

A propos d'un cholédochocèle géant

Le cholédochocèle est un diverticule du cholédoque. Son incidence en Mauritanie est méconnue. Actuellement le diagnostic est fait par l'échographie et le scanner hélicoïdal ou l'opacification des voies biliaires. Le traitement consiste à réséquer la lésion et rétablir la continuité le plus souvent par une anse montée.

Observation

Patiente KL âgée de 23 ans, d'origine bédouine, sans notion de pathologie hépatiques, qui a présenté au mois de janvier un ictère franc. Deux plus tard apparition de masse de l'hypochondre droit et épigastrique, augmentant progressivement de volume, avec notion de nausées et de vomissement. Notion depuis un mois de douleurs vives dorsales et de l'hypochondre droit.

L'examen clinique : énorme masse occupant l'hypochondre droit et l'épigastre, mesurant plus de 15 cm, ferme, liquidienne à la percussions. Ictère manifeste avec lésions de grattages.

Le bilan biologique a révélé une choléstase.

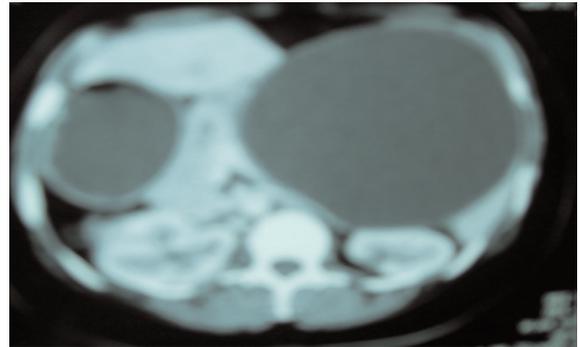
L'échographie : Présence d'une volumineuse masse qui semble se développer à partir du foie à croissance exogène occupant tous l'hypochondre droit et l'épigastre, cloisonnée, d'échostructure hypoéchogène, mesurant 127 x 130 mm.

Figure 1 : Masse liquidienne hypoéchogène



Scanner : Volumineuses masses liquidiennes de taille variable à développement exopytérique comprimant les organes sous hépatique. En bas et en arrière avec la présence de cloisons d'épaisseur variable. Elle entraîne une compression des voies biliaires intra hépatiques au niveau de la convergence, entraînant ainsi la dilatation de celle-ci.

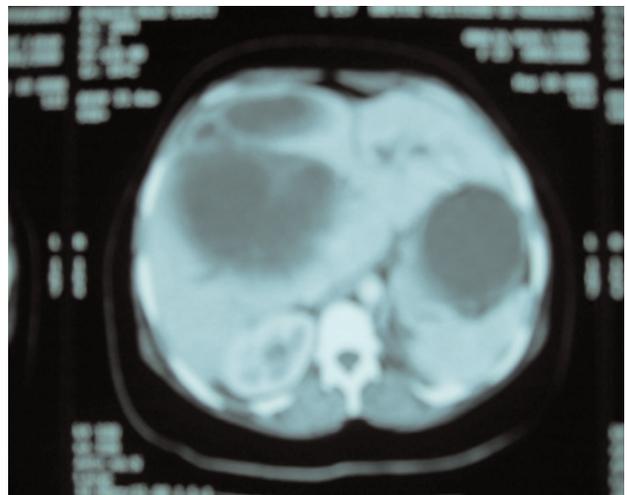
Figure 2 : Enorme masse liquidienne, cloisonnée



