

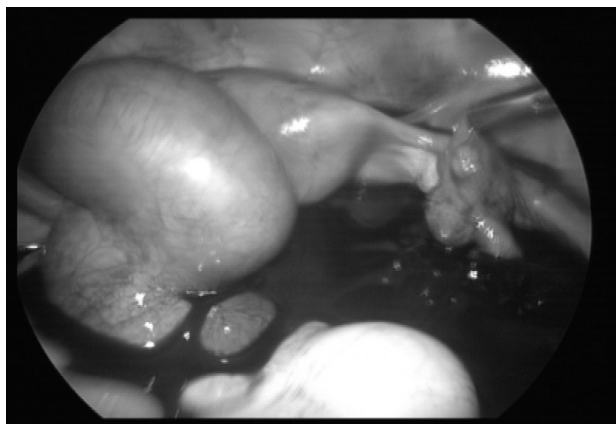
Spontaneous and simultaneous bilateral tubal pregnancy

Bilateral tubal pregnancy is a rare complication of pregnancy (1). This phenomenon usually occurs after assisted reproductive technology (ART) cycles. Nevertheless, it can be seen in normal natural menstrual cycles. The diagnosis is rarely confirmed before surgery. An attentive examination of pelvis, especially the two fallopian tubes, and abdomen is necessary to avoid missing bilateral or heterotypic pregnancies.

Case report

A 37-year-old woman, gravid 0, with a history of a long period of smoking and unprotected sexual activities with multiple partners, presented to the emergency department complaining of vaginal bleeding and pelvic pain with signs and symptoms of circulatory collapse. The patient didn't have any other gynecologic history. She had her first menses at the age of 12 and then regular menstrual cycles occurring every 24–28 days and lasting 5 days. On admission, the patient was in moderate general condition with a blood pressure of 103/60 mm Hg, a heart rate of 88 beats per minute and bilateral lower abdominal tenderness with rebound and guarding. The hCG level was 15.73 mIU/mL. The gynecologic examination revealed blood in the vaginal coming from the uterine cavity with normal cervix aspect. Pelvic bimanual examination revealed a bilateral Douglas pouch tenderness. A transvaginal ultrasound scan showed an empty uterus with thickened endometrium, a large free fluid in the pouch of Douglas and without any adnexal mass. No intrauterine pregnancy was visualized. Since there was the possibility of an extra-uterine pregnancy, laparoscopy was performed (Figure 1).

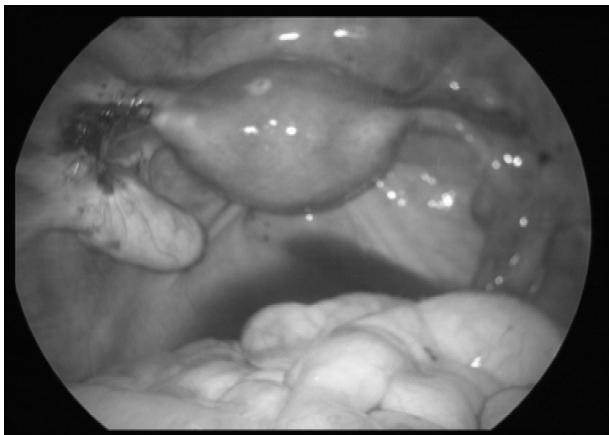
Figure 1 : Laparoscopic finding



It revealed a 4-cm, ruptured left ampullary tubal ectopic pregnancy removed by salpingectomy. Inspection of the right tube revealed a 2-cm second ectopic pregnancy, unruptured, in the ampullary region that was removed by a linear salpingostomy (Figure 2). Both tubes had inflammatory signs.

A large amount of blood was found in the pouch of Douglas. The patient had a satisfying postoperative recovery and was discharged on the second postoperative day. Microscopic pathologic examination confirmed some immature placental villi in the right tube and placental tissue in the left tube. Chlamydia serum level was negative.

Figure 2: Laparoscopic treatment



Conclusion

The main important factor to consider, when we are faced to a bilateral tubal pregnancy, is to conserve at least one tube should be made, using linear salpingostomy. Pregnancy site must be specified from the first period of amenorrhea, especially in patients with former history of fertility or genital infections. Although this pathology is more often seen in patients undergoing ART techniques, we should always keep in mind the possibility of bilateral spontaneous ectopic pregnancy, mainly in presence of pre-cited factors.

