

HOPITAL PAHLAVI
Service Universitaire de Chirurgie
(Section I)

A PROPOS D'UN CAS DE LOBECTOMIE DROITE DU FOIE POUR HEMANGIOME

M. Mir

A.Mir

E.K. femme de 36 ans, ménagère.

Il s'agit d'une patiente qui a subi dans le service une lobectomie droite du foie pour un volumineux hémangiome envahissant tout le lobe droit y compris les lobes carré et Spigel.

La symptomatologie a commencé il y a deux ans et demi avec l'apparition de douleurs dans l'hypochondre droit, accompagnées de nausées et de vomissements, suivies d'un ictère de degré moyen, mais sans hausse de la température. L'ictère disparaît peu à peu dans 10 jours, mais les douleurs persistent. Il s'agit de douleurs relativement intenses, qui apparaissent par périodes, durent 4 à 5 jours et sont accompagnées de maux de tête, de fatigue, de nausées, de céphalées et de vertige. puis vient une période de quelques jours où la patiente se sent relativement mieux. Au bout d'une année la patiente signale l'apparition d'une masse dans l'hypochondre droit, masse qui augmente progressivement de volume et commence déjà à gêner la malade à cause de son poids.

La malade qui est en province, se rend alors à Téhéran et consulte un médecin qui la fait hospitaliser pendant sept jours. Au cours de ce séjour on fait des examens du sang et les tests hépatiques, ainsi qu'une ponction-biopsie du foie. Nous ne disposons pas du résultat de ces examens, mais aux dires de la malade, à la ponction-biopsie on n'a pu tirer que du sang. La patiente est suivie pendant deux mois par son médecin, mais elle n'obtient aucun résultat. Depuis lors la patiente consulte encore quelques médecins et prend divers médicaments sans constater d'amélioration. Se sentant alors de plus en plus gênée par la masse qui pèse lourdement dans l'hémi-abdomen droit et qui l'empêche même de faire son ménage,

elle s'adresse le 25 Avril 1959 au service de chirurgie; elle est hospitalisée.

On se trouve en présence d'une femme relativement maigre, mais en bon état général, sans ictère.

A l'examen de l'abdomen on est immédiatement frappé par la présence d'une volumineuse masse tumorale dans l'hypochondre droit, masse qui descend dans la fosse iliaque droite. La masse est solidaire du foie et présente une consistance ferme-élastique, fluctuante par endroits. On pense au premier abord à un immense kyste hydatique du foie. Les réactions de Kasoni et de Weimberg sont cependant négatives.

Le 27 Avril 1959 on procède à une laparotomie exploratrice et on découvre un énorme hémangiome du foie, envahissant tout le lobe droit; ce lobe descend dans la fosse iliaque droite et présente une forme globulaire, dont la surface de couleur brun foncé est recouverte de lacis veineux. L'aspect tumoral du lobe droit s'arrête à gauche à quelques deux ou trois centimètres du ligament falciforme, mais, à la surface inférieure du foie, les lobes carré et Spigel sont pris. La tumeur présente une consistance spongieuse et se vide à la pression. Elle n'affecte pas d'adhérences avec les organes voisins. Le lobe gauche, plus grand que d'habitude, est d'aspect normal. La vésicule biliaire cachée sous la masse tumorale du lobe droit est d'aspect normal et se vide sous la pression des doigts. Le cholédoque, de calibre normal, ne contient pas de calcul. Le reste du status abdominal est normal.

Comme la patiente n'était pas préparée pour une opération de grande envergure, on se contente d'une simple biopsie. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic: hémangiome caverneux. La malade quitte le service 10 jours après.

Nous revoyons la malade le 8 Septembre 1959. Elle se trouvait à peu près dans le même état. Elle est hospitalisée en vue d'une lobectomie.

Examens de laboratoire:

Globules rouges: 4'200.000

Globules blancs: 7.000

Vitesse de sédimentation : 8 vhm.

Tests hépatiques:

Bilirubine directe 5 mgrs.

Bilirubine indirecte 5 mgrs.

