par sclérose

Méthode : Les deux patients ont été traités sous anesthésie locale, la fibre optique est introduite dans la veine à traiter par une ponction échoguidée sur la peau. Suivie d'une tumescence au sérum salé et à la xylocaïne 2% ; Les tirs laser se font ensuite dans des endroits précis le long de la varice ou de la veine incontinente.

Il s'agit de deux excellents cas qui étudient les avantages du laser endo-veineux par rapport au traitement chirurgicale.

La prise en charge est basée sur trois volets :

ConfoIi maximum du patient (sous anesthésie locale, douleur quasi inexistante, pas d'hématome...).

Reprise immédiate des activités avec une courte durée d'hospitalisation (ambulatoire).

Moins de récidence (excellent résultats médicaux et esthétiques).

Résultat : Plusieurs critères vont être évalués :

La durée de l'intervention,

Le résultat à court, moyen et long terme.

La Sclérothérapie associée péri et post-interventionnelle

Impact de l'épidémie Covid-19 sur les activités chirurgicales d'un hôpital Universitaire d'Alger Est.

M. Taieb ⁽¹⁾, N. Nait Slimane ⁽¹⁾, S. Ammari ⁽¹⁾, R. Khiali ⁽¹⁾, A. Bendjaballah ⁽¹⁾, K. Draï ⁽¹⁾, A. Tibiche ⁽²⁾, L. Sardi ⁽³⁾

1. Service universitaire de chirurgie. EPH Ain Taya. Alger Est
2. Service d'épidémiologie et de Médecine préventive. CHU Tizi Ouzou
3. Unité de Réanimation post opératoire. EPH Ain Taya. Alger Est

Introduction : La crise de la Covid-19 qui a frappé le monde entier est d'abord une crise sanitaire mais son impact va bien au-delà du secteur de la santé et les conséquences sont ressenties sur tous les secteurs économiques et sociaux. L'impact de COVID-19 sur la pratique chirurgicale est généralisé et lourdement ressenti. Les services de chirurgie se convertissent, un à un, en.

Unités de Soins Intensifs supplémentaires. Les interventions chirurgicales (non urgentes et non oncologiques) programmées sont annulées. Leur personnel soignant, médical et para médical, est mobilisé pour fournir un soutien aux patients infectés par la Covid-19.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'épidémie de la Covid-19 sur l'activité chirurgicale programmée et d'urgence, dans un Hôpital régional hospitalo-universitaire de la région algéroise (hôpital Ain Taya), région fortement touchée par l'épidémie, et d'identifier les difficultés rencontrées lors de la reprise des activités antérieures à l'épidémie.

Méthode : Il s'agit d'une analyse rétrospective comparative des données de l'activité chirurgicale électorale et d'urgence avant, pendant la crise sanitaire et les résultats de la reprise des activités chirurgicales des cinq premiers de l'année 2021.

Résultats : La contribution à la lutte anti Covid19 du service de chirurgie générale a été effective avec 364 malades hospitalisés (24.81% de toutes les admissions Covid19 de l'hôpital Ain Taya), 10% de ces malades ont transité par le service de réanimation. Le taux de mortalité en réanimation était de 75,89% (67 décès) et de 13,76% (30 décès) en service conventionnel. Le taux de contamination du personnel soignant par la Covid-19 est de 43,16%. Durant la période Covid, 321 interventions chirurgicales ont été annulées ou reportées durant les dix premiers mois de la Pandémie. Le nombre de consultations spécialisées a chuté de 81%. La fréquentation des pavillons des urgences a baissé de 52%, avec une réduction de l'activité chirurgicale urgente estimée à 69 % de mars à décembre 2020 ($p < 0,001$). En comparant les 02 périodes

(pré et per Covid) une diminution globale de 86.54 % a été constatée en termes d'activité chirurgicale (ambulatoire et conventionnelle) ($p < 0.0001$), avec une réduction de l'activité opératoire en urgence ($p < 0.0001$) et de toutes les consultations ($p < 0.0001$) de façon significative. La chirurgie oncologique a baissé de 76.11% (32 cas de cancers digestifs opérés en 2020, 134 en 2019). La reprise de toutes les activités chirurgicales est envisagée après une accalmie de la crise sanitaire (05 premiers mois de l'année 2021). Une augmentation de la demande en soins (chirurgie électorive) est constatée, par rapport à l'année Covid 2020 de 2.41%, mais toujours en deçà de l'activité habituelle de la période pré-Covid-19 (année 2019). La reprise de l'activité opératoire est particulièrement lente et laborieuse.

Conclusion: Notre étude a permis de confirmer que la pandémie Covid-19 a eu des répercussions majeures sur l'activité chirurgicale (chirurgie viscérale et gynécologie-obstétrique).

Une réduction importante de la capacité opératoire est rapportée, réduction étendue à la chirurgie oncologique et même à la chirurgie urgente. Dans ce contexte pandémique, l'activité chirurgicale électorive et surtout oncologique semble la plus touchée par cette crise sanitaire.

Les effets à long terme de cette baisse d'activité opératoire restent à établir.

Une morbi-mortalité due à des retards diagnostiques ou thérapeutiques dans les autres pathologies, en particulier les maladies chroniques et les affections de longue durée sont à craindre. Une hausse des hospitalisations trop tardives et une surmortalité en raison des reports de soins ne sont donc pas à exclure. Il est indispensable que les pays trouvent des solutions innovantes pour garantir la continuité des services tout en combattant la Covid-19.

Mots clés : pandémie, coronavirus, confinement, chirurgie générale

Nouvelles solutions Laser en proctologie.

M. Doudi. Centre proctolaser. El Oued.

Les affections Proctologiques ont connu de très grandes avancées dans le domaine thérapeutique cette dernière décennie avec l'avènement des procédés mini et moins invasifs dont le LASER traitant toutes les maladies Proctologiques

1-Hémorroïdes. L H P Laser Hémmorrido Plasty

2- Fissure Anale S P L

Sphincterolyse Laser

3- Fistules Anales : F i La C

Fistula Laser tract Closure

4- Sinus Pinonidal (Kyste Pilonidal)

P P L (Pilonido Plastie laser)

S i La C (Sinus Laser Closure)

Plus de 3600cas opéré depuis mars 2016 à janvier 2022

Avec de très bons résultats notamment la douleur postopératoire. L'hémorragie, l'infection

Résultats à court terme de la colectomie subtotalaire pour colites aiguës graves. Etude rétrospective sur 03 ans.

W. Kebieche, R. Dahdouh, R. Khalfallah, Y. Mahmoudi, K. Bennabi, K. Tadriss, N. Saddar, H. Berrezel, Z. Benmoussa, Z. Imessaoudéne.

Clinique Chirurgicale A. CHU Mustapha. Alger.

Introduction : La colite aiguë grave (CAG) est une complication fréquente des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Leur diagnostic repose sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques et radiologiques. La CAG est une urgence médicochirurgicale ; sa mortalité opératoire est de 1 à 3 %. La prise en charge doit être rapide et coordonnée, dès l'admission, entre les équipes médicales et chirurgicales.

Objectif : Cette étude vise à évaluer la morbidité et la mortalité post opératoires dans les colites aiguës graves opérées en urgence dans notre service au cours des trois dernières années.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, mono centrique, menée à la clinique chirurgicale « A » du CHU Mustapha Bacha, sur une période de 3 ans (janvier 2019 - Novembre 2021). Nous avons inclus tous les patients opérés en urgence pour CAG pendant cette période. Les données préopératoires, opératoires et postopératoires ont été collec-

tées à partir des dossiers des patients et la morbi-mortalité a été évaluée selon la classification de Clavien et Dindo.

Résultats : 44 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 40 ans (Extrêmes 16 - 70 ans) avec une prédominance masculine (sexe ratio H/F = 3). 6 patients ont été admis pour une CAG inaugurale (13,6 %), tandis que 38 patients étaient suivis pour une MICI (86,7 %). Tous les patients ont été admis dans un tableau de CAG selon les critères de Truelove et Witts modifiés. 6 patients ont été opérés en urgence devant la présence de complications chirurgicales (1 cas de perforation, 5 cas d'hémorragie digestive massive). La chirurgie a été indiquée en deuxième intention après échec du traitement médical chez 38 patients. Tous les patients ont bénéficié d'une colectomie subtotalaire avec double stomie. Le taux de mortalité était de 15%. Les complications postopératoires ont concerné 23 patients (52%). Il s'agissait de complications mineures de grade I et II de Clavien et Dindo chez 15 patients (34%) et des complications majeures de grade III et IV chez 8 patients (18%).

Conclusion : La colite aigue grave est une urgence médi-co-chirurgicale qui nécessite une approche multidisciplinaire ; le traitement médical est la base du traitement initial ; mais la chirurgie doit toujours être indiquée au bon moment compte tenu du risque de mortalité élevé.

La colectomie doit être considérée comme un traitement de

référence de la CAG et non comme une solution de dernier recours.

Mots clés : Colite aiguë grave ; Colectomie subtotale ; Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; Morbidité

Chirurgie du colon en urgence : résultats d'une étude rétrospective sur 8 ans.

M.N. Belagoun, S. Ali Doumani, A. Ladada, K. Abdesselam, K. Boulahia, C. Boukert, A. Chetouane

Introduction : La chirurgie en urgence du cancer colique est associée à une augmentation du risque de la morbidité-mortalité postopératoire et un taux élevé des stomies définitives ; d'autant plus l'occlusion et la perforation tumorale sont considérées comme un facteur de mauvais pronostic [1] : la prise en charge n'est pas consensuelle : surtout après le retour vers le débat de la prothèse colique comme un pont à la chirurgie [2,3,4]

Le but de notre étude est d'avoir un profil épidémiologique du cancer colique pris en charge en urgence, ainsi évaluer cette prise en charge.

Méthodes : De 2013 à 2021 ; 75 patients ont été opérés en urgence pour un cancer colique dans le service de Chirurgie Générale EPH Thenia ; parmi les 75 patients. La tumeur a été retrouvée dans le colon droit chez 19 patients, chez 6 patients elle a été dans le colon transvers alors le colon gauche a été atteint chez 50 patients. Les résultats ont été comparés avec une étude française [5]

Résultats : Age moyen des patients est 60 ans ; 18 % des patients ont un âge supérieur à 75 ans (un âge supérieur à 70 ans

est un facteur prédictif de mortalités postopératoire $p < 0,0001$ [5]) ; chez 46 patients la tumeur a été découverte en urgence, l'anémie a été présente chez 96% des patients dont 22 patients ont eu une transfusion peropératoire, et 30 patients transfusés en postopératoire (mortalités et morbidité élevées avec séjours longs à l'hôpital chez les patients transfusés $P < 0,001$ [6]) ; exploration chirurgicale a mis en évidence une carcinose péritonéales chez 9 patients; la résection de la tumeur primitive a été faite chez 36% des patients.

41 patients ont eu une colostomie latérale, 7 patients ont eu une iléostomie, 21 patients ont eu une intervention d'Hartmann, une colectomie subtotala a été réalisée chez 6 patients.

Conclusion : La colectomie segmentaire et colostomie latérale c'est les deux options à privilégier chez des patients en bon état général.

La colostomie latérale est recommandée chez des patients avec un état général altéré en cas de cancer du colon gauche en occlusion. « Stent as bridge to surgery » reste une option thérapeutique sous réserve qu'elle soit mise en place dans des centres experts [7]

Les abdominoplasties : bases anatomiques et techniques de réparation.

A. Madjoudj

CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE

Hémi-colectomie droite totalement laparoscopique pour cancer

Z. Djilli, O. Salem, A. Nasri, K. Abdi, O. Rehamnia, N. Souileh, S. Haddad, N. Arbaoui

Introduction : La colectomie droite par laparoscopie est principalement indiquée dans le traitement chirurgical du cancer du côlon droit, C'est une intervention aujourd'hui bien codifiée et dont les résultats en termes de morbidité postopératoire et de résultats oncologiques à court terme sont au moins équivalents à ceux de la laparotomie.

Observation : Nous vous montrons un film d'une colectomie droite carcinologique totalement laparoscopique avec un abord médian d'une patiente atteinte d'un cancer du côlon droit patiente âgée de 70 ans, hypertendue sous traitement, BMI 29 présentant un adénocarcinome bien différencié du Caecum C T3NxM0

Bilan d'extension négatif

ASA II, pas de CI à la ceolochirurgie

Installation de l'opéré et de l'équipe chirurgicale Le patient est installé en décubitus dorsal, jambes écartées, les deux bras le long du corps. Le chirurgien entre les jambes de la patiente, l'assistant à droite de l'opérateur, l'instrumentiste à gauche de l'opérateur et l'écran à droite du patient en regard de la tête.

Mise en place des trocarts Le premier trocart de 10 mm (canal optique) est mis en place sus ombilical gauche open-laparoscopie. Les trocarts suivants sont placés sous contrôle de la vue : un trocart de 5 mm dans l'hypocondre gauche, un trocart de

12 mm au niveau de la fosse iliaque gauche (opérateur). Enfin, un trocart de 5mm est au niveau sus pubien gauche.

Exposition du champ opératoire consiste à basculer le malade en position de Trendelenburg et avec un roulis vers la gauche. Le grand épiploon est retourné en faisant apparaître le côlon transverse ; il est placé sur l'estomac qui doit être plat. Les anses grêles « tombent » spontanément vers l'hypocondre gauche, permettant d'exposer Le cæcum, le côlon ascendant, le mésocôlon droit et les pédicules iléocolique et colique supérieur droit

Exploration de la cavité abdominale Le bilan d'extension est négatif et la tumeur caeca le n'est visible mais extirpable.

Les différents temps opératoires sont : • ouverture du mésocôlon droit juste sous l'axe du pédicule iléocolique et en avant du duodénum et décollement du mésocôlon droit de dedans en dehors ;

clippage-section des pédicules iléocoliques et colique supérieur droit à l'origine et la branche droite de la colica media ;

Poursuite du décollement du mésocôlon dans l'espace méso fascial ; vers le haut jusqu'à la création de la fenêtre vésiculaire et en dehors jusqu'à la découverte du côlon droit

Hemiolectomie droite et section du colon transverse à la pince endoGIA

Décollement coloépiloïque droit, décrochage de l'angle colique droit, décollement colo-pariétal droit et avec mobilisation iléo-caecale et section iléale à la pince endo GIA

Confection d'une anastomose mécanique iléo-transverse latéro-latérale aniso-peristaltique

Mise en place de l'epiploon dans la brèche mésentérique.
Extraction de la pièce opératoire après protection de pariétale par une incision transversale droite fermeture pariétale puis contrôle laparoscopique de la cavité abdominale en fin d'intervention et drainage, Durée op : 3h, Saignement : 100 cc
Les suites postopératoires simples Sortie à j6, le compte rendu anatomopathologique était en faveur d'un ADK mucineux, limites chirurgicales latérales et circonférentielle saines, N+(4)/N(17) (PT3N2aM0)

Conclusion : L'hémicolectomie droite totalement laparoscopique pour cancer du côlon droit est une technique séduisante permettant non seulement de respecter les règles carcinologiques (contrôle vasculaire et curage ganglionnaire) avec des résultats carcinologiques opératoires équivalents à ceux de la laparotomie et avec un bénéfice postopératoire non négligeable.

L'hystérectomie par coelio versus voie basse.

M. Laribi. Chirurgien libéral. Alger

L'hystérectomie par coelio a connu des heures de gloires à partir des années 90, notamment par cette nouvelle appr en termes de confort postopératoire, de la préservation du capital cosmétique, et séjour hospitalier écourté, mais ceci basse plus ancestrale et toujours d'actualité pratiquée sous anesthésie locorégionale et à moindre frais.

Résection laparoscopique transgastrique d'une tumeur stromale fundique.

S. Lahrech (1), Z. Seoudi (2), A. Khelif (1), C. Chekman (1), A. Azzouz (1), N. Djilali (1), H. Oukrine (1), A. Azouaou (2), A. Djennaoui (1)

1. Service de chirurgie générale. CPMC. Alger

2. Service de chirurgie générale. Chu Douéra. Alger

Résumé : Les tumeurs Stromale gastro-intestinales (G IST) sont les tumeurs mésoenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif, elles dérivent des cellules de Cajal ou d'un de leurs précurseurs, l'abord laparoscopique est préconisé quand la tumeur ne dépasse pas les 05 cm et doit permettre une résection tumorale en monobloc sans éfraction tumorale avec marges de résection saines.

