nécessitant une surveillance et une vérification du kyste à la naissance. La ponction in utero est une procédure récente qui mérite d'être évaluée par des études prospectives afin de la valider.

Références

1-Valenti C, Kassner G, Yerma kov, Cromb E. Anténatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. Am J Obstet Gynecol 1975; 15: 216 – 9.
2- Henrion R, Helardot PG. Le diagnostic des kystes de l'ovaire in utero. Ann Pediatr 1987; 34: 65–9.
3- Giorlandino, Bilancioni E, Bagolan P, Muzii L, Rivosecchi M, Nahom A. Antenatal ultrasonographic diagnosis and management of fetal ovarian cysts. Int J Gynecol obstet 1993; 44: 27–31.

Malek-mellouli Monia, Ben Amara Fethi, Nasr Maher, Reziga Hédi
Service de gynécologie obstétrique "B"
Centre de maternité et de néonatologie de Tunis. Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

Le textilome intra vésical chez l'enfant

Le textilome est une erreur chirurgicale rare. L'incidence du textilome intra vésical varie de 1/100 à 1/5000 cas. Elle est sous estimée au vu des formes asymptomatiques qui passent inaperçues (1). Cette complication post opératoire pose un problème médicolégal (1-5). Les circonstances de découverte sont variables. Le textilome intra-vésical peut rester longtemps asymptomatique ou se manifester par des douleurs, une infection, ou une fistulisation dans les organes de voisinage notamment le rectum (1-4). La radiographie de l'arbre urinaire sans préparation peut montrer une opacité linéaire pelvienne se projetant sur l'aire vésicale ou des calcifications. L'échographie est souvent contributive. La confirmation diagnostique repose sur la cystoscopie et l'extraction du textilome peut être réalisée soit à ciel ouvert ou au mieux par voie endoscopique (1-3).
Nous rapportons une observation pédiatrique d'un textilome intra vésical.

Observation

Fille âgée de 3 ans, opérée il y a 15 jours en ville pour une hernie inguinale gauche, compliquée d'une perforation de la vessie nécessitant une taille vésicale avec fermeture de la brèche vésicale. Les suites ultérieures ont été marquées par la survenue d'une infection urinaire fébrile à Escherichia coli rebelle à une antibiothérapie adaptée. L'échographie a révélé une image intra-vésicale, de 20 mm de grand d'axe, hyper-échogène avec un cône d'ombre postérieur, non vascularisée au Doppler (Figure 1). Un textilome intra-vésical a été fortement évoqué et confirmé par une cystoscopie. L'extraction de la compresse a pu être réalisée par voie trans-urétrale (Figure 2). L'antibiothérapie a été maintenue pendant 7 jours et a permis la stérilisation des urines. Les suites opératoires étaient simples avec une bonne continence urinaire.

Figure 1 : Echographie montrant le textilome intra vésical

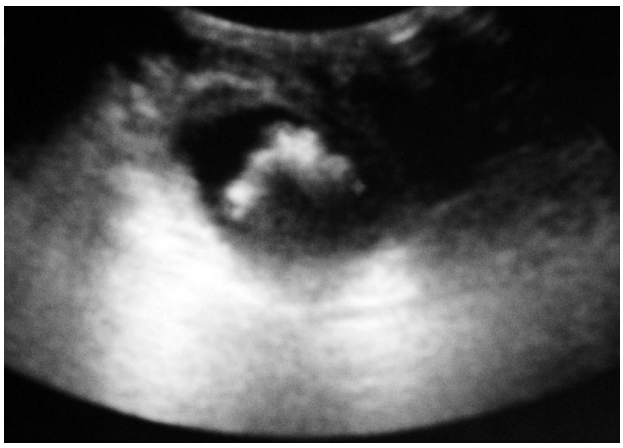

Figure 2 : Aspect per opératoire de l'extraction trans-méatique du textilome

Conclusion
Le textilome intra-vésical est une complication rare, posant un problème médico-légal. Ces circonstances de découverte sont variables et son traitement se base sur son extraction au mieux par voie endoscopique.

