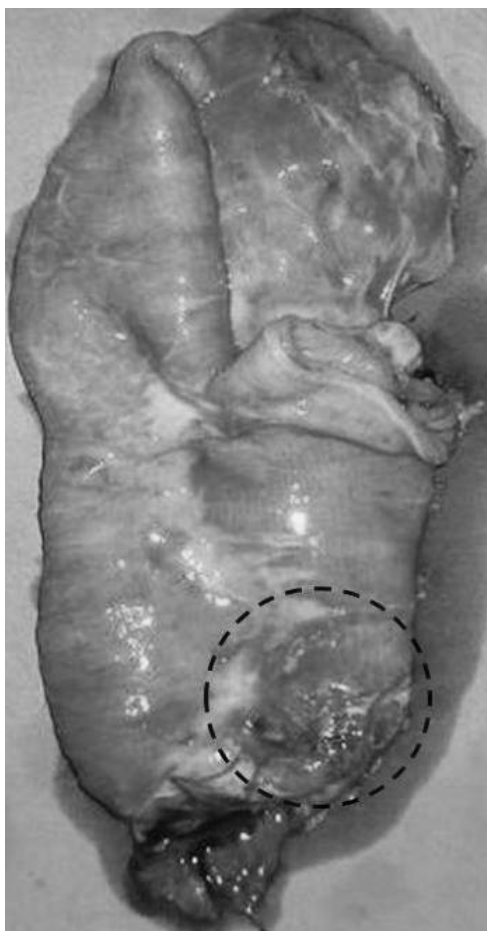


release of adhesences, a release of the pocket was carried out (Figure 1) which associated to amputation of anal sphincter and final ileostomy. The final histopathological report showed undifferentiated adenocarcinoma, and the resection margins were tumor-free. Neither chemotherapy nor radiotherapy were performed. Following 12 months a local advanced relapse with diffuse liver metastasis were diagnosed and patients died few months later.

Figure 1 : Photo caption of the specimen. The tumor of 2 cm (delimited by black interrupted circle) arising in 'j' pouch, some years after an ileoanal anastomosis carried out for familial adenomatous polyposis.



Conclusion

This observation focuses on the need for a regular (annual and even semi-annual) endoscopic monitoring of the pouch in patients carrying and operated of familial a adenomatous polyposis. Considering the absence in the literature of study confirming the absence of malignant evolution of recurrent polyadenomatous, a processing aiming at removing the polyps on the level of the pouch is essential, but remains badly codified: the endoscopic therapy (I.e., mucosectomy, biopsy exeresis or cauterization to Argon plasma) or the operative treatment which consists on trans-anal mucosectomy. In our

case, because of the degeneration of recurrent polyps, we have preferred to perform a complete excision of ileao-anal pouch. Even this radical management, local and distance relapse of cancer have occurred.

References

- 1- V. Bouygues, G. Meurette, C. Bossard, E. Cassagnau, M. Le Rhun, P.-A. Lehur. Recurrent adenomas in ileal pouch following adenomatous polyposis. *Gastroentérol Clin Biol* 2008 ;32: 525-29
- 2- Iain G. Beveridge, David J. W. Swasain, Chris J. Groves, et al. Large villous adenomas arising in ileal pouches in familial adenomatous polyposis: Report of two cases. *Dis. Colon Rectum* 2004; 47:123-26.
- 3- YR. Parc, S. Olschwang, B. Desaint, G. Schmitt, RG. Parc, E. Turet. Familial adenomatous polyposis: prevalence of adenomas in the ileal pouch after restorative proctocolectomy. *Ann. Surg.* 2001;233;360-64.
- 4- RD. Valle, GL. De'Angelis. Pouch adenomas after ileal pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Dis. Colon Rectum* 2001 ; 44 ;456-58.
- 5- Nugent KP, Spigelman AD, Nicholls RJ, Talbot IC, Neale K, Phillips RK. Pouch adenomas in patients with familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1993;80;1620.
- 6- Thompson-Fawcett MW, Marcus VA, Redston M, Cohen Z, McLeod RS. Adenomatous polyps develop commonly in the ileal pouch of patients with familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 2001;44; 347-53.
- 7- FH. Remzi, JM. Church, J. Bast et al. Mucosectomy vs. stapled ileal pouch-anal anastomosis in patients with familial adenomatous polyposis: functional outcome and neoplasia control. *Dis Colon Rectum* 2001;44;1590-6.