Matériel et Méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente de sexe féminin âgée de 89 ans, ASA II, qui présente une tumeur Stromale du fundus gastrique de cinq centimètres de grand axe, un abord laparoscopique a été préconisé, l'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale, en décubitus dorsal, un pneumopéritoine à 13mmhg a été réalisé et 04 trocarts ont été introduits, on commence par localiser la tumeur, une gastrotomie antérieure, une résection Trans gastrique de la tumeur par un agrafage mécanique avec marge de résection supérieure à un centimètre, fermeture de la gastrotomie par un sujet, extraction du spécimen dans un sac après agrandissement de l'orifice ombilicale, un drainage tubulaire a été laissé en place.

Résultats : les suites opératoires étaient simples, les pertes sanguines ont été estimée à 40cc, la patiente est sortie le 6ème jour après l'opération et les résultats de l'étude anatomopathologie objective une tumeur stromale gastrique de faible risque de récurrence avec marges de résection saines.

Conclusion : la résection Trans gastrique laparoscopique des tumeurs stroma l'est une technique sûre, assurant des résultats carcinologiques satisfaisants et permet d'éviter les résections gastriques majeures. mais doit être réservée pour les tumeurs de petite taille (≤ 05 cm).

Tumeur stromale au niveau de l'angle de Treitz

R. Khalfallah, R. Dahdouh, R. Cherfa, K. Tadrict, K. Bennabi, Y. Mahmoudi, W. Kebieche, O. Benhadid, Z. Imessaoudene.
Clinique chirurgicale A. CHU Mustapha. Alger

Les GIST (gastro-intestinal stroma/ tumors) sont des tumeurs mésoenchymateuses rares représentant 1% des cancers primaires gastrointestinaux.

Elles sont plus fréquentes au niveau de l'estomac (60%), du jéjunum/iléon (20- 30%), et du rectum. L'atteinte duodénale est beaucoup plus rare (3-5%).

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 40 ans qui présente une GIST duodénale de 5 cm de diamètre, révélée par une anémie et des mélémas.

Cette vidéo (en haute définition) souligne les particularités techniques de la résection duodénale segmentaire pour GIST.

Laparoscopic transversus abdomino release : une première technique de réparation et de reconstitution anatomique des grandes hernies incisionnelles par laparoscopie en Algérie.

S. Zatir, B. Makhlouf, S. Bouchakour, B. Kroumli.
Service des urgences medico-chirurgicales. HMRU Oran

Résumé : Les hernies ventrales, en particulier les grandes hernies incisionnelles, sont un problème fréquent et difficile que rencontre un chirurgien. Ils compliquent environ 11 à 23% de toutes les chirurgies abdominales. Les taux d'échec pour diverses formes de réparation de hernie vont de 25 à 54% pour la réparation de suture primaire et jusqu'à 32% pour la réparation de maillage ouvert. Des comorbidités importantes, une perte d'architecture anatomiques de la paroi rendent difficile la prise en charge des grandes hernies récurrentes.

Chez les patients subissant plusieurs laparotomies pour diverses indications, il n'est pas toujours facile d'obtenir une fermeture abdominale et l'ouverture de l'abdomen devient inévitable.

L'abdomen ouvert est associé à de multiples morbidités telles que fistulisation, saignement, infection, etc.

Bien qu'il existe plusieurs méthodes pour obtenir une fermeture abdominale dans les cas difficiles, la méthode idéale de réparation de la hernie n'a pas encore été trouvée.

Les techniques de reconstruction typiques dans ces scénarios auraient du mal à rétablir la paroi abdominale pour créer une réparation durable.

Nous avons réalisé une réparation pariétale des grande éventrations abdominales par une nouvelle technique mini-invasive en Algérie laparoscopie transversus abdominorealase modifiée par abord latéral, vue les multiples avantages à savoir une reconstitution anatomique et une réparation sans tension, sans drainage, une durée d'hospitalisation d'une journée ,et pratiquement pas de sepsis postoperatoire.

Faisabilité du traitement chirurgical coelioscopique de la perforation d'ulcère bulbaire antérieur.

S. Ammari, N. Nait Slimane, K. Draï, R. Khiali, Y. Benhocine, A. Laddada, R. Bekhouche, E. Dahmani, A. Ghellache, M. Taieb.
Service de chirurgie générale. EPH Ain Taya. Alger Est

Résumé : La perforation d'ulcère peptique représente environ 5% des urgences abdominales [64], c'est la deuxième Perforation intra-abdominale nécessitant une intervention chirurgicale, après l'appendicite aigue perforée [1].

Le traitement laparoscopique d'un ulcère peptique perforé a été réalisé pour la première fois en 1990 [2], mais la technique n'est pas encore universellement acceptée.

Les résultats de certains essais cliniques suggèrent que la chirurgie laparoscopique pourrait être Une meilleure stratégie que la chirurgie ouverte dans le traitement de l'ulcère gastrique perforé [3].

Deux grandes études randomisées de haute qualité ont Comparé la chirurgie laparoscopique à la chirurgie ouverte [4,5], impliquant au total 214 patients (111) opérés par Laparoscopie et 103 par laparotomie.

Ces études notamment la deuxième, ont montré que les patients opérés par laparoscopie souffriraient beaucoup moins de douleur postopératoire et ont un temps de reprise d'activité plus court [5].

D'autres études comparatives ont montré la Réduction des taux de complication postopératoire après chirurgie laparoscopique et même la mortalité est opératoire est légèrement plus faible [6,7,8].

Le taux de conversion à la chirurgie ouverte est de 10-20 %, par ailleurs les reprises chirurgicales sont plus fréquentes Après chirurgie laparoscopique [9 ,10]. Les « guidelines » français et européens [11] recommandent la voie laparoscopique comme une alternative à la laparotomie avec un fort niveau de preuves.

Notre but : est de faire une illustration filmée de la faisabilité du traitement chirurgical de la perforation d'ulcère par voie laparoscopique.

Sleeve gastrectomie coelioscopique.

B. Boudiaf.

Chirurgien libéral. Alger

Traitement laparoscopique en urgence des CAL.

A. Ayadi.

Chirurgien libéral. Annaba

CANCÉROLOGIE

Impact de l'éfraction peropératoire de la vésicule biliaire sur le pronostic d'un cancer de la vésicule de découverte histologique.

S. Belkherchi, N. Sifour, D. Benaibouche,

Introduction : La découverte histologique (DH) d'un cancer sur pièce de cholécystectomie nécessite une chirurgie complémentaire (CC) les pT1b, pT2 et pT3 dans le but de réséquer le résidu tumoral (RT). Du fait d'une évolution rapide, tous les patients ne bénéficient pas de cette CC. Ce travail a pour but de rechercher l'impact de l'éfraction peropératoire de la vésicule biliaire (EV) sur la résécabilité et le pronostic des patients.

Matériel et méthode : C'est une étude rétrospective incluant tous les patients avec DH. Les paramètres étudiés étaient : âge, sexe, caractéristiques de la cholécystectomie (difficultés opératoire et incidents), la réévaluation (clinique, morphologique et biologique), la résécabilité, la récurrence et la survie. Résultats : 94 cas ont été colligés, 75 femmes et 19 hommes, d'âge moyen de 60.7 ans (31- 78ans).

Deux groupes de patients ont été retrouvés, ceux avec une CC possible et ceux pour qui la CC était impossible. La comparaison entre les 2 groupes par rapport à l'EV et la résécabilité n'a pas montré de différences.

Dans un second temps nous avons comparé l'influence de cet incident opératoire sur la récurrence et la survie et le résultat était significatif.

Conclusion : la fuite peropératoire de la bile est un incident majeur qui marque un tournant dans la prise en charge du cancer de la vésicule biliaire de DH.

Cancer de la vésicule biliaire : difficultés diagnostiques

F. Moussaoui, R. Ibagherache, K. Si Ahmed, D. Fekhar, Z. Seoudi, T. Hachemi, C. Bounab, A. Azouaou

Impact de l'efraction peropératoire de la vésicule biliaire sur le pronostic d'un cancer de la vésicule de découverte histologique.

S. Belkherchi, N. Sifour, D. Benaibouche,
Service de chirurgie générale, CHU Bejaia

Introduction : Introduction : La découverte histologique (DH) d'un cancer sur pièce de cholécystectomie nécessite une chirurgie complémentaire (CC) les pT1b, pT2 et pT3 dans le but de réséquer le résidu tumoral (RT). Du fait d'une évolution rapide, tous les patients ne bénéficient pas de cette CC. Ce travail a pour but de rechercher l'impact du de l'efraction peropératoire de la vésicule biliaire (EV) sur la résécabilité et le pronostic des patients.

Matériel et méthode : C'est une étude rétrospective incluant tous les patients avec DH. Les paramètres étudiés étaient : âge, sexe, caractéristiques de la cholécystectomie (difficultés opératoire et incidents), la réévaluation (clinique, morphologique et biologique), la résécabilité, la récurrence et la survie. Résultats : 94 cas ont été colligés, 75 femmes et 19 hommes, d'âge moyen de 60.7 ans (31- 78ans).

Deux groupes de patients ont été retrouvés, ceux avec une CC possible et ceux pour qui la CC était impossible. La comparaison entre les 2 groupes par rapport à l'EV et la résécabilité n'a pas montré de différences.

Dans un second temps nous avons comparé l'influence de cet incident opératoire sur la récurrence et la survie et le résultat était significatif.

Conclusion : la fuite peropératoire de la bile est un incident majeur qui marque un tournant dans la prise en charge du cancer de la vésicule biliaire de DH.

Carcinome papillaire de la thyroïde : vers un curage central systématique ?

F.Z Cherif, K. Chaou, K. Rouaski, M. Saidani

Service de chirurgie générale et oncologique. CHU Issaad Hassani. Beni Messous

Résumé : Les cancers de la thyroïde sont les cancers endocriniens les plus fréquents. Les métastases ganglionnaires cervicales des carcinomes papillaires sont retrouvées chez 20 à 60 % des patients. Aucune étude prospective randomisée ne permet de définir clairement si un curage prophylactique doit être ou non réalisé lors de la chirurgie initiale en raison de la faible prévalence et de la faible mortalité associées aux carcinomes papillaires.

En conséquence, le curage prophylactique reste une attitude controversée. Les arguments en faveur et contre cette attitude sont discutés dans cet essai thérapeutique sur une période cinq ans (Janvier 2013 à décembre 2017) randomisé, prospectif, comparatif sur le curage ganglionnaire central prophylactique pour carcinome papillaire de la thyroïde ainsi que les données des consensus français et internationaux.

Mots clés : Cancer papillaire de la thyroïde, Curage ganglionnaire central, Facteurs de risque de métastases ganglionnaires, Thyroïdectomie.

La reconstruction mammaire : techniques et modalités.

S. Ganaoui, Benachnhou, Boubnider
Service de chirurgie B. CPMC. Alger

La reconstruction mammaire (RM) est actuellement dans le protocole du traitement du cancer du sein et est proposée aux patientes dès la première consultation.

La RM a pour objectif de redonner du volume, de symétriser le sein contro-latéral et de reconstruire la PAM (plaque aréolo-mamelonnaire)

La RM doit respecter des impératifs carcinologiques et plastiques, elle doit être programmée au même titre que tous les traitements du cancer du sein par un comité multidisciplinaire.

Il existe deux principales méthodes de reconstruction mammaire, parfois associées : la mise en place d'une prothèse (implant mammaire) et l'utilisation de tissu autologue (reconstruction par lambeau et autres).

l'Associations de plusieurs technique est le principale recours pour satisfaire les principes carcinologiques et esthétique.

Les reprises chirurgicales dans les carcinomes papillaires de la thyroïde.

H. Oukrine, A. Djennaoui

Service de chirurgie oncologique C. Clinique Debussy. Alger

Introduction : Le carcinome papillaire de la thyroïde est le plus fréquent des cancers endocriniens, et malgré son bon pronostic les métastases ganglionnaires ne sont pas négligeables elles sont retrouvées dans 20% à 50% des cas.

Matériel et méthode : L'objectif de notre étude est d'évaluer la morbidité liée aux reprises chirurgicales du secteur central et latéral dans les carcinomes papillaires de la thyroïde et de rapporter les difficultés techniques rencontrées.

C'est une étude rétrospective sur un période de 18 mois, de janvier 2018 à juin 2019 comportant 15 patients ; L'âge moyen était de 38 ans. 67% des patients étaient opéré initialement pour un goitre multinodulaire.

L'examen anatomo-pathologique était en faveur d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

Résultats : Le diagnostic de la récurrence était basé sur le dosage de la thyroglobuline, l'échographie cervicale, et la cytoponction des adénopathies.

La morbidité globale était de 40% avec 22% d'hypoparathyroïdie transitoire et 6% des lésions des nerfs laryngé inférieur confirmé par examen OrL.

Conclusion : La chirurgie des récurrences des carcinomes papillaires de la thyroïde expose à une morbidité plus importante comparativement à la chirurgie initiale et techniquement plus difficile.

L'ablathérapie dans les métastases hépatiques des cancers colorectaux : Expérience de l'EPH Bologhine. A propos de 13 cas.

N. Annane, K. Haddad, F. Taïb, S. Belhouas, A. Bennani, F. A. Benamar, L. Abid, S. Berkane

Introduction : La résection hépatique est la meilleure option thérapeutique des métastases hépatiques des cancers colorectaux ; mais elle n'est possible d'emblée que chez un patient sur 3 du faite du stade de la maladie, des comorbidités et de l'état du foie sous-jacent. Une alternative thérapeutique à moindre frais est la destruction par thérapie ablatives.

Matériel et méthodes : Treize patients ont été colligés entre 2010 et 2019. Age moyen des patients est de 53 ans [27-78 ans], 6 patients (46%) avaient des tares (6 patients avaient une HTA, 2 un diabète et un patient avait un asthme). 11 patients avaient des métastases hépatiques synchrones et 2 métastases métachrones.

Quatre patients avaient une carcinose limitée. Neuf patients (69%) avaient bénéficié d'un geste chirurgical sur le primitif, 2 patients n'ont pas bénéficié d'un geste sur la tumeur primitive et 2 patients ont bénéficié en même temps d'un geste sur la tumeur primitive et les métastases. Tous ces patients ont bénéficié d'une thérapie ablatrice par voie peropératoire. 11 patients ont bénéficié d'une radiofréquence (RF) et 2 patients de micro-ondes. 71 métastases hépatiques ont été traitées avec une moyenne de 5,46 métastases par patient

[1-12 méta]. Le diamètre moyen des métastases est de 24,3 mm avec des extrêmes du plus grand diamètre de [23-100 mm].

Deux patients n'ont bénéficié que d'une RF pour les métastases et 11 patients avaient bénéficié d'une résection hépatique associée à la thérapie ablatrice (7 patients ont bénéficié de métastasectomie, un patient une lobectomie hépatique droite, un patient d'une hépatectomie droite, 2 cas ont bénéficié d'une wedge résection, un patient une segmentectomie VII) d'autres gestes ont été associés tel que, cholécystectomie, ligature de branche portale, résection antérieure d'une tumeur de la jonction recto sigmoïdienne et d'une colostomie.

Résultats : Les suites postopératoires ont été simples chez 05 patients (38%), la morbidité est 53% (7 patients), ces complications ont été selon Clavien et Dindo en grade I et II. Cinq patients ont présenté un épanchement pleural, un patient une fistule biliaire externe minime et un patient une insuffisance hépatocellulaire légère. Un décès post opératoire a été noté, suite à une insuffisance hépatocellulaire, patient ayant bénéficié d'une lobectomie droite élargie au segment I et RF -du reliquat tumorale du segment I. la survie est de 50% à 6mois, 37% à 12 mois, 10% à 36 et 50 mois.

La chirurgie laparoscopique pour cancer colo-rectal au sein du service de chirurgie oncologique A du CPMC : évaluation des résultats immédiats et à distance.

Z. Boudiaf, I.H. Boutekdjiret, K. Cherchar, M. Kheloufi, A. Chibane, Z. Hattou, C. Bouzid, K. Bentabak

Introduction : Le but de notre étude était d'évaluer sur une série de 158 patients, l'approche laparoscopique dans les résections colorectales pour cancer. Cette évaluation avait porté sur la morbi-mortalité postopératoire, la qualité d'exérèse ainsi que sur la survie.

Matériel et méthodes : De septembre 2015 à janvier 2022 nous avons colligé 158 patients, opérés par chirurgie laparoscopique pour un adénocarcinome colorectal.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 58 ans (12-83) et le sex-ratio de 1 (79H/79F). La localisation tumorale était colique dans 58 cas (sigmoïde 34, colon gauche 11, colon droit 13) et rectale dans 100 cas (haut rectum 21. Moyen rectum 38. Bas rectum 41).

Cent-un patients avaient reçu un traitement néoadjuvant. Les gestes chirurgicaux variaient selon la localisation tumorale (résection sigmoïdienne, résection segmentaire haute gauche, hémicolectomie gauche, exérèse partielle ou totale du meso rectum, résection

intersphinterienne, amputation abdominopérinéale et hémicolectomie droite) dans 04 cas la résection a été élargie à un organe de voisinage et dans 39 cas des résections de métastases hépatiques ont été réalisées lors du même temps opératoire.

