

les feuillets
de
Chirurgie

Sommaire

Session Communications libres :

Polypropylène ou Polyester. Quel matériel prothétique idéal pour les hernioplasties inguinales ?. T. Berri. **P.6**

Les tumeurs stromales gastro-intestinales : mise au point et stratégie thérapeutique. A. Chetibi **P.7**

Place de la chirurgie des varices. A.C. Bounoua. **P.8**

Table ronde : Aspects chirurgicaux de la maladie de Crohn :

Place de la chirurgie dans le traitement de la maladie de Crohn iléo-caecale. H. Chatter. **P9**

Approche laparoscopique dans la maladie de Crohn. Z. Seoudi. **P10**

Quel type de rétablissement de continuité après résection iléo-caecal pour maladie de Crohn ?. A. Hablal **P.11**

Actualités de la prise en charge thérapeutique des abcès sur maladie de Crohn. F. Moussaoui. **P.12**

Session vidéo : Chirurgie pariétale :

Traitement d'une hernie inguinale par voie totalement extra péritonéale. S. Merzoug. **P.13**

Aspects techniques d'une récidive d'événtration post opératoire médiane par voie coelioscopique. A. Chetibi. **P.14**

Eventration sous costale droite sur abdomen cicatriciel par cure coelioscopique : faisabilité et points techniques. A. Chetibi. **P.15**

Traitement coelioscopique d'une hernie incisionnelle étranglée de la fosse iliaque droite en urgence. A. Chetibi. **P.16**

Session chirurgie de l'obésité morbide :

Obésité et anesthésie. K. Bendjoudi. **P.17**

Mini by pass gastrique : description de la technique . B. Boudiaf. **P.18**

Conférence : Les fondements historiques de la chirurgie moderne. B. Meradji. **P.19**

La responsabilité médicale et chirurgicale : de la préhistoire à l'ère de la technologie et de l'intelligence artificielle. M. Maaoui. **P.24**

Session chirurgie du sein :

Mastectomie totale bilatérale avec reconstruction immédiate (MRI). M. Laribi. *P.26*

La chirurgie oncoplastique, traitement conservateur dans la prise en charge du cancer du sein. R. Allali. *P.27*

La reconstruction mammaire immédiate par prothèse pré pectorale. R. Allali. *P.28*

Prise en charge de la gigantomastie. M. Laribi. *P.29*

Session vidéo chirurgie générale :

Phéochromocytome volumineux par voie coelioscopique. N. Chennaf. *P.30*

Comment je fais la ta TME avec extraction par voie transanale (NOTES) dans le cancer du bas rectum. R. Bouzouagh. *P.31*

Apport de l'hydrodissection dans les cholécystectomies difficiles: notre expérience à propos de 2 200 cas. A. Cherrak. *P.32*

Intérêt de la laparoscopie dans les syndromes douloureux aigus de la F.I.D. chez la femme. S. Ammari. *P.33*

Bisegmentectomie IVb et V étendue à la VBP pour un cancer de la vésicule biliaire. A. Nasri. *P.34*

Hémicolectomie droite coelioscopique pour cancer du caecum. A. Nasri. *P.41*

Session communications libres :

Médecine et chirurgie esthétiques : les dérives. A. Madjoudj. *P.48*

La faisabilité de la TAPP dans un établissement de proximité : courbe d'apprentissage et intérêt d'un accompagnement expert : à propos de 63 cas. Abderrezak. *P.49*

Faut-il faire une appendicectomie de principe si l'appendice est macroscopiquement sain de lors de l'exploration laparoscopique pour appendicite aigue ? S. Ammari. *P.52*

Quoi de neuf dans la prise en charge des fistules anastomotiques colorectales. I. Haroun. *P.53*

Mortalité des péritonites post-opératoires : aspects microbiologiques et thérapeutiques. N. Ferrad. *P.55*

Fistule biliaire externe post cure de KHF : que faire ?. A. Guezzi. *P.57*

Traitement chirurgical des dissections aortiques. .B. Aziza **P.58**

E-Posters

Gigantomastie juvénile. R. Morsli. **P.60**

Cancer de la vésicule biliaire et réhabilitation améliorée après chirurgie. Y. Khenchoul. **P.62**

Adénocarcinome appendiculaire découvert sur pièce d'appendicectomie. K. Kermiche. **P.63**

Prise en charge d'un paragangliome pré aortique. A. Chabane. **P.64**

Invagination colo-colique chez l'adulte. A propos de deux cas. S. Ammari. **P.65**

Nodule d'endométriome sur cicatrice abdominale. M. Laidouci. **P.67**

Le concept « time out ». Un temps mort pour la sécurité chirurgicale. A. Mecherouk. **P.86**

Hernie diaphragmatique incarcerated. La réparation laparoscopique est-elle sûre et fiable ?. M. Kara Ahmed. **P.69**

Tablier abdominal associé à un défaut pariétal (abdominoplastie+prothèse). R. Allali. **P.71**

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique après chirurgie carcinologique. L. Haroun. **P.73**

Rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale post traumatique. H. Khoulofi. **P.75**

Excision totale du mésorectum par voie transanale (TME) dans les cancers du bas et moyen rectum. R. Bouzouagh. **P.79**

Prise en charge de la dissection aortique. A. Kadem. **P.80**

Traitement endoscopique pour traumatisme grave du pancréas. I. Nehal. **P.81**

Transposition de la veine rénale gauche pour syndrome de casse-noisette. Y. Rekhif. **P.782**

Un cas atypique d'ingestion de corps étranger. A. Khellaf. **P.83**

L'abcès thyroïdien. Z. Malek. **P.84**

Gossybipoma rétopéritonéal. A propos d'un cas. H. Badache. **P.85**

Invagination intestinale aiguë révélée par une appendicite aiguë. S. Chine. **P.86**

Tumeur ampullaire ou lithiase biliaire ? Association fréquente. **S. Lahrech. P.87**

Les brûlures graves ; une prise en charge bien planifiée. **H. Harkat. P.88**

Pseudo kyste intra-abdominal post dérivation ventriculo- péritonéale: complication rare. **M. Mokhbi. P.89**

Polypropylène ou polyester. Quel est le matériel prothétique idéal pour les hernioplasties inguinales ?

T. Berri

Service de chirurgie générale, CHU de Béchar

Introduction :

La douleur chronique (DC) reste un problème majeur après les réparations des hernies inguinales. Le matériel prothétique est actuellement reconnu comme un facteur de risque de ces douleurs persistantes.

L'objectif de cette étude est de comparer la DC à 6 mois après la réparation des hernies inguinales en utilisant une prothèse non résorbable en polyester versus une prothèse en polypropylène.

Méthodes :

Cette étude comparative sur 98 patients (49 dans le groupe polyester «PE» et 49 dans le groupe polypropylène «PP») avec hernie inguinale primaire non compliquée a été conduite au CHU de Béchar entre 2019 et 2021. Tous les patients ont bénéficié d'une hernioplastie par la voie classique. La DC a été évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) à 06 mois.

Résultats :

Les patients du groupe PP ont présenté moins de douleur que ceux du groupe PE mais sans que cela soit significatif (34,2% versus 37,4% respectivement, $p = 0,71$). La moyenne des scores EVA a été également inférieur dans le groupe PP ($0,48 \pm 0,72$ versus $1,71 \pm 1,06$, $p = 0,54$). Un seul patient du groupe PP a décrit une

douleur modérée et aucun participant n'a eu de douleur sévère ($p = 0,63$). Aucun patient n'a présenté de récurrence.

Conclusion :

La présente étude montre qu'en chirurgie herniaire inguinale, les prothèses en polypropylène ou en polyester sont équivalentes en considérant la DC postopératoire à 6 mois.

Les tumeurs stromales gastro-intestinales : mise au point et stratégie thérapeutique.

A. Chetibi, R. Ghemit, S. Kadem, I. Boudiss, R. Belouz S.E. Benmansour, M.E. Tamzalit, M. Ghazali, M. Saidani.

Service de Chirurgie Générale et Oncologique - CHU : Beni Messous, ALGER

Abstract

Introduction : les GIST représentent 0,1-0,3% de tous les cancers gastro-intestinaux et 5% de tous les sarcomes des tissus mous. Elles se développent dans la majorité des cas dans l'estomac et le grêle, plus rarement le rectum, le côlon, l'œsophage ou le mésentère. Elles dérivent des cellules de Cajal ou d'un de leur pré-curseur, et sont typiquement de phénotype CD117/KIT+ (95%) et DOG-1+(95%). La résection chirurgicale doit être complète en monobloc avec une efficacité établie de l'imatinib en 1^{ère} ligne.

But : parler de l'importance du bilan per-opératoire et évaluer les résultats du traitement chirurgical des tumeurs stromales gastro-intestinales.

Matériel et Méthodes : Durant la période de janvier 2010 à septembre 2022,

35 malades ont été pris en charge pour tumeurs stromales gastro-intestinales avec un âge moyen de 55 ans. La présentation clinique prédominante était la douleur abdominale. Le bilan préopératoire a été dominé essentiellement par la FOGD

Résultat : La morbidité a été observée dans 03 cas (08 %). La Mortalité après résection a été nulle (0 %). La mortalité à distance était

de 5% 02 décès en récurrence de la maladie. 23 malades suivis à ce jour avec un recul moyen de 57 mois.

conclusion : Au terme de cette série le traitement Standard des tumeurs stromales gastro-intestinales et la résection chirurgicale complète en monobloc.

Les énucléations sont déconseillées. Le traitement néoadjuvant n'est pas indiqué si la résection (R0) est possible. La survie est liée au caractère complet de la chirurgie et aux autres facteurs pronostiques de la tumeur.

Place de la chirurgie des varices en 2023

A.C. Bounoua

Cabinet de chirurgie vasculaire à Oran

Introduction :

Je commencerai ma communication par parler de la source du reflux et de l'hémodynamique pour me plonger sur les effets secondaires de la crossectomie et je terminerai par les mises à jour du traitement des varices.

Les objectifs de mon étude :

Évaluer la faisabilité ou non de la crossectomie en citant son efficacité et ses effets secondaires.

Citez les études sur la crossectomie par ordre chronologique 2006-2013-2015....

Description :

Après avoir parlé de la source du reflux et de l'hémodynamique par des schémas anatomiques j'ai exposé les indications de la crossectomie qui ce sont réduits sur les études 2006-2013-2015....

Ensuite j'ai parlé du diamètre de la jonction tout en citant la conduite à tenir devant une crosse quelques soit son diamètre.

Description du traitement de la jonction de la veine petite saphène qui ne diffère pas trop de la veine grande saphène.

Je finirai ma communication en parlant du traitement en ambulatoire et de la nécessité de l'intégrer dans la formation car parmi ses avantages :

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

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

Moins de récidence (excellent résultats médicaux et esthétiques).

RESULTAT : Plusieurs critères vont être énumérer :

La source du reflux et l'hémodynamique.

Ce mettre à jour est indispensable car depuis que l'ablation thermique a prouvé son efficacité : méthode de traitement qui laisse la crosse en place; les chirurgiens évitent d'inciser au niveau de l'aîne.

J'espère vous avoir éclairci sur ma communication et je reste à votre disposition pour tous complément d'information
Amicalement.

Place de la chirurgie dans le traitement de la maladie de Crohn iléo-caecale.

*H. Chatter, A. Hablal, Y. Benmeddour, M.O. Amoura, N. Sid Idris.
EPH Birtraria.*

La chirurgie est un évènement quasi constant dans la prise en charge de la maladie de Crohn et doit répondre à deux principes : ne résecter que les formes symptomatiques d'une manière économe en préservant au maximum le schéma corporel du patient

Les décisions chirurgicales ne doivent être prises qu'après concertation pluridisciplinaire, elles trouvent leur indication dans 3 situations : - en cas d'échec du traitement médical après optimisation dans des centres experts, - en cas de complications essentiellement les formes sténosantes perforantes et la colite aiguë grave ; - et en cas de dégénérescence.

Les résections comètes doivent être privilégiées par rapport aux stricturoplasties en cas de sténoses limitées, alors que les dilatactions endoscopiques trouvent leur place dans les sténoses coliques et les récurrences anastomotiques de moins de 05 cm.

Le recours à la chirurgie ne doit pas être considéré comme un échec mais plutôt faisant partie de l'arsenal thérapeutique et le bon timing permettra d'assurer un meilleur confort une réinsertion sociale satisfaisante.

Approche laparoscopique dans la maladie de Crohn.

*Service de Chirurgie Générale. Centre Hospitalo-universitaire de Douéra.
Hôpital Djillali BOLTNAAMA. Université de Blida 1*

Introduction :

Considérée auparavant comme une contre-indication à la laparoscopie, la crainte mythique de la chirurgie coelioscopique dans la maladie de Crohn s'est progressivement atténuée au fil des ans. av.ec les progrès de la technologie et l'amélioration des compétences chirurgicales. L'approche mini-invasive s'est imposée dans les situations électives comme dans les situations d'urgence et pour des cas plus complexes.

Matériel et Méthode :

Mise au point à la lumière des dernières recommandations

Résultats :

L'approche laparoscopique a été initialement validée et recommandée pour la résection élective des formes sténosantes de la maladie de Crohn. L'approche moins invasive a considérablement réduit l'agression chirurgicale et l'incidence des adhérences abdominales ce qui améliore les conditions de réintervention particulièrement chez cette population jeune de patients. Au fil des ans. Les différentes sociétés savantes ont prouvé la faisabilité et la sécurité de la chirurgie coelioscopique dans des situations plus complexes tels que les formes perforantes et récidivantes de la maladie. Non seulement dans les conditions électives mais aussi urgentes.

Conclusion :

La chirurgie laparoscopique confirme de plus en plus sa place chez les patients atteints de maladie de Crohn. Elle est aujourd'hui l'approche de choix pour la grande majorité des cas néanmoins elle nécessite des compétences chirurgicales laparoscopiques avancées.

Quel type de rétablissement de continuité après résection iléo-caecale pour maladie de Crohn ?

A. Hablal, H. Chatter, M. Mokbi, Y. Benmeddour, M.O. Amoura, N. Sid Idris.

EPH Birtraria.

Abstract

Introduction : La résection iléo-caecale est le geste le plus fréquemment réalisé au cours traitement chirurgical de la maladie de Crohn (MC) L'objectif de notre travail est de rapporter les caractéristique cliniques des patients avant subi une résection iléo-caecale et d'étudier quel type d'anastomose iléo colique a été réalisée.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective analytique comparative et unicentrique incluant 80 patients suivis dans notre service pour maladie de crohn et pour Lesquels une résection iléo-caecale a été réalisée.

Les caractéristique démographique des malades, les paramètre lies a la maladie de Crohn le gest opératoire, le type d'anastomose (termino terminal ou termino latérale manuelle) et le suivi ont été précises pour chaque malade. Les facteurs associes a la rechute clinique de la MC ont été recherches

Résultat : D'après notre expérience, la résection iléo-caecale est fréquemment pratiquée au cours du traitements chirurgical de la maladie de Crhon. L'étude analytique a montre que le sexe,

l'existence d'antécédents familiaux de MICI, le tabagisme, la localisation de la MC, le phénotype de la MC, la voie d'abord chirurgicale ainsi que le type d'anastomose augment pas le taux de fistules anastomotiques post opératoires

Conclusion : Le type d'anastomose (Termino treminal ou termino latérale manuelle) ne modifie pas le taux de fistules anastomotiques post opératoires

Actualités sur la prise en charge des abcès sur maladie de CROHN

*F. Moussaoui, A. Rechache, Z. Seoudi, R. Ibagherache, T Hachemi, A. Azouaou.
Chirurgie, CHU Douéra, université Blida 1*

Introduction :

Les abcès intra-abdominaux sur maladie de Crohn sont collection sans paroi propre qui sont plus fréquents au cours de la forme fistulisante, selon les dimensions de ces abcès la conduite thérapeutique différent, la question qui se pose doit on supprimer l'abcès et relais par le traitement de fond de la maladie de Crohn ou alors le recours indéniable à la chirurgie afin de blanchir nos malades et commencer un traitement le plus rapidement possible afin de ne pas laisser évoluer la maladie et éviter les résections étendue ainsi que les stomies.

But de l'étude :

Exposer les différentes modalités thérapeutiques des abcès sur maladie de Crohn et leurs impacts dans la période post-opératoire.

Matériel et Méthodes :

étude prospective depuis novembre 2022 jusqu'à ce jour, nous rapportons 72 cas de Maladie de Crohn dont 38 présentant des collections abcédées sur maladie de Crohn, 18 ont bénéficié d'un drainage radiologique per cutané, 05 drainages chirurgicales et 15 d'une antibiothérapie exclusive, tous les patients ont

été opérés dont deux par approche laparoscopique et les autres par voie conventionnelle, tous les patients ont bénéficié d'un rétablissement de la continuité immédiats, avec comme seule complication un seul patient à présenter une fistule anastomotique.

Discussion :

La MC est une pathologie dont la morbidité post opératoire est plus élevée que d'autres pathologies bénignes, mais la conduite thérapeutique codifiée selon les dernières recommandations des sociétés savantes ont nettement réduit ces complications post-opératoires.

Sachant que la présence de liquide purulent et la septicités locale ainsi que générale sont des facteurs de morbi mortalités dans la maladie de Crohn qui visent à ne pas associés de rétablissement de continuité en un seul temps mais le drainage per cutané ou chirurgicale pour les collections avec une antibiothérapie par voie parentérale dans un premier temps, et dans un second temps la résection intestinale avec anastomose a fait nettement réduire ces complications post opératoires (péritonite par lâchage anastomotique et les fistules anastomotique).

Traitement d'une hernie inguinale par voie totalement extra péritonéale.

S. Merzoug, S. Mouali, N. Bensemane.

EPH Teniet El Had, EPH Ain Temouchent, EPH Bordj Bounaama.

Résumé de la vidéo :

La technique de TEPP (Total Extra Péritonéal Parietoplasty) est une technique mini invasive. Grace à une voie d'abord laparoscopique dans l'espace pré péritonéal, et par l'intermédiaire de 3 petits orifices elle reproduit fidèlement la technique classique de Stoppa. Nous décrivons dans cette vidéo le traitement d'une hernie inguinale droite récurrente par voie totalement extra péritonéale, opérée initialement par voie antérieure il y a deux ans.

Le lien de la vidéo (primaire)

<http://youtube.com/watch?v=-EGsREIRAc0&feature=shares>

Aspects techniques d'une récurrence d'événement post opératoire médian par voie coelioscopique.

A. Chetibi, M. Saidani.

CHU Beni Messous.

1 ère observation :

Patiente âgée de 56 ans, obèse avec un BMI à 32, admise pour cure chirurgicale d'une récurrence d'événement postopératoire médian par voie coelioscopique évoluant depuis 07 mois.

A TCD : opérée il y a 15 mois pour une Lithiase vésiculaire associée à une Hernie de la ligne blanche par voie ouverte (Cholécystectomie + Raphie)

Echographie abdominale : déhiscence ombilicale de 14 mm avec un orifice herniaire de 32 mm, absence de lésions associées. Intervention: S/AG, P TP : HCG, Pr = 12 mm Hg. Mise en place des trois trocarts en latéral gauche.

Exploration : multiples adhérences épiplo-pariétales et colopariétales avec incarceration d'une partie de l'épiploon dans le sac herniaire, présence de 02 orifices herniaires de 05 cm de diamètre. Adhésion lyse soignée et réduction de la hernie.

Désinsertion du ligament rond ainsi que l'ouraque. Dégraissage du site d'implantation de la prothèse, Mise en place d'une prothèse biface intra-péritonéale (21/15) et fixation de celle-ci par des tachers résorbable en périphérie et au autour du sac

herniaire. bon étalement du tablier épiploïque ainsi que la prothèse.

-Contrôle clinique et échographique régulier : prothèse en place, Sérome postopératoire traité par des ponctions avec une bonne évolution clinique.

