Figure 2 : Per opertaivly findings: hydatid cyst of the gluteal muscle

Figure 3 : Intraoperative findings ; two cysts were totally excised

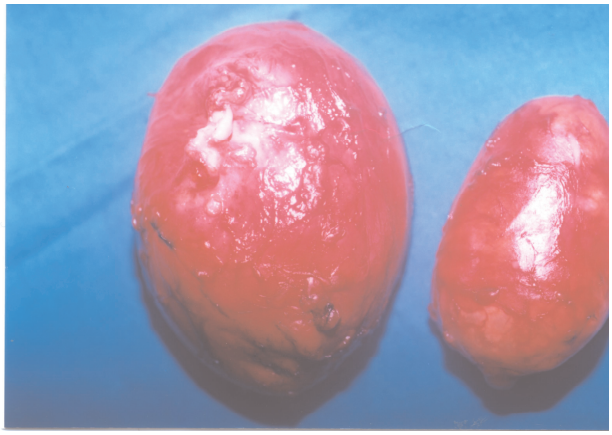


Figure 4 : 1- Hydatid membrane 2- Pericyst 3 - Daughter cyst

Conclusion

Primary hydatid cyst of the gluteal muscle is extremely uncommon and should be kept in mind in the diagnostic work-up of a cystic mass of a skeletal muscle. Preoperative diagnosis is mandatory in order to prevent rupture of the cyst so as to avoid resulting anaphylactic shock and local recurrence. Ultrasound and CT are undeniable tools for diagnosis. Surgical removal of cysts is the treatment of choice.

References

1- S. Ben M'rad, A. Mathlouthi, S. Merai, et al. Hydatidose multiple de la cuisse : place de l'imagerie par résonance magnétique. J. radiol 1998; 79 :877-9.
2- Hsairi M., Chahed M.K, Bchir A et al. L'incidence chirurgicale de l'hydatidose en Tunisie 1988-1992. Tunis. Chir. 1995; 4:20.
3- Kamhawi S. A retrospective study of human cystic echinococcosis in Jordan. Ann Trop Med Parasitol 1995; 89:409-14.
4- Merkle E M, Schulte M, Vogel J et al. Musculosketel Involvement in cystic Echinococcosis: Report of Eight cases and review of the literature. AJR 1997; 168: 1531-4.
5- G. Alexiadis, M. Lambropoulou, S. Defteros, N. Papadopoulos, J. Manavis. Primary Muscular Hydatidosis US, CT and MR findings Acta Radiologica 2002; 43:428 – 30.
6- Chiattoni M, Jorge V, Jannke H A. Intramuscular hydatid cyst: a case report. Revista Da Sociedade Brasilieira De Medicina Tropical 2003; 36: 527–29.

Oussema Baraket, Riadh Zribi, Ali Berriche, Adel Chokki
Department of general surgery. Hospital of Siliana. Tunisia
Tunis El Manar University

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte, affection rare [1], représentant 1 à 5 % des étiologies d'occlusion intestinale à cet âge [2] serait plus fréquente en Afrique qu'en Europe [3]. Sa symptomatologie, peu spécifique, et son mode évolutif, habituellement subaigu ou chronique [4] rendent le diagnostic souvent difficile [2]. Elle est plus rarement découverte à l'occasion d'une occlusion intestinale aigue ou d'une péritonite. Si chez le nourrisson l'invagination intestinale est le plus souvent idiopathique [4], chez l'adulte une cause organique sous jacente est retrouvée dans 70 à 90 % des cas. Son traitement est chirurgical, basé sur la résection intestinale, avec rétablissement de la continuité dans le même temps ou en différé, la réduction préalable du boudin d'invagination restant sujet à controverse [3].
Le but de cette étude était de rapporter une série d'invagination intestinale aiguë chez l'adulte.

Patients et méthodes

Nous avons étudié rétrospectivement les observations d'invaginations intestinales aiguës chez l'adulte hospitalisées dans un service de chirurgie.

