

Pseudospondylarthrite ankylosante révélatrice d'une hypoparathyroïdie

L' hypoparathyroïdie primitive (HP) est une pathologie rare. Elle peut être congénitale, génétique ou idiopathique .La plupart des cas sont sporadiques. Les manifestations cliniques à type de crampes musculaires sont dues à l'hypocalcémie, alors que les anomalies squelettiques sont dues à des calcifications ligamentaires [1,2]. Ce tableau clinico-radiologique trompeur peut simuler à tort une spondylarthrite ankylosante (SA) [3]. Nous en rapportons un cas.

Observation

Un homme de 53 ans, hospitalisé pour crampes musculaires et des douleurs rachidiennes rebelles et enraidissantes. Ses plaintes ont commencé en 1995 (soit à l'âge de 39 ans) par des rachialgies cervicale et lombaire avec une diminution progressive de la mobilité du rachis cervical, lombaire ainsi que des deux hanches. Depuis, le diagnostic de SA a été évoqué et il a été traité par indométacine à une dose moyenne de 100 mg/jour. Malgré ce traitement, il était noté une raideur lentement progressive de la mobilité et pas d'amélioration sur les douleurs rachidiennes.

A l'examen physique, le malade présente une attitude rappelant une SA (Fig.1) avec une tête projetée en avant. Le rachis cervical et lombaire sont raides et douloureux à la mobilisation avec une distance occiput-mur à 20 cm, une distance menton – sternum à 7 cm, une distance doigts – sol à 45 cm et un indice de Schober à 11 cm. Il n'ya pas de synovite périphérique. Les deux hanches sont limitées dans toutes les amplitudes.

Figure 1 : Vue latérale du patient : antéflexion cervicale, hypercyphose dorsale, effacement de la lordose lombaire et flexion compensatrice des genoux.



Les résultats des examens biologiques sont les suivants : vitesse de sédimentation à 05 mm/h, hémoglobine à 12,8g/dl, leucocytes à 8300/mm3, calcémie à 1,1 mmol/l (N ; 2,38 – 2,70), phosphatémie à 2,2 mmol/l (N ; 0,81 – 1,36), magnésémie à 0,78 mmol/l (N ; 0,74 – 0,90), phosphatase alcaline à 89 ui/l (N ; 37 – 117), créatinémie à 119 μ mol/l (N ; 70 – 130), albuminémie à 37,4 g/l, la parathormone est inférieure à 5 pg/ml (N ; 10 – 65). Le typage de HLAB27 est négatif. La radiographie du bassin montre des ossifications évoquant des enthésopathies siégeant au niveau des cotyles, les petits trochanters et les branches ischiatiques (Fig.2).

Figure 2 : Radiographies du bassin montrant des ossifications siégeant au niveau des cotyles, les petits trochanters et les branches ischiatiques.



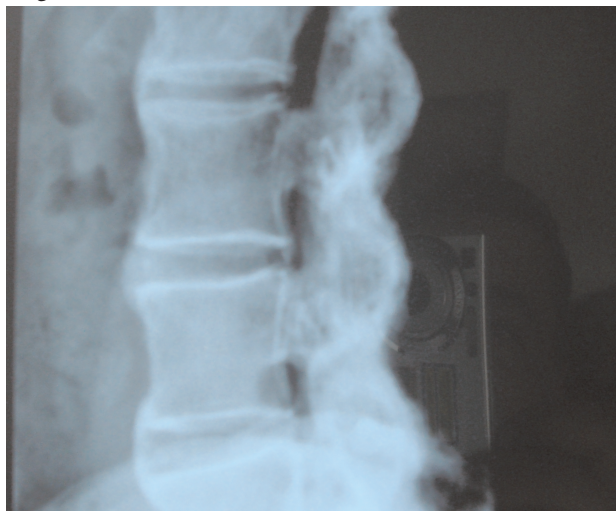
L'interligne des articulations coxo-fémorales est conservé. Le scanner des sacro-iliaques est normal. Sur les radiographies du rachis on retrouve sur la totalité des ossifications sous forme de ponts inter somatiques (cervicale et lombaire) étagés avec ossification du ligament para vertébrale postérieur ainsi que les articulations postérieures (Fig.3 et 4). Le diagnostic d'une hypoparathyroïdie a été retenu. Les anti-inflammatoires sont arrêtés. Le patient est mis sous alfacalcidol à la dose de 1 μ g/j et carbonate de calcium à la dose de 4g/j. Les crampes musculaires sont disparues en quelques jours. La douleur rachidienne est améliorée en un mois de traitement.

