



Péritonite aiguë par perforation iléale révélatrice d'un lymphome chez un enfant

Acute peritonitis by ileal perforation indicative of lymphoma in a child (case report)

C E SOLO^{(1)*}, N N M RAZAFIMANJATO⁽²⁾, S RANDRIANANDRASANA⁽³⁾, F RASOAHERINOMENJANAHARY⁽⁴⁾,
A F RAKOTOTIANA⁽⁵⁾, F A HUNALD⁽⁵⁾, L H SAMISON⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Service de Chirurgie Générale et Digestive, Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I, Antsiranana Madagascar

⁽²⁾ Service de Chirurgie Thoracique, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽⁴⁾ Service de Chirurgie Viscérale B, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽⁵⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

Soumis le 16 septembre 2019

Accepté le 29 octobre 2019

Disponible en ligne le 11 novembre 2019

RESUME

Introduction : Les lymphomes constituent un groupe pathologique hétérogène dont certaines formes constituent des urgences thérapeutiques. L'abdomen est l'une des plus fréquents sites des lymphomes chez l'enfant. Ils peuvent se révéler le plus souvent par un tableau d'invagination intestinale aiguë ou un tableau pseudo-appendiculaire, mais rarement par un tableau de péritonite aiguë. **Observation :** Nous rapportons le cas d'un garçon de 6 ans, admis en réanimation pour un tableau clinique d'abdomen aigu. Une laparotomie en urgence a été indiquée devant un tel tableau, qui retrouvait une péritonite aiguë généralisée associée à une masse tumorale obstructive et perforée au niveau de l'iléon terminale. Une résection de l'iléon terminale a été réalisée suivie d'une iléostomie. L'histologie mettait en évidence un lymphome diffus à petites cellules de la paroi intestinale. La suite opératoire était compliquée d'un choc septique et l'enfant était décédé à J5 post-opératoire suite à une septicémie. **Conclusion :** Les auteurs décrivent à travers cette observation les particularités de prise en charge de cette entité rare en urgence afin de se situer comparativement en situation de chirurgie réglée selon les recommandations valides.

Mots clés : Chirurgie - Lymphome - Péritonite aiguë - Sepsis.

ABSTRACT

Background: Lymphomas are a heterogeneous pathological group, some of which are therapeutic emergencies. The abdomen is one of the most common sites of lymphoma in children. They can be most often shown by an acute intussusception or a pseudo-appendicular picture, but rarely by a table of acute peritonitis. **Observation:** We report the case of a 6 years, admitted in intensive care for a clinical picture of acute abdomen. An urgent laparotomy was indicated, which found a generalized acute peritonitis associated with an obstructive tumor mass and perforated at the level of the distal ileum. A resection of the terminal ileum was performed followed by an ileostomy. Histology revealed diffuse small cell lymphoma of the intestinal wall. The operative sequence was complicated by septic shock and the child died on 5 days after surgery following sepsis. **Conclusion:** The authors describe through this observation the feature of management of this rare entity in emergency in order to be compared comparatively in surgery situation adjusted according to the valid recommendations.

Keywords: Acute peritonitis - Lymphoma - Sepsis - Surgery.

INTRODUCTION

Les lymphomes digestifs demeurent une affection rare puisqu'il ne représente que 5% des tumeurs malignes digestives [1]. Les lymphomes digestifs se présentent dans au moins 30% à 55% sous forme de tableau clinique d'urgence abdominale. L'invagination intestinale aiguë (IIA) en est le mode révélateur le plus fréquent, suivi par les syndromes douloureux pseudo-appendiculaires de la fosse iliaque droite (FID), les perforations digestives avec péritonite sont beaucoup plus rares [2]. L'objectif est de décrire à travers cette observation les particularités de prise en charge de cette entité rare en urgence afin de se situer comparativement en situation de chirurgie réglée selon les recommandations valides.

OBSERVATION

Un garçon de 6 ans, sans antécédents particulier, a été admis en réanimation pour une douleur abdominale aiguë et diffuse, avec arrêt des matières et des gaz, le tout évoluant dans un contexte fébrile et les symptomatologies a duré depuis une semaine. L'examen clinique à l'entrée montrait un enfant en état de sepsis sévère et d'altération de l'état général. La palpation

abdominale retrouvait une contracture abdominale. Les examens biologiques ont montré une anémie normocytaire normochrome discrète à 10,7g/dl, une légère thrombopénie à 145, des troubles de l'hémostase, et une élévation de la C-Réactive Protéine. La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré une grisaille diffuse (cf. Figure 1). L'échographie a montré une masse pariétale grêlique avec épanchement péritonéale. Le tableau de péritonite aiguë généralisée a été posé et une laparotomie exploratrice a été indiquée en urgence. L'exploration a retrouvé une collection puriforme intra-péritonéale de grande abondance et une masse tumorale, environ 100mm*120mm, obstructive et perforée au niveau de l'iléon terminale (cf. Figures

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antsiranana, et de l'Université d'Antsiranana, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. SOLO Corinne Eulalie

Adresse : Service de Chirurgie Générale et Digestive
Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I
BP 277

301 Antsiranana Madagascar

Téléphone : +261 34 05 293 15

E-mail : corinne.solo@hotmail.com

2 et 3). Une résection intestinale emportant la tumeur de l'iléon terminale a été réalisée suivie d'une iléostomie. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire mettait en évidence un lymphome diffus à petites cellules de la paroi intestinale. La suite opératoire était émaillée de complication à type de choc septique et l'enfant était décédé à J5 post-opératoire suite à une septicémie.



