

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.

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.

Figure 4 : Excision of the sac and peritoneum closed

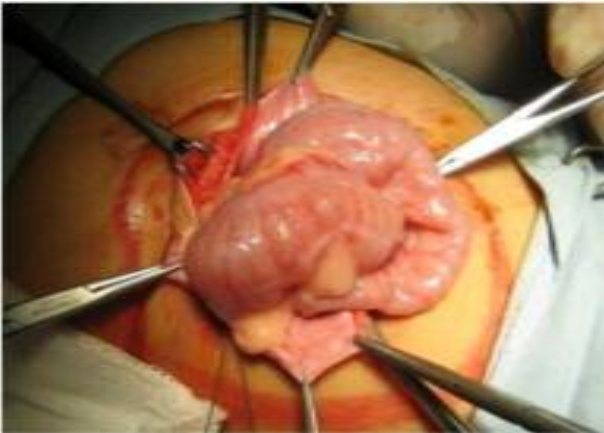


Figure 5 : Excision of the sac and peritoneum closed



Conclusion

In the English literature (1950 to 2012), we encountered 28 cases under 15 years having two pathologies together.

Our case is the same as all those reported previously about the location of the cryptorchid testes, which are often found within the defect or situated within a hernial sac just beneath the defect itself and about the absence of gubernaculum and inguinal canal.

Finally, the congenital Spigelian-cryptorchidism syndrome seen in boys, can be defined as a defect in the Spigelian fascia, a hernia sac including the testis, and the absence of both the gubernaculum and the inguinal canal.

References

- 1- Durham MM, Ricketts RR Congenital spigelian hernias and cryptorchidism. J Pediatr Surg 2006; 41:1814-1817.
- 2- Salim Bilici, Mustafa Güne, Mehmet Göksu, Mehmet Melek, Necip Pirinççi. Undescended Testis Accompanying Congenital Spigelian Hernia: Is It a Reason, a Result, or a New Syndrome?. Eur J Pediatr Surg 2012;22:157-161

Quadriplégie flasque aigue au cours d'une polyarthrite Rhumatoïde

Baili Lilia, Aydi Zohra, Garbouj Wafa, Ben Dhaou Besma, Kochbati Samir, Boussema Fatma.

Service de Médecine Interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie essentiellement articulaire. Néanmoins, elle peut avoir de nombreuses manifestations extra-articulaires parfois graves telles que le syndrome de Felty ou la vascularite rhumatoïde [1]. Les manifestations neurologiques de cette dernière sont dominées par l'atteinte du système nerveux central et les neuropathies périphériques [2, 3]. La quadriplégie flasque aigue, survenant exceptionnellement au cours d'une PR, s'observe particulièrement en cas de luxation antérieure atloïdo-axoïdienne [4]. Nous rapportons l'observation d'une patiente, suivie pour une PR évolutive et destructrice, ayant présenté un tableau de quadriplégie flasque par polyneuropathie périphérique secondaire à une vascularite rhumatoïde nécrosante.

Observation :

Une patiente âgée de 33 ans, aux antécédents de PR compliqué de syndrome de Goujerot-Sjogren sous corticoïde et méthotrexate, était adressée pour vomissements répétés et faiblesse musculaire des quatre membres. L'examen physique objectivait un déficit musculaire distal, une amyotrophie des membres inférieurs et une hypoesthésie thermo-algique en gants et en chaussettes. Les réflexes ostéo-tendineux étaient abolis aux quatre membres. La biologie montrait une CRP élevée à 90 mg/l et une hyperleucocytose à 11900 /mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles. Il n'y avait pas de rhabdomyolyse. L'ionogramme sanguin montrait une hypokaliémie à 3,2 mmol/l, sans hyperkaliurèse. La clairance de la créatinine était normale. L'électrocardiogramme montrait une tachycardie sinusale à 90 c/mn avec un sous-décalage diffus du segment ST. Les enzymes cardiaques étaient normales. Le diagnostic de paralysie hypokaliémique était initialement retenu. La patiente était traitée par une supplémentation potassique par voie parentérale. La recherche d'une étiologie aux vomissements par un bilan hépatique et pancréatique, l'échographie abdominale était sans anomalie. La fibroscopie digestive haute montrait un aspect d'oesophagite candidosique sévère qui était traitée par Métronidazole injectable. L'évolution était marquée par la disparition de la symptomatologie digestive et la normalisation de la kaliémie. Cependant, devant la persistance du déficit neuromusculaire, le diagnostic de neuropathie périphérique était suspecté. L'électromyogramme notait alors une polyneuropathie sensitivo-motrice axonale sévère. On avait complété par une biopsie neuromusculaire dont l'examen anatomopathologique avait montré un infiltrat inflammatoire, des lésions de nécrose et une démyélinisation prédominante sur le nerf, en rapport avec une vascularite sévère. La recherche d'une vascularite systémique des petits vaisseaux associée à sa PR par les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) et la cryoglobulinémie était négative. Le diagnostic retenu était alors celui d'une neuropathie périphérique par vascularite rhumatoïde. Devant la sévérité du tableau