En conclusion, l'hypoparathyroïdie peut simuler des manifestations cliniques et radiologiques d'une SA, induisant dans certains cas un traitement inutile. Devant un tableau atypique d'une SA, un bilan phosphocalcique semble être nécessaire.

Figure 3 : Radiographies du rachis cervical et lombaire montrant des ossifications sous forme de ponts inter somatiques étagés.



Figure 4 : Radiographies du rachis cervical et lombaire montrant des ossifications sous forme de ponts inter somatiques étagés.



Références

1. Derrien C, Odent S, Henry C et al.- Pseudohypoparathyroïdie ou hypoparathyroïdie ? À propos d'une présentation clinique trompeuse. Ann Endocrinol (Paris) 2001, 62, 529- 33.
2. Essig M, Silve C. Hypoparathyroïdies. Rev Rhum [Ed Fr], 2000; 67 (suppl 2): 91-4.
3. Valensi P, Sandre-Banon D, Kemeny JL et al.- Circonstances révélatrices et modes d'expression de l'hypoparathyroïdie primitive de l'adulte. Neuf observations personnelles. Rev Med Interne, 1990, 11, 427-32.

Hosni Ben Fredj *, **Mabrouk Khalifa ****, **Mouna Hammouda ***, **Hela Zeglaoui ***, **Kamel bel haj slama ***, **Elyes Bouajina ***

/* Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Avenue Ibn El Jazar, 4000 Sousse, Tunisie

** Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Farhat Hached, Avenue Ibn El Jazar, 4000 Sousse, Tunisie

L'invagination intestinale post opératoire chez l'adulte.

L'invagination intestinale post opératoire (IPO) de l'adulte est rare. Sa symptomatologie n'est pas spécifique. Le contexte post opératoire peut être responsable de retard diagnostique si l'IPO est prise à tort pour un iléus postopératoire prolongé. L'imagerie facilite le diagnostic et permet de poser l'indication opératoire urgente à temps. Ce travail rapporte deux cas originaux d'IPO riches en iconographie.

Pendant la période allant de janvier 1999 à décembre 2009 deux IPO ont été recensées dans le service. Pendant cette même période il a été réalisé 11998 gestes abdominaux par laparotomie dans 8966 cas et par laparoscopie dans 3032 cas. Pendant cette même période quatre invaginations ont été pris en charge dans le service (incluant les deux IPO).

Observation 1 : Un patient âgé de 50 ans était pris en charge pour un adénocarcinome de l'estomac sans extension locorégionale ni métastases à distance. En per opératoire il y avait un aspect de limite gastrique diffuse avec deux nodules de carcinose péritonéale. Il a été réalisé une gastrectomie totale avec anastomose oeso-jéjunale sur anse en y à la Roux avec excision des nodules de carcinose. Les suites étaient initialement favorables. Un transit aux hydrosolubles réalisé à J6 post opératoire avait montré une anastomose étanche. A J 8, le patient a développé un syndrome occlusif. Les différentes explorations radiologiques (figures 1, 2) avaient conclu à une IPO. A la reprise, il y avait une invagination iléo-iléale (figure 3). Le boudin faisait 5 cm de long situé à 70 cm de la valvule de Bauhin. L'anastomose oeso-jéjunale était le siège d'un lâchage minime au niveau de son bord droit. Une fois desinvaginée, l'anse était viable. Le lâchage était réparé avec un drainage en regard. Une jéjunostomie d'alimentation était réalisée. La Tumeur était classée T3N1M1.

Figure 1 : Echographie : Coupe transversale : aspect en cocarde Coupe longitudinale en cartouche: aspect de pseudo rein (Observation 1).

