

La tuberculose prostatique isolée

La tuberculose uro-génitale reste la 3ème localisation extra-pulmonaire de la maladie après la localisation ganglionnaire et osseuse. Malgré cette incidence, l'atteinte prostatique isolée reste exceptionnelle. Seulement quelques cas sporadiques ont été rapportés dans la littérature. Bien que cette entité pose parfois un véritable problème diagnostique, son traitement reste identique à celui de toute autre localisation tuberculeuse.

A partir d'une série de 10 patients, nous allons essayer de préciser les particularités cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques de cette affection.

MATERIELS & METHODES

Entre 1987 et 2006, 269 patients ont été traités pour une tuberculose uro-génitale dont 10 pour une tuberculose prostatique isolée.

L'âge variait de 60 à 84 ans avec une médiane de 72,6 ans.

Aucun de nos patients n'avait des antécédents tuberculeux.

L'état vaccinal de nos patients a été jugé correcte chez un seul d'entre eux et qui était le plus jeune.

Le motif de consultation était une rétention vésicale complète sur hypertrophie prostatique chez 4 patients, des troubles urinaires du bas appareil non améliorés par le traitement médical chez 5 patients et une suspicion de cancer de la prostate chez le dernier patient.

RESULTATS

L'examen clinique a objectivé une hypertrophie prostatique chez tous les patients. La prostate était suspecte au toucher rectal chez 5 d'entre eux. L'examen des organes génitaux externes a trouvé un nodule épидидymaire froid unilatéral isolé chez deux patients. L'urographie intraveineuse (UIV), pratiquée chez 6 patients, n'a pas trouvé de signes évocateurs de lésions de tuberculose urinaire. L'échographie rénale et vésico-prostatique, faite chez 5 patients, n'a objectivé qu'une hypertrophie prostatique sans signes de spécificité.

Le dosage de PSA a trouvé des taux élevés (> 4 ng/ml) chez deux patients sur six. Ces deux patients avaient une prostate suspecte au toucher rectal.

La radiographie du thorax faite dans le cadre du bilan préopératoire n'a pas trouvé d'images évocatrices de tuberculose pulmonaire active ou de séquelles de tuberculose.

Neuf de ces patients ont eu une résection endoscopique de la prostate et un a eu une biopsie prostatique trans-rectale pour suspicion de cancer prostatique. L'examen histologique a conclu à une tuberculose prostatique associée à une hyperplasie adénomyomateuse (Fig.1, 2) chez 9 patients et associée à un adénocarcinome prostatique chez un patient.

La recherche de BK dans les urines et les crachats est revenue négative dans tous les cas. Un traitement anti-tuberculeux a été

indiqué dans tous les cas associant deux anti-tuberculeux majeurs et deux mineurs en une prise quotidienne durant 2 mois, suivi d'une association de deux anti-tuberculeux majeurs en une prise unique bi-hebdomadaire pendant 6 mois. Un traitement hormonal a été instauré chez le patient porteur de cancer prostatique. Ces patients ont été suivis régulièrement tous les 3 mois en réalisant un examen clinique et bactériologique (recherche du bacille de Koch (BK) dans les urines). Une UIV a été réalisée à l'instauration du traitement chez les patients qui n'ont pas eu d'UIV en préopératoire, et à la fin du traitement dans tous les cas. Avec un recul moyen de 13 mois, 6 patients (y compris celui porteur d'un adénocarcinome prostatique) sont asymptomatiques et les 4 restants rapportent une gêne mictionnelle minime.

Aucun de nos patients n'a présenté d'anomalies radiologiques évocatrices de tuberculose urinaire sur les UIV de contrôle.