Éventration sous costale droite sur abdomen cicatriciel par cure coelioscopique : faisabilité et points techniques.

A. Chetibi, M. Saidani.

CHU Beni Messous.

2ème observation :

Patiente âgée de 48 ans, présentant un BMI à 30,5. Opérée pour cancer du col (Chell) en 1999 et cholécystectomisée par voie sous costale droite en septembre 2014. admise pour cure coelioscopique d'une EPO sous costale droite apparue 03 mois après.

Echographie abdomino-pelvienne : orifice d'éventration de 04 cm de diamètre, absence de signe de récurrence tumorale.

Intervention:

S/AG, PNP: HCG, Pr = 12 mm Hg. Mise en place des trois trocarts en latéral gauche.

Exploration:

Présence de multiples adhérences épiplo-pariétales et pariéto-hépatiques. adhésiolyse laborieuse. Orifice de 05 cm de diamètre. Désinsertion du ligament rond et section large du ligament triangulaire. Rapprochement des berges aponévrotiques en trans-pariétale à l'aide d'une aiguille de Reverdin sous coelioscopie.

Mise en place d'une prothèse biface intra péritonéale (15/12) et fixation de celle-ci par du fil non résorbable. Bon étalement prothétique et épiploïque.

-Suites post opératoires : simples.

-Contrôle clinique et échographique régulier : prothèse en place, pas de signes de récurrence.

-Recul à 06 mois : absence de signes de récurrence.

Traitement coelioscopique d'une hernie incisionnelle étranglée de la fosse iliaque droite en urgence.

A. Chetibi, M. Saidani.

CHU Beni Messous.

3eme observation :

Patiente âgée de 61 ans, sans antécédents médicaux particuliers, obèse avec un BMI à 33, admise pour cure chirurgicale d'une hernie incisionnelle étranglée sur site de trocart par voie coelioscopique apparue 02 mois après l'intervention.

ATCD de la patiente : Opérée en juin 2014 pour LV + appendicite aiguë par voie coelioscopique. Echographie abdominale : Masse irréductible de la fosse iliaque droite avec un collet estimé à 04 cm de diamètre avec anses digestives en son sein.

Intervention : S/AG, PNP: HCG, Pr = 12 mm Hg. Mise en place des trois trocarts en latéral gauche. Exploration : Incarcérations des dernières anses iléales dans le sac hémicave avec présence de quelques adhérences iléo-parietales. Adhesiolyse et réduction soigneuse des anses iléales. Absence de signes de nécrose intestinale. Orifice de 04 cm de diamètre.

Rapprochement des berges aponévrotiques par du fil non résorbable. Mise en place d'une prothèse biface intra-péritonéale (15 / 11) et fixation de celle-ci par du fil non résorbable avec un bon étalement prothétique et épiploïque.

Control échographique :

- J 10 : prothèse en place, Serome post-opératoire traité par des ponctions avec une bonne évolution clinique.
- Control à 10 mois : absence de signes de récurrence cliniques et échographiques.

Obésité et anesthésie.

K. Bendjoudi, K. Meskouri, Madaci, A. Selmi.

CHU Mustapha.

L'obésité pose des problèmes an esthétiques proportionnellement liés au surpoids. L'objectif de sa PEC est de préserver sa vie humaine, en proposant à tous une anesthésie et une réanimation de haute qualité Ceci inclut les directives européennes actualisées et fondées sur les données probantes pour la prévention et le traitement des complications peropératoire. Des directives comprennent des informations sur le niveau de preuve ou la force des recommandations- clés (consensus des experts)

L'obésité majore l'effet de l'anesthésie générale sur la fonction respiratoire, et représente un facteur de risque cardio-vasculaire et de thrombose veineuse profonde postopératoire. La masse adipeuse modifie la pharmacocinétique de la plupart des agents de l'anesthésie générale, de telle sorte que leur effet est moins prédictible et plus prolongé. Le contrôle de la perméabilité et de la continence des voies aériennes est un problème majeur, dominé par les difficultés, prévisibles ou non, d'intubation endotrachéale.

En regard, l'anesthésie locorégionale, qui contourne ce problème, est plus difficile à mettre en œuvre et ne donne pas une solution satisfaisante dans tous les cas. Un bilan préopératoire qui évalue les conséquences du surpoids, notamment respiratoires, cardio-vasculaires et métabolique est nécessaire. Il permet de fournir à l'opéré obèse une information loyale sur les risques et les bénéfices des diverses options an esthétiques.

Mini by pass gastrique : description de la technique.

B. Boudiaf.

Alger.

Le by-pass gastrique est connu depuis longtemps comme étant l'intervention de choix dans le traitement de l'obésité morbide. Cependant et en raison des difficultés techniques et de sa morbi mortalité importante, une variante technique a vu le jour ces dix dernières années qu'on appelle le by-pass gastrique à anastomose unique ou mini by-pass.

Objectifs :

Nous rapportons ce film pour décrire la technique du mini by pass gastrique et sa mise en œuvre.

Mots clés : chirurgie bariatrique; obésité morbide; gastroentérostomie; reflux biliaire; cœlioscopie.

Les fondements historiques de la chirurgie moderne.

B. Meradji.

Alger.

La notion de chirurgie moderne apparaît dans le dernier quart du 19^{ème} siècle, après l'aboutissement des victoires scientifiques ultimes sur la douleur et l'infection. Au cours des différentes périodes de la préhistoire, l'homme, passe de la position de quadrupède à celle de bipède, découvre, pour ses besoins de survie, un premier outil : ses propres mains. C'est ainsi que la chirurgie, mot dérive du grec signifiant « travail de la main ou manuel » est apparue avant même la médecine, pour réparer plaies, fractures et autres luxations de ces populations de chasseurs cueilleurs. Si l'on remonte simplement à la période néolithique, soit 10 000 ans av. JC, ce qu'il est convenu d'appeler chirurgie moderne n'est apparu que dans les dernières 54 secondes de cette longue période.

La période dite archaïque de la médecine apparaît au sein de civilisations qui seront développées autour de grands fleuves, créant agriculture, élevage, urbanisation et, surtout, l'écriture, support fondamental de la transmission du savoir.

La Mésopotamie, c'est-à-dire le pays entre deux fleuves, le Tigre et l'Euphrate, dont on retiendra le fameux code de Hammourabi (1792-1750 av. JC), premier code fixant les honoraires du chirurgien ainsi que les sanctions en cas d'échec, pouvant aller jusqu'à l'amputation des mains.

- L'Égypte, le long du Nil, dont la chirurgie a été connue au travers de rouleaux de papyrus dont les plus connus, ceux d'Edwin Smith

et d'Ebers, du nom de leurs propriétaires. Les prêtres médecins prenaient en charge la traumatologie, fréquente sur les chantiers « pharaoniques » de l'époque, les circoncisions et les accouchements avec, cependant, de maigres connaissances anatomiques. On retiendra la figure tutélaire d'Imhotep, déifié par la suite et considéré comme l'ancêtre d'Esculape.

- L'Inde, autour du fleuve Indus, où la médecine dérive de la philosophie ayurvédique. Les connaissances chirurgicales sont compilées dans l'œuvre de Sushruta, reprise et enrichie de siècle en siècle. On y retiendra la description de la technique de rhinoplastie à l'aide d'un lambeau frontal, appelée la technique du lambeau indien. Elle visait à réparer les amputations nasales réservées, en guise de châtiment, aux malandrins et aux femmes adultères. Cette technique se répandra en Asie et en Europe pour plusieurs siècles.

- La Chine, autour du fleuve jaune, issue de l'Empire Mongol, le plus grand Empire, d'un seul tenant que l'humanité n'ait jamais connu, fondé par Gengis Khan. La médecine chinoise dérive du concept du Yin et du Yang, c'est-à-dire le concept des contraires. La chirurgie est méprisée car on ne touche pas au malade. On développe plutôt la pharmacopée, les opiacés en particulier, l'acupuncture, l'analyse du pouls et la moxibustion.

- Les civilisations précolombiennes (Incas, Mayas et Aztèques) que nous nous contentons de citer pour être complets.

La période gréco-romaine, qui débute au 5^{em} siècle av. JC
Elle est marquée par la révolution hippocratique caractérisée par les points suivants :

- Les maladies ne sont pas de causes divines mais de causes naturelles ;
- Les connaissances médicales doivent reposer sur l'observation clinique ;
- Les maladies reposent sur la notion des quatre humeurs : sang, bile jaune, bile noire (atrabile) et phlegme, à l'origine des tempéraments ;
- Toute dyscrasie est à l'origine d'humeurs « peccantes ».
- D'où un traitement univoque visant à éliminer ces dernières : saignées, lavements, diète, exercices physiques. La règle persista plus de 1000 ans au travers des aphorismes d'Hippocrate.
- Le serment, aux règles éthiques et déontologiques.
- En Chirurgie, essentiellement la traumatologie (le banc d'Hippocrate) et la traitement des plaies.

L'École d'Alexandrie (288 av. JC).

Après le déclin politique et civilisationnel d'Athènes, Alexandre le Grand entame son épopée et crée l'une de ses premières « Alexandries » en Egypte.

La cite deviendra la référence incontournable du monde philosophique, scientifique et culturel de la civilisation grecque pendant 1000 ans, avec sa fameuse bibliothèque qui comptera plus de 600000 papyrus.

Son école d'anatomie, au 4^{eme} 3^{eme} siècle avant JC, avec Hérophile et Erasistrate, sera source de découvertes nombreuses grâce à l'autorisation des dissections, voire de vivisections, pendant une période de 50 ans, sous la protection de Ptolémée 1^{er},

Avec Hippocrate, et plus tard, Ibn Sina, il constituera le référentiel médical et universitaire en Europe jusqu'au 17^{eme} siècle.

Le tournant du 7^{eme} siècle : la naissance de l'Islam.

Après la chute de l'Empire romain d'Occident au 5^{eme} siècle, Constantinople, capitale de l'Empire romain d'Orient, devient l'héritière de la civilisation gréco-romaine, chrétienne orthodoxe pour près de 1000 ans.

L'empire arabo musulman va s'étendre, en moins de deux siècles, de l'Indus à l'Espagne, sous les dynasties Omeyyade et Abbasside. Il sera marqué, dans le domaine de la médecine, par une immense œuvre de traduction des œuvres grecques, leur enrichissement et un esprit encyclopédique, au sein d'Écoles prestigieuses telles que celle de Bagdad, du Caire ou de Cordoue, où fleurissent les Dar el Hikma, les bibliothèques et les bîmâristâns, véritables hôpitaux modernes sont prodigues soins et enseignement.

À côté de médecins prestigieux tels qu'Ibn Sina, Ibn Zhor, Er Razzi, Ibn Rochd et bien d'autres, un nom va marquer la chirurgie du 10^{eme} siècle : c'est celui d'Abu El Quassim Ezzahraoui, dit Abulcassis chez les latins. Né dans le Califat de Cordoue, il consacre sa pratique médicale quasi exclusivement à la chirurgie. Sa vaste expérience s'exprime dans son immense œuvre El Tasrif, composée de 30 livres dont les 6 derniers sont consacrés à la chirurgie, illustres de descriptions anatomiques, de techniques chirurgicales (ligatures), et de planches d'instruments divers. Bien plus tard, les deux plus grands chirurgiens français feront des dizaines d'emprunts à son œuvre, sans le citer.

Abu El Quassim est unanimement considéré comme le père de la chirurgie moderne.

- Les références de l'enseignement universitaire sont limitées exclusivement aux aphorismes d'Hippocrate, de Galien et d'Ibn Sina ;

- Cependant, des Ecoles de médecine « laïques » voient le jour : à Salerne en 802, puis à Bologne, Montpellier, Padoue et Paris au 12ème et 13ème siècles.

La période pré moderne de la chirurgie débute en Europe au 16ème siècle par le premier fondement : LA REVOLUTION ANATOMIQUE.

Elle sera le fait d'Andre Vesale (1514-1564), né dans le Brabant, actuelle

Belgique, sous occupation espagnole à l'époque. Les quelques connaissances anatomiques étaient réduites aux travaux de Galien, bourrés d'erreurs et répétées de façon scolastique. Les dissections étaient quasiment interdites. Sous l'emprise d'une véritable vocation, Vésale, après des études à Paris sous la direction de Dubois et Riolan, va rejoindre Padoue, puis Bologne pour réaliser son expérience sur la base de centaines de dissections méthodiques et précises du corps humain.

En 1543, à 29 ans, il fait imprimer son œuvre fondatrice : « De humani corpori fabrica libri septem », magnifiquement illustré par Jean Van Calcar, un élève du

Titien. Il y relevé et corrige plus de 200 erreurs anatomiques de Galien, entraînant la réaction virulente de ses maîtres parisiens arguant que « le corps humain aurait changé depuis Galien... ». Il révolutionne l'enseignement en effectuant lui-même ses dissections réglées, entouré d'étudiants, au sein d'un amphithéâtre conçu à cet effet. Chirurgien renommé par ailleurs, Vésale sera le

médecin de l'Empereur Charles Quint, puis de son fils, le roi Philippe II d'Espagne. Son œuvre sera poursuivie à Padoue, par son élève, Gabriel Fallope.

Grace à Vésale, l'anatomie est désormais une discipline à part entière et devient, ainsi, un préalable requis à l'exercice de la médecine et, surtout, de la chirurgie.

Le second fondement de la chirurgie moderne est la Physiologie. C'est la suite logique de la révolution anatomique : après avoir décrit les organes, il fallait comprendre leur fonctionnement.

Diverses découvertes dans ce sens ont été faites. La plus spectaculaire est celle de la circulation sanguine, qui s'est étalée sur plusieurs siècles autour de trois noms à retenir :

- Ibn Nafis (1213 - 1288), à Damas, qui remet en cause la théorie de Galien et présente la petite circulation,

- Michel Servet (1511 – 1553), d'origine espagnole, médecin théologien, qui redécouvre les travaux d'Ibn Nafis ;

- Et, enfin, l'anglais William Harvey (1578 - 1657) qui finalise scientifiquement le système que nous connaissons, tout en ignorant le manuscrit d'Ibn Nafis qui avait disparu auparavant et qui ne sera redécouvert qu'au 20ème siècle, dans une bibliothèque de Berlin.

Le système lymphatique sera décrit par Jean Pecquet (1622 - 1674) et, enfin, les capillaires artérioveineux et pulmonaires seront identifiés par Marcello Malpighi (1628 - 1694).

Les découvertes anatomiques et physiologiques constitueront les bases de la médecine moderne des 18ème et 19ème siècles.

- La théorie des humeurs d'Hippocrate et de Galien s'effondre ;

- La nouvelle démarche scientifique repose sur l'observation, l'hypothèse, l'expérimentation, les mesures et l'affirmation de la preuve ;

- Le lien entre les symptômes cliniques, l'organe malade et les lésions retrouvées à l'autopsie sont mis en évidence par Giovanni Batista Morgagni (1682 - 1771) grâce à ses études anatomo-pathologiques ;

- A la théorie des humeurs se substitue le concept fondamental de l'homéostasie du milieu intérieur, mesurable dans ses différents aspects

(Claude Bernard 1813 - 1878) ; C'est ainsi que naît l'école anatomo-clinique, qui sera développée en chirurgie, à l'Hôtel Dieu de Paris, par Pierre Joseph Desault (1738 -

1795), et par ses élèves Bichat, Dupuytren, Larrey et Chopart ;

- Enfin, à l'échelle de la cellule, la cytologie et la pathologie cellulaire vont se développer sous l'impulsion du prussien Rudolf Virchow (1821 - 1902).

Au milieu du 19^{ème} siècle, il restait devant la chirurgie deux écueils majeurs à surmonter : la douleur et l'infection.

Le troisième fondement sera ainsi la découverte de l'anesthésie.

Les divers stratagèmes de lutte contre la douleur utilisent depuis des siècles étaient si inefficaces qu'un grand chirurgien comme Velpeau affirmait au 19^{ème} siècle : « Supprimer la douleur en chirurgie est une utopie ». Il sera l'un des premiers à se rallier aux nouvelles techniques !

L'histoire est un véritable film américain. Le soir du 10 décembre 1846, dans la petite ville de Hartford, dans le Kentucky, le chirurgien Horace Wells assiste, avec son épouse, à une sorte de foire où, des badauds volontaires inhalent du « gaz hilarant », c'est-à-dire du protoxyde d'azote, pour se mettre à rire et à sauter comme des cabris. C'est alors que Wells remarque, parmi eux, que l'un de ses amis s'est gravement blessé au mollet sans même s'en apercevoir. Il a alors deux idées de génie : le « gaz hilarant » est un anesthésique et donc utilisable en chirurgie dentaire.

Des le lendemain, il expérimente la chose sur lui-même en se faisant enlever une dent par son assistant. Succès total. Appliquée par la suite à plusieurs de ses patients, la technique connaît un énorme succès.

Désireux de faire valider sa technique par une autorité chirurgicale reconnue, il réussit à obtenir l'accord pour une démonstration sur un opère auprès du Pr John

Collins Warren, Chef de Service de chirurgie du Massachussetts Hospital, à Boston. Ce fut un échec total, Horace Wells n'ayant pas maîtrisé ses doses de protoxyde chez un patient obèse et quelque peu imbibé.

L'idée est reprise par un de ses collègues, William Thomas Green Morton, qui réussit à obtenir, un an plus tard, l'autorisation de Warren pour une nouvelle démonstration qui est couronnée de succès. Sauf que, animé uniquement d'une ambition commerciale, Morton, sur les conseils d'un Professeur en chimie dénommé Charles Thomas Jackson, avait utilisé de l'éther sulfurique et connu un appareil permettant d'ajuster les doses inhalées, ce qui lui a permis de faire breveter son procédé, tout en tentant de tenir secret la nature du gaz utilisé.

La technique d'anesthésie par inhalation se répand comme une trainée de poudre sans entraîner les retombées financières espérées par Morton et Jackson fourvoyés dans un conflit judiciaire interminable.

La fin de l'histoire est sinistre : Wells se suicide à 33 ans, Morton finit totalement ruiné et Jackson interne dans un asile de fous. En Europe, dès décembre 1846, Liston réalise la première amputation sous anesthésie, suivi de Malgaigne en 1847. En obstétrique, le premier accouchement sans douleur sous chloroforme est réalisé, sur la reine Victoria, par James Young Simpson.

Malgré quelques réticences chagrines des uns et des autres, l'anesthésie générale par inhalation avait acquis droit de cité en chirurgie, ouvrant la porte à une nouvelle spécialité médicale qui allait connaître un essor prodigieux.

Le quatrième fondement a été la lutte contre l'infection : le concept de l'asepsie.

Tout débute avec l'histoire tragique du docteur Ignace Philippe Semmelweis (1818 - 1865) que l'on appellera « l'homme qui a découvert les microbes sans jamais les avoir vus ». C'est un gynécologue d'origine hongroise, qui inspira de nombreux écrits dont la Thèse de Doctorat en Médecine, soutenue à Paris en 1847, par le Docteur Lucien Destouches, devenu plus tard écrivain controversé sous le nom de Céline. Assistant à la maternité de Vienne, Semmelweis était obsédé par le taux prohibitif de 30%, de mortalité par fièvre puerpérale chez les accouchées. Par contre, il note que dans une autre maternité voisine, le taux n'est que de 5%. Voulant comprendre la cause de cette différence, il s'aperçoit que dans cette maternité, les accouchements sont réalisés exclusivement par des sages-femmes, alors que dans la maternité où il exerce, cette tâche est dévolue à des médecins qui font le va et vient entre le service et les salles d'autopsie. Il pressent que le problème est là : les médecins transmettent par leurs mains la cause des infections ! Le concept de contamination manuportée était né.

Semmelweis en tire les conséquences : il institue le lavage obligatoire des mains à l'hypochlorite de chaux à l'entrée du service. Au bout de quelques mois, la mortalité chute à 3%. Malgré ce succès, Semmelweis subit le courroux de son

Chef de Service ainsi que celui des médecins qui n'admettent pas d'être considérés comme coupables en la matière, le tout aggravé par son origine hongroise au milieu d'autrichiens.

