

## Thyroïde

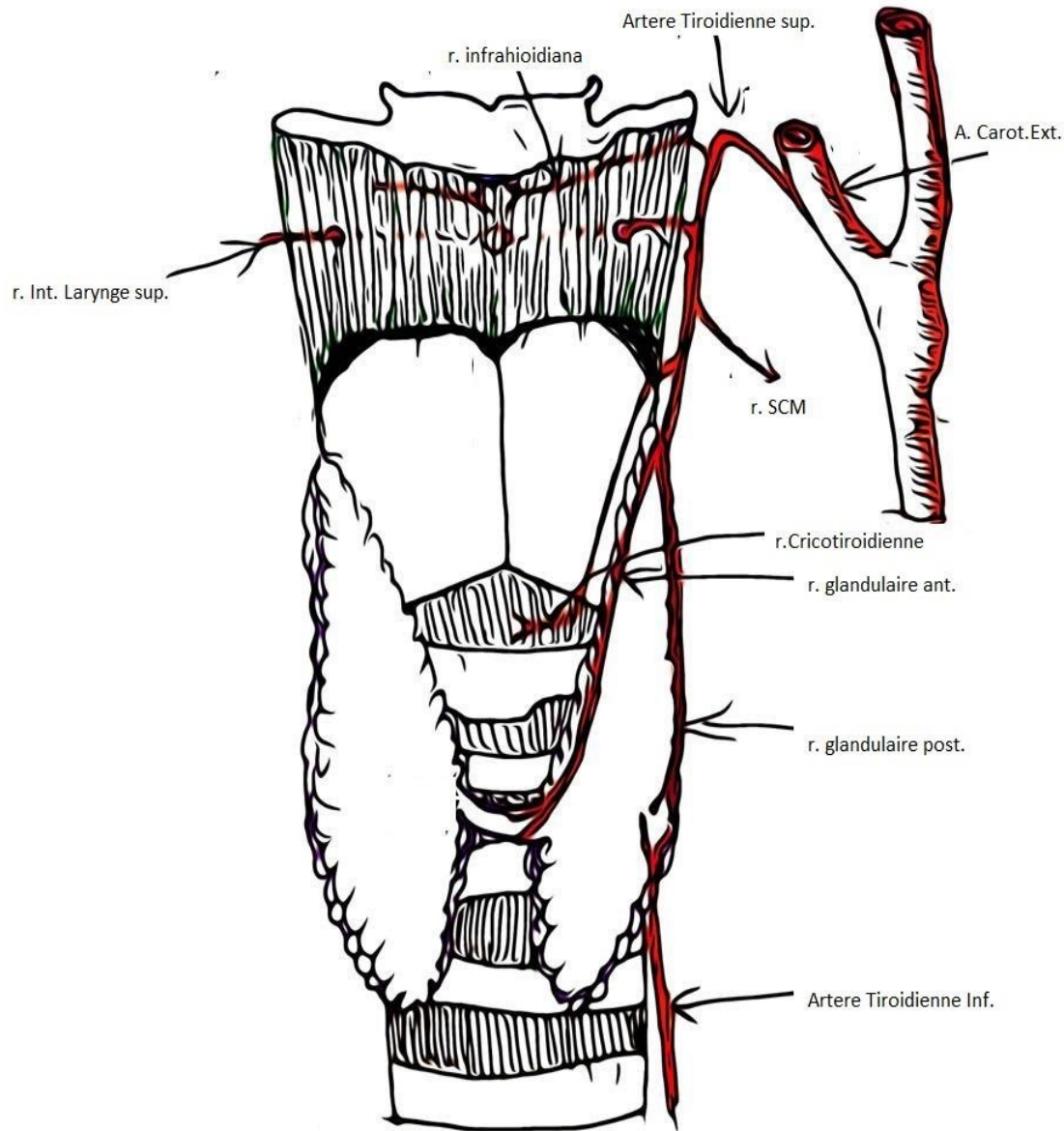
Du point de vue chirurgical, quatre conditions nous intéressent:

**Les hyperthyroïdies**

**La dystrophie thyroïdienne endémique ou Le goitre**

**Les tumeurs thyroïdiennes malignes**

## Vascularisation artérielle



## Les tiroidites

On retrouve deux artères supérieures provenant de la carotide externe, et deux artères inférieures issues du tronc artériel thyro-bicervicascapulaire.

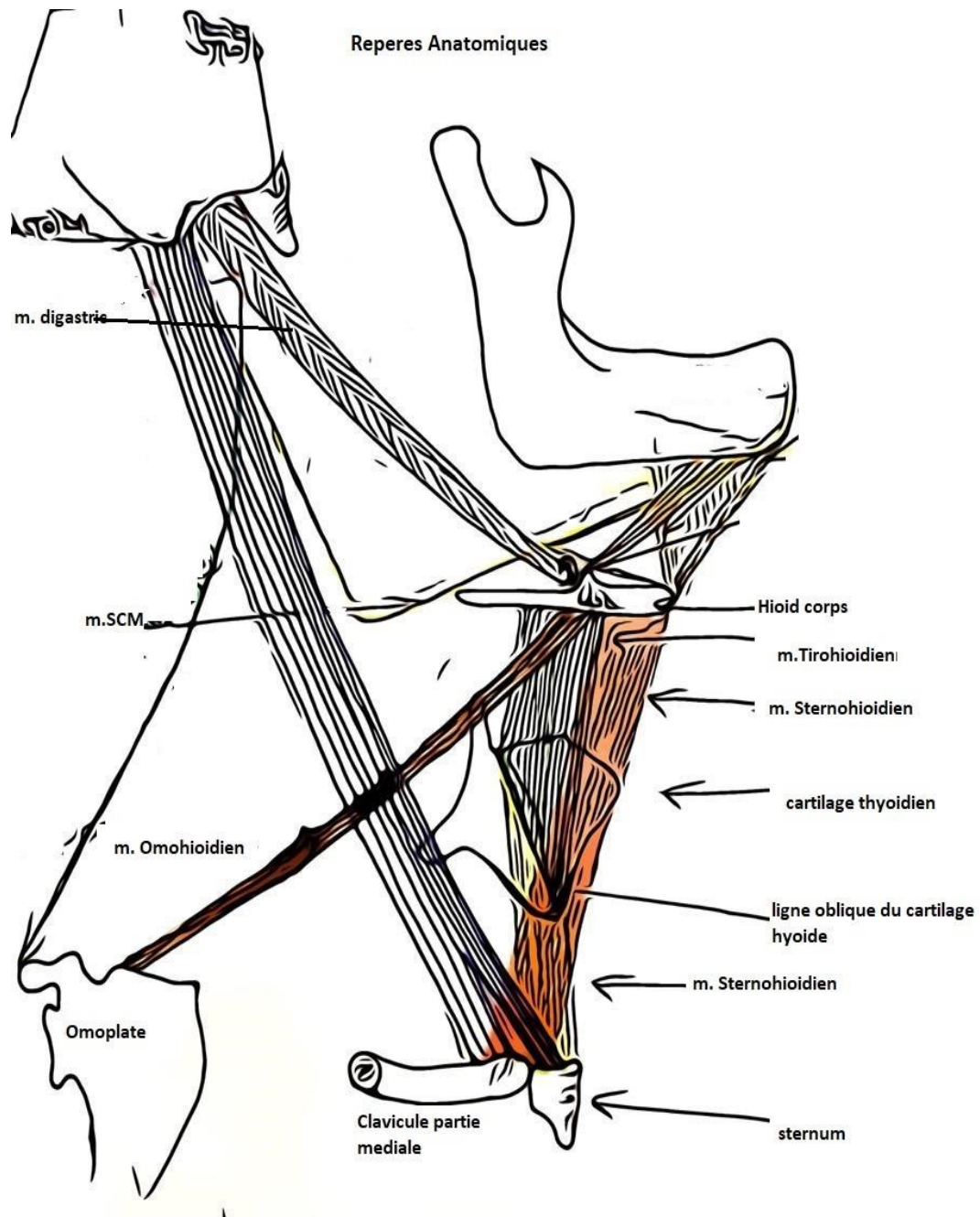
Dans 10 à 15 % des cas, on retrouve une artère moyenne, issue de la crosse aortique ou du tronc brachio-céphalique.

**Les veines sont regroupées en 3 groupes :**

- les veines thyroïdiennes supérieures - les veines thyroïdiennes moyennes

- les veines thyroïdiennes inférieures.

# Reperes Anatomiques



Deux types de cellules interviennent dans la physiologie de la glande thyroïde:

- parafolliculaires (sécrétoires de calcitonine )
- folliculaires (sécrétoires de Thyroxine, Triiodothyronine).

## Les hyperthyroïdies

Dans les hyperthyroïdies, la production de T3T4 par la glande thyroïde est augmentée.

**L'hyperthyroïdie primaire** est due à une pathologie thyroïdienne (on parle de un excès de T3T4 sécrétés par la thyroïde)

**L'hyperthyroïdie secondaire** se produit lorsqu'une grande quantité de T3T4 est produite par une stimulation excessive du TRH au niveau hypothalamique ou par une stimulation excessive du TSH au niveau de l'hypophyse et, par conséquent, la glande thyroïde produira un excès de T3T4.

### **La maladie du Graves:**

- Il s'agit d'une maladie auto-immune; In ce cas existent des anticorps récepteurs du TSH, qui produisant une hyperfunction thyroïdienne.
- C'est la cause la plus fréquente d'hyperthyroïdie
- Fondamentalement, on parle d'anticorps anormaux, produits par le système immunitaire qui imite la TSH . Ces anticorps stimulent donc les récepteurs du TSH dans la glande thyroïde. Cette stimulation entraînera une augmentation de la production de T3T4.

Manifestations de la maladie de Graves:

1.Exophtalmie: se réfère à la saillie des globes oculaires. Il est spécifique de la maladie de Graves. Elle est due à l'inflammation, à l'œdème et à l'hypertrophie du tissu rétrooculaire, ces changements de structure obligent l'œil à sortir

2. Le mixedeme prétiibiale: représent un état diabétique; les dépôts de mucine s'accumulent sous la peau, sur la face antérieure du mollet (zone prétiibiale). Il se manifeste par un aspect décoloré, cireux et œdémateux de la peau. Il est spécifique de la maladie de Graves. Est causée par une réaction du tissu cellulaire sous-cutané aux anticorps des récepteurs TSH. 3. Goitre diffuse sans nodules

### **Le goitre multinodulaire toxique: Maladie de Plummer's**

- Elle se caractérise par l'existence au niveau du parenchyme thyroïdien de certains nodules autonomes sécrétant des hormones thyroïdiennes.



