

anatomicallocation, with or without visceral involvement, particularly in endemicareas (3–4). Pre-operative diagnosis is necessary to avoid accidental per-operative rupture causing a loco regional dissemination or in some cases anaphylactic shock. The prevention remains the best treatment.

References

1. Korwar V, Subhas G, Gaddikeri P, Shivaswamy BS., Hydatid disease presenting as cutaneous fistula: review of a rare clinical presentation. *Int Surg*, 2011; 96: 69-73.
2. Bouasker I, Zoghalmi A, Ben Achour J, et al., Kyste hydatique du pancreas: propos de deux observations. *Tunis Med*, 2009; 87: 155-8.
3. Kayaalp, C., A. Dirican, C. Aydin. Primary subcutaneous hydatid cysts: a review of 22 cases. *Int J Surg*, 2011; 9: 117-21.

Tarak Damak¹, Amira Triki¹, Riadh Chargui¹, Boutheina Laamouri¹, Molka Chemlali¹, Hatem Bouzaïene¹, Jamel Ben Hassouna¹, Fethi Khomsi¹, Khaled Rahal¹

¹ Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie. Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar

Duplication duodénale traitée chirurgicalement

Les duplications digestives sont des malformations congénitales rares. Elles peuvent toucher n'importe quel segment du tractus digestif notamment le duodénum. Nous rapportons un cas rare de duplication duodénale traité chirurgicalement.

Observation

Patient de 26 ans sans antécédents qui a consulté pour des épigastralgies post prandiales associées à des vomissements intermittents évoluant depuis six mois. L'examen physique était sans anomalies. Le bilan biologique était normal notamment le bilan pancréatique et hépatique. Le patient a eu initialement une fibroscopie œsogastroduodénale, elle était normale. Une tomodensitométrie puis une IRM abdominales ont été réalisées (Figures 1 et 2). Elles avaient conclu à une lésion kystique mesurant 4 cm de grand axe, prenant naissance de la paroi du deuxième duodénum (D2) et sans rapport évident avec les voies bilio-pancréatiques. La duodéno-scopie avait objectivé, au niveau de D2, une grosse formation arrondie prenant naissance à partir de la muqueuse duodénale (Figure 3). L'instillation d'eau au niveau de D2 ne faisait pas augmenter le volume de cette lésion. L'écho endoscopie avait confirmé la nature kystique de la lésion dont la paroi avait les caractéristiques d'une paroi digestive (Figure 4). Nous avons conclu à une duplication duodénale non communicante.

Figure 1: Image scannographique de la duplication duodénale : lésion kystique (flèche rouge) à l'intérieur de la lumière de D2 (flèche bleue)

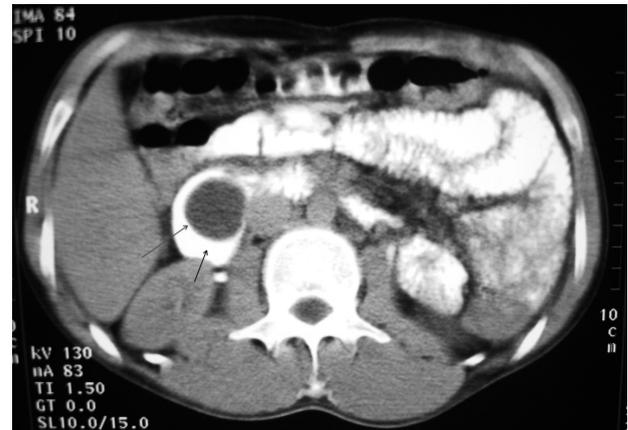


Figure 2: A : Images d'IRM : A : lésion kystique (flèche rouge) à l'intérieur de la lumière de D2.

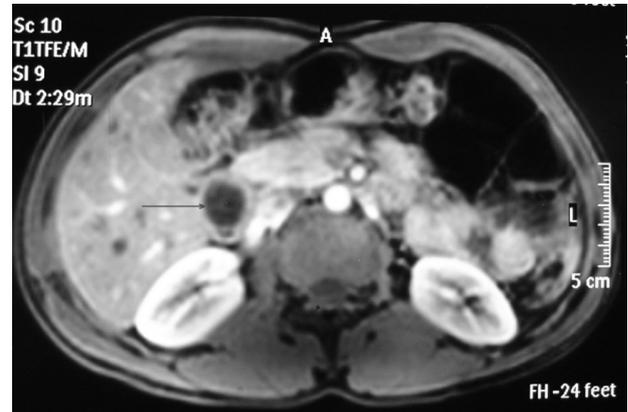
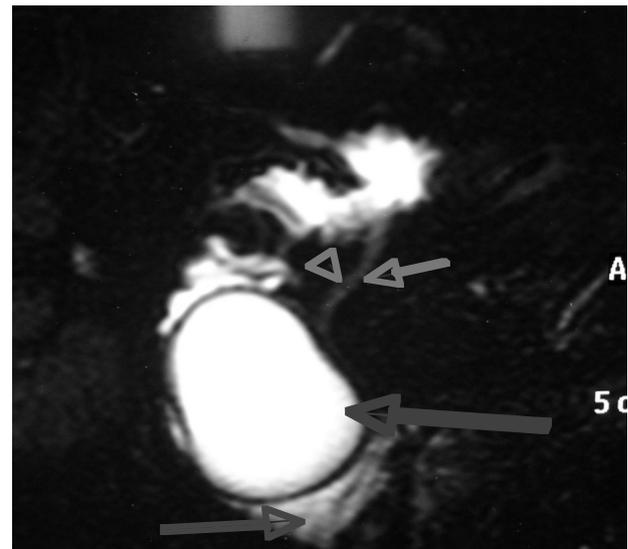


