

Case report:

A 19-year-old man, was initially presented with 6 months clinical history of chronic cough, scanty expectoration, prolonged fever and loss of appetite and weight. Physical examination was normal. Chest X ray revealed several confluent consolidations and cavity lung lesions in upper right pulmonary zone. The erythrocyte-sedimentation rate was 120 mm in the 1st hour and CRP was 102 mg/l. Sputum smears was positive for acid-fast-bacilli and culture for mycobacterium tuberculosis, with normal susceptibility to usual drugs. The diagnosis of pulmonary tuberculosis was confirmed and anti-tuberculosis fixed multi-dose combination H75R150Z400E275: 4 tablets/ day was instituted. Twenty one days after start of treatment, the patient suffered acute and progressive legs weakness that ascended to the arms. A progressive respiratory muscle weakness, respiratory failure, no traumatic paraplegia, paraparesis, bilateral motor neuron 7th cranial nerve pals were developed and patient was admitted in the intensive care unit and ventilator support was required during 14 days. It was initially thought to be isoniazid-neuropathy. However, stopping the drug did not improve this condition.

Cranial computer tomography and cerebro-spinal magnetic resonance imaging were normal. Lumbar puncture showed acellular cerebrospinal fluid with 210 mg/dl of albumin and 75 mg/dl of sugar. Nerve conduction studies confirmed the diagnosis of GBS, revealing an acute sensitive-motor axonal and radicular neuropathy with denervation.

Human immunodeficiency virus, type A, B and C hepatitis virus and antibodies to nuclear antigens were negative.

Therefore, we concluded to the association of guillain Barre syndrome and pulmonary tuberculosis.

Immunoglobulin therapy (0,4g/Kg/day) over 3 days was prescribed. Anti-tuberculosis therapy and physiotherapy were instituted and continued during 6 months with recuperation of the motor failure after 3 weeks. Two months after, patient experienced partial clinical improvement and at the end of anti-tuberculosis treatment patient was recovered.

Conclusion:

Peripheral neuropathies in association with tuberculosis infection are uncommon, and mostly due to associated malnutrition, alcoholism, and the neuropathic effects of medication especially Isoniazid and Ethambutol (4-6). In our patient, peripheral neuropathy developed after the treatment of TB started, let's to suspect drug toxicity, but aggravation of neurologic syndrom despite interruption of anti-tuberculosis drug deviates this hypothesis.

The pathogenesis of SGB associated with TB remains obscure. Disease can be a result of meningeal involvement, direct nerve root involvement, and granuloma affecting peripheral nerves (4-8). In our case this hypothesis seems the most likely but what the method that we can used to confirm this hypothesis and can nerve biopsy help to diagnosis? Immunocompetent status and no any medical history in our case underlines the originality of this case report. Those factors, can explain the favorable out-come and the recovering of this patient.

References:

1. De la Torre RG, Moris G, Martínez DP, Montes IC. Guillain-Barré syndrome, tuberculosis and inflammatory bowel disease: a multiple association. *Int Arch Med*. 2010; 16: 3:15.

2. Hughes RA, Cornblath DR: Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 2005 ; 366:1653-1666.
3. Peiris Eiris JB, Wickrasinghe H R, Chandrasekera MA. Tuberculous polyradiculitis. *BMJ* 1974; 4: 107.
4. Taha AA, Tee KH. Guillain Barre syndrom associated with pulmonary tuberculosis. *BMJ Case Resp* 2012; 13: 012.
5. Fernández-Fúnez A, Gómez Garrido J, Alamillo A, Sáez L: Demyelinating polyneuropathy as the Honest form of lymph node tuberculosis. Paradoxn response in an immunocompetent patient. *Med Clin* 2007; 129:78-79.
6. Shin SS, Hyson AM, Castañeda C and all. Peripheral neuropathy associated with treatment for multidrug-resistant tuberculosis. *Int JTuberc Lung Dis* 2003; 7: 347-353.
7. Sabriá Mestres J, Alijotas Reig J, Ordi Ros J, Biosca Gómez de Tejada M, Sumalla Suñé J. Guillain-Barré syndrome and tuberculosis. A chance association? *Rev Clin Esp* 1985; 176: 320-1.
8. Chong VH, Joseph TP, Telisinghe PU, Jalilhal A: Chronic Inflammatory demyelinating polineuropathy associated with intestinal tuberculosis. *J Microbiol Immunol Infect* 2007; 40:377-80.