Figure 1 : Aspect histologique de la tuberculose prostatique

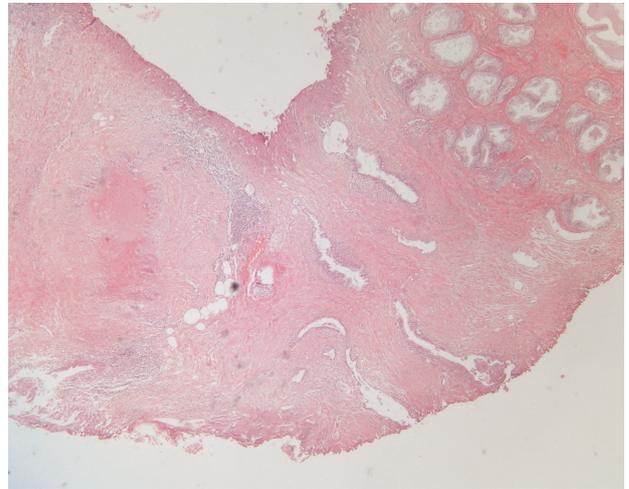
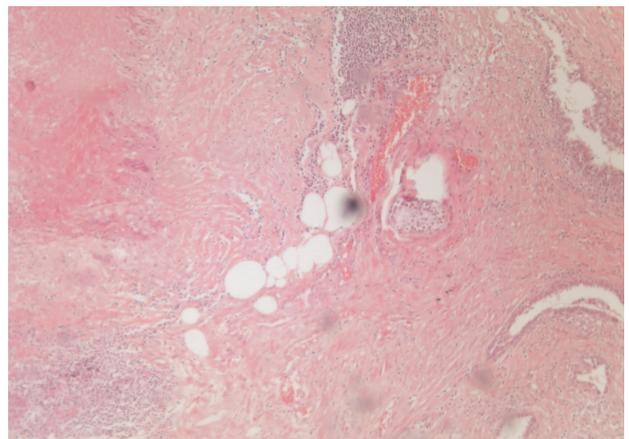


Figure 2 : Aspect histologique de la tuberculose prostatique



CONCLUSION

La tuberculose prostatique isolée est une entité rare et son diagnostic est difficile. Dans les pays en voie de développement où la tuberculose sévit encore à l'état endémique, en plus de l'adénome et de l'adénocarcinome prostatique, le diagnostic de tuberculose prostatique doit toujours être évoqué devant des troubles mictionnels irritatifs, motivant ainsi le clinicien à pousser l'interrogatoire et l'examen clinique et à user des moyens biologiques et radiologiques afin de rechercher les signes spécifiques de cette maladie. Ce n'est qu'en y pensant qu'on pourra dispenser ces patients d'un geste chirurgical parfois inutile et qu'on pourra démarrer rapidement le traitement antituberculeux efficace.

Sataa Sallami, Ramzi Mejri, Mohamed Chelif, Imed Ben Salah, Sami Ben Rhouma, Ghassen Hafsia, Yassine Nouira, Naoufel Berais, Ali Horchani

Service d'Urologie, CHU La Rabta, Tunis - Tunisie

Association de Kyste bronchogénique à la tuberculose pulmonaire

Les kystes bronchogéniques sont des malformations congénitales à type de dysembryomes homoplastiques, réalisant des cavités tapissées d'un épithélium bronchique et contenant de l'air et/ou un matériel mucoïde. Leur localisation peut être médiastinale (30 à 40 % des cas) ou intrapulmonaire (60 à 70 % des cas) (1). L'infection constitue l'une des complications les plus fréquentes de ces kystes. Celle-ci peut être secondaire à des germes banaux, l'association à une tuberculose pulmonaire est exceptionnelle.

OBSERVATION

Mademoiselle HT âgée de 12 ans était hospitalisée dans notre service pour une symptomatologie faite de toux, hémoptysie de faible abondance et douleurs thoraciques évoluant depuis une quinzaine de jours. Dans ses antécédents, nous avons noté, une toux avec une bronchorrhée depuis l'âge de 5 ans avec un épisode d'hémoptysie de faible abondance non exploré à l'âge de 10 ans. L'examen clinique à l'admission était sans particularités. La recherche de bacille acido-alcool-résistant dans les crachats était négative.

La radiographie du thorax avait mis en évidence une opacité homogène arrondie de 3cm de grand axe à contours nets se projetant au niveau du tiers supérieur du champs pulmonaire gauche (Fig1). L'aspect tomodynamométrique était celui d'une masse liquidienne, proximale bien limitée de contours polylobés, du segment apicodorsal du culmen, hypodense non

rehaussée après injection intraveineuse de produit de contraste (Fig 2 et 3). Devant cet aspect scannographique, l'intervention chirurgicale a été indiquée et une lobectomie supérieure gauche lui a été pratiquée.

