

Observation 3

Patient âgé de 39 ans s'est présenté pour une modification récente du transit intestinal à type de diarrhée. L'examen abdominal avait découvert une masse au niveau de la fosse iliaque gauche fixée au plan profond. La TDM abdominale avait objectivé une masse hypodense de 5 cm située au contact du bord anti-mésentérique du sigmoïde (figure 3). La coloscopie avait découvert l'aspect d'une polypose colo-rectal dont les biopsies avaient confirmé la nature adénomateuse. Le patient a eu une colo-proctectomie totale avec anastomose iléo anale associée à une exérèse de la masse tumorale avec des suites opératoires simples. L'étude anatomopathologique avait conclu à une polypose adénomateuse familiale associée à une tumeur desmoïde. Aucun traitement n'a été administré en postopératoire. Après un recul de 6 ans, aucune récurrence n'a été notée.

Figure 3: TDM abdominale (coupe coronale) : masse hypodense intra abdominale au niveau de la fosse iliaque gauche.



Observation 4

Patient âgé de 58 ans, avait eu une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale pour une polypose adénomateuse familiale atténuée, dégénérée au niveau du colon gauche avec des suites opératoires simples. Au cours du suivi postopératoire, et après un recul de 4 ans, alors que l'examen physique était sans anomalies, l'échographie et la TDM abdominale avait objectivé une formation tissulaire pré sacrée régulière homogène de 23 mm dont la biopsie par voie trans-sacrée avait conclu à une tumeur desmoïde. Le patient a été mis sous Tamoxifène avec une bonne évolution et stabilisation de la lésion après un recul de 2 ans. Le tableau 1 résume les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des 4 patients déjà décrits.

Conclusion

Les tumeurs desmoïdes sont rares mais elles posent de nombreux problèmes de prise en charge thérapeutique lorsqu'elles sont associées à la polypose adénomateuse familiale, en particulier quand elles sont intra-abdominales. Si leur évolution est souvent lente et si la régression est possible, il existe des formes agressives à croissance rapide. Le

traitement de première intention est médical, le traitement chirurgical étant réservé aux formes symptomatiques et limitées, pariétales, de découverte fortuite, ou aux formes compliquées.

Références

1- Hamilton, B Lackstein M, Berkt mcleod RS et al. Extra abdominal desmoid tumor. J Am Acad Dermatol 1996; 34:352-6.

Amin Makni, Wael Rebai*, Habiba Mizouni**, Fadhel Fétiriche*, Mohamed Jouini*, Montassar Kacem*, Zoubeir Ben Safta**

**Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de chirurgie générale A, Tunis, Tunisie*

***Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de radiologie, Tunis, Tunisie*

Hernie interne para duodénale gauche de découverte fortuite

Les hernies para duodénales constituent l'essentiel des hernies internes rétro péritonéales (1). Elles sont dominées par les hernies para duodénales gauches qui en constituent les trois quarts. Bien que leur physiopathologie reste encore mal élucidée et que leur diagnostic préopératoire soit difficile, leur traitement chirurgical est codifié (2).

Nous rapportons un cas de hernie para duodénale gauche de découverte per opératoire fortuite.

Observation

Mr M. H. âgé de 60 ans au long passé de douleurs abdominales et de constipation admis dans un tableau de péritonite aigüe à la suite d'une coloscopie diagnostique réalisée trois heures auparavant. La radiographie d'abdomen sans préparation centrée sur les coupes montre un croissant gazeux géant bilatéral (figure 1), le diagnostic de perforation colique iatrogène à été ainsi retenu et le patient a été opéré après une courte réanimation.

Figure 1 : Croissant gazeux bilatéral géant sur la radiographie d'abdomen sans préparation centrée sur les coupes.