Association maladie de Crohn et tumeur carcinoïde appendiculaire.

Olfa Hellara¹, Aya Hammami¹, Rim Hadhr², Ali Abdelmoula¹, Mayada Trimech¹, Hichem Loghmani¹, W Ben Mansour¹, Wissem Melki¹, Fethia Bdioui¹, Leila Safer¹, Abdelfattah Zakhama², Hammouda Saffar¹.

¹: service de Gastro-entérologie de Monastir.

²: Laboratoire d'anatomo-pathologie de Monastir

Il est actuellement reconnu que les patients atteints d'une maladie de Crohn sont plus à risque de développer des cancers digestifs (1). Il s'agit essentiellement d'adénocarcinome grêles et coliques (2). L'association à des tumeurs carcinoïdes est exceptionnelle et controversée (3,4). A notre connaissance, uniquement douze cas ont été rapportés dans la littérature. La localisation appendiculaire semble être prédominante, suivie par la localisation iléale. Nous rapportons deux observations de tumeur carcinoïde appendiculaire associée à une maladie de Crohn.

Observation 1 :

Patient MH.B âgé de 18 ans, aux antécédents de maladie de Crohn chez son frère, suivi pour une maladie de Crohn depuis l'âge de 8 ans. Il s'agit d'une maladie iléo-colique avec des poussées fréquentes ayant nécessité plusieurs cures de corticothérapie avec un retentissement sur le développement staturo-pondéral et pubertaire. Devant le profil évolutif, le patient a été mis sous Azathioprine à la dose de 2.5mg/kg/jour. Deux ans après, le patient a développé une poussée sévère avec une atteinte sténosante traitée endoscopiquement, avec échec de celui-ci. Ainsi, le malade a été opéré avec une résection iléo-caecale. A l'examen anatomo-pathologique, le grêle réséqué mesurait 20 cm. L'appendice avait un aspect macroscopiquement normal. A l'histologie, on notait une iléite ulcéreuse et granulomateuse panariétale et segmentaire compatible avec une maladie de Crohn en poussée (Fig 1,2). Une prolifération tumorale occupant la sous-muqueuse et mesurant 2 mm a été notée au niveau de la pointe appendiculaire. Il s'agissait d'une tumeur neuroendocrine bien différenciée, classée grade 2 de l'OMS(Fig 3,4). Les suites étaient simples. Le malade était mis sous anti-TNF alpha , en traitement d'entretien ,étant donné l'échec de l'Azathioprine. Concernant sa tumeur endocrine, et en se référant au consensus de

Thésaurus de cancérologie digestive, aucune attitude thérapeutique supplémentaire n'était envisagée.

Figure 1 : ulcération de la muqueuse iléale (HEX 40)

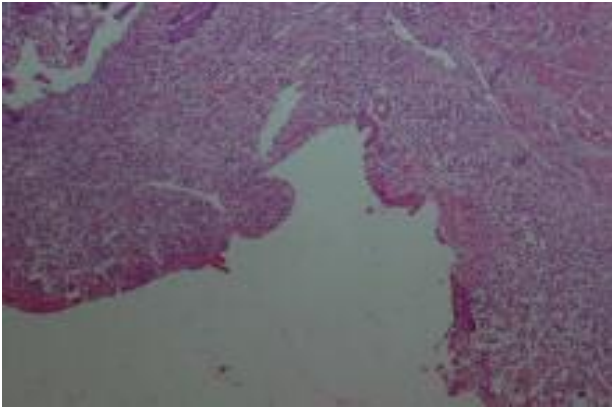


Figure 2 : Sous séreuse épaissie et le siège d'une fibrose et d'un infiltrat inflammatoire (HEX40)