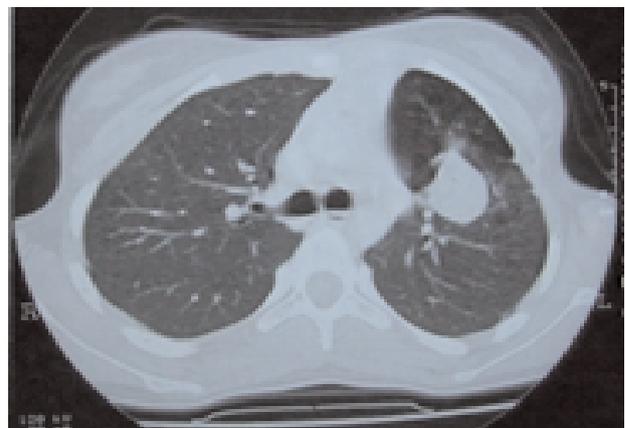
Figure 1 : Radiographie thoracique de face : Opacité arrondie de 3cm de grand axe à contours nets se projetant au niveau du tiers supérieur du poumon gauche.



Figure 2 : TDM thoracique (fenêtre parenchymateuse) : Masse liquidienne hypodense proximale bien limitée de contours polylobés du segment apico-dorsal du culmen.



Figure 3 : TDM thoracique (fenêtre médiastinale) : Masse liquidienne proximale bien limitée de contours polylobés non rehaussée après injection de produit de contraste et siégeant au niveau du segment apico-dorsal du culmen.



conclu à un kyste bronchogénique associé à une tuberculose pulmonaire caséo-folliculaire. Les suites opératoires étaient simples et un traitement antituberculeux quotidien triple (Isoniazide 200mg/jour, Rifampicine 300mg/jour et Pyrazinamide 1000 mg/jour) a été instauré vu que les lésions avaient été emportées par la pièce opératoire. Après 2 mois de trithérapie et 4 mois de bithérapie on avait noté une bonne évolution clinique.

CONCLUSION

Les kystes bronchogéniques sont des malformations congénitales rares, pouvant rester longtemps asymptomatiques. Leur principale complication est l'infection, les faisant le plus souvent découvrir. La colonisation du kyste par le Bacille de Koch est une complication exceptionnelle pouvant bien évoluer quant elle est pris en charge précocement.

REFERENCE

- 1- Le Guen Y, Hureau J, Gaynaloux F, Racineux JL. Traitement d'un kyste bronchogénique compressif par ponction sous tomodynamométrie. Rev.Mal Resp 2005; 2:481-4.

*Leila El Fekih, Leila Bousoffara, Hela Hassene, Souraya Fenniche, Dalenda Belhabib, *Khaoula Ben Miled, **Tarek Kilani, Mohamed Lamine Megdiche.*

Service de pneumologie Ibn Nafis. Hôpital Abderrahmane MAMI DE L'ARIANA

**Service de radiologie. Hôpital Abderrahmane MAMI DE L'ARIANA*

***Service de chirurgie thoracique. Hôpital Abderrahmane MAMI DE L'ARIANA*

Périorachianesthésie combinée pour césarienne chez une patiente avec hypertension artérielle pulmonaire sévère

L'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAPP) est une pathologie rare de la femme jeune, pouvant être décompensée par la grossesse et l'accouchement. Elle est définie par une élévation de la pression artérielle pulmonaire moyenne (PAPm) supérieure à 25 mmHg au repos et 30 mmHg à l'effort. Elle s'associe à un remodelage vasculaire pulmonaire, à une vasoconstriction pulmonaire et des phénomènes de thromboses in situ en cas d'évolution chronique. Elle a une morbi-mortalité élevée avec mauvais pronostic à long terme.

La mortalité maternelle liée à l'HTAPP est élevée, elle est estimée à plus de 30% en péripartum, rendant la grossesse fortement déconseillée chez de telles patientes (1). Par ailleurs, le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne) et la technique anesthésique ne sont pas codifiés (2).

Nous rapportons le cas d'une parturiente porteuse d'une hypertension artérielle pulmonaire primitive sévère découverte au cours d'une grossesse et qui a accouché par césarienne sous périorachianesthésie combinée.

OBSERVATION

La patiente LH, âgée de 23 ans, primipare, a présenté une dyspnée d'effort (stade 3 de la classification de la New York Heart Association) au cours d'une grossesse sur un terme de 27 semaines d'aménorrhée en rapport avec une HTAPP jusque-là méconnue. L'examen clinique a révélé une mauvaise tolérance à l'effort avec des équivalents métaboliques (MET) inférieurs à 4. On ne notait pas d'hypoxémie à la gazométrie artérielle et l'échographie transthoracique trouvait une pression artérielle pulmonaire systolique à 80 mmHg reconstruite à 70 mmHg après sa mise sous inhibiteur calcique (nifédipine), une insuffisance tricuspide grade 3 et des cavités droites dilatées.