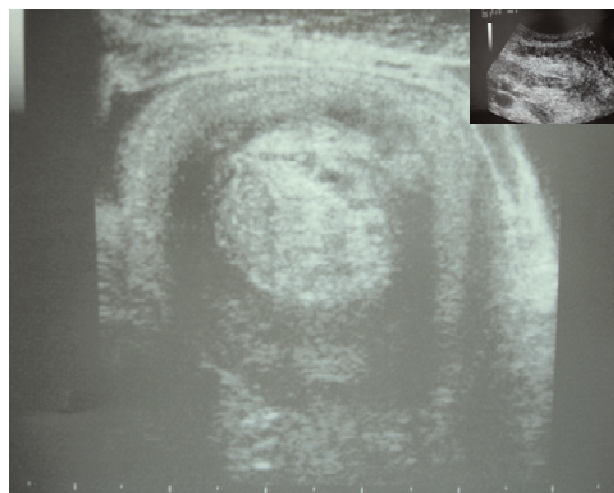


Figure 2 : Tomodensitométrie abdominale avec injection intraveineuse et ingestion de PDC : aspect d'invagination iléo-iléale (observation 1)

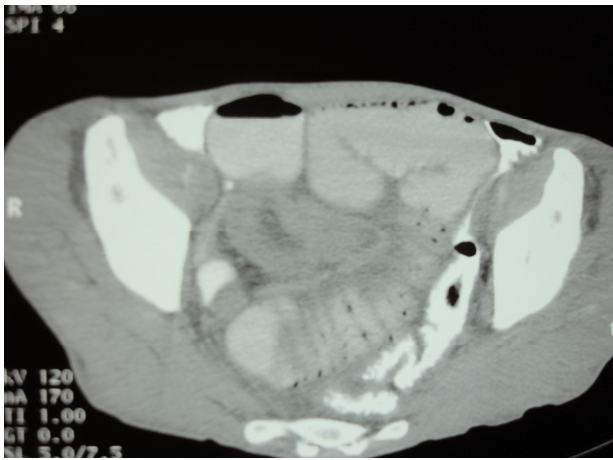
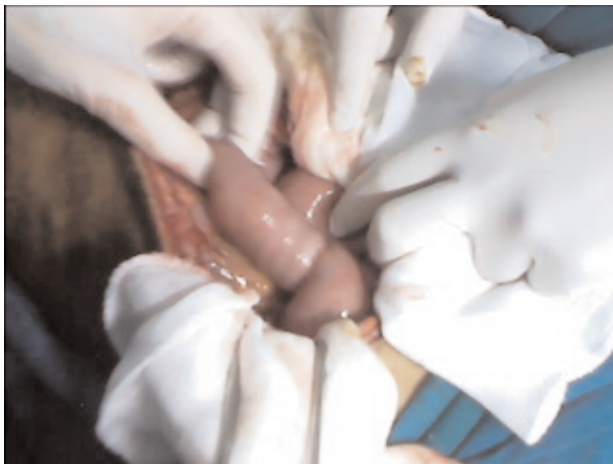


Figure 3 : Photographie per opératoire : invagination iléo-iléale (observation 1).

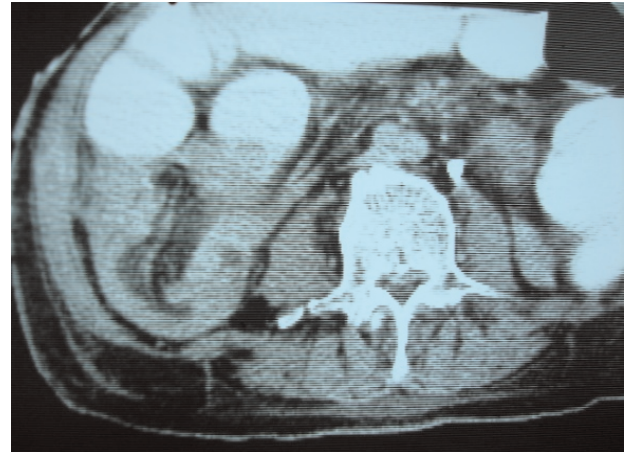


La durée totale d'hospitalisation était de 23 jours. Le patient va bien avec un recul de trois mois.

