

Arthrites septiques récidivantes à candida albicans chez un sujet immunocompétent

Les arthrites à Candida, peu fréquentes, sont habituellement décrites chez les immunodéprimés tels que les patients atteints du virus d'immunodéficience humaine, d'hémopathies, les toxicomanes et les patients sous immunosuppresseurs [1]. Elles sont exceptionnelles chez les immunocompétents [2, 3]. Nous rapportons le cas original d'un patient immunocompétent ayant présenté des arthrites septiques récidivantes à candida albicans.

Observation

Patient âgé de 21 ans, hospitalisé en Aout 2006 pour prise en charge d'une douleur de la hanche droite évoluant depuis deux mois, il avait comme antécédent une néphrectomie droite en Janvier 2005 pour tuberculose rénale, suivie d'un traitement antituberculeux pendant neuf mois. L'examen physique notait un état général conservé, une température à 38°C et une raideur de la hanche droite avec douleur à la moindre mobilisation. Le bilan biologique montrait une inflammation marquée (protéine C réactive à 107 mg/l). Les leucocytes étaient à 5700 éléments/mm³, la glycémie et la fonction rénale étaient normales. L'exploration radiographique de la hanche montrait une lyse de la tête fémorale et une destruction de l'articulation, la tomodensitométrie montrait une ostéo-arthrite coxo-fémorale droite avec des collections liquidiennes péri articulaires ainsi qu'un épaississement pariétal de l'aorte sous-rénale et de l'artère iliaque primitive droites. Une arthrotomie de la hanche avec lavage articulaire ramenait du liquide purulent dont l'examen bactériologique avait montré des levures et dont la culture avait isolé du candida albicans. L'examen anatomopathologique de la biopsie synoviale pratiquée en per opératoire ne montrait aucun signe spécifique, en particulier pas de signes d'atteinte tuberculeuse. Le patient était traité par fluconazole 400 mg/j avec apparition au 3ème jour d'une tuméfaction douloureuse de la cheville droite. L'exploration échographique montrait une collection astragalocalcanéenne. L'arthrotomie de la cheville ramenait un liquide purulent contenant du candida albicans à l'étude bactériologique. Devant cette double localisation articulaire infectieuse une échographie cardiaque trans-œsophagienne était pratiquée et ne montrait pas de signes d'endocardite. Aucune porte d'entrée à ces arthrites n'était retrouvée, le patient ne pratiquait pas de toxicomanie intraveineuse. Il ne présentait pas de déficit immunitaire connu, la sérologie du virus de l'immunodéficience humaine était négative, le compte des lymphocytes CD4+, l'électrophorèse des protéines et le dosage pondéral des immunoglobulines étaient dans les limites de la normale. L'évolution était favorable mais l'arrêt du fluconazole au bout de trois mois était suivi d'une arthrite du genou droit. La ponction articulaire ramenait un liquide trouble contenant 1500 leucocytes/mm³ (74% de lymphocytes) dont la culture isolait un candida albicans multisensible. Un traitement par arthrotomie avec lavage articulaire et reprise du fluconazole étaient alors entrepris mais l'évolution était marquée par une récurrence de

l'arthrite candidosique du genou droit après arrêt du traitement. Aucun signe d'endocardite n'était retrouvé à l'échographie, le contrôle du bilan immunologique était toujours dans les limites de la normale. Un examen angioscannographique de l'aorte et des artères des membres inférieurs montrait une dilatation anévrysmale modérée de l'aorte sous-rénale avant sa bifurcation, une thrombose de l'artère iliaque primitive droite avec reperméabilisation de l'artère fémorale et une infiltration pariétale des artères fémorale commune, poplitée et tibiale postérieure droites. L'axe artériel gauche ne présentait pas d'anomalies. Cet aspect était compatible avec une atteinte infectieuse de l'aorte et des artères du membre inférieur droit qui expliquait les localisations articulaires multiples touchant toujours le même membre avec récurrence à l'arrêt du traitement. Un traitement chirurgical avec remplacement prothétique de l'aorte sous-rénale dilatée était réalisé avec fongicidation de l'axe iliaque thrombosé, un traitement anticoagulant était instauré avec évolution favorable, le recul évolutif est actuellement de deux ans.

Conclusion

Les mycoses systémiques sont rares chez l'immunocompétent et de présentation différente par rapport aux patients immunodéprimés. Un tableau atypique ne doit pas faire méconnaître le diagnostic car le pronostic de ces affections dépend de la précocité de la prise en charge.

Références

1. Frentiu E, Petitfrere M, May T, Rabaud C. Les spondylodiscites à Candida ; à propos de deux cas. Med Mal Infect 2007; 37 : 275-80.
2. Kanawabe K, Hayashi H, Miyamoto M. Candida septic arthritis of the hip in a young patient without predisposing factors. J Bone Joint Surg 2003; 85: 734-5.
3. Charlier C, Lahoulou R, Dupont B. Mycoses systémiques du sujet immunocompétent. J Mycol Med. 2005; 15: 22-32.

Ben Fredj Ismail Fatma, Azzabi Samira, Mrad Belgacem, Karmani Monia, Mhiri Hassen Hosni, Toumi Sarra, Laouani Kechrid Chédia

Service de Médecine Interne- Hôpital Sahloul -Route de ceinture Sousse - 4054-Tunisie. Université de Sousse

Erosive arthritis in a patient with Behcet's disease

Behcet's disease (BD) is a chronic inflammatory disease characterized by recurrent oro-genital aphthous ulcerations, uveitis and skin lesions. The disease may affect other systems such as locomotor, neurological, gastrointestinal and vascular systems. Joint involvement in BD is usually recurrent, inflammatory, symmetric or asymmetric, mono or oligoarthritis [1, 2, 3]. Erosive arthritis has been rarely reported in BD [4, 5]. We report herein an unusual case of a Behcet's disease revealed by an erosive arthritis on small joints in the feet.