- Ces nodules agissent indépendamment du système de rétroaction (FEEDBACK) normal à travers l'axe hypothalamo-hypophyse et produisent en continu du T3T4.

## Le Goitre

Le goitre se révèle vers l'adolescence (6 à 7 %).

Il s'agit alors d'un goitre diffus avec hyperplasie homogène susceptible de régresser, de rester stable ou de se compliquer selon les facteurs favorisants (génétique, grossesse, environnement).

Lorsque le goitre se complique, cela survient à long terme, très progressivement.

La question du traitement ne sera souvent soulevée que chez des patients âgés, présentant des pathologies associées, qui rendent plus difficiles la prise en charge.

Le goitre, au début homogène, va au bout de quelques années être le siège de tumeurs (adénomes, rarement cancers) ou de pseudotumeurs (zones de remaniement définissant des nodules limités par des zones de fibrose).

Cliniquement le goitre devient multi-nodulaire, les lésions sont irréversibles.

La clinique qui mesure la partie palpable du goitre, repère les éventuels nodules (à reporter sur un schéma anatomique qui fait partie de l'observation) et recherche son retentissement sur les organes de voisinage.

Le dosage de la TSH : une TSH basse révèle le passage à la toxicité.

Les anticorps anti-thyroïdiens permettent de rechercher une thyroïdite chronique associée au goitre.

L'échographie permet une évaluation précise du volume et une description précise des nodules de la partie cervicale des goitres multi-nodulaires (aspect mesure et localisation à reporter sur un schéma pour permettre un suivi longitudinal) Pour les goitres plongeants :

- cliniquement les pôles inférieurs de la thyroïde ne sont pas perçus
- la radio de thorax montre une déviation de la trachée parfois une réduction de son calibre

Le meilleur examen est la TDM thoracique, sans injection d'iode (risque d'hyperthyroïdie en cas de nodules fonctionnels), qui visualise le goitre et ses limites, les organes de voisinage, le calibre trachéal.

La chirurgie est indiquée pour tous les nodules suspects d'un point de vue clinique, échographique ou cytologique, si le taux de calcitonine est anormalement élevé.

Des éléments à tenir en compte :

- patient de sexe masculin ou de moins de 16 ans
- l'association à la maladie de Basedow qui incite à la thyroïdectomie totale
- la multinodularité, qui n'est pas en faveur de la bégneté



# CAS 1:

Homme ,64 ans

CHIRURGIE II



# Points a suivre:

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques differentiales
5. Examens paracliniques: test du sangue
6. Examens paracliniques: endoscopie
7. Examens paracliniques: biopsie
8. Examens paracliniques: eco ct rmn
9. Diagnostic positif (+) clinique et stadification preoperatoire = ex. Local +endoscopie et biopsie+imagerie (ECO->CT+/- ->RMN)  
princ et sec
10. Le traitement chirurgical indique
11. Preparation préopératoire
12. Complications (intraop et postop)
13. Points a suivre en postopératoire
14. Diagnostic positif et stadification postopératoire
15. L'étape suivante
16. Evolution du cas

17. Facteurs prédictifs (+ et -)

18. Conclusion

## **1. Raisons d'admission (homme, 64 ans )**

- douleurs abdominales ,+ FID et Flanc droit
- changements dans le couleur des selles
- Perte du poids ( 10 kg dans trois mois)
- Fatigue

## **2. Pathologie associée:**

- Syndrome métabolique léger: IMC 28,5
- Diabète IIb (antidiabétiques oraux), bien contrôlé, sans signes de neuropathie évident

- Hypertension légère (inhibiteur de l'ECA)
- Sans autres interventions chirurgicales
- Maladies familiale : denie

### Context de vie:

- Retraité
- Non fumeur
- Alcool ( 1 verre du vin a 2 jours)

## **3.**Examens cliniques

1.Evaluation generale :normale

2.Abdominale:

- abdomen avec couche adipeuse richement représentée
- doux, mobile avec les mouvements respiratoires
- indolore spontanément et à la palpation
- sans signe d'irritation péritonéale au moment de la consultation
- Transit intestinale present

### **3.Examens cliniques :**

#### **3.Toux rectale:**

- Tonus sphinctérien normal
- Ampoule rectale avec des matières fécales
- Antérieurement:la zone de projection de la prostate dans les limites physiologiques
- Pas de processus de remplacement d'espace jusqu'à environ 7 cm de l'orifice anal externe



- Pas de traces de sang frais sur le doigt du gant

NB: Est observe: **l'apparence de couleur sombre des matières fécales, suggestif pour melenes**

#### **4.***Diagnostic presomptif:*

Diagn(+) presomptif: **Cancer du colon partie droite**

: ceccum,ascendant,flexure hepatiche Diagn(-)

différentiel:

- Autres tumeurs:gastriques, tête du pancreas, foie, voies biliaires ,rein, duodenum, tumeurs rétro péritonéales, cancer de l'appendice

- Non neoplasiques :appendicite pseudo-tumorale , maladie de Crohn,Pseudotumeurs inflammatoires amibiennes Compressions extrinsèques

## Examens paracliniques ?

## 5. Tests du sang

Dans le contrôle "**de routine**":

- Hémogramme : évocateur de une anémie légère
- Biochimie normale
- Glycémie inférieure à 160 mg / dl
- Temps de coagulation normaux

## 5. Tests du sang:

## **Specifiques:**

- Test hémo-occulte positif
- CEA légèrement augmenté

## 6.Coloscopie totale:

- masse hémorragique non obstructive au niveau du côlon ascendant • dimensions 3/3 cm, base sessile

## 7.Biopsie:

- adénocarcinome invasif (G3)

## 8. CT (thorax, abdomen ,pelvis ):

- aucune preuve pour des mets.

- Sans infiltration loco-regionelle (<T4 et Nx)



*Paramètres cliniques et pathologiques qui doivent être évalués en préopératoire pour stadifier le cancer du côlon :*

1. INFO donnée par le résultat de la biopsie:
  - a) la biopsie peut **diagnostiquer** (ou non) un adénocarcinome->la cytologie
  - b) la classification **du degré** de différenciation tumorale: peu différenciée( G3) ->modérée(G2)-> bien (G1-non agressif)

*Paramètres cliniques et pathologiques qui doivent être évalués en préopératoire pour stadifier le cancer du côlon :*

2. Détection et évaluation des métastases hépatiques:



Détection:

a) **Imagerie du foie** chez tous les patients atteints d'un cancer du gros intestin;

b) L'exploration **initiale** : **l'échographie**->la tomodensitométrie ou l'IRM

c) Après l'exploration....

- **présence** de métastases hépatiques; • **absence** de métastases hépatiques. Évaluation :
- Combien? "solitaire" ou "multiples"
- Où? (LHD/LHS et segment)

3. Détermination de l'antigène carcinoembryonnaire(CEA)

Un niveau très élevé suggère des métastases hépatiques même si les examens d'imagerie sont négatifs (micrometa?)

*Paramètres cliniques et pathologiques qui doivent être évalués en préopératoire pour stadifier le cancer du côlon :*





4. Coloscopie avant la chirurgie-> INFO sur:

- Le situs tumoral
- Les caractéristiques du tumeur: hémorragique ; obstructive /non obstructive
- Exclusion des lésions synchrones

Si la coloscopie ne peut pas être faite: **l'irigraphie à double contraste** est obligatoire.

Coloscopie Virtuelle?! -> ne certifie l'absence des tumeurs petites

-> ne remplace pas la coloscopie totale

*Paramètres cliniques et pathologiques qui doivent être évalués en préopératoire pour stadifier le cancer du côlon :*



## 5. Exploration du tractus urologique.

Urographie i.v. la chirurgie préopératoire

- seulement en cas d'une invasion loco-regionelle
- Ou si a l'eco/ CT se observe une hydronephrose
- Evaluation d'ureter

## 6. Exploration des champs pulmonaires (CT torax)

**9.** *Diagnostic (+) clinique et stadification preoperatoire = ex. Local +endoscopie et biopsie+imagerie (ECO->CT+/- ->RMN)*

**Diagnostic + principal : ADK G3 colon ascedant non obstructif  
cT2/T3NxM0**

Stadialisation clinique :c T2/T3(non envahissant locale),Nx( ou regional), M0(non meta F et/ou Pulmon)

**Diagnostics secondaires:**

1.Anemie Secondaire forme legere(*la plus importante pour le context neoplasique dans ce cas*) non necessitant du transfusion

2.DZ II

3.HTA



#### 4. Syndrome métabolique léger

Principes de traitement :

Le traitement du cancer du côlon est :

- **chirurgical** le traitement de base
- et **adjuvant** ( traitement oncologique – chimio postop)

La chirurgie depend:

- du **stade évolutif** de la tumeur
- des **complications** existants (hemmoragie,perforation,abcess)
- et de **l'état général** du patient



Traitement chirurgical:

## **Hémi-colectomie droite radicale avec anastomose ileo-colique latero-laterale:**

- Laparoscopie(GOLD STANDARD):anastomose par suture mecanique
- Classique:anastomose par suture manuelle/mechanique
- ! Curatif
- min 12 ganglions lymphatiques (evalues par EHP de la pièce de resection)
- \* comprend les concepts d' excision mésocolique complète et du ligature centrale des vaisseaux iléocoliques +/- coliques droits si presents (à leur origine des vaisseaux mésentériques supérieurs) par voie laparoscopique, apres Hohenberger

(Palliative: eg. dans les cancers abcedés, cancers avec invasion loco-régionale résecables – hémicolectomie non radicale pour la cytoréduction tumorale; ou iléostomie – dans les cancers obstructifs non-résecables)

**10.** Le traitement chirurgical indiqué dans ce cas:

Hémicolectomie droite radicale laparoscopique avec anastomose iléo-colique latéro-latérale mécanique



\*Le concept d'hémi-colectomie droite élargie: cancers de la flexure hépatique et du colon transverse au voisinage immédiat de la flexure hépatique

!territoire vasculaire AMS (la tumeur e localisee à droite des vaisseaux coliques moyens)



Preparation préopératoire (possible sous chirurgie éleative ):

Vise à réduire quantitativement le contenu intestinal

- générale: les affections organiques, les déséquilibres hydro-minéraux, l'anémie, l'hypoprotéinémie, fonction cardio-vasculaire( ECG,+/-eco cardio), fonction pulmonaire(Rx thorax,Spirometrie-> Laparoscopie possible ou pas)
- locale (préparation du colon avec purgatives-mécanique) : réduit le risque d'infection et le risqué des fistules d'anastomose.