Observation 2 : Un patient âgé de 65 ans était pris en charge pour une tumeur de la tête du pancréas sans extension locorégionale ni métastases à distance. Il avait eu une duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) selon Whipple avec rétablissement selon la méthode de Child. Les suites étaient initialement favorables. A J8 post opératoire, le patient avait développé un syndrome occlusif. Un transit aux hydrosolubles réalisé à J12 post opératoire avait montré un grêle dilaté sans opacification du colon. Un scanner abdominal réalisé à J17 post opératoire avait montré un grêle dilaté avec un aspect d'invagination intestinale (figure 4). A la reprise, il y avait une invagination iléo-iléale avec la tête du boudin intracoecale. L'anse invaginée était nécrosée. Les anastomoses de la DPC étaient étanches. Il a été réalisé une résection de l'anse nécrosée avec anastomose immédiate. Douze jours après, le patient était repris pour péritonite en rapport avec un lâchage de

l'anastomose iléo-iléale. Il a été réalisé une toilette péritonéale avec mise en stomie des deux bouts iléaux. Le décès était survenu 24 heures après suite à un choc septique avec une défaillance multiviscérale. La tumeur était classée T3N0M0.

Figure 4 : Tomodensitométrie abdominale avec injection intraveineuse et ingestion de PDC : aspect d'invagination intestinale (observation 2).



Commentaires

L'IPO est rare et complice 0,08 à 0,8 p.100 des laparotomies chez l'adulte. Ce taux dans notre service est de 0,01p.100.

Contrairement à Omori H et all [2] qui ont inclus dans le groupe « IPO » les invaginations survenant jusqu'à 5 ans en post opératoire, nous avons inclus uniquement les invaginations survenant dans les 30 premiers jours post opératoire. Ce taux serait plus élevé chez l'enfant arrivant à 5 p.100 [3]. Sa pathogénie est inconnue et serait en rapport avec un trouble du péristaltisme post opératoire d'origine probablement neurogène [1]. Ce trouble est secondaire à des facteurs pré opératoires (chimiothérapie éventuelle) per opératoire (traumatisme per opératoire, drogues anesthésiques) ou post opératoire (produits morphinomimétiques). Il s'agit souvent d'une IPO iléo-iléale isopéristaltique. La nature du geste abdominal initial est très variable qu'il soit réalisé par laparotomie [5, 7] ou par laparoscopie [7]. Ce geste abdominal peut être intra péritonéal, rétro péritonéal ou encore pariétal.

Des cas exceptionnels d'IPO ont été rapportés après chirurgie extra abdominale (pulmonaire, cardiaque ou neurologique) [4, 5, 6].

Le délai entre le geste initial et la survenue de l'IPO varie de 3 à 30 jours [7].

Dans 3/4 des cas l'IPO survient la première semaine post opératoire [3]. Cliniquement le diagnostic d'IPO est évoqué devant l'installation brutale en post opératoire des signes d'occlusion intestinale aigüe. La palpation d'une masse est difficile à cause du météorisme. Ce diagnostic d'IPO est d'autant plus probable que pendant la phase post opératoire initiale le patient a repris un transit normal et qu'il n'y a pas eu de syndrome infectieux. En effet, en pratique devant une

occlusion intestinale aigue post opératoire il faut tout d'abord éliminer une occlusion reflexe à un foyer septique intra péritonéal post opératoire. De même qu'il ne faut pas confondre une IPO avec un iléus post opératoire prolongé. En cas de doute une imagerie s'impose en urgence.

L'échographie est gênée par le météorisme. Elle montre typiquement un aspect en pseudorein sur la coupe longitudinale et un aspect de cocarde sur la coupe transversale [3, 4]. Le scanner avec opacification digestive et injection intraveineuse de produit de contraste est l'examen essentiel et urgent. Il peut objectiver l'IPO en montrant un aspect de télescope ou des signes indirects tels que la présence de grêle dilaté et de grêle plat. Des signes de nécrose intestinale peuvent être retrouvés sur le scanner tels qu'une pneumatose. Sa spécificité et sa sensibilité sont proches de 80 p.100 [3]. Le scanner permet aussi d'évaluer l'étanchéité des anastomoses initiales et élimine un foyer septique intra péritonéal.

Le scanner abdominal dans nos deux cas a montré des signes directs d'IPO (figure 2 et 4).

Le diagnostic endoscopique d'une IPO a été rapporté mais reste anecdotique. [6]. Une fois le diagnostic fait le traitement chirurgical est urgent. En effet, la nécrose d'une anse invaginée (observation 2) et le lâchage d'une anastomose mise en tension du fait de l'occlusion (observation 1) sont les deux complications graves de l'IPO qu'illustre ce travail.