Case report

A 36-year old male presented with a painful swelling of the small joints in the feet lasted for six years, followed since one year by chronic bilateral pain and swelling in the knee. During the attacks, joint symptoms lasted three or four weeks. His medical history disclosed recurrent episodes of oral and genital aphthous ulceration. He denied any history of conjunctivitis, urethritis, psoriasis or a severe bout of diarrhea. His family history was also unremarkable. On physical examination, the patient has synovial thickening with tenderness of the right knee without limitation of movement. He had bilateral hallux valgus deformity and had also marked tenderness over the metatarsal joints. He was found to have oral aphthous ulcers; pseudofolliculitis on limbs. There was no lesion of rheumatoid nodule and he did not complain of low back pain or local sacroiliac tenderness. Laboratory tests revealed a raised erythrocyte sedimentation rate (ESR: 48 mm/h), normal levels of C reactive protein (CRP) concentration and haemoglobin and negative tests for rheumatoid factor (RF) and antinuclear antibodies (ANA). Aspirated synovial fluid was inflammatory and sterile. A positive pathergy test was found and the HLA phenotype was negative for HLA B27 and positive for HLA B51. X rays of the feet revealed bilaterally extensive destruction at the metatarsophalangeal (MTP) joints with asymmetrical erosive changes at the interphalangeal joint. An X-ray of the sacro-iliac, hand and knee joint was normal. The patient has fulfilled the international study Group criteria for the diagnosis of BD. He was prescribed methotrexate (10mg/Week), indomethacin (100mg/day) and showed partly symptomatic improvement.

Figure 1 : Right foot X ray: bilateral extensive destruction at the MTP joints with erosive changes at the interphalangeal joint.



Conclusion

Erosive arthritis is uncommon in Behcet's disease. A possible coincidence of other rheumatic disease involving these manifestations should be kept on mind in differential diagnosis. In the other hand, a regular follow up will to make a complete reevaluation.

References

1. Ghates JV, Jorizzo JL; Behcet's disease. In: Ruddy S, Harris ED, Sledge C (eds) Kelley's Textbook of rheumatology. Saunders, Philadelphia, pp 1205-1209.
2. Yurdakul S, Yazici H, Tuzun Y, et al. The arthritis of Behcet's disease: prospective study. Ann Rheum Dis 1983; 42: 505-15.
3. Calguneri M, Kiraz S, Ertenli I, Erman M, Karaaslan Y, Celik I. Characteristics of peripheral arthritis in Behcet's disease. New Zealand Med J 1997; 110: 8.
4. Caphorn N, Higgs ER, Dieppe PA, Watt I. Arthritis in Behcet's syndrome. Br J Radiol 1983; 56: 87-9.
5. Jawad ASM, Goodwill CJ. Behcet's disease with erosive arthritis. Ann Rheum Dis 1986; 45: 961-2.

Lilia Daoud, Wafa Hamdi, Dhoha Azouz, Mohamed Mehdi Ghanouchi, Mohamed Montacer Kchir

*Service de Rhumatologie- Institut Mohamed Kassab. Tunis - Tunisie
Université Tunis El Manar*

Sigmoïdite diverticulaire compliquée d'une fistule colo-tubaire survenant au cours d'une grossesse

Les douleurs abdominales au cours de la grossesse ont souvent des origines gynéco-obstétricales et urinaires. Les étiologies chirurgicales ; moins fréquentes ; exposent au risque d'avortement, de prématurité et de souffrance fœtale. La diverticulose colique, pathologie fréquente du sujet âgé, est présente chez 5% de la population de moins de 30 ans et se manifeste cliniquement avant l'âge de 50 ans chez un malade sur cinq (1). Une fistule interne ou entéro-cutanée est présente cliniquement chez 2% des patients atteints d'une diverticulose colique et elle est retrouvée en per-opératoire chez 20% des patients (2, 3). Les fistules entre le sigmoïde et le tractus génito-urinaire sont les plus fréquentes. Elles sont faciles à mettre en évidence par les moyens d'imagerie moderne (4, 5).

Observation

Mme AA, âgée de 36 ans, sans antécédent digestif, troisième geste et deuxième pare, enceinte à 28 semaines d'aménorrhées a été admise le 27 Octobre 2007 pour une douleur aigue et intense de l'étage sous ombilical. L'examen à l'admission a noté une fièvre à 38,5°C et une douleur de la fosse iliaque gauche. Les touchers pelviens étaient normaux. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 15200 éléments/mm³, une hémoglobine à 10,4 g/dl et une CRP à 80 mg/l. L'examen cytbactériologique des urines a montré une leucocyturie sans germe. L'échographie abdominale a montré une lithiase vésiculaire non compliquée. Pour ne pas irradier le fœtus, nous n'avons pas réalisé un scanner abdominal et nous avons complété les explorations par une IRM. Elle a montré une collection péri-sigmoïdienne faisant 3x3 cm et une infiltration de la graisse mésentérique adjacente. Nous avons retenu le diagnostic d'un abcès péri-colique compliquant soit une

sigmoïdite diverticulaire soit une maladie de Crohn colique. Elle a été mise sous antibiothérapie Amoxicilline-Acide Clavulinique 1g x 3/j et Métronidazole 500 mg x 3/j. L'évolution a été marquée par l'apyrexie, la régression de la douleur et de l'hyperleucocytose alors que le taux de la CRP est resté élevé autour de 100 stabilité de la taille de la collection. Le traitement antibiotique a été arrêté après deux semaines. La patiente a été gardée hospitalisée en attendant un terme permettant d'évacuer un nouveau né viable. Le 25/11/2007, soit à 32 semaines d'aménorrhée, elle a accouché d'un nouveau né de sexe féminin qui va décéder une heure après sa naissance d'une détresse respiratoire aigue. L'évolution a été marquée par la régression du taux de la CRP. Un scanner abdominal fait le 28/11/2007 a montré un épaississement régulier du sigmoïde et une collection péri sigmoïdienne fistulisée au niveau de la trompe gauche (figure 1). Devant le risque d'endométrite, elle a été mise sous antibiotique Céfotaxime 1g x 3/j, Gentamycine 160 mg/j et Métronidazole 500 mg x 3/j.