Déprimé, il quitte Vienne pour Budapest où il renouveau le, avec succès, son expérience dans une maternité. Il finit par relater laborieusement son expérience dans un livre, qui ne fera qu'accroître la colère de ses confrères qui se refusent à être considérés comme des assassins.

Isole et incompris, Semmelweis finit par être interne et meurt à l'âge de 47 ans des suites de mauvais traitements de ses geôliers. Ses travaux seront redécouverts plus tard et confirmés par ceux de Pasteur, aboutissant à la notion d'antisepsie au bloc opératoire que l'anglais Joseph

Lister préconisera avec succès. Le développement de la bactériologie, auquel participera l'allemand Robert Koch, aboutira, vers 1870, à la notion finale d'asepsie en chirurgie.

Après 1880, la chirurgie moderne prendra son irrésistible envol au point, qu'en

1930, le chirurgien français Jean Louis Faure écrivait, dans une préface, à propos de l'avenir de la chirurgie, que « nous sommes arrivés à l'apogée de la chirurgie opératoire, que sous ce rapport, nous avons tout fait et que nous n'irons pas plus loin ». Grave erreur quand on connaît la suite ...

La responsabilité médicale et chirurgicale : de la préhistoire à l'ère de la technologie et de l'intelligence artificielle.

M. Maaoui.

Alger.

Résumé : Dès l'aube de l'humanité, l'homme a été confronté aux dures conditions de la vie : chasse, guerres, épidémies l'ont poussé très vite à se soigner comme il pouvait et à soigner son prochain. Sur la base du volontariat et du bénévolat à ses débuts, et à défaut de moyens conséquents et efficaces, la médecine et surtout la chirurgie se sont placées sous le parrainage de la magie, de la superstition puis de la religion pour n'aboutir qu'à des résultats forcément médiocres.

Ceux-ci étaient acceptés avec fatalisme. Au fil des siècles, avec les progrès thérapeutiques, les attentes devinrent de plus en plus exigeantes et les poursuites judiciaires firent leur apparition. La responsabilité passa progressivement du pénal coercitif (Code d'Hammourabi) avec application de la loi du Talion, au domaine Ethique et civil qui privilégie l'indemnisation de la victime à la punition de l'auteur de la faute avec notamment l'article Mercier par exemple qui stipule que le chirurgien « n'a pas l'obligation de résultats ... ».

Ces nouvelles dispositions juridiques semblaient être bien parties pour perdurer mais les progrès technologiques très rapides ainsi que l'avènement de la robotique ainsi que celui de l'intelligence artificielle introduisent de nouveaux défis a

u législateur, car si celui-ci a su trouver les solutions pour les êtres humains, la difficulté est autre pour les humanoïdes (robots) ou les modélisations et les logiciels mathématiques fournis par l'Intelligence artificielle, qu'elle soit « faible », obéissant à la volonté humaine et a fortiori « forte », et désormais autonome. Le principe de l'indemnisation étant acquis, de préférence à la punition, la tendance devrait aller à la responsabilité institutionnelle plutôt qu'individuelle, à la responsabilité personnalisée plutôt qu'à celle du groupe, diluée par définition et à celle de l'humain de préférence à la responsabilité virtuelle plus difficile à cerner.

Mots clé : Responsabilité médicale. Chirurgie. Technologies. Robotique. Intelligence artificielle

Abstract: From the dawn of humanity, man has been confronted with the harsh conditions of life: hunting, wars, epidemics have pushed him very quickly to take care of himself as best he can and to take care of his neighbor. On the basis of volunteerism and voluntary work at its beginnings, and in the absence of substantial and effective means, medicine and especially surgery placed themselves under the sponsorship of magic, superstition and then religion to only succeed necessarily with mediocre results. These were accepted fatalistically. Over the centuries, with advances in therapy, expectations became higher and higher

and lawsuits arose. The responsibility gradually passed from the coercive penal (Code of Hammurabi) with application of the law of Talion, to the Ethical and civil do main which privilege the compensation of the victim to the punishment of the author of the fault with in particular the article Mercier for example which stipulates that the surgeon «has no obligation of results .

These new l egal provisions seemed to be on track to last, but the very rapid technology cal progresses.

well as the advent of robotics and artificial intelligence are introducing new challenges to the legislator, because if this one knew how to find the solutions for the human beings, the difficulty is different for the humanoids (robots) or the models and the mathematical software provided by the Artificial Intelligence, that it is «weak», obeying the human will and a fortiori «strong», and henceforth autonomous. The principle of compensation being acquired, in preference to punishment, the tendency should go to institutional responsibility rather than individual, to personalized responsibility rather than that of the group, diluted by definition and that of the human in preference to the more elusive virtual responsibility.

Keywords: Medical liability. Surgery. Technology. Robotics. Artificial intelligence

Mastectomie totale bilatérale avec reconstruction immédiate (MRI).

M. Laribi.

Alger.

La mastectomie totale bilatérale avec reconstruction immédiate par prothèses ou greffe autologue, à titre préventif pour les mastopathies complexes chroniques avec mutation prouvée du gène *BCA1* et *BCA2* ou pour certain carcinomes in situ de bas grade, est très peu réalisée dans le monde, moins de 30 % aux USA et Canada et moins de 15 % en France en raison du choc de l'amputation bilatérale d'une part et d'autres parts l'appréhension du corps étranger que représente les prothèses mammaires.

Nous apportons nôtres humble expérience chez une jeune patiente en âge de procréer, qui a présenté un carcinome in situ bilatéral de bas grade chez qui a été réalisée une mastectomie bilatérale avec reconstruction immédiate par prothèses sur un suivi de 3 ans.

La chirurgie oncoplastique, traitement conservateur dans la prise en charge du cancer du sein.

R. Allali, M. Morsi.

EPH Miliana.

Le traitement chirurgical du cancer du sein a évolué au fil des années, depuis le traitement mutilant décrit par W. Halsted en 1891, jusqu'à Madden en 1972 (Mastectomie+ curage ggaire deux étages de Berg).

Actuellement le traitement conservateur du cancer du sein avec ou non traitement néo-adjuvant, associe ou non à la technique du ganglion sentinelle, suivi d'une radiothérapie comme traitement adjuvant est largement pratique depuis l'avènement du dépistage précoce par imagerie.

Nos rapportons une étude rétrospective entre 2019 et début 2023 de 18 patientes candida tes au traitement conservateur selon le siège et le stade de la tumeur, en incluant la disponibilité de la radiothérapie qui est primordiale comme traitement adjuvant après le traitement conservateur (dans les délais selon les recommandations actuelles) et dans la mesure du possible.

Les résultats initiaux de notre analyse rétrospective en termes des résultats carcinologiques et esthétiques, ainsi en termes de survie globale, survie sans métastases ou de récurrence locale ; faite au niveau de notre service de chirurgie générale de l'EPH Miliana sont très encourageants.

Mots clés : cancer du sein, oncoplastie, traitement conservateur, ganglion sentinelle.

La reconstruction mammaire immédiate par prothèse pré-pectorale.

R. Allali.

EPH Miliana.

Abstract

La chirurgie du cancer du sein a connu des véritables avancées en matière d'oncoplastie et de reconstruction mammaire ces 20 dernières années.

La reconstruction mammaire est de deux type, immédiate durant le même temps opératoire que la mastectomie et différée (06 à 12 mois après chirurgie et traitements adjuvants)

La reconstruction mammaire immédiate se fait avec lambeau pédiculé du grand dorsal, libre de l'abdomen ou avec prothèse mammaire en silicone

Se fait soit après une mastectomie prophylactique chez les patientes BRCA1/2 positifs, ou après mastectomies+ curages ganglionnaires à condition que la tumeur n'atteint pas le pan cutané ni la PAM.

La solution la plus simple et la moins morbide reste la reconstruction avec prothèse qui est soit rétro-pectorale ou récemment pré-pectorale.

Nos rapportons par cette communication notre première expérience avec reconstruction mammaire immédiate par prothèse ronde pré-pectorale au niveau de notre service, chez une patiente de 46 ans sans ATCD particuliers qui présentait une tumeur du QII du sein gauche mesurant 25x22mm et une autre rétro aréolaire interne mesurant :

masse tumorale irrégulière du QI I mesurant 25x22mm, et une autre rétro aréolaire interne de 12x10mm siégeant à 30 mm de la PAM et distante de la masse précédente de 36 mm, l'ensemble lésionnel étendu sur 70 mm sans ADP axillaire homolatérale.

Pas de métastases à distance (pulmonaire, hépatique ou osseuses), classée CT3N0M0 Anapath+ IHC : CNOS grade III SBR (OMS 2019), le stroma tumoral est fibro inflammatoire de moyenne abondance, les TILS sont estimés à 30%, RH positif, HER2 positif, Ki 67 70 %.

Décision de mastectomie gauche et de curage ganglionnaire, on a quand même proposé une reconstruction mammaire immédiate par prothèse après une IRM mammaire à la recherche de la distance de la tumeur du plan cutané, du muscle grand pectoral et de la PAM.

Dès la disponibilité d'une prothèse mammaire ronde 350CC après mesures de la taille et du bonnet du sein de la patiente, une décision de RMI par prothèse a été posée, suites opératoires simples

Constitution de lymphocèle ponctionné à trois reprises sous échoguidage.

Puis chimiothérapie et radiothérapie adjuvante.

Mots clés: mastectomie, reconstruction immédiate, prothèse.

Prise en charge de la gigantomastie.

M. Laribi.

Alger.

La gigantomastie est une forme particulière de l'hypertrophie mammaire quand le volume de la glande est au-delà de 1500 g, c'est une pathologie bénigne mais invalidante par le gêne mécanique qu'elle engendre notamment sur le rachis cervical, et l'effet psychologique qu'elle impacte sur l'image corporelle.

Elle est fréquente chez la femme jeune appelée gigantomastie juvénile le plus souvent constitutionnelle, elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire ou la chirurgie de réduction est la pièce centrale du traitement, plus rarement il s'agit d'une gigantomastie post allaitement et iatrogène suite à une prise médicamenteuse.

Phéochromocytome volumineux par voie coelioscopique. (Video)

N. Chemaf - A. Ouslimani** - F. Merad***

**Service de Chirurgie générale ; Hôpital el Oued.*

*** Service de Chirurgie générale ; CHU BEO Alger.*

Abstract :

La surrenalectomie coelioscopique est devenue la technique de référence depuis quelques années, cependant elle a ses limites : taille, nature, rapport ; qui nous amène à pratiquer un abord laparotomie

Nous rapportons le cas d'un patient de 45ans qui présente une hypertension artérielle rebelle au traitement. Les explorations ont mis en évidence un phéochromocytome de 7cm

Nous illustrons à travers ce film, la complexité de réaliser une surrenalectomie par voie coelioscopique non seulement pour sa taille mais aussi pour sa nature.

Comment je fais la ta TME avec extraction par voie transanale (NOTES) dans le cancer du bas rectum.

R. Bouzouagh, M. Abid, O. Badfel.

CLCC Batna.

Résumé :

Ce travail est une vidéo de 08 minutes qui résume notre façon de pratiquer la proctectomie avec exérèse totale du mésorectum par voie transanale (ta TME) et anastomose coloanale après extraction de la pièce opératoire par voie transanale (NOTES) pour un adénocarcinome du bas rectum Rullier III

- ✓ Dissection du mésocolon de façon médiale.
- ✓ Décrochage de l'angle colique gauche.
- Extraction de la pièce par voie Trans anale et anastomose coloanale manuelle.

Technique opératoire :

- Résection inter sphinctérienne totale.
- ✓ Fermeture de la lumière rectale par un surjet
- Deuxième temps pelvien de la ta TME par abord endoscopique :
 - ✓ Introduction du mono trocart.
 - ✓ Un insufflateur a débit continu est utilisé.
 - ✓ La dissection est initiée en postérieur.
 - ✓ La dissection antérieure est menée au contact de la face postérieure du vagin.
 - ✓ La fin de la dissection de la ta TME est représenté par l'ouverture du cul de sac de douglas en antérieur.
- Temps abdominal
 - ✓ Ligature section de l'artère puis la veine mésentérique inférieure.

Apport de l'hydrodissection dans les cholécystectomies difficiles : notre expérience à propos de 2200 cas (film et présentation)

A. Cherrak

Chirurgien libéral à clinique Cherrak El Ghosli, Oran

Résumé :

Les cholécystites aiguës, sub-aiguës, et chroniques constituent très souvent une difficulté supplémentaire en termes de dissection et d'identification de la voie biliaire principale. Nous avons mis place une technique d'hydrodissection avec du sérum physiologie chauffé à 37° instillé à basse pression avec la canule d'irrigation-aspiration.

Nous avons constaté dès les premières secondes d'application du sérum chaud une réduction du saignement, un changement de texture des tissus scléreux et une destruction des tissus graisseux. L'instillation sous pression basse dans les plans de clivage favorise également la séparation des feuillets et l'ouverture des plans de dissection.

Cette technique nous a permis d'améliorer la dissétabilité dans les cholécystites et de diminuer ainsi le taux de conversion ainsi que de protéger la voie biliaire principale en utilisant une technique atraumatique et douce de dissection.

Nous avons également élargi cette technique en pratique routinière pour toutes les cholécystectomies, utilisant le palpateur-irrigateur comme instrument principal de dissection et utilisant le crochet uniquement pour la libération du fond vésiculaire. Cette présentation comporte plusieurs séquences vidéos courtes.

Intérêt de la laparoscopie dans les Syndromes douloureux aigus de la Fosse iliaque droite chez la femme, illustration filmée

S. Ammari, N. Nait Slimane, R. Khiali, K. Draï, R. Bekhouche, N. Bahache, N. Bounab, S. Bouakrif, A. Messaoudi, Boutahar, Lotmani, EH Dahmani, M. Taieb

Service de chirurgie générale, EPH Ain Taya

Abstract :

Les syndromes douloureux de la FID posent souvent des problèmes diagnostiques, notamment chez la femme, en raison de la fréquence des diagnostics différentiels. La laparoscopie trouve tout son intérêt dans de pareilles situations. Elle permet une exploration de toute la cavité péritonéale au travers de mini incision cutanées.

Notre but est d'illustrer par un film, l'apport diagnostique de la laparoscopie dans les syndromes douloureux de la FIDte chez une femme jeune

Observation :

La patiente Z. L âgée de 17 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a consulté en urgence pour une douleur de la FIDte, avec vomissements dans un contexte apyrétique à 37,2 C°, évoluant depuis 08 heures de temps.

L'examen physique : sensibilité et défense nette de la FID. Le Toucher rectal bombement du cul de sac de Douglas. Le reste de l'examen est normal.

L'échographie est en faveur d'une appendicite aiguë, avec découverte fortuite d'un kyste ovarien gauche non compliqué de 11/09 Cm. Nous avons opéré la patiente par laparoscopie pour le diagnostic d'appendicite aiguë.

L'exploration péroopératoire a retrouvé un appendice tuméfié, congestif, avec un volumineux kyste ovarien gauche d'environ 10 Cm, tordu, ovaire droit cyanosé.

Nous avons procédé à la détorsion du kyste, avec kystectomie à kyste fermé, associé à une appendicectomie. L'ovaire a retrouvé une coloration normale.

Les suites opératoires sont simples, la patiente est sortie à J01 postopératoire.

Bisegmentectomie IVb et V étendue à la VBP pour un cancer de la vésicule biliaire.

A. Nasri, Z. Djilli, O. Salem, N. Arbaoui.

RESUME

Le cancer de la vésicule biliaire est un cancer rare, mais il est le plus fréquent des cancers des voies biliaires. Le pronostic du cancer de la vésicule est sombre. Le traitement curatif du cancer de la vésicule biliaire est la chirurgie carcinologique.

Le but de ce travail est d'apprécier l'intérêt de l'examen extemporané dans la résection carcinologique.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59 ans, diabétique sous traitement, qui s'est présenté pour une tumeur de la vésicule biliaire.

L'examen clinique et les examens complémentaires ont objectivés les lésions et ont classé la tumeur en cT3N+M0. Le patient a été opéré par voie sous-costale droite ou l'exportation avait retrouvé une tumeur vésiculaire fistulisée dans l'angle colique droite. L'examen extemporané revenait en faveur d'une tumeur maligne envahissant le canal cystique jusqu'à son abouchement dans la voie biliaire principale et fistule cholécysto colique revenait inflammatoire. Le patient avait bénéficié d'une résection radicale dont la lecture finale des pièces opératoires revenait en faveur d'un adénocarcinome de la vésicule biliaire avec des marges saines microscopiquement.

Le traitement radical de référence du cancer de la vésicule biliaire est chirurgical. Notre travail a bien apprécié l'intérêt de l'examen extemporané dans l'orientation et la réalisation de

la chirurgie carcinologique.

MOTS CLES : Cancer de la vésicule biliaire; Examen extemporané ; Envahissement cystique; Recoupe cystique; Résection de la voie biliaire; Bisegmentectomie; Lymphadénectomie

INTRODUCTION

Le cancer de la vésicule biliaire est un cancer rare, il affecte dans 75% des cas le sexe féminin. Il occupe le cinquième rang des cancers digestifs et il est le plus fréquent des cancers des voies biliaires. Il se développe au dépend des cellules glandulaires ou plates et minces du revêtement de la vésicule ; qui subit un changement anormal lors de leur multiplication entraînant ainsi une tumeur dont l'adénocarcinome est le type anatomopathologique le plus fréquent.

Le pronostic du cancer de la vésicule est sombre vu l'évolution et les différents types de leur extension. Ce cancer peut s'être propagé par voies lymphatique à des ganglions de voisinage ; ganglions cystique ou cholédoques ou des ganglions à distance ; ganglions pancréatique, aortique ou médiastinaux. Il peut s'être propagé par contiguïté au organe de voisinage : foie au lit vésiculaire, voie biliaire principale, duodénum, comme il peut s'être propagé par voie hématogène et réalise des métastases à distance ; hépatique ou pulmonaire.

Il est découvert de façon fortuite dans 75% des cas ; sur pièce de cholécystectomie pour pathologie bénigne ou en peropératoire. Dans 25% des cas il est symptomatique et découvert sur le bilan morphologique demandé suite à des symptômes qui peuvent aller d'une douleur de l'hypochondre droit jusqu'à l'ictère ou les manifestations extra digestifs selon l'extension.

Le traitement curatif du cancer de la vésicule biliaire est chirurgicale dont le but est la résection R0 (résection avec marge de résection microscopiquement saine). Le but de ce travail est d'apprécier l'intérêt de l'examen extemporané dans la résection R0 en un seul temps pour cancer de la vésicule biliaire étendu à la voie biliaire principale.

PATIENT ET METHODES

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59 ans, diabétique sous traitement, qui s'est présenté pour une douleur de l'hypochondre droit avec amaigrissement de 15 kg dans 3 mois des épisodes de diarrhée et sans ictère. Un examen clinique détaillé et une série des examens complémentaires a été demandé où le diagnostic de tumeur vésiculaire a été confirmé posant ainsi l'indication d'une chirurgie carcinologique.