Le lâchage de l'anastomose oeso-jéjunale dans notre première observation est probablement secondaire à l'occlusion comme en atteste la normalité du transit fait 3 jours avant l'installation de l'IPO. Le traitement comporte deux volets [1, 2]: le traitement de l'IPO et la vérification des anastomoses initiales (quand elles existent). Le traitement de l'IPO consiste en une désinvagination. En cas de nécrose, la résection s'impose sans réduction [3]. L'anastomose est alors discutée selon les conditions per opératoires. La recherche d'invaginations multiples est systématique. La vérification des anastomoses initiales s'impose. Ce traitement est urgent. Le délai de la reprise chirurgicale dans nos deux cas est respectivement de 8 et 17 jours. Tout retard diagnostique peut engager le pronostic vital du patient (obs.2).

Le taux de décès est 6 p.100 en cas de nécrose de l'anse invaginée [2].

L'IPO de l'adulte est rare et de diagnostic difficile car on n'y pense pas souvent. De plus, elle peut survenir dans un contexte trompeur notamment post opératoire [6] voir post traumatique [5].

Références

1. Eke N, Adotey JM. Postoperative intussusception, causal or casual relationships? *Int Surg*. 2000; 85: 303-308.
2. Hiroaki Omoria Hiroshi Asahia Yoshihiro Inoue Takashi Irinodaa Masahiro Takahashia Kazuyoshi Saitoa. Intussusception in Adults: A 21-Year Experience in the University-Affiliated Emergency Center and Indication for Nonoperative Reduction. *Dig Surg* 2003; 20:433-439.
3. Joe K, Richard J, Charles WW, Samuel DS. Intussusception following the ladd procedure. *Arch Surg*. 2000; 135:713-715.
4. Duncan A, Phillips TF, Sdafani SJ. Intussusception following abdominal trauma. *J Trauma* 1987; 27: 1193-1199.
5. West KW, Stephens B, Rescoria FJ, Vane DW, Grosfeld JL. Postoperative intussusception: experience with 36 cases in children. *Surgery*, 1988; 104:781-787.

7. Madden RL, Kurbanov A, Benedetto BJ, Lipkowitz GS. Early small bowel obstruction complicating hand-assisted laparoscopic donor nephrectomy: an uncommon etiology. *Surg Endosc* 2002; 16:1108.

Nizar Miloudi ; Rached Bayar ; Walid Gharbi; Saber Manai; Sadri Ben Abid; Lobna Marsaoui ; Nefaa Arfa; Hamed Mestiri ; Lassaad Gharbi; Mohamed T. Khalfallah.

Service de chirurgie générale. Hôpital Mongi Slim de La Marsa.

Tuberculose péri-orificielle périnéale chez une femme immunocompétente

Une résurgence de la tuberculose notamment au profit des formes extra-pulmonaires est signalée depuis une dizaine d'années dans les pays tropicaux et au Maghreb et serait expliquée par: 1) le développement de l'infection par le VIH, 2) le relâchement de la lutte antituberculeuse, 3) l'immigration de populations provenant de pays de forte endémicité tuberculeuse et 4) l'émergence de souches de mycobactéries résistantes aux traitements usuels (1). La tuberculose cutanée reste rare, représentant 1 à 2% de l'ensemble des tuberculoses et arrive en 4ème position des atteintes extra-pulmonaires après la tuberculose ganglionnaire, urogénitale et intestinale (2). Son diagnostic demeure difficile en raison du polymorphisme aussi bien des tableaux cliniques que des diagnostics différentiels et de la difficulté à objectiver l'agent pathogène.

La tuberculose péri-orificielle (TPO) est une forme très rare de tuberculose cutanée qui atteint les régions péri-orificielles chez des patients habituellement immunodéprimés et ayant une tuberculose viscérale évolutive.

Nous rapportons une observation de TPO de la région périnéo-vulvaire chez une femme immunocompétente dont le diagnostic a été retardé de plusieurs années.