La durée opératoire était en moyenne de 4h47mn.

La résection était de type R0. Sauf chez un neuf patient qui avaient une marge circonférentielle de moins de 1 mm (7 patients) ou distale de moins de 1 mm (2 patients) à l'étude anatomopathologique. Le nombre de ganglions prélevés était en moyenne de 17.4.

La durée du séjour postopératoire était en moyenne de 5,22 jours.

La conversion avait concerné 15 patients (9.49%).

La morbidité était de grade 1-2 de Clavien Dindo chez 33 patients et de grade 3-4 chez 18 patients ayant nécessité des réinterventions.

La mortalité postopératoire était de 1.2%.

La survie globale à 5 ans était de 72%.

Après étude statistique, la conversion, le stade tumorale et la qualité d'exérèse avaient impacté la survie globale.

Conclusion : L'introduction de l'approche laparoscopique dans la prise en charge des cancers colorectaux au sein de notre service a permis de réaliser des résections carcinologiques sûres sans majorer le taux de complication tout en faisant bénéficier les patients d'une meilleure réhabilitation.

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Abord premier de l'artère mésentérique supérieure dans les duodéno-pancréatectomies céphaliques. Un choix ou une nécessité ?

S. Mammouche.

Service de chirurgie B. CHU Ibn Badis. Constantine

Résumé : L'abord premier de l'artère mésentérique supérieure (APAMI) dans les duodéno-pancréatectomies céphaliques pour cancer du pancréas présente plusieurs avantages, d'abord carcinologiques :

- L'exérèse est abandonnée en cas d'adénopathies positives sur le bord gauche de l'AMS.
- La dissection effectuée au ras des vaisseaux offre une exérèse totale du mésopancréas.
- La notion classique de « lame rétro-portale » n'a plus cours.

Ainsi qu'un intérêt technique ;

- L'identification d'une artère hépatique naissant de l'AMS est facilitée.
- La pièce est libérée d'abord du plan artériel puis du plan veineux : En cas d'envahissement veineux, la mise en place des clamps est facilitée par la libération préalable des connexions avec l'AMS. La pièce est alors « pédiculisée » sur l'axe veineux.

- L'exérèse est terminée par la section pancréatique dont l'emplacement est déterminé avec précision. Nous avons pratiqué cet abord chez quinze malades et ça nous a permis de mettre en évidence chez le dernier patient une artère hépatique foie total naissant de l'AMS. L'APAMI présenté au début comme une option thérapeutique s'impose actuellement avec le développement du concept de mésopancréas et niveaux de curage ganglionnaire

Pseudo kyste du pancréas : abord laparoscopique.

S. Chakor, Z. Seoudi, R. Boudjemaa.
Service de chirurgie, CHU Douéra. Alger

Goitre ectopique médiastinal. A propos d'un cas.

R. Morsli, K. Badaoui, Belbey, B.M. Benkada. Service de chirurgie générale. CHU Mostaganem

Objectif : Nous rapportons un cas de goitre ectopique médiastinal associé à un goitre cervical, initialement passé inaperçu. L'intérêt de la scintigraphie dans la recherche d'une autre localisation de tissu thyroïdien dans l'hyperthyroïdie post thyroïdectomie totale est souligné, et la question de la TOM thoracique systématique devant tout goitre cervical ou devant une 1^{ère} récurrence ou ré-intervention pour reliquat, est soulevée.

Matériel et méthodes : Patiente âgée de 49 ans, aux antécédents de chirurgie thyroïdienne cervicale à deux reprises. La première, le geste chirurgical avait consisté en une loboisthnectomie gauche dont le caractère bénin a été affirmé par cytoponction puis confirmé par l'histologie. La deuxième, 13 ans après, reprise pour suspicion de carcinome papillaire par la cytoponction, traité par totalisation avec curage jugula-carotidien gauche, dont l'histologie était bénigne.

Au cours de la surveillance post-opératoire la patiente présentait une hyperthyroïdie persistante malgré l'adaptation du traitement médical, faisant suspecter un reliquat thyroïdien. Ces circonstances ont conduit à la réalisation d'une scintigraphie corps entier suspectant un reliquat basi-cervical ainsi

que deux foyers de fixation médiastinaux suspects, sans reliquat thyroïdien de la région cervicale. L'exploration a été complétée par une TOM thoracique qui a objectivé une masse médiastinale antéro-supérieure évoquant, vu le contexte, un goitre ectopique, avec quelques adénomégalies inter-jugula-carotidiennes sans caractère péjoratif.

L'indication opératoire a été posée, la patiente opérée. L'abord est fait par sternotomie, l'exploration retrouve une masse encapsulée du médiastin antérieur mesurant 4 cm sans prolongement cervical, située en pré-cave, avec vascularisation issue du tronc veineux innominé, la veine et l'artère mammaires internes. On procède à la ligature des vaisseaux et résection de la masse, exérèse de la cavité pleurale droite accolée à la masse, hémostase et fermeture sur drain aspiratif.

Résultats Les suites opératoires étaient simples, la patiente a été mise sous hormones thyroïdiennes de substitution. Les bilans biologiques de contrôle à savoir bilan thyroïdien (TSHus + fT4) et bilan phosphocalcique étaient corrects. La radiographie thoracique objective la disparition de l'opacité médiastinale droite. L'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un adénome de la thyroïde de siège ectopique (médiastinal).

Conclusion : La scintigraphie dans l'hyperthyroïdie notamment après thyroïdectomie totale et dans le cadre du goitre ectopique est d'un grand apport dans la démarche diagnostique, ce qui correspond aux données de la littérature. Des études statistiques sont nécessaires afin d'évaluer l'intérêt de la TOM thoracique dans le bilan d'un goitre cervical d'emblée ou avant une reprise, car cette dernière pourrait épargner une réintervention au patient.

La hernie de Littré. A propos d'un cas.

S. Ammari, K. Draï, N. Nait Slimane, R. Khiali, Y. Benhocine, A. Laddada, N. Bounab, S. Bouakrif, M.I. Djouini, L. Merakeb, A. Bouzid, S. Mecheri, I. Souaadi, R. Bekhouche, A. GFhellache, E ; Dahmani, M. Taieb.
Service de chirurgie. EPH Ain Taya. Alger-Est

Introduction : La hernie de Littré est définie par la présence du diverticule de Meckel isolé dans un sac herniaire. Elle a été décrite pour la première fois en 1700 par Littré d'où son nom, et son diagnostic est porté généralement en per opératoire.

Observation : Le patient L-A âgé de 64ans aux antécédents chirurgicaux d'une hernie inguinale droite opérée deux ans auparavant, consulte dans le cadre de l'urgence pour une tuméfaction inguino-scrotale droite douloureuse, irréductible, associée à des nausées. Ce tableau clinique est apparu 03 heures avant la consultation.

L'examen physique a confirmé l'existence d'une tuméfaction inguino-scrotale droite irréductible, non impulsive à la toux, en regard de l'ancienne cicatrice d'incision inguinale droite, évoquant une hernie inguino-scrotale droite récidivée étranglée.

Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

La radiographie de l'abdomen sans préparation : a objectivé quelques niveaux hydro-aériques grêliques.

Le patient est opéré en urgence pour le diagnostic de hernie inguinale droite récidivée étranglée et dont l'exploration du contenu du sac herniaire a retrouvé une anse intestinale grêle viable siège d'un diverticule de Meckel.

Le patient a bénéficié par voie inguinale d'une résection d'une anse iléale emportant le diverticule avec rétablissement immédiat de la continuité digestive par anastomose iléo-iléale termina-terminale manuelle, et d'une hernioraphie selon le procédé de MAC-VAY.

Les suites opératoires étaient favorable l'alimentation liquide est reprise au 6ème jour postopératoire et le patient est porté sortant au 7ème jour postopératoire.

Conclusion La hernie de Littré est une affection rare, Notre objectif est d'en rapporter un nouveau cas et de faire une revue de la littérature.

Place de la prémédication aux anxiolytiques.

K. Bendjoudi, K. Badache, K. Meskhouri, A. Salmi. Service de chirurgie thoracique.
CHU Mustapha. Alger.

Résumé : Toute intervention est génératrice de stress chez l'opéré, un moment d'inconfort et d'angoisse souvent palpable chez les patients.

Une enquête est menée en 2018 au niveau 02 hôpitaux :
Chu Mustapha et EHS CNMS

Services chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique,
chirurgie générale, les UMC.

Cette étude nous montre le dysfonctionnement à l'utilisation de la prémédication aux anxiolytiques

Invagination intestinale aiguë consécutive à un lipome colique: à propos d'un cas et revue de la littérature.

A. Lalmi, Hasseine, Zerrari, Benidir, Rezzazgui, Chiboub, Zaghlaoui.
EPH.S. El Khatir. El Eulma.

Résumé : L'invagination intestinale aiguë (IIA) de l'adulte est rare et souvent secondaire à une lésion organique. Elle représente moins de 5% des OIA chez l'adulte. L'invagination colique pure sur lipome est exceptionnelle.

Nous rapportons le cas d'une invagination cola-colique sur lipome du colon sigmoïde survenue chez un homme de 45 ans. La présentation clinique était celle d'un syndrome occlusif.

La tomodensitométrie abdominale confirmait l'occlusion, précisé son siège et sa cause sous forme d'un masse tumorale d'allure graisseuse intraluminaire de la jonction sigmoïde et du colon descendant mesurant (75*38mm) évoquant un lipome.

Rectosigmoidoscopie : Grosse formation sigmoïdienne obstructive d'allure sous muqueuse (GIST) Bx.

LL'exploration chirurgicale a révélé une invagination du colon sigmoïde sur tumeur intraluminaire de 7 cm , Vésicule biliaire lithiasique.

l'intervention consiste à une sigmoïdectomie avec anastomose colo colique terminoterminele +appendicectomie.

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'une tumeur bénigne type lipome colique sous muqueux remanié. Des remaniements œdémateux et congestifs de l'appendice.

Post op : Les suites opératoires ont été simples et le patient a quitté l'hôpital au 8e jour de son hospitalisation. Conclusion: l'occlusion intestinale aiguë par une invagination colique secondaire à un lipome est rarement rencontrée chez l'adulte. Sa symptomatologie est peu spécifique. Son diagnostic est facilité par la tomodensitométrie abdominale. L'exérèse chirurgicale constitue le traitement de choix.

Invagination intestinale iléo-iléale secondaire à une tumeur stromale gastro intestinale (GIST). A propos d'un cas et revue de la littérature.

A. Lalmi, Hassene, Zerrari , Benidir, Rezzagui, Chiboub, Zaghlaoui.
EPH S. El KHATIR. El Eulma.

Introduction : Les GIST (gastro-intestinal stromal tumor) sont des tumeurs mésoenchymateuses rares pouvant se développer le long du tube digestif ou parfois à partir de l'épiploon et du mésentère. Les tumeurs stromales du grêle peuvent souvent se manifester par des urgences abdominales telles que l'occlusion intestinale aigüe.

Ces tumeurs ont fait l'objet de multiples controverses, elles ont longtemps été confondues avec les autres tumeurs conjonctives à savoir les schwannomes et les léiomyosarcomes.

Nous rapportons un cas de tumeur stromale grêlique révélée par une invagination intestinale aigüe diagnostiquer au service de chirurgie générale EPH ELEULMA. Tout en faisant le point sur les nouvelles acquisitions diagnostiques et thérapeutiques concernant ces tumeurs.

Mme Z.R âgée de 24 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, La présentation clinique était celle d'un syndrome -occlusif.

L'abdomen sans préparation quelques niveau hydroaériques grêliques.

L'échographie abdominale a montré une image de télescopage d'une anse dans une autre réalisant une image en cocarde sur les coupes axiales et en pseudo-rein « sandwich » sur les coupes longitudinales, avec signes de souffrance et un épanchement de faible abondance.

L'exploration chirurgical a révélé une invagination iléo-ileale avec des signes de souffrance pariétales et vasculaire, après désinvagination la palpation du site de télescopage retrouve.

L'intervention consiste Une résection segmentaire emportant le processus a été faite avec anastomose termino-terminale. + drainage.

Un bilan préopératoire a été fait, à savoir :

Une FNS / GB= 1 9000 elt/mm³ ; HB = 12 g/dl ;

Le bilan rénal était correct.

Le téléthorax est revenu sans particularité,

L'ouverture de la pièce opératoire retrouve un polype d'environ 2 cm avec bonne marge de résection.

Post op : Les suites opératoires ont été simples et le patient a quitté l'hôpital au 6e jour de son hospitalisation. L'étude anatomo- pathologique de la pièce opératoire a conclu a une tumeur stromale intestinale à faible risque, avec bonne limites de résection.

Aucun traitement adjuvant n'a été instauré.

IV) Conclusion : Les tumeurs de l'intestin grêle sont caractérisées par une symptomatologie clinique non spécifique à cause de sa grande distensibilité et de son contenu liquidien, ce qui rend leur diagnostic difficile et la maladie est souvent découvert à un stade avancé.

Qu'elles peuvent souvent se manifester par des urgences abdominales telles que l'occlusion intestinale aigue.

Lipome géant de la face postérieure de la cuisse sans signe de souffrance nerveuse. A Propos d'un cas.

A.Kerroum.

EPH Mohammadia. Mascara.

Introduction : les lipomes géants sont des tumeurs adipeuses bénignes, d'évolution lente, ils peuvent être volumineux chez l'adulte, et devenir gênants sans pour autant être malins.

Matériels et Méthodes : Patient B.F âgé de 49ans, opéré d'un angiome volumineux de la cuisse gauche qui présente une tuméfaction froide de la cuisse droite, augmentant de volume indolore puis devenant assez gênante, ce qui a motivé le patient a consulté.

Une IRM a été demandée révélant une volumineuse masse graisseuse ovalaire bien limitée de la face postérieure de la cuisse droite développée au sein des muscles ischio-jambiers, avec présence l'hétérogénéité et qui pose un problème diagnostique nécessitant une biopsie chirurgicale et qui a été réalisée ont l'étude anatomopathologique était en faveur d'un lipome sans signes de souffrance nerveuse ni vasculaire.

L'indication de biopsie exérèse a été posée

Résultats le patient était pris en charge à notre service et il a bénéficié d'une biopsie exérèse de la masse.

L'étude anatomopathologique de la pièce a confirmé la bénignité de cette masse.

Discussion : Tout patient présentant une masse inexploquée des tissus mous de plus de 5cm que ce soit superficielle ou profonde doit être investiguer par la réalisation d'imagerie pré-thérapeutique adaptée et de réaliser une biopsie avant tout traitement.

Conclusion : Le lipome est une tumeur bénigne mais elle peut devenir grave dans certaines localisations par la compression des éléments vasculo-nerveux d'où l'intérêt non seulement d'investigation paraclinique pour confirmer la nature de cette masse et aussi une prise en charge rapide et prudente.

Reconstruction mammaire après mastectomie pour cancer.

R. Allali.

Service de chirurgie. EPH Miliana. Ain Defla.

Résumé : Le traitement du cancer du sein chez la femme en Algérie, est le plus souvent radical et mutilant. Il entraîne des séquelles profondes, somatiques et psychologiques, affectant la vie personnelle et socio-professionnelle.

La reconstruction mammaire immédiate ou différée bien que très peu pratiquée chez nous, peut être pratiquée chez toutes les femmes après mastectomie, permet d'atténuer les séquelles de la mastectomie, aide la patiente à retrouver une vie normale.

Les contre-indications sont essentiellement carcinologiques de bon sens : lésions très évolutives, présence des métastases viscérales.

Le but de ce Poster est de présenter une technique de reconstruction mammaire secondaire chez une patiente de 26 ans, après un an et demi de traitements adjuvants suivant la mastectomie, cette dernière souhaite se marier,

et nous lui avons proposé une technique de reconstruction autologue avec lambeau grand dorsal pédiculé. L'avantage du lambeau de grand dorsal permet un apport de volume important du fait de sa grande surface, qui est capable de porter un volume important de graisse. Chez des patientes avec seins volumineux y a possibilité d'ajouter une prothèse, ce qui n'est pas le cas de notre patiente.

La technique est bien codifiée, nécessite apprentissage dans un centre expert et de l'expérience, ainsi que la connaissance des complications.

Présentée par étapes selon les référentiels de l'institut Gustave Roussy et de l'institut Pierre Marie Curie de Paris dans lesquels j'ai eu la chance de faire ma formation.

Mots clés : mastectomie, reconstruction mammaire différée, lambeau grand dorsal.

Syndrome de Mirizzi associé à une grosse vésicule palpable : du diagnostic radiologique à la chirurgie. A propos d'un cas clinique et revue de la littérature.