RESULTATS

A l'examen clinique le patient était en état générale conservé, BMI à 25, KARNOFSKY à 100%, OMS à 0. L'examen de l'abdomen est son particularité en dehors d'une sensibilité à la palpation profonde de l'hypochondre droit, le reste de l'examen clinique était sans particularité. Les examens

complémentaires ont objectivé vésicule suspect devant:

- Une échographie abdominopelvienne : vésicule biliaire macro lithiasique, épaissement localisé au fond de vésiculaire en contact avec une structure digestive.
 - un scanner thoraco abdomino pelvien : épaissement du fond vésiculaire en contacte intime avec l'angle colique droit sans liseré de séparation avec infiltration du lit vésiculaire.
 - Une bili IRM qui a montré un épaissement localisé au fond de vésiculaire et infiltration du lit vésiculaire avec contact intime de l'épaississement vésiculaire avec l'angle colique droit, multiples ADP hilaires sans dilatation ou épaissements de la voie biliaire principale
 - Marqueurs tumoraux positifs
- Tumeur était classée cT3N+M0

Intervention chirurgicale

- ✓ Installation de l'opérée et de l'équipe chirurgicale : En DD sous AG, billot, SV, SNG
- Voie d'abord sous-costale droite
- ✓ Exploration de la cavité abdominale :
 - Pas d'ascite
 - Pas de carcinose péritonéale
 - pas de métastase hépatique
 - L'exploration de la vésicule biliaire ; retrouve un épaissement irrégulier du fond vésiculaire avec contact intime de cet épaissement avec l'angle colique droit (c'est une fistule cholécysto-colique) et des multiples grosses ADP du pédicule hépatique

✓ Les différents temps de la procédure :

1er Temps

- ✓ Cholécystectomie rétrograde avec recoupe du canal cystique au ras de son abouchement dans la voie biliaire principale et déconnexion puis réparation de fistule cholécysto-colique emportant une collerette colique on monobloc
- ✓ L'examen extemporané de la vésicule biliaire a été revenu en faveur de la malignité avec un moignon cystique infiltré et collerette colique inflammatoire sans signe de malignité.

2eme Temps

- ✓ Décision de faire une chirurgie radicale
- On a agrandi l'incision sous costale droite avec un refend médian d'AZIGAWA
- Exposition du pédicule hépatique puis sa mise sur lacs pour faciliter le contrôle de l'hémostase en cas de saignement par la manœuvre de Pringle
- Curage du pédicule hépatique type N1 respectivement de voie biliaire principale, l'artère hépatique et la veine porte avec recoupe de cystique au ras de la voie biliaire principale qui était adressé à l'extemporané et revenait attient d'où la résection de la voie biliaire principale on monobloc avec le curage N1 (recoupe de la voie biliaire au-dessus et au-dessous de l'abouchement du canal cystique revenait saine)

3eme Temps

- ✓ Mobilisation du foie ; par ligature section du ligament falciforme et section du ligament triangulaire droit
- ✓ Mise en place de deux fils tracteurs à l'extrémité de la

future pièce de la Bisegmentectomie pour faciliter la traction et le temps de la Bisegmentectomie

- ✓ Traçage de la ligne de section de la Bisegmentectomie par electrocoagulateur avec profondeur de 5 mm, respectivement :

- En dedans (limite gauche de la pièce) à 1cm de la scissure ombilicale
- En postérieur à mi-distance entre l'insertion du ligament coronaire et le bord antérieur du foie
- En dehors (limite droite de la pièce) a peu-près au niveau de la scissure portale droite
- Et à la face inférieure ; on respectant le pédicule hépatique (traçage au-dessus du pédicule hépatique)

- ✓ On commence la Bisegmentectomie par la thermofusion on suivant la ligne de traçage avec contrôle du pédicule de segments IVb et du segment V et de la veine sus-hépatique médiane à sa portion initiale par des ligatures appuis

4eme Temps

- ✓ Confection d'une anastomose hepatico-jejunaire sur une anse montée en Y

L'évolution post-opératoire était favorable et patient mis sortant en j6 post opératoire

Le compte rendu anatomopathologique revenant en faveur d'un adénocarcinome bien différencié de la vésicule biliaire étendu au cystique et à la voie biliaire principale au niveau de l'abouchement cystique avec marge de résection proximale et distale de la voie biliaire principale saine, résection hépatique R0 et 03 ganglions positifs parmi 07 prélevé.

Pièce classée pT3N1M0

DISCUSSION

Le cancer de la vésicule biliaire occupe les deux tiers des cancers des voies biliaires extrahépatiques. Il atteint préférentiellement les femmes avec un ratio de 2 à 4. Le cancer de la vésicule présente certaines particularités de dissémination, ce cancer est extrêmement lymphophile. Les canaux lymphatiques sont très nombreux dans la sous-séreuse, d'où la fréquence de l'envahissement ganglionnaire dès les stades T2. C'est le plan de dissection chirurgicale entre foie et vésicule, source de dissémination après cholécystectomie. Les lymphatiques se drainent d'une part vers le pédicule hépatique, rejoignant le territoire cœliaque, d'autre part directement vers le parenchyme hépatique, notamment en cas d'obstacle cystique ou pédiculaire. L'atteinte hépatique directe par voie hémato-gène: le drainage veineux de la vésicule se fait en partie directement dans le parenchyme hépatique vers les veines sus-hépatiques, d'où la fréquence des métastases dans les segments contigus (IVb-V). La dissémination endoluminale biliaire, pouvant entraîner une contamination précoce de la voie biliaire principale, du hile et/ou des voies biliaires intrahépatiques. La dissémination péritonéale: les cellules du cancer vésiculaire présentent une très forte affinité pour tous les matériaux inertes.

Il est découvert de façon fortuite dans 75% des cas ; sur pièce de cholécystectomie pour pathologie bénigne ou en peropératoire. Le délai cumulé de réponse anatomopathologique et de sa lecture par le chirurgien est parfois long, avec une possible évolution carcinologique dans

l'intervalle. Plus de 58 à 70 % des patients présentent une maladie résiduelle ou additionnelle, le risque étant corrélé au stade de la maladie et à la positivité des berges d'exérèse notamment sur le canal cystique. Il peut s'agir d'une atteinte du lit vésiculaire, du moignon cystique ou de la VBP, d'une atteinte ganglionnaire, ou de localisations secondaires hépatiques ou péritonéales. Le deuxième mode de découverte est symptomatique sur le bilan morphologique pour 25% cas. Dans cette situation la chirurgie sera programmée avec des stratégies adéquate a tout situation peuvent être rencontré en per opératoire pour être carcinologique que c'est possible pour améliorer le pronostic et la survie déjà menacé par la progression de la tumeur qui arrive au stade des symptômes. Le diagnostic est porté sur l'examen extemporané peropératoire dans deux circonstances distinctes: devant des signes macroscopiques, avant ou pendant la résection; ou lors de l'examen de la vésicule par le chirurgien après son exérèse. L'exérèse chirurgicale complète constitue le seul traitement des cancers de la vésicule biliaire autorisant des survies prolongées. Le mauvais pronostic de ces cancers est lié à la précocité de l'envahissement du parenchyme hépatique et de l'extension ganglionnaire. L'étendue de l'exérèse prend en compte l'infiltration du parenchyme hépatique, des viscères voisins et la dissémination lymphatique ; d'où l'intérêt de l'examen extemporané de toutes tranche de section. L'exérèse chirurgicale implique la résection en bloc de la vésicule biliaire et des tissus adjacents envahis,

et la lymphadénectomie des relais ganglionnaires du pédicule hépatique, de la région coéliquale et dans les cas sélectionnés des ganglions rétropancréatiques. La nécessité d'obtenir des marges saines implique des exérèses qui en fonction de l'extension locale de la tumeur pourront être extensives. L'atteinte de la voie biliaire principale nécessite la résection de celle-ci suivie d'une reconstruction par anastomose biliodigestive. Pour les lésions ne dépassant pas la lamina propria de la paroi vésiculaire, c'est-à-dire de stade inférieur ou égal à T1a, la cholécystectomie seule se justifie en particulier si la tumeur siège à distance du lit vésiculaire.

Si la lésion est de stade supérieur ou égal à T1b, il existe un risque de dissémination des cellules tumorales par voie veineuse, la veine cystique se drainant vers les segments hépatiques 4b (4 antérieur) et 5. Ce risque constitue l'argument pour effectuer la résection de principe du parenchyme hépatique adjacent au lit vésiculaire afin de limiter les récurrences locales à ce niveau.

Cependant dans une étude récente, les résultats sur la survie étaient identiques entre la résection du lit vésiculaire, la bisegmentectomie 4 et 5, et l'hépatectomie droite pour les lésions de stades pT2 et pT3, non métastatiques.

Les différentes techniques d'exérèse indiquées iront ainsi de la cholécystectomie seule en cas de tumeur in situ à la résection en bloc par hépato-duodéno pancréatectomie céphalique en cas de tumeur infiltrant le duodénum ou le pancréas.

Dans tous les cas une lymphadénectomie est indiquée. En effet dès lors que la tumeur atteint la sous-séreuse la prévalence des métastases ganglionnaires est de 40 à 50 %. Pour les tumeurs de stade T2, la survie globale serait significativement meilleure chez les patients ayant au moins un ganglion examiné que chez ceux n'en ayant aucun.

Dans notre cas et selon les données clinique et radiologique ; la localisation de la tumeur au fond de la vésicule biliaire avec infiltration du lit vésiculaire et multiples adénopathies hilaires fait classer la tumeur en (T2aN+) ; dans ce stade le geste carcinologique sera une cholécystectomie avec bisegmentectomie et lymphadénectomie du pédicule hépatique (Stratégie thérapeutique 1).

Cette stratégie thérapeutique ne sera pas carcinologique si le contact intime de la vésicule biliaire avec l'angle colique droit est tumoral, devant les descriptions des imageries et les épisodes de diarrhée on a suspecté une fistule tumorale de la vésicule biliaire dans le colon droit, dans ce cas la résection ne sera carcinologique que si on associe en plus la résection carcinologiquement le colon droit (Stratégie thérapeutique 2).

La résection de la voie biliaire principale n'était pas programmée vu l'absence de syndrome de cholestase clinique et biologique et l'absence de dilatation ou d'épaississement de la voie biliaire principale dans les imageries radiologiques.

On peropératoire et comme on a suspecté la fistule tumorale on a décidé de faire la cholécystectomie avec résection de tout le cystique et avec une partie colique emportant la fistule on mono bloc avec la vésicule biliaire. L'examen extemporané a changé totalement nos deux stratégies thérapeutiques car dans notre cas pour être carcinologique on doit reséquer la voie biliaire principale qui est envahis et on respecte le colon qui est revenu inflammatoire selon l'examen extemporané. La stratégie thérapeutique radicale pour ce patient est : une cholécystectomie avec bisegmentectomie et résection de la voie biliaire principale avec lymphadénectomie on monobloc et anastomose hépatico-jejunaire et suture transversale du colon où on a pris une pastille avec la fistule cholécysto-colique)

CONCLUSION

Le traitement radical de référence du cancer de la vésicule biliaire est chirurgical; allant d'une cholécystectomie (T1a) jusqu'à une résection hépatique mineur ou majeur ou résection d'un organe de voisinage attient en monobloc avec curage ganglionnaire. Dans ce cas rapporté on a réalisé une cholécystectomie avec bisegmentectomie IVb et V et on a reséqué la voie biliaire principale envahis par la tumeur au niveau de l'abouchement cystique on mono bloc avec le curage de pédicule hépatique et on a respecté la fistule colique qui était inflammatoire sans contingent malin. Notre travail a bien apprécié l'intérêt de l'examen extemporané dans l'orientation et la réalisation de la résection R0.

REFERENCES

- [1] A Gainant, M Mathonnet, EMC technique chirurgicale de l'appareil digestif : cancer de la vésicule biliaire. Technique chirurgicale, volume 4, 2027, 17p.
- [2] D Malka et all, «Cancer des voies biliaires». Thésaurus National de Cancérologie Digestive, décembre 2019, en ligne [<http://www.tncd.org>].
- [3] Jing-Du, Relation entre le pronostic et l'intervalle de temps entre la cholécystectomie et la réintervention dans le carcinome accidentel postopératoire de la vésicule biliaire, Journal médical chinois! 20 octobre 2018! Volume 131! Issue 20
- [4] N Toshikatsu, Stratégie chirurgicale en cas de suspicion précoce de carcinome de la vésicule biliaire, y compris le carcinome accidentel de la vésicule biliaire diagnostiqué pendant ou après une cholécystectomie, annale de médecine et de chirurgie, publié en ligne le 2 août 2018. doi:10.1016/j.amsu.2018.07.009 PMID : PMC6127871 PMID : 30197784
- [5] G.E.Cecilia et all, Un nouveau score de risque préopératoire basé sur la pathologie pour prédire la maladie locorégionale résiduelle et à distance et la survie en cas de cancer accidentel de la vésicule biliaire: une étude de 10 institutions du Consortium américain sur les malignités

biliaires extrahépatiques, publié en ligne le 3 novembre 2016.
doi: 10.1245/s10434-016-5637-x, PMCID :
PMC6054592IDNIHMS : NIHMS862954PMID : 27812827

[6] S. Berkane, Les facteurs prédictifs de non-résécabilité et de mauvais pronostic devant un adénocarcinome de découverte histologique sur pièce de cholécystectomie, Journal de Chirurgie – Vol. 152 – Hors-série 3 – Octobre 2015 – A9-A36

[7] M. Isambert et all, Cancer de la vésicule de découverte fortuite : quand, pourquoi, comment réopérer, Journal de Chirurgie Viscérale (2011) 148, 89—97, Disponible sur Internet le 9 avril 2011

Hémiectomie droite coelioscopique pour cancer du caecum.

A. Nasri, Z. Djilli, O. Salem, N. Arbaoui.

RESUME

Le cancer colorectal est classé parmi les cancers les plus fréquents. Il occupe le 2eme rang des cancers digestifs. L'Adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent. Le traitement est chirurgical. La voie laparoscopique est une voie aujourd'hui bien codifiée et ses résultats oncologiques à court terme sont équivalents à ceux de la laparotomie. Dans la voie laparoscopique l'abord médian est le gold standard. Le but de ce travail est d'apprécier l'intérêt de l'abord latéral partiel dans la vérification de la résecabilité de la masse tumorale avant toute ligature vasculaire chez l'obèse. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70 ans, hypertendue sous traitement, qui s'est présentée pour une diarrhée chronique avec deux épisodes de Méline. Un examen clinique détaillé et une série des examens complémentaires a été demandé où le diagnostic cancer de caecum a été confirmé posant ainsi l'indication d'une chirurgie carcinologique.

La patiente a bénéficié d'une hémiectomie droite laparoscopique et vu qu'elle est obèse et que la tumeur était fixe nous avons commencé par l'abord latéral qui a permis de résecter la tumeur et qui nous a aidés à individualiser les axes vasculaires.

MOTS CLES : Cancer du côlon droit ; Laparoscopie; Abord médian ; Abord latéral ; Colectomie droite; Mésocôlon gras; Résecabilité.

Les feuillets de chirurgie

INTRODUCTION

Le cancer colorectal est classé parmi les cancers les plus fréquents. Il occupe le 2eme rang des cancers digestifs. Il survient le plus souvent après l'âge de 60 ans avec un sexe ratio de 1,5 (soit 3 hommes pour 2 femmes).

L'Adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent. Par ordre décroissant la localisation de la tumeur au colon ; le colon sigmoïde est le plus fréquemment atteint avec un pourcentage de 40%, la localisation caecale est représentée par un pourcentage de 27%, le colon droit par un pourcentage de 11% avec le même pourcentage pour le colon gauche et le transverse.

Pour le traitement chirurgical carcinologique et selon l'anatomie chirurgicale et la vascularisation du colon, une résection segmentaire haute en fonction de la localisation de la tumeur à gauche est faisable contrairement au colon droit où l'hémiectomie est le seul geste carcinologique. La colectomie droite peut être réalisée par laparotomie ou laparoscopie. La voie laparoscopique est une voie aujourd'hui bien codifiée et dont les résultats en termes de morbidité postopératoire et de résultats oncologiques à court terme sont équivalents à ceux de la laparotomie. Dans la voie laparoscopique l'abord médian (abord des vaisseaux) est le gold standard. L'abord latéral est de moins en moins réalisé vu ses difficultés et ses nombreux inconvénients.

Le but de ce travail est d'apprécier l'intérêt de l'abord latéral partiel dans la vérification de la résecabilité de la masse tumorale avant toute ligature vasculaire chez l'obèse.

PATIENT ET METHODES

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70 ans, hypertendue sous traitement, qui s'est présentée pour une diarrhée chronique avec deux épisodes de Méline. Un examen clinique détaillé et une série des examens complémentaires a été demandé où le diagnostic cancer de caecum a été confirmé posant ainsi l'indication d'une chirurgie carcinologique.

RESULTATS

A l'examen clinique la patiente était en état générale conservé, pale, BMI à 33, KARNOFSKY à 100%, OMS à 0. L'examen de l'abdomen palpation d'une masse fixée au plan profond et mobile par rapport au superficiel, le toucher rectal est sans particularité et le reste de l'examen clinique était sans particularité.

La colonoscopie totale : tumeur ulcère-bourgeonnante, saignante au moindre contact, de 07 cm et de localisation caecale.

Le résultat anatomopathologique des biopsies :

adénocarcinome luberkinien bien différencié.

Le scanner thoraco abdomino pelvien : épaissement irrégulier du caecum de 72 x 23 mm refoulant l'uretère en arrière avec des adénopathies au niveau de mésocolon, pas d'extensions ou de métastases à distance.

Tumeur classée cT3N+M0

Marqueurs tumoraux positifs

Bilan préopératoire correcte en dehors d'une anémie avec Hémoglobine à 7.5 g/dl ; malade transfusé par deux poches du sans iso groupe iso rhésus

Intervention chirurgicale

Installation de l'opérée et de l'équipe chirurgicale : Le patient est installé en décubitus dorsal, jambes écartées, les deux bras le long du corps. Le chirurgien se place entre les jambes de la patiente, l'assistant à droite 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 par open-laparoscopie. Les autres trocarts 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 (canal 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 caecum, le côlon ascendant, le mésocôlon droit et les pédicules iléocolique.
- Exploration de la cavité abdominale Le bilan d'extension est négatif et la tumeur caecale est visible volumineuse avec caecum fixe où nous avons décidé de commencer par l'abord latéral pour juger l'extirpabilité de la masse. Après la libération des attaches externes ; la tumeur était jugé résecable et c'est le caecum qui était anatomiquement hautement localisé est fixe.
- Le reste du temps était un peu délicat, gêné par la chute du caecum avec la masse volumineuse ou nous avons décidé de rajouter un trocart au niveau du flanc droit pour maintenir le colon libéré jusqu'à la fin du temps de l'abord médian.
- 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 ; jusqu'à la découverte de jenu-inferus duodénal et création de la fenêtre de sécurité duodénale
 - Individualisation, puis Clipage-section des pédicules iléocolique et colique supérieur droit à l'origine et la branche droite de la colica media ; après dissection dans le plan mesofascial jusqu'à la découverte de jenu-superus et la tête du pancréas
 - Poursuite du décollement du mésocôlon dans l'espace mesofascial ; vers le haut jusqu'à la création de la fenêtre vésiculaire et en dehors jusqu'à la découverte du côlon droit avec curage sous pylorique et contrôle de veine colique supérieur droite à sa terminaison dans le tronc de Henlé
 - Libération de reste du colon droit par dissection de dedans en dehors et de bas (déjà disséqué) en haut
 - Section du mésocôlon, section du grand épiploon
 - Section du colon transverse à la pince endo GIA 60 mm
 - Section de la dernière anse iléale au niveau de la ligne de démarcation
 - Confection d'une anastomose mécanique iléo-transverse latero-laterale aniso-peristaltique avec terminalisation de l'anastomose

- Vérification de l'anastomose : bien colorée, non twistée
- Mise en place de l'épiploon dans la brèche mésentérique pour combler l'espace
- 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
- Durée op : 3h, Saignement : 100 cc

Les suites postopératoires simples, patiente mise sortante en j6,

Le compte rendu anatomopathologique était en faveur d'un adénocarcinome luberkinién, limites chirurgicales proximales et distales saines, 04 ganglions positifs parmi 17 prélevés, Pièce classée (PT3N2aM0)

DISCUSSION

Le cancer colorectal représente 11,3 % de l'ensemble des cancers dans le monde. Il était d'une pathologie du sujet âgé, avec un âge moyen au diagnostic supérieur à 70 ans.