Amin Makni, Faouzi Chebbi*, Wael Rebai*, Sofiene Ayadi*, Monia Fekih**, Mohamed Jovini*, Montassar Kacem*, Zoubeir Ben Safta*.*

**Department of General Surgery 'A'*

***Department of Gastroenterology, La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia*

Tunis Medical School

Tunis El Manar University

Duplication gastrique de siège intrapancréatique

Les duplications digestives sont des malformations rares, sphériques ou rarement tubulaires siégeant le long du tube digestif (1). La localisation gastrique est rare et siège volontiers le long de la grande courbure. Exceptionnellement, elle peut se situer à distance de l'estomac, au niveau du pancréas. La présentation clinique est variable et le diagnostic est rarement fait en préopératoire.

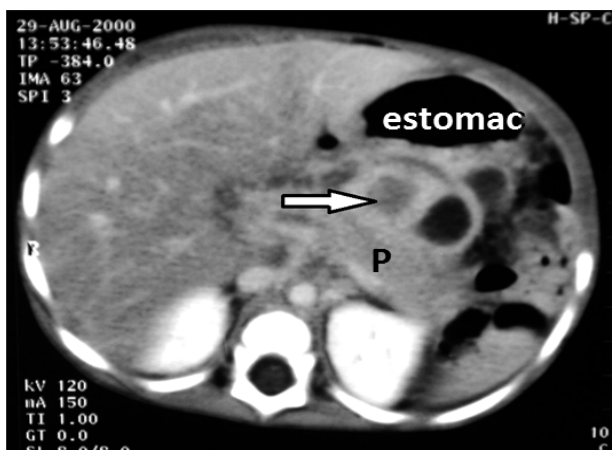
Nous rapportons une observation rare de duplication gastrique intra pancréatique.

Observation

H.L. est une fille âgée de cinq ans, hospitalisée à l'âge de deux ans pour des douleurs abdominales et des vomissements évoluant depuis quelques jours. L'examen clinique ainsi que le bilan biologique étaient normaux (CRP à 8 mg/l, Urée à 7 mmol/l, Créatinine à 35 μ mol/l, Amylasémie à 145U/l). Une échographie abdominale a été pratiquée et a montré une formation kystique hétérogène, cloisonnée, de 5 cm de grand axe de siège épigastrique. Le dosage des marqueurs tumoraux (α FP, β HCG) était négatif. La patiente a été perdue de vue

durant 3 ans pendant lesquels elle est restée asymptomatique puis elle a re-consulté pour récurrence de la même symptomatologie douloureuse. L'échographie abdominale a été refaite et a montré le même aspect. Le scanner abdominal a objectivé deux masses contiguës de densité liquidienne à paroi épaissie siégeant au niveau de l'arrière cavité des épiploons se rehaussant après injection de produit de contraste (figure 1).

Figure 1 : Scanner abdominal coupe axiale passant par le corps du pancréas montrant une formation kystique bilobée (⇨) à paroi propre, accolée au pancréas (P), prenant le contraste en périphérie



Plusieurs diagnostics ont été évoqués :

Un kyste hydatique du pancréas, vu le contexte endémique.
Une sérologie hydatique a été demandée et s'est révélée négative.

Un faux kyste du pancréas, mais l'interrogatoire n'a pas trouvé d'histoire de traumatisme abdominal ou de pancréatite aiguë et le bilan pancréatique s'est révélé normal.