References

- 1) Sherman SJ, Werner M, Husain M. Bilateral ectopic gestations. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;35:255–7.

Nabil Mathlouthi, Jellouli Mohamed Amine, Riadh Ben Temime, Tahar Makhoulf, Leila Attia, Abdellatif Chechia

*Department of Obstetrics and Gynecology « A ». Charles Nicolle Hospital Tunis Medical School
Tunis El Manar University*

Rupture aigue d'un kyste hydatique foie dans la plèvre droite

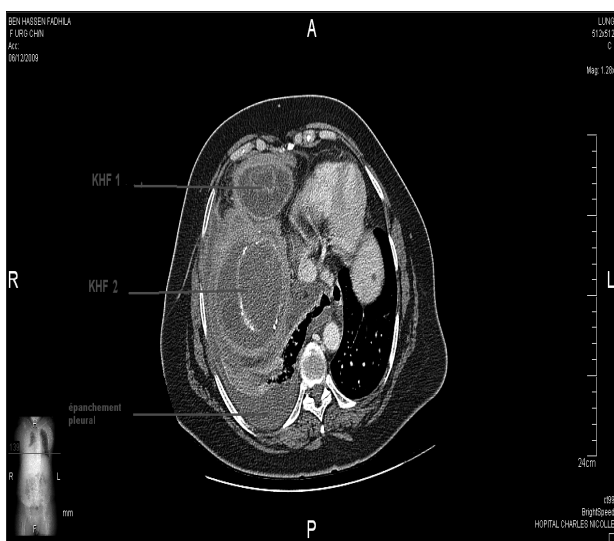
La Tunisie est un pays d'endémie hydatique avec une incidence chirurgicale annuelle de 15/100000 habitants (1). La localisation hépatique est la plus fréquente et représente plus de la moitié des cas (2). Le kyste hydatique du foie est une maladie parasitaire bénigne qui peut en cas de complications mettre en

jeu le pronostic vital. L'ischémie induite par la compression prolongée du diaphragme par un kyste hydatique du dôme du foie, associée à l'infection du contenu du kyste et à l'éventuelle présence de bile, aboutie à l'érosion du diaphragme et à la rupture du kyste hydatique dans le thorax (3). Cette complication peut se voir dans 2,2 % des cas. La rupture dans la plèvre est l'une des formes anatomiques les plus rares. Cette complication rare continue à poser des problèmes aussi bien diagnostiques, malgré les progrès de l'imagerie médicale, que thérapeutiques à cause de la complexité des lésions anatomiques.

Observation n°1 :

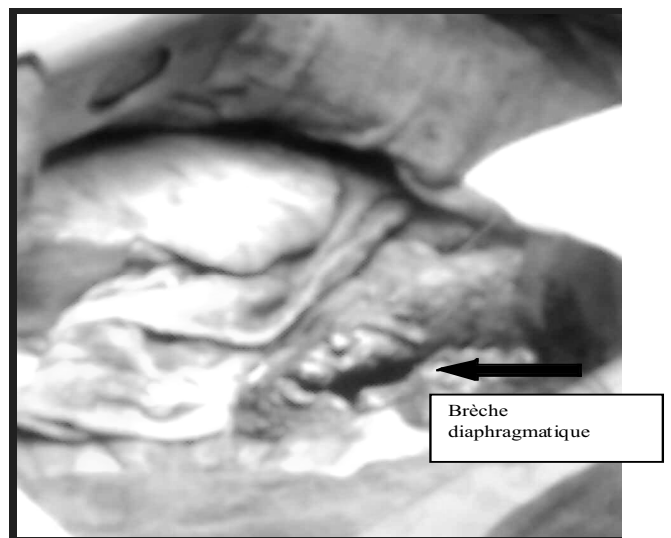
Mme F.BH, 52 ans, hypertendue, se plaignait depuis le mois de novembre 2009 d'une douleur paroxystique de l'hypochondre droit spontanément résolutive. Trois jours avant son admission, elle a signalé l'installation brutale d'une dyspnée et d'une fièvre. L'examen a noté une fièvre, un faciès infecté, un subictère, une polypnée avec une saturation en O₂ à l'air ambiant à 85%, une diminution du murmure vésiculaire à droite et une douleur de l'hypochondre droit. Il y avait une hyperleucocytose, une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée, une cytololyse et une cholestase. La radiographie du thorax a montré un épanchement pleural droit de grande abondance, une ascension de la coupole diaphragmatique droite et une calcification arciforme sous phrénique droite. L'échographie abdominale a mis en évidence deux kystes hydatiques du foie de type IV respectivement de 9 cm au niveau des segments VI et VII et de 6 cm au niveau du segment III. La vésicule biliaire était lithiasique, la voie biliaire principale mesurait 8,6 mm et les voies biliaires intra-hépatiques étaient fines. Le diagnostic d'un kyste hydatique du foie compliqué d'une rupture thoracique a été posé. Les explorations ont été complétées par une tomodensitométrie thoraco-abdominale (figure 1).