Thymol 5 unités

Céphaline-cholestérol 3 fois positive

On opère la malade le 13 Septembre 1959, selon la technique suivante:

La p tiente est placée en décubitus oblique gauche. On procède à une incision thoraco-abdominale droite. La partie thoracique de l'incision passe sur la huitième côte, arrivé au rebord costal, on continue dans la même direction jusqu'à 2 cm de la ligne médiane pour continuer par une incision para-médiane droite bien en dessous de l'ombilic. Le diaphragme est incisé selon une direction radiaire vers le hiatus de la veine cave. Le status abdominal est le même que celui constaté à la première exploration. Le ligament rond est sectionné entre deux ligatures. Le ligament falciforme est détaché de la paroi abdominale antérieure et du diaphragme. Le ligament coronaire droit est sectionné et la surface supérieure non péritonisée du lobe droit est exposée.

On procède alors à la dissection relativement facile du hile hépatique. Successivement l'artère systique, le canal systique, le canal hépatique droit, la branche droite de l'artère hépatique et la branche droite de la veine porte sont identifiés, puis sectionnés entre deux ligatures.

Le lobe droit, ne tenant alors qu'à des veines sus-hépatiques, est extériorisé, puis reclin  à gauche pour bien exposer la veine cave inférieure. Cette dernière est disséquée de bas en haut. Il s'agit d'une dissection ardue, longue et périlleuse. La paroi de la veine cave est mince et intimement adhérente au tissu hépatique. Malgré toutes les précautions, on fait une faille de 1 cm dans la veine cave. On ferme la faille par un surget de soie. En continuant la dissection, on sectionne et ligature les veines sus-hépatiques droites.

Afin de pouvoir faire la résection de tout le lobe droit, on détache les éléments hiliaires du lobe gauche de la face inférieure du lobe droit et les r cline vers la gauche. Des points en U de gros catgut sont passés à travers l'épaisseur du tissu hépatique, le long de la cloison inter-lobaire et le lobe droit est sectionné du côté droit de la cloison. On enlève ainsi tout le lobe droit et les lobes carré et Spiegel. Le suintement de la tranche de section est minime et quelques points transfixiants assurent l'hémostasie et font cesser l'écoulement biliaire. Le ligament falciforme est rabattu sur la tranche de section et fixé par quelques points de catgut.

Fermeture du diaphragme et de la plaie opératoire avec drainages séparés des cavités thoracique et abdominale.

L'opération a duré 6 heures. A la fin de l'opération la pression systolique de la malade est autour de 60 mm de Hg. (100 au début de l'opération). Au cours de l'opération et dans les premières heures qui la suivent, on fait 4800 cc. de transfusion sanguine. Trois heures après l'opération, la pression systolique est de nouveau à 100 mm. de Hg.

Durant les 24 premières heures après l'opération, l'état de la malade est satisfaisant. Le pouls et la pression artérielle suivent des courbes régulières.

Au 2 me jour, la malade est somnolente, le pouls est filiforme et rapide, la pression artérielle descend à 80 mm. La quantité d'urines de ces 24 heures ne dépasse pas un litre.

Au 3 me jour, la malade se sent mieux et surmonte progressivement l'état d'insuffisance hépato-rénale.

L' tat de la patiente reste ainsi stable pendant une semaine. Dès le 8 me jour la patiente commence à faire une fièvre de type h ctique, oscillant entre 38 et 38.5 L'abdomen est souple et la plaie opératoire tout à fait propre. Le drain abdominal fonctionne et ramène 50 à 100 cc. de liquide sanguinolent par jour. Le drain thoracique est enlevé le 5 me jour. On fait une radiographie pulmonaire qui démontre des signes de pachipleurite à la base de la cavité pleurale droite.

On attribue alors la fièvre à un foyer de phlébite qui avait débuté à l'endroit de dénudation sur une des jambes, foyer qui était toutefois sans grande importance au point de vue clinique. Ce n'est qu'au 14 me jour qu'une nouvelle radiographie pulmonaire nous fait découvrir la présence de liquide dans la plèvre droite. On fait une ponction et retire du liquide purulent teinté de bile et de sang. Des ponctions journalières suivies d'injections d'antibiotiques intra-pleurales nettoient en 10 jours la cavité pleurale et la fièvre tombe progressivement.

Dans la suite on ne note pas d'autres incidents. La patiente quitte le service le 23 Novembre 1959, 70 jours après l'intervention, avec un état de santé très satisfaisant.