**11.**Preparation préopératoire dans ce cas:

Generale:



- ECG: rythme sinusal, HVS
- Rx: dans les limites physiologiques
- Spirometrie: capacité pulmonaire normale
- TA:120/70 mmHg, FC :N, SpO2 :100%, diurese presente , sans fièvre
- Gestion du diabete: consultation diabetologique pour la suppression des antidiabétiques oraux un jour /12h avant l'intervention chirurgicale +/- support insulinaire selon les indications de specialite Locale:

Un jour avant l'operation:

Diete hydrique

Solutions purgatives

+/- Lavements

## **12.Complications:**

## Intraop:

- Contamination
- Hémorragie
- lésions d'uretère , duodénum

## Postop:

- Fistule d'anast
- Hémorragie
- Infection du paroi abd

**13.**Points à suivre en postopératoire:

- la température corporelle
- contenu et quantité du drainage abd (normalement : sero-sang -> sereux->Ø )
- diurese
- TA/FC/SaO2
- Mobilisation précoce du patient
- Reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- Suppression du drainage abd après la reprise du transit intestinal pour les matières fécales

## **14.** *Diagnostic positif et stadification postopératoire*

EHP:ADK G3 du colon ascendant  
pTNM: T3N0M0 STAGE:II

(autre stadification:DUKES..)

- cytologie :adénocarcinome
- T3 (sans adhérence péritonéale)
- Différenciation G3
- Résection R0
- Pas d'invasion lymphatique( L0)
- Pas d' invasion veineuse(V0),
- N0 (0/16) (0 ganglions lymphatiques tumoraux /16 ganglions lymphatiques prelevées (>12!))

**15.***L'étape suivante:*

Prise en charge au repart oncologique a 9-10 semaines postop pour le traitement adjuvant

**16.***Evolution du cas:* BONNE dans le cadre d'un traitement chirurgical radical et oncologique adjuvant(chimio postop)

**17.** Facteurs prédictifs :

*Facteurs prédictifs positifs:*

+ Stage TNM bas , diagnostic precoce e traitement radical

*Facteurs prédictifs négatifs:*

- Patient âgé avec comorbidités

- ADK G3

**18.** Conclusion

Dg principale : **ADK G3 du colon ascendant hemorragique pTNM: T3N0M0 STAGE:II**

Dg secondaires:

1. Anémie Secondaire forme légère
2. DZ II
3. HTA
4. Syndrome métabolique léger

Traitement :

1. Chirurgical curatif => Hémi-colectomie droite radicale par voie laparoscopique avec anastomose iléo-colique latéro-latérale par suture mécanique
2. À distance en postop: mise en charge oncologique

# CAS3

Homme ,55 ans

# Points a suivre:

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques differentiales
5. Examens paracliniques: test du sangue
6. Examens paracliniques: endoscopie
7. Examens paracliniques: biopsie
8. Examens paracliniques: eco ct rmn
9. Diagnostic positif (+) clinique et stadification preoperatoire = ex. Local +endoscopie et biopsie+imagerie (ECO->CT+/- ->RMN) princ et sec
10. Le traitement chirurgical indique
11. Preparation préopératoire
12. Complications (intraop et postop)
13. Points a suivre en postopératoire
14. Diagnostic positif et stadification postopératoire
15. L'étape suivante
16. Evolution du cas
17. Facteurs prédictifs (+ et -)



## 1. Raisons d'admission (homme, 64 ans )

- Rectorragie
- Evacuation incomplete à défécation
- Tenesmes rectales
- Perte du poids ( 7 kg dans deux mois)
- Fatigue

## 2. Pathologie associée:

- Syndrome métabolique :obesite gr I: IMC 30
- HTA moyen (inhibiteur de l'ECA,BCC)

- appendicectomie dans l'enfance
- Maladies familiale : diabete

Context de vie:

- Retraité
- fumeur
- Alcool denie

### **3.**Examens cliniques

1.Evaluation generale :normale

2.Abdominale:

- abdomen avec couche adipeuse richement représentée

- doux, mobile avec les mouvements respiratoires
- indolore spontanément et à la palpation
- sans signes d'irritation péritonéale au moment de la consultation
- Transit intestinale present

### **3.Examens cliniques :**

#### 3.Toux rectale:

- Tonus sphinctérien normal
- Ampoule rectale avec des matières fécales
- Antérieurement:la zone de projection de la prostate dans les limites physiologiques
- Pas de processus de remplacement d'espace jusqu'à environ 7 cm de l'orifice anal externe
- Pas de traces de sang frais sur le doigt du gant au moment de la consultation

## 4. *Diagnostic présumé:*

Diagn(+) présumé: **formation tumorale pelvienne**

Diagn(-) différentiel:

Pathologie intestinale:

- Hémorroïdes
- Maladie diverticulaire
- Colite infectieuse/ ischémique
- Maladie inflammatoire de l'intestin (Rectocolite hémorragique)
- Syndrome du côlon irritable

Pathologie du tractus urogénital:

- tumeurs de la vessie
- Hommes: hyperplasie bénigne de la prostate, cancer de la prostate
- Femmes: cancer de l'utérus, léiomyome utérin, cancer de l'ovaire, tumeurs de la vessie

# Examens paracliniques ?

## 5. Tests du sang

Dans le contrôle "**de routine**":

- Hémogramme : évocatrice de une anémie modérée
- Biochimie normale
- Temps de coagulation normaux

**5.** Tests spécifiques (sang et coproculture):

## **Specifiques:**

- CEA ,CA19-9 legerement augmenté

6.Coloscopie totale: tum.rect sup



## 7. Biopsie:

- adénocarcinome intestinale (G1/2)

8. CT (thorax, abdomen): négatif pour des mets.

IRM pelvis:

**9.** *Diagnostic (+) clinique et stadification preoperatoire = ex. Local +endoscopie et biopsie+imagerie (ECO->CT+/- ->RMN)*

**Diagnostic + principal : ADK G1/G2 rect sup cT2/T3N2M0**

Stadialisation clinique :c T3N2M0

**Diagnostics secondaires:**

1. Anemie Secondaire forme moderee(*la plus importante pour le context neoplasique dans ce cas*) nécessitant du transfusion


2. HTA

3. Syndrome métabolique: obesite gr.I

**Principes de traitement :**

Le traitement du cancer du côlon est :

- **chirurgical** le traitement de base

- 
- Neoadj: radiothérapie preop
  - et **adjuvant** ( traitement oncologique – chimio postop)

La chirurgie depend:

- du **stade évolutif** de la tumeur
- des **complications** existants (hemorragie, perforation, abcess)
- et de **l'état général** du patient

**10.**Le traitement chirurgical indique dans ce cas:

Rezection ant du rectum

# 11. Préparation préopératoire dans ce cas:

Générale:

- ECG: rythme sinusal, HVS
- Rx: dans les limites physiologiques
- Spirométrie: capacité pulmonaire normale
- TA: 120/70 mmHg, FC :N, SpO2 :100%, diurèse présente , sans fièvre
- Transfusion • Prophylaxie du TEP Locale:

Un jour avant l'opération:

Diet hydrique

Solutions purgatives

Lavements

# 12. Complications:

## Intraop:

- Contamination
- Hemorragie
- lésions d'uretère, lésions du système urinaire

## Postop:

- Fistule d'anast
- Hemorragie
- Infection du paroi abd

## 13. Points à suivre en postopératoire:

- la température corporelle
- contenu et quantité du drainage abd (normalement : séro-sang → séreux → ∅ )

- diurese
- TA/FC/SaO2
- Mobilisation précoce du patient
- Reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- Suppression du drainage abd après la reprise du transit intestinal pour les matières fécales

## 14. *Diagnostic positif et stadification postopératoire*

EHP:ADK G1/G2      pTNM: T3N2M0 STAGE:III  
(autre stadialisation:DUKES..)

- cytologie :adénocarcinome
- T3 (sans adhérence péritonéale)
- Différenciation G1/G2

- Résection R0
- Pas d'invasion lymphatique( L1)
- Pas d' invasion veineuse(V1),
- N2

**15.***L'étape suivante:*

Prise en charge au repart oncologique a 9-10 semaines postop pour le traitement adjuvant

**16.***Evolution du cas:* BONNE dans le cadre d'un traitement chirurgical radical et oncologique adjuvant(chimio postop)

**17.** Facteurs prédictifs :

*Facteurs prédictifs positifs:*

+ traitement radical



## *Facteurs prédictifs négatifs:*

- Patient âgé avec comorbidités -

sans radiotherap preop

## **18.**Conclusion

Dg principale : **ADK G1/G2 rect sup pTNM: T3N2M0 STAGE:III**

Dg secondaires:

1.Anemie Secondaire forme moderee

2.HTA

3. Syndrome métabolique léger

Traitement :

1.Chirurgical curatif => RAR par suture T-T mecanique

2.A distance en postop: mise en charge oncologique



# CAS 4:

Femme ,47 ans

CHIRURGIE II

# Points a suivre:

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques differentiales
5. Examens paracliniques: tests du sangue
6. Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax
7. Diagnostic positif (+) clinique et preparation préopératoire
8. Le traitement chirurgical indique
9. Complications (intraop et postop)
10. Points a suivre en postopératoire
11. L'étape suivante
12. Evolution du cas
13. Facteurs prédictifs (+ et -)
14. Conclusion

# 1. *Raisons d'admission (femme, 47 ans )*

Presentation en regime d'urgences

- douleurs abdominales + sdr febrile

└ Les douleurs :évolution depuis 3 jours, prédominant dans l'épigastre et l'hypochondre droit

└ Le sdr febrile: Depuis 24h :frissonne et 39°

## 2. *Pathologie associée:*

- Ulcère gastrique traité médicalement il y a 5 ans
- Interventions chirurgicale: appendocectomie
- Aucun traitement • Maladies familiale : denie

Context de vie:

