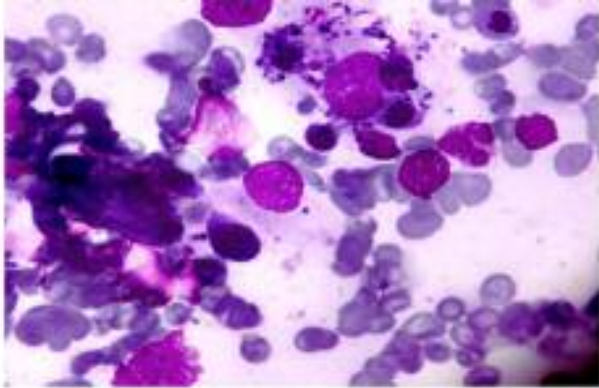


l'aggravation des troubles de l'hémostase avec survenue d'une coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD) nécessitant des apports de plasma frais congelé.

Certains éléments du tableaux clinico-biologiques (la profondeur de l'anémie et de la leucopénie, l'hypertriglycéridémie et l'hyperferritinémie) ont permis de suspecter le SAM. Un myélogramme a objectivé l'hémophagocytose (**Figure 2**).

**Figure 2** : Myélogramme : hémophagocytose.



Le traitement a consisté en une corticothérapie à 1 mg/kg par jour et une antibiothérapie empirique devant les signes clinico-biologiques évocateurs d'un syndrome infectieux.

Le doute sur une infection a retardé l'instauration d'une chimiothérapie chez notre patient.

Le retard diagnostique et la survenue d'un SAM ont aggravé le pronostic, entraînant la survenue d'une CIVD et d'une défaillance multi-viscérale.

Le malade est décédé quelques jours après dans un tableau de CIVD et de défaillance respiratoire et hémodynamique.

### Conclusion

L'association maladie de Castelman-SAM chez un adulte immuno-compétant est exceptionnelle. Le tableau peut mimer un sepsis sévère. Certaines formes graves nécessitent de débiter un traitement en urgence avec un pronostic très réservé.

### Références :

1. Stebbing J, Ngan S, Ibrahim H et al. The successful treatment of haemophagocytic syndrome in patients with human immunodeficiency virus-associated multi-centric Castleman's disease. *Clin Exp Immunol.* 2008 Dec;154(3):399-405.
2. Miyagi T, Nagasaki A, Taira T et al. A Japanese case of human herpes virus-8-associated multicentric castleman disease complicated by hemophagocytic syndrome. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2008 Aug;35(8):1431-4.
3. Li CF, Ye H, Liu H, Du MQ, Chuang SS. Fatal HHV-8-associated hemophagocytic syndrome in an HIV-negative immunocompetent patient with plasmablastic variant of multicentric Castleman disease (plasmablastic microlymphoma). *Am J Surg Pathol.* 2006 Jan;30(1):123-7.

**Mahfoudhi Madiha, Hariz Anis, Ben Abdelghani Khaoula, Turki Sami, Kheder Adel.**

Service de médecine interne A  
Hôpital Charles Nicolle  
Boîte postale 132 Ezzahra 2034 Tunisie

## Small bowel volvulus complicating meconium cyst in a neonate

Meconium peritonitis is an aseptic chemical peritonitis caused by the spreading of the meconium into the foetal peritoneal cavity, following a prenatal perforation of the gastrointestinal tract (1). The cystic form is rare and the small bowel volvulus represents the most common mode of postnatal revelation. Antenatal diagnosis can be anticipated by ultrasonography and magnetic resonance image and it is believed that it can reduce mortality rate from 50% to 11% (4).

### Aims

The authors report a new case of meconium cyst complicated by small bowel volvulus and extended necrosis.

### Case report

A12- day old girl was admitted for an acute intestinal occlusion evolving for 48 hours. The baby was born smoothly at 38 weeks of gestation. No anomaly was found at the prenatal ultrasonography done at the 22<sup>nd</sup> week. The birth body weight was 2870 g. Meconium was emitted at time but in small amounts and the transit was rare (1-2 times a day). Physical examination showed an impaired general condition, an abdominal distension with a collateral venous circulation and bilious vomiting. The rectal probe test was negative. Thoraco-abdominal plain X-ray (figure) revealed air-fluid levels and calcification next to the right iliac fossa without pneumoperitoneum.

**Figure 1** : thoraco-abdominal X-ray standing (a) and coated (b) showed an intestinal distension, air fluid levels and calcification projecting opposite the right iliac fossa (arrows).



Laboratory exam revealed anaemia (hemoglobin at 11g/dl), acute renal failure (urea at 9 mmol / l) and inflammation (leukocytosis in 14 000 cells / l with neutrophils at 10800 cells / l and CRP in 40 mg / l). After supportive care, emergent laparotomy was carried out and revealed inflamed and fixed intestinal loops. On carefully dividing the adhesions, we discovered a large cyst, 120 mm in diameter with meconium content. The cyst wall was fibrous with small calcification and strongly adherent to the anti-mesenteric edge of the jejunum at

500 mm from the ligament of Treitz, without communication with the intestinal loop. The cyst was complicated by a volvulus of the small bowel and necrosis of 1300 mm in length. The distal intestinal tract patency was confirmed. Resection of the cyst and the necrotic small bowel was performed, followed by a primary termino-terminal anastomosis.

