Adénocarcinome primitif de la trompe de Fallope

Les tumeurs malignes de la trompe sont rares et sont dominées par les adénocarcinomes. Leur fréquence n'excède pas 2 % des cancers gynécologiques et leur diagnostic est le plus souvent réalisé en pré ou post opératoire (1,2). Leur traitement de choix est la chirurgie radicale par laparotomie, associé à une chimiothérapie.
Nous rapportons une observation inhabituelle d'un adénocarcinome de la trompe découvert sur une pièce opératoire et révélé par une carcinose péritonéale.

Observation
Mme âgée de 65 ans, sans antécédents particuliers, ménopausée depuis 15 ans, admise pour l'exploration d'une ascite associée à une carcinose péritonéale, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général, sans signes cliniques d'accompagnement. En particulier, il n'y avait pas de métrorragies ni de douleurs pelviennes. L'examen clinique retrouvait une ascite de grande abondance avec un ombilic déplissé. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le scanner abdomino-pelvien n'a pas objectivé de masse tumorale. Une laparotomie exploratrice a été décidée. Elle retrouvait un utérus et deux ovaires de taille normale, semblant indemnes de toute prolifération tumorale. Il s'y associait une carcinose péritonéale ainsi que des nodules au niveau du grand omentum. Une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale a été réalisée suivie d'une biopsie des nodules péritonéaux. L'examen extemporané de la biopsie péritonéale a conclu à une métastase d'un adénocarcinome papillaire séreux très probablement d'origine ovarienne. Macroscopiquement, la trompe droite était le siège d'un renflement ampullaire d'allure tumorale. La trompe gauche, l'utérus et les deux ovaires étaient indemnes de lésion néoplasique. A l'examen histologique, la muqueuse tubaire droite était le siège d'une prolifération tumorale maligne d'architecture papillaire, occupant la lumière et infiltrant par endroits toute la paroi tubaire, d'aspect similaire à celui observé au niveau du nodule prélevé. La tumeur a été classée stade IIIc selon FIGO. La patiente est actuellement en cours de traitement et a reçu 2 cycles de chimiothérapie à base de cisplatinum-cyclophosphamide.

Figure 1 : (HEX10) formation tumorale d'architecture papillaire, dans la lumière tubaire.

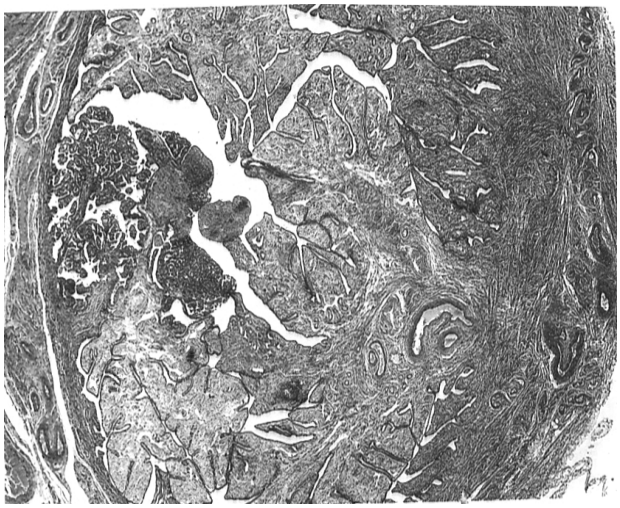


Figure 2 : (HEX20) prolifération de structures papillaires ramifiées ayant un axe tantôt épais et oedématié, tantôt grêle et sclérosé.