R. Allali, T. Krimi.

Service de chirurgie générale. EPH Miliana. Ain Defla.

Abstract: Le syndrome de Mirizzi est une complication très rare de la lithiase vésiculaire chronique, et il est caractérisé par : un ictère secondaire à l'obstruction de la voie biliaire principale (VBP) par un calcul enclavé dans le canal cystique, ou dans le collet vésiculaire engendrant une réaction inflammatoire comprimant totalement ou partiellement le canal hépatique commun (CHC), ce qui pourra entraîner une angiocholite a igue avec douleur et fièvre.

Son diagnostic se fait actuellement en pré opératoire grâce aux progrès de l'imagerie, mais une lésion maligne des voies biliaires ou du pancréas n'est pas écartée vue la non-spécificité de ces examens, et le problème se pose surtout chez les patients âgés.

Son traitement est chirurgical, et la technique chirurgicale est reliée à la présence ou non des fistules cholecysto-biliaires.

La CPRE garde un intérêt diagnostique et surtout thérapeutique, et se fait généralement en pré opératoire, ou chez les patients non opérables.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 75 ans, aux ATCD d'HTA et de DNID; admise aux urgences pour douleur de l'hypochondre droit, et d'un ictère évoluant depuis 15 jours, et une fièvre de 38°C avec vomissement, l'examen à l'admission retrouve un discret ictère cutanéomuqueux et une vésicule biliaire palpable jusqu'au flanc droit, le reste de l'examen somatique est sans particularités.

Le bilan biologique confirme la cholestase, avec bilirubine conjuguée élevée, GGT et PAL.

L'échographie abdominale objective une vésicule biliaire à paroi épaisse, siège d'un gros calcul biliaire (50 mm) piégé dans le collet vésiculaire et en comprimant le canal hépatique commun qui était dilaté (8 mm) associé à une dilatation des voies biliaires intrahépatiques.

Pas de nodules pancréatiques ni la dilatation de Wirsung n'ont été observées.

Complété par La cholangiographie par résonance magnétique (Bili-IRM) qui a montré la présence d'un gros calcul (48 mm) dans une volumineuse vésicule biliaire à paroi épaisse, sans fistule impliquant le canal cholédoque.

La patiente a donc été opérée par voie sous costale droite, et l'exploration chirurgicale trouvait une vesicule biliaire lithiasique avec un gros calcul érodant le canal hépatique commun sans fistule .

Confirmant un syndrome de Mirrizi de type I.

Une cholécystectomie antérograde avec lame de drainage en sous hépatique.

Ouverture de la pièce opératoire et extraction d'un gros calcul de 5 cm environs enclavé dans l'infundibulum de la volumineuse vésicule biliaire.

Volvulus gastrique et pleurésie chimique sur rupture diaphragmatique post traumatique négligée. A propos d'un cas.

N. Ouguirti, S. Ouazine, M. Fekkak, Z.E. Selmani.
Service de chirurgie. HMRUO.

Introduction : La rupture diaphragmatique post-traumatique constitue une lésion particulière en traumatologie qui risque de passer inaperçue. La coupole diaphragmatique gauche est la plus fréquemment touchée. Le diagnostic se fait alors à l'occasion d'une complication, tel que le volvulus gastrique ou la pleurésie chimique ou stercorale ; la TOM se pose comme un outil indispensable au diagnostique ; et la prise en charge médico-chirurgicale.

Matériel et méthode : Notre malade a été splénectomisé il y a 21 ans suite à un accident balistique ; cette fois revue en urgence pour un syndrome douloureux abdominal aigu et vomissements depuis 48 heures ; une TOM objectivant une hernie diaphragmatique à contenu digestif avec un épanchement liquidien en intra-thoracique gauche.

Résultats : Patient suivi sur six mois

Discussion : Notre conduite est à comparer avec les techniques conventionnelles afin d'en déduire les indications

Conclusion : L'éventualité de la survenue d'une plaie diaphragmatique doit être systématiquement présente à l'esprit en cas de traumatisme thoraco-abdominal fermé violent ou en cas de plaie basithoracique afin d'éviter la survenue de complications rare potentiellement mortelles.

Il doit être évoqué devant un tableau clinique évocateur imposant la réalisation d'une TOM qui peut localiser l'atteinte et objectiver les complications, une laparotomie exploratrice reste une solution en cas de doute diagnostique. Son traitement reste toujours chirurgical.

Duplicité cholédocienne.

A. Bouarfa. Oran.

A propos d'un cas opéré il y a plus de 30 ans (1986-87) au
CHU El Mohgoun Oran

Intérêt : c'est signaler l'existence de cette malformation
congénitale rarissime

Très rare dans [le monde occidental identifie que 24 cas
jusqu' en 1986

Yamashita a examiné la littérature japonaise en a
trouvé 47 patients atteints de cette anomalie

Liposarcome rétro-péritonéal géant.

A. Bouarfa. Oran

Multi récides

Intervention re-interventions multiples (5+2)

Métastase musculaire d'un cancer du sein : à propos d'un cas et revue de la littérature.

M. Hazi, Y. Boucheham, S. Belhadj, F. Hellel, S. Adane.
Service d'Oncologie. HCA. Alger.

Les métastases musculaires sont rares, leur nombre est probablement sous-estimé. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 39 ans, ayant présente une métastase musculaire hyperalgique inhabituelle d'un carcinome canalaire infiltrant du sein, RH+, Her2+, deux ans après le diagnostic de la tumeur primitive. Le diagnostic a été obtenu à partir de la biopsie et du scanner abdomino-pelvien. Le traitement a consisté en une irradiation antalgique ainsi qu'une chimiothérapie et thérapie ciblée. A travers ce travail nous faisons une revue de la littérature internationale et démontrons que le muscle peut être le siège de métastases d'un carcinome canalaire du sein, que leur pronostic reste en général péjoratif, mais accessible à un traitement local et général.

Mots-clés : Carcinome mammaire, métastase musculaire, traitement, pronostic.

Chirurgie des métastases hépatiques d'un cancer du sein Her 2 positif : à propos d'une série de 10 cas et revue de la littérature.

M. Hazi, Y. Boucheham, S. Belhadj, F. Hellel, S. Adane.
Service d'Oncologie. HCA. Alger.

Le cancer du sein est le 1^{er} cancer chez la femme dans le monde. En Algérie, on enregistre actuellement plus de 12 000 nouveaux cas chaque année. Le sous-type HER2 positif représente environ 15 à 20% des cas, touche généralement la femme jeune de moins de 45 ans, avec un pronostic sombre notamment pour les patientes porteuses de métastases hépatiques. Cependant l'avènement ces dernières années des anticorps monoclonaux dans l'arsenal thérapeutique a permis d'obtenir des réponses sur les localisations secondaires rendant ces patientes éligibles aux nouvelles techniques de chirurgie hépatique qui ont permis de mieux contrôler l'évolution de la maladie et d'avoir de meilleures survies chez ces patientes. Nous rapportons dans cette présentation l'expérience de notre service d'oncologie sur une série de 10 cas avec une revue de la littérature internationale.

Mots clés : cancer du sein, métastases hépatiques, chirurgie, thérapies ciblées, pronostic.

Occlusin intestinale aigüe révélant un adénocarcinome mucineux du grêle.

S. Aggab, S. Bounasri, A. Loukil, F. Harbi.

Service de chirurgie. CHU Ibn Rochd. Annaba.

Introduction : L'adénocarcinome de l'intestin grêle est une tumeur maligne et rare. Représentant moins de 2 % des tumeurs digestives. Son incidence augmente de façon globale. Le diagnostic est le plus souvent fait après une complication (hémorragie ou occlusion). Le stade au diagnostic est le plus souvent avancé (métastatiques ou avec envahissement ganglionnaire). Il a globalement un mauvais pronostic

A partir d'une observation récente et d'une revue de la littérature, on illustre la découverte d'un adénocarcinome mucineux de l'intestin grêle secondaire à une occlusion intestinale aigüe.

Matériels et Méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 67ans, admis aux urgences pour syndrome occlusif (douleurs abdominales généralisées vomissement bilieux et arrêt des matières et gaz remontant à 3 jours).

L'examen à l'admission retrouve une patiente apyrétique, en hypotension tachycarde, eupnéique avec des plis de déshydratation. L'abdomen est distendu mais sans défense, les orifices herniaires sont libres, et le toucher rectal trouve une ampoule vide sans tumeur ni saignement. Un scanner abdomino-pelvien injecté est réalisé, montrant une importante distension intestinale grêlique (jéjunale et duodénale) arrivant à 86mm en amont d'une zone de transition brusque avec la présence d'une masse grêlique mesurant 36*26*21 mm faiblement rehaussée après injection de pc et engageant quelques branches artérielles mésentériques avec fine lame d'épanchement. Résultats

Après mise en condition, la malade est admise au bloc opératoire. L'exploration à travers une incision de laparotomie médiane trouve un épanchement séreux de faible abondance avec une importante distension grêlique en

amont d'une tumeur grêlique (jéjunale) dure circonférentielle et sténosante de 4 cm si tuée a 70 cm de l' angle de Treitz. Par ailleurs on ne trouve pas d'autres localisations sur le reste de la grêle ni du colon, et il n'y a pas de carcinose péritonéale ni de nodules de métastases hépatiques. On a décidé de faire une résection grêlique segmentaire emportant la tumeur avec des marges de sécurité de 5 cm avec lm curage ganglionnaire et une confection de double stomie en canon de fu sil. L'étude histologique retrouve un adénocarcinome mucineux pan pariétale du grêle limites chirurgicales saines curage ganglionnaires 5N+/6N, stade pTNM pT3N2. Le rétablissement de la continuité a été fait après 3 semaines Les suites opératoires ont été marquée par une fistule intercutanée et la patiente a peut à quitter l'hôpital après 21 jours

Discussion : Les adénocarcinomes de l'intestin grêle sont rares, Les données épidémiologiques évaluent l'incidence annuelle de l'adénocarcinome de la grêle de 0,22 à 0,57/100 000 dans les pays développés [Stang A 1999]. D'après les données du SEER aux Etats-Unis, l'incidence des adénocarcinomes du grêle a augmentée de 0,49/100 000 en 1973 a 0,66/100 000 en 2004, en partie due aux progrès diagnostics [Gustafsson BI 2008 . Parmi les adénocarcinomes de l'intestin grêle. La répartition sur les différents segments de la grêle est la suivante: duodénum 50 %, jéjunum 20 % à 30 % et iléon 15 % à 20 % [Gustafsson BI 2008,

Hatzaras I 2007]. Ils ont globalement un mauvais pronostic, avec une survie a 5 ans inférieure a 30 %, non modifiée durant les dernières décennies [Gustafsson BI 2008] et une survie médiane de 19 mois tous stades confondus [Howe JR 1 999].

Ces cancers sont plus fréquemment associés a des maladies prédisposantes que les cancers du côlon et leur carcinogénèse reste mal connue. Les facteurs pronostiques identifiés sont la radicalité de la résection (RO) et le stade TNM [Dabaja BS 2004, Kaklamanos IG 2000, Bakaeen FG 2000, Agarwal S 2007].

Conclusion : La résection chirurgicale est le traitement de référence des AIG localises. Bien que le niveau de preuve de l'efficacité de la chimiothérapie adjuvante soit faible, le thesaurus recommande en option une chimiothérapie adjuvante par association fluor pyrimidine et oxaliplatine après résection curative d'un AIG de stade III ou en cas de stade IIB afin d'augmenter de la survie sans récidiue, mais pas de la survie globale .

Beaucoup de travail reste à faire pour mieux comprendre ce cancer et le prendre en charge. Seule une mobilisation nationale et une collaboration internationale permettront de faire des progrès dans cette pathologie rare.

Mots clés : adénocarcinome. Intestin grêle. Tumeur. Occlusion intestinale aigüe.

Métastase surrénalienne d'un carcinome mammaire : à propos d'un cas et revue de la littérature.

M. Hazi, Y. Boucheham, F. Hellel, S. Belhadj, S. Adane.
Service d'Oncologie. HCA. Alger..

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en Algérie, les sites métastatiques de prédilection sont l'os, le poumon, le foie, le cerveau, la peau. La survenue d'une atteinte surrénalienne secondaire reste exceptionnelle. Nous rapportons dans notre présentation le cas d'une patiente suivie par notre service d'oncologie depuis 18 ans pour un cancer du sein en rémission et chez laquelle une masse surrénalienne suspecte est découverte lors du bilan de suivi régulier de sa pathologie, ainsi qu'une revue des données de la littérature internationale. Notre patiente a bénéficié d'une chirurgie d'exérèse de la masse surrénalienne qui a permis de passer le diagnostic de la métastase avec une confirmation par immunohistochimie, suivi par la suite d'un traitement complémentaire par chimiothérapie, thérapie ciblée et hormonothérapie, avec une survie à plus de 02 ans de la chirurgie sur la surrénale.

Mots clés : cancer du sein, métastase, chirurgie de la surrénale, pronostic.

Mucocèle appendiculaire: stratégie thérapeutique.

D. Ouaret, N. Akeb, A. Guiza, K. Chaou.
Clinique chirurgicale B. CHU Mustapha. Alger.

La mucocèle appendiculaire (MA) ou tumeur mucosécrétante de l'appendice est définie comme une dilatation kystique de la lumière appendiculaire à la suite d'une accumulation intraluminaire de sécrétions mucineuses, translucides, gélatineuses, pouvant toucher soit la totalité de l'organe, soit un segment, le plus souvent distal. Décrite en 1842 par ROKITANSKY, « l'hydrops appendiculaire », est une affection rare qui ne représente que 2% des pièces d'appendicectomies, et entre 7 et 8% des tumeurs appendiculaires (Tumeurs appendiculaires TNCD 2020). Dans 23% des cas la mucocèle est asymptomatique et découverte fortuitement lors de la réalisation d'un examen radiologique ou endoscopique ou lors l'une laparotomie pour une autre raison. De ce fait les examens complémentaires, l'échographie. La tomодensitométrie spiralée et l'endoscopie trouvent une place capitale dans l'orientation du diagnostic et de la prise en charge (Recommandations TNCD 2020).

Matériel d'étude : Deux patients présentant une mucocèle appendiculaire découverte fortuitement. Après un bilan d'extension, imagerie (TDM) et endoscopie, l'exploration per-opératoire retrouve deux tumeurs appendiculaires de morphologie différentes nécessitant une prise en charge adaptée. La première, de petite taille (70/25 mm), après une étude anatomopathologique en extemporanée sans signes de malignité. A été traitée par une appendicectomie simple. La deuxième, volumineuse (120/40 mm). Sans limites distinctes avec le caecum, a été traitée par une hémicolectomie droite. L'analyse anatomopathologique des deux pièces opératoires a confirmé le bien fondé de notre démarche. La première MA (Appendicectomie simple) s'est révélée être une tumeur mucineuse de bas grade de l'appendice (Base de l'appendice saine), la deuxième MA (Hémicolectomie droite) était une tumeur mucineuse de bas grade classée PTis infiltrant la base appendiculaire,

avec une lésion du bas fond caecal en dysplasie de haut grade non vue à l'endoscopie.

La mucocèle appendiculaire bien que tumeur rare, découverte fortuitement le plus souvent, nécessite une prise en charge bien codifiée pour le diagnostic,

le bilan d'extension et le traitement chirurgical, conservateur ou radical.

Nos deux patients ont bien évolué et ont bénéficié d'un suivi postopératoire adapté, absence de récurrence à cinq ans pour la première MA et recul de 12 mois sans récurrence pour la deuxième MA.

Comment je mobilise l'angle colique gauche par coelioscopie. Approche postérieure.

A. Khelif (1), Z. Seoudi (2), S. Lahrech (1), A. Azzouz (1), C. Chekman (1), N. Djilali (1), H. Oukrine (1), A. Azouaou (2), A. Djennaoui (1).

1. Service de chirurgie générale. CPMC. Alger

2. Service de chirurgie générale. CHU Douéra. Alger.

Résumé : Pour la réalité chirurgicale, le colon n'est pas totalement mobile dans la cavité abdominale.

Le but de la mobilisation de l'angle colique gauche est d'obtenir une longueur satisfaisante du colon abaisse pour qu'après résection du colon pathologique on y asseze de longueur pour réaliser une anastomose sans tension.

Objectif : Mise au point.

Résultats : Trois approches de mobilisation laparoscopiques différentes ont été décrites dans la littérature

L'approche latérale. L'approche médiales et l'approche postérieure. Le choix de l'une des

Approches dépend essentiellement de l'habitude du chirurgien et des caractéristiques du patient.