Nous avons revu la malade tous les trois mois. Elle va tout à fait bien et ne formule pas de plainte, si ce n'est une intol rence relativement marquée pour les aliments gras.

Les tests hépatiques effectués le 2 Avril 1960 procurent les résultats suivants:

Bilirubine directe	5 mgrs.
Bilirubine indirecte	5 mgrs.
Thymol	8 unités
Céphaline-cholestérol	3 fois positive

Résumé

Un cas de lobectomie droite du foie pour hémangiome caverneux massif de ce lobe est présenté. La symptomatologie ainsi que la technique opératoire sont décrites. Les suites ont été marquées par un état fébrile dû à un épanchement purulent teinté de bile et de sang du plevre droit, épanchement qui se tarit par quelques ponctions suivies d'injections d'antibiotiques dans la cavité pleurale.

Les tests hépatiques effectués sept mois après l'opération sont presque identiques à ceux d'avant l'opération et démontrent une légère atteinte de la fonction hépatique. Au point de vue clinique la patiente se porte bien.

Summary

A case of right hepatic lobectomy for massive cavernous hemangioma is presented. Symptomatology and also operative technic are described. Post-operatively the patient developed fever due to a bile stained right purulent pleural effusion which cleared up with few aspiration-punctures and local injection of antibiotics.

Hepatic function tests carried out 7 months after the operation were identical with those obtained before the operation. Clinically the patient seems quite well.

Bibliographis

- 1 - Brenier J.L., Moustier, Guy, Pellegrin et Prunier.
Hépatectomie droite élargie et "dite réglée" pour hémangiome.
Mém. Acad. Chir. T. 85, no. 13-14, 29 Avril - 6 Mai 1959.
- 2 - Carlot J.
L'hémangiome caverneux du foie
Revue Medico-Chirurgicale des maladies du foie, de la rate et du pancréas.
Vol. 33, no. 1, 1958.
- 3 - Michaud, Viard, Maret, Termet et Mlle. Chadenson.
Hépatectomie droite élargie pour hémangiome monstueux du foie.
Lyon Chirurgical. T. 56, no. 2, Mars 1960.
- 4 - Niemann F. et Perutschka W.
Hémangiome caverneux du foie.
Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie T. 195,3, 1957 (257-278)
- 5 - Ochsner J.
Hémangiome du foie.
Surgery, Vol. 43, no. 4, Avril 1958.
- 6 - Popescu C.
Hémangiome caverneux diffus du foie.
Zentralblatt für Chirurgie (Leipzig). Vol. 84, no. 8, 21 février 1959 (291-295)

RECURRENT ATTACKS OF RAISED INTRACRANIAL PRESSURE

in case of

TUBERCULOUS ARACHNOIDITIS.

N.O. AMELI, Ch. M. (Birm), F.R.C.S. (E), F.I.C.S.
Professor of neurosurgery, University of Tehran.

I believe the following case is interesting enough to be recorded. T.R. a girl of 13 was transferred from the Children's Hospital, Bongah Nikokari to the Neurosurgical Department of Pahlavi Hospital in March 1959. Three years previously she had been suffering from headache for two months. Apparently no cause was found and she recovered spontaneously. A year ago she again had headache for two months for which she was admitted to a local hospital, and again no diagnosis was made, and she recovered spontaneously. Third attack of headache began ten days ago, for which she was admitted to the Children's Hospital. She was then suffering from severe frontal headache with vomiting. There had been slight neck rigidity. Mantoux reaction was positive. There had been slight fever. Cerebrospinal fluid had been normal... Erythrocyte sedimentation rate was only 3 m.m. On the fifth day of admission bilateral papilloedema was observed. X-ray of skull and chest were normal. On the eighth day of admission headache suddenly subsided, and she felt quite normal. As the patient's history was suggestive of a colloid cyst of the 3rd. Ventricle, she was transferred to the Neurosurgical Department.

On examination patient was alert and co-operative. There was marked bilateral papilloedema, and a left sixth nerve paresis. Otherwise the examination was negative. Patient had no complaint except for diplopia. She stated that she had had the same trouble with previous attacks and got better each time. Urine was normal. Blood picture- 3,800,000 red cells and 8,800 white cells. 68% polymorphs, 2 eosinophils and 30 lymphocytes. Sedimentation rate was 2 mm. X-ray chest was normal, but a left cervical rib could be seen.