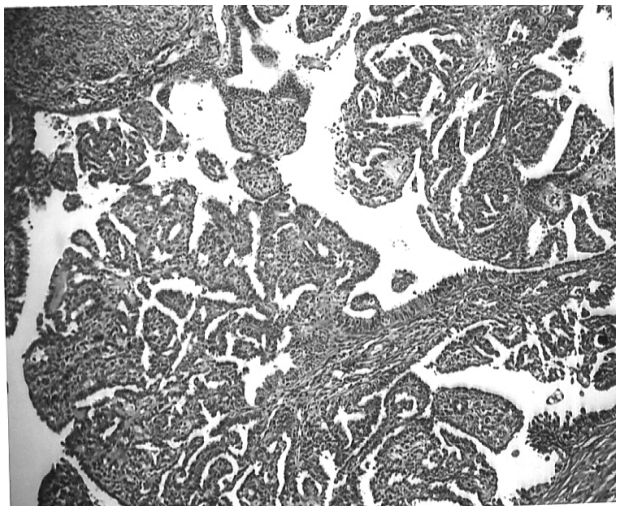
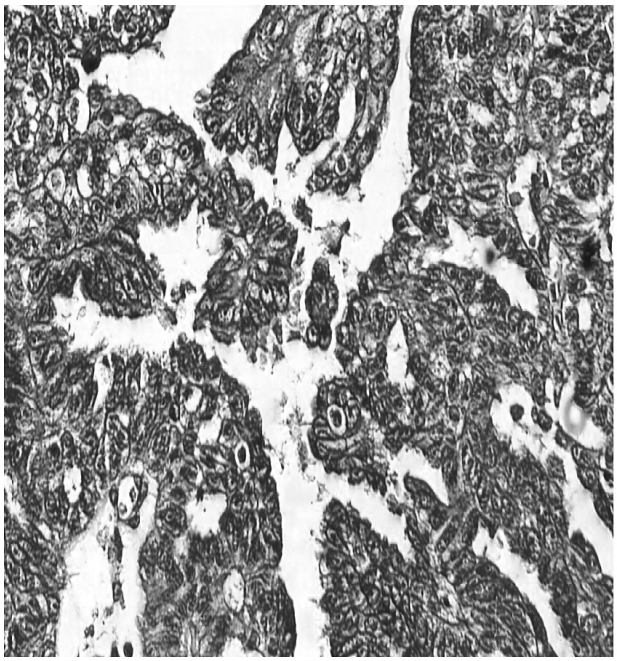


Figure 3 : :(HEX40) papilles revêtues par un épithélium cubo-cylindrique montrant des atypies modérées.



Conclusion

Le cancer primitif tubaire est rare, d'étiologie inconnue et parfois confondu avec une pathologie ovarienne ou utérine. Les signes cliniques évocateurs sont rarement présents au complet. Le diagnostic est rarement fait avant l'intervention ou l'étude histologique. Du fait de ses similitudes histo-pathologiques et évolutives d'avec le cancer de l'ovaire. Le traitement est similaire à celui de cette dernière.

Références

1. Nikuri N, DuskabL R. Fallopian tube carcinoma . surg.oncol.clin.N.Am. 1998 ;7,(2) :363-73.
2. Rauthe G, Vahrson H.W.Burkhardt E. Primary cancer of the fallopian tube. Treatment and results of 37 cases. Eur .J.Gynecol.oncol. 1998.XIX, 4:356-62.

A Goucha (1), W Rekik (1), B Debbabi (1), Nedra Ben Mna(1), K Rahal(2), A EL May (1) ;A Gammoudi (1).

(1)Service d'Immuno-histo- cytologie Institut Salah Azaiez Bab Saadoun Tunis Tunisie

(2)Service de Chirurgie carcinologique Institut Salah Azaiez Bab Saadoun Tunis Tunisie

---

Diagnostic Anténatal d'un Diverticule Congénital de L'oreillette Gauche

Le diverticule ou l'anévrysme de l'OG est une pathologie cardiaque rare. Il peut être congénital ou acquis. Le but de ce travail est de montrer, et ce à partir de l'illustration d'une observation de diverticule congénital de l'OG découvert à l'échocardiographie fœtale, l'intérêt du diagnostic prénatal de cette pathologie qui doit être confirmée à la naissance pour éviter au nouveau- né le risque de complications ultérieures.

Cas clinique

Mme x, âgée de 28 ans, parturiente à 34 semaines d'aménorrhée, chez qui on a découvert, à l'échocardiographie fœtale réalisée lors d'une échographie obstétricale, une cavité kystique vasculaire contiguë à l'oreillette et au ventricule gauches ; et qui paraissait communiquer avec l'oreillette gauche (OG) par un large pertuis (fig1).

Le diagnostic de diverticule congénital de l'oreillette gauche a été évoqué au terme de cet examen. L'accouchement s'est fait à terme par césarienne. A la naissance, le nouveau né était en bon état hémodynamique et respiratoire, avec un score d'Apgar à 8 à la première minute et 10 à la cinquième minute. Il n'a présenté aucun trouble du rythme cardiaque. La radiographie du thorax de face a montré une déformation du bord gauche du médiastin prenant l'arc moyen et le tiers supérieur de l'arc inférieur (fig 2).

Figure 1 : Echographie fœtale :
a- formation kystique (→) communiquant avec l'oreillette gauche (*).
b- Cette formation kystique (→) comprime le ventricule gauche (*).