La patiente est opérée le 20 /4/ 2008

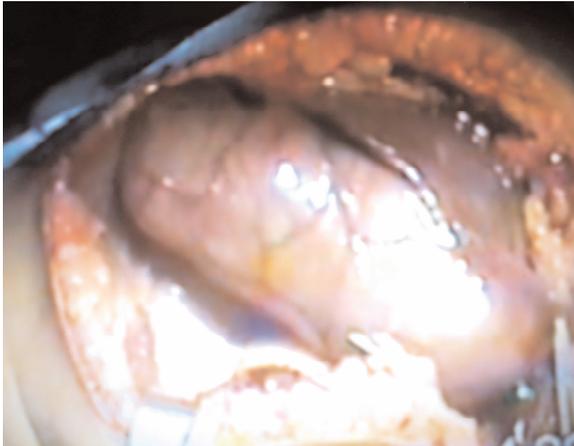
Sous bi costale donnant un bon jour sur la tumeur ; il existe une volumineuse masse, refoulant à gauche la vésicule, en bas le duodénum et le transverse. Les voies biliaires n'étaient pas identifiables. Ouverture du kyste, celui-ci était cloisonné dont certaines poches contiennent un liquide jaune citrin d'autres un liquide verdâtre. Après la fonte des cloisons, on découvre deux orifices l'un en haut qui semble être l'hépatique commun, l'autre à droite qui semble être le cystique puisque la vésicule s'est vidée à travers celui-ci dans la cavité kystique. On réalise une cholécystectomie, une résection totale de la partie kystique du cholédoque, puis on monte une anse, avec anastomose hépato-jéjunale, anastomose jéjuno-jéjunale au pied de l'anse, le cholédoque était fermé et abandonné.

Figure 3 : Masse liquidienne refoulant à gauche la vésicule



L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire : Les prélèvements sur la vésicule biliaire montrent une réaction inflammatoire chronique de toute la paroi plus prononcée au niveau de la muqueuse. Le kyste prélevé est constitué par un revêtement de surface complètement ulcéré et hémorragique avec une paroi congestive et œdémateuse. Pas de foyer tumoral identifiable.

Figure 4 : Vu in vivo du cholédochocèle



Evolution:

Les suites immédiates étaient favorables, puis apparition au 7^{ème} jour de douleurs abdominales vives sans signes péritonéaux. Un scanner réalisé en urgence qui avait montré une aérobie sans autre anomalie. Un transit réalisé avait montré un bon passage au niveau de l'anastomose.

La patiente a été mise sous prodafalgan, viscéralgine. La douleur s'est atténuée progressivement et l'aérobie a disparue sur l'échographie de contrôle. Elle a persisté une douleur superficielle, en rapport avec un abcès de paroi, mis à plat.

La patiente mise sortante au 29^{ème} jour en bon état général. Elle garde ce pendant des douleurs abdominales minimales, calmées par les antispasmodiques.

Figure 5 : Les orifices des hépatiques et du cystique



Figure 6 : L'ensemble du kyste à sa résection



Figure 7 : Aérobie

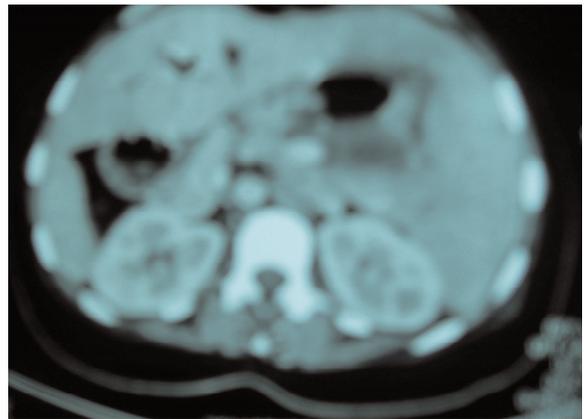
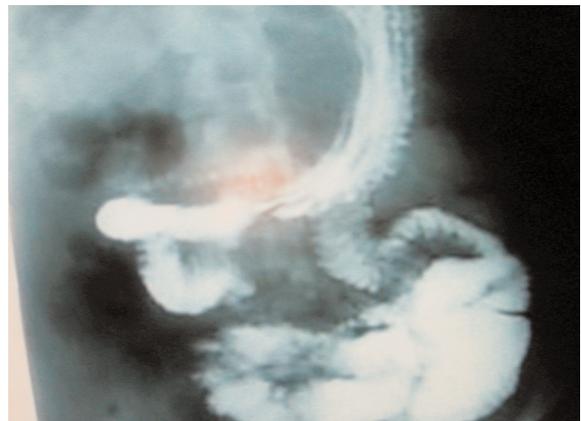


Figure 8 : Passage facile du produit de contraste à travers l'anastomose



Conclusion

Le cholédochocèle est une lésion rare. Il est le plus souvent asymptomatique, typiquement il se manifeste par la triade : douleur du quart supérieur de l'abdomen, masse, ictère. Le diagnostic est fait par l'échographie et le scanner. Le traitement de choix est la résection totale pour supprimer à long terme tout risque de cancérisation.