Figure 1 : Collection latéro-utérine gauche avec un niveau hydro-aérique et présence de produit de contraste et un utérus augmenté de volume présentant des bulles aériques



La coloscopie a montré une sténose sigmoïdienne d'allure inflammatoire. Le lavement par voie basse a montré un aspect de sigmoïdite diverticulaire fistulisée au niveau de la trompe gauche. (figure 2). Le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire compliquée de fistule colo-tubaire a été retenu. La patiente a été opérée le 15/01/2008 par laparotomie médiane. Il existait une lithiase vésiculaire, une diverticulose colique fistulisée au niveau du pavillon gauche et un fibrome utérin sous séreux en nécrobiose aseptique.

Nous avons réalisé une cholécystectomie, une sigmoïdectomie avec anastomose colorectale et une énucléation du fibrome. La trompe gauche a été conservée. Les suites opératoires ont été simples. Elle est mise sortante au 6ème jour post opératoire. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic posé en préopératoire. Elle a été régulièrement suivie cliniquement et radiologiquement.

Elle est asymptomatique avec des cycles menstruels réguliers.

Une échographie et une hystéro-salpingographie réalisées en post opératoire ont montré une trompe gauche morphologiquement saine. Toutefois, malgré son désir de grossesse, il ne lui a été pas possible d'être enceinte jusqu'à présent.

Figure 2 : Diverticulose sigmoïdienne avec opacification de la trompe gauche



Conclusion

La survenue d'une sigmoïdite diverticulaire compliquée d'un abcès au cours d'une grossesse est un évènement rare mais grave. Le couple échographie-IRM est suffisant pour poser le diagnostic et instaurer une surveillance radiologique.

Le traitement doit être d'abord médical afin d'atteindre un terme permettant l'extraction d'un nouveau né viable.

La fistulisation de l'abcès dans le tractus génital (trompe ou utérus) est le risque évolutif le plus grave compromettant le pronostic foetal.

Références

1. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. N Engl J Med.1998; 338:1521-6.
2. Fazio VW, Church JM, Jagelman DG, et al. Colocutaneous fistulas complicating diverticulitis. Dis Colon Rectum.1987;30:89-94.
3. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, Jagelman DG, Weakley FL. Internal fistulas in diverticular disease. Dis Colon Rectum.1988;31:591-6.
4. Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon PH. Fistulas complicating diverticulitis. Int J Colorectal Dis.1998;13:57-60.
5. Hjern F, Goldberg SM, Johansson C, Parker SC, Mellgren A. Management of diverticular fistulae to the female genital tract. Colorectal Dis.2007;9:438-42.

Riadh Bel Haj Salah, Khalil Ben Ména, Mohamed Belgacem Bourguiba, Mounir Ben Moussa, Abdeljelil Zaouche

Service de chirurgie « A ». Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.
Université Tunis El Manar

La rétention urinaire du post-partum

La rétention urinaire post-partum (RUP) persistante est rare dans la pratique obstétricale moderne. Son incidence varie considérablement selon les séries de 1,7 à 17,9% [1, 2]. Toutefois, le retard du diagnostic ou la mauvaise prise en charge de cette rétention peut conduire à des infections urinaires récurrentes, des altérations permanentes des voies urinaires supérieures et des troubles urinaires du bas appareil [3]. La prévalence de cet incident, son étiologie et sa prise en charge ne font pas l'unanimité. Nous rapportons une nouvelle observation d'une RUP.

Observation

Mme T.M. est primipare, elle est âgée de 23 ans, non tarée ; après une grossesse de déroulement normal, Mme T.M. s'est présentée à la maternité en début de travail à 38 semaines d'aménorrhées. Au bout de 40 minutes à dilatation complète et sur une présentation engagée, le médecin de garde a réalisé une extraction instrumentale par forceps de type Simpson pour défaut d'expulsion, cette extraction instrumentale s'est déroulée sous une couverture par une large épisiotomie et après un sondage évacuateur de la vessie par une sonde de Foley, et elle a donné naissance à un garçon pesant 3200 g de ayant un score d'Apgar de 10/10 à 5 minutes de vie. Une délivrance dirigée a été réalisée. Dans les suites de couches, la patiente a rapporté des douleurs sus-pubiennes avec dysurie et sensation de vidanges vésicales incomplètes. Elle a consulté en urologie le lendemain matin (soit 16 heures après l'accouchement) pour une rétention vésicale complète. L'examen physique a trouvé un globe vésical confirmé par l'échographie.

Devant l'absence de reprise spontanée des mictions, une sonde urinaire a été posée et a permis l'évacuation de 650 ml d'urine claire et limpide. L'ECBU n'a pas isolé de germe pathogène. La patiente a été mise sous poly-vitamine-thérapie et alpha-bloquants. Aucune antibiothérapie n'a été prescrite. La sonde a demeuré à été retirée après 48 heures et devant la non-reprise de miction, un cathéter sus pubien a été posé. Le cathéter a été laissé en écoulement libre et a été clampé à intervalle de temps régulier afin de vérifier une éventuelle reprise spontanée de miction. Le premier jet spontané se fit à J12, avec un résidu post-mictionnel mesuré (RPM) à 130 ml. Finalement, le cathéter a été retiré deux semaines après l'accouchement.

Une consultation neurologique à un mois n'a retrouvé aucun déficit sensitivo-moteur des membres inférieurs et l'examen neurologique était strictement normal. La consultation urologique six semaines après l'accouchement ne retrouva aucune anomalie clinique ni uro-dynamique et l'échographie vésicale n'a pas trouvé de RPM.

Conclusion

La RUP persistante est rare, il s'agit généralement un état temporaire où le diagnostic précoce et la gestion appropriée permet d'éviter les séquelles urinaires à long terme. Elle s'explique sur le plan histologique par un véritable claquage du détrusor dû à une sur-distension vésicale. Les facteurs de risque

de la RUP sont maintenant bien connus, comme la primiparité, un travail prolongé, le recours à une épisiotomie ou une extraction instrumentale. La rapidité du diagnostic de la RUP, essentiellement échographique par une mesure du RPM, est une étape essentielle de la prise en charge.

