Conclusion
Le textilome intra-vésical est une complication rare, posant un problème médico-légal. Ces circonstances de découverte sont variables et son traitement se base sur son extraction au mieux par voie endoscopique.

Références :

1. Hung schun S, Sung Lang K, Shao-Chuan W, et al. Gossypiboma-retained surgical sponge, Chin Med Assoc 2007; 70:511-3.
2. Prasad S, Smith A M, Uson A, et al. Foreign bodies in urinary bladder. Urology 1973 ; 2:258-64.
3. Benchekroun A, Iken A, Nouini Y, et al. Foreign bodies of the bladder: Report of a new case. Ann Urol 2001; 35:220-2.
4. Santosh K, Ravimohan S M, Naveen C A. Gossypiboma of the urinary bladder, Int J Gynaecol Obstet 2008 ; 102:79.-80.
5. Poyanli A, Salmasliogl A, Terzibasioglu E, et al. An unusual pure cystic posterior mediastinal mass: a textiloma. Clinical Radiology 2008; 63:836-8.

Mourad Hamzaoui, Manef Gasmi, Jihène Ben Aoun, Fatma Fitouri, Nada Sghairoun, Sondes Sahli
Service de chirurgie pédiatrique « A ». Hôpital d'enfants. Tunis
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

Insulinome du pancréas

L'insulinome du pancréas (IP) est une tumeur neuroendocrine, généralement bénigne et relativement rare, représentant 1 à 4 cas par million d'habitants. L'IP se développe aux dépens des cellules, de Langerhans du pancréas et représente 25% des tumeurs endocrines du pancréas [1]. Elle est la première cause d'hypoglycémie organique [2].
Nous en rapportons trois nouvelles observations.

Observations
Trois hommes, âgés de 20, 42 et 53 ans avaient tous consulté dans un délai de 1 mois, 15 jours et 2 mois, pour des signes de neuroglycopénie (céphalées, flou visuel, convulsion dans un cas), survenant à distance des repas, associés à des hypoglycémies sévères <0,4 g/l. Ces symptômes disparaissaient typiquement après ingestion de sucre. Le diagnostic d'insulinome, basé sur la des signes cliniques et biologique, entrant dans la Triade de Whipple étaient constants chez nos patients, hautement suggestive d'hypoglycèmie. La tumeur a pu être détectée de façon précise en préopératoire dans 1 cas par l'imagerie TDM/IRM (Figures 1 et 2), l'EPO ayant permis de mettre en évidence ses rapports avec les structures avoisinantes. La tumeur n'a été détectée que par l'EPO en per-opératoire dans les 2 autres (Figure 3). Le bilan phosphocalcique et bilan thyroïdien, pratiqué à la recherche d'une NEM, était normal dans tous les cas. Tous les malades ont eu une résection chirurgicale sous laparotomie par énucléation simple. Les suites opératoires étaient simples dans un cas et compliquées d'une fistule pancréatique post opératoire dans 2 cas. Les données morphologiques et anatomopathologiques sont résumées dans le tableau 1. L'évolution de ces deux patients était favorable après drainage percutané scanno-guidé pendant une période respectivement de 7 jours et 25 jours. En post opératoire, les 3 patients n'ont pas présenté d'épisodes d'hypoglycémie. Avec un recul moyen de 12, 18 et 3 mois respectivement, les 3 patients sont en bon état général avec contrôle loco-régional de leur maladie.

Figure 1: Tomodensitométrie abdominale montrant une tumeur de 9 mm prenant le produit de contraste au temps artériel dans la région isthmique du pancréas (cas 3).

Figure 2 : IRM abdominale montrant une formation de 9 mm prenant le contraste à l'injetion de Gadolinium (cas 3)

Figure 3 : Echographie per opératoire montrant l'insulinome hypoéchogène de 10 mm dans la région isthmique (cas 3)

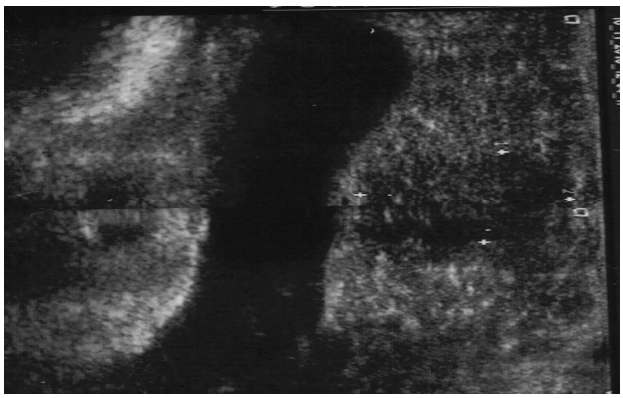


Tableau 1 : Caractéristiques des patients

		Obs 1	Obs 2	Obs 3
S/A		H/20	H/42	H/53
Taille (mm)/Siège		10/tête	10/tête	9 /isthme
Imagerie pré-op	Echographie	N	N	N
	TDM/IRM	------	N	Nodule isodense/ isointense se réhaussant après
	EPO	lésion de 10 mm de la tête du pancréas	lésion de 10mm de la tête du pancréas	lésion de 10mm de l'isthme
Histologie	benin/malin (OMS)	bénin	bénin	bénin
TNM	TNM	T1N0M0	T1N0M0	T1N0M0