Actuellement il affecte les sujets jeunes avec des incidences en augmentation. Sa survie relative à cinq ans, tous sexes et stades confondus, est de 56 % et dépend fortement du stade d'évolution de la maladie au diagnostic.

Il survient en général à partir d'une lésion précancéreuse appelée adénome, d'où la mise en place de modalités de

dépistage qui dépendent de l'âge du patient et du risque individuel de développer un cancer. La prise en charge du cancer du côlon est multidisciplinaire, faisant intervenir gastroentérologue, cancérologue, radiologue, chirurgien, oncogénéticien en cas de suspicion de forme familiale de cancer colorectal (principalement polypose adénomateuse familiale, polypose liée au gène MYH et syndrome de Lynch) et, de plus en plus, gériatre et oncogériatre. La confirmation diagnostique nécessite des biopsies effectuées au cours d'une coloscopie complète. Le bilan d'extension comprend la recherche d'une extension locorégionale et surtout à distance, au niveau hépatique, pulmonaire et péritonéal. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste iodé permet avec un seul examen de réaliser l'ensemble de ce bilan radiologique. La chirurgie d'exérèse est actuellement le traitement curatif de première intention en cas de cancer colique non métastatique et sans signe de complication.

Réalisée de façon préférentielle par voie coelioscopique, sans préparation colique mécanique et après une immunonutrition préopératoire, elle doit comprendre une ligature des vaisseaux à leur origine et un curage ganglionnaire

permettant l'analyse anatopathologique d'au moins 12 ganglions, ce qui permet une classification adéquate du cancer, et a un impact direct sur l'administration ou non d'une chimiothérapie adjuvante.

La colectomie droite est la résection chirurgicale carcinologique de cancer du côlon droit. Elle associe la résection de la patrie terminale de l'iléon, du colon ascendant, de la partie droite du transverse et de tout le territoire ganglionnaire de drainage au bord droit de l'axe mésentérique supérieur.

La voie laparoscopique actuellement est devenue une technique bien codifiée. Contrairement à la démarche de la voie laparotomique, les attaches externes coliques droites sont libérées en dernière étape de façon à utiliser l'exposition naturelle anatomique du patient. Cette exposition anatomique devienne médiocre si le mésocôlon est gras.

La dissection cœlioscopique commence par l'abord médian qui consiste avant tout en une approche vasculaire des axes digestifs et comporte un temps potentiellement dangereux : l'abord de la face antérieure du pancréas céphalique. Les premiers repères sont l'axe mésentérique supérieur et la dernière anse iléale, il faut orienter à l'aide d'une pince à préhension non traumatique le mésocolon du côlon ascendant en antérieur et en latéral, avec suffisamment de traction, le

relief des vaisseaux iléo-coliques deviens très visible, on pratique alors une incision péritonéale parallèle aux vaisseau à l'aide du bistouri électrique, et on en entame la dissection, les vaisseaux seront orientés en haut tandis que le retro péritoine est orienté en bas, le pneumopéritoine facilitera la dissection, on dissèque la veine et l'artère, on utilise. Après le contrôle vasculaire et le curage ganglionnaire on contrôle les attaches externes par le bascule de colon droit vers la ligne médiane, mettant en tension les feuillets à sectionner, on réalise la mobilisation du côlon droit en commençant par le Caecum puis l'incision du fascia de Toldt, puis le grand épiploon est divisé au niveau de la ligne de section colique de bas en haut, puis c'est au tours des attaches externes de l'angle colique d'être sectionnés en mettant bien sur le patient en position anti-Trendelenburg, enfin c'est la libération de la racine du mésentère jusqu'à obtenir une mobilisation complète de la dernière anse iléale.

L'abord latéral qui consiste à la libération des attaches externes en premier temps. Cette procédure est similaire à celle réalisée à ciel ouvert, son intérêt est que les chirurgiens sont plus familiarisés avec cette technique à ciel ouvert, donc elle pourra servir comme une technique de transition pour les chirurgiens lors de l'apprentissage de la technique laparoscopique, en plus cette technique devient indispensable en cas d'inflammation et

d'adhérences tumorales, qui peuvent compromettre l'abord médian ou en présence d'un mésocôlon gras ou encore en cas de doute sur la résecabilité de la tumeur dont il faudrait la libérer avant de sectionner les pont vasculaires. L'inconvénient de cette technique est la difficulté de réaliser le décollement et la dissection retro-péritonéale vers la camera et l'opérateur, et le duodénum sera aussi difficilement identifié, également la chute du côlon droit sur son méso rendant l'abord vasculaire difficile c'est pour cela que certains chirurgiens comme le professeur belge Guy Bernard Cardière préconise de garder une attache au niveau de l'angle hépatique qui permettrait d'éviter cette difficulté. Pour notre cas l'indication de résection est formelle car la tumeur est saignante, et vu que la patiente est obèse et la tumeur est fixe, volumineuse et refoulant l'uretère en arrière ; l'abord latéral était le plus idéal malgré les difficultés rencontrés durant le temps vasculaire vu la chute du colon sur le mésocôlon, mais en même temps cette approche nous a aidée dans l'individualisation des vaisseaux du mésocôlon gras. Dans notre cas on a assuré le curage et contrôle des trois artères du colon droit. On note ainsi la présence anatomique des trois artères qui irriguent le colon droit chez cette patiente. Le colon droit est vascularisé par trois artères : L'artère iléo-colique, une branche directe de l'artère

mésentérique supérieure et qui constitue la branche la plus constante des vaisseaux irrigant le côlon ascendant présente dans 76,9% - 100% des cas, L'artère colique supérieure droite irrigue le côlon ascendant mais elle peut être absente chez plus de 20% des patients, dans les séries de colectomies laparoscopiques, elle n'est présente que dans 12,2-55%, La branche droite de l'artère colique moyenne, l'artère colique moyenne est une branche haute de l'artère mésentérique supérieure, présente à presque 100% dans les séries laparoscopiques, et qui se divise en deux branches, une branche droite destinée à la vascularisation de l'angle colique droit et à la partie la plus droite du côlon transverse et une branche gauche.

CONCLUSION

L'hémicolectomie droite totalement laparoscopique pour cancer du côlon droit est une technique 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. Malgré les difficultés et les inconvénients de l'abord latéral il garde son place surtout dans les cas où la résecabilité de la tumeur est douteuse ou chez les obèses où le mésocôlon est très gras.

REFERENCES

- [1] A Valverde, H Mosnier, EMC technique chirurgicale de l'appareil digestif : Traitement chirurgical des cancers du côlon droit, volume 2, 2016, 16p.
- [2] T Lecomte et al, « Cancer du côlon non métastatique » Thésaurus National de Cancérologie Digestive, Janvier 2019, [En ligne] [<https://www.snfge.org/tncd> et <http://www.tncd.org>]
- [3] Z Djilli. Colectomie droite par laparoscopie pour adénocarcinome du côlon droit : technique et résultats. Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en sciences médicales, sous la direction de N Arabaoui, Annana, Université Badji Mokhtar Annaba, 2021, 3V, 231P.
- [4] Matsuda T, Iwasaki T, Sumi Y, Yamashita K, Hasegawa H, Yamamoto M, Matsuda Y, Kanaji S, Oshikiri T, Nakamura T et al: Laparoscopic complete mesocolic excision for right-sided colon cancer using a cranial approach: anatomical and embryological consideration. Int J Colorectal Dis 2017, 32(1):139-141.
- [5] Hübner M, Demartines N: Oncological Right Colectomy by Laparoscopic Medial-to-Lateral Approach with Total Mesocolic Excision. In: Lower Gastrointestinal Tract Surgery: Vol1, Laparoscopic procedures. edn. Edited by Parker M, Hohenberger W. Cham: Springer International Publishing; 2019: 125-137.
- [6] Liang JT, Lai HS, Lee PH: Laparoscopic medial-to-lateral approach for the curative resection of right-sided colon cancer. Ann Surg Oncol 2007, 14(6):1878-1879.
- [7] Kessler H, Lipman JM: Laparoscopic Right Colectomy for Malignant Disease. In: The SAGES Manual of Colorectal Surgery. edn. Edited by Sylla P, Kaiser AM, Popowich D. Cham: Springer International Publishing; 2020: 183-197.

Médecine et chirurgie esthétiques : les dérives.

A. Madjoudj.

Alger.

Certaines dérives de la chirurgie esthétiques sont connues depuis longtemps mais elles n'étaient pas nombreuses car la pratique de cette spécialité n'était pas courante.

Depuis l'apparition de la médecine esthétique qui ne nécessite pas des études particulières, ni Diplôme s'appuyant sur les réseaux sociaux nous assistons à une explosion des dérives.

Dérives dû en partie à la banalisation des actes esthétique et leur promotion par des campagnes de marketing sur les réseaux sociaux.

Le principe de la médecine « ne pas nuire » a volé en éclats pour être remplacé par une démarche mercantile ou « il ne faut rien refuser. »

La pratique des actes de médecine esthétique très lucratif se fait aussi par des non-médecins (coiffeuse, esthéticienne, manucure ...) et ce dans l'impunité la plus totale les réseaux sociaux sont devenus le lieu privilège de la promotion de toutes les dérives.

Dans notre présentation nous rapportons quelques cas réels de ces dérives et les conséquences sur les patients ...

La faisabilité de la TAPP dans un établissement de proximité : courbe d'apprentissage et intérêt d'un accompagnement ex- pert : à propos de 63 cas.

Abderrezak, Delmoudji, Fellag.

EPH Ténès. EPH Rouiba.

Introduction:

La cure des hernies de l'aine occupe une place importante dans l'activité d'un service de chirurgie générale. On estime que 20 millions de hernies inguinales sont opérées dans le monde chaque année [1].

Traiter les hernies de l'aine :

Nombreuses techniques,

Très différentes les unes des autres

Les voies postérieures sont plus difficiles à maîtriser, notamment l'approche cœlioscopique.

La courbe d'apprentissage pour les techniques laparoscopiques a été estimée à 50-100 interventions pour la TAPP et plus pour la TEP.

Intérêt de la voie laparoscopique :

Préjudice esthétique moindre

Moins de douleur post opératoire

Reprise plus rapide d'activité physique

Professionnelle et sportive.

Couvertures de tout les orifices herniaires par la plaque

Objectif:

Le but de ce travail est d'évaluer la faisabilité de la TAPP dans un établissement de proximité et d'évaluer la courbe d'apprentissage avec accompagnement expert sur une série prospective de 63 cas.

Matériel Et Méthode :

Type et lieu de l'étude :

Etude prospective uni centrique, analytique portant sur des malades pris en charge dans notre service pour hernie inguinale traitée par TAPP depuis le mois d'août 2022 jusqu'à janvier 2023.

Soit 63 malades

56 Hommes pour 07 femmes

17 HIG, 38 HID, 08 HIB

Moyenne d'âge 47,2 ans

Accompagnement en 25 patients (3 bilatérales)

Critères de sélections des malades :

Critères d'inclusion : TAPP :

Age supérieur à 18 ans

Abdomen non cicatriciel

Pas de pathologie pelvienne ou irradiation
Hernie inguinale non compliquée
apparition Moins de 12 mois (moins d'adhérences)
Diagnostic : clinique + échographie

Critères d'exclusion

Hernie inguinoscrotale
Co morbidités contre indiquant la voie laparoscopique les réci-
dives (au départ critère d'exclusion mais pas actuellement)
Plaque utilisée : polypropylène macroporotique 03 D poids lège ,
taille fonction du patient
Fils : viloc 2/0

Introduction des trocars : open cœlio
Dissection :
Incision du péritoine :
Dissection du compartiment interne :
Dissection du compartiment externe :
Dissection du sac herniaire :
INSERTION DE LA PROTHESE:
FERMETURE PERITONEALE

Résultats

Complications per-opératoires :
Sur 63 patient on a eu :
Une conversion : difficulté technique
(saignement) soit : 0,63/
NB: conversion chez le premier malade sans accompagnement
et en présence d'un seul chirurgien au champs opératoire

Suites post opératoires immédiates:

favorables chez la majorité des patients avec :
04 hématome post opératoire : (2,52/) ayant nécessités une as-
piration a la seringue
Aucune re intervention pour complication post opératoire

Difficultés :

Collaboration chirurgien aide
Parietalisation des éléments (source probable des hématomes
poste opératoire observés)
Fermeture péritonéale sans fils adapté

Séjour hospitalier :

Hospitalisation :
La veille (12 h avant l'intervention)
Sortie : J 01 sauf les 04 malades compliqués (J04)
Durée moyenne : 48 h

Discussion :

Notre étude a démontré que : la réparation par abord laparos-
copique offre des avantages incontestables de point de vu :
durée opératoire
résultat esthétique
complications pariétales
confort post opératoire et retour à l'activité professionnelle
Notre étude a démontré que : la réparation par abord laparos-
copique offre des avantages incontestables de point de vu :
durée opératoire
résultat esthétique
complications pariétales
confort post opératoire et retour à l'activité professionnelle

Notre étude a démontré que : la réparation par abord laparoscopique offre des avantages incontestables de point de vu :

- durée opératoire
- résultat esthétique
- complications pariétales
- confort post opératoire et retour à l'activité professionnelle

Taux de complication totale entre conversion et hématomes poste opératoire de : 3,15
Dans la littérature, le taux des complications per-opératoires varie de 1,3 à 3,6% [5,6].

on a pu réaliser 38 cures d'hernie inguinales après accompagnement sur 25 malades 4

Conclusion :

La cure par TAPP est une technique sûre, reproductible et validée dans le traitement des hernies inguinales de l'adulte avec une courbe d'apprentissage a été estimée à 50-100 interventions
Sa réalisation ne nécessite pas beaucoup de matériels :

- Une colonne de cœlioscopie
- Un ciseaux et une pince fenêtrée
- Idéalement une plaque adaptée

Faut-il faire une appendicectomie de principe si l'appendice est macroscopiquement sain lors de l'exploration laparoscopique pour appendicite aigue?

S. Ammari, N. Nait Slimane, R. Khiali, K. Draï, R. Bekhouche, N. Bahache, N. Bounab, A. Messaoudi, Boutahar, A. Ghellache, A. Tibiche, M; Taïeb

Service de chirurgie générale, EPH Ain Taya

Introduction :

L'appendicectomie par laparotomie pour le diagnostic préopératoire d'appendicite aigue, ne fait pas débat, et ce, même si l'exploration peropératoire retrouve un appendice macroscopiquement sain. Cependant, par voie laparoscopique, la décision de faire ou non une appendicectomie devant un appendice macroscopiquement sain fait toujours débat.

Matériel et méthodes :

Série prospective, monocentrique, réalisée au service de chirurgie générale d'Ain Taya, sur une durée de 3 ans, où 251 appendicectomies laparoscopique ont été réalisées

Résultats :

Sur un ensemble des 251 patients opérés par laparoscopie pour le diagnostic préopératoire d'appendicite aigue, l'exploration peropératoire a retrouvé chez 244 patients (97,22 %) un appendice pathologique, et chez 07 patients (2,79 %) l'appendice est macroscopiquement sain.

Sur ces 07 derniers patients (05 femmes et 02 hommes), en pe-

ropératoires il s'agissait dans 03 cas de kystes ovariens droits hémorragiques rompus, d'une torsion d'annexe droite, et d'une hernie interne rétro caecale, et chez deux autres patients aucune autre pathologie n'a été retrouvée.

Chez 07 patients nous avons sciemment laissé l'appendice en place. Les suites opératoires sont simples chez les 07 patients.

Conclusion :

Par voie laparoscopique, la décision de réaliser une appendicectomie pour un appendice macroscopiquement sain fait toujours débat. Des sociétés savantes recommandent de faire l'appendicectomie en absence d'une autre pathologie expliquant la symptomatologie.

Quoi de neuf dans la prise en charge des fistules anastomotiques colorectales.

I. Haroun, M. Moussi, H. Asloun, S. Redouane, L. Benzai, N. Sifour, S. Belkherchi, D. Benaibouche.
CHU Bejaia.

Résumé :

Après préservation sphinctérienne et exérèse totale du mésorectum (ETM) pour cancer du moyen et bas rectum, la complication post opératoire la plus fréquente est la fistule anastomotique avec comme conséquences à court terme : 1^{ere} cause de mortalité, et à long terme : mauvais résultats fonctionnels (majoration du LARS, sténose), de stomie définitive et risque de récurrence d'où la nécessité d'une bonne gestion de cette complication.

Plusieurs facteurs de risque santé te incriminées liées aux malades et à la maladie (obésités, diabète, prise de stéroïdes, le niveau de l'albumine), des facteurs liés à la prise en charge préopératoire (l'irradiation préopératoire), facteurs liés au type d'intervention (niveau d'anastomose <Sem). Cependant il n'y a aucune étude qui a évalué des facteurs qui évitent cette complication. Plusieurs études ont été effectuées afin de rechercher les éléments prédictifs de fistules anastomotiques pour améliorer la prise en charge et diminuer la gravité et parmi ces éléments la C-Réactive Protéine (CRP).

Objectifs :

L'objectif de la présentation est de savoir comment diagnostiquer précocement et gérer la fistule anastomotique colorectale et cela

à travers les différentes études récentes publiées dans la littérature et l'expérience du service.

Expérience du service :

Matériels et méthodes :

Étude prospective unicentrique effectuée au niveau du service de chirurgie générale CHU de Bejaia étendue sur une période de 11 mois (d'Avril 2021 à janvier 2022) incluant 52 malades opérés pour un cancer colorectal et ayant eu un rétablissement de la continuité digestive.

Tous les malades ont eu une surveillance clinique quotidienne, et biologique à J3 et JS (FNS, TP, TCK, bilan rénal, ionogramme, albumine et CRP) post opératoire.

Tous les patients qui avaient un taux de CRP > 100 à J3 et JS ont eu une TOM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste.

Les complications ont été évaluées jusqu'à 30 jours post opératoire et classées selon la classification de Clavien-Dindo. L'évaluation de la valeur de la CRP à J3 et JS post opératoire était calculée selon la courbe ROC (sensibilité et spécificité).

Résultats :

On a eu 3 fistules anastomotiques dont une a nécessité une reprise chirurgicale, ces derniers avaient une CRP >100 mg/l à J3 et JS post opératoire.

La valeur de CRP >100mg/l à JS post opératoire avait une valeur prédictive positive et négative à 100% et une sensibilité et spécificité de 100% selon la courbe ROC.

Conclusion :

Dans les limites de notre étude, la mesure des valeurs de CRP est utile dans les premiers jours suivant une chirurgie colorectale. Une valeur de CRP > 100 mg/L à 5ème jour post opératoire peut être un facteur prédictif de fistule anastomotique. Une CRP de sortie < 100 mg/L est rassurante et peut permettre au patient de quitter l'hôpital dans des conditions sûres.

Mortalité des péritonites post-opératoires : aspects microbiologiques et thérapeutiques

N. Ferrad

Médecin microbiologiste, Maître de conférences B, EPH KOUBA

Introduction :

Les péritonites post-opératoires (PPO) comportent une écologie microbienne toute particulière riche et variée, elle nécessite un diagnostic rapide et un traitement urgent chirurgical et médical avec une antibiothérapie empirique précoce et adaptée. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques microbiologiques et thérapeutiques des PPO pour dégager les facteurs de risques de mortalité des PPO.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétro-prospective concernant 70 patients traités pour PPO au niveau de l'EPH de Kouba de Juin 2012 à Décembre 2018. Les prélèvements des liquides et des collections intrapéritonéaux faits en peropératoires à visée bactériologique sont réalisés pour tous les patients de notre série avec examen direct, coloration de Gram et culture sur les différents milieux..La sensibilité aux antibiotiques est déterminée par la méthode de diffusion sur disque, selon les critères du CLSI.

Résultats :

Nos patients ont un âge moyen jeune 45.54 ans avec une prédominance féminine (56%) et un sexe ratio de 0.79 soit 78.6%. 135 microorganismes sont isolés (72.59% BGN et 14.81% CGP)

avec 53.46% d'entérobactéries et une prédominance d'Escherichia coli (23.1%). Une fréquence importante et similaire est remarquée pour Pseudomonas aeruginosa (12.59%) et les levures (12.59%), et un taux également élevé pour Acinetobacter baumannii (6.66%).

