

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 tomodynamométrie 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 un 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

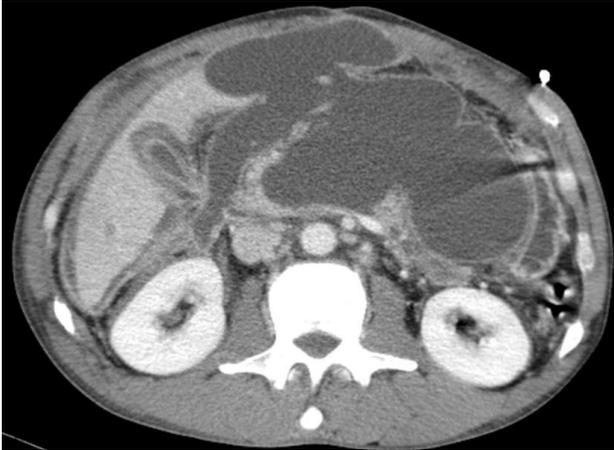
Un blessé âgé de 50 ans, est amené aux urgences immédiatement après un traumatisme épigastrique violent (suite à une collision entre deux voitures). On note dans ses antécédents une antrectomie pour un ulcère duodénal, à l'âge de 25 ans. La tension artérielle était à 11/6 et le pouls à 90 battements /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 tomodynamométrie (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.



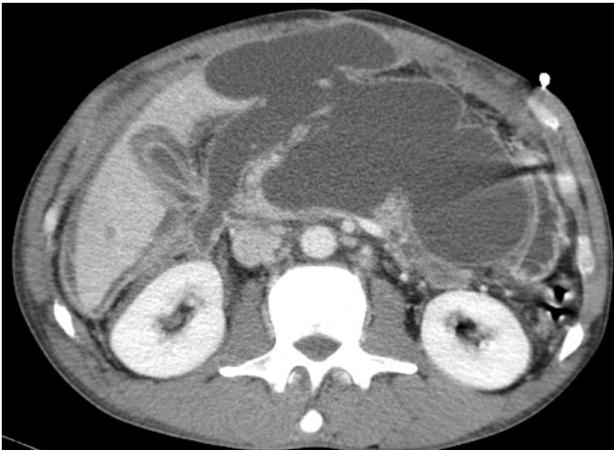
La décision était d'opter pour un TNO. A J5 post traumatique, le patient développait des douleurs épigastriques violentes. La TDM montrait de multiples collections péri-pancréatiques (Figure 2).

Figure 2 : TDM à J5 post traumatique montrant de multiples collections péri-pancréatiques.



Une lésion du Wirsung était suspectée et confirmée par Wirsungo-IRM (Figure 3) et un drainage percutané était décidé. Un drainage percutané était mis en place utilisant 4 drains (tous de 12 Fr) par voie sous gastrique, para-rénale antérieure droite et gauche et antérieure.

Figure 3 : IRM abdominale à J 5 montrant la rupture du Wirsung (flèche).



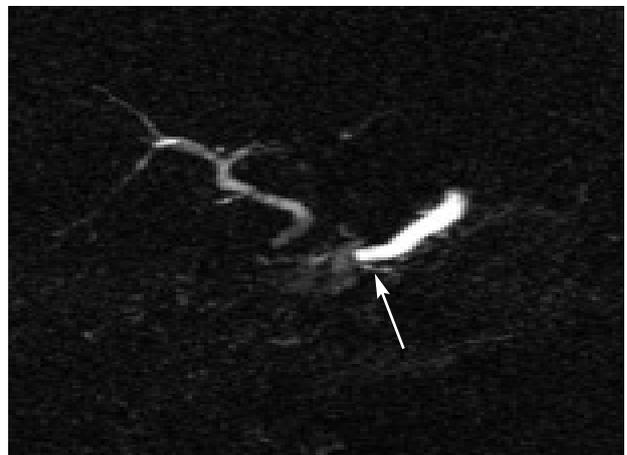
Ces drains avaient initialement ramené un liquide pancréatique mêlé à du sang qui s'était progressivement éclairci devenant eau de roche (en 5 jours), riche en amylase (amylase à 5000 UI/l). Le débit des drains s'était stabilisé autour de 200 cc par jour. La sortie était autorisée à J 30 post traumatique. La TDM montrait une diminution nette des collections. Trois drains étaient

enlevés à J 45 post traumatique en ambulatoire alors que le débit de chacun était moins de 50 cc/j. Seul le drain en regard de la lésion Wirsung était gardé. La TDM (Figure 4) et l'IRM montraient une sténose du Wirsung et une dilatation pré-sténotique (Figure 5). Le 4^{ème} drain a été enlevé à J 60 post traumatique quand il ne ramenait plus rien. Le patient va bien avec un recul de 15 mois.

Figure 4 : TDM pancréatique montrant une dilatation du canal de Wirsung caudal (flèche).



Figure 5 : IRM abdominale montrant la sténose du Wirsung (flèche) avec une dilatation pré-sténotique et l'absence de fuite de liquide pancréatique.



Conclusion

Le TNO est une option à considérer dans les TP avec rupture du Wirsung. Cette approche est encouragée par l'essor des techniques d'endoscopie et de radiologie interventionnelle. Des études avec des effectifs plus larges sont à mener pour valider cette attitude thérapeutique.