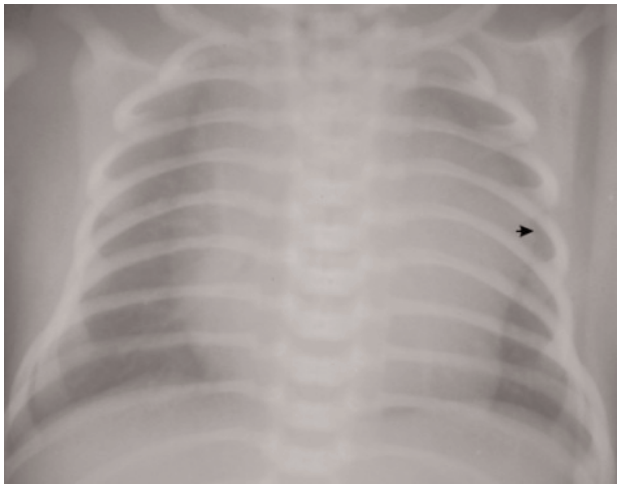
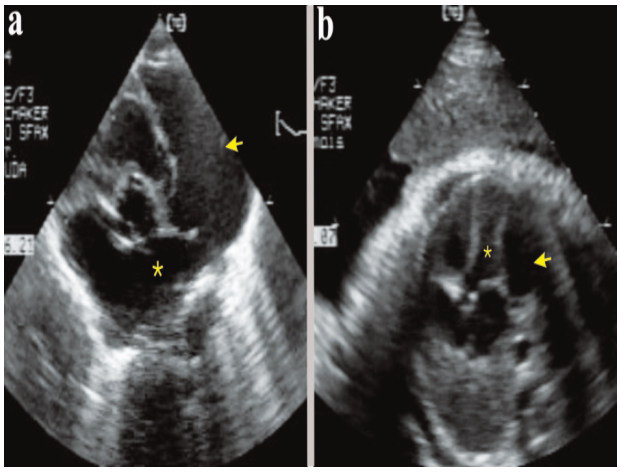
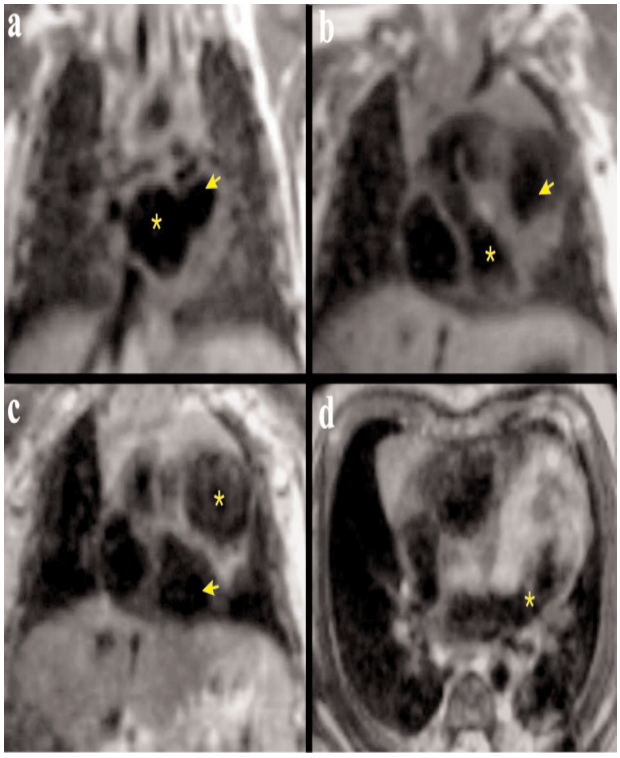


Figure 2 : Radiographie du thorax de face: déformation du bord gauche du cœur prenant l'arc moyen et le tiers supérieur de l'arc inférieur gauche (→).



L'échocardiographie a montré un cœur d'architecture normale, comportant quatre cavités : deux oreillettes et deux ventricules, et a objectivé une large structure kystique vasculaire circulante mesurant 20x50 mm, contiguë aux cavités gauches, qui communique avec l'OG et se prolabe derrière le ventricule gauche (VG) qu'elle comprime. Une IRM a été réalisée avec une machine de 1 Tesla par des séquences multi planaires en spin écho pondérée T2 et T1, et en écho de gradient: elle a montré une formation para cardiaque gauche de 3 cm de diamètre qui est en hyposignal T1 et T2 et en hypersignal en écho de gradient. Cette formation parait communiquer avec l'OG par un collet de 1 cm. Elle respecte la naissance des veines pulmonaires et elle se prolonge en bas derrière le VG tout en le comprimant (fig 3).

