

Péritonite primitive chez les enfants sans tares

La péritonite est une affection fréquente en pédiatrie et représente une cause importante de morbidité chez les enfants. C'est une inflammation aiguë du péritoine, généralement secondaire à une perforation d'un organe sur infecté (appendicite, cholécystite...). La péritonite primitive (PP) est beaucoup moins fréquente ne s'accompagnant d'aucun foyer septique purulent intra-abdominal (1, 2). Si, dans la majorité des cas, elle survient sur des terrains prédisposés (syndrome néphrotique, cirrhose, déficit immunitaire), elle peut également survenir chez des enfants sans tare apparente.

Nous rapportons six cas de péritonite primitive chez des enfants sans antécédents pathologiques.

Patients et méthodes

Nous rapportons six cas de PP chez des enfants sans antécédents pathologiques hospitalisés dans le service de chirurgie pédiatrique à l'hôpital d'enfants de Tunis entre Janvier 2004 et Décembre 2009. Le diagnostic a été établi à l'intervention avec intégrité du tractus gastro-intestinal. Nous avons recueilli les signes cliniques, para-cliniques, les données opératoires ainsi que l'évolution de ces enfants.

Résultats

Entre 2004 et 2009, sur 821 patients traités pour péritonite aiguë, six enfants (4 garçons et 2 filles) ont été traités pour PP (0.7%). L'âge médian était de 21 mois (9 -33 mois). Les résultats des six patients sont résumés dans le tableau 1.

Les signes cliniques sont dominés par l'altération de l'état général, la fièvre (38.5°C - 39.5°C) et un abdomen douloureux. La durée de la symptomatologie était en moyenne de 16 heures. Seulement deux patients ont eu une antibiothérapie avant la

consultation à base d'amoxicilline - acide clavulanique. Sur le plan biologique, l'hyperleucocytose et la C-réactive protéine (CRP) étaient positives dans tous les cas. L'abdomen sans préparation était contributif dans deux cas en montrant des niveaux hydro-aériques de type grêliques avec une grisaille diffuse. L'échographie réalisée dans tous les cas, a montré un appendice d'aspect normal dans 4 cas et un épanchement péritonéal échogène de moyenne abondance dans tous les cas. Tous les patients ont été opérés en urgence après une courte période de réanimation et équilibration des troubles hydro-électrolytiques. Quatre patients ont été opérés par une laparotomie médiane et deux patients par voie cœlioscopique. Le diagnostic a été établi dans tous les cas pendant l'intervention par la découverte d'un épanchement péritonéal purulent avec intégrité de tous le tractus gastro-intestinal. Une toilette péritonéale et une appendicectomie de principe ont été réalisées dans tous les cas. Le prélèvement bactériologique effectué pendant l'intervention était positive dans cinq cas : Pneumocoque (n=2), Streptocoque (n=2) et Escherichia coli (n=1). La culture était négative dans un seul cas (cas n°5) ayant eu une antibiothérapie pendant 72 heures par voie orale avant l'intervention. Les hémocultures réalisées dans tous les cas après l'intervention étaient positives que dans quatre cas en identifiant le même germe isolé aux prélèvements per-opératoires. L'antibiothérapie a été entreprise par voie intraveineuse dans tous les cas à base d'amoxicilline-acide clavulanique pendant 10 jours avec relais par voie orale pendant 15 jours associé à la gentamycine pendant cinq jours. Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie de thorax, un examen cyto-bactériologique des urines et une protéinurie 24 heures qui se sont révélés normaux. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans tous les cas avec une reprise du transit et de l'alimentation à J2 postopératoire en moyenne. L'évolution était favorable dans tous les cas avec un recul moyen de 18 mois.

Tableau 1 : Résultats des six cas de péritonite primitive

Cas	Age (mois)	Sexe	Signes fonctionnels	Clinique	Bilan biologique	Echographie	ATB préalable	Opération	Germe	HC
1	15	M	Vomissements Fièvre	- AEG - Fièvre - Abdomen douloureux	Hyperleucocytose CRP positif	- Appendice normal - Epanchement moyenne abondance	-	laparotomie	Pneumocoque	-
2	23	M	Diarrhée Fièvre	- Fièvre - Déshydratation stade II - Abdomen douloureux - AEG	Hyperleucocytose CRP positif	- Appendice normal - Epanchement faible abondance	-	laparotomie	Streptocoque	+
3	9	F	Vomissements Fièvre	- Fièvre - Déshydratation stade II - Abdomen douloureux - AEG	Hyperleucocytose CRP positif	- Appendice non visualisé - Epanchement moyenne abondance	-	laparotomie	Escherichia Coli	+
4	14	M	Vomissements	- Déshydratation stade I - Fièvre - Abdomen douloureux	Hyperleucocytose CRP positif	- Appendice non visualisé - Epanchement moyenne abondance	-	laparotomie	Streptocoque	+
5	33	F	Diarrhée Fièvre	- Fièvre - Abdomen douloureux - AEG	Hyperleucocytose CRP positif	- Appendice normal - Epanchement faible abondance	oui	cœlioscopie	Négatif	-
6	27	M	Vomissements Fièvre	- Fièvre - Abdomen douloureux	Hyperleucocytose CRP positif	- Appendice normal - Epanchement faible abondance	oui	cœlioscopie	Pneumocoque	+