Références

1. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. J Am Board Fam Pract. 1991; 4: 341-4.
2. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; 83: 881-91.
3. Lee SN, Lee CP, Tang OS, Wong WM. Postpartum urinary retention. Int J Gynaecol Obstet. 1999; 66: 287-8.

Sataa Sallami*, Fethi Ben Amara, Olfa Slimeni**, Sami Ben Rhouma*, Nawfel Ben Rais, Ali Horchani***

1 Service d'Urologie, Centre Hospitalo-universitaire, La Rabta, Tunis – Tunisie.

2 Service de gynéco-obstétrique « B ». Centre de Maternité et de Néonatalogie. Tunis - Tunisie. Université Tunis El Manar

Schwannome rétropéritonéal associé à un oncocytome rénal

Le schwannome et le neurofibrome sont des tumeurs de la gaine nerveuse. Les schwannomes sont trouvées, le plus souvent, au niveau du crâne et des nerfs périphériques. Leur localisation rétropéritonéale est rare, elle concerne approximativement 3% des schwannomes [1, 2]. Le schwannome rétropéritonéal est habituellement asymptomatique, il pose le problème de diagnostic préopératoire car celui-ci n'est affirmé que sur l'examen histologique de la pièce de tumorectomie [2, 3]. Nous rapportons un cas de schwannome rétropéritonéal découvert lors d'une échographie, et pris pour un incidentalome surrénalien, associé à un oncocytome rénal homolatéral.

Observation

Madame X, âgée de 75 ans, consulte pour des lombalgies droites isolées évoluant depuis six mois. L'examen physique est normal. L'échographie abdominale a montré une masse solide de 7 X 10 cm, rétropéritonéale, hypoéchogène, avec des plages hyperéchogènes, refoulant le rein droit vers le bas. Le scanner abdominal a montré une masse tissulaire, rétropéritonéale droite de 10 X 9 X 5 cm, de densité para liquidienne, qui se rehausse intensément après injection du produit de contraste et contenant des plages hypodenses de nécrose tumorale (Figures 1 et 2). La TDM abdominale a montré aussi une tumeur médio rénale droite de 4 cm, exophytique de densité tissulaire et qui se rehausse intensément après injection du produit de contraste (Figure 3).

La patiente a été opérée par voie sous costale trans péritonéale droite. En per opératoire on trouve une tumeur grisâtre, bien encapsulée, de 10 cm de grand axe, adhérente au psoas en arrière et à la colonne vertébrale au niveau de sa partie inférieure. Cette tumeur refoule le rein en bas et en dehors. Le rein droit est le siège d'une tumeur exophytique, médio rénale,

lisse de 4 cm. On a réalisé une exérèse complète de la tumeur rétropéritonéale associée à une surrénalectomie et une tumorectomie rénale droite. L'examen anatomopathologique a conclu à un schwannome bénin pour la tumeur rétropéritonéale et un oncocytome pour la tumeur rénale. Avec un recul de 8 mois, la patiente est restée asymptomatique et sans récurrence locale. La recherche d'une phacomatose est négative.

Figure 1 : Scanner abdominal : Masse tissulaire → de densité para liquidienne, qui se rehausse intensément après injection du produit de contraste et qui arrive au contact du muscle psoas et de la vertèbre lombaire.



Figure 2 : Scanner abdominal avec reconstruction frontale : la masse qui refoule en bas le rein →



Figure 3 : Scanner abdominal avec reconstruction sagittale : la masse qui refoule en bas et en arrière le rein, notez la tumeur rénale →



Conclusion

Le schwannome bénin rétropéritonéal est rare et de diagnostic préopératoire difficile. Les examens radiologiques permettent de préciser son origine rétropéritonéale, ses caractéristiques qui sont non spécifiques, évaluent les possibilités d'exérèse. Le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale complète. Une surveillance ultérieure est nécessaire, en raison des récurrences voire de transformation maligne.

References

- 1- Goh BK, Tan YM, Chung YF, Chow PK, Ooi LL, Wong WK. Retroperitoneal schwannoma. Am J Surg 2006; 14:18.
- 2- Inokuchi T, Takiuchi H, Moriwaki Y, et al. Retroperitoneal ancient schwannoma presenting as an adrenal incidentaloma: CT and MR findings. Magn Reson Imaging 2006 ; 24:1389-93
- 3- Ben Moualli S, Hajri M, Ben Amna M et al. Le schwannome rétropéritonéal. À propos d'un cas. Ann Urol 2001 ; 35 : 270-2.

Walid Zakhama, Mohamed Yassine Binous, Ily Ben Hmida, Haithem Chraïti, Moez Boudokhane, Mohamed Fodha

Service de Chirurgie Générale. Hôpital Tahar Sfar. Mahdia, Tunisie.
Université de Monastir

Difficulté du diagnostic étiologique d'un poumon clair unilatéral

Le poumon clair unilatéral traduit, en dehors de tout defect technique radiologique, une distension des voies aériennes ou une diminution de la vascularisation pulmonaire. Le diagnostic étiologique est souvent aisé. Cependant, certaines situations posent un réel défi aux cliniciens (1).

Nous rapportons une observation d'une patiente ayant un poumon clair unilatéral afin de discuter la démarche diagnostique et de souligner la difficulté de la recherche étiologique.

