

convertir. L'intervention a été menée par voie sous costale droite et a trouvé un abcès du foie du segment IV de 8 cm de diamètre. Son évacuation a permis de découvrir dans la cavité un os de poulet de 2 cm de long libre dans le pus. Le reste de l'exploration a montré un appareil digestif intact, en particulier pas de fistule. On a terminé l'opération par un drainage moyennant deux sondes de Salem.

Figure 2 : image laparoscopique qui montre l'abcès



Les suites opératoires ont été simples et le drainage a été enlevé au 5ème jour postopératoire. Une échographie a été faite au 5ème mois post opératoire et a montré une restitution ad integrum.

Discussion

Dans environ 90% des cas, les corps étrangers ingérés passent à travers le tractus digestif sans incidents au bout d'une semaine [1, 2,4]. Les perforations gastro-intestinales ont été rapportées chez moins de 1% des patients [3-5] et les zones les plus fréquemment touchées sont : l'iléo-caecum, le recto-sigmoïde [4,5] et le duodénum [2]. Le développement d'un abcès hépatique due à un corps étranger est encore plus rare [6].

La présentation classique d'un abcès hépatique - associant la fièvre avec frissons, la douleur abdominale et l'ictère - n'est présente que dans un petit nombre de cas [5-6]. Dans la majorité des cas le tableau clinique se résume à une douleur fébrile de l'hypochondre droit avec à la biologie une hyperleucocytose [10]. Le scanner abdominal reste l'examen radiologique le plus performant. En effet, il permet de poser le diagnostic positif et étiologique, et d'écarter les diagnostics différentiels (kyste hydatidique et tumeur hépatobiliaire) [1,4].

Les décès causés par les erreurs de diagnostic ont été signalés, dont l'un a été découvert à l'autopsie [9]. Un diagnostic à temps avec une intervention précoce (drainage de l'abcès et ablation du corps étranger sous couverture antibiotique) demeurent les seuls garants d'une évolution sans incidents. [4,11].

Conclusion, la perforation intestinale par un corps étranger associée à un abcès hépatique est un phénomène reconnu [7,8]. Cette relation évolue de telle sorte que certains suggèrent

maintenant que cette «éventualité rare doit être gardée à l'esprit lorsqu'il s'agit d'abcès hépatique, voire d'un état de choc septique d'origine inconnue» [6].

REFERENCES

1. Kanazawa S, Ishigaki K, Miyake T, Ishida A, Tabuchi A, Tanemoto K, Tsunoda T. A granulomatous liver abscess which developed after a toothpick penetrated the gastrointestinal tract: report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 312-314
2. Cheung YC, Ng SH, Tan CF, Ng KK, Wan YL. Hepatic inflammatory mass secondary to toothpick perforation of the stomach: triphasic CT appearances. *Clin Imaging* 2000; 24: 93-95 PubMed
3. Broome CJ, Peck RJ. Hepatic abscess complicating foreign body perforation of the gastric antrum: an ultrasound diagnosis. *Clin Radiol* 2000; 55: 242-243
4. Horii K, Yamazaki O, Matsuyama M, Higaki I, Kawai S, Sakaue Y. Successful treatment of a hepatic abscess that formed secondary to fish bone penetration by percutaneous transhepatic removal of the foreign body: report of a case. *Surg Today* 1999; 29: 922-926
5. Chintamani, Singhal V, Lubhana P, Durkhere R, Bhandari S. Liver abscess secondary to a broken needle migration--a case report. *BMC Surg* 2003; 3: 8 PubMed
6. Starakis I, Karavias D, Marangos M, Psoni E, Bassaris H. A rooster's revenge: hepatic abscess caused by a chicken bone. *Eur J Emerg Med* 2005; 12: 41-42
7. F. Clarence, O. Scatton, E. Bruguière et al., "Recurrent liver abscess secondary to ingested fish bone migration: report of a case," *Surgery Today*, vol. 38, no. 6, pp. 572-575, 2008.
8. R. J. Mukkada, A. P. Chettupuzha, V. J. Francis et al., "Endoscopic removal of chicken bone that caused gastric perforation and liver abscess," *Indian Journal of Gastroenterology*, vol. 26, no. 5, pp. 246-247, 2007.
9. Byard RW, Gilbert JD. Hepatic abscess formation and unexpected death: a delayed complication of occult intraabdominal foreign body. *Am J Forensic Med Pathol* 2001; 22: 88-91
10. Chiang TH, Liu KL, Lee YC, Chiu HM, Lin JT, Wang HP. Sonographic diagnosis of a toothpick traversing the duodenum and penetrating into the liver. *J Clin Ultrasound* 2006; 34: 237-240
11. Theodoropoulou A, Roussomoustakaki M, Michalodimitrakis MN, Kanaki C, Kouroumalis EA. Fatal hepatic abscess caused by a fish bone. *Lancet* 2002; 359: 977