- fumeur

## 3. *Examens cliniques*

1. Evaluation generale :- etat général modérément altéré
- déshydratation
  - teguments N (sans signes d' ictère franc)

## 2.Abdominale:

- abdomen avec couche adipeuse normalement représentée
- doux, mobile avec les mouvements respiratoires
- douleur de l'hypochondre droit avec Murphy +
- Transit intestinale present

## 4.*Diagnostic presomptif:*

Diagn(+) presomptif: cholecystite aigue lithiasique

Algorithme de causalité:causes mécaniques +chimiques +

infectieuses Diagn(-) différentiel:

- **ulcère perforé: important dans ce cas (!patiente avec passé ulcéreux)**
- pathologie thoracique : pneumonie basale droite et pleurésie (+symptomatologie respiratoire + apparence radiologique spécifique )
- pathologie urologique:pyélonéphrite aiguë, coliques rénales
- pancréatite aiguë (! peut aussi compliquer une cholécystite aiguë=>cholécystopancréatite  
=>l'irradiation de la douleur vers l'hypochondre gauche + ↑ ↑ ↑ lipase , l'amylase sériques)

## Examens paracliniques ?

## 5. *Tests du sangue*

- Hémogramme : 13.000 leucocytes
- Biochimie : CRP ↑ bilan hépatique N  
=>syndrome inflammatoire (CRP ↑ leucocytes ↑ )
- Temps de coagulation normaux

## 6. *Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax*



Ecg: rythme sinusal

Rx: N


Echographie :

- Murphy échographique
- Lithiase + épaissement de la paroi de la vésicule (>4mm)
- Voie biliaire du calibre N

**7.***Diagnostic (+) clinique et preparation préopératoire = ex. Local + bilan hemodinamique+ imagerie (ECO)*

Diagnostic (+) principal : Cholecystite aigue lithiasique

Preparation préopératoire : générale

- 
- A jeun
  - Antalgiques, Antipyrétiques
  - Antibiothérapie (Amoxicilline+ Ac Clavulanique/ Ceftriaxone + Métronidazoles)
  - les affections organiques, les déséquilibres hydro-minéraux,
  - fonction cardio-vasculaire( ECG,+/-eco cardio)
  - fonction pulmonaire(laparoscopie possible ou pas)

Principes de traitement :

=>chirurgical laparoscopique le traitement de base

La chirurgie depend:

- des complications existants (perforation,abcess)
- et de l'état général du patient

**8.***Le traitement chirurgical indique dans ce cas:*Cholécystectomie retrograde par voie laparoscopique

## 9. *Complications:*

### Intraop:

- Contamination
- Lésions vasculaires : !appartiennent aux variantes de l'artère cystique, l'artère hépatique et de la veine porte.

⌊ la lésion la plus courante est celle de l'artère cystique. Se produit accidentellement lors de la dissection du triangle de Budde ou par dérapage de la ligature de l'artère

⌊. Les lésions de l'artère hépatique sont dues à des variétés anatomiques (peut entraîner une ischémie partielle du foie, parfois mortelle. l'ischémie partielle peut être partiellement résolue par l'oxygénothérapie associée à l'ATB.)

- lésions biliaires - ligature latérale du CBP (tirée par le canal cystique)
- lésions du duodenum ou du côlon

- plaies hépatiques lors du décollage des adhérences

## 9. *Complications:*

### Postop:

- Hemorragie (du lit vésiculaire, par dérapage de la ligature l'artère cystique, déficits de coagulation)
- biliragie précoce (du lit vésiculaire - peu ou abondante en relâchant le ligament sur le cystique ou une lésion CBP ignorée, ou luschka) ou tardive et abondante (nécrose du pilier cystique);
- coleperitoneum, péritonite biliaire;
- l'ictère précoce est lié à la ligature du CBP, l'ictère tardif étant causé par une angiolite ou un obstacle CBP ignoré
- pancréatite aiguë est rare;
- péritonite localisée ou généralisée
- Infection du paroi abd

- complications générales (maladie thromboembolique, broncho-pulmonaire, complications cardiaques, insuffisance rénale, complications urinaires)

## **10.***Points à suivre en postopératoire:*

- ATB
- aspiration gastrique
- analgésiques majeurs
- équilibre du volume, hydroélectrolyse
- la température corporelle
- contenu et quantité du drainage abd (normalement :séro-sang ->séreux->Ø )
- diurèse
- TA/FC/SaO<sub>2</sub>
- mobilisation précoce della patiente

- reprise de l'alimentation avec reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- traitement préventif de la thrombophlébite postopératoire
- contrôle des plaies

### **11.** *L'étape suivante:*

Prise en charge gastro enterologique par le control du pathologie ulcereuse

### **12.** *Evolution du cas:*

Dans le cadre d'un traitement chirurgical laparoscopique: BONNE

! les troubles minimes qui peuvent survenir sont dus aux adhérences sous-hépatiques qui provoquent la dyskinésie duodénale, la pathologie du pilier cystique.

### **13.** *Facteurs prédictifs :*

*Facteurs prédictifs positifs:*

+ Patient jeune sans comorbidités

*Facteurs prédictifs négatifs:*

-

## **15.***Conclusion*

Dg principale : Cholecystite aiguë lithiasique

Dg secondaires: Ulcère gastrique traité

Traitement :

1.Chirurgical => Cholecystectomie rétrograde par voie laparoscopique

2.A distance en postop: mise en charge gastroentérologique



# CAS 5 Femme, 48 ans

## CHIRURGIE II

### L'ictère mécanique par lithiase du canal biliaire principal

#### *Points à suivre*

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques différentiales
5. Examens paracliniques: tests du sang
6. Examens paracliniques: échographie, ECG, RX thorax

7. Diagnostic positif (+) clinique et preparation préopératoire
8. Le traitement chirurgical indique
9. Complications (intraop et postop)
10. Points a suivre en postopératoire
11. L'étape suivante
12. Evolution du cas
13. Facteurs prédictifs (+ et -)
14. Conclusion

1. *Raisons d'admission* Femme, 48 ans

Presentation en regime d'urgences : douleurs abdominales + fièvre+ ictère

Les douleurs : évolution depuis 2 jours, prédominant dans l'épigastre + l'hypochondre droit

La fièvre: Depuis 24h + frissonne et 38,5 °

Téguments ictériques depuis circa 24 h (+ affirmative urine hyperchrome et selles discolores)

## *2.Pathologie associée:*

- Diagnostique avec lithiase biliaire depuis 2 ans ,sans episodes de colique hepatique dans le derniers 3 mois
- Pas d'interventions chirurgicale en atcd
- Aucun traitement
- Maladies familiale : denie

### 3. *Examens cliniques*

1. Evaluation generale :- etat général modérément altéré - déshydratation  
- teguments et scleres ictériques

#### 2. Abdominale:

- abdomen avec couche adipeuse richement représentée
- mobile avec les mouvements respiratoires
- douleur intense ,debut brusque, au niveau de l'hypochondre droit + de l'epigastre
- transit intestinale present (selles discolorees)
- urines hiperchromes

#### 4. *Diagnostic presomptif:*

Diagn(+) presomptif: Ictère mécanique lithiasique par lithiase du CBP

Algorithme diagnostique : Triade de Charcot (ou Triade de Villard et Perrin)

association de façon SUCCESSIVE : **Triade de Charcot = Douleurs + Fièvre + Ictère**

Diagn(-) différentiel:

- ictère hémolytique (préhépatique): (jeunes patients atteints d'une maladie connue , patient est plus anémique que jaunâtre)
- ictère hépatocellulaire au cours d'une hépatite aiguë où le (processus de cytolysse est dominant)
- ictère néoplasique mécanique dû à un néoplasme CBP, à un ampulome vaterien ou à un néoplasme de la tête pancréatique

=> !note distinctive : commencement insidieusement sans colique biliaire (indolore) est progressive, apyrétique

- Autres causes d'obstruction de la lumière du CBP: vésicules filles ou débris de membrane proliférative en cas de rupture du kyste hydatique hépatique dans les voies biliaires, vers ronds migrateurs dans les voies biliaires;
- Compressions extraluminales du CBP: calculs biliaires encombrants intégrés dans un goitre de Hartmann et compressivement CBP (syndrome de Mirizzi), compression des ganglions lymphatiques (bacillaire, néoplasique).

Examens paracliniques ?

## 5. *Examens paracliniques: tests du sangue:*

Hemogramme: 15.000 leucocytes

83.6 % granulocytes

BD + BT elevees : bilirubine directe = 2 mg/dl

bilirubine totale = 2.9 mg/dl

## 6. Examens paracliniques: ecographie, IRM, ecg, rx thorax

Ecg: rythme sinusal

Rx: N

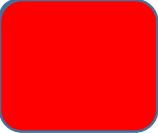
Echographie :

- Microlithiase vésiculaire , paroi vésiculaire > 0,4 mm :Cholecystite aiguë
- Dilatation du CBIH et CBEHP
- une grande quantité de liquide libre dans la poche Douglas, entre les boucles intestinales et l'espace Morrison

Cholangio IRM: *cholédocholithiase*

Examens complémentaires pour le diagnostic



- 
- Radiographies abdominales non préparées sur la région sous-hépatique pour révéler des calculs opaques a rayons X (visibles) sur la trajectoire présumée du cholédoque
  - Examen échographique: dilatation CBP > 0,8 mm + images hyperéchogènes avec cône d'ombre dans le CBP
  - ColangioRMN
  - ERCP
  - Cholangiographies IV (pas possibles dans l'ictère si BT > 2,5 mg% ml)

Sphincterotomie et levement duc calculs par ERCP si possible et le gold standard pour le traitement endoscopique de la lithiase du voi biliaire principale! (offre la possibilité de exploration du CBP e si necessaire du duct pancreatic)



### *Indications pour l'exploration préopératoire et peropératoire du CBP*

- Patient ayant des antécédents d'ictère au cours d'une colique biliaire ou d'un ictère.
- Cholédoque dilaté au échographie chez les patients atteints de cholécystite aiguë et de signes biologiques évocateurs d'une lithiase CBP avec cholestase:
  - augmentation des transaminases
  - bilirubine directe
  - phosphatase alcaline
  - gamme GT
- Échographie visible des calculs intra -cholédociens ou sur cholangioRMN, ou palpables sur palpation manuelle sur le pédicule hépatique intraopératoire
- Calculs vésiculaires, type micro-lithiase , avec un cystique gros et un cholédoque dilaté à l'exploration visuelle + histoire des coliques
- Apparition transitoire d'une jaunisse ou d'une pancréatite aiguë
- Colique cholédocale postopératoire surtout après une cholécystectomie avec micro lithiase
- Syndrome de jaunisse postcholécystectomie



## Formes cliniques de lithiase du CBP:

1. *Forme latente*

2. *Forme basse*


3. *Forme chronique*

4. *Forme avec cholécystite latente*

5. *Ictère + angiolite sévère + syndrome infectieux sévère + fièvre continue + frissons répétés*

6. *Lithiase cholédocale (elle-même latente) commençant par des autres manifestations aiguës*

- *Forme latente:* (-) la triade Charcot => et la lithiase CBP n'est suspectée (on la découvre lors d'une cholécystectomie). Ce formulaire est plus fréquemment détecté car il est créé exploration perop / préop systématique du CBP. => cholangiographie (cholédoque dilaté ou images lacunaires);
- *Forme basse:* le syndrome cholédochal est présent et très aigu;

- 
- *Forme chronique*: calcul "valvulaire" dans lequel on a des +=> crises paroxystiques typiques+douleur+jaunisse+fièvre courte
  - *Forme avec cholécystite latente* : la fièvre, les frissons, la jaunisse + caractère continu (pseudoneo) + d'anémie + d'hépatomégalie.