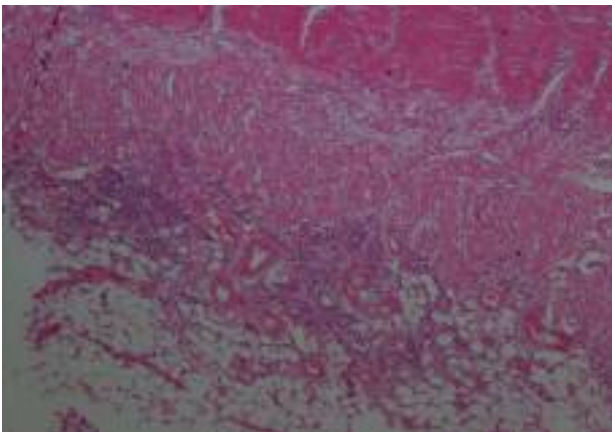


Figure 3 : tumeur carcinoïde formée d'îlots de petites cellules (HEX 100)

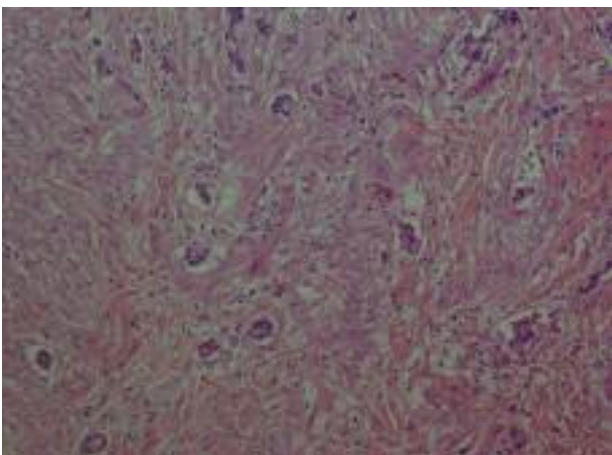
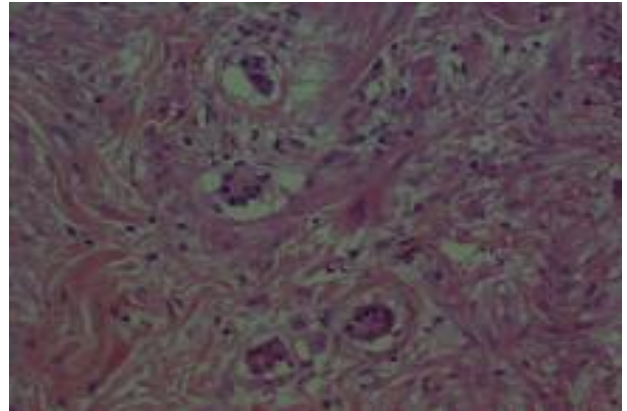


Figure 4 : Les cellules tumorales ont un cytoplasme peu abondant et des noyaux monomorphes à chromatine finement granulaire (HEX200)



Observation 2 :

Patient âgé de 23 ans, ayant un frère suivi pour une maladie de Crohn perforante, était opéré en urgence pour une occlusion fébrile avec à l'examen, une contracture abdominale. En per-opératoire, l'exploration trouvait une dilatation du grêle avec des sténoses étagées et une péritonite purulente secondaire à une perforation d'une anse grêle à 80 cm de la dernière anse, traitée par une toilette péritonéale avec mise à la peau de la perforation. L'évolution était marquée par la survenue de complications septiques jugulées par une antibiothérapie associée à un drainage chirurgical. Il était opéré 3 mois après avec une résection iléo-caecale emportant le grêle pathologique avec découverte à l'examen anatomo-pathologique d'une tumeur neuroendocrine au niveau de la pointe appendiculaire. Les ganglions trouvés sur la pièce montraient un catarrhe sinusal sans autre lésion macroscopique. Aucune attitude thérapeutique complémentaire n'était préconisée concernant sa tumeur neuroendocrine vue le stade précoce.