The remnant small bowel length was 800 mm. Pathologic examination concluded to fibrous tissue with calcifications and confirmed the diagnosis of meconium cyst without intestinal loop communication. The postoperative course was uneventful. Flatus and stool passage were noted on post operative day 2. Five days later, gastric tube was removed and feeding was introduced. As a result of adequate bowel movement, the patient was discharged on post operative day 8. The body weight had increased to 10, 5 Kg at the last clinic follow-up at the age of 12 months.

### Conclusion

Early diagnosis of meconium cyst should be best achieved in utero. This helps prevent secondary complications such as volvulus of the small intestine, causing a short bowel and a postoperative mortality.

### References

1. So Hyun N, Seong Chul K, Dae Yeon K et al. Experience with meconium peritonitis. *J Pediatr Surg* 2007; 42: 1822-5.
2. Pellizo G, Codrich D, Zennaro F et al. Prenatal detection of the cystic form of meconium peritonitis: no issues for delayed postnatal surgery. *Pediatr Surg Int* 2008; 24: 1061-5.
3. Vaclav Simonovsky, Jiri Lisy. Meconium pseudocyst secondary to ileal atresia complicated by volvulus: antenatal MR demonstration. *Pediatr Radiol* 2007; 37: 305-9.

*Nada Sghairoun, Aï cha Ben Slama, Sondes Sahli, Manef Gasmî, Mourad Hamzaoui*

*Department of Pediatric surgery « A », Children's Hospital, Tunis, Tunisia*

-----

## Le tératome de la thyroïde: A propos d'un cas

Les tératomes sont des tumeurs embryonnaires rares dérivant des trois feuilletts embryonnaires : ectoderme, endoderme et mésoderme. Ils se voient surtout lors de la période néonatale. Il existe deux formes : bénigne prédominant chez l'enfant et maligne qui se voit essentiellement chez l'adulte. Nous rapportons un cas de tératome thyroïdien colligé au service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-Faciale de l'hôpital La Rabta

### Observation

Il s'agissait d'une fille âgée de 16 ans sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour une tuméfaction basicervicale antérieure évoluant depuis 4 ans augmentant progressivement de taille sans signes de dysthyroïdie ni de compression.

L'examen clinique a montré un nodule lobaire gauche de la

thyroïde faisant 3 cm de grand axe dur, mobile à la déglutition et indolore sans adénopathies cervicales palpables. A la nasofibroskopie, les cordes vocales étaient saines et mobiles. Le reste de l'examen ORL ainsi que l'examen général étaient normaux.

L'échographie cervicale a objectivé un nodule kystique du lobe gauche de la thyroïde avec une zone échogène déclinée. A la scintigraphie au technétium, le nodule était froid. Le bilan hormonal thyroïdien (FT4, TSH) était normal et les anticorps antithyroïdiens étaient négatifs.

La patiente a été opérée bénéficiant d'une cervicotomie exploratrice avec une incision de type Kocher. L'exploration per opératoire a mis en évidence une masse développée presque exclusivement aux dépens du lobe gauche de la thyroïde. La patiente a eu une loboisthmectomie gauche et l'examen histologique extemporané a conclu à un nodule bénin. Les suites opératoires étaient simples en particulier pas de paralysie récurrentielle.

L'examen anatomopathologique définitif a montré la présence d'une cavité kystique au sein du parenchyme thyroïdien, revêtue d'une part par un épithélium de type respiratoire et d'autre part par un épithélium gastrique, avec des nodules de tissus cartilagineux au niveau de la paroi du kyste concluant à un tératome pluritissulaire bénin de la glande thyroïde.

L'évolution a été favorable et on n'a pas noté de récurrence avec un recul de 5 ans.

### Conclusion

Les tératomes sont des tumeurs embryonnaires rares dont les localisations les plus fréquentes sont les gonades, la région sacro coccygienne et le médiastin antérieur.

La localisation cervicale est rare et représente 5% de toutes les localisations. Le siège thyroïdien est très rare (1).

Sur le plan histologique, on distingue 3 formes : la forme mature, la forme immature qui se voit essentiellement chez le nouveau-né et la forme maligne apanage surtout de l'adulte.

La symptomatologie clinique est non spécifique et elle est représentée par une tuméfaction basicervicale antérieure d'évolution rapide associée ou non à des signes de compression. La cytoponction thyroïdienne montre un aspect cellulaire atypique. L'échographie montre généralement une masse à la fois kystique et solide.

La tomodensitométrie a un intérêt en cas de volumineuses tumeurs ou des formes malignes afin de préciser les rapports avec l'axe vasculaire et aéro-digestif (2).

Le diagnostic est anatomopathologique. Le caractère bénin est porté devant la maturité des tissus, l'absence d'embolies tumorales, d'infiltration des tissus voisins, d'adénopathies et d'anomalies cellulaires.

Le tératome malin impose un traitement radical comportant une thyroïdectomie totale associée à un évidement ganglionnaire cervical complété d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie. Les formes matures et immatures ont une évolution locorégionale justifiant la réalisation d'une thyroïdectomie totale.