L'approche postérieure débute par le repérage et l'exposition de la veine mésentérique inférieure en exposant l'angle duodénojéjunale, et une incision du péritoine pariétal postérieure en arrière de la veine mésentérique

inférieure est réalisée permettant d'atteindre progressivement le plan de décollement du fascia de Todt gauche. Par la suite on procède à un décollement colo-pariétale gauche et au décollement colo-épiplœique mené de droite à gauche. De ce fait, l'ouverture de l'arrière-cavité des épiplœons au travers le mésocolon transverse facilite la mobilisation ce qui permettra de rejoindre progressivement le plan de dissection postérieur ; et latéral, Ainsi tout le décollement sera réalisé

Conclusion : L'objectif principale de la mobilisation laparoscopique de l'angle colique gauche est de prévenir les fistules anastomotiques. Les trois approches décrites sont sûres et réalisables.

L'approche postérieure a l'avantage d'être reproductible, elle permet le respect des plans anatomiques, une chirurgie exsangue, une meilleure identification et un moindre risque de traumatisme de certains organes.

«The critical view of safety» dans la cholécystectomie laparoscopique. Mise au point.

A. Khelif (1), Z. Seoudi (2), S. Lahrech (1), A. Azzouz (1), C. Chekman (1), N. Djilali (1), H. Oukrine (1), A. Azouaou (2), A. Djennaoui (1).

1. Service de chirurgie générale. CPMC. Alger

2. Service de chirurgie générale. CHU Douéra. Alger.

Résumé : Une des causes fréquente de lésions biliaires pendant la cholécystectomie laparoscopique est une mauvaise identification des structures anatomique dans le triangle hépatocystique. Décrite en 1992, la tenue de la vision critique de la sécurité a été utilisé en 1995. Son but est l'identification concluante du canal et de l'artère cystique pour aider à minimiser les lésions des voies biliaires.

Objectif : Mise au point.

Résultats : La vision critique de sécurité est la vue finale obtenue après une dissection approfondie du triangle hépato-cystique. Son but est l'identification concluante de l'artère et du canal cystique avant toute décision de contrôle et de section. Elle est recommandée dans les directives de pratique actuelles de nombreuses sociétés chirurgicales ou elle est considérée comme faisant partie d'un schéma global d'une culture de sécurité dans la

cholécystectomie laparoscopique et comme une méthode fiable et efficace de prévention des traumatismes vasculo-biliaires. Elle a trois composantes et toutes doivent être remplies avant de déclarer qu'elle a été obtenue ; la dissection du triangle hépato-cystique, permettant une vision facile de la surface inférieure du foie à travers ce triangle, l'exposition d'au moins du tiers inférieur de la plaque vésiculaire en disséquant la vésicule biliaire du lit hépatique et seulement deux structures tubulaires doivent être vues pénétrantes dans la vésicule biliaire ; le canal et l'artère cystique. Dans le cadre où :1 la vision ne peut être obtenue plusieurs stratégies ont été proposées imagerie biliaire peropératoire, la conversion, la réalisation de la cholécystectomie subtotale.

Conclusion : Pour minimiser le risque de traumatismes biliaires, la vision critique de la sécurité est une approche d'identification anatomique efficace selon les preuves qui existent.

Place du lambeau de Cutler-Beard dans la réparation des pertes de substance totale post opératoire de la paupière supérieure : à propos d'un cas.

Boulekrouche, R. Joucdar, Boughaba, H. Kismoune.
Service de chirurgie plastique et des brûlés. CHU Douéra. Alger.

Introduction : Le carcinome basocellulaire constitue la tumeur maligne la plus fréquente de la paupière supérieure, dont l'exérèse chirurgicale carcinologique pose un problème de réparation : La reconstruction des larges déficits palpébraux supérieurs bi lamellaires reste un point sensible. Nous présentons ce cas dans le but de montrer l'impératif et la difficulté à rétablir cette particularité anatomique et fonctionnelle qu'a la paupière supérieure.

Materials et methods : Nous rapportons le cas d'un patient de 77 ans qui présente un carcinome basocellulaire de la paupière supérieure droite étendu au canthus interne droit avec une fonction visuelle conservée de l'œil droit et cécité de l'œil gauche. Exérèse complète bi lamellaire de la paupière supérieure droite étendue au canthus interne droit. Reconstruction immédiate du défet palpébral supérieur par un lambeau de Cutler-Beard.

Résultats : Lambeau est reste vital tout au long du suivi. L'ouverture, l'occlusion et la position palpébrales étaient très satisfaisantes après sevrage, ainsi qu'un résultat esthétique bon.

Conclusion : La réparation palpébrale supérieure par la technique du lambeau de Cutler-Beard abouti à une restauration fonctionnelle permettant la protection du globe oculaire ainsi qu'un résultat esthétique satisfaisant.

Mucocèle appendiculaire : à propos d'un cas.

A.E. Guiza, D. Ouaret, N. Baazizi, K. Boukrouh, A. Tertag, K. Chaou.
Clinique chirurgicale B. CHU Mustapha. Alger.

Introduction : La mucocèle appendiculaire ou tumeur mucosecretante appendiculaire est définie comme une distension liquidienne de la lumière appendiculaire par accumulation de mucus. La distension mucineuse de la lumière appendiculaire peut être d'origine tumorale ou non, bénigne ou maligne.

La mucocèle appendiculaire est une entité pathologique rare dans le monde, mais potentiellement dangereuse, elle se présente sous différentes formes cliniques.

Cliniquement, elle est asymptomatique dans 25 à 30% des cas et se manifeste par des douleurs chroniques de la fosse iliaque droite dans 70 à 75% des cas. En préopératoire e. il est essentiel de reconnaître une mucocèle appendiculaire, pour pouvoir adapter le geste chirurgical. L'imagerie joue actuellement un rôle important dans le diagnostic c, mais le diagnostic définitif est basé sur l'étude histologique, qui doit être systématique pour toutes les pièces d'appendicectomie.

Son traitement va de la simple appendicectomie dans les formes bénignes, à l'hémicolectomie droite pour cancer dans les mucocèles malignes.

La mucocèle appendiculaire pose un double problème des malignités éventuelle et du risque de maladie gélatineuse du péritoine (pseudomyxome péritonéal) en cas de perforation.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas traité dans notre service. il s'agit d'un patient Age de 61 ans sans antécédents chirurgicaux chez qui nous avons découvert d'une façon fortuite une masse appendiculaire (mucocèle probable). La clinique était celle d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

La TDM abdomino pelvienne a démontré une masse kystique appendiculaire de 12*4cm.

Le patient a subi une hémicolectomie droite avec anastomose iléo colique terminale latérale et la pièce opératoire appendiculaire mesurait 121 mm de longueur et 40 mm de diamètre. L'analyse anatomopathologique de celle-ci a confirmé le diagnostic de néoplasie mucineuse appendiculaire de bas grade stade PTis. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti au septième jour postopératoire.

Conclusion : La mucocèle appendiculaire mérite d'être évoquée bien qu'elle soit rare. Le diagnostic préopératoire est possible et important nécessitant ainsi la réalisation d'une échographie et/ou d'un scanner car il permet d'alerter le chirurgien sur le risque de rupture pendant la chirurgie et d'éviter un pseudomyxome du péritoine.

Diverticule de Zenker. Technique chirurgicale.

A.E. Guiza, K. Boukrouh, N. Baazizi, A. Tertag, K. Chaou.
Clinique Chirurgicale B. CHU Mustapha. Alger.

Introduction : Le diverticule de ZENKER c'est une hernie acquise de la muqueuse pharyngée postérieure au niveau de la jonction pharyngo-œsophagienne entre les fibres du muscle le constricteur intérieur et le muscle cric pharyngien.

On désigne par « diverticule » une poche limitée de taille variable, communiquant avec la lumière de l'œsophage par un orifice plus ou moins large : le collet les diverticules pharyngo-œsophagiens représentent plus de 60 % des diverticules de l'œsophage, le plus fréquent d'entre eux est le diverticule dit de Zenker. Prédominance masculine 6^{ème} décennies. Diagnostic est facile radiologique et endoscopique. Complications graves non négligeable.

Matériels et méthodes : Nous rapportant le cas d'un patient âgé de 79 ans sans antécédents pathologiques admis pour la prise en charge d'un diverticule de Zenker révèle par une dysphagie pour les solides et les liquides avec une hyper sialorrhée et des régurgitations post prandiales.

Le diagnostic a été confirmé par les données de la vidéo endoscopie et du scanner.

La vidéo endoscopie digestive : en faveur au niveau de l'œsophage d'un diverticule au niveau de la bouche de Killian. Le reste de l'œsophage est sain sur toute sa hauteur. Avec aspect de gastrite antrale érythémateuse. Concluant un aspect de diverticule de Zenker.

Scanner thoraco-abdomino-pelvien : stase hypo pharyngée sur sténose de la bouche œsophagienne évoquant un trouble dyskinétique de la bouche œsophagienne à explorer.

Absence d'épaississement œsophagien décelable.

L'exploration chirurgicale retrouve un diverticule issu des parois postérolatérale gauche de l'œsophage cervical mesurant 05 cm de grand axe environ. On a procédé à la libération du diverticule de ses adhérences jusqu'à son

collet sur l'œsophage. Section du diverticule a la pince TA60 a 1cm de son implantation œsophagienne. Myotomie sur le musc le crico-pharyngien. Hémostase correcte. Les suites opératoires étaient simples, patient sortie J9 post opératoire.

Conclusion : Traitement est surtout chirurgical. Le traitement endoscopique est moins fréquemment pratique.

Antibiothérapie et cholécystites aiguës lithiasiques. Les bactéries sont-elles toujours présentes dans la bile vésiculaire ? Etude rétrospective.

O. Chachoua (1), Z. Seoudi (2), M.R. Slimani (1), A. Khimeche (1), M. Maaoui (1), A. Azouaou (2), N. Benzidane (1).
1. Service de chirurgie. EPH Kouba. Alger 2. Service de chirurgie. CHU Douéra. Alger

Résumé

Questions : Les bactéries sont-elles toujours présentes dans la bile vésiculaire des cholécystites aiguës lithiasiques ?

Objectif : Analyser les résultats des cultures de bile vésiculaire.

Matériel : du 02 juillet 2016 au 31 décembre 2018, nous avons obtenu 204 résultats de culture de prélèvements de bile vésiculaire des cholécystectomies laparoscopiques précoces dans les 7 jours de début des symptômes pour cholécystites aiguës lithiasiques de sévérité légère et modères diagnostiquées et classées selon les directives de Tokyo.

Méthode : Etude ancillaire, descriptive, rétrospective, monocentrique.

Résultats : Les cultures biliaries étaient négatives dans 141 cas (69, 11%) et positives dans 63 cas (30, 89%), mon microbiennes dans tous les cas (100%), principalement des organismes à Gram négatif 61 (96,83%). Escherichia coli étant l'organisme le plus courant, dans 44 cas (69,84%). Klebsiella dans 15 cas (23,80%), Pseudomonas dans 2 cas (3,17%) et Streptocoque dans 2 cas (3,17%). La présence de bactéries selon la classification de sévérité de Tokyo était comme suit : légère 21 cas (33,33%) et modérée 42 cas (66,67%). La résistance des isolats à l'Amoxicilline + acide clavulanique a été notée dans 8 cas (12,70 %) et aux céphalosporines dans 2 cas (3,17%).

Discussion : Dans les cas précoces et non sévères, il n'est pas évident que les bactéries jouent un rôle significatif dans la pathologie. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des bactéries gram négatifs, en particulier Escherichia coli. Des preuves plus récentes remettent en

question la nécessité de l'administration d'antibiotiques dans les cas légers à modérés convergeaient vers la même conclusion ; une antibiothérapie prolongée n'a aucun avantage significatif dans la réduction des infections des sites opératoires après cholécystectomie pour cholécystites aiguës de grade I et II.

Conclusion : Le processus inflammatoire dans les cholécystites aiguës lithiasiques est dans la majorité des cas stérile. L'antibiothérapie doit être discutée au cas par cas et elle ne doit pas être utilisée de routine, elle peut être nécessaire jusqu'à ce que la cholécystectomie soit réalisée.

Prise en charge du lymphœdème dans le cancer du sein.

K. Cheikchouk, D. Rouainia, S. Cheikchouk, H. Djedi.
Service d'oncologie médicale. CHU Annaba.

Résumé : Le Lymphœdème des membres supérieurs secondaire au traitement du cancer du sein est le plus fréquent en Algérie. Il résulte d'une altération du transport lymphatique avec augmentation du volume des renombres. De nombreuses études ont défini les principaux facteurs de risque dont l'obésité.

L'infection et un certain nombre de ganglions lymphatiques en levés au-dessus de 10.

On diagnostic est principalement clinique. L'érysipèle est la principale complication. Mais un inconfort psychologique ou fonctionnel peut survenir tout au long du lymphœdème.

a prise en charge repose sur une physiothérapie d congestive combinée et est nécessaire pour en réduire le volume el essayer d'en limiter le ralentissement avec le recours à l'éducation thérapeutique pour favoriser la motivation du patient pour le traitement de cette maladie chronique et améliorer ainsi son autonomie.

Mots clés : lymphœdème, cancer du sein. Physiothérapie décongestive combinée.

Approche laparoscopique dans le kyste hydatique du foie. A propos d'un cas et revue de la littérature.

O. Chachoua (1), Z. Seoudi (2), M.R. Slimani (1), A. Khimeche (1), M.Maaoui (1), A. Azouaou (2), N. Benziane (1).

1. Service de chirurgie. EPH Kouba. Alger

2. Service de chirurgie. CHU Douéra. Alger.

Résumé :

Introduction : Le kyste hydatique du foie reste encore un problème de santé publique dans les pays endémiques. Depuis la première résection laparoscopique réussite en 1992, l'approche a largement acquis de l'importance dans certains types anatomopathologiques.

Casuistique : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 40 ans, originaire d'une zone d'endémie qui présentait un kyste hydatique du foie. La sérologie hydatique était positive et l'imagerie a révélé un kyste hydatique hépatique gauche de 15 cm. non compliqué type III selon la classification de Gberbi.

L'exploration Laparoscopique a objectivé un kyste hydatique occupant la quasi-totalité du foie gauche. La technique opératoire était basée sur les principes du traitement chirurgical de l'hydatidose hépatique.

Le champ opératoire a été isolé avec : des compresses imbibées de solution scolécite type sérum sale hypertonique à 30%, une ponction aspiration du contenu kystique, une stérilisation de la cavité kystique par le même agent scolécide et une résection au crochet coagulateur du dôme saillant ont été réalisés sans objectiver de fistule biliaire.

Après avoir assuré l'hémostase, la paroi kystique et les compresses ont été retirés dans un sac. Un drainage au contact de la cavité résiduelle a été inséré à travers les trocarts. La période de suivi postopératoire s'est déroulée sans heurts et le drainage a été retiré le troisième jour, le jour de la sortie. Les résultats histopathologiques ont confirmé le diagnostic préliminaire.

Sur le suivi de 4 ans aucune pathologie résiduelle ou récurrence n'ont été notées.

Conclusion : la chirurgie laparoscopique offre une option de traitement faisable et efficace pour certains types de kystes hydatiques du foie. Elle réduit la douleur postopératoire et l'incidence de l'infection des plaies. Elle permet une déambule action précoce, un résultat plus esthétique et une courte durée d'hospitalisation. Comme avant, seuls les progrès de la prévention permettront de limiter l'endémie.

Intérêt du contrôle glycémique péri-opératoire.

K. Bendjoudi, K. Badache, K. Meskhouri, A. Salmi.
Service de chirurgie Thoracique. CHU Mustapha. Alger.

Introduction : L'hyperglycémie est fréquente en situation d'agression intense comme la réanimation ou peropératoire.

Matériel et méthode : C'est une étude prospective qui a pour but d'analyser le diabète en peropératoire et les complications les plus fréquentes. Les paramètres suivants ont été étudiés : Type du diabète, âge, sexe, tares associées, type de chirurgie), durée d'hospitalisation, traitement du diabète en préopératoire.

Résultats : L'étude est poncée sur une période d'une année (janvier- décembre 2021).

L'âge moyen était de 55 ans. La majorité étaient des DN I O et 20% des diabètes sont inauguraux. Les complications les plus fréquentes sont : morbi - mortalité, risque infectieux. Retard de cicatrisation. Ischémie cellulaire (cérébrale, nerveuse périphérique, myocardique).

Conclusion : Nous insistons sur l'équilibre péri- opératoire de la glycémie afin de diminuer la morbidité et la mortalité chez le diabétique en milieu chirurgical. Cette prise en charge nécessite la collaboration des diabétologues, médecins internists, anesthésistes -réanimateurs.

Torsion d'un mucocèle appendiculaire de découverte opératoire. Approche laparoscopique : à propos d'un cas et revue de la littérature.