La décision prise par notre équipe (anesthésistes, obstétriciens et cardiologues) était d'opter pour une césarienne sous périorachianesthésie combinée à 36 SA.

Le monitoring reposait sur une pression artérielle invasive, une saturation pulsée en oxygène (SpO₂) et un électrocardiogramme. Avant l'induction, la patiente présentait ces paramètres : pression artérielle à 110 /70 mmHg ; fréquence cardiaque à 80 battements par minute ; SpO₂ 100% sous masque à oxygène 3litres /minute ; elle était calme et coopérante. Après mise en place d'une voie veineuse périphérique de bon calibre et un pré-remplissage (500 ml de sérum physiologique), nous avons procédé par une périorachianesthésie combinée: rachianesthésie par 4mg de bupivacaïne hyperbare à 0,5% associée à 5µg de sufentanil avec un niveau sensitif obtenu à T10. Par la suite, mise en place d'un cathéter de péridurale au niveau de l'espace L3-L4 avec injection fractionnée de 300 mg de xylocaïne à 2% (5 injections titrées de 3 ml toutes les 5 mn) et de 2 mg morphine pour l'analgésie post-opératoire ; le niveau sensitif définitif était à T4. Nous avons enregistré 2 épisodes d'hypotension : une première après la 2ème injection de xylocaïne à 85/55 mmHg sans bradycardie jugulée par 3 mg d'éphédrine, une deuxième après l'extraction fœtale à 85 /50 mmHg avec une FC 80/min jugulée par 3 mg d'éphédrine.

Après l'extraction du nouveau-né (sexe masculin, poids à 3kg400 et Apgar à 9-10), l'ocytocine a été administrée en perfusion lente (dose totale à 10 UI) sans retentissement hémodynamique.

En post-opératoire, la patiente a été surveillée en réanimation avec une bonne stabilité hémodynamique, une bonne analgésie moyennant le cathéter de péridurale et du paracétamol. On a repris le nifédipine et institué une héparinothérapie à visée curative. Aucun incident n'a été décelé dans les 30 jours du post partum.

CONCLUSION

L'hypertension artérielle pulmonaire primitive est une pathologie à haut risque réalisant une situation précaire pouvant être décompensée par la grossesse et l'accouchement. L'anesthésie neuroaxiale représente l'alternative anesthésique de choix permettant le maintien de résistances vasculaires pulmonaires stables avec des effets minimaux sur les résistances vasculaires systémiques et la pression artérielle et ce

moyennant des doses titrées et fractionnées d'anesthésiques locaux.

REFERENCES

- 1- BM Weiss, L Zemp, B Seifert, and OM Hess. Outcome of pulmonary vascular disease in pregnancy: a systematic overview from 1978 through 1996. *J Am Coll Cardiol*. 1998; 31:1650-1657.
- 2- Khan MJ, Bhatt SB, Kryc JJ. Anesthetic considerations for parturients with primary pulmonary hypertension: review of the literature and clinical presentation. *Int J Obstet Anesth*. 1996; 5 : 36-42.

N Frikha, M Eddhif, M Friaa, I Kembj, MS Mebazaa, MS Ben Ammar

Service d'anesthésie réanimation- Hôpital Mongi Slim- La Marsa- Tunisie

Blastome pulmonaire biphasique

Les blastomes pulmonaires sont des tumeurs malignes rares représentant 0,5 à 1% des tumeurs pulmonaires malignes primitives [1]. Ces tumeurs sont divisées en trois types : le blastome pulmonaire biphasique (BPB), l'adénocarcinome fœtal bien différencié et le blastome pleuro-pulmonaire [1]. Nous rapportons un nouveau cas de BPB.