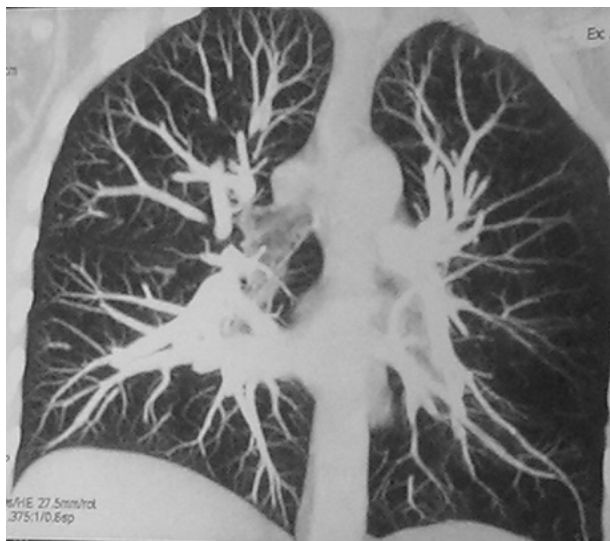
Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 50 ans. Elle avait des antécédents de mal de pott et de cirrhose post hépatitique C. Elle a consulté pour une dyspnée d'installation progressive. La radiographie du thorax a montré un poumon gauche hyperclair. Une hypoxie à 62 mm Hg et une hypocapnie à 28 mm Hg ont été retrouvées à la gazométrie. Les D-Dimères étaient négatifs. Le doppler veineux des membres inférieurs était normal. L'examen angiotomodensitométrique thoracique a conclu à l'absence de signes en faveur d'une embolie pulmonaire, d'une malformation vasculaire ou d'une maladie de Takayashu. L'aorte, les troncs supra-aortiques et les artères pulmonaires étaient d'aspect normal. Il a éliminé toute anomalie pariétale, pleurale ou bronchique mais a objectivé une diminution de la vascularisation distale du poumon gauche et des micronodules de distribution centro-lobulaire (figures 1, 2).

Figure 1 : Tomodensitométrie thoracique : Diminution diffuse de la vascularisation périphérique du poumon gauche avec présence de nodules parenchymateux à distribution centro-lobulaire.

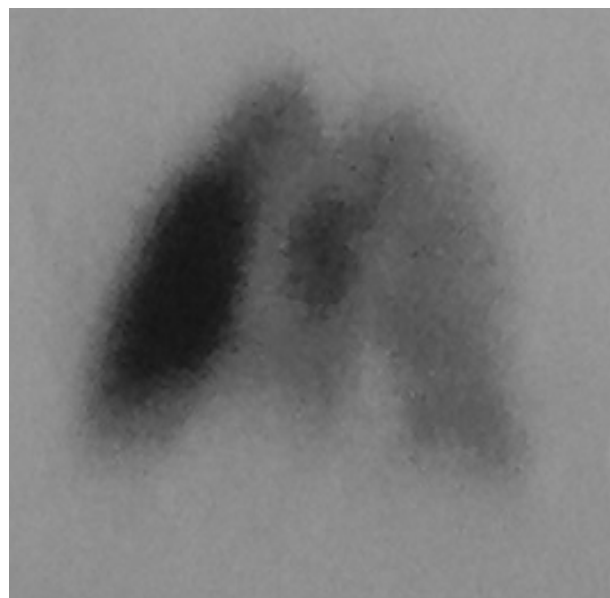


Figure 2 : Tomodensitométrie thoracique : Diminution diffuse de la vascularisation périphérique du poumon gauche avec présence de nodules parenchymateux à distribution centro-lobulaire.



L'échographie cardiaque n'a pas montré de malformation cardiaque ou d'anomalie du tronc de l'artère pulmonaire. La pression artérielle pulmonaire était normale. La scintigraphie pulmonaire de perfusion n'a pas révélé de shunt droite-gauche mais a révélé une diminution diffuse de la perfusion de tout le poumon gauche (Figure 3).

Figure 3 : Scintigraphie pulmonaire : hypoperfusion diffuse du poumon gauche



A ce stade, le diagnostic d'une bronchiolite obstructive est retenu. La recherche d'une exposition à un toxique est négative. Aucune prise médicamenteuse récente n'a été retrouvée à l'interrogatoire. Le bilan immunologique et infectieux était négatif. L'évolution spontanée a été marquée par une amélioration clinique et fonctionnelle respiratoire et la disparition spontanée des nodules centrolobulaires. Aucune modification de la vascularisation périphérique pulmonaire n'a été notée (Figure 4). Ces éléments évolutifs ont plaidé en faveur d'un syndrome de Mac Leod.

Figure 4 : Tomodensitométrie thoracique : disparition des nodules parenchymateux et persistance de la diminution de la vascularisation périphérique des poumons.



Conclusion

Le syndrome de Mac Leod est un syndrome essentiellement d'individualisation radiologique et caractérisé par un poumon clair unilatéral sans distension à la radiographie du thorax (2). Ce syndrome est asymptomatique mais en cas d'association avec des bronchéctasies ou d'une maladie des petites bronches, il devient mal toléré et peut poser un problème de diagnostic positif.

Références

1. Brocard H, Gallouedec C, Vannier R, Arnal J, Lemaire R. Les anomalies et les modifications unilatérales de la circulation pulmonaire. *Cœur Med Int* 1967; 6: 275-309.
2. Y Toloba, S Diallo, Y Fofana, et al. HTAP compliquant un syndrome de Mac Leod. *Rev Mal Resp* 2007; 24 : 127.

Mohamed Ali Baccar, Soumaya Ben Saad, Basma Dhahri, Leila Gharbi, Salwa Azzabi, Hichem Aouina, Najla Mnif, Hend Bouacha.

Service de Pneumologie Allergologie. Centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicolle. Tunis. Tunisie
Université Tunis El Manar

Acute pancreatitis due to hereditary angioedema

Hereditary angioedema (HAE) is a rare, autosomal dominant inherited disease. The cause is a quantitative or qualitative congenital deficiency in C1 inhibitor.

Typical symptoms include recurrent and unpredictable attacks of angioedema involving the extremities, gastrointestinal tract, genitourinary system, face or upper airways. Little information is available on digestive tract localization corresponding to acute pancreatitis associated with hereditary angioedema (1 2).