Résultats

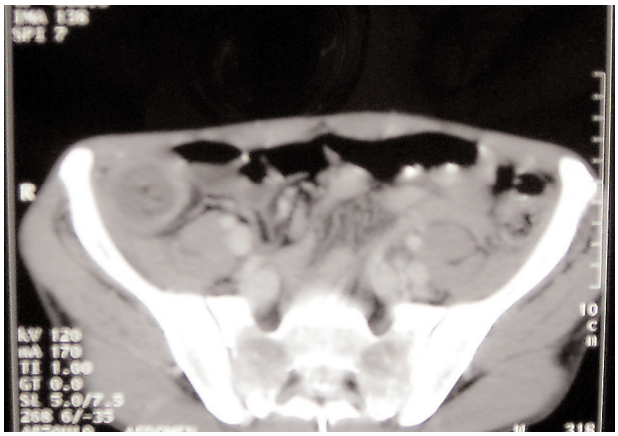
Nos malades se répartissent en 3 hommes et 3 femmes avec un

âge moyen de 35,4 ans (extrêmes 17- 69 ans). La symptomatologie était aiguë dans 2 cas et subaiguë dans les 4 autres (délai d'évolution 2-8 jours). La douleur abdominale était présente dans tous les cas. Les troubles du transit ont été observés dans quatre cas. Ces quatre patients présentaient tous un tableau d'occlusion. Un malade a présenté un syndrome péritonéal. Deux patients avaient une altération de l'état général. Le diagnostic d'invagination intestinale a été posé en pré opératoire chez cinq patients et confirmé en per opératoire chez le sixième, opéré en urgence pour syndrome péritonéal (tableau 1). L'échographie abdominale, pratiquée chez cinq patients, a confirmé le diagnostic (Figure 1).

Figure 1 : Echographie abdominale montrant l'image du boudin en coupe longitudinale

Tous nos malades ont été opérés par voie médiane, à cheval sur l'ombilic. Pour l'un d'entre eux (cas n° 1) une tentative de réduction hydrostatique avait été tentée mais s'est soldée par un échec. Dans trois cas, il s'agissait d'une invagination iléo cæco colique (cas n°4, 5, 6) et parmi ceux-ci, un patient présentait une maladie de Crohn, méconnue et révélée à l'occasion de cet accident (cas n°4. Figure 2). Dans un cas, l'invagination était

Figure 2 : TDM abdominale montrant l'image de l'invagination avec l'épaississement du caecum



iléo iléale, avec comme facteur causal, un polype entrant dans le cadre d'un syndrome de Peutz-Jeghers. Dans un cas, l'invagination, iléo cæcale, avait pour cause un polype iléal. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une invagination sigmoïdo rectale sur lipome. Cinq malades ont eu une résection intestinale (figure 3) et, pour le dernier, une réduction manuelle a été tentée avec succès, permettant de mettre en évidence un

Figure 3 : Pièce opératoire : adénocarcinome du caecum

lipome sous séreux qui a été réséqué. Chez cinq de nos malades, l'examen anatomo pathologique a conclu à une étiologie tumorale (bénigne dans quatre cas et maligne dans le dernier). Dans le sixième cas la cause était inflammatoire (malade de Crohn). Les suites ont été simples pour 4 patients. Le malade ayant une maladie de Crohn est stabilisé sous traitement médical et le dernier patient porteur d'un adénocarcinome cæcal est décédé au 2ème jour post opératoire, dans un tableau de choc septique (tableaux 2 et 3).

Conclusion

Pour améliorer la prise en charge et le pronostic de l'invagination intestinale de l'adulte, il faut que le diagnostic soit précoce ; il faut penser à une lésion organique devant une invagination intestinale aiguë chez l'adulte ; insister sur le rôle de l'imagerie qui doit rechercher une éventuelle lésion organique sous jacente et enfin poser l'indication opératoire chaque fois qu'une invagination intestinale secondaire est suspectée chez un adulte.

Références

[1] Otteni E, Klein A, Hollender LF. Les invaginations intestinales de l'adulte, à propos de 19 observations personnelles. Ann Chir 1972; 26:617-21.
[2] Lebeau R, Koffi E, Diané B et al. Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : analyse d'une série de 20 cas. Ann Chir 2006; 131:447-50
[3] Eisen LK, Cunninghan JD, Aufes AH. Intussusceptions in adults: institutional review. J Am Coll Surg 1999; 188:390–5.
[4] Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg 1997; 226:134–8.

*Youssef Gharbi**, Slim Khelifi*, Ani Ben Maamer*, Haithem Zaafouri*, Ahmed Bouhafa*, Abderraouf Cherif*, Sadok Sayed***
** Service de Chirurgie Générale. Hôpital Habib Thameur. Tunis.*
*** Service de Chirurgie Pédiatrique. Hôpital Habib Thameur. Tunis.*
Université Tunis El Manar