OBSERVATION

Une femme âgée de 61 ans, non tabagique, sans antécédent particulier, a consulté pour l'apparition de douleurs thoraciques gauches associées à une toux et à des crachats hémoptoïques évoluant depuis un mois. L'examen physique était sans particularité. La radiographie du thorax montrait une opacité hétérogène mesurant 6 cm de grand axe se projetant à cheval entre le segment dorsal du lobe supérieur droit et le Nelson. La tomodensitométrie thoracique objectivait une masse pleuro-pulmonaire droite évoquant un kyste hydatique pseudo-tumoral ou un tuberculome. La fibroscopie bronchique révélait une formation bourgeonnante située au niveau de la segmentaire du Nelson, recouverte d'un enduit nécrotique. La biopsie de ce processus bourgeonnant a intéressé un matériel nécrotique et n'était pas concluante. Une pneumonectomie droite a été réalisée. Macroscopiquement, il existait une volumineuse tumeur périphérique, mal limitée et partiellement nécrosée. A l'examen histologique, elle correspondait à une prolifération tumorale biphasique, faite d'un contingent épithélial carcinomateux et d'un contingent mésenchymateux de type embryonnaire [Figure 1]. La composante carcinomateuse était représentée essentiellement par des structures tubulo-papillaires d'aspect endométrioïde, mais aussi de travées et de lobules. Les cellules tumorales étaient de taille moyenne à grande, munies de gros noyaux modérément atypiques. La composante mésenchymateuse était immature de type blastématique faite de petites cellules rondes ou ovales, rarement fusiformes, à noyaux arrondis souvent mitotiques [Figure 2]. Cette prolifération tumorale envahissait la plèvre viscérale qui était ulcérée en regard. L'étude immunohistochimique montrait une expression de la cytokératine, de l'EMA et de la

synaptophysine par le contingent carcinomateux. Le contingent mésenchymateux immature était positif à la vimentine et plus focalement à l'actine muscle lisse. Les anticorps anti-PS100, anti-TTF1 et anti-desmine étaient négatifs. Ces aspects histologiques et immunohistochimiques étaient compatibles avec le diagnostic de BPB. Les ganglions hilaires étaient métastatiques et la tumeur a été classée T2N1M0. Malgré une chimiothérapie adjuvante, l'évolution a été marquée par l'apparition de métastases pulmonaires gauches et le décès de la patiente après un recul de 18 mois.

Figure 1 : Aspect histologique de la tuberculose prostatique

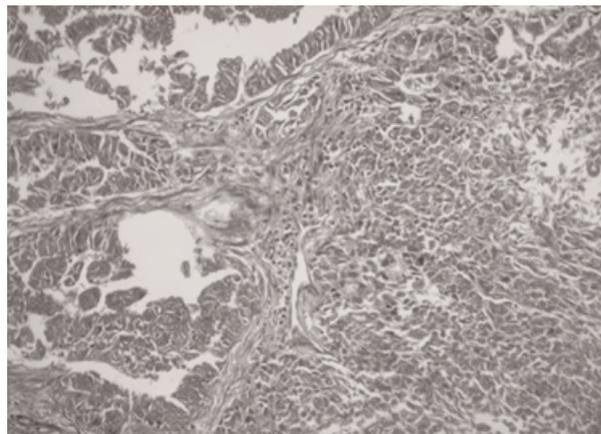
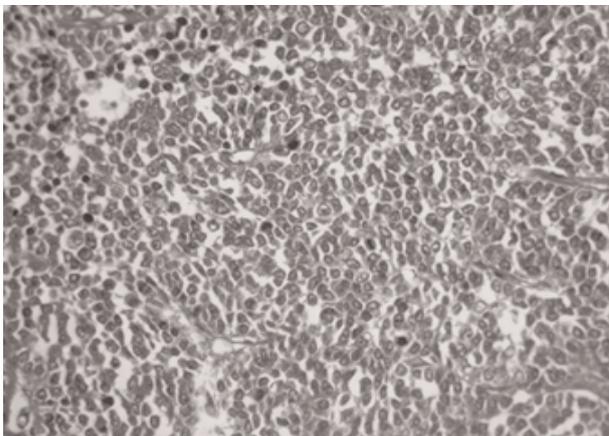


Figure 2 : Stroma mésenchymateux primitif de type blastématique (HEX200).



REFERENCES

- 1- Koss MN, Hochholzer L, O'Leary T. Pulmonary blastomas. *Cancer* 1991, 67 : 2368 – 81

Mona Mlika 1, Aida Ayadi-Kaddour 1, Sonia Baccari 2, Tarek Kilani 2, Faouzi El Mezni 1.

1 Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital A. Mami de L'Ariana, Tunisie

2 Service de Chirurgie Thoracique, Hôpital A. Mami de L'Ariana, Tunisie

Le neurofibrome vaginal, une tumeur rare

La neurofibromatose est dominée par la phacomatose de type 1 aussi appelée neurofibromatose de Von Recklinghausen qui représente 90% des neurofibromatoses avec un cas sur 3000 naissances¹. Elle se manifeste habituellement par des lésions cutanées à type de tâches café au lait ainsi que des neurofibromes. L'atteinte génitale a été décrite quoique rare, en association aux autres lésions.