Observation

A 73-year-old woman presented with a 3-day history of intermittent epigastric and left upper quadrant abdominal discomfort. She had a 10-year history of HAE. The diagnosis was confirmed after a review of the clinical presentation and assessment of the reduced C1 esterase inhibitor antigen level. Treatment had been unsuccessfully attempted with various regimens including diphenhydramine, corticotropin, hydrocortisone, propranolol and danazol. The only medication retained was DANAZOL, 200 mg bid orally. The patient described the pain as severe with radiation through to her back. Oral intake aggravated the discomfort. She had noted low grade bouts of fever at home. She also complained of nausea and vomiting. Moreover, she had noticed edema in the lower extremities distally, concurrent with the onset of abdominal discomfort. The patient denied smoking, alcohol ingestion, illicit drug use, or having been taking other medications known to induce pancreatitis. There was no history of abdominal surgery or trauma.

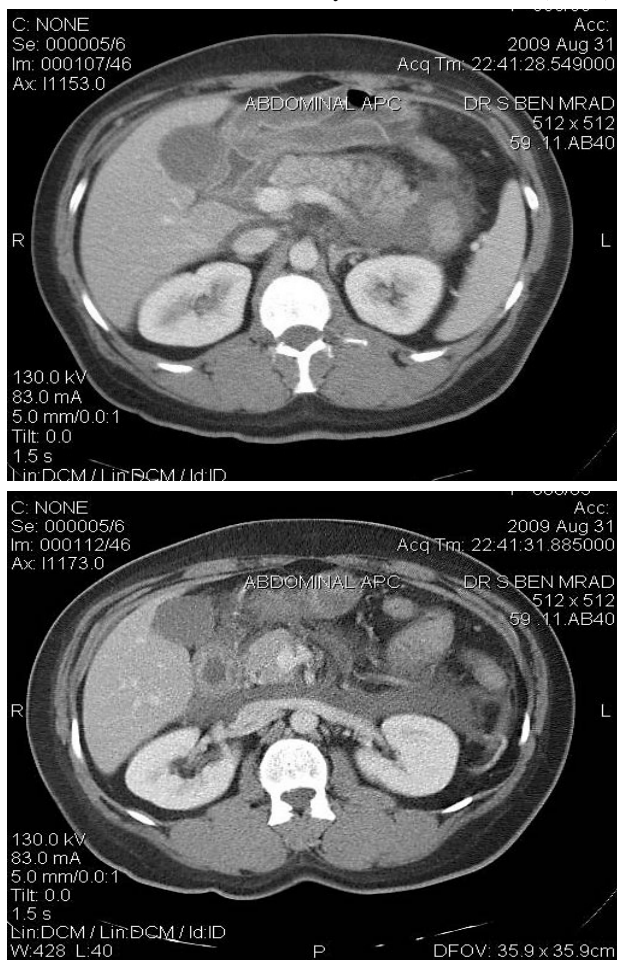
The patient was afebrile with an initial blood pressure of 149/96 mm Hg, a regular pulse rate of 110/min, and a respiratory rate of 22/min. Results of examination of the head and neck were unremarkable, with apparently normal tongue and uvula and no evidence of scleral icterus or lymphadenopathy. Cardiovascular examination revealed regular first and second heart sounds and no murmurs. Decreased breath sounds in the bilateral lower lung zones were assessed. Abdominal examination revealed active bowel sounds in all quadrants.

Mild tenderness to palpation without guarding or rebound tenderness was noted in the epigastric and left upper quadrants. Examination of the extremities revealed minimal digital swelling and mild edema in the lower limbs distally. Laboratory studies revealed hemoconcentration, leukocytosis and elevated amylase (869 U/L) and lipase (1235 U/L) levels, with normal liver enzymes and function: values for total bilirubin, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, alkaline phosphatase, gamma glutamyl transpeptidases and prothrombin time were all normal.

The diagnosis of severe acute pancreatitis was made, with 3 Ranson criteria out of 11. Contrast-enhanced CT scanning of the abdomen demonstrated patchy areas of pancreatic necrosis with indistinct edges and fluid collection in the left anterior pararenal space (stage D of Balthazar) and marked duodenal

swelling (Figures 1 and 2). Triglycerides and calcium levels were all within normal limits. Abdominal ultrasound showed no cholelithiasis and no bile duct dilation. Upper esophagogastroduodenoscopy results were normal and pancreatic MRI investigation revealed a patent pancreatic duct of normal caliber.

Figure 1 & 2 : Computed tomography of the abdomen with intravenous contrast demonstrating findings consistent with acute pancreatitis. There is mild pancreatic enlargement, inflammation, and indistinctness of the anterior body of the pancreas with stranding of the adjacent mesentery (arrowheads). Areas of the pancreatic body are nonenhancing, consistent with complicated pancreatitis and partial pancreatic necrosis. Also note the remarkably swollen duodenum (arrow).



By a process of elimination, HAE was accepted as being the cause of this attack of severe acute pancreatitis. Oral intake was withheld, and the patient was put on intravenous fluids, patient-controlled analgesia, and nasogastric decompression and continued on proton pump inhibitor treatment.

Treatment with DANAZOL was continued at the same dosage. On hospital day 5, the patient's clinical status showed marked

improvement along with normalization of the pancreatic enzymes. Nine days later, the patient was discharged from hospital free of complications. The course was favorable clinically and radiologically with restoration ad integrum of the pancreas as revealed by CT scan examination done during the 8th week.

Conclusion

This case is about the complication of a rare disease by a still rarer pathological condition. Abdominal pain is known to be gastrointestinal manifestation of HAE, but acute pancreatitis is uncommon as a complication of HAE.

Prophylaxis with DANAZOL should limit the incidence of this complication.

References

1. Foix-L'Heliass L, Weiss L, Mollet-Boudjemline A, et al. Recurring acute abdominal pains in an adolescent as the presenting manifestations of hereditary angioneurotic edema. *Acta Paediatr* 2005; 94:1158-61.
2. Sadeghi N, Van Daele D, Hainaux B, et al. Hereditary angioedema involving the gastrointestinal tract: CT findings. *Eur Radiol* 2001; 11:99-101.