Une tumeur kystique du pancréas, rare chez l'enfant

Une duplication digestive de siège intra-pancréatique

L'exploration chirurgicale a montré la présence d'une masse de 3 cm de grand axe, à surface lisse, bien limitée, développée au niveau du corps du pancréas associée à de multiples adénopathies mésentériques de 1 à 2 cm de grand axe à contenu séreux; une résection totale de la masse avec biopsie de quelques adénopathies mésentérique a été pratiquée (figures 2 et 3).

Les suites opératoires ont été marquées par l'apparition d'une fistule pancréatique qui s'est tarie au bout de 21 jours sous somatostatine. Depuis sa sortie de l'hôpital, l'enfant est régulièrement suivi à notre consultation, et est asymptomatique. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à une duplication gastrique (muqueuse antrale) entourée de tissu pancréatique et les adénopathies étaient réactionnelles.

Conclusion

La duplication gastrique constitue une malformation congénitale rare qui est le plus souvent évoqué devant une

masse kystique intra-péritonéale. La localisation intra-pancréatique pose le problème de diagnostic différentiel avec les autres lésions kystiques du pancréas qu'elles soient bénignes ou malignes. Les examens radiologiques font rarement la différence qui est parfois une découverte opératoire. Le traitement est chirurgical et l'examen anatomopathologique est le seul capable de fournir un diagnostic de certitude.

Figure 2 : Aspect per opératoire : masse de 3 cm, bien limitée en relief au sein du corps du pancréas

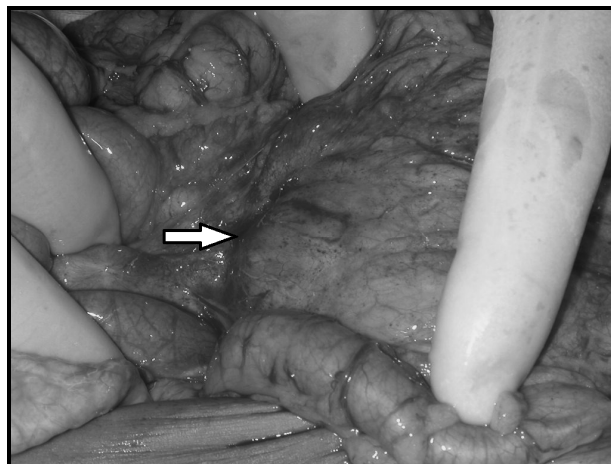
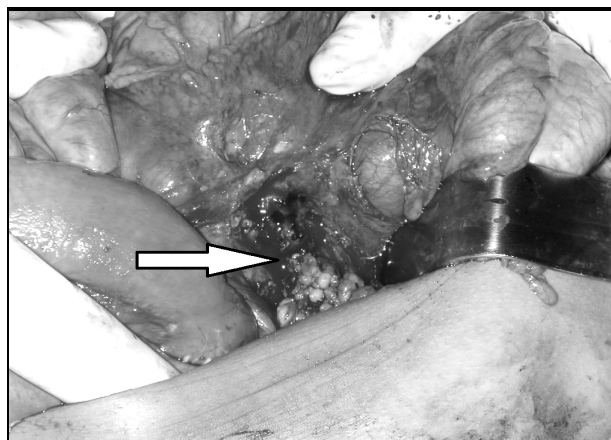


Figure 3 : Aspect après résection de la masse, tissu pancréatique à nu



Références

1. Teklali Y, Kaddouri N, Barahoui M. Les duplications digestives chez l'enfant (à propos de 19 cas). Arch Pediatr 2002 ; 9 : 903-906.

Rachid Khemakhem¹, Houda Rahay¹, Faouzi Nouira¹, Said Jliidi¹, Sofiene Ghorbel¹, Wiem Douira², Awatef Charieg¹, Fouzia Chennoufi¹, Ibtisem Bellagha², Béji Chaouachi¹

¹. Service de Chirurgie Pédiatrique "B"

². Service de radiologie Pédiatrique Hôpital d'Enfants, Tunis.

Faculté de Médecine, Tunis

Université de Tunis El Manar