Mejri. Atef, Ben Maamer. Anis, Bouhaffa. Ahmed, Haouess. Noomen, Oueslati. Abdelaziz, Chrif. Abderraouf

Service de chirurgie viscérale Hôpital Habib Thameur Tunis Tunisie

Hernie diaphragmatique congénitale droite suite à un pyopneumothorax néonatal à Streptocoque B.

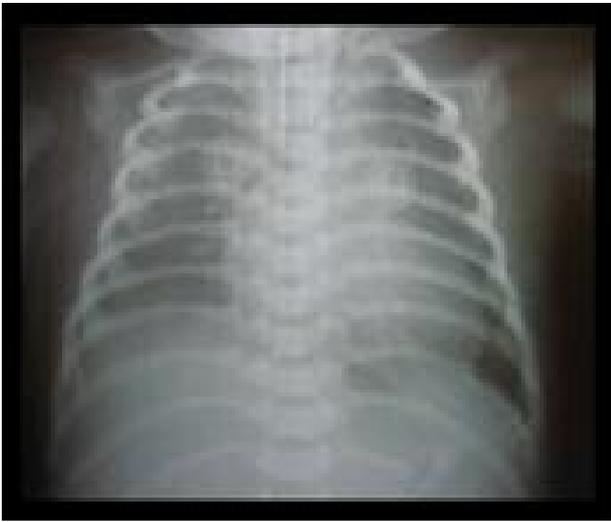
L'association d'une septicémie néonatale à streptocoque B et d'une hernie diaphragmatique droite (HDD) à révélation secondaire est rare; 30 cas ont été rapportés dans la littérature [1,2]. Elle soulève un problème de causalité entre ces deux affections [3,4]. Le pronostic est le plus souvent favorable. Nous rapportons l'observation d'une HDD découverte tardivement dans les suites d'un pyopneumothorax néonatal à streptocoque B.

Observation

Mohamed Yassine B. nous a été transféré à H29 de vie pour une détresse respiratoire néonatale. Il était le deuxième enfant de

parents non consanguins. Sa mère était âgée de 26 ans et il est né par césarienne élective pour utérus cicatriciel. Son score d'Apgar était côté à 9/10. L'examen à l'admission avait trouvé un nouveau-né en état de choc avec une détresse vitale, fébrile à 39,5 °C, une détresse respiratoire (score de Silverman à 3) et une défaillance hémodynamique. Il avait bénéficié d'emblée d'une assistance ventilatoire, d'un support hémodynamique et d'une triple antibiothérapie à visée infection materno-fœtale. La radiographie du thorax initiale avait montré des poumons humides avec une silhouette cardiaque normale (fig. 1).

Figure 1 : Radiographie de thorax H24 de vie:



Les gaz du sang ont montré un PH normal à 7,36 une hypocapnie à 30,5 mmHg, une hypobasémie modérée à 17 avec un déficit en base à - 6,4 . La numération formule sanguine avait montré une anémie à 12g/dl, une thrombopénie à 121 500/mm³ et des globules blancs normaux à 7200/ mm³. Le bilan d'hémostase avait montré une coagulation intra vasculaire disséminée. La CRP était à 13 mg/l. Le prélèvement gastrique était positif à streptocoque B faisant retenir le diagnostic d'infection materno-fœtale à streptocoque B. L'évolution était marquée par l'installation d'une hypoxémie réfractaire ayant nécessité le recours au monoxyde d'azote inhalé. La radiographie du thorax de J6 de vie avait montré une opacité basithoracique droite (fig. 2) et à J7 de vie un pyopneumothorax droit (fig. 3) qui avait été drainé pendant 4 jours. Une tomodensitométrie thoracique pratiquée à J10 de vie avait objectivé une condensation parenchymateuse du poumon droit faisant suspecter initialement les complications du poumon ventilé du nouveau-né (fig. 4). Le diagnostic de Hernie diaphragmatique de Bochdalek droite avait été retenu secondairement à J47 de vie. Le nourrisson a été opéré à l'âge de 5 mois. En per opératoire, tout le foie droit était intra thoracique, la berge postéro interne était hypoplasique. Les suites opératoires étaient simples. Avec un recul de 12 mois, le nourrisson présente une croissance et un développement normal.