Figure 3 : IRM cardiaque
Fig a : coupe coronale pondérée en T1 : formation paracardiaque gauche (→) en hyposignal T1, communiquant par un collet avec l'oreillette gauche (*).
Fig b : coupe coronale pondérée en T1 : Cette formation (→) comprime le VG (*).
Fig c: coupe coronale pondérée en T2 : Cette formation (*) remonte en haut jouxtant le VG (→), tout en le comprimant
Fig d : coupe axiale pondérée en T2 : on note le large hiatus (*) de communication entre le diverticule et l'oreillette gauche.



Par ailleurs il n' y avait pas d'autre anomalie cardio-vasculaire associée. Le diagnostic de diverticule de l'OG compressif sur le VG, a été retenu. L'indication opératoire a été posée vu le risque de thrombose et d'embolie systémique secondaire, le nouveau né a été opéré à l'âge de 5 semaines. La voie d'abord était une thoracotomie gauche au niveau du 5ème espace intercostal montrant une tumeur liquidienne bleuâtre latérale gauche du coeur responsable d'un bombement du péricarde qui était intact, sans image de hernie. L'ouverture du péricarde a trouvé un très gros diverticule, de 20x50 mm, prenant naissance au niveau de l'auricule gauche par un collet de 15 mm de largeur, et qui se présentait comme un auricule gauche très ectasique puis il devient volumineux faisant 2 cm de hauteur et 5 cm de largeur. Ce diverticule comprimait le bord gauche du tronc de l'artère pulmonaire et la partie supérieure du VG, y laissant une empreinte au niveau du site de la bifurcation de la coronaire gauche. Le diverticule a été réséqué après avoir clampé le collet.Une échocardiographie de contrôle a montré la disparition de l'anévrysme.

Conclusion
L'anévrysme de l'oreillette gauche est une anomalie cardiaque très rare. Il peut être diagnostiqué à tout âge. Le diagnostic précoce anténatal est actuellement possible grâce à l'échocardiographie fœtale, évitant ainsi la survenue de complications souvent révélatrices. Son diagnostic positif repose sur l'échocardiographie complétée par l'IRM cardiaque. L'IRM permet de confirmer le diagnostic évitant ainsi le recours à l'angiographie, de faire un bilan pré thérapeutique, et de rechercher une éventuelle thrombose. Une chirurgie cardiaque avec résection de l'anévrysme est de règle même chez les patients asymptomatiques vu le risque de complications graves.

Références

1. Victor S, Nayak VM. Aneurysm of the left appendage. Tex Heart Inst j 2001;28 :111-18.
2. Prajakti V. King Edward Memorial Hospital- Departments radiology - Case of the month july 2002 :1-4.
3. Jinping Z, Ge Y, Yan H, Pan Y, Liao Y. Treatment of congenital aneurysms of the left atrium and left atrial appendage. Tex Heart Inst J 1999; 26:136-9.

Emna Daoud, Raifa Ghariani, Henda Ketata, Imen Trabelsi**, Héla Fourati*, Chaouki Dabbeche, Abdelfatteh Abid***, Jameleddine Mnif , Zeineb Mnif**

Services d'imagerie médicale. Hôpitaux Habib Bourguiba et Hédi chaker de Sfax. Tunisie*

*** :Service de cardiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie*

**** :Service de chirurgie cardio vasculaire. Hôpital La Rabta.*

Le Placenta Accréta

Le placenta accreta résulte d'une anomalie de l'invasion trophoblastique, en rapport avec une altération de la décidua [1]. Son incidence, en relation avec le taux de césarienne, a été multipliée par 10 en 50 ans pour atteindre un taux de 1/2500 à 1/250 en fonction des séries [2].
On distingue l'accreta vera quand le placenta est fixé mais n'envahit pas le myomètre, l'increta pour lequel il y a un envahissement du muscle par les villosités placentaires et le percreta pour lequel la totalité de la paroi utérine est envahie avec extension possible vers la vessie ou le rectum [3].

But
Analyser les différentes méthodes de prise en charge du placenta accreta à fin de reconnaitre la méthode la plus efficace avec la plus faible morbidité et mortalité maternelle, fœtale et néonatale.