Observation

Une femme de 27 ans, avait consulté pour une éruption vésiculo-bulleuse prurigineuse et cuisante de la région périnéo-génitale évoluant depuis 2 ans, ne répondant pas aux antiseptiques et aux antibiotiques usuels. L'examen général notait un bon état général et une fièvre à 38°7. L'examen cutané montrait la présence de placards érythémato-?démateux mal limités du pubis et des grandes lèvres débordant sur la face interne des cuisses, parsemé de nombreuses érosions et ulcérations suintantes, à fond purulent (figure 1). L'examen histologique avait montré une infiltration granulomateuse de la peau par des cellules géantes et épithélioïdes avec nécrose caséeuse (figures 2, 3). Le reste de l'examen somatique était normal. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine était négative. L'examen direct et les cultures d'échantillons vaginaux, cutanés et urinaires étaient négatifs. Les sérologies syphilitiques et du VIH étaient négatives. La biologie avait montré un syndrome inflammatoire biologique avec une vitesse de sédimentation à 112 mm à la 1ère heure. Par ailleurs, le bilan à la recherche

d'une tuberculose viscérale active ainsi que la recherche d'une immunodépression associée étaient négatifs.

La patiente était traitée par une quadrithérapie antituberculeuse comportant isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazoline durant 2 mois puis isoniazide et rifampicine pendant 6 mois avec régression totale des lésions cutanéomuqueuses sans séquelles synéchiantes ou atrophiques. Un an après l'arrêt des anti-tuberculeux, persistait un discret lymphoedème vulvaire asymptomatique.

Figure 1 : Placards érythémato-œdémateux mal limités du pubis et des grandes lèvres parsemés de nombreuses érosions suintantes



Figure 2 : Fistule cutanée entourée d'un important infiltrat granulomateux associé à une nécrose caséuse

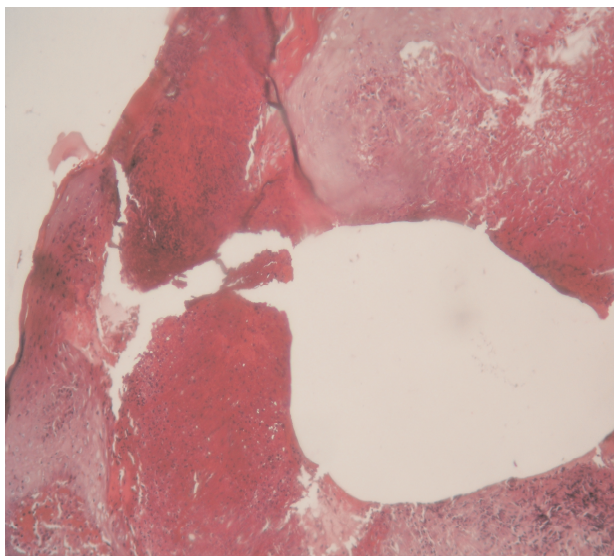
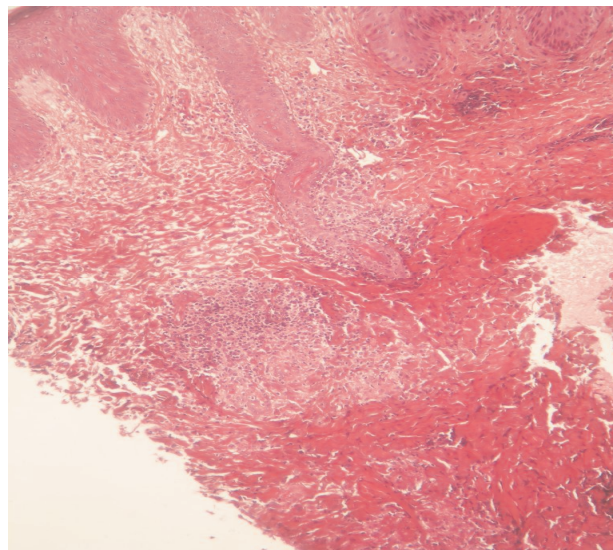


Figure 3 : Infiltrat granulomateux avec cellules géantes de type Langhans, nombreuses cellules épithélioïdes et nécrose caséuse



Conclusion

Devant des ulcérations péri-orificielles, traînantes, douloureuses, ne répondant pas aux traitements antibiotiques et antiseptiques usuels, il est recommandé de penser à la tuberculose péri-orificielle de surcroît si elle survient chez un sujet vivant ou originaire de zones d'endémie tuberculeuse.