Figure 1 : Radiographie de l'abdomen sans préparation montrant une grisaille diffuse.

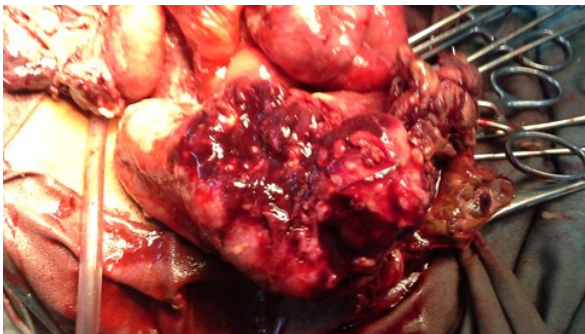


Figure 2 : Vue opératoire de l'iléon terminal.



Figure 3 : Tranche de section de l'iléon terminal.

DISCUSSION

Les lymphomes digestifs atteignent surtout les enfants avec un âge moyen de 6 ans, avec une prédominance masculine, ce qui a été le cas dans notre étude [3]. Les lymphomes digestifs de l'enfant se localisent surtout au niveau du grêle et du gros intestin, à l'opposé de l'adulte où la localisation de prédilection est au niveau de l'estomac [4]. Dans les pays occidentaux,

elles sont spécifiquement localisées au niveau de l'iléon terminal et du caecum [5].

La prise en charge des lymphomes digestifs en situation d'urgence reste difficile. En dehors des urgences, l'indication de la chirurgie a été limitée que sur les lymphomes digestifs résecables ou lors du diagnostic des lymphomes disséminés. Le rôle de la chirurgie dans la prise en charge des lymphomes digestifs a récemment évolué. Pour les patients avec des lymphomes digestifs étendus, l'exérèse radicale est contre-indiquée. Il est aussi recommandé que la laparotomie ne soit indiquée qu'en cas de tableau d'abdomen aigu et devant des lésions limitées et résecables. Dans le cadre d'un lymphome digestif disséminé, d'autres alternatives doivent être appliquées, comme l'examen cytologique de la moelle osseuse, la biopsie échoguidée des lésions digestives afin de minimiser les complications et de ne pas retarder la chimiothérapie [6].

Selon les recommandations du « Comité lymphome » de la Société française de lutte contre les cancers de l'enfant et de l'adolescent (SFCE), l'attitude thérapeutique est guidée par trois notions : le lymphome est une maladie systémique chimio-sensible et chimio-curable; la chirurgie partielle ou de réduction tumorale n'apporte aucun bénéfice en terme de survie; la chirurgie extensive est source de complications qui retardent la chimiothérapie et en majorent les risques [2]. Le pronostic global dépend en grande partie de la qualité de la prise en charge initiale de ces patients, qui se présentent toujours en situation d'urgence et souvent en dehors de centres de référence. En chirurgie réglée, les gestes diagnostiques ou thérapeutiques devraient être décidés par concertation pluridisciplinaire, impliquant une équipe spécialisée dans la prise en charge des cancers de l'enfant. La SFCE a établi un arbre décisionnel détaillant la conduite à tenir devant un abdomen aigu révélant ou évoquant un lymphome [2].

Deux cas de figure ont été énoncés : soit la tumeur est confirmée à l'échographie et qu'il y a urgence chirurgicale, soit la tumeur est de découverte seulement en peropératoire, une laparotomie est proposée. Ainsi, une exérèse est indiquée seulement si la résection digestive est localisée, et les gestes sont techniquement simples, sans dissection extensive, et sans risque majeur de complications. Ou seulement une biopsie avec prélèvements à visée diagnostique sera réalisée.

CONCLUSION

Les lymphomes digestifs révélés par une péritonite aiguë chez l'enfant sont des pathologies très chimio-sensibles. La chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'extrême urgence. Les gestes seront toujours minimalistes car cela n'influe pas sur la survie, et les gestes chirurgicaux extrêmes sont pourvoyeur de la morbi-mortalité retardant ainsi l'initiation de la chimiothérapie.

REFERENCES

1. Cheung MC, Housri N, Ogilvie MP, Sola JE, Koniari LG. Surgery does not adversely affect survival in primary gastrointestinal lymphoma. *J Surg Oncol* 2009;100:59-64.
2. Delarue A, Bergeron C, Mechinaud-Lacroix F, et al. Pediatric non-Hodgkin's lymphoma: primary surgical management of patients presenting with abdominal symptoms. Recommendations of the

- Lymphoma Committee of the French Society to Combat Pediatric Cancers (SFCE). *J Chir* 2008;145:454-8.
3. Veerabhadra R, Krishna Kumar G, Bibekanand J, et al. Bowel-lymphoma in children: management and outcome. *Indian J Med Paediatr Oncol* 2018;39:184-7.
 4. Radman I, Kovacevic-Metelko J, Aurer I, et al. Surgical resection in the treatment of primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: retrospective study. *Croat Med J* 2002; 43:555-60.
 5. Kassira N, Pedroso FE, Cheung MC, Koniaris LG, Sola JE. Primary gastrointestinal tract lymphoma in the pediatric patient: review of 265 patients from the SEER registry. *J Ped Surg* 2011;46:1956-64.
 6. Zakaria1 M, Hokkam EN, Elsayem K, et al. Different surgical modalities in management of paediatric abdominal lymphoma. *G J O* 2013;3(14).