Observations
Nous rapportons 5 cas de placenta accreta rencontrés au service C du centre de maternité de Tunis entre janvier 2007 et Septembre 2009. Les caractéristiques de nos 5 patientes sont représentées dans le tableau I.

La prise en charge thérapeutique des patientes est résumée dans le tableau II.

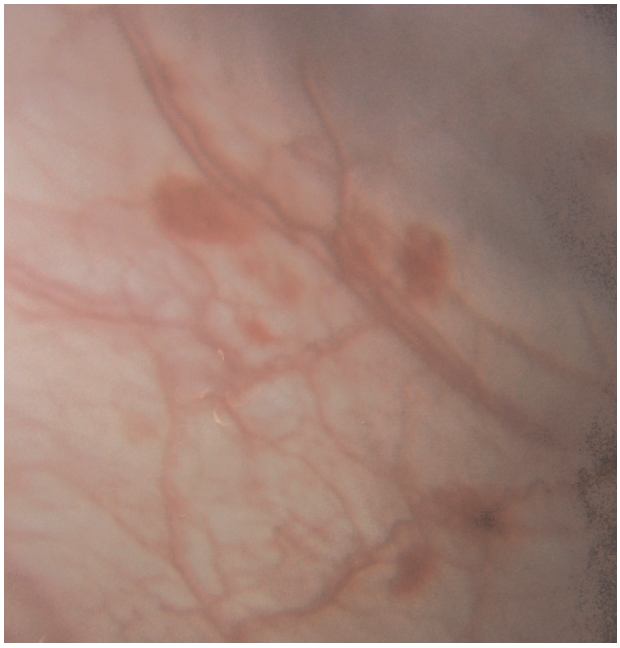
Tableau 1 : Caractéristiques des patientes

Cas	Age	Parité	Antécédents de césarienne	Antécédent de curetage utérin	Circonstance de découverte	Insertion placentaire
1	34	3	2	0	Métrorragies	Antérieur recouvrant
2	38	4	3	0	Diagnostic prénatal	Antérieur recouvrant
3	36	3	2	1	Métrorragies	Postérieur recouvrant
4	35	4	3	0	Métrorragies	Antérieur recouvrant
5	33	2	1	2	Diagnostic prénatal	Antérieur marginal

Tableau 2 : Résumé de la prise en charge thérapeutique

Cas	Terme de la grossesse	Indication de la césarienne	Type d'insertion	Traitement du placenta accreta	Transfusions	CIVD	Séjour en réanimation
1	28 SA	PP hémorragique	Accreta	Délivrance forcée puis hystérectomie d'hémostase	8 CG + 12 PFC	Non	2 jours
2	36 SA + 4 Jours	PP hémorragique	Percreta	Césarienne hystérectomie	4 CG + 5 PFC	Non	Non
3	34 SA	PP hémorragique	Increta	Délivrance forcée puis hystérectomie d'hémostase	12 CG + 10 PFC	Non	3 jours
4	33 SA	PP hémorragique	Percreta	Césarienne hystérectomie	5 CG + 10 PFC	Non	Non
5	35 SA	Programmée pour PP	Accreta	Césarienne hystérectomie	4 CG + 6 PFC	Non	Non

Figure 1 : Aspect cystoscopique d'un placenta percreta : Patiente 2
Multiples vaisseaux placentaires parcourant la paroi vésicale



Conclusion

Le placenta accreta est une pathologie grave qui doit être suspectée en prénatal surtout chez les patientes à risque. L'échographie bidimentionelle aidée du Doppler est un outil diagnostique fiable, néanmoins tout placenta prévia inséré sur une cicatrice de césarienne doit être considéré comme accreta jusqu'à preuve du contraire. Il semble impératif de proscrire la délivrance forcée sur placenta accreta et de proposer une césarienne hystérectomie ou un traitement conservateur quand celui-ci est possible.

Références

1. Khong TY, Robertson WB. Placenta creta and placenta praevia creta. Placenta 1987;8:399–409.
2. Kayem G. Placenta accreta : quelle prise en charge ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:17-18.
3. Chauveaud-Lambling A, Antonetti-N'Diaye E, de Rudnicki S, Bruyère M, Benoit G, Frydman R. Management of placenta percreta. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:346-50.

Zeghal Souki Dorra ; Kehila Mehdi; Larguech Kamel ; Zakraoui Mohamed Aymen ; Mahjoub Sami ; Limam Walid ; Sebai Néjib ; Ben Hmid Rim ; Zouari F.

Service « C », centre de maternité et de néonatalogie de la Rabta.