Figure 2: B : Rapport de la duplication (flèche rouge) avec le cholédogue (flèche verte) et la lumière duodénale (flèche bleue)



Le patient a été opéré par voie médiane sus ombilicale. La duplication a été repérée par la palpation au niveau de D2. On a réalisé une duodénotomie sur la face antérieure de D2. On a introduit un drain d'Escat par le canal cystique afin de repérer la papille. On a découvert une duplication duodénale se raccordant au bord interne de D2 (Figure 5A). Le drain d'Escat était palpé à l'intérieur de la duplication. Cette dernière communiquait avec la lumière duodénale par un petit pertuis de 2 mm. On a fait une résection partielle de la paroi de la duplication (Figure 5B) et fermé le duodénum, réa lisant ainsi une large kysto-duodénostomie interne. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à la présence d'une muqueuse duodénale associée à une musculature.

Figure 3: Vue endoscopique de la duplication duodénale : Lésion arrondie prenant naissance à partir de la muqueuse de D2.

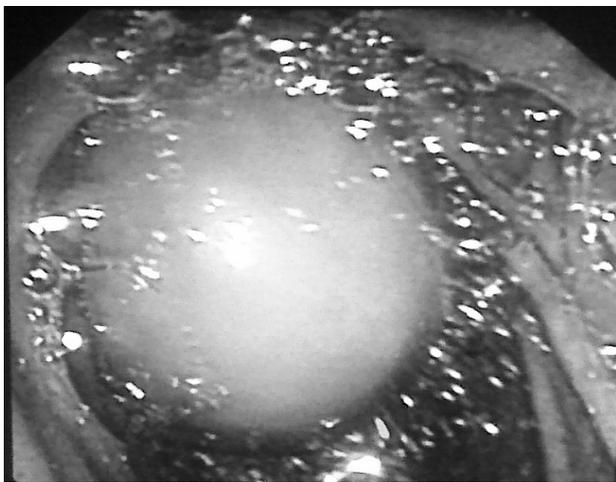


Figure 4: Image écho-endoscopique de la duplication duodénale : formation kystique avec une paroi faite de cinq couches évoquant une paroi digestive.

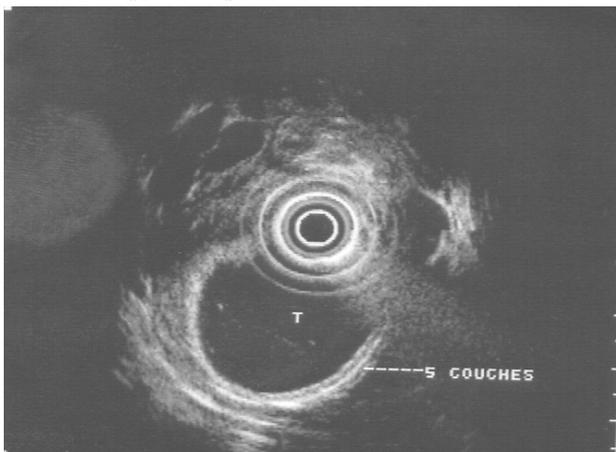


Figure 5: Vues per-opératoires : A : lésion kystique se raccordant au bord interne de D2

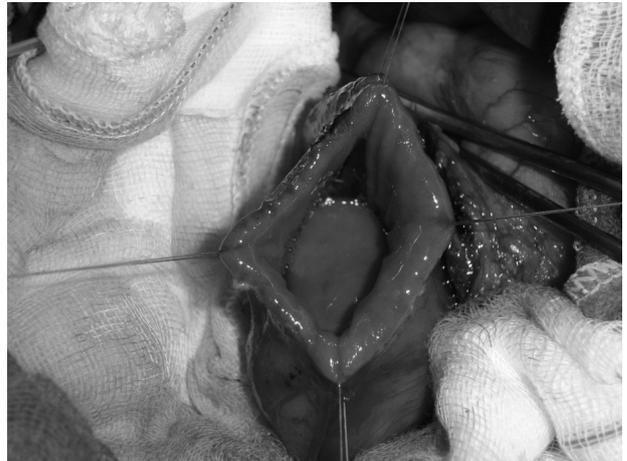


Figure 5: B : Après résection partielle de la duplication (papille repérée par le drain d'Escat



Conclusion

La duplication duodénale doit être évoquée chez tout patient présentant des symptômes abdominaux avec à l'imagerie présence d'une formation kystique péri-duodénale. Le traitement idéal est l'exérèse totale ; si elle n'est pas possible, l'excision subtotale et / ou une dérivation interne doit être effectuée.

Nizar Miloudi, Zeineb Mzoughi, Sadri Ben Abid, Safa Sabbagh, Nafaa Arfa, Mohamed Tahar Khalfallah*

Service de chirurgie générale.

** : Service d'anatomopathologie. Hôpital Mongi Slim, La Marsa. Tunisie
Faculté de médecine de Tunis. Université de Tunis El Manar*