S = Sexe, A = Age, N = normale, H = homme, Obs = observation, C =céphalées, FV= Flou visuel, HAO = sulfamides hypoglycémiants, PC= phosphocalcique

Conclusion

Le diagnostic d'insulinome du pancréas est clinicobiologique. La localisation de la tumeur est souvent peropératoire depuis l'avénement de l'EPO. Le traitement de référence est l'énucléation par laparotomie ou laparoscopie. Les résections pancréatiques sont résérvées aux insulinomes malins ou s'intégrants dans le cadre d'une NEM. La survie à 5 ans des insulinomes est de 97% et les facteurs de mauvais pronostiques sont la malignité et l'association à une NEM.

Références :

[1] Abboud B, Boujaoud J. Occultsporadicinsulinoma :localisation and surgicalstratégy. World J Gastroenterol 2000;14 :657-65.
[2] Fontaine P, Debusche X, Vix M et Mariscaux J. Insulinomes-éditions techniques. Encycl.Med.Chir (Paris,France), Hépatologie, 7-107-A-30,1995,8p.

Zeineb Mzoughi(1), Imene Oueslati(1), Attaoui Med Amine(1), Lobna Marsaoui(1), Anis Askri(2), Emna Khadraoui(3), Zinet Turki(3), Claude Ben Slama(3), Hafedh Mestiri(1), Lotfi Hendaoui(2), Lassaad Gharbi(1), Mohamed Taher Khalfallah(1)

Service de chirurgie viscérale; CHU Mongi Slim
Service de radiologie ; CHU Mongi Slim
Service d'endocrinologie B, institut de nutrition
Faculté de médecine. Université Tunis El Manar

Adénocarcinome papillaire séreux à double localisation endométriale et ovarienne

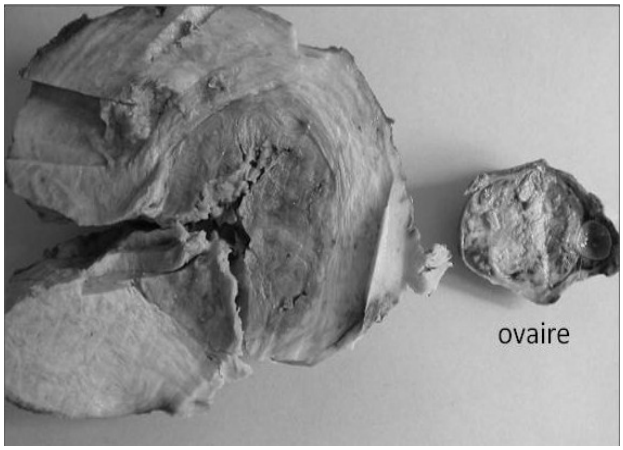
L'adénocarcinome papillaire séreux (CPS) de l'endomètre est une entité rare, agressive et relativement récente. Il ne représente que 10% de l'ensemble des tumeurs épithéliales malignes de l'endomètre [1, 2]. Il peut être aussi bien primitif que secondaire à un carcinome ovarien. La découverte concomitante d'une double localisation endométriale et ovarienne d'un carcinome papillaire séreux pose un problème diagnostic de la tumeur primitive. En pratique, il s'agit de distinguer la présence de deux tumeurs primitives et autonomes, d'un cancer métastatique à un organe de voisinage. Les conséquences de cette distinction sont importantes en termes de prise en charge thérapeutique et de pronostic [3].

Nous rapportons un cas d'adénocarcinome papillaire séreux à double localisation ovarienne bilatérale et endométriale.

Observation

Une patiente âgée de 55 ans, ménopausée depuis 10 ans, présentait des métrorragies et des douleurs pelviennes évoluant depuis 6 mois. L'examen physique révélait une masse abdominopelvienne, développée aux dépens de l'utérus, de consistance ferme, mobile et indolore. L'échographie abdomino-pelvienne objectivait une masse utérine dont l'aspect évoquait un fibrome. L'endomètre était épaissi à 11 mm. Les annexes ne présentaient pas d'anomalie visible. Une laparotomie exploratrice était réalisée. En per-opératoire, devant la découverte d'un utérus myomateux, une hystérectomie avec annexectomie bilatérale étaient effectuées. A l'examen macroscopique, la pièce d'hystérectomie mesurait 14x11x10 cm. La cavité endométriale était comblée par une formation tumorale bourgeonnante et friable d'aspect grisâtre semblant infiltrer les 2/3 internes du myomètre [Figure 1].

Figure 1 : Macroscopie : Formation tumorale bourgeonnante et friable comblant la cavité endométriale et infiltrant le myomètre. Ovaire tumoral multinodulaire



De nombreuses formations d'allure myomateuse, mesurant entre 1,5 et 3 cm de grand axe étaient notées. Les annexes, mesurant respectivement 7x5x2,5 cm et 6,5x4x3 cm, étaient le