O. Chachoua (1), Z. Seoudi (2), M.R. Slimani (1), N. Azrou (1), A. Khimeche (1), M. Maaoui (1), A. Azouaou (2), N. Benzidane (1)
1. Service de chirurgie. EPH Kouba. Alger, 2. Service de chirurgie. CHU Douéra. Alger.

Résumé:

introduction : La mucocèle appendiculaire est une entité pathologique rare. Définie comme une distension liquidienne de la lumière appendiculaire par accumulation de mucus. Elle peut être d'origine bénigne ou maligne. Sa torsion est une complication rare.

Casuistique : Nous rapportons un cas de torsion d'une mucocèle appendiculaire de découverte peropératoire chez un patient de sexe masculin, âge de 53 ans, classe ASA I, opère pour syndrome douloureux aigu fébrile de la fosse iliaque droite. Il n'y avait aucune preuve de dépôts de mucine lors de l'exploration opératoire. Un prélèvement pour cytologie du liquide péritonéal, une exercee complète du mesoappendice et une appendicectomie ont été réalisés par approche laparoscopique, il n'y a pas eu de déversement de mucine pendant l'opération.

Le patient est sorti au 2emG jour postopératoire en bon état et n'a connu aucune complication sur un suivi de 3 ans. La pathologie finale a objectivé un cystadénome mucineux de bas grade.

Discussion : Le diagnostic préopératoire et de la torsion d'une mucocèle appendiculaire est difficile. Si une mucocèle est découverte, la thérapie est chirurgicale. La chirurgie ouverte est l'abord chirurgical standard en raison de sa facilité et de sa sécurité bien connue. Alors que certains auteurs suggèrent que l'approche laparoscopique doit être évitée en raison du risque de rupture et de pseudomyxome péritonéal ultérieur plusieurs cas de traitement laparoscopique avec succès ont été rapportés.

Conclusion : La résection laparoscopique des mucocèles appendiculaires a été récemment décrite, mais jusqu'à ce

jour son innocuité et son efficacité sont controversées en raison du risque de perforation et de pseudonyxome péritonéal nécessitant des exigences techniques.

Alors que la laparotomie est l'approche chirurgicale traditionnellement recommandée, les techniques mini-invasives ont été pratique permettant un traitement sur minimisant la morbidité de la laparotomie.

Adénocarcinome jéjunal révélé par une occlusion intestinale aiguë. A propos d'un cas.

A. Nasri, O. Salem, S. Aggab, M. Alleg, F. Harbi.
Service des Urgences chirurgicales. Chu Ibn Rochd. Annaba.

RESUME

Les tumeurs de l'intestin grêle sont rares, et représentent environ 1 à 5 % de la totalité des tumeurs de tube digestif et malgré qu'elles rares ; plusieurs types histologique de tumeurs peuvent se développées au dépend des cellules de revêtements des anses intestinales. L'adénocarcinome est l'un des types histologique le plus fréquent parmi les tumeurs qui peuvent touchés les intestins grêle. Cliniquement les tumeurs du grêle sont long temps asymptomatique et sont découvertes fortuitement ou au stade des complications Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 82 ans, hypertendu, qui se présente pour des vomissements depuis 3jours avec arrêt des matières et des gaz depuis 2jours. L'examen clinique et les examens complémentaires ont objectivés une tumeur comprimant le grêle réalisant une occlusion intestinale aiguë. L'exploration chirurgicale avais retrouvé une tumeur jéjunale a développement exosphérique. L'étude

anatomopathologique confirme l'origine adénocarcinomateux.

L'adénocarcinome du grêle représente 21.5% des tumeurs grélique, mais leur développement exosphérique est quasi-rare.

MOTS CLES : Tumeurs de l'intestin grêle ; Adénocarcinome ; Asymptomatique ; Entéroscanner, Entéroscopie ; Complication ; Exophytique.

INTRODUCTION

Les tumeurs de l'intestin grêle sont rares. Elles représentent environ 1 à 5 % de la totalité des tumeurs de tube digestif et malgré qu'elles rares ; plusieurs types histologique de tumeurs peuvent se développées au dépend des cellules de revêtements des anses intestinales. L'adénocarcinome se développe à partir des cellules glandulaires de la paroi intestinale, il est l'un des types histologique le plus fréquent parmi les tumeurs qui peuvent touchés les intestins grêle.

D'autres tumeurs peuvent se développer comme les sarcomes, les lymphomes, les tumeurs carcinoïdes et les mélanomes.

Cliniquement les tumeurs du grêle sont long temps asymptomatique et sont découvertes fortuitement ou au stade des complications. Le diagnostic des tumeurs de l'intestin grêle repose sur d'entéroscanner et l'entéroscopie qui trouve leur intérêt dans les tumeurs localisé dans l'iléon terminal ou le jéjunum.

Le traitement curatif est chirurgical. Le type et l'étendu de résection chirurgicale de la tumeur et le curage lymphatique dépend de la localisation de la tumeur et de son stade lors du diagnostic.

Le but de notre travail est de rapporter un cas rare d'adénocarcinome jéjunal à développement exosphyriques comprimant les anses adjacentes réalisant un tableau d'occlusion intestinale aiguë qui a révélé la tumeur.

PATIENT ET METHODES

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 82 ans, hypertendu, qui se présente pour des vomissements depuis 3jours avec arrêt des matières et des gaz depuis 2jours. Un examen clinique détaillé et un scanner

abdominopelvien a été demandé en urgence où le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par compression par d'une masse d'origine mésentérique a été retenu; posant ainsi l'indication d'une chirurgie en urgence.

RESULTATS

A l'examen clinique patient en état générale altérée, déshydraté, abdomen plat, sensible à la palpation, au toucher rectal doigtier souillé de matière fécale

Le cliché de l'abdomen sans préparation : niveau hydro aérique plus large que haut.

Scanner abdomino-pelvien : Distension grélique arrivant jusqu'à 86mm en amont d'une zone de transition brutale fait d'une compression par une masse mésentérique de 36x21x26mm de diamètre, de densité tissulaire, faiblement rehaussé au PC, ayant un contact étroit avec la paroi grélique, a contour irrégulier, engainant quelque branche vasculaire artérielle mésentérique.

Intervention chirurgicale

Malade était abordé par incision médiane, l'exploration chirurgicale avait retrouvé : une distension des trois premières anses jéjunales en amont d'une compression extrinsèque faite par une masse grélique situé à 80 cm de l'angle de Treitz, sans ascite ou carcinose péritonéales ou métastase hépatique visible.

Vu la distension importante et l'œdème des anses jéjunales d'amont on a procédé à une résection carcinologique de la masse grélique avec marge distale et proximale de 5 cm et exérèse en monobloc du mésentère avec curage ganglionnaire locorégionale et double stomie en canan de fusil.

Malade mis sous immunothérapie et alimentation parentérale, rétablissement de la continuité par voie élective après 15 jours ou l'évolution était bonne
Le compte rendu acapât : adénocarcinome bien différentie, sans autres lésions sous-jacents, avec marge proximale et distale saines, et 4 ganglions positifs parmi 6 prélevés (classée PT3N2Mx)

DISCUSSION

Les tumeurs de l'intestin grêle se développent à partir des cellules de leur revêtement. Bien que l'intestin grêle est d'environ 4 à 6 mètre de longueur et représente 75% de la surface totale du tube digestif mais la fréquence des tumeurs grélique est rare, elle représente 1 à 5% de l'ensemble des tumeurs de tube digestifs. L'âge moyen au diagnostic était de 63,5 ans chez les hommes et 69,5 chez les femmes.

L'intestin grêle considéré comme une zone cliniquement silencieuse, le tumeur grélique reste long temps asymptomatique ou se manifeste par des signes

non spécifiques. Des épisodes de douleurs abdominales aiguës pouvant céder spontanément accompagnées de bruits hydroaériques et de nausées ou de vomissements sont assez fréquents et doivent faire évoquer un syndrome de Koenig en rapport avec une obstruction incomplète de l'intestin grêle.

Le diagnostic des tumeurs gréliques est posé dans presque la quasi-totalité des cas dans des stades avancés. Elles sont révélées par des signes de gravité ou de complication : hémorragie digestive, douleur abdominale, masse palpable, vomissement, amaigrissement ou syndrome occlusif.

Les explorations ayant conduit au diagnostic étaient l'endoscopie haute (28 %), la chirurgie (26 %), l'opacification radiologique (22 %), la tomodynamométrie (18 %), ou un autre moyen de diagnostic (6 %). L'échographie abdominopelvienne permet d'orienter la série des examens complémentaires. L'entéros scanner décrit les lésions et leur caractéristique ; taille, localisation, classification TNM. L'entéroscopie permet l'exploration de la partie supérieure du grêle (jéjunum) et plus rarement de l'iléon qui peut être partiellement exploré par iléoscopie rétrograde à travers le côlon ; il reste cependant incomplet dans la majorité des cas.

Le développement récent de l'entérocopie à double ballon a considérablement amélioré les performances de cet examen qui peut potentiellement explorer la totalité du grêle dans presque 100 % des cas où une lésion n'empêche pas la progression.

La vidéocapsule endoscopique est une exploration non invasive et en ambulatoire de l'intestin grêle sans anesthésie, elle permet de découvrir des tumeurs mais les biopsies ne peuvent être faites que si la tumeur proximale ou distale.

La biopsie et l'étude anatomopathologique permet de préciser le type histologique de la tumeur.

Selon la littérature les adénocarcinomes représentent une prédominance nette les tumeurs gréliques avec un pourcentage de 35 %, suivis des tumeurs carcinoïdes (28 %), des lymphomes (21 %) et des sarcomes (10 %). Les tumeurs stromales sont connues par leur croissance exophytique vers la cavité péritonéale, et beaucoup moins au sein de la lumière digestive. Elles ont une tendance à refouler et à comprimer les structures adjacentes plutôt qu'à les infiltrer. Contrairement aux tumeurs stromales : les adénocarcinomes nés des cellules épithéliales de la muqueuse puis par prolifération ils détruisent la sous muqueuse, musculuse jusqu'à où elles franchissent la séreuses et entraînent un envahissement ou infiltration des organes

de voisinage.

Dans notre cas la tumeur avait une croissance exophytique comprimant les anses adjacentes, en peropératoire en a suspecté beaucoup plus une tumeur stromale mais l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire confirme que c'est une tumeur de nature adénocarcinomeuse.

Les adénocarcinomes du grêle se localisent respectivement dans 50% des cas le duodénum, 20% à 30% le jéjunum et 15% à 20% l'iléon, le site tumoral était non spécifié pour 14 %.

Le traitement curatif de l'adénocarcinome du grêle est chirurgical, L'extension locale et métastatique conditionne la résecabilité. En l'absence de métastase, il est recommandé de réaliser une résection complète de la tumeur avec marges de résection saines (exérèse de la tumeur avec une marge proximale et distale d'au moins 5 cm et exérèse en monobloc du mésentère attenant avec repérage du pédicule vasculaire). En cas d'envahissement postérieur, un traitement préopératoire peut être discuté pour rendre résecable la tumeur. En cas de métastases non résecables, il n'y a pas d'indication formelle au traitement initial du cancer primitif, sauf en cas de syndrome occlusif de perforation ou d'hémorragie importante.

En cas de métastases résécables, il peut être proposé une résection de la tumeur primitive et des métastases en un ou deux temps en fonction des symptômes et des localisations avec ou sans chimiothérapie d'intervalle entre les deux temps.

CONCLUSION

Les tumeurs de grêle sont parmi les tumeurs les plus rares tumeurs de tube digestif. L'adénocarcinome occupe le deuxième rang des types histologiques qui se développent au revêtement des intestins grêles. Peu de cas de d'adénocarcinome jéjunale a développement exosphérique occasionnant une occlusion des anses adjacentes par compression ont été publiés dans la littérature. Le traitement curatif reste la chirurgie carcinologique. Pas de consensus pour le traitement adjuvant; et la discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire est indispensable.

Le traitement adjuvant est privilégié surtout en cas de présence de facteurs de mauvais pronostic ; envahissement ganglionnaire, localisation haute de la tumeur.

REFERENCES

- [1] M Dior et all. Tumeurs neuroendocrines de l'intestin grele. Volume 46, Issue 1. 2017. 4-10p.
- [2] A Zaanan et all. Adénocarcinome de l'intestin grêle.

Volume34, Issues 6-7.2010. 371-379p.

- [3] A Thoma et all. Adénocarcinome de l'intestin grêle du diagnostic au traitement Post'U(2015) [Pubmed]
- [4] F Diebold et all . Tumeur stromale de l'intestin grele revelée par une anemie feriprive et occulte. 2018 ; HAL Id : hal-01733284
- [5] C Locher et all. Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). Small bowel adenocarcinoma: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). Dig Liver Dis. 2018 Jan;50(1):15-19. doi: 10.1016/j.dld.2017.09.123. Epub 2017 Oct 6. PMID: 29174568.
- [6] T Aparicio, Adénocarcinome de l'intestin grêle, ENC Hépatogastro-entérologie, 9-067-C-10, 8p.

Paragangliome rétro péritoneal: à propos d'un cas.

A.B. Benameur, R. Dahdouh, A. Touihrat, R. Cherfa, H. Benyahia, K. Khalfallah, K.A. Tadrist, Y. Mahmoudi, K. Bennabi, W. Kebieche, O. Benhadid, N. Seddar, Z. Imessaoudéne.

Clinique chirurgicale A. CHU Mustapha. Alger.

Introduction : Les paragangliomes sont des tumeurs neuroendocrines rares avec une incidence de 3 par million. Ils se développent au dépend des cellules chromafines des systèmes nerveux sympathique et para sympathique. La localisation habituelle est la médullo-surrénale (90%) représente par le phéochromocytome mais environ 10% sont de siège extra-surrénalien et se trouvent essentiellement en intra-abdominal, le long de l'aorte depuis le diaphragme jusqu'à la bifurcation aortique.

Patient et méthode : Nous rapportant une nouvelle observation de paragangliome rétropéritonéal non sécrétant avec envahissement de la veine cave inférieure (VCI) en sous rénale droite, chez un jeune patient de 24 ans qui présentait des lombalgies. Le diagnostic a été évoqué sur le scanner et l'IRM abdominale et le traitement avait consisté à une résection en monobloc de la tumeur en emportant une pastille de la paroi latérale de la VCI. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti à J5.

Une thrombose veineuse de la VCI découverte sur une imagerie de control, traite par une anticoagulation efficace.

L'étude histologique et immunohistochimique de la pièce opératoire (figure6) a conclue à un para ganglioma.

Conclusion : Les paragangliomes extra-surréaliens, sont des tumeurs rare s. La prise en charge doit être multidisciplinaire mais seul le traitement chirurgical est curatif. Les autres thérapeutiques type chimiothérapie, radiothérapies pourraient trouver leur place dans les formes métastatiques mais sans influence r le pronostic de façon significative.

Phytobézoard découvert par occlusion intestinale aigüe. A propos d'un cas.

A. Nasri, H. Aissaoui, M.A. Ramoul, T. Riani, F.Z. Touhamene, A. Loukil, O. Salem, Z. Djilli.
Service des Urgences chirurgicales. CHU Ibn Rochd. Annaba.

RESUME

Le phytobézoard est un type de bézoards formé par des matières indigestives des fruits et des légumes. Nous rapportons un cas rare de phytobézoards découvert par une occlusion intestinale aigüe chez une fille de 18 ans. Le scanner abdominopelvien mettant en évidence la présence des corps étrangers dans les dernières anses iléales. Une laparotomie en urgence était réalisée ; consistait à une entérotomie et extraction des corps étrangers. La fille était orientée à la consultation de psychiatrie. La prise en charge adéquate et la surveillance régulière et le contrôle des troubles psychiatrique permet de limiter et de prévenir les récidives.

MOTS CLES

Phytobézoards; Indigestives; Asymptomatique;
Complication; Trouble psychique.

INTRODUCTION

Le bézoard est une affection rare due à l'accumulation des matières potentiellement digérés ou non digérés

pouvant se bloquer dans l'estomac ou 'intestin. Selon la nature de ces matières on distingue plusieurs types de bézoard :

- Lactobézoard : composé de lait caillé et observé chez les enfants
- Trichobézoard : le plus fréquent des bézoards et représente 55% de tous les bézoards. Il est composé de cheveux, poils ou fibres des tapis.
- phytobézoard : objet de notre travail. Il est formé de matière indigestive provenant des fruits et des légumes comme les fibres et les graines.
- D'autres matières intra-gastrique diverses peuvent constituer des bézoards incluant des congglomérats fongiques, des résidus alimentaires, des médicaments et des corps étrangers.

La majorité des bézoards sont long temps asymptomatiques quand elles n'irritent et n'obstruent pas complètement la lumière de tube digestif. Elles sont découvertes dans la majorité des cas par une complication.