M : masculin ; F : féminin ; AEG : altération de l'état général ; HC : hémoculture

Conclusion

La péritonite primitive est cliniquement indifférenciable de la péritonite appendiculaire. L'échographie abdominale peut être d'un grand apport mais l'exploration chirurgicale par voie cœlioscopique doit être réalisée devant la crainte d'ignorer une pathologie chirurgicalement curable. Elle élimine avant tout une péritonite appendiculaire, recherche un foyer intraabdominal, vérifie l'intégrité des organes abdominaux et pelviens. Ainsi un prélèvement bactériologique per opératoire peut être effectué afin d'isoler le germe et d'adapter l'antibiothérapie et enfin elle assure une toilette péritonéale facilitant les suites opératoires.

Références :

- 1- McDougal WS, Izant RJ Jr, Zollinger RM Jr. Primary peritonitis in infancy and childhood. *Ann Surg* 1975;181:310-3.
- 2- Ofori-Kuma FK, Hesse A, Tandoh JF. Primary peritonitis in previously healthy children-clinical and bacteriological features. *West Afr J Med* 1996;15:1-5.

Faouzi Nouira, Nadia Sarrai, Said Jlidi, Beji Chaouachi

*Service Chirurgie pédiatrique « B », Hôpital d'enfants, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Transient complete loss of vision after transurethral resection of the prostate

Transient blindness is an uncommon reported complication of transurethral resection of the prostate (TURP) (1, 2). Herein we report a case and discuss the possible etiologies of this complaint, which is a symptom of the "TURP syndrome."

Case report:

A 75-year-old man with a history of hypertension was admitted because of severe lower urinary tract symptoms secondary to prostate hypertrophy. Digital rectal examination revealed an enlargement of the prostate and abdominal ultrasound showed a prostate of 56 ml with normal aspect of the upper urinary tract. Preoperative electrolytes, glycemia and creatinine were within normal levels. Under spinal anesthesia, a TURP was performed using 1.5% glycine as irrigating fluid and resecting an estimated 40 gr in fifty-eight minutes. During the operation, several large open venous sinuses were noted by the operator. Vital signs remained stable during the procedure. The estimated blood loss was 150 cc. But at the end of the resection, the patient reported that suddenly he could not see at all. We stopped the resection after a short haemostasis. The patient's conscious state was well, his blood pressure and pulse remained stable and bleeding was well controlled. Treatment consisted of 40 mg. parenteral furosemide and intravenous infusion of normal saline. At that time, his electrolytes were: sodium 121 mEq., potassium 4.7 mEq. and chloride 81 mEq. Hyponatremia was slowly corrected

by intravenous saline solution. The cerebral CT scan exhibited any anomaly. Eyesight returned completely normal after 5 hours. Serum electrolytes on the second postoperative day were normal, and the patient made an uneventful recovery.

Conclusion

Patients with visual disturbances during or immediately after transurethral prostatectomy should be suspected of having a TUR reaction. They should be early diagnosed and correctly treated.

References:

1. Appelt GL, Benson GS, Corriere JN Jr. Transient blindness: unusual initial symptom of transurethral prostatic resection reaction. *Urology*. 1979;13:402-4.
2. Mizutani AR, Parker J, Katz J, Schmidt J. Visual disturbances, serum glycine levels and transurethral resection of the prostate. *J Urol*. 1990;144:697-9.

Sallami Sataa, Hmidi Mohamed, Horchani Ali

*Department of Urology- La Rabta University-Hospital.
Faculty of Medicine of Tunis – University of Tunis - El Manar*

Coexistence of a malignant stromal tumor of the stomach with an adenocarcinoma of the lung in a patient with neurofibromatosis type 1

Malignant gastrointestinal stromal tumors (GIST) are specific mesenchymal tumors that may occur anywhere along the gastrointestinal tract [1]. Majority of GIST are positive for CD117 and vimentin in immunohistochemical staining [2]. Coexistence of malignant GIST and other malignancies have been reported in some unique cases. Such cases always require differential diagnosis for metastatic GIST [2]. In addition, association of GIST with NF1 is increasingly described [3, 4]. The case we report represents a coexistence of a GIST of the stomach with an adenocarcinoma of the lung in a patient with NF1. To our knowledge, the coincidence of GIST and lung cancer has rarely been reported in the literature.

Case Report

A 57-year-old male, great smoker, with a history of gastric operation- in 1987- for a gastric ulcer complicated with perforation, was admitted to our department for the exploration of melena with stomach ache and weight loss evolving since July 2009. On physical examination, the patient looked thin and pale. There were numerous "café au lait" spots (more than 10, with 2 to 10cm of large) (figure 1), two cutaneous neurofibromas and multiple freckles on armpits and trunk (figure 2). The questioning revealed, in fact, a family history of "café au lait" spots in a sister and in a brother who died 3 years ago when explored for cerebral tumor (which seemed to be a glioma on CT scan) associated to a lung cancer. The