Figure 1 : Coupe scannographique montrant les deux kystes hydatiques de dôme du foie et l'épanchement pleural droit.



Elle a mis en évidence un épanchement pleural droit de grande abondance et trois volumineux kystes hydatiques du foie contigus et calcifiés occupant les segments IV, VII et VIII. Le kyste du dôme communiquait avec la grande cavité pleurale à travers une large brèche diaphragmatique. La patiente a été opérée en urgence le 07 décembre 2009 par une double voie d'abord : thoracotomie postéro-latérale droite (figure 2) puis laparotomie sous costale droite. Par la thoracotomie, nous avons évacué une pleurésie hydatique et purulente de 3 l, réalisé une toilette pleurale à l'eau oxygénée, assuré la vidange et la stérilisation des kystes du dôme à travers la brèche diaphragmatique qui a été élargie. après avoir réalisé une résection des dômes saillants faisant communiquer les deux kystes, le drainage de la cavité résiduelle a été assuré par un gros drain et suturé la brèche diaphragmatique et drainé la cavité pleurale par deux drains.

Figure 2 : Vue per opératoire montrant la brèche diaphragmatique.



Par la laparotomie sous costale droite, nous avons complété la cure du kyste hydatique du segment IV qui a été traité par résection du dôme saillant. ce kyste communiquait avec la première cavité résiduelle, réalisé une cholécystectomie et une cholangiographie transcystique qui a montré une fistule kystobiliaire au dépend de la cavité résiduelle du dôme avec un passage duodénale tardif et discret. la cholédocotomie a été blanche. elle a été refermée sur un drain de Kher. Les suites opératoires ont été simples. L'opacification par le drain de Kher faite au 15ème jour postopératoire a été normale. La patiente a été mise sortante au 28ème jour post opératoire. Régulièrement suivie, elle n'a pas présenté de récurrence hydatique.

Observation n°2 :

Mme Z.S âgée de 42 ans a consulté pour des lombalgies droites paroxystiques et intenses qui devenaient de plus en plus fréquentes. L'examen physique a noté deux masses ovoïdes,