Nous avons isolé 43 BMR soit 36.44 % des germes totaux. 41 patients ont au moins une BMR dans leurs prélèvements soit 60%. Le taux d'isolement important d'Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae BLSE et de streptocoque bêta-hémolytique et le faible taux des entérocoques est une caractéristique de notre étude non rapportée dans la littérature. L'antibiothérapie est inadaptée dans 58.57%. La mortalité est de 29%

Conclusion :

Selon notre étude, l'âge n'influence pas la mortalité ($p=0,28$). Le délai de la réintervention paraît comme un facteur majeur de pronostic et que tout retard dans la résolution des problèmes chirurgicaux est un facteur de mauvais pronostic, 20% de mortalité quand la reprise est précoce dans les 24h contre 80% quand la reprise est tardive . Une influence significative de la chirurgie intestinale sur le pronostic est retrouvée entre les non-survivants et les survivants ($p=0,033$). Nous retrouvons que la fuite d'anastomose ($p=0,001$) et la présence de nécrose/ischémie ($p=0,020$), ont

un lien statistiquement significatif avec l'évolution de la maladie vers la mortalité. Les MDR isolées diffèrent entre les non-survivants et les survivants ($p=0,021$) tout comme la présence de l'*Acinetobacter baumannii* multi résistant sensible qu'à la colistine diffère entre les survivants et les non survivants ($p=0,023$). Aucune espèce bactérienne (notamment *Enterococcus* spp.) ou fongique n'ont un impact sur la mortalité. Par ailleurs nous notons un lien statistiquement significatif entre la présence d'*Escherichia coli* et la survie ($p= 0,001$). Le traitement antibiotique inadapté ne diffère pas entre survivants et non survivants.

Fistule Biliaire Externe sur KHF : Que Faire ?

A. Guezzi

Université Salah Boubnider Constantine 3

Introduction :

L'hydatidose hépatique est une anthroponose cosmopolite endémique dans les pays du bassin méditerranéen. Le traitement chirurgical est le seul traitement radical.

C'est une pathologie bénigne mais elle peut causer une morbidité grave à cause de complications biliaires notamment les fistules biliaires externes.

Le but du travail est d'évaluer l'efficacité du traitement endoscopique des complications de l'hydatidose hépatique.

Matériel et méthodes : il s'agit des fistules biliaires externes persistantes après traitement chirurgical des kystes hydatiques hépatiques non fistulisés dans la voie biliaire.

Résultats :

La sphinctérotomie endoscopique et le drainage biliaire ont permis le tarissement complet de la fistule au bout de 10 à 15 jours

Conclusion :

La sphinctérotomie endoscopique constitue un progrès thérapeutique dans les complications biliaires postopératoires de l'échinococcose hépatique. Elle permet d'écourter le séjour post opératoire et d'éviter une ré-intervention, souvent difficile et hémorragique.

Mots clé :

Kyste hydatique, fistule biliaire, sphinctérotomie endoscopique, drainage biliaire.

Cette présentation comporte plusieurs séquences vidéos courtes.

Traitement chirurgical des dissections aortiques.

B. Aziza, R.A. Koutchoukali, A. Bahloul, L. Boutamina, A. Aboudi, R. Boukerroucha.

EHS Djeghri Mokhtar. Constantine.

Objectifs :

La dissection aortique (DA) est une urgence vitale, son incidence est mal connue : 1 % des morts subites ; Actuellement, l'imagerie médicale permet des diagnostics de plus en plus précis et plus précoces. Ce qui est intéressant dans notre étude c'est l'utilisation de bandelettes de péricarde autologues pour renforcement des anastomoses avec des résultats satisfaisants et prometteurs.

Matériels et méthodes :

Entre 2017 et 2022, vingt-six patients ont été opérés à cœur ouvert pour dissection aortique intéressant l'aorte thoracique. Il s'agit de 07 femmes et 19 hommes avec un âge moyen de de 41,5 ans (29 - 77 ans). Une HTA a été le principal facteur de risque chez tous les patients. La douleur thoracique était le signe clinique le plus retrouvé et 3 patients ont présenté une ischémie des membres comme signe révélateur de la dissection, 01 patient a présenté 03 accidents vasculaires cérébraux ischémiques découverts à la tomodynamométrie cérébrale suite à des syncopes à répétition. L'évolution de la symptomatologie varie de moins de 24 h à 4 mois. Le diagnostic a été posé par la tomodynamométrie thoracique et l'échocardiographie chez tous nos patients (FE varié de 25.7 à 78 % ; une insuffisance aortique chez 06 patients de grade IV ; un rétrécissement aortique chez 02 patients).

Tous les patients ont été opérés dans les 24 heures de leur admission en urgence.

Tous nos patients ont été opéré sous CEC, en hypothermie modérée avec perfusion sélectives des troncs supra aortiques chez 02 patients et en hypothermie profonde avec et arrêt circulatoire chez 07 patients. La Cumulation fémorale s'est faite chez les 27 patients. Parmi les gestes chirurgicaux pratiqués, intervention de Bentall modifiée chez 04 patients, tubes sus- coronaire chez 17 patients,

Remplacement de l'aorte ascendante et de l'hémicrosse chez 03 patients, remplacement de l'aorte ascendante et remplacement de la valve aortique chez 03 patients.

Le renforcement des anastomoses proximales et distales a été fait avec des bandelettes de péricarde autologue chez tous nos patients

Résultats :

Le clampage aortique de 22 à 200 mn ; Inotropes + : 03 Patients ; Ventilation moyenne de 6 h à 9 jours. Le séjour en réanimation de 0 à 26 jours, Durée moyenne d'hospitalisation de 0 à 39 jours, Complications hospitalière 01 /26 ; Mortalité hospitalière : 05 décès sur 26 opérés (19,2%). Un patient par hyperkaliémie, une p

atiente par détresse respiratoire aigüe post extubation (BMI 40 et asthmatique), un patient par trouble neurologique, un patient par dysfonction myocardique (FE préopératoire à 30%) et une patiente par hémorragie peropératoire incontrôlable (âgée de 73 ans).

Discussion :

La dissection aigüe de l'aorte est une urgence médico-chirurgicale. Son diagnostic est parfois retardé devant une douleur thoracique aigüe et souvent pris à confusion avec le syndrome coronarien aigüe et l'embolie pulmonaire avec des conduites thérapeutiques erronées et graves (La fibrinolyse) pouvant mettre la vie du patient en danger et alourdir les complications de la chirurgie (hémorragie).

Sur le plan épidémiologique, il existe une prédominance masculine 5H/1F, l'âge moyen est de 41 ans, l'hypertension artérielle est le facteur de risque le plus retrouvé : 100 % des patients. La douleur thoracique est le symptôme au premier plan. Le diagnostic a été posé chez 25 patients par la tomodensitométrie thoracique et par l'échocardiographie transoesophagienne chez 01 patient

Sur le plan chirurgical, la Canulation axillaire reste la meilleure elle permet d'éviter la perfusion du faux chenal mais la canulation fémorale plus rapide et plus facile. L'arrêt circulatoire en hypothermie profonde ou la perfusion cérébrale sélective avec hypothermie modérée permettent de réaliser l'anastomose distale à ciel ouvert et explorer l'archaortique.

Les complications hémorragiques représentent 44,5% et 55,5% des décès précoces dans plusieurs séries, mais dans notre série elle est de 3,84% malgré qu'on ne dispose pas ni de colle biologique, ni de bandelettes de teflon on a pu avoir ce bon résultat qui est prometteur aussi bien sur le côté chirurgical et pronostic qu'économique.

Conclusion :

La DA est une affection gravissime : La prose en charge fait appel à des compétences multidisciplinaires. Le diagnostic et prise en charge doivent être précoces (urgence médicochirurgicale). Les résultats à court et à long terme de cette chirurgie ne cessent de s'améliorer grâce à l'introduction de la canulation axillaire, les techniques conservatrices.

Gigantomastie juvénile.

R. Morsli.

CHU Mostaganem.

INTRODUCTION

L'adolescence est le passage obligé de l'enfance à l'âge adulte. C'est une période de fragilité psychologique et de métamorphose. La pathologie mammaire, bien que peu fréquente à cette période de la vie, est source d'inconfort et d'angoisse. On distingue essentiellement les dysmorphies, qui sont le plus souvent mineures mais nécessitent parfois, en cas de mauvaise tolérance, une prise en charge chirurgicale (plastie de réduction, implants mammaires).

Mots-clés : Glande mammaire, hypertrophie, puberté, traitement, pronostic

DEFINITION :

L'hypertrophie mammaire juvénile ou gigantomastie est une forme bénigne et rare de dysmorphie mammaire qui apparaît chez la jeune fille souvent avant le début des règles et qui évolue en 3 à 9 mois dont l'étiologie est inconnue pour laquelle on évoque une hypersensibilité aux hormones sexuelles. Du fait des complications mécaniques et psychologiques liées aux poids et volume excessifs des seins, un traitement chirurgical rapide et efficace s'impose. On rapporte un cas rare de gigantomastie juvénile, discuter les éventualités thérapeutiques ainsi que le pronostic.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une fille, âgée de 13 ans, ménarche à l'âge de 12 ans, qui présente depuis 6 mois une augmentation progressive du volume des seins sans écoulement mamelonnaire associé. L'examen clinique objective une augmentation asymétrique de la taille des deux seins siège des foyers de nécroses au quadrant supéro-externe gauche ; L'échographie mammaire, difficile à réaliser, montre de multiples nodules intra mammaire kystique. Le dosage hormonal d'œstrogène et de Prolactine est normal. La biopsie revenant en faveur d'un adenomekystique canalaire bilatéral. Patiente a bénéficié d'une réduction mammaire (technique en T inversé). L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, en position allongée. Elle dure environ 4 heures.

Un drainage par drain de Redon ainsi qu'un pansement compressif sont mis à la fin de l'intervention. La durée de l'hospitalisation a été de 2 jours. Un soutien-gorge de sport en tissu élastique de maintien a été prescrit, à porter jour et nuit pendant 6 semaines après l'intervention (soutien-gorge sans armature, s'ouvrant si possible par devant).

Discussion : La gigantomastie est une forme exubérante d'hypertrophie mammaire définie par des seins dont le volume mammaire dépasse 1500 cm³, les normes variant habituellement de 200 à 350 cm³. La gigantomastie est uni ou bilatérale,

d'installation brutale et d'évolution rapide. Le sein est volumineux, ferme, indolore, d'aspect inflammatoire, siège d'une macération cutanée au niveau du sillon sous-mammaire, responsable de véritables lésions infectieuses voire même de nécrose. Cette hypertrophie mammaire est à l'origine d'une véritable détresse psychologique et d'un grand malaise physique. Elle occasionne souvent une cyphose dorsale, épaules projetées en avant. Ces attitudes conditionnées peuvent persister même après l'intervention.

Les formes habituelles de cette entité exceptionnelle sont : La forme juvénile qui touche la fille en période pubertaire dont la physiopathologie est très discutée. Le facteur le plus important serait dû à un déséquilibre hormonal. L'augmentation du nombre des récepteurs d'œstrogène et/ou de progestérone a été mise en cause. Noczinska et al. ont retrouvé dans leur étude un taux élevé de récepteurs aux œstrogènes, alors que cette hypothèse n'a pas été retenue par La Frenière et al. La forme gravidique consécutive à une évolution monstrueuse de l'hyperplasie épithéliale habituelle survenant au cours ou au décours de la grossesse ; La gigantomastie iatrogène secondaire à une prise médicamenteuse. En 1973, Desai [4] rapportait le premier cas de gigantomastie compliquant la prise de D-pénicillamine chez une patiente atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde, et depuis des cas similaires ont été décrits.

Les impératifs de la chirurgie de réduction mammaire sont : la diminution du volume mammaire, le repositionnement et la viabilité de la plaque aréolo-mamelonnaire, les cicatrices cutanées les plus discrètes possibles et une forme harmonieuse et stable, adaptée à la morphologie de la patiente et à ses désirs. Après mammoplastie l'évolution est marquée par la fréquence des récurrences dans un délai de quelques mois, voire des années.

Conclusion

La gigantomastie est une entité rare, d'étiologie indéterminée. Elle pose le problème du traitement chirurgical qui peut être très rarement radical de nécessité. Un suivi à long terme est nécessaire, des récurrences étant possibles, conduisant dans les cas extrêmes à une mastectomie bilatérale avec reconstruction mammaire immédiate ou secondaire.

Cancers de la vésicule biliaire et réhabilitation améliorée après chirurgie

Y. khenchoul , C. abdoune, S. Bendjaballah

Service de chirurgie A CHU Constantine

Résumé :

Le geste chirurgical est source d'un « stress » responsable de modifications hormonales,

Métaboliques et physiologiques [12-14]. À la suite de ce stress, la convalescence postopératoire est un processus complexe intégrant de nombreuses variables qui la conditionnent (tableau ci-après).

Les principaux facteurs qui retardent la convalescence suite à la chirurgie identifiés par H. Kehlet sont Douleurs ; Stress métabolique et dysfonction organique ; Nausées, vomissements, iléus ; Hypoxie, perturbation du sommeil ; Fatigue ; Immobilisation, dénutrition ; Tubes nasogastriques, sondes et drains, restrictions.

Nous avons réalisé une étude prospective randomisée sur 28 cas de cancers de la vésicule biliaire sur 2 ans, la RAAC été efficace sur la morbidité et la durée de séjour par rapport au protocole classique

Conclusion :

La réhabilitation améliorée après chirurgie est faisable et efficace en chirurgie hépatique

Adénocarcinome appendiculaire découvert sur pièce d'appendicectomie.

K. Kermiche.

EPH Birtraria.

Introduction ;

-Le cancer de l'appendice est une entité rare. Il est estimé qu'une tumeur appendiculaire est retrouvée sur 100 appendicectomies. Nous passons en revue la littérature et nous présentons ici le cas d'un patient âgé de 53 ans sans notion de néoplasie familiale opérée à notre niveau pour une néoplasie appendiculaire. Découverte sur pièce d'appendicectomie.

Cas clinique ;

Patient âgé de 53 ans, suivi pour une hypertrophie bénigne de la prostate, porteur d'une sonde à demeure, sans notion de néoplasie familiale. Opère en urgence à la suite de l'apparition d'un sd douloureux fébrile de la FID.

L'échographie abdominale : appendicite aiguë retrocoecale mesurant 13mm avec densification de la graisse péri-appendiculaire. Le patient a bénéficié d'une appendicectomie sur point de Meunier sans incidents, les suites opératoires étaient simples.

Anatomopathologie de la pièce opératoire : adénocarcinome muqueux appendiculaire classe pT3N0 avec marge d'exérèse infiltrante.

Le patient a bénéficié d'un bilan paraclinique et d'un bilan d'extension revenant négatifs. Il a été opéré 03 mois après sa

première intervention à notre niveau bénéficiant d'une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique.

Conclusions

Les tumeurs appendiculaires sont souvent asymptomatiques et de découverte souvent fortuite soit à l'imagerie soit sur une pièce d'appendicectomie.

Une tumeur appendiculaire est retrouvée sur 100 pièces d'appendicectomie.

Contrairement aux cancers colorectaux qui sont souvent des adénocarcinomes, il existe plusieurs types histologiques de tumeurs appendiculaires. Leur classification est hétérogène basée sur plusieurs facteurs tels que les atypies cytonucléaires et la présence ou non de cellules en bague à chaton.

Le traitement des cancers appendiculaires est chirurgical fait jusqu'à ce jour d'une hémicolectomie droite avec anastomose iléocolique.

Prise en charge d'un paragangliome pré aortique.

A. Chabane.

HCAAlger.

Abstract.

introduction :

• Les paragangliomes sont des tumeurs neuroendocrines développées aux dépens du système nerveux autonome, diagnostiquées le plus souvent chez le jeune adulte, leur localisation rétro-péritonéale est moins fréquente que le reste des localisations paraganglionnaires (à savoir tête et cou), elles peuvent être sécrétantes et nécessiterai alors une prise en charge multidisciplinaire mais essentiellement chirurgicale, afin d'éviter toute complication en rapport avec l'élévation des catécholamines dans l'organisme du patient.

À partir de ce cas clinique, nous reverrons les particularités de la prise en charge de cette pathologie d'un point de vue diagnostique et thérapeutique (chirurgical essentiellement).

Matériel et méthode :

Il s'agit d'un patient âgé de 33 ans, dont le début de la symptomatologie semble remonter à 2 ans avant son admission à notre niveau, marquée par l'installation d'une asthénie et d'une hypertension artérielle, de là une investigation étiologique a été lancée chez lui vu son jeune âge, concluant à un paragangliome rétro-péritonéal, en se basant sur des données cliniques, biologiques et radiologiques. Le dosage des dérivés méthoxylés urinaires chez notre patient retrouvait un taux de normétanéphrines à 21

fois la valeur supérieure normale, et une TOM thoraco-abdomino-pelviennne qui objectivait une masse de densité tissulaire mesurant 38x44 mm se rehaussant de manière homogène, à contours réguliers, siégeant en latéroaortique et accolée à celle-ci.

Discussion :

Le paragangliome rétro-péritonéal est une entité rare pouvant se rencontrer à tout âge avec une incidence plus importante chez l'adulte jeune. Sur le plan fonctionnel des céphalées, palpitations et sueurs abondantes sont retrouvées dans près de 90 % des cas avec une hypertension artérielle, ce qui correspond aussi aux symptômes que notre patient a présenté. la chirurgie reste le seul traitement curatif à la condition qu'elle soit complète. Elle permet des taux de survie de 75 et 45 % à cinq et dix ans respectivement, la complexité des rapports vasculaires et la richesse de la vascularisation tumorale imposent un bilan morphologique le plus précis possible avant toute intervention chirurgicale, compte tenu du caractère hypervasculaire de ces tumeurs, certains préconisent une embolisation préopératoire ce qui n'était pas nécessaire dans notre cas.

Conclusion :

Les paragangliomes sont des tumeurs rares dont la prise en charge doit être pluridisciplinaire, cependant seul le traitement chirurgical est

Invagination colo-colique chez l'adulte, Cause rare d'occlusion intestinale chez l'adulte. A propos de de deux cas.

S. Ammari I, N. Bahache, R. Khiali I, N. Nait Slimane I, K. Draï I, Boutahar, N. Bounab I, A. Messaoudi I, Lotmani I, R. Bekhouche I. E. Dehmani I, A. Ghellache I, M. Taieb I

Service de chirurgie générale, Hôpital d'Ain Taya.

Introduction :

L'invagination intestinale aiguë est rare chez l'adulte. Sa forme colo-colique est rare même chez l'enfant.

Cette variété colo-colique, chez l'adulte, survient généralement sur une lésion organique. Notre but rapporter deux cas d'invagination intestinale aiguë chez l'adulte, afin d'évaluer les étiologies et la prise en charge à travers une revue de la littérature.

Observation 1 :

Le patient I-A, âgé de 57 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, s'est présenté en urgence pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë. L'examen de l'abdomen a retrouvé un boudin d'invagination. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. La radio de l'abdomen sans préparation (ASP) : niveaux hydro-aériques grêliques et coliques. Le scanner abdomino-pelvien est en faveur d'une invagination colo-colique. Le patient est opéré en urgence, par voie médiane à cheval sur l'ombilic.

L'exploration peropératoire a retrouvé une invagination colo-colique du colon transverse sur un volumineux polype pédiculé. Geste effectué : désinvagination, avec une colectomie segmentaire emportant le polype, rétablissement de la continuité par anastomose colo-colique manuelle. Les suites opératoires

étaient simples, la sortie est faite au 7ème jour postopératoire L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'un adénome tubuleux.

Observation 1 :

Le patient L-A, âgé de 29 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, s'est présenté en urgence pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë.

