

Kyste pyéogénique de l'enfant

Le kyste pyéogénique est une lésion rare définie par une cavité communiquant avec le pyélon ou un calice par un fin collet et tapissée d'un épithélium transitionnel. Il est souvent de découverte fortuite. Son diagnostic repose sur les données de l'imagerie (1,2,3). Nous rapportons un nouveau cas pédiatrique de découverte fortuite et opéré sous coelioscopie.

Observation

G.M.A, âgé de 8 ans, de sexe masculin, sans antécédents pathologiques, a été hospitalisé pour une masse lombaire gauche découverte fortuitement sur une échographie abdominale. L'examen physique a trouvé un bon état général, une température à 37,2° et une tension artérielle à 10/5. L'abdomen était souple sans masse palpable et les urines étaient claires. Plusieurs diagnostics ont été évoqués: kyste hydatique, kyste solitaire, syndrome de la jonction pyélo-urétérale. Le bilan radiologique (échographie, uro-scanner) a conduit à un kyste pyélique gauche mesurant 120 millimètres de diamètre, à développement exo rénal, responsable d'une distension calicelle gauche et d'un écrasement de l'uretère homolatéral (figures 1 et 2).

Figure 1 : coupe scannographique montrant un rein gauche siège d'une formation kystique, bien limitée et à contenu liquidien (flèche).

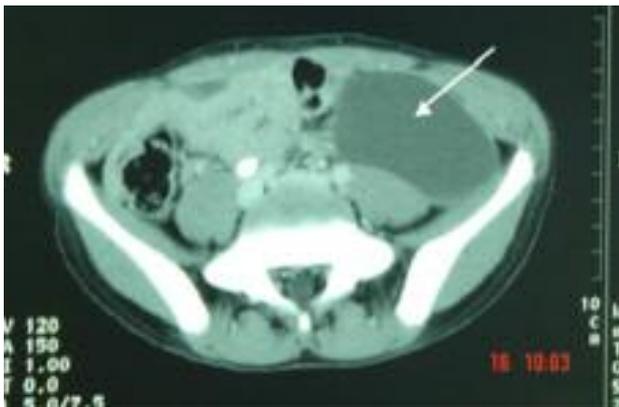
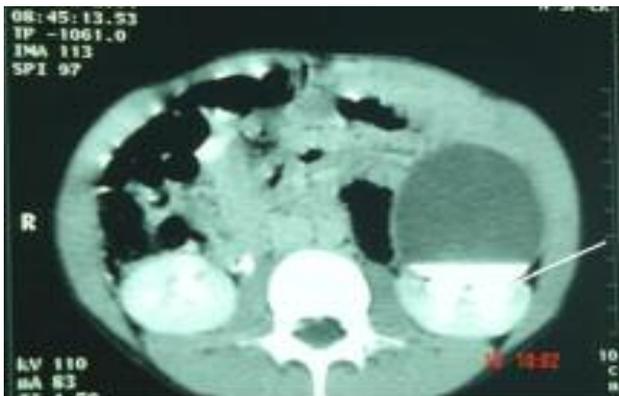


Figure 2 : Le kyste communique avec le pyélon et sa paroi se réhausse après injection du produit de contraste (flèche).



Le rein droit était normal. Le bilan biologique a montré une hémoglobine à 12,5 g/dl, une urée sanguine à 6.5 mmol/l et une créatininémie à 54 µmol/l. L'examen cyto bactériologique des urines était négatif. Le diagnostic de kyste pyéogénique gauche était retenu et l'indication opératoire était posée devant la taille du kyste et le syndrome obstructif. Par un abord coelioscopique transpéritonéal gauche, on a retrouvé un volumineux kyste pyéogénique mesurant 150 x 100 millimètre. Ce kyste est au contact de l'estomac et du pôle inférieur de la rate, dépasse la ligne médiane, adhère au péritoine et plonge dans le pelvis. Après une ponction et une vidange d'urines claires, une résection du kyste et de son collet, suivie d'une pyéloplastie ont été réalisées. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de kyste pyéogénique. Les suites opératoires immédiates ont été simples. Ultérieurement, l'évolution clinique est favorable et le recul est de 5 ans.