Anis Ben Maamer, Haithem Zaafouri, Noomen Haoues, Abderraouf Cherif

*Service de Chirurgie générale. Hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie
Université Tunis El Manar*

Jaw malignancies: Signs that should alert the dentist

In dental practice malignant tumours of the jawbones are challenging to diagnose because the dentist is not familiar with its manifestations. Misdiagnosis of a malignant lesion as benign one or as an infective disease may delay the diagnosis and the treatment which will increase the mortality, worsen the prognosis and explain the morbidity associated with the treatment of the large lesions. In fact, malignancies should be considered in the differential diagnosis of inflammatory and reactive lesions that are common to the oral region (1-3).

Several signs may lead to the discovery of the disease such as pain, numbness, swelling, mobility of teeth, toothache, paresthesia of the mental nerve...etc. When swelling or odontogenic pain or tooth mobility is present without normally associates infection or traumatism, a neoplastic origin should be ruled out.

Case 1:

A thirty nine year old woman was referred to the unit of the oral medicine and oral surgery for the management of a swelling that had occurred tow months after a dental extraction that did not heal. According to the referral, she initially had an odontalgia and mobility of the first maxillary molar without dental decay or periodontal disease. After the dental extraction, the swelling had rapidly increased twice in volume. At the extra oral examination, the patient had a clear facial asymmetry

[Figure 1], and the skin overlying of the swelling was normal in colour and texture. But upon palpation, we note a slight paresthesia of the infraorbital area and there was no involvement of the cervico facial lymphatic chain.

Figure 1 : Clinical image of the patient showing the facial asymmetry.



Intra oral examination showed a non healing of the socket twenty day after dental extraction. It could be noticed that the swelling was extended from the canine region until the tuberosity and it streped over the vestibular and palatal sides [Figure 2].

Figure 2 : Endo buccal view showing the swelling of the alveolar ridge



The overlying mucosa was inflamed. A radiographic exam was ordered encompassing a panoramic [Figure 3] and Blondeau [Figure 4] radiographies, they showed a radiolucent lesion of the left maxillary region with poorly defined borders and floating teeth. The CT scan demonstrate clearly the osteolytic lesion of tissular density witch erode the alveolar ridge, the palate, the homo lateral maxillary sinus floor and the extent until the pterygo maxillary region [Figure 5]. An incisional biopsy was performed and the specimen obtained was submitted for histopathological examination witch confirm the clinico-radiological suspicion of malignancy, it was a B-cell

lymphoma. The rest of the investigation showed no other location of the pathology, the patient had chemotherapy with complete regression of the lesion [Figure 6].

Figure 3 : Panoramic radiograph: osteolytic lesion with floating tooth of the molar



Figure 4 : Blondeau radiograph: osteolytic lesion with ill defined borders.



Figure 5 : CT scan: osteolytic lesion of tissular density

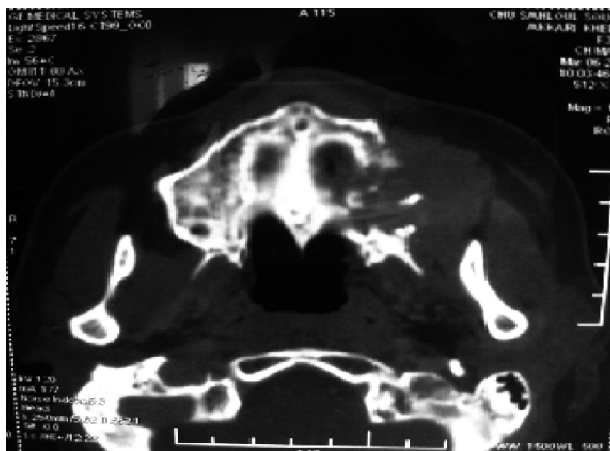
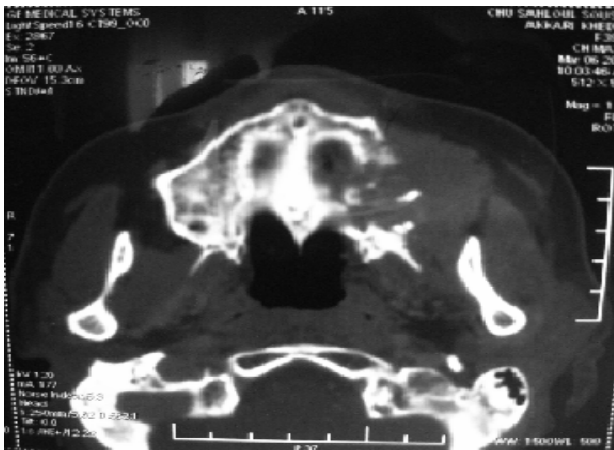


Figure 6 : CT scan: osteolytic lesion of tissular density



Case 2:

A twenty tow year old man presented in January 2007 with a 2-month history of painless swelling of the left hemi face[Figure 7], accompanied by progressive limitation of the mouth opening at 1,5 cm.

Figure 7 : Swelling of the left heli face extended to the cervical region



The extra oral examination disclosed a firm swelling that is fixed into superficial and deep tissue. There was no enlargement of the cervical lymph nodes. Intra oral examination showed an ulcerative swelling that bled easily with no dental or periodontal abnormalities [Figure 8].A panoramic radiograph [Figure 9]. showed a large osteolytic process with ill defined borders that involved the mandibular branch, the condyle, the coronoide and an enlargement of the mandibular canal. A CT

scan demonstrated a large lesion of the infra temporal loge, the maxillary sinus, the mandible, the para pharyngeal region and the pterygoid bone. Associated with this lesion were areas of hipocaptation of the contrast material, suggesting necrosis [Figure 10].The patient was then referred to a maxillo facial surgery service where he underwent a biopsy witch concluded the diagnosis of a synovialosarcoma.