mobiles et indolores respectivement hypogastrique de 8 cm et iliaque droite de 6 cm. A la biologie, il y avait une hyperleucocytose. La radiographie du thorax a montré un émoussement du cul de sac pleural droit. Elle a eu une tomodensitométrie thoraco-abdominale qui a mis en évidence : un kyste hydatique du foie de 10 cm qui occupait le foie gauche et se prolongeait en bas et en arrière vers l'arrière cavité des épiploons, un épanchement pleural droit de faible abondance avec une atelectasie pulmonaire basale droite et trois kystes hydatiques pelviens de 3 à 6 cm inter-vésicaux-utérins responsables d'une dilatation pyélo-calicielle droite. Nous avons décidé d'intervenir par laparotomie médiane en réalisant une montée de sonde urétérale droite comme premier temps opératoire. A son admission au service, la patiente a présenté une fièvre à 39°C et une toux sèche. La radiographie du thorax a montré une augmentation de l'épanchement pleural. Ce tableau a cédé spontanément en 48 heures. Nous avons maintenu le programme opératoire. La patiente a été opérée le 15 Avril 2002. Une montée de sonde urétérale bilatérale a été réalisée. L'incision a été une médiane xypho-pubienne. L'exploration per-opératoire a permis de découvrir une kyste hydatique polylobé de 12 cm qui détruisait le foie gauche et une partie du segment VIII où il adhérait au diaphragme, deux kystes hydatiques contigus de 3 et 6 cm se développant à la partie inférieure de tablier épiploïque, un kyste hydatique de 12 cm inter-vésico-utérin et un kyste hydatique de 6 cm se développant au niveau du ligament large droit. Les kystes épiploïques ont été réséqués. Le kyste hydatique du foie a été traité par une résection du dôme saillant. Lors de la déconnexion kysto-diaphragmatique, nous nous rendons compte que le kyste hydatique était ouvert dans la grande cavité pleurale à travers une perte de substance diaphragmatique de 3 cm. Nous avons réalisé, à travers une « thoracoscopie » par l'orifice diaphragmatique et en utilisant une caméra de laparoscopie, un aspirateur et des pinces atraumatiques, une évacuation des débris hydatiques et une toilette de la cavité pleurale à l'eau oxygénée. Un drain thoracique a été mis en place puis la brèche diaphragmatique suturée. Les kystes pelviens ont été traités par une résection du dôme saillant. Les suites opératoires ont été compliquées d'une pleurésie droite à l'ablation du drain thoracique qui a bien évolué sous kinésithérapie respiratoire. La patiente a été mise sortante au 25ème jour postopératoire. Elle a été mise sous Albendazole à la posologie de 1 comprimé par jour pendant six mois. Elle a été suivie en consultation pendant deux ans. Elle n'a pas présenté de récurrence hydatique.

Conclusion

En zone d'endémie hydatique, devant une pleurésie fébrile aiguë associée à une calcification arciforme sous phrénique, il faut suspecter un kyste hydatique du foie rompu dans la plèvre et ne pas hésiter à réaliser une échographie abdominale. Un diagnostic établi en préopératoire permettra de choisir la voie d'abord thoracique, thoracotomie ou thoracoscopie, qui est suffisante dans la quasi totalité des cas.

Références

1. Kilani T, El Hammami S, Horchani H, et al. Hydatid cyst of the liver with thoracic involvement. World J Surg. 2001; 25:40.
2. Hsairi M, Chahed MK, Bchir A, et al. Incidence chirurgicale de l'hydatidose en Tunisie (1988-92). Tunis Chir. 1995; 4 : 20.
3. Kilani T, Daoues A, Horchani H, Sellami M. Place de la thoracotomie dans les complications thoraciques des kystes hydatiques du foie. Ann Chir Thorac Cardiovasc. 1991; 45 : 705.

Riadh Bel Haj Salah, Wissem Triki, Mohamed Belgacem Bourguiba, Mounir Ben Moussa, Abdeljelil Zaouche

*Service de chirurgie générale "A". Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.
Unité de recherche en chirurgie. Faculté de Médecine de Tunis. Tunisie.
Université Tunis El Manar*

Traitement non opératoire d'un traumatisme pancréatique avec rupture du Wirsung

Le traumatisme pancréatique (TP) est présent dans 1 à 2 % des contusions de l'abdomen [1]. L'atteinte du Wirsung dans les TP est habituellement une indication opératoire.

Nous rapportons l'observation d'une atteinte du Wirsung dans un TP chez un blessé de 50 ans, ayant bien évolué sans recours à la chirurgie.

Observation

Un blessé âgé de 50 ans, est amené aux urgences immédiatement après un traumatisme épigastrique violent (suite à une collision entre deux voitures). On note dans ses antécédents une antrectomie pour un ulcère duodénal, à l'âge de 25 ans. La tension artérielle était à 11/6 et le pouls à 90 battements /minute. L'examen abdominal trouvait une sensibilité de l'étage sus ombilical. L'hémoglobine était à 11g/dl et l'amylasémie à 1000 UI/l. La tomodensitométrie (TDM) en urgence montrait une lacération isthmique de plus de la moitié du diamètre pancréatique (Figure 1).

Figure 1 : TDM abdominale en urgence montrant une lacération isthmique de plus de la moitié du diamètre pancréatique.

