

## Giant inflammatory fibrous polyp of the anal verge

The inflammatory fibrous polyp or fibrous tumour is a benign tumour that can affect all the digestive tract from the oesophagus to the rectum [1, 2]. The location in the anal verge is exceptional. This study aimed to report a case of an inflammatory fibrous polyp of the anal verge.

### Case Report

A 37 year old man without history, presented five years ago a swelling from the anal canal without any rectorragy or health deterioration, which grow progressively. Physical examination showed a mass of 10 cm in diameter, pedunculated, located in the anal verge at 3 o'clock position (Fig 1). The rectal examination was normal with a free anal canal. A resection of the tumour leaving a substance loses of 3 cm in diameter has been performed (Fig 2 and 3). Post operative course was uneventful. Pathologic examination of the specimen concluded to inflammatory fibrous polyp of the anal verge. No recurrence was mentioned after follow up of two years.

**Figure 1 :** A mass of 10 cm in diameter, limp, pedunculated with a 1,5 cm long peduncle of 1 cm in diameter.



**Figure 2 :** The resection of the tumour leaving a lose of substance of 3 cm in diameter.



**Figure 3 :** The resection of the tumour leaving a lose of substance of 3 cm in diameter.



### Discussion

Inflammatory fibrous polyps are benign and rare (1, 4). This lesion can affect all the digestive tract from the pharynx to the anus (2). It has been first described by Vanek in 1949 in its gastric location which is the commonest, and then in the distal ileum (1). Only a single case of inflammatory fibrous polyp of the rectum has been reported (5). The location in the anal verge is exceptional. The etiopathogeny of this tumour remains unknown (1, 3). Several possibilities have been suggested such as the allergic origin in view of the eosinophilic infiltration but this possibility has been rapidly ruled out (3). However the association between Crohn's disease and fibroid tumour has been reported by some authors (2, 4). This disease can happen at all ages and especially at the 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> decades (1). Resection of the tumour is mandatory (3) and only the pathologic examination of the specimen provided diagnosis and confirm benign. It is often a polypoid tumour. Histologically it is constituted by a submucosal infiltration with inflammatory stroma rich in fibrino histiocytic cells, fibroplastic and vascular proliferation with eosinophilic infiltration which allows to conclude that it is a pseudo-inflammatory tumour(2).

### Conclusion

Pseudo-inflammatory tumours are rare and benign. The location in the anal verge is exceptional. Diagnosis is based on pathologic examination and prognosis is always good.

### Références

1. Huszar M, Zurkowski Z, Winter S, Herczeg E, Weissberg D. Inflammatory polyp of the small intestine. JAMA 1980; 243 : 651.
2. Farrell D, Bennet M. Inflammatory fibroid polyp of the terminal ileum. An unusual cause of ileocaecal intussusception. Eur J Surg 1994; 160: 247-8.
3. Harned R, Buck J, Shekitka K. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract : radiologic evaluation. Radiology 1992; 182: 863-6.

4. Fibrous inflammatory polyp of the digestive tract. A props of 5 cases. Ann Gastroenterol Hepatol 1994; 30: 199-203.
5. Pollice L, Bufo P. Inflammatory fibroid polyp of the rectum. Pathol Res Pract 1984; 178: 508-12.

*I. Bouasker, M. Khalfallah, M.A. El Ouaer, I. Smaali, M.A Hani, C Dziri.*  
*Service de Chirurgie Générale B, Hôpital Charles Nicolle.*

## **Crise convulsive d'une parturiente mise pour le compte d'une éclampsie : découverte d'une tumeur cérébrale en post partum**

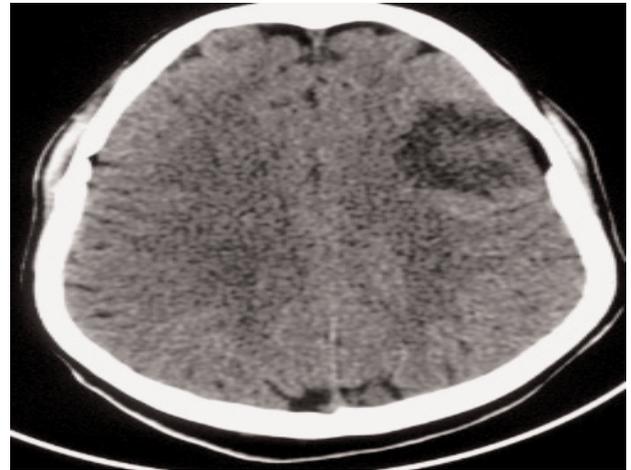
L'éclampsie est une urgence médico-obstétricale responsable d'une morbidité et d'une mortalité materno-fœtale non négligeable. Elle est responsable de 50.000 décès /an dans le monde entier et surtout dans les pays en voie de développement (1). Elle constitue un accident évolutif aigu de la pré-éclampsie dont le mécanisme exact reste non clair (1,2). Les mécanismes élucidés incluent le vasospasme cérébral, l'encéphalopathie hypertensive, le défaut d'autorégulation cérébrale, l'œdème cérébral, les microhémorragies cérébrales et l'encéphalopathie métabolique. Elle se traduit par la survenue de crises convulsives surtout au troisième trimestre de la grossesse. Cependant, toute crise convulsive au cours de la grossesse devra faire rechercher une autre cause même en présence d'un contexte évocateur d'éclampsie. Nous rapportons le cas d'une parturiente chez qui n a découvert une tumeur cérébrale en post-partum suite à une crise convulsive prise initialement pour le compte d'une éclampsie.