!due à un calcul intégré dans Ampoule de Vater. (peut être installé sans prodrome =>il passe progressivement, sans atténuation, simulant d'une jaunisse par néo de la tête du pancréas ou CBP+ démangeaisons intenses+ un état général altéré.

- Ictère + angiolite sévère + syndrome infectieux sévère + fièvre continue + frissons répétés.

Foie=> hypertrophie (-) réaction péritonéale + azotémie :

au premier N => +/- evol ↑ ↑ très vite :

d'angiolite ictéro-urémigène de Caroli (angiolite +IRA)



- *Lithiase cholédocale (elle-même latente )commençant par des complications évolutives aiguës*

=> la maladie commence par *une pancréatite aiguë, un abcès du foie, une cholécystite suppurée aiguë, la pilephlébite aiguë* (ascending septic thrombophlebitis of the PORTAL VEIN) dont la lithiase cholédocale est à l'origine, ne sera découverte qu'après chirurgie ou autopsie.

#### *Traitement :*

ATB + restauration chirurgicale du drainage biliaire

ATB : *Ampicilline* (préférée compte tenu de son élimination biliaire;)/

céphalosporine + *Métronidazole* (pur germes anaérobies à Gram négatif) Chirurgie:

!dépend de l'état général du patient

⌊ *si l'intervention est réalisée à un moment favorable :*

**2 objectifs proposés:** lever l'obstacle + restaurer le drainage biliaire

⌊ *lorsque l'état général est modifié=>* intervention minimale sera effectuée à des fins de décompression biliaire.



⌵ L'intervention de drainage la moins nuisible serait la cholécystostomie décompressive (Mirrizi)

⌵ La cholédochotomie suivie d'un drainage Kehr(chirurgical)

⌵ Le drainage radiologique percutané

⌵ Le drainage endoscopique par ERCP : STENT au niveau du CBP après une sphinctérotomie endoscopique

**7.***Diagnostic (+) clinique et preparation préopératoire = ex. Local +bilan hemodinamique+ imagerie (ECO) +IRM*

Diagnostic (+) principal : Icter mecanique lithiasique par lithiase du CBP

Diagnostic secondaire: Cholecystite chronique avec microlithiase vesiculaire

Syndrome Febrile

Preparation préopératoire : générale

A jeun

Antalgiques, Antipyrétiques

Antibiothérapie (Ampiciline/Amoxicilline+ Ac Clavulanique/ Ceftriaxone + Métronidazoles) les affections organiques, les déséquilibres hydro-minéraux, fonction cardio-vasculaire( ECG,+/-eco cardio) fonction pulmonaire(laparoscopie possible ou pas)  
Monitorisation de la diurese

### **8.***Le traitement chirurgical indique dans ce cas:*

- 1.Cholecystectomie retrograde (cholecystite aigue lithiasique=urgence chirurgicale) suivie d'un drainage biliaire externe (transcystique) par voie laparoscopique en urgence avec
- 2.cholangiographie intraoperatoire
- 3.ERCP



*Colangiographie intraopératoire: aspect intraop dans ce cas: calculs au niveau du papile*

+ Dans ce cas:ERCP en postop

Complications possibles du ERCP :

- HDS: duodenoscopy: saignement au niveau du site du papilothomie
- Pancreatite aigue inflammatoire

## 9. *Complications:*

De la Cholecystectomie intraop+postop mentionnes au cas 4

De la Choledocotomie + drainage biliaire externe:

Intraop: contamination, lesions laculaires etc

Postop:détachement du tube Kehr(! *manifestations*):

- *drainage simultané sur le tube de Kehr et sur le tube intraabdominal (sous - hepatique)*
- *drainage important sur le tube sous hepatique*

*Les complications qui déterminent la mauvaise fonctionnalité du tube Kehr:*

=> peuvent être secondaires à son mauvais assemblage ou à la persistance d'une pathologie biliaire obstructive non reconnue

! *manifestations de non-fonctionnalité du tube Kehr:*

- absence de drainage sur le tube de Kehr;
- drainage intermittent sur le tube de Kehr;
- drainage excessif sur le tube de Kehr

**10.** *Points à suivre en postopératoire:*

- ATB
- aspiration gastrique
- analgésiques majeurs
- équilibre du volume, hydroélectrolyse
- la température corporelle
- contenu et quantité du drainage abd (normalement : sero-sang -> sereux -> Ø )
- diurèse

- TA/FC/SaO2
- mobilisation précoce della patiente
- reprise de l'alimentation avec reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- traitement préventif de la thrombophlébite postopératoire
- contrôle des plaies

**10.***Points à suivre en postopératoire:*

*Tube Kehr :*

*le tube Kehr est supprimé avant le drainage sous-hépatique*

Après la suppression du tube Kehr:

- La condition subfébrile de 2-3 jours est l'expression d'une angicolite résiduelle

- Une bilirubie importante et prolongée sur le tube de protection soulève des problèmes particuliers (calculs résiduels, sténose CBP, oddite ou pancréatite).

## 11. *L'étape suivante:*

Prise en charge gastro enterologique

## 12. *Evolution du cas:*

Dans le cadre d'un traitement chirurgical laparoscopique: BONNE

! les troubles minimes qui peuvent survenir sont dus aux adhérences sous-hépatiques qui provoquent la dyskinésie duodénale, la pathologie du pilier cystique. 13. *Facteurs prédictifs :*

*Facteurs prédictifs positifs:*

+ Patient jeune sans comorbidités

*Facteurs prédictifs négatifs:*

-

## 15. Conclusion

Dg principale : Ictère mécanique lithiasique par lithiasse du CBP au niveau papillaire

Dg secondaires: Cholecystite chronique lithiasique

Traitement :

1. Chirurgical => Cholecystectomie rétrograde par voie laparoscopique + drainage biliaire externe

2. Endoscopique: ERCP

3. A distance en postop: mise en charge gastroentérologique

1. AU - Gupta, Vishal; AU - Jain, Gaurav PY - 2019/02/27; SP - T1 - Safe laparoscopic cholecystectomy: Adoption of universal culture of safety in cholecystectomy; VL DO - 10.4240/wjgs.v11.i2.62; JO - ER - TY - JOUR

[https://www.researchgate.net/publication/330618898\\_Safe\\_laparoscopic\\_cholecystectomy\\_Adoption\\_of\\_universal\\_culture\\_of\\_safety\\_in\\_cholecystectomy/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/330618898_Safe_laparoscopic_cholecystectomy_Adoption_of_universal_culture_of_safety_in_cholecystectomy/citation/download)

2. [https://www.medgadget.com/2007/05/spyglass\\_direct\\_visualization\\_system\\_makes\\_ercps.html](https://www.medgadget.com/2007/05/spyglass_direct_visualization_system_makes_ercps.html)

3. <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v25/i13/1531.htm>





# CAS 6:

Homme ,55 ans

CHIRURGIE II

Pancreatite aigue

Points a suivre:

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques differentiales

5. Examens paracliniques: tests du sangue
6. Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax
7. Diagnostic positif (+) clinique
8. Complications
9. Le traitement chirurgical indique
10. Points a suivre en postopératoire
11. L'étape suivante
12. Evolution du cas
13. Facteurs prédictifs (+ et -)
14. Conclusion

## **1.** *Raisons d'admission (Homme, 55 ans )*

Presentation en regime d'urgences

- douleurs abdominales + vomissements

└ Les douleurs : évolution depuis 1 jour, prédominant dans l'épigastre et l'hypochondre gauche => vomissements

## 2. *Pathologie associée:*

- Oesophagite virale
- Interventions chirurgicale: ulcer gastric perforee: suture et phyloroplastie il y a 15 ans
- Aucun traitement
- Maladies familiale : diabete

## Context de vie:

- fumeur
- alcool

### 3. *Examens cliniques*

1. Evaluation generale :- etat général modérément altéré  
- déshydratation  
- teguments N (sans signes d' ictère franc)

#### 2. Abdominale:

- abdomen avec couche adipeuse normalement représentée
- doux, mobile avec les mouvements respiratoires
- douleur de en bare epigastrique
- Transit intestinale accelere:steathoree

## 4. *Diagnostic presomptif:*

Diagn(+) presomptif: pancreatite aigue

Diagn(-) différentiel:

- Perforation d'organe (ulcère gastroduodénal)
- Occlusion intestinale
- Infarctus entéro-mésentérique
- Douleur colique intense (colique rénale, colite)
- Infarctus du myocarde
- Syndromes rétropéritonéaux aigus (anévrisme disséquant aortique, hématome périrénal hématome rétropéritonéal spontané et post-traumatique)
- Acidocétose diabétique
- Autres maladies du pancréas: forme d'algues pancréatite chronique, cancer du corps

- pancréas
- pathologie urologique:pyélonéphrite aiguë, coliques rénales
- une cholécystite aiguë (! PA peut aussi compliquer une cholécystite aiguë=>cholécystopancréatite =>l'irradiation de la douleur vers l'hypochondre gauche + ↑↑↑ lipase , l'amylase sériques)