Références

- 1- Umapathy KC, Begum R, Ravichandran G, Rahman F, Paramasivan CN, Ramanathan VD. Comprehensive findings on clinical, bacteriological, histopathological and therapeutic aspects of cutaneous tuberculosis. Trop Med Int Health 2006;11:1521-8
- 2- Mokni M, Mebazaa A, Ben Sassi M, El Euch D, Azaiz MI, Ben Osman A. La tuberculose cutanée : étude rétrospective de 90 cas. Ann Dermatol Venerol 2000;127:4S195.

Amel Mebazaa, Rim Abdelmalek, Heifa Azzouz**, Dalenda El Euch, Rym Cheikh Rouhou, Sondes Trojjet, Nidham Kchir**, Mourad Mokni, Moncef Zitouna**, Amel Ben Osman*

Département de Dermatologie

*Département de Maladies Infectieuses

**Département d'anatomie pathologique

Hôpital la Rabta. Tunis- Tunisie

Coexisting choriocarcinoma with breast cancer: a hazard or an association?

Choriocarcinoma is a gestational trophoblastic neoplasia which occurs generally after a hydatiform mole. The coexistence of a choriocarcinoma with an invasive breast cancer is an exceptional event. Different hypothesis were then discussed: Is there a relationship between these two malignancies? Is there a

chemotherapy that is appropriate for both malignancies allowing eventually a conservative surgery?

Observation

A 46-year-old patient, Gravida 4 Para 3, presented to our department with pelvic pain and metrorrhagia at 8 weeks of pregnancy. The physical examination showed that the uterine size was palpably larger than the expected gestational age. The physical examination discovered a 6 cm left breast mass with a left mobile axillary node. Ultrasounds showed diffuse echogenic vesicular pattern, evoking a complete hydatiform mole. No luteal cysts were observed. The human chorionic gonadotropin (HCG) serum levels were markedly elevated (204,640 mIU/ml). The mammogram showed a suspect left breast mass. A micro biopsy showed an invasive ductal carcinoma.

Suction curettage was performed under sonographic control and oxytocin infusion. After evacuation, the follow up was clinical, biological and by ultrasounds. The follow up showed an HCG level increase three weeks after evacuation. Histological findings confirmed the presence of choriocarcinoma. The metastatic workup included a thorough physical exam, CXR, chest and abdominal CT scans; all were negative. The FIGO/WHO score of trophoblastic tumors was I:5. The TNM staging of breast cancer was T3 N1M0.

A left modified radical mastectomy and left axillary node dissection were first performed. In the same week, she was treated with three courses of Actinomycin D and Etoposide for her choriocarcinoma. HCG serum level became undetectable after the second cycle.

The histopathological examination of the breast showed an 8 cm infiltrating ductal carcinoma, scored Bloom Scarf Richardson 1, with 26 positive nodes (26N+/33).

Immunocytochemical staining was positive for both oestrogen and progesterone receptors (50% and 75% respectively). Oncogene HER-2/neu was negative. Three courses of Cyclophosphamide, Epirubicin and Fluorouracil (CEF) were then administered followed by three courses of Docetaxel. Radiation therapy (50Grays) of the chest wall and regional lymph nodes was given after the course of chemotherapy. Tamoxifen, 20 mg daily was prescribed for 5 years. No recurrence of both malignancies was observed after one year of follow-up.

Conclusion

The coexistence of a choriocarcinoma with an invasive breast cancer is a rare phenomenon. This is the first documented case of this association in the world literature. Moreover, the review of literature suggests that there is no relationship between these two malignancies. Nevertheless, given the high level of HCG and the decreased rate of breast cancer among women with choriocarcinoma, the hypothesis that HCG is protective against breast cancer seems plausible.

*Ben Temime Riadh *, Ben Hassouna Jamel**, Attia Leila *, Mathlouthi Nabil *, Makhlouf Taher *, Koubaa Abdelhamid *, Mezlini Amel ***, Rahal Khaled **, Chechia Abdellatif**

** Department of obstetrics and gynecology*

Charles Nicolle Hospital Tunis

*** Department of cancer surgery*

Saleh Azaiz cancer institute Tunis

**** Department of chemotherapy*

Saleh Azaiz cancer institute Tunis