Conclusion :

L'association des adénocarcinomes grêliques à la maladie de Crohn (MC) est un fait connu , de plus en plus rapporté dans la littérature .L'association à des tumeurs carcinoïdes est exceptionnelle . Nous rapportons deux associations d'une MC à une tumeur carcinoïde. Dans notre première observation, cette association était considérée comme une simple coïncidence. Ce n'est qu'à l'occasion du deuxième cas, qu'on a évoqué un probable lien de pathogénicité tout en notant que les deux cas étaient jeunes et que la MC avait un profil évolutif sévère.

L'association des tumeurs carcinoïdes aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin peut être le résultat d'un processus inflammatoire chronique conduisant à l'hyperplasie puis à la dysplasie et la transformation carcinoïde des cellules entérochromaffine Like . Le diagnostic de ces tumeurs est souvent porté sur la pièce de résection chirurgicale. Leur dépistage systématique n'est pas indiqué.

Références:

- 1-Kortbeek J, Kelly JK, Preshaw RM: Carcinoid tumors and inflammatory bowel disease. J Surg Oncol 1992,49:122-6.
- 2- Koga H, Aoyagi K, Hizawa K: Rapidly and infiltratively growing Crohn's carcinoma of the small bowel: serial radiographic findings and a review of the literature. Clin Imaging 23: 298-301, 2000.

3. Bassi A, Loughran C, Foster P: Carcinoid tumour of the terminal ileum simulating Crohn Disease. Scand J Gastroenterol 2003;38:1004-6.
4. Hsu EY, Feldman JM, Lichtenstein GR: Ileal carcinoid tumors simulating Crohn's Disease: Incidence among 176 consecutive cases of ileal carcinoid. Am J Gastroenterol 1997, 92:2062-4.

Spigelian hernia and cryptorchidism: another piece to the puzzle

*Ben Dhaou Mahdi, Jallouli Mohamed, Mifteh Souhir, Mhiri Riadh
Department of Paediatric Surgery, Hedi Chaker Hospital, Sfax, Tunisia*

Spigelian hernia (SH) is a protrusion of extraperitoneal fat, peritoneum, or intraabdominal organs through a defect in the spigelian fascia [1]. Its occurrence as a congenital hernia was firstly described in 1935[1]. Since then, 54 cases of SH have been reported in infants or children [2]. However, SH associated with undescended testis (UT) cases are extremely rare in the literature and source of many questions especially in the last decade regarding whether these two pathologies are the causes or a consequence of one another or if they indicate a novel syndrome that has not been described before [2]. We herein report another piece to explain this new phenomenon may.

Case report:

A newborn boy, the product of a full-term cesarean section to an acute fetal distress, insulin-dependent diabetic mother, was noted to have a reducible hernia that affected nearly the entire right lower quadrant of the anterior abdominal wall which was swelling especially when crying (Fig 1).

Figure 1 : Mass in the right lower abdominal quadrant at birth.



Examination at birth revealed a reducible mass 13cm in diameter in the right anterolateral abdominal wall, bilateral cryptorchidism, scoliosis, right inguinal hernia, talipes equinovarus and bifid big toe on the right side.

Ultrasonography of the swelling revealed a fascial plane defect through the linea semilunaris with herniation of bowel loops between the internal and external oblique muscles, consistent with a SH.

A presumptive diagnosis of SH was made. During the operation, made at the age of 4 months, through an oblique incision with division of the

external oblique aponeurosis, a hernia sac covered with properitoneal fat was seen protruding through a defect in the interna oblique aponeurosis. Further dissection of the sac following opening of the interna oblique aponeurosis revealed that it came through a defect in the semilunar line (Fig3). The right testis was found within the hernial sac. The spermatic cord and vasa were found adherent to the posterior wall of the sac.

Figure 2 : Mass in the right lower abdominal quadrant at the age of 4 months.



Figure 3 : Dissection of the hernia sac



The sac was excised and the peritoneum closed. The aponevrotic defect was then obliterated (Fig4,5). Thereafter, an inguinal skin crease incision was made and exploration of the inguinal region yielded no evidence of the inguinal canal and gubernaculum. The testis was then passed down into the scrotum, where it was anchored in a subdartos. The abdominal wall was reconstructed using absorbable sutures. Postoperative outcome was uneventful with a followup of 24 months.