## Examens paracliniques ?

## 5. *Tests du sang*

- Hémogramme : 15.000 leucocytes anemie legere: Hb=10.4 g/dl
- Biochimie : CRP ↑ , bilan hépatique AST ALT ↑ , lipase, amylase ↑ ↑ ↑  
=>syndrome inflammatoire (CRP ↑ leucocytes ↑ )

Uree N

Creatinine N



Na,K,Ca,glycemie N

- Temps de coagulation normaux

## **6.** *Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax*

Ecg: rythme sinusal

Rx thorax: N

Echographie :

- Sludge + sans épaississement de la paroi de la vésicule (<4mm)
- CBIH=N, CBP=0,8 mm

=> 7. *Dg clinique* =PA non-lithiasique

CT 3ieme semaine

Pseudokist du corp pancreatique




## 9. *Complications:*

### 1. Complications générales:

- cardiovasculaire (hypotension - due à une hypovolémie, des phénomènes ischémiques, une péricardite)
- pulmonaire (pleurésie, atélectasie, abcès médiastinal, pneumonie, insuffisance respiratoire)
- hématologique (coagulation intravasculaire disséminée)
- rénale (oligurie, azotémie, thrombose de l'artère rénale ou de la veine)
- gastro-intestinal (ulcère aigu, gastrite érosive, thrombose de la veine porte)
- métabolique (hyperglycémie, dyslipidémie, hypocalcémie)
- neuropsychiatrie (psychose, syndrome de Korsakoff)

## 9. *Complications:*

### 2. Complications locales:



Hémorragie: quand produit par évolution du processus d'autolyse=>survient dans la loge pancréatique et dans la cavité péritonéale quand, produit par des ulcères de stress aigu et fibrinolyse=>hémorragie

**digestive**: produit une anémie importante.

b) Crise pancréatique: résulte de la délimitation du tissu pancréatique autolysé par le tissu le pancréas est resté libre. C'est une zone de nécrose glandulaire aseptique (unique ou multiples )

c) Pseudokyste pancréatique post-nécrotique: pseudokyste (sans sa propre paroi) partiellement délimité par le pancréas, les organes voisins et les barrières d'adhésion qui se forment un mur solide. Il développe généralement extrapancréatique et contient du suc pancréatique mélangé avec des coléoptères et du sang.

Manifestations cliniques : douleurs épigastriques + troubles dyspeptiques : apparition 2 à 3 semaines après le début de l'PA

Clinique : une formation tumorale épigastrique => confirmée paracliniquement: radiologie, échographie ou CT .=>évolution : résorbé/fistulé /infecté (abcès)



## 9. *Complications:*

### 2. Complications locales:

d) Abscess pancréatique => conséquence de l'infection du phlegmon pancréatique, en évolution du pseudokyste pancréatique.

Signes cliniques: à 2-3 semaines après le début de la maladie: altération de l'état général, asthénie, fièvre septique et objectivement un pétéchissement est détecté profond avec sensibilité dans l'épigastre ou l'hypochondre gauche, leucocytose.

La collection peut être mise en évidence par échographie (bulles de gaz dans la zone pancréatique) et par CT.

e) Autres complications (rares): sténose antrale, sténose duodénale, ictère mécanique, perforations digestif.

Algorithme de traitement dans la pancréatite aiguë:



3 étapes: A.urgence immédiate (12-24 premières heures après l'hospitalisation)

B.urgence retardée (première semaine après l'hospitalisation)

C.stade de complication (entre 7-10 jours et les semaines suivantes)

Traitement d'urgence immédiat (A 12-24h apres hosp)=>médical

a) Gestion du douleur: procaine /xyline à 1% iv ou en perfusion + avec des antispasmodiques (pavot, scobutyle).

!Morphine non utilisée (effet spastique sur le sphincter Oddi)

b) Réduction de la sécrétion pancréatique:

-atropine (par perfusion /par voie sous-cutanée et / ou probantine)

- Suspendre la prise de nourriture par voie orale, assurer l'aspiration gastrique à travers sonde permanente.



Aussi possible la réfrigération gastrique avec des fluides froids sur le tube nasogastrique ou un sac de glace sur l'épigastre ( ↓ le tonus vagal)

c) Rééquilibrage hydroélectrolytique (traitement du choc enzymatique):

correction de l'hypovolémie

Rééquilibrage électrolytique avec des solutions NaCl, KCl et +/- calcium selon l'ionogramme.

+/-L'insuline si nécessaire pour corriger la glycémie.

HHC (propriétés anti-inflammatoires, antihistaminiques et vasopresseurs)

d) Traitement antiensymatique (leur efficacité a été trouvée seulement dans les formes œdémateuses de la PA si dans fortes doses dans les premiers jours suivant le début) !Dans les lésions de nécrose, les antisymes n'ont aucun effet e) Traitement anti-infectieux :ATB

f) Nutrition hypercalorique parentérale: apport nutritionnel moyen est de 40 à 50 kcal / kgc / jour : préparations d'acides aminés + solutions de glucose isotoniques ou hypertoniques



Traitement chirurgical dans l'étape urgence  
immédiat ? Indications pour une intervention  
chirurgicale ?!:

- absence ou incertitude du diagnostic chirurgical dans l'évolution duquel le timing serait cela signifie l'aggravation
- ainsi que la forme fulminante dans laquelle les fonctions vitales ne peuvent pas être maîtrisées et le choc ne répond pas après quelques heures de traitement.

?: Laparotomie exploratoire + bilan générale

+ cholecystectomie si nécessaire

+ drainage externe avec tubes sous hépatique + bourse omentale


Ou

Coeliostomie

Traitement chirurgical d'urgence retardé: 1<sup>re</sup> semaine

chirurgie généralement effectuée sur des aiguilles





les cas dans lesquels le diagnostic de la PA est sûr et ont réussi le choc enzymatique initial ou non ils ont répondu à un traitement de dessiccation conservateur.

Moment de la chirurgie : 1<sup>re</sup> semaine après l'hospitalisation

Lésion dominante de cette phase évolutive: est la crise pancréatique postnécrotique.

La chirurgie de choix est la nécrectomie pancréatique (ablation des tissus coléoptères non viables glandulaires, nécrotiques et résultants), qui est complétée par un drainage externe avec tubes.


+manuvre Kocher

Traitement chirurgical des complications tardives de la maladie:

- pseudokyste pancréatique:

  = endoscopique drainage transgastric par eco-endoscopique, doudeno-cystostome endoscopique) = et traitement chirurgicale :

- excision du kyste,
- drainage interne – si pseudokyst est au niveau du corp pancreatique=kysto-gastroanastomose

- 
- si pseudokyst est au niveau du tete pancreatique cysto jenunoanastomose sur la boucle exclue / kyste-duodénoanastomose
  - abcès post-pancréatique: un large débridement chirurgical de la loge est pratiqué pancréatique et en maintenant un drainage externe jusqu'à ce que le patient soit afébrile et les tubes égoutter n'apporte plus de pus

## **10.***Points à suivre en postopératoire:*

- ATB
- aspiration gastrique
- analgésiques majeurs
- équilibrage du volume, hydroélectrolyse
- la temperature corporel
- contenu et quantité du drenaige abd (normalement :sero-sang ->sereux->Ø )
- diurese

- 
- TA/FC/SaO2

- mobilisation précoce du patient
- reprise de l'alimentation avec reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- traitement préventif de la thrombophlébite postopératoire
- contrôle des plaie

### **11.** *L'étape suivante:*

Cholecystectomie a distance de la remission du PA

### **12.** *Evolution du cas:*

Dans le cadre d'un traitement chirurgical tardée BONNE

### **13.** *Facteurs prédictifs :*

*Facteurs prédictifs positifs:*



+ Patient operée in stade retarde

*Facteurs prédictifs négatifs:*

- > 55 ans

- leuco > 15000

-alcool

## 15. *Conclusion*

Dg principale : Pancreatite aigue

Dg secondaires: Ulcere  
gastrique traite

Traitement :

1. Chirurgical => Kystogastro anastomose

2. A distance en postop: mise en charge gastroenterologique +chocystectomie

# CAS 7 Homme 57 ans

perte de poids =9kg dans 3 mois

douleurs abdominales- constante vague dans l'épigastre et l'hypochondre droit

anorexie

jaunisse(jaunisse progressive depuis 2 semaines)

## Symptômes classiques :

- perte de poids (en moyenne 15 kg- non explicable par anorexie et maldigestion.)
  - douleurs abdominales- constante vague ou gênante dans l'épigastre et l'hypochondre droit + irradiation fréquente dans le dos (tumeurs corporelles -mésogastrique, queue-l'hypochondre gauche)
- ! Si la tumeur a étendu dans la zone rétropéritonéale avec l'invasion du plexus nerveux des ganglions, de l'axe coélique, la douleur devient sévère et permanente
- anorexie et jaunisse(jaunisse progressive + démangeaisons)
  - +/- dyspepsie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de l'asthénie, mal au dos
- tumeurs corporelles -mésogastrique, queue-l'hypochondre gauche.
- transit intestinal peut changer (diarrhée/constipation)

Ex. physique :

- ictère
- hépatomégalie (plus fréquent dans le cancer de la tête pancréatique/métastases)
- signe de Courvoisier (distension de la vésicule biliaire)
- splénomégalie (par compression mécanique et thrombose du système veineux)
- masse abdominale palpable (surtout à l'endroit du corps et de la queue)
- hémorragie sur le tractus gastrique (franche ou occulte)-en érodant la muqueuse duodénale)
- murmure systolique péri-biliaque et dans l'hypochondre gauche (invasion ou compression de l'artère splénique par la tumeur)
- signe de Trousseau (thrombophlébite migratoire)
- lymphadénopathie supraclaviculaire (nodule de Virchow)



- polyarthralgie

Diagn (+):Neo tete pancreas

Diagn (-):

- ampulome vaterien
- cancer gastrique
- cancer du colon transverse
- cancer de la bifurcation du voie biliaires



Tests de laboratoire:

Anémie

altération de la fonction hépatique :

augmentation de la bilirubine ↑ ↑ ↑ BT=18

transaminases ↑

gamma GTP ↑

phosphatase alcaline ↑

LDH ↑

CA19-9 ↑ ↑

- Échographie abdominale: T tete pancr 4 cm (détecte les tumeurs pancréatiques  $\geq 2$  cm de diamètre), dilatation CBEH ,Wirsung visualisable
- Échographie endoscopique: sans invasion de AMS,VMS VP(apporte des informations notamment sur les rapports de la tumeur aux vaisseaux mésentériques et à la veine porte)
- Tomodensitométrie (TDM) :t tete pancréas non invadante dan des tissus voisins.
- (L'ERCP)

### **BOX 23.6 Criteria for Unresectability in Pancreatic Cancer**

Histologically confirmed hepatic, serosal, peritoneal, or omental metastases

Tumor extension outside pancreas

Celiac or high portal node involvement confirmed by frozen section

Extensive portal vein involvement by tumor or invasion/encasement of celiac axis, hepatic artery, or superior mesenteric artery

Quinn TR, Condon KJ, Brennan MF. Laparoscopy for staging abdominal malignancies. *Surg Endosc*. 2003; 17(4):605-610.  
Martyr JA, Condon KJ, Brennan MF. The value of laparoscopic staging in upper gastrointestinal malignancy. *Gastroenterology*. 2003; 124(5):1167-1171.