L'examen de l'abdomen a retrouvé un blindage du flanc gauche. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. Le scanner abdomino-pelvien est en faveur d'une invagination colo-colique. Le patient est opéré en urgence, par voie médiane à cheval sur l'ombilic.

L'exploration peropératoire a retrouvé une invagination colo-colique du colon descendant sur un volumineux polype pédiculé. Geste effectué : désinvagination, avec une colectomie segmentaire emportant le polype, rétablissement de la continuité par anastomose colo-colique manuelle.

Les suites opératoires étaient simples, la sortie est faite au 7ème jour postopératoire L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'un adénome villositaire de bas grade de malignité.

Conclusion :

Contrairement à l'enfant, L'invagination intestinale aigüe notamment sa forme colo-colique est rare chez l'adulte, elle survient généralement sur une lésion organique.

Nodule d'Endométriose sur cicatrice abdominale : à propos d'un cas rare et revue de la littérature

Endometiosis nodule on abdominal scar : about a rare case and review of the literature

M. Laidouci 1, N. Tine 1, F. Djellouli 1, M. Boussadra 1, F. Boufroua 1, L. Khannaf 1*

1 Service de Chirurgie Générale, EPH Timimoun.

Introduction :

L'endométriose se définit par l'existence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine.

Elle touche environ 20% des femmes en âge de procréer. Sa localisation pariétale sur cicatrice est rare, elle complique 0,03-0,4% des cicatrices de césarienne.

Le diagnostic est évoqué devant l'association de critères cliniques et radiologiques.

Matériel et Méthodes :

Patiente de 41 ans G3P3, 3 césariennes. La dernière césarienne remonte à 8 ans. Consulte pour un nodule pariétale apparu au niveau de la cicatrice de laparotomie médiane sous ombilicale depuis environ 09 mois ; qui augmente progressivement de volume, douloureuse de façon cyclique et écoulement du sang à travers cette cicatrice en concomitance avec les règles.

L'examen clinique : un nodule de 4 cm au niveau de la cicatrice. Ce nodule est sous cutané, dur, fixé au plan profond.

L'échographie de la paroi abdominale montrait un nodule hy-

poéchogène hétérogène avec des zones anéchogènes au centre, mesurant environ 4 cm. TDM abdominale avait montré un nodule de 4 cm en faveur d'une endométriose pariétale.

Devant l'antécédent de 3 césariennes, le caractère cataménial de la symptomatologie et le siège pariétale juxta cicatriciel de la lésion et vu l'aspect à l'échographie et à TDM ; le diagnostic de l'endométriose pariétale a été évoqué

Résultats

Histologique d'endométriose dermique sans signe de malignité, les limites d'exérèse sont saines.

Conclusion

L'endométriose pariétale est une pathologie peu fréquente, souvent méconnue. Elle doit être évoquée devant toute Masse siégeant sur la cicatrice d'une chirurgie abdomino-pelvienne. Le diagnostic repose sur la clinique et L'imagerie, mais seule l'histologie le confirme. Seule la chirurgie permet une guérison sans récédive.

Le concept «time-out».

Un temps mort pour la sécurité chirurgicale.

A. Mecherouk1, Z. Seoudi2, F. Boutar2, M. Kara Ahmed2, A. Azouaou2, T. Hachemi2, N. Ait Benamer1

1 Service de Chirurgie Générale. Centre Hospitalo-Universitaire de Blida. Hôpital Frantz Fanon. Université de Blida 1.

2 Service de Chirurgie Générale. Centre Hospitalo-Universitaire de Douéra. Hôpital Djillali BOUNAAMA. Université de Blida 1.

Introduction :

La sécurité des patients en chirurgie suit un processus rigoureux. Les chirurgiens doivent réaliser l'importance de toutes les étapes d'une procédure opératoire dont l'omission de l'une d'entre elles peut entraîner un résultat moins que souhaitable. Pour éviter cela, la notion de « time-out » a été introduite. Bien que considéré actuellement comme faisant partie d'un schéma global de sécurité il est peu emprunté dans notre environnement. Le manque de diffusion de l'information peut expliquer une partie de son inexploitation.

Matériel et Méthode : Mise au point

Résultats :

Un temps mort est les courtes pauses pratiquées par l'équipe chirurgicale pendant tout l'acte opératoire depuis l'incision à la fermeture. C'est une tendance naturelle pour le chirurgien opérateur de demander avis aux différents membres de son équipe chirurgicale, chaque membre doit participer et garantir le bon patient et la bonne procédure en particulier dans les situations difficiles ou ils doivent faire ces pauses pour se réorienter, faire le point sur la situation, puis poursuivre l'intervention. Le concept

doit être accompagné d'un briefing d'entrée, effectué en préopératoire, et d'un briefing de sortie effectué après la fermeture cutanée. La recherche médicale a montré que prendre des « temps morts » dans la pratique améliore les performances et la sécurité des patients.

Conclusion :

Le concept « time-out » reste un élément crucial pour améliorer la sécurité des patients. Il peut être réalisé facilement, ne requiert pas de qualification ou de formation spécifique, peut être répété autant de fois que nécessaire et ne coûte rien.

Hernie diaphragmatique incarcerated. La réparation laparoscopique est-elle sûre et fiable ?

M. Kara Ahmed ;

CHU de Douéra.

Introduction :

La hernie diaphragmatique congénitale fait référence à un défaut de développement de la formation du diaphragme entraînant un déplacement des organes abdominaux dans la cavité thoracique. Les cas adultes sont rares et le diagnostic est problématique en raison de la rareté de la pathologie et des symptômes non spécifiques.

Il est généralement recommandé à tous les patients adultes atteints de la pathologie une réparation chirurgicale pour prévenir les complications potentiellement mortelles dues à l'incarcération. La réparation par approche laparoscopique a récemment gagné en popularité, en particulier dans les cas électifs.

Matériel et Méthode :

Homme de 29 ans, diagnostiqué en urgence avec une hernie diaphragmatique incarcerated à la suite de l'exploration un syndrome occlusif évoluant depuis 48h. Le patient n'avait aucun antécédent de traumatisme abdominal ou thoracique. Une sensibilité et une distension abdominale ont été trouvées à l'examen physique.

Les analyses de laboratoire étaient dans les limites normales. La tomodensitométrie a révélé une occlusion colique mécanique

avec signes de souffrance sur hernie diaphragmatique antéro-latérale le gauche de 26 millimètres de défaut. La laparoscopie exploratrice à 3 trocarts en french position a objectivé une importante distension intestinale grêlique, du côlon ascendant et transverse en amont d'une anomalie herniaire diaphragmatique gauche avec incarceration colique.

L'angle colique gauche et l'épiploon non nécrosés qui faisaient saillie dans l'orifice de la hernie ont été soigneusement réduits et remplacés dans la cavité abdominale.

Le défaut diaphragmatique sans sac herniaire a été réparé avec des sutures interrompues non résorbables renforcé par un treillis fixé au diaphragme. Il n'y a pas eu de perte sanguine. Le patient n'a eu aucune complication et a récupéré rapidement sans aucune récurrence.

Résultats :

Depuis peu, la réparation laparoscopique des hernies diaphragmatiques est devenue possible. Les avantages de cette approche comprennent le fait qu'elle soit techniquement mini-invasive avec des effets esthétiques favorables et des durées d'hospitalisation plus courtes, de plus la plupart des patients avaient des évolutions cliniques favorables.

Conclusion :

L'approche laparoscopique pour le traitement des hernies diaphragmatiques a récemment suscité un intérêt croissant, elle peut être pratiquée en toute sécurité chez les patients sans complications. Néanmoins des techniques laparoscopiques avancées sont nécessaires pour la réussite de la procédure notamment dans le contexte d'urgence.

Tablier abdominal associé à un défaut pariétal (abdominoplastie+prothèse).

R.Allali.

EPH Miliana.

Le tablier abdominal désigne le relâchement cutané du bas abdomen recouvrant le pubis. il peut s'accompagner d'un excédent graisseux et/ou d'un relâchement musculaire. Sa correction est obtenue par une abdominoplastie visant à réduire la masse cutanéograsseuse au-dessus de l'ombilic.

Ce tablier abdominal peut être associé à un défaut pariétal de type éventration, ou une hernie de la ligne blanche.

Celles-ci peuvent être traitées avec matériel prothétique indépendamment du tablier.

Le présent travail pose la problématique de la prise en charge de ces deux anomalies en un seul temps opératoire.

Il s'agit de deux observations concernant des patientes ayant présenté un tablier abdominal avec défaut pariétal

La première patiente de 28 ans est obèse avec BMI: 33, présente une éventration médiane après échec de deux cures d'hernie ombilicale, admise pour cure d'éventration après plusieurs épisodes d'engouement herniaire.

La seconde patiente âgée de 32 ans avec BMI à 30, présente une hernie de la ligne blanche inesthétique et gênante.

La prise en charge chirurgicale a consisté en une abdominoplastie couplée à une cure d'éventration et de la hernie par prothèse en un seul opératoire.

Les suites opératoires ont été simples.

Mots clés :

tablier abdominal, abdominoplastie, prothèse, éventration, Hernie

Conclusion :

Les paragangliomes sont des tumeurs rares dont la prise en charge doit être pluridisciplinaire, cependant seul le traitement chirurgical est

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique après chirurgie carcinologique.

L. Haroun.

CHU Bejaia.

Introduction :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique «SPAM» ou syndrome de Wilkie, est une obstruction duodénale secondaire à une pince anatomiquement acquise qui résulte de la compression du troisième duodénum par l'artère mésentérique supérieure «AMS» en avant, et l'aorte en arrière suite à la disparition du tissu graisseux péri vasculaire, souvent conséquence d'une dénutrition sévère ou d'un hypercatabolisme comme c'est le cas chez les grands brûlés, les patients ayant eu une chirurgie lourde et les cancéreux. Le traitement est médical, mais en cas d'échec la chirurgie s'impose. Nous rapportons un cas de SPAM survenu chez une patiente âgée de 78 ans, opérée pour un adénocarcinome du bas rectum avec métastase pulmonaire jugée résecable après radiothérapie cycle court, ayant eu une exérèse totale du mésorectum et curage mésentérique inférieur, et qui présente un syndrome occlusif haut J4 post opératoire.

Méthodes :

On rapporte un cas d'une patiente âgée de 78 ans, BMI à 17 kg/m² (notion d'amaigrissement chiffre à 15 kg en 03 mois) aux antécédents médicaux d'asthme bronchique et gastrite sous traitement, aux antécédents chirurgicaux de cholecystectomie. Admise à notre niveau pour prise en charge d'un adénocarcinome du bas

rectum (04cm de la margeanale) symptomatique (syndrome subocclusif et incontinence anale) avec métastase pulmonaire unique jugée résecable, dont la stratégie thérapeutique (après RCP) était une radiothérapie cycle court chirurgie immédiate pour le primitif puis chirurgie de la métastase. La patiente a eu une radiothérapie. La patiente a eu une leucopénie post radiothérapie et un avis d'hématologue a accordé l'intervention chirurgicale. La patiente a été opérée 15 jours après.

Le geste était une résection antérieure avec exérèse totale du mésorectum, lymphadenectomie mésentérique inférieure et colostomie terminale (Low Hartmann)

Résultat :

J2 post opératoire la patiente présentait des vomissements qui augmentaient de fréquences avec une notion de dysphagie, une sonde naso-gastrique a été mise en place et a ramené 4 litres de liquide bilieux. Une TDM thoraco abdominale a été réalisée à J4 post opératoire objectivant un estomac de stase avec distension duodénale et une zone de transition au niveau du D3 concluant une occlusion intestinale aiguë haute sur un syndrome de la pince mésentérique avec un angle aorto mésentérique de 16°. Une fibroscopie œsogastroduodénale avait objectivé un estomac de stase avec mycose œsophagienne et gastrite

Un traitement médical a été tenté en 1ère intention avec mise en place de sonde nasogastrique et alimentation hypercalorique parentérale et traitement anti mycosique mais la malade a fait une intolérance à l'olivilinome, c'est pour cela une dérivation chirurgicale a été décidée pour le malade, une gastro entero anastomose a été réalisée à J6 post opératoire.

Les suites opératoires étaient marquées par l'aggravation de la leucopénie et thrombopénie.

La malade a fait une fistule anastomotique dirigée à J 11 post reprise et la malade est décédée suite à l'aggravation de la pancytopenie et décédée malheureusement à J 13 post reprise.

Conclusion :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique est rare, pouvant survenir à tout âge, il faut y penser devant toute occlusion haute chez un patient dénutri à l'apex de chirurgie carcinologique, la radiologie numérisée moderne facilite son diagnostic.

Rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale post traumatique.

H. Khouloufi.

CHU Annaba.

Résumé

La rupture intrapéritonéale du kyste hydatique du foie post traumatique est rare. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 28 ans qui avait consulté pour douleur de l'hypochondre droit avec fièvre.

L'imagerie trouvait un kyste hydatique du segment V VI VII du foie mesurant 130mm x 103x102mm et présente un large défaut sur son versant antérieur 45mm. L'exploration chirurgicale trouvait un kyste hydatique multi vésiculaire du foie rompu avec une des vésicules filles libres dans la cavité péritonéale.

Mots clés : kyste hydatique ; rompu; post traumatique .

Introduction

La rupture intrapéritonéale du kyste hydatique expose à deux risques, à savoir l'hydatidose péritonéale et l'anaphylaxie aigue. La rupture intrapéritonéale du kyste hydatique du foie peut passer inaperçu au début et peut conduire ultérieurement à l'échinococose péritonéale secondaire ou à l'exceptionnel hydatoperitoine. Le but de ce travail est de rapporter le cas de rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique du foie et de préciser les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées au décours de cette complication.

Patient et observation

Une femme âgée de 28 ans, consultait pour douleurs de l'hypochondre droit évoluant depuis 20 heures exacerbée depuis 6 heures à la suite d'une contusion abdominale par coup de pied au niveau de la région épigastrique, soit 24 heures après le traumatisme, avec fièvre sans ictère. L'examen trouvait une défense abdominale généralisée. A la biologie il y avait une hyperleucocytose a 21000 éléments/mm³. Sans syndrome de cholestase ni de cytolyse. L'échographie abdominale montrait un kyste du segment V VII du Foie hyperéchogène multiloculaire de 153mm x 102mm en nid d'abeilles c un kyste stade Ili de Gharbi. La tomodynamométrie abdominale montrait un kyste hydatique du segment V VI VII a développement exo phytique polaire inférieure refoulant le rien et l'angle colique droit mesurant 130mm x 103mm x 102mm et qui présente une large solution sur son versant antérieur de 45mm avec épanchement intrapéritonéale libre de moyenne abondance (Figure 1).

La radiographie du thorax ne montrait pas d'image de kyste pulmonaire. Le diagnostic d'une péritonite aigue généralisée par rupture intra péritonéale du kyste était évoqué et la patiente était opérée en urgence par une incision médiane sus et sous ombilical. L'exploration trouvait un épanchement intra péritonéal de

grande abondance estime à 1 litre, fait d'un liquide purulent avec plusieurs vésicules filles de taille variable disséminées dans la cavité péritonéale (figure 2 ; 3) et un gros kyste hydatique para vésiculaire centrale a contenu multi vésiculaire étendu aux segments V VI VII du foie présentant une solution de continuité mesurant environ Sem. Le traitement chirurgical consistait en une résection du dôme saillant du péri kyste avec extraction des vésicules filles disséminées, associée à une toilette péritonéale le abondante à l'eau oxygénée et au sérum physiologique bétadine ; l'exploration de la cavité kystique ne montrait pas de fistule biliaire l'intervention est terminée par un large drainage de la cavité péritonéale et de la cavité résiduelle (figure4).

Un traitement antiparasitaire par albendazole était prescrit. Les suites opératoires étaient simples. La patiente allait bien et quittait le service 08 jours après l'intervention

Discussion

L'hydatidose est une parasitose qui sévit à l'état endémique en Algérie. Le foie est le premier organe atteint. La rupture d'un kyste hydatique du foie (KHF) dans la cavité péritonéale est rare. Sa fréquence varie de 1 à 7%, selon les séries de la littérature. Les facteurs prédictifs de cette rupture sont : le jeune âge du patient, un KHF supérieur à 10 cm, une pression intra kystique supérieure à 50cm d'H₂O, le siège sous capsulaire du KHF et la minceur du perikyste. Cette rupture peut être favorisée par un traumatisme violent (accident de sport, accident de la voie publique ; CBV) ou lors d'un effort de toux ou bien au cours de la grossesse. La rupture est dite spontanée lorsqu'il n'y a pas de facteur déclenchant (70% à 80% des ruptures du KH sont spontanées).

Cette rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique du foie post traumatique est aigue dans 20,5% des cas, chronique réalisant une échinococcose péritonéale secondaire dans 63,5% des cas. Le chole péritoine chronique est retrouvée dans 16%. L'analyse des ruptures intra - péritonéales du kyste hydatique du foie permet de distinguer deux formes cliniques : les fissurations minimales et les ruptures massives.

Les fissurations minimales sont les plus fréquentes ; elles résultent d'un traumatisme qui est le plus souvent méconnu ou négligé. L'interrogatoire retrouve dans quelques cas la notion d'une augmentation progressive de l'abdomen, associée ou non à une éruption urticarienne transitoire.

Ainsi se déversent en faible quantité dans la grande cavité péritonéale du liquide hydatique, des vésicules et des scolex qui peuvent, soit s'enkyster réalisant une échinococcose péritonéale vésiculeuse enkystée, soit rester libres, réalisant une véritable miliaire hydatique. Les ruptures massives lors d'un grand effort sont beaucoup plus rares. Elles entraînent l'affaissement rapide du kyste par vidange complète dans la cavité péritonéale. Elles peuvent évoluer à bas bruit réalisant une forme subaiguë ou de façon bruyante réalisant une forme aigue. Le tableau clinique est fait d'un syndrome douloureux aigu de l'épigastre et/ou de l'hypochondre droit accompagné de vomissements et d'un état de choc plus ou moins marqué, avec à l'examen clinique un syndrome péritonéal franc.

Des manifestations allergiques peuvent s'associer à l'accident dramatique de choc anaphylactique avec œdème de Quincke, et de manifestations plus atténuées à type de prurit, d'urticaire,

de dyspnée asthmatiforme ou d'un malaise vagal de grande valeur diagnostique. Ailleurs, la rupture est peu symptomatique et de découverte opératoire dans environ 5,6% des cas

L'infection de la cavité péritonéale peut se faire de deux manières : soit d'emblée par la rupture d'un kyste hydatique initialement infecté, soit plus tardivement par surinfection.

Les épanchements péritonéaux sont de deux types : soit un hydato-péritoine : le liquide contient l'hydatide et les vésicules filles, soit un hydato-péritoine fait de sable hydatique et de liquide purulent. La rupture concomitante d'un canal biliaire est à l'origine d'un hydatocoléperitoine est généralisée dans 75% des cas et localisée au niveau de l'hypochondre droit dans 25% des cas.

C'est surtout l'imagerie qui permet d'orienter le diagnostic. L'échographie est d'un grand apport diagnostique. Elle permet d'objectiver le kyste en montrant son siège, de suspecter la rupture sur certains signes indirects : l'affaissement partiel ou total de la cavité kystique et la présence d'un épanchement péritonéal échogène. La tomographie vient confirmer les données échographiques en montrant une formation liquidienne hétérogène contenant une structure dense correspondant au kyste rompu et un épanchement intra-péritonéal

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet facilement de poser le diagnostic de rupture. Le traitement chirurgical est urgent. Il est habituellement réalisé par laparotomie. Il se fait avant la rupture de la membrane prolifère. Ce traitement chirurgical repose sur le traitement du perikyste, et la toilette péritonéale. Le traitement du perikyste était conservateur dans tous les cas puisque le perikyste est toujours mince et souple : la résection dôme saillant est la technique la plus utilisée dans le contexte de l'urgence (83%).