### **Observation**

Mme S M âgée de 29ans, deuxième geste, deuxième part, un enfant vivant, sans antécédents particuliers, a été admise dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Mongi Slim La Marsa à un terme de 30 semaines d'aménorrhée (SA) pour prise en charge d'un diabète gestationnel découvert une semaine auparavant à l'occasion d'une hyperglycémie provoquée (HGPO) pathologique. Un bilan de retentissement maternel comprenant une numération formule sanguine (NFS), un bilan rénal, un bilan hépatique, une protéinurie de 24h, une étude cyto-bactériologique des urines (ECBU), un électrocardiogramme (ECG), un fond d'œil (FO) ainsi qu'un profil tensionnel s'est révélé normal. Un bilan de retentissement fœtal comprenant un rythme cardiaque fœtal (RCF) quotidien, compte des mouvements actifs fœtaux s'est aussi révélé correct. L'échographie obstétricale faite à deux reprises a montré une grossesse mono fœtale évolutive en rapport avec le terme. La patiente a développé à j 5 de son admission une crise convulsive tonico-clonique avec morsure de la langue avec à l'examen clinique : œdème des 2 membres inférieurs, réflexes ostéo-tendineux (ROT) vifs, pression artérielle (PA)=145/90mmHg, protéinurie=trace, glycémie=1,6 g/l et sans signes de localisation. Le diagnostic d'éclampsie a été retenu (devant PA=145/90 mmHg et les œdèmes des membres inférieurs) et la patiente a été mise sous sulfate de magnésium

.Une césarienne en urgence sous anesthésie générale a été décidée. En peropératoire, la patiente n'a pas présenté de chiffres tensionnels élevés. L'extraction d'un enfant de sexe masculin avait un poids à 1750 g et un Apgar : 7-9-10 à la 1ère, 5ème et 10ème mn. En post opératoire, la patiente avait un profil tensionnel correct, il n'y avait pas de flou visuel, pas d'épigastralgies, pas de bourdonnement d'oreilles, mais gardait des ROT vifs sans signes de localisation. La patiente a présenté à H24 post césarienne une deuxième crise convulsive rapidement résolutive. Un scanner cérébral (Figure 1) fait en urgence a montré une lésion hypodense frontale gauche sans prise de produit de contraste érodant une partie de l'os frontal en regard en rapport avec une lésion de bas grade de malignité. Une IRM cérébrale (Figure 2) a conforté les données scannographiques et la patiente a été adressée en neurochirurgie ou elle a été opérée. Le diagnostic anatomopathologique a conclu à un gliome de bas grade de malignité.

**Figure 1 :** TDM cérébrale: une lésion hypodense frontale gauche sans prise de produit de contraste érodant une partie de l'os frontal



**Figure 2 :** IRM cérébrale : une lésion hypodense frontale gauche



### Conclusion

Bien que l'incidence des processus expansifs intra cérébraux découverts au cours de la grossesse soit faible, ce diagnostic devra être systématiquement éliminé devant une crise convulsive du péri-partum, et ce d'autant plus que les signes de pré-éclampsie sont absents ou modérés.

Ce diagnostic conduira à une prise en charge obstétricale différente de celle de l'éclampsie ainsi qu'à des précautions anesthésiques spécifiques.

### Références

- 1- Aagard-Tillery KM, Belfort MA: Eclampsia: Morbidity, mortality and management. Clin Obstet Gynecol 2005; 48:12-33
- 2- Sibai BM: Diagnosis, prevention and management of eclampsia. Obstet Gynecol 2005; 105:402-410

*Nabil Frikha1, Mahdi Drira1, Faiez Gargouri1, Leïla Ben Farhat2, Sonia Ouerghi1, Mohamed Salah Ben Ammar1*

*1Service d'anesthésie réanimation- 2Service de radiologie  
Hôpital Mongi Slim La Marsa- Tunisie*