Conclusion

Le kyste pyéogénique peut poser un problème diagnostique. L'imagerie est souvent contributive. Le traitement est l'exérèse chirurgicale. Il n'est indiqué que pour les formes symptomatiques ou compliquées.

Références

1. Chioukh FZ, Jouini R, Ben Brahim M, Mekki M, Belghith M, Nouri A. Le kyste pyéogénique chez l'enfant. Prog Urol. 2005;15:514-6.
2. Roić G. Complicated pyelogenic cyst. Pediatr Radiol. 2003;33:660-1.
3. Medani CR, Dunne MG. Ultrasonic appearance of pyelogenic cysts. South Med J. 1983;76:1556-8.

Aicha Ben Slama, Nada Sghairoun, Sondes Sahlí, Manef Gasmí, Fatma Fitouri, Mourad Hamzaoui

Service de chirurgie pédiatrique A, Hôpital d'enfants de Tunis.

Hépatite aiguë B fulminante après traitement par infliximab au cours d'une maladie de crohn

L'infliximab est actuellement un standard thérapeutique au cours des maladies de crohn réfractaires aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs et des localisations ano périnéales. Cependant ce traitement expose à de nombreux effets secondaires avec en particulier le risque infectieux et la possibilité de réactivation tuberculeuse mais aussi virales. L'éventualité d'une réactivation virale B pose un réel problème. De nombreux cas d'hépatite fulminante secondaire à une réactivation virale B (d'une hépatite chronique B ainsi que d'une hépatite occulte B) chez des patients atteints d'une maladie de crohn traités par infliximab ont été rapportés (1,2). Nous rapportons un cas d'hépatite aiguë B fulminante chez une malade porteuse d'une maladie de crohn traitée par azathioprine et infliximab, fatale malgré l'initiation de la lamivudine.

Observation

Une patiente de 23 ans, suivie depuis 2009 pour une colite ulcérée avec des lésions ano-périnéales récidivantes et rebelles à une antibiothérapie prolongée avec persistance d'un écoulement purulent et des proctalgies intenses. Le diagnostic d'une maladie de Crohn était fortement suspecté avec présence d'une colite granulomateuse à l'histologie. Cependant et devant la fréquence, inhabituellement élevée de granulomes épithélioïdes à l'examen anatomo-pathologique, le diagnostic d'une tuberculose digestive associée à des manifestations ano-périnéales était suspecté. Une enquête tuberculeuse exhaustive était réalisée. Elle était négative hormis la recherche de BK dans les urines qui était positive (2 prélèvements sur 3). Une urographie intraveineuse était normale. Ainsi devant le doute diagnostique, le risque important d'une réactivation d'une tuberculose latente sous immuno-suppresseurs, un traitement antituberculeux était instauré.

L'évolution était défavorable avec aggravation clinique et endoscopique permettant de retenir définitivement le diagnostic d'une maladie de Crohn avec des manifestations ano-périnéales. Ainsi le traitement anti-tuberculeux était arrêté et une corticothérapie pleine dose associée à un traitement par azathioprine était débuté. Le bilan virologique pré azathioprine était négatif (Ac anti HCV -, Ag HBs -, Ac anti HBc -, sérologie HIV -). Une vaccination contre l'hépatite B était indiquée mais non réalisée par la patiente. L'évolution était favorable avec une rémission clinique initiale mais apparition d'une cortico-résistance imposant l'instauration de l'infliximab.