L'atteinte génitale peut, par contre, être localisée et isolée entrant dans le cadre des atteintes segmentaires. Elle est extrêmement rare et l'atteinte vaginale isolée est encore plus rare. Un seul cas de neurofibrome vaginal a été rapporté dans la littérature. L'atteinte génitale peut être asymptomatique ou donner des manifestations diverses. Elle peut être la cause de métrorragies post ménopausiques. Le neurofibrome peut même simuler un pseudohermaphrodisme chez la petite fille. En plus de son diagnostic qui est le plus souvent anatomopathologique, le clinicien doit chercher d'autres localisations afin de pouvoir classer la maladie et d'émettre un pronostic. Même si ces neurofibromes sont réputés être de bon pronostic, des cas de transformations malignes ont été décrits nous poussant à essayer de les opérer autant que faire se peut.

BUT

A travers un cas de neurofibrome vaginal rapporté dans le service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital Mahmoud El Matri de l'Ariana, nous nous proposons de préciser les particularités cliniques et paracliniques de cette affection ainsi que de sa prise en charge.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, sans antécédents pathologiques notables ayant accouché sept fois par voie basse, ménopausée depuis 15 ans soit à l'âge de 55 ans. La patiente n'a pas de notion de phacomatose dans la famille.

La patiente nous a consulté en Avril 2004 pour des métrorragies post ménopausiques évoluant depuis 3 mois (premier épisode). A l'examen au spéculum, le col est sain avec présence d'un polype de 1.5 cm sur sa lèvre inférieure ainsi que la présence au niveau de la face antérieure du vagin, au tiers moyen, d'une formation polypoïde, de 2 cm de grand axe, pédiculée, lisse, ne saignant pas au contact. Le toucher vaginal retrouve cette formation vaginale qui a une consistance ferme et non douloureuse au palper.

Dans le cadre de l'exploration de ces métrorragies, l'échographie ainsi que l'hystérocopie ont objectivé une hypertrophie de l'endomètre. Un curetage biopsique a donc été pratiqué.

Nous avons procédé au même temps opératoire à une résection de la formation vaginale par ligature section de son pédicule.

Les suites opératoires ont été simples, et la patiente a été mise sortante avec une surveillance clinique à la consultation externe, avec une bonne cicatrisation au niveau du vagin et absence de récurrence locale ou autre depuis 3 ans.

L'examen histopathologique de la pièce opératoire permet de noter une formation nodulaire de $2 \geq 1.5$ cm d'aspect homogène et blanchâtre à la coupe. L'examen microscopique montre sous un revêtement malpighien régulier une prolifération de cellules fusiformes d'allure nodulaire et d'aspect neuroïde. Les cellules tumorales sont agencées en courts faisceaux avec parfois une différenciation nodulaire. Elles représentent un cytoplasme allongé peu abondant, faiblement éosinophile, à limites imprécises, centré par un noyau régulier sans caractère atypiques ni mitotiques, le stroma est fibrillaire d'abondance variable, parfois mixoïde. Les vaisseaux assez abondants présentent souvent une paroi hyalinisée. Absence de signes histologiques de malignité. L'examen conclut à un neurofibrome vaginal.

Le compte rendu histologique de l'endomètre et du polype cervical a conclu à l'absence de signes histologiques de malignité et une hyperplasie simple de l'endomètre.

Un examen dermatologique spécialisé demandé devant la présence de tâches brunâtres (évoquant des tâches café au lait) au niveau du cou de la patiente, a infirmé nos doutes sur une phacomatose probable. La biopsie cutanée n'a pas été réalisée. L'examen neurologique n'a pas objectivé d'atteinte neurologique. L'IRM n'a pas été réalisée.

Nous avons finalement conclu à une atteinte isolée du vagin.

Par ailleurs, la patiente a développé une tumeur de la granulosa en septembre 2007 découverte lors de l'exploration pour récurrence des métrorragies. Elle a été opérée dans notre service et classée Ic (suite à la rupture du kyste en peropératoire). Actuellement la patiente reçoit une chimiothérapie.

CONCLUSION

Les neurofibromes génitaux constituent un groupe de tumeurs bénignes, ils peuvent être isolés, sans autre atteinte neurologique et résultant de la mutation génique en mosaïque du gène NF1; ce qui est très probablement le cas de notre patiente. Le traitement est chirurgical. Il faudra chercher d'autres localisations (surtout neurologiques, oculaires et cutanés) afin d'éliminer la maladie de Recklinghausen. La surveillance est clinique et au mieux un examen par IRM à la recherche de lésions nerveuses associées est proposé. L'évolution est la plus part du temps favorable, sans transformations malignes surtout pour les cas isolés et bien limités.

