

Extraction sous thoracoscopie d'une filaire de medine pleurale calcifiée

Thoracoscopic extraction of Wired pleural Medine calcified

Lombe PW, Bellamy J, Clarrissou P, Coblenche JF, Brochard M, Goldminc M, Kuhnle MarBn, Coppin T, Guemache N, Allou M.

Chirurgie thoracique et Vasculaire, CHI de Meulan les Mureaux 78250 Meulan (France)

Résumé

La filaire de Médine (*Dracunculus Medinensis*) ou ver de guinée, sévit en Afrique, surtout en zone rurale sèche et également au moyen orient.

Les embryons microfilaires sont avalés par un petit crustacé (cyclops). Celui-ci est absorbé par l'homme avec l'eau de boisson infestée. Dans l'estomac, les microfilaires sont libérées, grandissent et gagnent les membres inférieurs où elles deviennent adultes en un an environ.

Le ver adulte femelle de grande taille (40 à 100 cm×1,5 cm) vit dans les tissus cellulaires sous cutanées, généralement au niveau des membres inférieurs. Le mâle, tout petit, ne joue aucun rôle pathogène.

La femelle perce la peau, émet ses embryons à l'extérieur au contact de l'eau et sont absorbés par le cyclops. L'apparition du ver à la peau est marquée par une phlyctène quicrève, laissant sourdre un liquide blanchâtre riche en microfilaires. Au bord de l'ulcération on voit l'extrémité de la filaire qui peut être retirée progressivement de 2 à 3 cm (risque de la casser ce qui entraînerait des risques infectieuses parfois graves) par jour en l'enroulant sur une tige d'allumette.

L'originalité de ce travail tient du fait que la localisation thoracique de cette filaire et son évolution pleurale symptomatique sont rares. . Quelques migrations erratiques à localisation pleurale, hépatique voire à la moelle épinière ont été décrites, mais l'épisode d'infestation s'arrête souvent avec la mort de la filaire femelle migratrice entraînant des images calcifiées parfois spectaculaires mais asymptomatiques.

Toutefois, il a été décrit une paralysie suite à la migration dans la moelle épinière de la filaire femelle.

Summary

Guinea Filaria (*Dracunculus Medinensis*) or Guinea worm, rampant in Africa, exists especially in the rural areas and also to the Middle East.

Microfilaria embryos are swallowed by a small crustacean (cyclops). It is absorbed by man with water infested drink. In the stomach, the microfilariae are released, grow and earn the legs they become adults in about a year.

The large adult female worm (40 to 100 cm cm×1,5) lives in cell tissues under the skin, usually in the lower limbs. The male, small, does not play a pathogenic role.

The female perforates the skin emits its embryos outside the contact with water and are absorbed by the cyclops. The appearance of worm skin is marked by a blister that bursts, leaving a whitish liquid welling rich microfilariae. At the edge of the ulcer the end of the wire is seen that little to withdraw gradually from 2 to 3 cm (risk of break which would result sometimes serious infectious risk) per day by wrapping a matchstick.

The originality of this work due to the fact that the thoracic location of this wired and symptomatic pleural changes are rare. . Some erratic migration pleural localization, liver or even the spinal cord have been described, but the episode of infestation often stops with the death of the migrant female wired resulting images calcified sometimes spectacular but asymptomatic.

However it was described paralysis following the migration into the spinal cord of the female wired.

Observation clinique

Il s'agit d'un Monsieur de 50 ans d'origine malienne sans antécédent particulier, vivant en France depuis 1983.

Il se plaint des douleurs basithoraciques droites depuis 8 ans qui ne sont calmées que par le repos et la compression thoracique.

La radiographie thoracique met en évidence une structure tubulée calcifiée en projection basithoracique droite.

Le scanner thoracique confirme la présence d'une structure arciforme calcifiée de 22 cm de longueur à la base pulmonaire droite sans réaction pleurale.

La sérologie de la filariose est positive pour les anticorps anti *Dipetalonema vitae*.

Discussion

L'exploration du parasite sous thoracoscopie a permis de comprendre l'origine de la douleur et son mécanisme, ainsi que l'abord et l'extraction du parasite calcifiée

En effet le parasite momifié, rigide, agit comme une aiguille qui pique la plèvre par ses extrémités acérées. Après l'ablation du parasite, le patient n'a plus accusé des douleurs thoraciques. Il est sorti de l'hôpital au 2^e jour post opératoire.

Le traitement des cancers coliques

Sangana G.

Unité PJ Desault, Chirurgie viscérale, Centre hospitalier de Versailles

Résumé

Le traitement des cancers coliques en occlusion doit traiter l'occlusion mais aussi le cancer en respectant les règles de la chirurgie carcinologique. Le traitement des cancers du côlon droit et du côlon transverse en occlusion est bien codifié. Il consiste en une résection colique droite, élargie à gauche en présence d'un cancer du côlon transverse.

Le traitement des cancers du côlon gauche est plus controversé. La résection segmentaire précédée d'un lavage colique peropératoire est le traitement de choix pour ce type de pathologie. La colectomie subtotale est réservée aux patients porteurs d'une ischémie ou d'une perforation diastatique du côlon droit ou d'une deuxième localisation néoplasique synchrone, la colostomie première restant pour nous une indication d'exception.