La fistule kysto-biliaire doit être systématiquement recherchée et traitée. Cette fistule peut compliquer d'une péritonite biliaire. Son traitement dépend habituellement de sa taille (large, supérieure à 5mm ou mince inférieure à 5mm) et du contenu des voies biliaires (présence ou non de matériel hydatique). Le lavage péritonéal au sérum physiologique additionné d'une solution scolicide dans le but d'éviter les récurrences péritonéales est réalisé par tous les auteurs. Dans l'immédiat, le pronostic est lié à la gravité de la péritonite. La morbidité est liée non pas à la péritonite mais aux complications spécifiques du kyste : la fistule biliaire externe et la suppuration de la cavité résiduelle.

Ultérieurement, c'est le problème de l'échinococcose péritonéale secondaire.

Un traitement antiparasitaire doit être administré après la chirurgie. L'albendazole est actuellement la molécule de référence. Elle est prescrite à la dose de 10 à 12mg/kg/j par cure de 4 semaines, suivies de 2 semaines d'abstention, avec un maximum de 8 cures. L'albendazole est contre-indiqué au cours du premier trimestre de la grossesse à cause des effets embryotoxiques et tératogènes, ce qui impose une contraception adaptée chez la femme en âge de procréation. Les effets indésirables sont rares à type d'hépatite toxique (15%), de leucopénie (1,2%) et d'alopécie (2,8%) [1].

Du fait du caractère non immunisant de la maladie hydatique l'éducation thérapeutique du patient s'impose pour éviter les récurrences par re-infestation, le dépistage des autres cas de maladie hydatique dans l'entourage, et de façon plus générale, les mesures d'éradication de la maladie.

Conclusion

La rupture de kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale est un accident rare réalisant des tableaux cliniques polymorphes. L'examen tomodensitométrique et l'échographie permettent le plus souvent un diagnostic facile et précis de cette complication

References

1. Beyrouti Ml, Beyrouti R, Abbas I, Kharrat M, Ben Amar M, Frikha F, et al. RAcute rupture of hydatid cysts in the peritoneum : 17 cases. Presse Med . 2004;33(6):378-84. [PubMed] [Google Scholar]

2. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Mohsine R, et al. Intraperitoneal perforation of hepatic hydatid cyst. Gastroenterol Clin Biol. 2006;30(30):1214-16. [PubMed] [Google Scholar]

3. Idrissa S, Diallo A, Doumbia A, Mahmoudi A, Elmadi A, Khattala K, et al. Expulsion d'un kyste hydatique du foie dans la cavite peritoneale avec une membrane prolifere non rompue. J Afr Hepatol Gastroenterol. 2017;11(2):94-7. [Google Scholar]

4. Kara M, Tihan D, Fersahoglu T, Cavda F, Titiz I. Biliary peritonitis due to «fa llen» hydatid cyst after • abdominal trauma . J Emerg Trauma Shock. 2008;1(1) :53-4. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]

5. Acer T, Karnak I, Haliloglu M, et al. Spontaneous expulsion of intact germ i native mem brane of liver hydatid cyst in a child . J Pediatr Surg. 2008;43(7):e23-5. [PubMed] [Google

Excision totale du mésorectum par voie transanale (TME) dans les cancers du bas et moyen rectum.

R. Bouzouagh.

CAC Batna.

Introduction :

La résection totale du mésorectum par voie Trans anale (taTME) est l'évolution ultime de la chirurgie du cancer du rectum, c'est une technique nouvelle qui semble pouvoir apporter beaucoup d'avantages techniques qui permettraient d'améliorer les résultats carcinologiques et fonctionnels de la chirurgie du bas et moyen rectum.

Matériels et méthodes :

C'est une étude prospective descriptive mono centrique de faisabilité de la taTME. Le nombre de malades retenus pour l'étude est de 50 malades, tous porteurs d'un Cancer du bas ou moyen rectum.

Résultats :

Trente patient (60%) étaient des hommes, 25 patients ont été opérés pour un adénocarcinome du bas rectum(50%), quarante-cinq patients (90%) ont reçu un traitement néo adjuvant type radio chimiothérapie concomitante (RCC) ou radiothérapie courte(RC), après résultat anatomopathologique des pièces opératoires on a eu deux résection type RI (infiltrations microscopique), la moyenne des marges distales et circonférentielles étaient de 12,42mm et de 10.13mm respectivement, le mésorectum était

complet dans 78%, dans 14% quasi complet et dans 8% incomplet , la mortalité postopératoire était de 4% et la morbidité de 22%.

Conclusion :

La taTME permet de surmonter les difficultés anatomiques du pelvis dans la chirurgie du cancer du bas et du moyen rectum, ces difficultés n'ont pas été réglées par l'approche laparoscopique abdominale ce qui rend la dissection rectale périnéale comme une nouvelle norme dans la résection laparoscopique pour le cancer du bas rectum.

Prise en charge de la dissection aortique.

A. Kadem.

CHU Annaba.

INTRODUCTION

La dissection aortique est un clivage longitudinal de la média aortique, plus ou moins étendu, communiquant avec la lumière aortique. On distingue deux types de dissection aortique, type A intéresse l'Aorte ascendante et type B au niveau de l'Aorte descendante ou abdominale.

MATERIELS ET METHODES

Survenant le plus souvent dans un contexte d'hypertension artérielle, elle associe dans les formes typiques -une douleur en coup de poignard souvent syncopale et migratrice, une aniso-tension, la diminution ou l'abolition d'un ou plusieurs pouls périphériques, et un souffle d'insuffisance aortique. C'est une affection gravissime pouvant se compliquer d'accidents ischémiques cérébraux ou périphériques, et dont l'évolution spontanée est rapidement mortelle dans 80% des cas, la mort survenant par tamponnade ou rupture aortique. Elle nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide : c'est une des plus grandes urgences vitales cardiovasculaires. Bien que les dissections aortiques puissent prendre naissance partout le long de l'aorte, l'orifice d'entrée se situe le plus souvent au niveau de la partie proximale de l'aorte ascendante (sur les 5 premiers centimètres à partir de la valvule aortique) et sur l'aorte thoracique

descendante (juste après l'origine de l'artère sous-clavière gauche). Diagnostiquer par échocardiographie transoesophagienne, angio-TDM, ou angio-IRM.

CONCLUSION

Le traitement de la dissection aortique repose sur la réanimation en cas de choc, calmer la douleur, administrer immédiatement des bêtabloqueurs et d'autres médicaments pour contrôler la PA, alerté l'équipe de chirurgie et réanimation anesthésique. Un traitement médicamenteux seul est indiqué en cas de dissection non compliquée, stable et limitée à l'aorte descendante ; d'autres cas nécessitent une chirurgie.

Traitement endoscopique pour traumatisme grave du pancréas.

I. Nehal.

CHU Constantine.

INTRODUCTION

Les lésions traumatiques du pancréas sont rares, survenant souvent dans un contexte de traumatisme direct épigastrique ou 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.

OBJECTIFS : communication d'intérêt didactique où nous démontrons l'intérêt et l'efficacité du traitement endoscopique dans les traumatismes grave du pancréas

MATERIELS ET METHODES

Nous rapportons le cas d'un enfant qui a souffert d'un traumatisme isolé du pancréas par suite d'une chute de 1.5m sur un objet contondant. A la tdm A/P hématome du corps pancréatique de plus de 50% faisant discuter une atteinte du canal pancréatique principal + hem rétropéritoine. Patient a été gardé sous

surveillance stricte et au termes des autres explorations radiologiques, une sphinctérotomie pancréatique a été réalisée suivie d'une mise en place d'une prothèse.

RESULTAT

Un bon drainage fut assuré avec une bonne évolution clinico-biologique et radiologique.

CONCLUSION

La mise en place de prothèse constitue une évolution remarquable dans le traitement actuel de traumatisme isolé du pancréas.

Transposition de la veine rénale gauche pour syndrome de casse-noisette.

Y. Rekhif.

CNMC. Alger.

Résumé

Le syndrome de Casse-Noisette (SCN), désigne un ensemble de signes cliniques et radiolo-giques liés à une compression anatomique de la veine rénale gauche (VRG). Dans sa forme typique, cette compression survient entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure, bien qu'il existe d'autres variantes anatomiques pouvant générer un tel piège pour ce même verne.

Cette obstruction au drainage veineux du rein gauche est à l'origine d'une stase veineuse, responsable du développement de varicosités autour du bassin et de l'uretère, dont la rupture à l'intérieur des voies uri-naires entraîne une hématurie, le symptôme le plus fréquent chez ce type de patients. Les autres symptômes liés à cette affection sont une protéinurie, une varicocèle gauche, une douleur au flanc voire un syn-drome de congestion pelvienne.

La suspicion clinique de ce syndrome doit conduire à la réalisation d'une angiographie par tomodensitomé-trie ou par résonance magnétique centrée sur cette région vasculaire et dont les résultats viennent souvent confirmer les données vélocimétriques probantes rapportées préalablement par l'échodoppler.

Le traitement de cette compression symptomatique de la VRG est d'abord conservateur, le traitement in-terventionnel n'est indiqué qu'aux patients présentant des symptômes persistants ou s'aggravant, il dispose de deux modalités, la chirurgie ouverte avec plusieurs alternatives « la transposition de la veine rénale.

De l'artère mésentérique supérieure ou l'auto-transplantation rénale » et le traitement endovasculaire par l'im-plantation d'un stent dans le VRG.

Nous décrivons dans cette présentation affichée. La prise en charge d'une patiente de 19 ans atteinte par le syndrome de SCN, et que nous avons finalement traitée chirurgicalement.

Un cas atypique d'ingestion de corps étranger.

A. Khellaf.

HCA Alger.

Introduction

L'ingestion de CE peut être volontaire ou accidentelle

Sa prise en charge est multidisciplinaire

Le succès d'endoscopie varie de 90 à 95 %*1

Chez notre patient un traitement regarde du carrefour iléo-caecal

Pas de perforation ni syndrome occlusif ni ischémique

Décision d'opérer le malade pour faire l'extraction

Resultat

Au bloc-op

Laparotomie médiane

L'exploration : 2CE la première longe le d2 perforant d 1 et traverse le foie, le deuxième fragment de 4cm incarcerated dans le caecum,

Elargissement de l'orifice de perforation vers le pylore extraction du CE pyloroplastie par des points séparés + test d'étanchéité satisfaisant Appendicectomie et extraction du fragment par la base appendiculaire

Suite postop :

J2 avis de psychiatrie

Transit repris à j4

Sartant j7

Contrôle endoscopique après 30 jours

Discussion

La prise en charge d'une ingestion de CE est multidisciplinaire endoscopiste psychiatre et chirurgien la chirurgie garde sa place dans des indications rigoureuses surtout complication au échec du traitement endoscopique*2

La particularité d'ingestion de 2CE de siège diffère et comment les extraire avec moins de complication

Suite lente vu la prise de neuroleptique sédentarité (fracture)

CONCLUSION

La chirurgie d'une ingestion de CE EST nécessaire après échec du traitement endoscopique au complication (péritonite hémorragie au accusant) intérêt du Contrôle des maladies psychiatriques

L'abcès thyroïdien.

Z. Malek.

CHU Blida.

Introduction

L'abcès de la thyroïde est une entité extrêmement rare, représente 0,1 % des pathologies de la thyroïde, Les caractéristiques anatomiques et physiologiques de la glande lui procure une grande capacité de résistance vis-à-vis des agents pathogènes.

Objectif

Nous rapportons un cas d'abcès de la thyroïde et rappellerons à travers cette observation les moyens de défense de la thyroïde contre les infections, le différent facteur prédisposant à l'abcès de la thyroïde, les germes incrimines. Ainsi que les diagnostics différentiels de cette pathologie.

Observation

Nous rapportons un cas d'abcès thyroïdien survenu chez un enfant de 07 ans sans antécédents qui s'est présentée avec une tuméfaction basi-cervicale antérieure inflammatoire, évoluant depuis une semaine dans un contexte fébrile.

Résultats

Le bilan thyroïdien était normal, l'échographie avait objective des lésions thyroïdiennes, Un scanner cervico-thoracique mettait en évidence une collection liquidienne du lobe thyroïdien droit,

sans signes de compression. L'évolution clinique et radiologique était bonne sous bi antibiothérapie sans recours au drainage.

Discussion

L'abcès de la thyroïde est une entité pathologique rare représentant seulement 0,1% des pathologies chirurgicales de la thyroïde. Sa survenue impose la présence de facteur de risque induisant une propagation de l'infection à la glande thyroïde. L'abcès de la thyroïde touche l'enfant plus que l'adulte. Les infections à Streptocoques et Staphylocoque sont les plus fréquentes.

Conclusion

Le diagnostic d'abcès thyroïde est souvent fait tardivement vu le début insidieux et le caractère non spécifique des symptômes, pouvant simuler une thyroïdite d'origine virale, La prise de corticoïdes, traitement de base de cette pathologie, peut aggraver le tableau clinique.

Gossybiboma rétropéritonéal. A propos d'un cas.

H. Badache.

CHU Bal El Oued.

Abstract:

Le textilome ou gossypiboma du latin gossypium coton et du bantou swahili Bama cachette est un corps étranger : compresse, champs, etc. laisse involontairement au niveau d'un foyer opératoire. Il peut être asymptomatique de découverte tardive et fortuite lors d'une exploration radiologique, par ailleurs il est responsable de tableaux cliniques divers qui conduisent à sa découverte. Le textilome doit être extrait et les conséquences médico-légales qu'il peut impliquer expliquent qu'il soit un sujet peu abordé.

Nous rapportons le cas d'une atteinte âgée de 43 ans, victime d'un accident de la circulation avec contusion abdominale il y a 8 ans, opérée d'une lithiase vésiculaire par laparotomie médiane il y a 10 ans et césarisée par Pfannenstiel en 2002 et 2004 pour souffrance fœtale, admise pour prise en charge d'un kyste rétropéritonéal. La patiente a été opérée et l'exploration per opératoire objective une compresse 30x30cm.

Le textile doit être évoqué devant les antécédents chirurgicaux l'imagerie peut contribuer au diagnostic néanmoins la confirmation reste chirurgicale.

L'intervention chirurgicale peut être source de complications avec un taux de mortalité variant entre 11% et 35% si le diagnostic est tardif

Le traitement du textilome est essentiellement préventif par : le comptage des compresses par le chirurgien lui-même et l'infirmier de soins (panseur), l'usage de compresses marquées, et par un dernier look du chirurgien avant la fermeture de la cavité abdominale.

Invagination intestinale aiguë révélée par une appendicite aigue.

S. Chine.

UMC Damous.

introduction

L'invagination intestinale aiguë est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans le segment intestinal d'aval. Elle est le plus souvent idiopathique, les causes sous-jacentes comme l'appendicite aigue sont rares.

Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 16 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, évoluant depuis 04 jours avec fièvre et vomissements. Le bilan biologique trouvait une hyperleucocytose et une augmentation de la CRP, l'échographie et la Tomodensitométrie abdominale ont noté une appendicite aigue perforée avec collection en regard. L'exploration chirurgicale a retrouvé une péritonite appendiculaire localisée et une invagination intestinale jejuno-jejunale. Il a été réalisé une appendicectomie, une des invaginations et une toilette abondante. Les suites opératoires étaient bonnes.

Discussion

L'invagination intestinale aiguë est une urgence chirurgicale, dans la plupart des cas elle est idiopathique, ou secondaire à une cause locale, une maladie générale ou un contexte particulier.

L'appendicite est rarement incriminée parmi les facteurs favorisant une invagination avec une présentation clinique atypique. L'échographie est l'examen diagnostique de choix. Il s'agit d'une urgence thérapeutique.

Conclusion

L'appendicite aigue est un made de révélation rare de l'invagination intestinale, dont la Symptomatologie et parfois trompeuse et le diagnostic est per-opératoire.

Mots clés : invagination intestinale aiguë, appendicite.

Tumeur ampullaire ou lithiase biliaire ? Association fréquente.

S. Lahrech.

CPMC (Clinique Debussy).

Résumé

Les ampullomes vateriens sont des tumeurs rares dont le diagnostic repose sur la clinique, l'endoscopie et l'histologie. Néanmoins le diagnostic peut s'avérer difficile notamment pour les tumeurs à développement endo ampullaire, nécessitant le recours à des biopsies sous echoendoscopie ou à des biopsies après réalisation d'une sphinctérotomie, toutefois la suspicion d'une tumeur ampullaire devrait nous pousser à éliminer ce diagnostic avant tout geste chirurgical sur la vésicule biliaire.

Casuistique :

Nous rapportons le cas d'une patiente de sexe féminin âgée de 41 ans, qui consulte pour un syndrome cholédocien, une échographie suivie d'une Bili-IRM objectivent une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques sur un sludj ainsi qu'une image suspecte du bas cholédoque, une sphinctérotomie endoscopique sans biopsie suivie d'une cholécystectomie laparoscopique ont été pratiquées, rassurée la patiente rentre chez elle et ne revient qu'un an après avec un ictère franc, l'exploration par l'aéroscope et echoendoscopie a permis de poser le diagnostic d'un adénocarcinome de la région ampullaire et une duodéno-pancréatectomie céphalique de rattrapage a été pratiquée

Résultats:

Les suites opératoires immédiates étaient simples, l'étude anatomopathologique objective un adénocarcinome de la région ampullaire classé pT3N0 mais avec un liquide de lavage péritonéal tumorale, la patiente développe par la suite des localisations secondaires hépatiques et mise sous chimiothérapie palliative.

Conclusion

Le diagnostic de tumeur ampullaire doit être écarté devant tout ictère cholestatique, un l'aéroscope avec biopsie voire une echoendoscopie peut être nécessaire pour étayer le diagnostic, qui peut être difficile surtout pour les formes à développement endo ampullaire, traiter la maladie lithiasique en sous estimant le risque tumoral peut être lourd de conséquences pour le patient et le chirurgien.

Les brulures graves ; une prise en charge bien planifiée.

H. Harkat. HCA.

Alger.

Abstract :

Les brulures constituent un problème de la sante publique du fait de leurs fréquence.

Les brulures profondes sont graves d'autant plus si elles sont étendues engagent non seulement le pronostic vital mais aussi le devenir fonctionnel, esthétique et psychologique des victimes. La prise en charge doit être bien codifiée et réalisée par des équipes spécialisées multidisciplinaires pour l'obtention de résultats satisfaisants.

A travers une étude rétrospective étalée sur une période de 06 mois, portant sur une analyse des dossiers de patients hospitalisés au niveau de l'Hôpital central de l'armée suite à des brulures graves, on démontrera le bénéfice d'une prise en charge médicochirurgicale précoce tout en soulignant les impératifs auxquels elle obéit.

Mots clés : Brulures, pronostic vital.
Key words: Burns, vital prognosis.

Pseudo kyste intra-abdominal post dérivation ventriculo-péritonéale: complication rare.

M. Mokhbi, F. El Metennani, H. Chatter, A. Hablal, M.O. Amoura, N. Sid Idris.

Introduction

Le pseudo kyste péritonéal est une complication rare du bout distal de la valve ventriculo-péritonéale.

Description du cas

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 18 ans, ATCD de shunt kysto péritonéal pour kyste arachnoïdien temporal droit dans l'enfance consultant pour des douleurs abdominales et masse palpable. L'imagerie avait objectivé une volumineuse collection liquidienne homogène dans la fosse iliaque droite en sus vésical contenant un cathéter. La patiente a été opérée avec drainage de la collection. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion

Le pseudo kyste péritonéal est d'étiologie multifactorielle. Le diagnostic doit être évoqué devant tout patient valvé présentant des symptômes digestifs. La TDM abdominale injectée est l'examen clé. Un drainage externe avec couverture par antibiothérapie suivi d'une réinsertion du cathéter est nécessaire pour son traitement.

A.A.C.L

Chirurgiens Libéraux
Algérie

الجمعية الجزائرية للجراحين الخواص

Association Algérienne des Chirurgiens Libéraux