Le but de notre travail est de rapporter un cas rare de phytobézord découvert par une occlusion intestinal aigue.

PATIENT ET METHODES

Il s'agit d'une patiente âgée de 18 ans, sans antécédents médicaux, qui s'est présentée pour un arrêt des matières et des gaz avec des vomissements depuis 3 jours. Un examen clinique détaillé et un scanner abdominopelvien a été demandé en urgence où le diagnostic d'occlusion intestinale aigüe par obstruction intraluminaire était retenu posant ainsi l'indication chirurgicale en urgence.

RESULTATS

A l'examen clinique patient en état générale conservé, TA 12/06, abdomen légèrement distendu sensible dans son ensemble à la palpation.

ASP: niveau hydro-aérique grélique avec image de granité au niveau de la fosse iliaque droite.

Scanner abdomino-pelvien: mise en évidence avant l'abouchement iléo-caecale d'une anse iléale distendue contenant de multiples formations ovoïdes uniformes de 15 mm de grand axe à paroi dense réalisant un magma étendu sur 17 cm.

Intervention chirurgicale

Patiente était abordée par incision médiane sus et sous ombilicale

L'exploitation retrouve une distension des dernières anses iléales, à contenu dur à la palpation.

On a procédé à une entérotomie longitudinale en amont des corps étrangers, extraction de plus de 50 noyaux d'abricot, fermeture transversale de l'entérotomie.

L'évolution post-opératoire était bonne et la malade était adressée à la consultation de psychiatrie.

DISCUSSION

Dans le trichobézoard les particules sont de petite taille, traversent facilement le pharynx ; ce qui les rend le plus fréquent des bézoards. Le phytobézord est un type de bézoard rarement observé et se divise en plusieurs sous-types selon la nature de la matière qui le constitue. Le sexe féminin est le plus touché (90% des cas) et l'âge d'apparition est dans 80% des cas de moins de 30 ans, avec une incidence maximale entre 10 et 18 ans. On trouve parfois des pathologies psychologiques telles que le retard psychomoteur ou l'isolement, mais seulement 9% des enfants atteints de bézoard ont des problèmes psychiatriques réels. Les causes du bézoard comprennent la gastroparésie, associée au diabète, la maladie rénale chronique, les antécédents de vagotomie, la gastrectomie partielle ou une altération antérieure de la motilité digestive pendant la sclérodermie systémique.

Les facteurs favorisant classiques sont, entre autres, les troubles de la vidange gastrique, la perte des fonctions motrices pyloriques normales, les conséquences de la gastrectomie partielle et un régime alimentaire riche en fibres. Les traitements gastriques antisecréatoires semblent jouer un rôle : l'hypoacidité qu'ils provoquent une diminution de l'activité des enzymes (pepsine, cellulase) impliquées dans la désintégration des fibres alimentaires. Une mauvaise mastication, par exemple en raison de l'absence de dents et de tachyphagie, peut entraîner la formation de bézoard. L'ingestion de matériaux non digestibles, ou la consommation excessive d'aliments mal digestibles peuvent également entraîner la formation de bézoards. Ce sont des événements rares, plus fréquents dans l'intestin grêle que dans l'estomac.

La localisation des phytobézords dépend du diamètre de la particule ; gastrique si le diamètre est important ne franchit pas le sphincter pylorique et grélique si le diamètre est petit mais ne franchit pas la valvule de Bauhin.

La présentation clinique chez les patients atteints de phytobézord dépend du type, de l'emplacement dans le tractus gastro-intestinal et de la présence de facteurs prédisposant.

La symptomatologie clinique est variée et non spécifique. Elle est d'installation progressive : douleur,

vomissement, anorexie ou amaigrissement. L'examen clinique peut noter la présence d'une masse épigastrique ou dans la fosse iliaque droite ou d'un syndrome de sténose pylorique.

Les bézoards peuvent provoquer des ulcères gastriques, une obstruction intestinale, une perforation, une invagination intestinale ou une hémorragie digestive. Trois tiers des cas des phytobézords sont asymptomatique et découvert par complication du fait de la nature des particules digérées qui ne s'unissent pas et donc laisse un passage au chyme alimentaire pendant une longue durée. L'augmentation du nombre des particules en amont de la valvule de Bauhin entraîne l'occlusion qui révèle le phytobézord comme dans le cas de notre patiente.

Leur présence n'induit pas systématiquement des perturbations profondes des paramètres biologiques. L'hémogramme peut indiquer une anémie hypochrome modérée, une hypo-albuminémie a été rapportée. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) révèlent une masse présentant des poches d'air, sans prise de contraste.

L'endoscopie est la technique de choix, elle trouve son intérêt diagnostique et thérapeutique dans les cas découverts fortuitement ou observés par l'entourage du patient si le patient est connu et suivi pour trouble psychique ou retard mental.

Les trichobézoards sont noirs comme du goudron, tandis que les phytobézoards sont multicolores, variant du jaune au brun ou au vert. Pour les cas découverts par une complication et en cas d'absence ou d'échec de l'endoscopie à l'extraction de bézoard et le traitement de la complication l'indication chirurgicale s'impose et consiste l'extraction de bézoard et le traitement de la complication consécutive.

La prise en charge thérapeutique est variée. Plusieurs thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature. Ainsi, en présence d'un bézoard de petite taille, certains auteurs proposent l'usage de boisson abondante associée à la prise d'accélérateurs du transit. En cas d'échec, l'extraction endoscopique peut être tentée. Cependant, ces techniques sont souvent incomplètes et exposent le patient à un grand risque d'occlusion intestinale sur fragment de bézoard. Le traitement de choix reste la chirurgie conventionnelle ou coelioscopique, permettant l'exploration de tout le tube digestif, l'extraction du bézoard gastrique à travers une gastrotomie, ou une entérotomie selon la localisation du bézoard.

Le traitement de l'étiologie principale du bézoard peut prévenir les récidives.

CONCLUSION

Le phytobézoard de l'intestin grêle est une cause rare d'occlusion intestinale aiguë.

Le traitement est chirurgical et consiste en une entérotomie et l'extraction de corps étranger.

Un régime alimentaire et une prise en charge psychique sont recommandés pour réduire le risque des récidives.

REFERENCES

- [1] M Bouali et all. Phytobezoar : An unusual cause of small bowel obstruction. Volume 62. 2021. 323-325p.
- [2] B Heykal et all. Les occlusions intestinales aiguës sur phytobezoards. P356. SNFGE.
- [3] I Denise et all. Parsnip phytobezoar causing small bowel obstruction. Journal of pediatric surgery case reports [sciencedirect].
<http://doi.org/101016/j.epsc.2019.101227>.
- [4] M Bouali, Phytobezoar: An unusual cause of small bowel obstruction, Annals of medicine and surgery, <http://doi.org/101016/j.amsu.2021.01.048> [sciencedirect]

Infarctus intestinal veineux post Covid 19 chez une femme enceinte. A propos d'un cas.

F. El Metnanni, R. Fethallah, A. Benmechta, M. Lamraoui, K. Deghmoun, S. Benkaid, A. Grib, S. Yahiaoui, N. Sid Idriss.
EPH Djilali Belkhenchir. Alger.

Introduction : Depuis le début de l'épidémie de SARS-CoV-2, des faisceaux d'évidences suggèrent que les patients souffrant de COVID-19 sont à risque augmenté d'évènements thrombotiques. L'activation de la coagulation secondaire au sepsis associée à un des facteurs de risques thrombotiques (grossesse) pourrait contribuer à cet état pro thrombotique,

Les thromboses veineuses représentent une complication classique de la grossesse actuellement aggravées par l'infection au covid 19 ; plus rarement la thrombose des veines splanchniques qui peut être de diagnostic encore plus difficile chez la femme enceinte.

Cliniquement La forme aigüe se manifeste par une douleur abdominale, de la fièvre, un tableau d'infarctus intestinal d'installation moins brutale qu'en cas d'occlusion artérielle.

Le traitement repose sur l'anticoagulation aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques, sur la

prévention et le traitement des complications et le traitement étiologique. Le pronostic est grave du fait du risque d'infarctus veineux mésentérique à la phase aigüe.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas traité dans notre service .il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans G2 PO Cl AO (grossesse de 10 semaines en cours) sans ATCDs médicaux particuliers césariée en 2019 (césarienne faite pour stérilité de 08 ans) ayant consulté aux urgences pour douleur apparue 48h auparavant sachant que la patiente a présente une infection COVID deux semaines avant. La clinique était celle d'un syndrome douloureux épigastrique et périombilical.

L'échographie abdomino pelvienne a démontré un épaississement grêlique étendu péristaltique responsable d'une distension d'amont.

La patiente a subi une coloscopie exploratrice ayant objectivé un épanchement hématisé au niveau du cul-de-sac de Douglas et en sous hépatique ainsi que la

Volumineux lipome du, larynx. A propos d'une observation.

Z. Merzougui, A. Mecibah.
Service ORL. EPH Batna.

Introduction Et Objectif : Parmi les tumeurs mésenchymateuses bénignes du larynx, les lipomes constituent une cause très rare, environ 120 cas ont été décrits actuellement dans la littérature.

Matériel Et Méthode : Notre observation concerne un patient de 70 ans, sans antécédents toxiques paliiiculiers (alcool - tabac), opère-t-il y'a 20 ans d'un polype de la corde vocale ; qui a consulté pour des ronflements et une dysphonie a type de trouble de la résonnance.

L'interrogatoire n'a relevé aucune plainte a type de dyspnée, de dysphonie franche ou dysphagie.

La laryngoscopie a montré une volumineuse formation, lisse, du repliary-epiglottique gauche, s'étendant à la face exo laryngée de l'épiglotte et du sinus piriforme homo latéral.

La TOM laryngée a révélé une formation graisseuse de 50 X 30 117117 prenant naissance au niveau du repli Ary épiglottique gauche, étendue en bas et en arrière.

Résultat L'exérèse de la formation s'est faite par voie externe et thyrotomie latérale, les suites opératoires ont été simples.

L' étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'un lipome. Après six mois de recul, la laryngoscopie retrouve un larynx normal, le patient présente toujours un trouble de la résonnance de la vo ix qui ne le gêne pas, mais les ronflements ont pratiquement disparu.

Conclusion : les lipomes du larynx constituent une pathologie rare, et ils peuvent se manifester par une symptomatologie d'emprunt ; leur évolution lente fait que le patient s'accommode longtemps avec ces symptômes.

Le drainage à travers les orifices naturels: une alternative à la reprise chirurgicale.

R. Khiali, A. Messaoudi, S. Mechri, S. Ammari, S. Nait, E. Haicheur, M. Taieb.
Service de chirurgie. EPH Ain Taya. Ager-Est.

Introduction : Les collections du cul de sac de Douglas ne sont pas exceptionnelles dans le post-opératoire en pratique courante et leur prise en charge n'est pas toujours facile dans le contexte du post-opère d'autant plus que ce dernier est fragile ;

Les reprises chirurgicales ont constitué le principal remède à ce genre de complications pendant pas mal de temps avant l'avènement des drainages radioguidés ;

Le drainage à travers les orifices naturels constitue une alternative intéressante avec un accès direct et sans cicatrice décelable.

Matériels et méthodes : Nous allons vous rapporter le cas d'une patiente admise à notre niveau pour prise en charge d'une collection du Douglas survenue deux semaines après une hystérectomie faite par laparotomie. Cette collection mesurait 12cm de grand axe sur 10cm, Par ailleurs la patiente gardait un état général conserve hormis une fébricule de 38,2 °c et une hyperleucocytose modérée à 11000 elts par mm³.

La patiente ayant bénéficié d'un drainage chirurgical par voie trans-vaginal sous anesthésie locorégionale avec mise en place d'un drain à travers le cul de sac vaginal ; Les suites post-opératoires étaient bonnes et la patiente fut sortie le 3^{ème} jour post-opératoire.

Discussion : Le drainage radioguide constitue depuis un moment une méthode efficace dans la prise en charge des collections post-opératoires mais les drainages à travers les cavités naturelles gagnent peu à peu sa place de par son caractère peu invasif mais aussi l'accès direct permettant le plus souvent un drainage plus déclive.

Nous allons illustrer notre cas par des photos et légendes et revues de la littérature.

Merci et bon courage

Endométriose de l'appendice : une forme spéciale de l'appendicite à connaître.

R. Khiali, A. Messaoudi, S. Mechri, S. Ammari, N. Nait Slimane, E. Haicheur, M. Taieb.
Service de chirurgie. EPH Ain Taya. Alger-Est.

L'endométriose survient chez 5 à 10% des femmes. L'atteinte digestive, trouvée dans 6 à 30% des cas intéresse surtout le côlon et le rectum, dans leurs segments pelviens, proches de l'utérus c'est à dire le colon sigmoïde et le caecum avec son appendice vermiculaire.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas de l'endométriose de l'appendice invaginé dans le caecum chez une femme de 39 ans qui consultent pour douleurs abdomino-pelviennes évoluant depuis quelques jours dans un contexte a pyréétique et sans troubles du transit. L'interrogatoire retrouve une notion de rectorragie associée à des métrorragies.

L'examen clinique est sans particularité hormis une pâleur cutanéomuqueuse.

Le bilan biologique révèle une anémie microcytaire hypochromique, le reste normal y compris B-HCG est normal.

La TOM objective une masse du bas-fond coecal de 3 cm bien limitée sans signes d'extension ni d'adénopathies en regard.

La colonoscopie objective une masse sous muqueuse du caecum dont les biopsies ne sont pas concluantes.

On a opéré la patiente pour une résection iléo-caecale sous laparoscopie.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire conclue à une endométriose de l'appendice.

Discussion : L'endométriose de l'appendice reste un diagnostic difficile en per-opératoire et l'examen histologique est capital pour l'orientation.

La prise en charge est longue et difficile comme porte un bilan d'extension fait appel aux analogues de la GH-RH.

Illustrations du poster par des images et des revues de littératures.

Tumeur villeuse du bas rectum.

A. Messaoudi, R. Khiali, S. Ammari, S. Nait, E. Haicheur, M. Taieb.
Service de chirurgie EPH Ain Taya. Alger-Est.

Résumé : Les tumeurs villeuses du tube digestif sont rares et l'adénome vilieux est un type de polype qui se développe dans le côlon et d'autres espaces dans le tractus gastro-intestinal et parfois dans d'autres parties du corps. Ces adénomes peuvent devenir malins. Leur découverte est généralement fortuite lors d'un examen endoscopique. En raison de leur récurrence et de leur potentiel dégénératif, la résection totale des tumeurs villeuses est fortement recommandée. Les grosses tumeurs villeuses constituent toujours une limitation pour la résection endoscopique et nécessitent un traitement chirurgical. Les taux élevés de morbidité et de mortalité et les désordres fonctionnels de la chirurgie ont conduit à une attention croissante dans de nombreuses autres techniques pouvant exposer au risque de récurrence, en particulier dans la localisation rectale.

Matériels et méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 89 ans présentant des antécédents d'hypertension avec une maladie cardiaque chronique

associée à une thrombose veineuse profonde sous traitement anticoagulant.

Elle était hystérectomisée il y a 18 mois. La patiente a été référée à notre service de chirurgie avec une plainte de diarrhée sanglante accompagnée de douleurs abdominales apparue six mois auparavant et associée à une perte de poids de 4 kg en un an. Lors de l'examen rectal, il y avait une masse rectale localisée dans le rectum inférieur à 6 cm de la marge de l'anus. Les examens biologiques étaient dans les valeurs normales. Le temps de thrombine pro% et INR = 38,5 = 2,5. Les marqueurs tumoraux : ACE :6.3 le CA 19-9 et le CA25 normaux.

La coloscopie totale a montré une lésion sessile volumineuse impliquant la paroi postérieure du rectum, distante de 4 cm du bord de l'anus et longue de 10 cm. Des biopsies ont été réalisées pour le gros polype sessile et le diagnostic pathologique était un adénome vilieux avec une dysplasie de bas grade.

Nous avons réalisé une résection Trans anale de la tumeur avec suture de la paroi postérieure du rectum inférieur.

Conclusion : Les adénomes vilieux sont rares et représentent un type de polype qui se développe dans le côlon et le rectum. Ils se caractérisent par leur tendance à récidiver et leur possible dégénérescence maligne des tumeurs résiduelles. Une résection totale en un bloc avec des marges libres de tumeur est hautement nécessaire.

Le choix de la technique doit être fait en tenant compte des taux de mortalité et de morbidité de la chirurgie radicale et de la commodité des autres procédures chirurgicales.

Rupture spontanée d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale avec une membrane proligère intacte. A propos d'un cas.