REFERENCES

1. Vincent M, Riccardi MD. Von Recklinghausen neurofibromatosis. N Engl JMed 1981;305:1617-27.

Mourali M, Hammedi N*, Fekih C*, Essoussi-Chikhaoui J*, Binous N*, Ben Zineb*, Ayadi S**, Mezni F**.*

* Service De Gynecologie Obstetrique Mahmoud El Matri Ariana

** Service D'anatomopathologie Hopital A.Mami

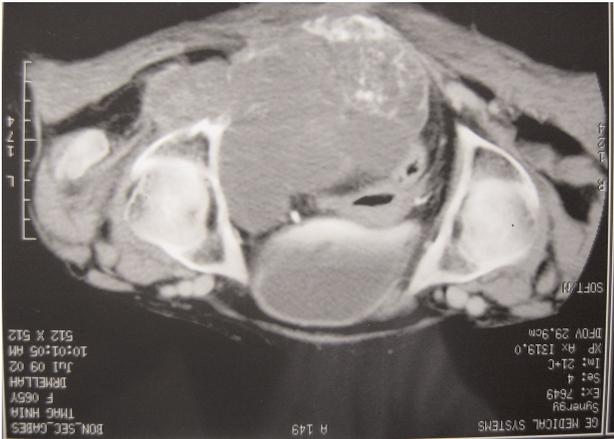
Un cas de chordome chondroïde sacro-coccygien

Les chordomes sont des tumeurs développées aux dépens des reliquats de la notochorde embryonnaire [1]. Le chordome chondroïde, décrit pour la première fois en 1968 par Falconer et al, est une variante rare de chordome composée histologiquement par l'association de zones typiques de chordome et d'un tissu cartilagineux abondant et ayant un pronostic meilleur que le chordome et le chondrosarcome[2]. Le siège sacro-coccygien est exceptionnel et à notre connaissance seulement 8 cas sont rapportés dans la littérature [1, 2, 3]. Nous rapportons un nouveau cas de chordome chondroïde sacro-coccygien.

OBSERVATION

Notre patiente âgée de 76 ans, consultait pour des douleurs pelviennes et une tuméfaction sacro-coccygienne évoluant depuis 3 ans. L'examen clinique a trouvé une masse sacro-coccygienne, indolore et fixée aux plans profonds. Elle était perçue sur la face postérieure du rectum. A l'IRM, la tumeur pré-sacrée mesurait 16x14x12 cm, polylobée, à triple composantes kystique, tissulaire et hémorragique et était limitée par une capsule sans envahissement locorégional (figure1).

Figure 1 : Tumeur pré-sacrée polylobée, à triple composantes kystique, tissulaire et hémorragique (IRM)



Une exérèse chirurgicale incomplète par voie postérieure était réalisée à cause des adhérences aux organes de voisinage. L'examen macroscopique retrouvait une tumeur de 10cm de grand axe, gris-rosée, gélatiniforme, nodulaire, micro-kystique avec des zones hémorragiques et des foyers calcifiés. L'examen histologique montrait deux contingents. Le premier était constitué de cellules volumineuses à cytoplasme vacuolisé réalisant l'aspect de cellules physaliphores ou de plus petites tailles éosinophiles, disposées en « file indienne » (figure 2). Le deuxième contingent répond à chondrome fait des lobules cartilagineux aux cellules chondrocytaires avec atypies

discrètes (figure 3). Le stroma était cartilagineux parfois myxoïde. L'étude immunohistochimique montrait une positivité des cellules tumorales avec les anticorps anti-PS100, anti-cytokératine (AE1/AE3), anti-EMA et anti-vimentine (figure 4 et 5). Le diagnostic de chordome chondroïde était porté. L'évolution était favorable jusqu'à trois mois et la malade a ensuite été perdue de vue.

Figure 2 : Prolifération de petites cellules éosinophiles et de cellules physaliphores au sein d'une matrice myxoïde (HEx200).

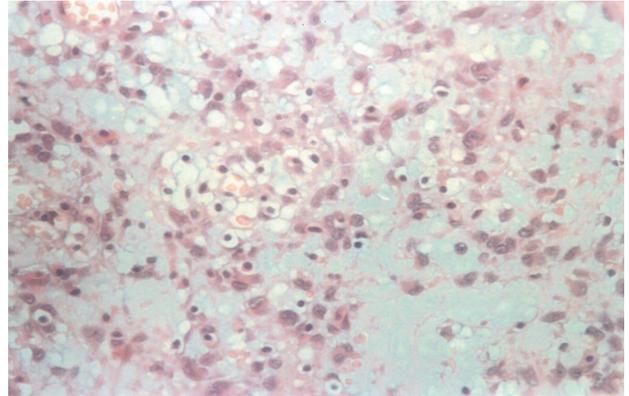


Figure 3 : Territoire de matrice chondroïde (HEx200).