Md Salem. B, Zeidane, Brahim. A, Ba. K, Issawi, Bebaha. M, Md Salem, Moussa, Sid'Ahmed M, Cheikh, Hane, Mechri. C, Mogueya. S

Service Chirurgie Hôpital Cheikh Zayed Nouakchott - Mauritanie

**Une forme particulière de fracture
séparation du massif articulaire
extrapédiculolaire : intérêt de la
tomodensitométrie**

Observation :

M.A étudiant âgé de 20 ans, Victime d'un accident de la voie publique : passager avant d'une voiture qui a dérapé en faisant deux tonneaux. Entraînant un traumatisme crânien bénin et un traumatisme du rachis cervical. L'examen clinique a objectivé un torticolis avec douleur à la palpation des apophyses épineuses de C4, C5 et C6. L'examen neurologique a été normal. La radiographie standard montrait une fracture séparation du massif articulaire(FSMA) droit de la quatrième vertèbre cervicale (C4) avec un aspect de massif carré sur le cliché de face (Fig 1a). Une bascule du massif articulaire de 40° et un antélisthésis de C4 sur C5 de 4 mm sur l'incidence de

profil (Fig 1b). Les incidences de 3/4 montraient l'antélisthésis latéralisé droit (Fig 1c). La tomodensitométrie (TDM) objectivait une forme particulière de la FSMA avec un trait extrapédiculolaire de C4 (Fig 2). L'antélisthésis a été réduit par une traction par Halo crânien et le patient a été opéré dans les 48 heures du traumatisme par une arthrodèse C4C5 par une voie antérieure. Les suites opératoires ont été simples. Au recul de 3an l'arthrodèse est consolidée avec conservation de la lordose cervicale (Fig 3).

Figure 2 : coupe coronale de TDM : fracture séparation du massif articulaire extrapédiculolaire

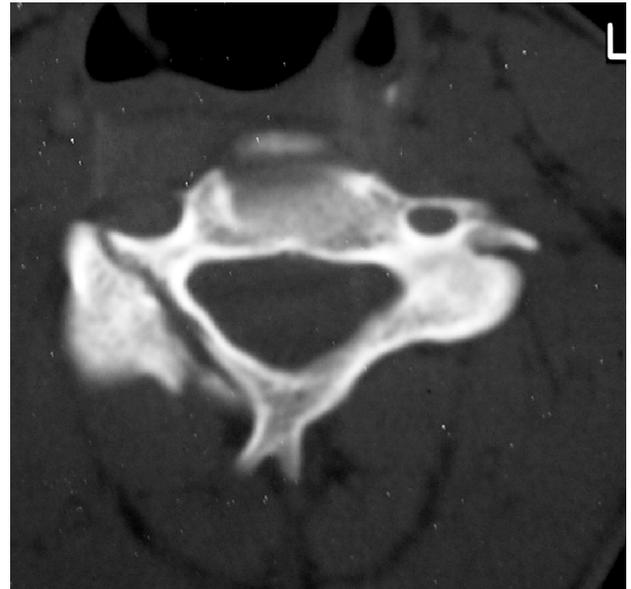


Figure 1 : a Radiographie de face : aspect de massif articulaire droit carré de C4
b Radiographie de profil : Bascule horizontale du massif articulaire de C4 avec antélisthésis de C4su C5
c Radiographie de trois quarts : antélisthésis latéralisé droit