Pour le cancer céphalopancréatique, deux types d'interventions curative peuvent être réalisées:

1) *CPD standard (chirurgie de Whipple)* - réséquer la tête du pancréas, l'antregastrique, duodénum, cholédoque, vésicule biliaire et les premiers centimètres du jéjunum

2) *DPC avec préservation pylorique (opération Traverso-Longmire)* - variante de l'opération Whipple, en qui préserve le pylore, la section du duodénum étant 2-3 cm en dessous du pylore, avec lymphadénectomie régionale . Le point clé de cette dernière intervention est

préservation de la vascularisation pyloro-duodénale (artère pylorique, arc gastro-épiploïque droite)

DUODENOPANCREACTECTOMIE CEPHALIQUE avec:

Pancreatico-jj anast

Hepatico-jj anast

Gastro-jj anast



# CAS 8:

Homme ,74

ans CHIRURGIE

II



# Points a suivre:

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques differentiales
5. Examens paracliniques: tests du sangue
6. Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax
7. Diagnostic positif (+) clinique et preparation préopératoire
8. Le traitement chirurgical indique
9. Complications (intraop et postop)
10. Points a suivre en postopératoire
11. L'étape suivante
12. Evolution du cas
13. Facteurs prédictifs (+ et -)
14. Conclusion

## **1.** *Raisons d'admission (Homme, 74 ans )*

Presentation dans l'ambulatoire de chirurgie ,par consultation programme.

=> douleur aux efforts au niveau de la region inguinale droit

## 2. *Pathologie associée:*

- HTA essentielle grade II
- porteur d'une valve aortique mécanique
- Traitement: anti vitamines K, SOTALOL, AMLODIPINE, ATORVASTATINE
- Hypercholestérolémie
- Hyperplasie benigne prostatique
  
- Maladies familiales : denie

Context de vie:

- fumeur

## 3. *Examens cliniques*

1. Evaluation generale :- etat général bonne

2. Locale:

- abdomen avec couche adipeuse normalement représentée
- doux, mobile avec les mouvements respiratoires
- Sans douleurs spontanément ou à la palpation
- Transit intestinale présent
- TR: sans forme tumorale, palpable jusqu'à 7 cm du OAE, zone de projection de la prostate en limites physiologiques, sans sang frais ou signes de mélène sur le gant.
- Miction normale

Au niveau des régions inguinales :

Patient en position debout et en clinostatisme :

Formation pseudotumorale inguino-scrotale réductible, incoercible, avec pulsion lors de la toux, au niveau inguino-scrotal droit, de 10 cm de diamètre, élastique, douloureuse aux efforts, avec double composante cutanée : distension scrotale d'aspect rougeâtre

#### **4.** *Diagnostic présumé:*

Diagn(+) présumé: hernie inguino-scrotale droite, réductible, incoercible

## Diagn(-) différentiel:

- hernie crurale ( s'exteriorise dans le triangle de Scarpa sous la ligne de Malgaigne)
- lymphadénopathie inguinale
- lipomes
- tumeurs testiculaires
- tumeurs osseuses
- anévrismes vasculaires
- kystes du cordon spermatique
- hydrocèle
- varicocèle

## Examens paracliniques ?

## 5. *Tests du sangue*

- Hémogramme : 9.000 leucocytes
- Biochimie : CRP N bilan hépatique N  
=>sans syndrome inflammatoire (CRP N leucocytes N )
- Temps de coagulation : INR = 2.2 ↑ =>arrêt des anti vitamines K et relais par du Clexane (0,6 ml sc deux fois/ jour -patient pesant > 75 kg) => revien apres un semaine pour la intervention chirurgicale.
- PSA dans le limites N

## 6. *Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax*

Ecg: rythme sinusal,HVG

Rx thrax: N

Spirometrie: N

Bilan Cardiologique: Classé ASA II =>pas de contre-indication opératoire, tension à 130/70 mm Hg

Echographie :


- Sans liquid au niveau du cul de sac Douglas
- Prostate Hiperplasique ( HBP)
- Vessie urinaire N

**7.***Diagnostic (+) clinique et preparation préopératoire = ex. Local +bilan hemodinamique+ imagerie (ECO)*

Diagnostic (+) principal :hernie inguino-scrotale droit,reductible ,incoercible

Preparation préopératoire : générale

- ATB (avant la op : stent metalique)

- 
- Reev INR
  - A jeun
  - Antalgiques, Antipyrétiques
  - les affections organiques, les déséquilibres hydro-minéraux,
  - fonction cardio-vasculaire( ECG,+/-eco cardio)
  - fonction pulmonaire

Principes de traitement :

Réintroduction du contenu du sac herniaire dans la cavité abdominale,  
plastie du canal inguinal La chirurgie depend:

- des complications existants (perforation,abcess)
- et de l'état général du patient

Principes de traitement chirurgical des hernies étranglées (4 temps principaux) :

1. découverte du site d'étranglement;



2. suppression de la strangulation (section de l'anneau de hernie = chelotomie)
3. évaluation et traitement des lésions viscérales;
4. traitement chirurgical du défaut pariétal

### *Complications:*

#### Sans Chirurgie:

- le sac de hernié peut être le siège d'un traumatisme avec des lésions secondaires des viscères hernies
- les hernies anciennes peuvent avoir des adhérences importantes entre les parois du sac et le contenu, et cela ne peut plus être réduit (hernie irréductible par incarceration).

!Devient symptomatique: douleur locale, colique abdominale due phénomènes subocclusifs.

- les hernies anciennes et volumineuses peuvent devenir irréductibles à mesure que le volume de la contention abdominale augmente remodèle sur un plus petit volume de viscères. (hernies avec perte du droit de domicile)
- étranglement avec occlusion intestinale
- péritonite herniaire

**8.***Le traitement chirurgical indique dans ce cas:* Traitement chirurgical de la hernie inguinale par voie laparoscopique (TAP) ou abord par inguinotomie e traitement par Lichtenstein technique  
Lichtenstein Technique

## 9. *Complications postopératoires:*

- Hemorragie
- Infection du paroi
- complications générales (maladie thromboembolique, broncho-pulmonaire, complications cardiaques, insuffisance rénale, complications urinaires)

## 10. *Points à suivre en postopératoire:*

- ATB
- analgésiques majeurs
- équilibre du volume, hydroélectrolyse
- la température corporelle
- diurèse
- TA/FC/SaO<sub>2</sub>
- mobilisation précoce du patient
- reprise de l'alimentation avec reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- traitement préventif de la thrombophlébite postopératoire
- contrôle des plaies

## **11.***L'étape suivante:*

Prise en charge urologique et cardiologique

## **12.***Evolution du cas:*

Dans le cadre d'un  
traitement chirurgical

BONNE **13.** *Facteurs*

*prédictifs :*

*Facteurs prédictifs positifs:*

+ chirurgie programme

*Facteurs prédictifs négatifs:*

- pathologie associée

## **15.***Conclusion*

Dg principale : hernie inguino-scrotale  
droit,reductible ,incoercible Dg secondaires:

- HTA esentielle grade II
- Porteur d'une valve aortique mécanique
- Hypercholestérolémie • Hyperplasie benigne prostatique

Traitement :

- 1.Chirurgical => TAPP laparoscopique
2. Postop : prise en charge cardiologique
- 3.A distance en postop: mise en charge urologique



# CAS 8:

Homme ,74  
ans

CHIRURGIE  
II



# Points a suivre:

1. Raisons d'admission
2. Pathologie associée (anamnese)
3. Examens cliniques
4. Diagnostique positif presomptif et diagnostiques differentiales
5. Examens paracliniques: tests du sangue
6. Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax
7. Diagnostic positif (+) clinique et preparation préopératoire
8. Le traitement chirurgical indique
9. Complications (intraop et postop)
10. Points a suivre en postopératoire
11. L'étape suivante
12. Evolution du cas
13. Facteurs prédictifs (+ et -)
14. Conclusion

# **1. *Raisons d'admission (Homme, 74 ans )***

Presentation dans l'ambulatoire de chirurgie ,par consultation programme.