Figure 2 : de thorax J6 de vie: Opacité



Figure 3 : Radiographie de thorax J7 de vie



Figure 4 : Scanner thoracique de J10 de vie : Condensation parenchymateuse du poumon droit



Conclusion

La survenue d'une hernie diaphragmatique droite dans un contexte d'infection néonatale à streptocoque B est une association rare mais qu'il faut évoquer. La persistance d'une détresse respiratoire après un sepsis néonatale à streptocoque B, associée à une opacité radiologique pulmonaire basale droite, doit faire évoquer le diagnostic de hernie diaphragmatique droite.

Références

- [1]- Vachharajani A.J., Shah J.K., Paes B.A. Late onset left diaphragmatic hernia after group B streptococcal sepsis. J Pediatr Surg 2002; 37: 932-3.
- [2]-Garcia-Munoz F, Santana C, Reyes D et al. Early sepsis, obstructive jaundice and right-side diaphragmatic hernia in the new born. Acta Paediatr 2001; 90:96-8.
- [3]-Harris MC, Moskowitz WB, EngleWD et al. Group B streptococcal septicaemia and delayed-onset diaphragmatic hernia. Am J Dis Child 1981; 135:725-5.
- [4]-F Vedel-Werts, R. Desandes, M. Rouabah, P. Bach, G.de Miscault, J-M.Hascoet, and al. Hernie diaphragmatique droite à révélation secondaire et septicémie néonatale à Strepto B chez un prématuré. Archives de pédiatrie Volume 14, 2007 :897-899

S. Blibech*, N. Kasdallah*, H. Ben Salem*, H. Boujemaab, N. Ben Abdallah**, M. Douagi*.

*: Service de Néonatalogie et Réanimation Néonatale.

** : Service de Radiologie

Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Montfleury 1008 TUNIS
Faculté de Médecine de Tunis. Université El Manar

Multiple gastrointestinal hemangiomas treated with argon plasma coagulation

Hemangiomas of the gastro-intestinal (GI) tract account for only 0.05% of all GI neoplasms (1) and may be responsible for different types of gastrointestinal bleeding. They are frequently difficult to manage due to the multiplicity and size of the lesions. Treatment today is based on resection; angiographic embolization and endoscopic ablation with laser and argon plasma coagulation in case of severe anemia or massive bleeding (2, 3). We report a rare case of isolated diffuse GI hemangiomas, revealed with a severe iron deficiency anemia, and treated by argon plasma coagulation (APC).

Case report

The patient was a 18-year-old woman with a past medical history of anemia treated with an inefficient iron supplement. She never had overt GI bleeding. On admission, she presented with tiredness and weakness. On clinical examination, she was very pale. Laboratory tests revealed iron deficiency anemia with a hemoglobin level of 4.8 g/dl and a ferritin of 4 ng/ml (normal value >10ng/ml). Upper endoscopy revealed multiple polypoid lesions, between 2 and 20 mm in diameter, with reddish purple discoloration of the covering mucosa, located in

the greater curvature, antrum, junction of body, cardia, the bulb and the duodenum (fig. 1a and 1b).

Figures 1a and 1b: Multiple polypoid lesions of the duodenum with reddish purple discoloration



Small bowel enema also revealed persistent filling defects in the jejunum and the ileum, compatible with the presence of small bowel hemangiomas. Ileo-colonoscopy confirmed multiple hemangiomas scattered from the caecum to the rectum. The terminal ileum (30cm) was normal. Abdominal ultrasonography and cerebral scan were performed and yielded no evidence of other visceral location of hemangioma. APC was applied to all visible gastro-intestinal lesions (four in stomach, three in bulb and five in second duodenum). The session lasted for a total of 20 minutes. Gastric and duodenal hemangiomas were removed by APC after submucosal saline solution injection (fig. 2a, 2b and 3). After APC, no complications were encountered and the resulting ulcer healed with oral administration of proton pump inhibitor. The patient has taken iron supplements; her hemoglobin level has remained stable at approximately 12 g/dl up to the most recent follow up which was 6 years after the APC therapy.