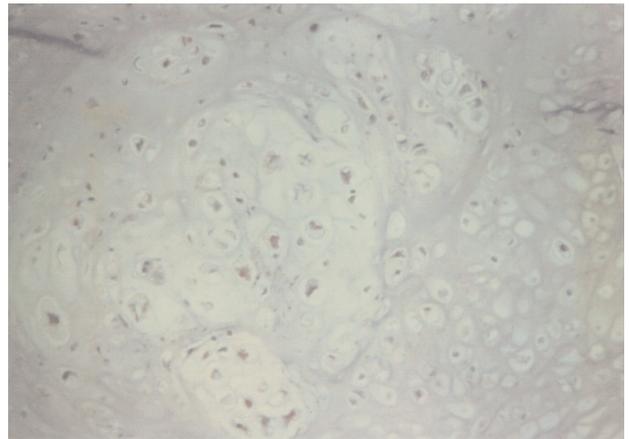


Figure 4 : Expression de l'EMA dans le territoire de chordome (IHCx250).

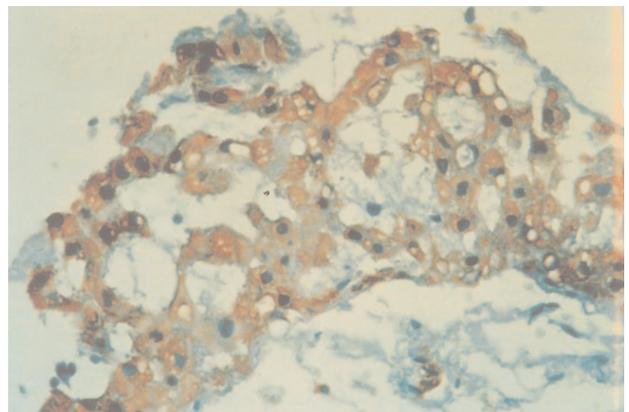
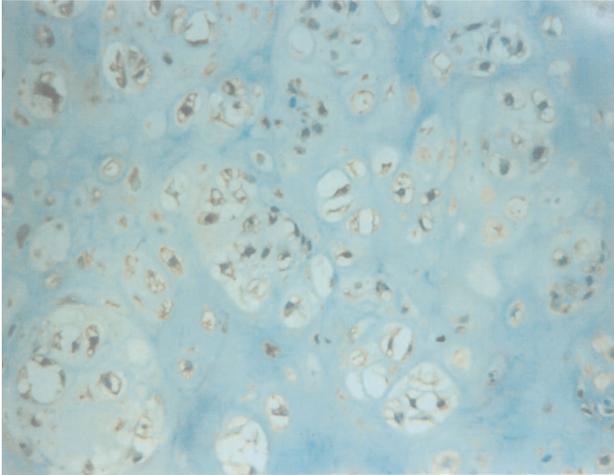


Figure 5 : Expression de l'EMA dans le territoire chondroïde (IHCx250).



CONCLUSION

Notre observation vient appuyer en grande partie les données de la littérature concernant le chordome chondroïde. C'est une variante rare de chordome et dont la localisation sacro-coccygienne est exceptionnelle. Elle se différencie des chordomes habituels par la présence de foyers chondroïde à l'examen histologique et par un pronostic meilleur.

REFERENCES

1. Heffelfinger MJ, Dahlin DC, Mac Carty CS, Beabout JW: Chordoma and cartilaginous tumors at the skull base. *Cancer*, 1973, 32: 393-398.
2. Chu TA: Chondroid chordoma of sacrococcygeal region. *Arch Pathol Lab Med*, 1987; 111: 861-864.
3. Salisbury JR: Embriologie et pathologie de la notochorde humaine. *Ann Pathol*, 2001; 21: 479-488.

Nadia Kourda (1), Ahlem Blel (1), Mondher Kooli (2), Sarrah Baltagi Ben Jilani (1), Rachida Zermani (1).

(1) Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques

(2) Service d'Orthopédie

Hôpital Charles Nicolle, Boulevard 9 Avril 1938 Tunis 1006, Tunisie