B. Rouainia. Service de chirurgie. CHU Ibn Rochd. Annaba

Introduction : La rupture intrapéritonéale du kyste hydatique du foie avec une membrane proligère intacte est une forme pelliculaire et rare (0.1 à 0.2%). L'intégrité de la membrane proligère protège contre les complications potentielles à condition qu'un traitement adéquat soit réalisé en urgence.

Méthodes : A travers notre travail, nous rapportons un cas de rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique du foie avec membrane proligère intacte et nous précisons les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées au décours de cette complication.

Résultats : Une femme âgée de 34 ans, consultait pour des douleurs de l'hypochondre droit évoluant depuis 2 mois exacerbée depuis 24 heures, sans fièvre ni ictère. L'examen trouvait une sensibilité de l'hypochondre droit. A la biologie il y avait une hyperleucocytose à 11 310 éléments/mm Sans de cholestase ni de cytolysse.

L'échographie abdominale montrait une lésion kystique anéchogène intrapéritonéale, mobile. La tomographie abdominale montrait un kyste hydatique du segment IV afaissé et une masse kystique intrapéritonéale de 12 x 6cm. La radiographie du thorax ne montrait pas d'image de kyste pulmonaire. Le diagnostic d'une rupture intra péritonéale du kyste était évoqué et la patiente était opérée en urgence par une incision médiane. L'exploration trouvait un kyste hydatique du segment IV rompu et vidé de sa membrane proligère. Cette dernière est restée intacte en intra péritonéal. Le traitement chirurgical consistait en une résection du dôme saillant avec extraction de la membrane proligère et son contenu sans la rompre associé à une toilette péritonéale au sérum salé hypertonique et drainage de la cavité péritonéale. Un traitement antiparasitaire par albendazole était prescrit. Les suites opératoires étaient simples. La patiente allait bien et n'avait pas de récurrence hydatique avec un recul de 4mois.

Conclusion : La rupture intrapéritonéale le du kyste hydatique du foie avec membrane proligère intacte est rare. En effet un traitement chirurgical urgent met le patient à l'abri de l'hydatidose péritonéale et de l'anaphylaxie aigue.

Mots clés : Kyste hydatique, foie. Rupture, membrane proligère intacte, péri kyste, chirurgie.

Occlusion intestinale sur GIST. A propos d'un cas.

N. Belmili, R. Rahmouni, S. Belkheiri, Delmi.
Service de chirurgie B. CHU Ibn Badis. Constantine.

Introduction : Les gists sont des tumeurs conjonctives rare généralement sporadique localisé la plupart du temp dans l'estomac et le grêle

Méthode : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 60ans admis dans le cadre de l'urgence pour occlusion intestinale, tdm faite révèle une masse de la dernière anse iléale. Malade opère en urgence ou on a procédé à une résection iléo coecal emportant la masse. Suite opératoire sans complication. Lanapathe en faveur d'un gist

Discussion : Les gist sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes l'Age de diagnostique est de 50 a 60ans ils demeurent longtemps Asymptomatique le seul traitement curatif est l'exérèse chirurgicale

Conclusion : Les gists sont la plupart du temp Asymptomatique la découverte se fait parfois dans un contexte de complications nécessitant une prise en charge en urgence et c'est souvent péjoratif.

Prise en charge des tumeurs péri ampullaires. A propos de 8 cas.

H. Mardaci, A. Kadem, Z. Djilli, S. Haddad, S. Bouhafs, N. Arbaoui.
Service de chirurgie. CHU Ibn Rochd. Annaba.

Introduction : Tumeurs relativement rares, occupant la 3^{ème} place parmi les cancers des voies biliaires extra-hépatiques, après le cancer de la vésicule et celui de la VBP. Symptomatologie dominée par l'ictère obstructif, avec une association fréquente d'une Tm péri-ampullaire (ampulome) et une polypose recto-colique familiale TRT est essentiellement chirurgical, soit radical à type de DPC, une ampullectomie endoscopique ou chirurgicale, soit palliatif par la mise en place d'une endo prothèse, ou une dérivation bilio-digestive. Pronostic est meilleur par rapport aux Kc de la tête du pancréas et des VBEH, avec une survie globale à 0 Sans de 50%.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, concernant 08 cas de Tumeurs péri ampullaires, colligées au service de chirurgie générale et digestive, durant une période de 03ans (2019-2021).

Résultats : 08 patients, 5F-3H, Sex-ratio: 0,6(prédo.Féminine). AGE (36-79ans), âge moyen: 43 ans.

Clinique: Amaigrissement 06cas (75%), Ictère CMG 08 cas (100%), Hématémèse 01cas (12,5%, jugulée), Masse palpable 02 cas (25%).

Biologie : Anémie 03cas (37,5%, transfusés), syndrome cholestase 08cas (100%, BCa, PH .Ala, Gamma GTa). Syd. Cytolyse 06cas (75%, TGO-TGPa).TP~08 cas (100%, apport vitk). **IMAGERIES :** ECHO.A/P : vésicule biliaire distendue, dilatation des VBI et VBEH sans obstacle écho décelable et foie de cholestase (intérêt TOM, Bili-IRM) dans 06cas (75%), Images hypoéchogènes de la région ampullaire+ dilatation des VBI et EH dans 02cas (25%). Images de métastases hépatiques dans 02cas (25%).

TOM A/P : Images hypo denses en faveur d'ampulomes Vatiériens + dilatation des VBI et EH + vésicule distendue dans 06cas (75%) (Intérêt l'aéroscope +Bx), dilatation VBI et EH + Tm tête du pancréas 3x3, 5 cm de grand axe+ métastases hépatiques (segts III, VI, VIII) dans 01 cas (12,5%), obstacle du bas cholédoque+ dilatation VBI et EH + MH+ du segt VIII dans 01 cas (12,5%).

Cholangioirm : Volumineuses tumeurs péri ampullaires faisant saillie dans la lumière duodénale dans 03cas (37,5%), images d'amputation du bas cholédoque+ dilatation des VBI- EH et de la vésicule biliaire dans 03cas (37,5%), Tm péri ampullaire+ empreinte sur la tête du pancréas dans 01 cas (12,5%), non faite dans 01cas (12,5%) Latéroscope + biopsie: ampullome vaterien 07cas (87,5%), non concluante 01 cas (12,5%) .TRT: 03cas de DPC (37,5%), 02cas d'ampullectomie (25%), 01 cas de prothèse biliaire (12,5%), 01 cas de dérivation bilio-digestive (12,5%) et 01 cas de laparotomie (Carcinose péritonéale, 12,5%). Suites op. 01 cas de PPO (reprise chirurgicale), 01 cas de fistule pancréatique (tari à j20), 01 cas d'embolie pulmonaire. 02 Décès, survie globale est de 75%.

Conclusion : les tumeurs péri-ampullaires sont rares par rapport aux Tumeurs de la vésicule biliaire, des VBEH et du pancréas. Leur diagnostic est difficile étayé par la cholangio-IRM et confirmé par la fibroscopie avec biopsies. Leur meilleur TRT reste l'intervention de Whipple (DPC) dans les cas favorables. Ces Tm gardent une meilleure survie par rapport aux tm des voies biliaires et au Kc de la tête du pancréas.

Kyste hydatique du pancréas : une localisation exceptionnelle.

L. Khelifi, M. Amoura, D. Ouaret, K. Hail, Guiza, Semmadi, Sid Idris.
EPH Birtraria. Alger. CHU Mustapha. Alger.

Introduction : L'hydatidose est une maladie parasitaire due à l'Echinococcus granulosus. C'est une maladie présente à l'état endémique dans le pourtour du bassin méditerranéen et en Amérique du Sud. L'infestation du pancréas est exceptionnelle et se fait par voie hémato-gène après passage des filtres hépatique et pulmonaire (localisations principales).

Matériel et méthode : Nous rappellant le cas d'un patient âgé de 32ans sans antécédents qui consulte pour des épigastralgies isolées, et dont l'exploration objective : FOGD : gastrite érythémateuse Echographie abdominale : formation kystique épigastrique cloisonnée de 58mm non rattachée à un organe précis Scanner abdominal : formation épigastrique probablement duodénale, de contenu liquidien, cloisonnée bien limitée de 51 mm à paroi calcifiée évoquant un kyste hydatique.

Sérologie hydatique : positive LRM: KHP de siège corporel et qui semble rompu au niveau des canaux pancréatiques.

L'exploration chirurgicale met en évidence un KHP corporel non fistulisé, le patient a bénéficié d'un traitement conservateur (résection du dôme saillant), les suites postopératoires étaient simples, patient sortie à J10 postopératoire avec un contrôle à 01 et 06 mois satisfaisant.

Conclusion : La localisation pancréatique du kyste hydatique est très rare, elle représente un diagnostic différentiel avec les cystadénomes séreux et mucineux. Le traitement est essentiellement chirurgical dont les suites opératoires sont conditionnées par l'apparition de fistule pancréatique.

Traumatisme du pancréas. Principes de modalités techniques. A propos d'un cas

I. Nehal, Z. Bouchair, M. Bentamene, A. Belhamra, R. Khennaoui, A. Belmir.
Centre des Urgences chirurgicales. CHU Ibn Badis . Constantine.

Introduction : Les lésions traumatiques du pancréas sont rares, survenant souvent dans un contexte de traumatisme direct épigastrique ou lors des accidents liés à des mécanismes de décélération ou d'écrasement.

Le diagnostic précoce des traumatismes pancréatiques est marqué par une absence fréquente de corrélation entre la gravité des lésions et la sémiologie initiale.

Le pronostic des traumatismes pancréatiques dépend de l'atteinte du canal pancréatique principal, conditionnant le risque de complication et dont la radiologie interventionnelle joue un rôle thérapeutique primordiale. résumé de la communication:

Il s'agit d'une communication d'intérêt didactique où nous rapportons l'expérience de notre service concernant le diagnostic et la prise en charge des traumatismes du pancréas.

A propos de 9 cas, hospitalisés au service des urgences chirurgicales durant les deux dernières années, nous révélons quelques aspects intéressants concernant :

- Le diagnostic précoce des traumatismes pancréatiques
- Les différentes techniques thérapeutiques
- Les complications les plus rencontrées.

Traitement non opératoire des traumatismes de la rate. Faisabilité et évaluation. A propos de 18 cas.

N. Souilah, O. Salem, M.S. Essalhi, K. Abdi, L. Baziz, O. Rehamnia, Z. Djelli, S. Haddad, N. Arbaoui.
Service de chirurgie. CHU Ibn Rochd. Annaba.

Hernie post traumatique de la paroi abdominale. A propos de 2 cas.

N. Souilah, M.S. Essalhi, O. Salem, O. Rehmania, L. Baziz, K. Abdi, Z. Djelli, D. Rouainia, S. Haddad, N. Arbaoui.
Service de chirurgie. CHU Ibn Rochd. Annaba.

Goitre toxique plongeant compressif.

H. Bouabaz, Bessad, K. Meskouri, Y. Medjedoub.
Service de chirurgie thoracique et vasculaire. CHU Mustapha . Alger.

Les goitres plongeants posent des problèmes de définitions, de diagnostic ainsi que thérapeutique.

La définition du goitre plongeant reste à nos jours non unanimes ; tout goitre dont le prolongement descend de plus de deux travers de doigt au-dessous de l'orifice supérieur du thorax, soit quatre centimètres en position opératoire.

Nous rapportons deux cas de notre service le premier est une patiente âgée de 48 ans asthmatique sous traitement admise pour la prise en charge d'un goitre toxique plongeant compressif avec paralysie récurrentiel le gauche nécessitant la présence de l'équipe ORL pour une intubation sous fibroscope ayant bénéficié d'une thyroïdectomie totale par cervicotomie ; le deuxième cas est une patiente âgée de 58 ans asthmatique sous traitement aux antécédents chirurgicaux d'une lobectomie gauche en 1975 pour goitre gauche admise à notre niveau pour la prise en charge de goitre endothoracique allant jusqu'à la

carène ayant bénéficié d'une exérèse totale par voie cervico-sternotomie .

La position endothoracique d'un goitre lui confère une gravité particulière, liée d'une part au potentiel de compression d'organes nobles, d'autre part aux difficultés supplémentaires de la prise en charge chirurgicale.

Kyste du cholédoque.

K. Sedaki, N. Chennaf, G. Bahbouh, AH. Ouslimani, F. Merad Boudia.
Service de chirurgie. CHU Babel Oued.

Introduction : Le kyste du cholédoque est une anomalie rare, qui correspond à une dilatation sacculaire ou fusiforme de la voie biliaire principale. La classification de ces kystes-là plus utilisée actuellement est celle de Todani. La forme la plus commune retrouvée dans 80 % des cas est une dilatation fusiforme de la voie biliaire qui correspond au type 1 todani.

L'hypothèse étiologique est celle d'un canal biliopancréatique commun responsable d'un reflux d'enzymes pancréatiques dans la voie biliaire principale à l'origine d'une irritation puis d'une dilatation pariétale

Le diagnostic est posé sur des examens morphologiques principalement la TOM, confirmé par l'examen anatomopathologique.

Cependant une dilatation secondaire des voies biliaires par obstruction due à des calculs biliaires ou à une malignité doit être impérativement exclue.

Matériel et Méthodes Nous rapportons le cas de trois patients. Une patiente âgée de 29 ans qui présente des

épisodes récurrents d'angiocholite traité médicalement, diagnostic à l'imagerie classée type 1 selon todani .

Le second patient âgé de 40 ans découverte fortuite par une échographie abdominale classée todani le.

Le 3ème patient âgée de 56 ans qui présente un kyste de cholédoque classée 1 selon todani révélé par syndrome douloureux de HCD ;

Résultats : les patients ont été opérés et Anapa th a confirmé le diagnostic

Conclusion : Les malformations kystiques des voies biliaires sont des affections congénitales rares et le risque de dégénérescence est évalué à 14%, ce qui motive l'indication opératoire

Mucocèle appendiculaire. Revue de la littérature.

K. Sedaki, N. Chennaf, G. Bahbouh, AH Ouslimani, F. Merad Boudia.
Service de Chirurgie. CHU Bab el Oued. Alger.

Introduction : La mucocèle appendiculaire est une pathologie rare, se ça rastérisant par un polymorphisme anatomoclinique.

L'objectif de notre travail est de rapporter à travers un cas clinique et la revue de la littérature les caractéristiques anatomocliniques et thérapeutique de cette afection.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 49ans qui consultait pour un syndrome pseudo tumoral de la fosse iliaque droite dont l'exploration morphologique (TDM)objective une masse kystique au niveau du carrefour iléocæcal faisant évoquer une mucocèle appendiculaire très probable

La patiente a été opérée, l'exploration avait retrouvé un appendice volumineux dont l'histologie avait confirmé le diagnostic de mucocèle appendiculaire

Conclusion : En dépit de la rareté des mucocèles appendiculaires, le chirurgien doit l'avoir à l'esprit devant toute masse kystique appendiculaire afin d'adapter un traitement approprié

Impact de la stratégie opératoire face aux cancers coliques gauches en occlusion"

L. Kouaci, F. Harbi

Services des Urgences Chirurgicales. CHU Ibn Rochd. Annaba

Résumé : Le cancer colique est diagnostiqué au stade de l'occlusion intestinale dans 8 à 29% des cas.

Trois fois sur quatre, l'obstacle tumoral est localisé dans le colon gauche et le sigmoïde.

Le but de l'étude est d'évaluer la stratégie opératoire de prise en charge des occlusions intestinales aiguës sur tumeurs coliques gauches et son impact sur la morbi-mortalité.

C'est une étude rétrospective étalée sur 4 ans entre janvier 2015 à décembre 2018.

Notre étude a concerné 24 patients pris en charge au service de chirurgie générale et au service des urgences chirurgicales du CHU Annaba.

Les patients de notre série sont relativement jeunes avec une moyenne d'âge de 6 ans et une prédominance masculine nette (Sex-ratio= 2).

Sur les 33 cas de cancers en occlusions, 24 étaient localisés sur le colon gauche.

La tumeur siège préférentiellement au niveau du colon sigmoïde.

La résection avec colostomie et rétablissement de la continuité ultérieure (Hartmann) est la stratégie thérapeutique que nous avons le plus réalisé (N=14) suivi de la colostomie de proche amont (N=5).

La mortalité globale est nulle dans notre série avec une morbidité de 58% (N=14) pour les patients ayant subi une intervention de Hartmann et de 22 % (N=5) et qui étaient essentiellement des abcès de paroi et complications stomiales.

La durée moyenne de séjour hospitalier est de 6 jours.

Un diagnostic précoce, une réanimation péri opératoire adaptée et un geste opératoire rapide avec stomie permettent de réduire le taux, de morbidité et de mortalité

Mots clés : cancer colique, occlusion.

A.A.C.L

Chirurgiens Libéraux
Algérie

الجمعية الجزائرية للجراحين الخواص
Association Algérienne des Chirurgiens Libéraux