En per opératoire, la cavité péritonéale était propre, l'intestin grêle n'était pas identifiable sauf la dernière anse iléale. Une large perforation au niveau de la charnière recto colique qui a été traitée par une résection colique segmentaire très courte emportant la perforation avec anastomose colo rectale latéro-terminale manuelle sur bandelette par un surjet au PDS 3 /0. Par ailleurs, mise en évidence d'une hernie para duodénale gauche dans laquelle toute la masse du grêle s'est incarcerated, le sac se situe sous le mésocolon descendant, son collet est bordé par la veine mésentérique inférieure. Le grêle est repéré par transparence sous un feuillet péritonéal au niveau du mésocolon descendant dont l'ouverture nous permet de réduire le grêle puis fermeture de l'orifice para duodénal ménageant la veine et l'artère mésentériques inférieures. Les suites opératoires sont simples.

Conclusion

La fréquence des hernies internes est faible, 2% des occlusions intestinales. Il convient cependant d'y penser devant un tableau d'occlusion haute en l'absence d'antécédents chirurgicaux abdominaux et de hernie extériorisée. Il existe un nombre important de variétés de hernies internes et seule une exploration minutieuse de l'abdomen menée méthodiquement à partir de la dernière anse iléale jusqu'à la première anse jéjunale permettra d'en faire le diagnostic et d'en préciser le type. Une fois le diagnostic de hernie para-duodénale gauche est posé, la réparation chirurgicale s'impose vu le risque accru d'occlusion, estimé à 50%. Le principe basic de la réparation est la réduction de la hernie et la fermeture du défaut par des sutures non résorbables, pour les grosses hernies non réductibles, il convient d'élargir l'orifice herniaire toujours dans un plan a-vasculaire.

Références

- H. Kotobi, A. Echaieb, D. Gallot Traitement chirurgical des hernies rares. EMC- Chirurgie 2 (2005) 425-439
Teng BP, Yamout SZ. Left paraduodenal hernia causing small bowel obstruction in an adolescent patient. J Pediatric Surg. 2009; 44: 2417-9.

Boudokhane M, Nacef K, Abdelkafi MT, Fodha M, Majdoub N, Samet N, Affes A, Bahloul A., Binous Y, Ben Soussia R**, Chraïti H***, Majdoub A***, Helali K, Hamza H****, Fodha Mohamed*

Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie viscérale et digestive, Mahdia, Tunisie ;

**Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie urologique, Mahdia, Tunisie ;*

***Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie vasculaire périphérique, Mahdia, Tunisie ;*

****Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service d'Anesthésie réanimation, Mahdia, Tunisie ;*

*****Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de Radiologie, Mahdia, Tunisie.*

Primary pulmonary carcinosarcoma

Carcinosarcoma (CSA) of the lung is a rare malignant tumor characterized by a biphasic histopathological pattern of both epithelial and sarcomatous components [1]. It is estimated to account for only 0.2%–0.4% of all pulmonary neoplasms [2]. In the WHO classification of lung tumors, it is included in the group of poorly differentiated non-small cell lung carcinomas that contain a component of sarcomatoid differentiation, so called sarcomatoid carcinoma [1, 3]. There are strong associations with smoking and asbestosis. It can be divided into endobronchial and peripheral categories. In the endobronchial type, coughing and blood-tinged sputum usually occur; peripheral tumor are asymptomatic. The diagnosis is made through histopathological evidence. The prognosis is poor; a two years survival after surgical resection is not greater than 10% [3].

The aim of this study was to report three cases of carcinosarcoma of the lung.

Case-reports:

Case 1:

A 71-year-old man with a history of 52 years of cigarette smoking and a precious history of alcohol complained from chest pain, cough, hemoptysis and weight loss. Physical examination was normal. A chest x-ray showed an ill defined, heterogeneous mass in the left lower lobe, measuring 11 cm, with air-fluid level [Fig 1].

Figure 1: Chest x-ray: ill defined, heterogeneous mass in the left lower lobe, with air-fluid level.



No pleural or pericardial effusions were noted. A chest computerized tomography (CT) revealed a largely excavated and invasive mass [Fig 2]. A bronchoscopy revealed an infiltration of the Nelson. A microscopic examination of the biopsy specimen concluded to a non small cell carcinoma. A CT of the head and bone scan revealed no metastasis.