Références :

1. Hung schun S, Sung Lang K, Shao-Chuan W, et al. Gossypiboma-retained surgical sponge, Chin Med Assoc 2007; 70:511-3.
2. Prasad S, Smith A M, Uson A, et al. Foreign bodies in urinary bladder. Urology 1973 ; 2:258-64.
3. Benchekroun A, Iken A, Nouini Y, et al. Foreign bodies of the bladder: Report of a new case. Ann Urol 2001; 35:220-2.
4. Santosh K, Ravimohan S M, Naveen C A. Gossypiboma of the urinary bladder, Int J Gynaecol Obstet 2008 ; 102:79.-80.
5. Poyanli A, Salmasliogl A, Terzibasioglu E, et al. An unusual pure cystic posterior mediastinal mass: a textiloma. Clinical Radiology 2008; 63:836-8.

Mourad Hamzaoui, Manef Gasmi, Jihène Ben Aoun, Fatma Fitouri, Nada Sghairoun, Sondes Sahli
Service de chirurgie pédiatrique « A ». Hôpital d'enfants. Tunis
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

Insulinome du pancréas

L'insulinome du pancréas (IP) est une tumeur neuroendocrine, généralement bénigne et relativement rare, représentant 1 à 4 cas par million d'habitants. L'IP se développe aux dépens des cellules, de Langerhans du pancréas et représente 25% des tumeurs endocrines du pancréas [1]. Elle est la première cause d'hypoglycémie organique [2].
Nous en rapportons trois nouvelles observations.

Observations
Trois hommes, âgés de 20, 42 et 53 ans avaient tous consulté dans un délai de 1 mois, 15 jours et 2 mois, pour des signes de neuroglycopénie (céphalées, flou visuel, convulsion dans un cas), survenant à distance des repas, associés à des hypoglycémies sévères <0,4 g/l. Ces symptômes disparaissaient typiquement après ingestion de sucre. Le diagnostic d'insulinome, basé sur la des signes cliniques et biologique, entrant dans la Triade de Whipple étaient constants chez nos patients, hautement suggestive d'hypoglycèmie. La tumeur a pu être détectée de façon précise en préopératoire dans 1 cas par l'imagerie TDM/IRM (Figures 1 et 2), l'EPO ayant permis de mettre en évidence ses rapports avec les structures avoisinantes. La tumeur n'a été détectée que par l'EPO en per-opératoire dans les 2 autres (Figure 3). Le bilan phosphocalcique et bilan thyroïdien, pratiqué à la recherche d'une NEM, était normal dans tous les cas. Tous les malades ont eu une résection chirurgicale sous laparotomie par énucléation simple. Les suites opératoires étaient simples dans un cas et compliquées d'une fistule pancréatique post opératoire dans 2 cas. Les données morphologiques et anatomopathologiques sont résumées dans le tableau 1. L'évolution de ces deux patients était favorable après drainage percutané scanno-guidé pendant une période respectivement de 7 jours et 25 jours. En post opératoire, les 3 patients n'ont pas présenté d'épisodes d'hypoglycémie. Avec un recul moyen de 12, 18 et 3 mois respectivement, les 3 patients sont en bon état général avec contrôle loco-régional de leur maladie.

Figure 1: Tomodensitométrie abdominale montrant une tumeur de 9 mm prenant le produit de contraste au temps artériel dans la région isthmique du pancréas (cas 3).

Figure 2 : IRM abdominale montrant une formation de 9 mm prenant le contraste à l'injetion de Gadolinium (cas 3)
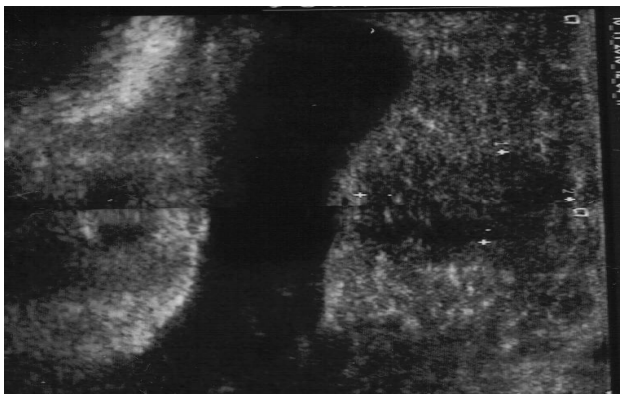
Figure 3 : Echographie per opératoire montrant l'insulinome hypoéchogène de 10 mm dans la région isthmique (cas 3)