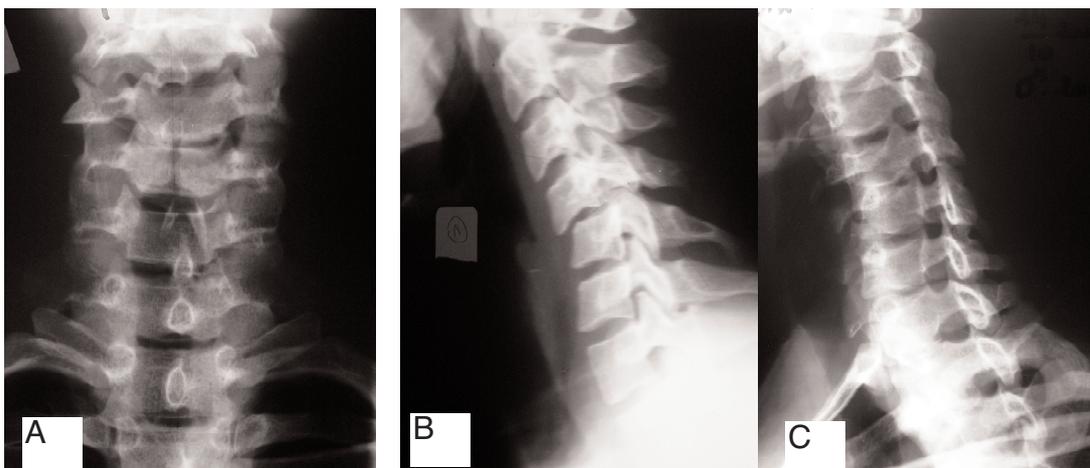
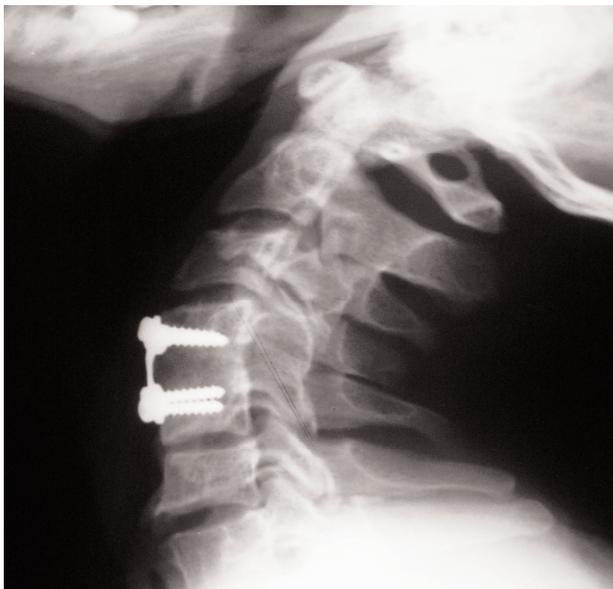


Figure 3 : l'arthrodèse est consolidée avec conservation de la lordose cervicale



Conclusion

La TDM confirme le diagnostic de la FSMA. Son étude soigneuse a permis de retrouver une forme particulière ou le trait est « extrapédiculo-lamaire » c'est à dire que le massif était séparé du reste de la vertèbre sans que la continuité de l'arc postérieure ne soit interrompue. Cette forme a été rapportée par Dosch puis par Argenson. La TDM est l'imagerie de choix dans l'étude des lésions osseuses du rachis cervical. En effet la sensibilité de la TDM dans le dépistage des fractures est estimée entre 92 et 100 %. L'apport de la TDM est considérable dans la mise en évidence des fractures peu ou pas déplacées. Son apport considérable dans le diagnostic des lésions étagées et qui peuvent passer inaperçues sur les clichés standards et dont la fréquence atteint 15 % des cas. Tous les auteurs s'accordent sur l'intérêt du scanner dans le cadre du bilan pré-thérapeutique des traumatismes du rachis cervical mais son indication en urgence avant la réduction du déplacement rotatoire reste sujette de discussion.

Bouabdellah.mohamed, Bouzidi.Ramzi, Ghamgui.Amir, Belkhadi.Adel, Kooli.Mondher, Zliti.Mongi

*Service d'orthopédie hôpital Charles Nicolle de Tunis
Boulevard 9 avril 1006 Tunis – Tunisie*

Références

- 1 -Argenson C, Lovet J, Sanouiller L. Traumatic rotatory displacement of the lower cervical spine. Spine 1988 ; 13 : 767-773
- 2-Argenson C, De Peretti F, Eude P. Classification des lésions traumatiques du rachis cervical inférieur. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT 2000 ; 76 :

42-61.