### Syndrome de Parsonage et Turner (névrite brachiale aiguë). Une cause rare de douleur scapulaire.

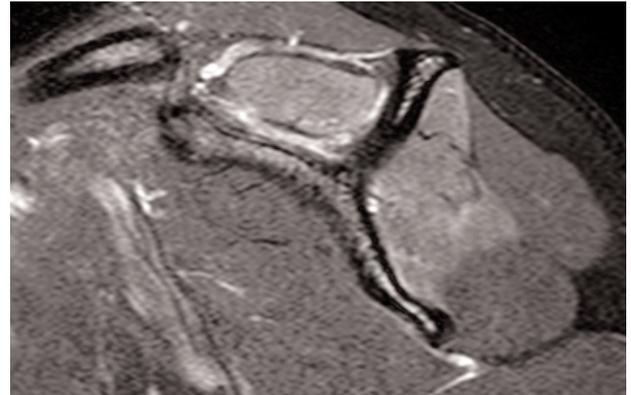
Le syndrome de Parsonage et Turner ou névrite brachiale aiguë est une cause rare de douleur scapulaire. Il correspond à un désordre neuro-musculaire aigu dont la physiopathologie reste mal connue. Nous rapportons 1 cas de syndrome de Parsonage et Turner survenue 15 jours après un accouchement par voie basse chez une femme âgée de 36 ans et nous décrivons son aspect à l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

### Observation

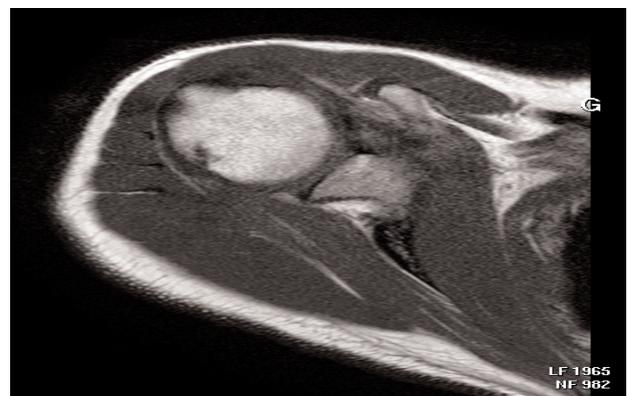
Une patiente âgée de 36 ans, sans antécédent pathologique notable, consultait pour une faiblesse musculaire de l'épaule droite d'installation progressive. A l'interrogatoire, la patiente rapportait la survenue 3 mois auparavant, d'un épisode de douleur intense de l'épaule d'installation brutale, 15 jours après un accouchement par voie basse. L'évolution spontanée était marquée par la diminution de la douleur et par l'apparition d'une faiblesse musculaire scapulaire. A l'examen clinique il existait un déficit des muscles supra-épineux et infra-épineux. Le reste de l'examen clinique, en particulier celui du rachis cervical était sans particularité. Des radiographies standard centrées sur l'épaule gauche étaient réalisées comportant 3 incidences de face en rotation neutre, interne et externe complétées par une incidence de profil de coiffe de Lamy. Ces clichés ne révélaient pas d'anomalie significative, en particulier pas de calcification tendineuse ni de pincement de l'espace sous acromio-deltoïdien. Une IRM était également réalisée avec des séquences pondérées densité protonique avec saturation de la graisse (DP Fat Sat) dans les 3 plans de l'espace et une séquence

pondérée T1 dans le plan axial. Les séquences pondérées DP Fat Sat avaient révélé un hypersignal des corps musculaire du supra-épineux et de l'infra-épineux (Fig. 1). La séquence pondérée T1 avait montré une infiltration graisseuse des muscles supra-épineux et infra-épineux sans amyotrophie (Fig. 2). L'IRM avait permis par ailleurs d'éliminer une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs ou un processus compressif sur le trajet du nerf supra-scapulaire.

**Figure 1 :** IRM de l'épaule - Séquence pondérée DP Fat Sat dans le plan sagittal oblique: hypersignal des corps musculaires du supra-épineux et de l'infra-épineux



**Figure 2 :** IRM de l'épaule - Séquence pondérée T1 dans le plan axial : infiltration graisseuse des corps musculaires du supra-épineux (a) et de l'infra-épineux (b).



Le diagnostic de névrite amyotrophiante de Parsonage et Turner avait été retenu devant le caractère aigu du début de la symptomatologie, les données de l'IRM et l'absence de contexte ou de lésion organique pouvant favoriser la compression le nerf supra scapulaire telle qu'une activité sportive intense, une variante anatomique scapulaire ou un processus compressif du nerf supra-scapulaire.

#### **Conclusion**

Le syndrome de Parsonage et Turner est une cause rare de douleur de l'épaule. Il est responsable d'une dénervation musculaire et il est souvent évoqué à un stade tardif lorsque l'atrophie musculaire est déjà présente. Le diagnostic de ce syndrome repose sur une bonne analyse de l'anamnèse, de la séméiologie clinique, sur les données de l'EMG et sur les données de l'IRM. Il doit être évoqué devant un syndrome de dénervation sans masse compressive et sans contexte de microtraumatismes itératifs. L'IRM est l'examen le plus performant, permettant d'apporter des informations supplémentaires par rapport à l'EMG. En effet, elle permet d'éliminer une éventuelle lésion compressive et d'estimer l'ancienneté de l'atteinte. Elle est également utile dans la surveillance des lésions.

*Bader Miled, Anis Askri, Asma Sadfi, Nadida Dali, Wassim Said, Leila Ben Farhat, Lotfi Hendaoui*

*Service d'Imagerie Médicale - Hôpital Mongi Slim - La Marsa*