L'évolution était favorable avec rémission clinique et une cicatrisation endoscopique avec adoption d'un traitement d'entretien par imurel et infliximab. Cinq semaines après la septième perfusion d'infliximab, la patiente se présentait avec des douleurs abdominales, des vomissements un syndrome pseudo grippal avec une fièvre à 38,5 °C, motivant son hospitalisation. A l'examen elle avait un bon état d'hydratation, une pâleur conjonctivale, discrète sensibilité abdominale diffuse, tachycarde. A la biologie, on notait une leucopénie à 3700 éléments /mm³, un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 58 mg, une cytolysse importante prédominante sur les ALAT (ALAT : 70 fois la normale et ASAT 50 fois la normale), une insuffisance hépato cellulaire (TP à 30%) initialement sans cholestase, une tendance à l'hypoglycémie (Glycémie à 3.85 mmol/L. Dans le cadre du bilan étiologique de cette cytolysse hépatique on a complété par bilan immunologique (-) sérologies virales A,C, D, E, CMV et EBV négatives, marqueurs de l'hépatite B : AgHBs +, antiHbc IgG +, antiHbc IgM +. Ainsi le diagnostic d'une hépatite aiguë B sévère était retenue. Un traitement par lamivudine était instauré en urgence en attendant l'accord de l'entécavir associé à un traitement par plasma frais congelé, vitamine K en intraveineux, prévention de l'hypoglycémie et équilibration hydro-électrolytique. Mais l'évolution clinique était marquée par l'installation d'un ictère cholestatique, d'une encéphalopathie hépatique qui s'est aggravée rapidement, d'une chute du TP à 9% l'installation en quelques jours d'un coma profond, de convulsions, et le décès de la patiente 10 jours après. Une transplantation hépatique en urgence était discuté

mais vu la non disponibilité immédiate du greffon elle n'a pas pu être réalisé.

Conclusion

Notre observation illustre le risque majeur de survenue d'hépatite fulminante fatale sous traitement par anti-TNF α . En effet, le recours aux anti TNF entraîne une réplication virale importante en diminuant la réponse immunitaire de l'hôte et expose ainsi à un risque de lésions hépatiques majeures (3). Le bilan pré thérapeutique par les anti-TNF comprend une recherche systématique des marqueurs viraux B et C. Le meilleur traitement demeure préventif par la vaccination systématique et le contrôle de l'efficacité vaccinale chez tout malade atteint d'une maladie de Crohn dès le diagnostic de sa maladie (3).

Références

- 1- Gunda Millonig, Michaela Kern, Othmar Ludwig, Karin Nachbaur, Wolfgang Vogel. Subfulminant hepatitis B after infliximab in Crohn's disease: Need for HBV-screening? World J Gastroenterol 2006;12:974-6.
- 2- Pérez Alvarez R, Diaz Lagares C, Garcia Hermàndez F, Lopez-Roses L, Brito-Zron P, Pérez-de-Lis M et al. Hepatitis B virus reactivation receiving in patients receiving tumor necrosis factor -targeted therapy: analysis of 257 cases. Medecine 2011;6:359-71.
- 3- Debbie M Nathan, Peter W Angus and Peter R Gibson. Hepatitis B and C virus infections and anti-tumor necrosis factor- α therapy: Guidelines for clinical approach. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2006;21:1366-71.

Olfa Hellara, Aroua Gueddiche, Aya Hammami, Wissem Melki, Wafa Ben Mansour, Hichem Loughmari, Nabil Ben Chaabène, Fethia Bdioui, Leila Safer, Hammouda Saffar.

Service de Gastro-entérologie, EPS Monastir.

Management of epithelial ovarian tumors in children

Ovarian tumor represents 1 to 2% of all tumors in girls aged less than 16 years old. They represent 60 to 70% of all gynecological tumors in this age. Epithelial tumors are rare in infant even exceptional before puberty. Their frequency varies from 5 to 31% of ovarian tumor (1). We distinguish between benign, borderline or invasive epithelial tumor. Borderline ovarian tumors (BOT) have intermediary morphological criteria between benign and invasive tumor. Usually they have a favorable evaluative profile. Their incidence is up to three times higher in the pediatric age than in adults. Herein, we report a case of 4-year-old girl presenting a bilateral ovarian serous borderline tumor with a non-invasive peritoneal implant.

Case report

A 4-year-old girl was admitted to the hospital because of