=> douleur aux efforts au niveau de la region inguinale droit

## 2. *Pathologie associée:*

- HTA esentielle grade II
- porteur d'une valve aortique mécanique
- Traitement: anti vitamines K, SOTALOL, AMLODIPINE, ATORVASTATINE
- Hypercholestérolémie
- Hyperplasie benigne prostatique
  
- Maladies familiales : denie

Context de vie:

- fumeur

## 3. *Examens cliniques*

1. **Evaluation generale** :- etat général bonne

## 2. Locale:

- abdomen avec couche adipeuse normalement représentée
- doux, mobile avec les mouvements respiratoires
- Sans douleurs spontanément ou à la palpation
- Transit intestinale présent
- TR: sans form tum, palpable jusqu'à 7 cm du OAE, zone de projection de la prostate en limites physio, sans sangue frais ou signes du melene sur le gant.
- Mictiones N

Au niveau des regions inguinales :

Patient en position debout et en clinostatisme :

Formation pseudotumorale inguino-scrotale reductible, incoercibles, avec pulsion lors de la toux, au niveau inguino-scrotale droit ,du 10 cm de diamètre, élastique, douloureuse aux efforts,avec double composante cutanée : distension scrotale d'aspect rougeâtre

## 4. *Diagnostic presomptif:*

Diagn(+) presomptif: hernie inguino-scrotale droit, reductible ,incoercible

## Diagn(-) différentiel:

- hernie crurale ( s'exteriorise dans le triangle de Scarpa sous la ligne de Malgaigne)
- lymphadénopathie inguinale
- lipomes
- tumeurs testiculaires
- tumeurs osseuses
- anévrismes vasculaires
- kystes du cordon spermatique
- hydrocèle
- varicocèle

## Examens paracliniques ?

## 5. *Tests du sangue*

- Hémogramme : 9.000 leucocytes
- Biochimie : CRP N bilan hépatique N  
=>sans syndrome inflammatoire (CRP N leucocytes N )
- Temps de coagulation : INR = 2.2 ↑ =>arrêt des anti vitamines K et relais par du Clexane (0,6 ml sc deux fois/ jour -patient pesant > 75 kg) => revien apres un semaine pour la intervention chirurgicale.
- PSA dans le limites N

## 6. Examens paracliniques: ecographie,ecg,rx thorax

Ecg: rythme sinusal,HVG

Rx thrax: N

Spirometrie: N

Bilan Cardiologique: Classé ASA II =>pas de contre-indication opératoire, tension à 130/70 mm Hg

Echographie :

- Sans liquid au niveau du cul de sac Douglas
- Prostate Hiperplasique ( HBP)
- Vessie urinaire N

## **7.***Diagnostic (+) clinique et preparation préopératoire = ex. Local +bilan hemodinamique+ imagerie (ECO)*

Diagnostic (+) principal :hernie inguino-scrotale droit,reductible ,incoercible

Preparation préopératoire : générale

- ATB (avant la op : stent metalique)
- Reev INR
- A jeun
- Antalgiques, Antipyrétiques
- les affections organiques, les déséquilibres hydro-minéraux,
- fonction cardio-vasculaire( ECG,+/-eco cardio)
- fonction pulmonaire

Principes de traitement :

Réintroduction du contenu du sac herniaire dans la cavité abdominale, plastie du canal inguinal La chirurgie depend:

- des complications existants (perforation,abcess)



- et de l'état général du patient

Principes de traitement chirurgical des hernies étranglées (4 temps principaux) :

1. découverte du site d'étranglement;
2. suppression de la strangulation (section de l'anneau de hernie = chelotomie)
3. évaluation et traitement des lésions viscérales;
4. traitement chirurgical du défaut pariétal

*Complications :*

Sans Chirurgie:

- le sac de hernié peut être le siège d'un traumatisme avec des lésions secondaires des viscères herniés
- les hernies anciennes peuvent avoir des adhérences importantes entre les parois du sac et le contenu, et cela ne peut plus être réduit (hernie irréductible par incarceration).

!Devient symptomatique: douleur locale, colique abdominale due phénomènes subocclusifs.

- les hernies anciennes et volumineuses peuvent devenir irréductibles à mesure que le volume de la contention abdominale augmente remodèle sur un plus petit volume de viscères. (hernies avec perte du droit de domicile)
- étranglement avec occlusion intestinale
- péritonite herniaire

**8.***Le traitement chirurgical indique dans ce cas:* Traitement chirurgical de la hernie inguinale par voie laparoscopique (TAP) ou abord par inguinotomie e traitement par Lichtenstein technique

## Lichtenstein Technique **CAS 7 Homme 57 ans**

perte de poids =9kg dans 3 mois

douleurs abdominals- constante vague dans l'épigastre et l'hypochondre droit anorexie

jaunisse(jaunisse progressive depuis 2 semaines

Symptômes classiques :

- perte de poids (en moyenne 15 kg- non explicable par anorexie et maldigestion.)
  - douleurs abdominales- constante vague ou gênante dans l'épigastre et l'hypochondre droit + irradiation fréquente dans le dos (tumeurs corporelles -mésogastrique, queue-l'hypochondre gauche)
- ! Si la tumeur a étendu dans la zone rétropéritonéale avec l'invasion du plexus nerveux des ganglions, de l'axe coeliaque, la douleur devient sévère et permanente
- anorexie et jaunisse(jaunisse progressive + démangeaisons)
  - +/- dyspepsie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de l'asthénie, mal au dos tumeurs corporelles -mésogastrique, queue-l'hypochondre gauche.
  - transit intestinal peut changer (diarrhée/constipation)

Ex. physique :

- ictère
- hépatomégalie (plus fréquent dans le cancer de la tête pancréatique/métastases)
- signe de Courvoisier (distension de la vésicule biliaire)
- splénomégalie (par compression mécanique et thrombose du système veineux)

- masse abdominale palpable (surtout à l'endroit du corps et de la queue)
- hémorragie sur le tractus gastrique (franche ou occulte)-en érodant la muqueuse duodénale)
- murmure systolique péri-biliaque et dans l'hypochondre gauche (invasion ou compression de l'artère splénique par la tumeur)
- signe de Trousseau (thrombophlébite migratoire)
- lymphadénopathie supraclaviculaire (nodule de Virchow)
- polyarthralgie

Diagn (+):Neo tete  
pancreas Diagn (-):

- ampulome vaterien
- cancer gastrique
- cancer du colon transverse

- cancer de la bifurcation du voie biliaires



Tests de laboratoire:

Anémie

altération de la fonction hépatique : augmentation de la bilirubine ↑ ↑ ↑ BT=18

transaminases ↑ gamma GTP ↑

phosphatase alcaline ↑

LDH ↑

CA19-9 ↑ ↑

- Échographie abdominale: T tete pancr 4 cm (détecte les tumeurs pancréatiques  $\geq 2$  cm de diamètre), dilatation CBEH ,Wirsung visualisable
- Échographie endoscopique: sans invasion de AMS,VMS VP(apporte des informations notamment sur les rapports de la tumeur aux vaisseaux mésentériques et à la veine porte)
- Tomodensitométrie (TDM) :t tete pancréas non invadante dan des tissus voisins.
- (L'ERCP)



### **BOX 23.6** Criteria for Unresectability in Pancreatic Cancer

Histologically confirmed hepatic, serosal, peritoneal, or omental metastases

Tumor extension outside pancreas

Celiac or high portal node involvement confirmed by frozen section

Extensive portal vein involvement by tumor or invasion/encasement of celiac axis, hepatic artery, or superior mesenteric artery

---

Data from Conlon KC, Brennan MF: *Laparoscopy for staging abdominal malignancies*, St Louis, 2000, Mosby; and Conlon KC, Minnard EA: The value of laparoscopic staging in upper gastrointestinal malignancy, *Oncologist* 2:10-17, 1997.

Pour le cancer céphalopancréatique, deux types d'interventions curative peuvent être réalisées:

1) *CPD standard (chirurgie de Whipple)* - réséquer la tête du pancréas, l'antregastrique, duodénum, cholédoque, vésicule biliaire et les premiers centimètres du jéjunum

2) *DPC avec préservation pylorique (opération Traverso-Longmire)* - variante de l'opération Whipple, en qui préserve le pylore, la section du duodénum étant 2-3 cm en dessous du pylore, avec lymphadénectomie régionale . Le point clé de cette dernière intervention est préservation de la vascularisation pyloro-duodénale (artère pylorique, arc gastro-épiploïque droite)

DUODENOPANCREACTECTOMIE CEPHALIQUE avec:

Pancreatico-jj anast

Hepatico-jj anast

Gastro-jj anast

## 9. *Complications postopératoires:*

- Hemorragie
- Infection du paroi
- complications générales (maladie thromboembolique, broncho-pulmonaire, complications cardiaques, insuffisance rénale, complications urinaires)

## 10. *Points à suivre en postopératoire:*

- ATB
- analgésiques majeurs
- équilibre du volume, hydroélectrolyse
- la température corporelle
- diurèse
- TA/FC/SaO<sub>2</sub>
- mobilisation précoce du patient
- reprise de l'alimentation avec reprise du transit gazeux intestinal et des matières fécales (variable selon l'âge)
- traitement préventif de la thrombophlébite postopératoire
- contrôle des plaies

## 11. *L'étape suivante:*

Prise en charge urologique et cardiologique

## **12.***Evolution du cas:*

Dans le cadre  
d'un traitement  
chirurgical BONNE

## **13.** *Facteurs*

*prédictifs :*

*Facteurs prédictifs positifs:*

+ chirurgie programme

*Facteurs prédictifs négatifs:*

- pathologie associée

## **15.***Conclusion*

Dg principale : hernie inguino-scrotale droite, réductible, incoercible Dg secondaires:

- HTA essentielle grade II
- Porteur d'une valve aortique mécanique

- Hypercholestérolémie • Hyperplasie bénigne prostatique

Traitement :

1. Chirurgical => TAPP laparoscopique
2. Postop : prise en charge cardiologique
3. A distance en postop: mise en charge urologique

## Hernies hiatales CHIRURGIE II

### **Clasification anatomique – Akerlund**

- Tip I – H-H sur brahiesofag
- Tip II – H-H axiale
- Tip III – H-H paraesofagienne

## **Clasification par rapport au mechanisme de productuin- Allison și Sweet**

- H-H par glissement (hernie cardio-œsophagienne, axiale, glissante)
- H-H par roulement (hernie para-œsophagienne et roulante) - sont H-H avec sac péritonéal.
- H-H mixte

## **Dg paraclinique**

- radiographie thoracique simple au baryum



- endoscopie
- CT /IRM

### **Traitement:**

- Prophylactique
- Igieno-dietetique
- Posturale
- Pharmaceutique
- Chirurgical (Nissen – 360o,Dor - 180o ant, Toupet - 180o post)

## Traitement chirurgical - **Indications des opérations antireflux** (Rossetti și Liebermann-Meffert):

- 1). Oesophagite sévère persistante ou progressive
- 2). Oesophagite juvénile prolongée sans rémission spontanée ni aggravation des symptômes sous traitement médical
- 3). RGO fonctionnel massif, sans œsophagite, risque élevé de complications
- 4). Oesophage de Barrett avec ou sans complications actuelles
- 5). Sténose peptique due à l'endobrachioesophage ou au brachiophage secondaire, avec ou sans ulcère de Barrett actif
- 6). Association H-H du glissement avec l'œsophage
- 7). Reflux récurrent (œsophagite récurrente) ou complications après traitement