- 3 -Dosch JC. Le syndrome de l'antélisthésis cervical latéralisé. Radiol J Cepur, 1986 ; 6 : 151-156.
- 4- Shanmuganathan K, Mirvis E, Levine AM. Rotational injury of cervical facets : CT analysis of fracture patterns with implications for management and neurologic outcome. Am J Roentgenol 1996 ; 163 ; 1165-1169.

Le lupus miliaire disséminé de la face

Le lupus miliaire disséminé (LMD) de la face est caractérisé par une éruption faite de papules brun-rouges siégeant essentiellement au niveau de la région médio-faciale et des faces latérales du visage. L'origine de cette dermatose a été longtemps controversée. Son lien avec la tuberculose et en l'occurrence avec le cadre des tuberculides n'est plus actuellement admis. Elle pose de difficiles problèmes diagnostiques avec d'autres dermatoses papuleuses faciales. Nous rapportons un cas de lupus miliaire disséminé de la face chez un homme de 34 ans.

Observation

Patient âgé de 34 ans sans antécédents pathologiques notables, présente depuis 2 ans une éruption de la face, asymptomatique mais très inesthétique. Le patient a reçu auparavant plusieurs traitements de courte durée (moins d'un mois) : cyclines per os, flagyl per os, rifampicine orale, sans aucune amélioration.

A noter qu'il n'y a pas eu d'application de topique, notamment de corticoïdes topiques, ni de prise médicamenteuse déclenchante avant l'apparition des lésions. L'examen cutané a montré une éruption monomorphe, faite de papules érythémateuses fermes de 2 à 4 mm de diamètre, des joues, du nez, du pourtour des lèvres et des paupières inférieures. Certaines papules avaient par endroits un aspect jaunâtre lupoïde à la vitropression (figure 1).

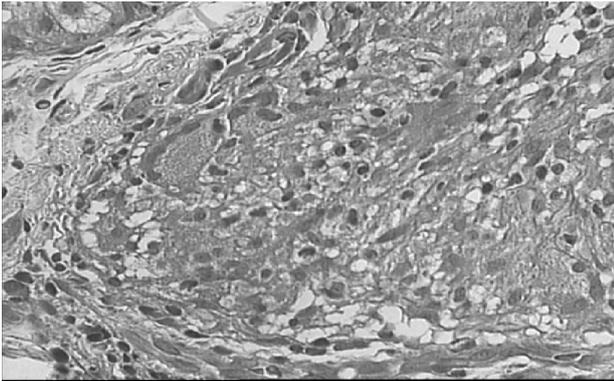
Figure 1 : Eruption monomorphe du visage, faite de papules érythémateuses de 2 à 4 mm de diamètre.



Il n'y avait pas de télangiectasies, ni de pustules associées. Le reste de l'examen somatique était normal il n'y avait pas notamment d'adénopathies palpables.

L'examen ophtalmologique était normal. La biopsie d'une papule a montré sous un épiderme normal, la présence au niveau du derme d'un granulome épithélioïde et gigantocellulaire à disposition préférentiellement périplaire, sans nécrose caséuse (figure 2). Devant cette éruption papuleuse du visage avec présence à l'examen histologique d'un granulome épithélioïde et gigan-to-cellulaire, nous avons évoqué, soit un lupus miliaire disséminé de la face soit une rosacée granulomateuse.

Figure 2 : Granulome épithélioïde et gigantocellulaire à disposition périplaire sans nécrose caséuse



Le patient a été alors mis doxycycline à la dose initiale de 100 mg/ jour pendant 2 mois associée au métronidazole topique, puis la doxycycline a été diminuée à 50 mg/jour. Après 6 mois de traitement, l'évolution a été marquée par une disparition quasi-totale des lésions cutanées au prix de quelques cicatrices déprimées. L'évolution cicatricielle nous a fait éliminé le diagnostic de rosacée granulomateuse (inhabituelles dans ce cas) et retenir le diagnostic de LMD de la face. Après 4 ans de recul, aucune récurrence n'a été constatée (figure 3).

Figure 3 : Eruption monomorphe du visage, faite de papules érythémateuses de 2 à 4 mm de diamètre.



*A Mahfoudh, A Khaled, B Faza, S Karoui, S Goucha, MR Kamoun
Service de Dermatologie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis.*