Figure 8 : Endobuccal view showing an ulcerative lesion

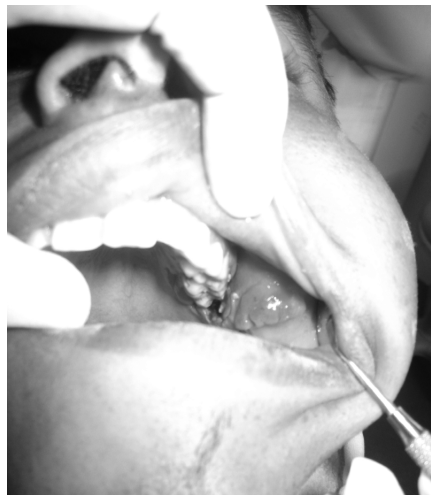


Figure 9 : Panoramic radiograph: a large radiolucent lesion with ill defined borders. Note the enlargement of the mandibular canal.



Figure 10 : CT scan:a large osteolytic lesion involving several anatomic regions. Note the areas of hypocaptation of the contrast material, suggesting necrosis.



Case 3:

A twenty one –year old male was sent to our consultation for the management of a paroxysmic toothache, without evident dental origin, accompanied by paresthesia in the left mandibular trigeminal branch distribution territory. The patient had a radiation therapy in his childhood for a retinoblastoma of the eyes and since he was blind. At the extra oral examination, there was we note a slight facial asymmetry and enlargement of the cervical lymph chain. Intra oral examination showed a painful swelling of the horizontal branch of the left mandible that encloses the first mandibular molar. It had hard consistency and measured 2 X 2 X 1, 5 cm. The overlying mucosa was slightly inflamed. However the surrounding mucosa was normal. The periodontal was healthy and all the teeth were decay free. An intra oral [Fig.11] and a panoramic radiographs [Figure 12] was taken, they showed a uniform widening of the periodontal ligament involving 5 teeth, extended from the canine until the second molar.

Figure 11 : An intra oral radiograph: Note the regular widening of the periodontal space



Figure 12 : Panoramic radiograph: uniform widening of the periodontal ligament involving 5 teeth. Note also the abnormalities in the bone trabeculation at the periapex.



There were also abnormalities in the bone trabeculation at the periapex of these teeth that are clinically and radio graphically healthy. The CT scan disclosed a well limited lesion that expands the vestibule [Figure 13].

Figure 13 : CT scan before the biopsy showed a well limited lesion that expands the vestibule



The biopsy concluded the presence of an inflammatory disease without signs of malignancies despite the clinical suspicion mentioned by the surgeon. One week after the biopsy, the swelling had a very fast progression; it tripled in size with evident facial asymmetry and a numbness of the left lower lip. The lesion was growing fast, but there were no changes in the general status of the patient. The enhanced CT of the face revealed an expansive lesion that involved the floor of the mouth and the vestibule with a periosteal reaction in the shape of “sun-rays” spicules [Figure 14]. The second biopsy, under general anaesthesia, proved that it was an osteosarcoma.

Figure 14 : CT after the biopsy, revealed an expansive lesion with a periosteal reaction in the shape of “sun-rays” spicules



Conclusion

In view of similarity in presentation of malignant lesions of the jawbones and others odontogenic and non odontogenic tumors and even infections of dental origin, careful examination and a high index of clinical suspicion is advocated to ensure early multidisciplinary care of the patient.

Defining the degree of malignant potential is very helpful. Although clinical examination and imaging will not provide a specific diagnosis, it should help narrow the differential diagnosis with benign lesions and thereby helping to guide the patient treatment.

References

1. Bodner L, Sion-Vardy N, Geffen DB, Nash M. Metastatic tumors to the jaws: A report of eight news cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11:132-5.
2. Soares RC, Soares AF, Souza LB, Dos Santos AL, Pinto LP. Osteosarcoma of mandible initially resembling lesion of periapex: a case report. Rev Bras Otorrinolaringol 2005; 71:242-5.
3. Meredith A, Causo PA, Faquin WC. Case 40-2005: an 18 year-old Man with a one- Month History of Non tender Left Mandibular Swelling. N Eng J Med 2005; 353:2798-805.

Zaghibani Aicha, Ben Yousef Souha, Souid Kaoutharn, Hasni Wafa, Baccouche Chedly

*Service de médecine dentaire. Hôpital Farhat Hached. Sousse. Tunisie.
Université de Sousse*

Les tumeurs endocrines colorectales

Les tumeurs endocrines (TE) sont rares ; leur incidence est estimée entre 0,5 et 1,5 cas pour 100000 habitants et par an (1,2). Ces tumeurs présentent une très grande diversité qui reflète la grande hétérogénéité fonctionnelle, structurale et embryologique des cellules endocrines normales dont elles sont supposées dériver. Toutefois, ces tumeurs partagent un phénotype commun caractérisé par l'expression de marqueurs neuroendocrines généraux et éventuellement par des produits de sécrétion spécifiques. Les TE sont ubiquitaires et siègent majoritairement au niveau digestif (73 à 85%) et pulmonaire (10 à 25%) (1,2). Au niveau du tube digestif, leur fréquence par rapport aux autres néoplasmes est très variable selon leur topographie. Elles représentent 0,1% de l'ensemble des tumeurs gastro-intestinales (3), 0,3% des tumeurs coliques (3) et 1 à 2% des tumeurs rectales (4). Comme pour les TE pulmonaires, le pronostic des TE du tube digestif est essentiellement lié au degré de différenciation histologique. Au niveau du tube digestif, les localisations les plus fréquentes sont l'appendice et l'intestin grêle (5). Parmi ces groupes topographiques on se propose d'étudier les TE coliques et rectales qui malgré leur origine embryologique commune à partir de l'intestin postérieur ou « hindgut », ces tumeurs présentent une hétérogénéité morphologique et biologique et évolutive.

Dans ce travail nous présentons une étude anatomo-clinique de huit cas de tumeurs endocrines colorectales.

Matériel et méthodes

Notre étude est rétrospective, intéressant huit cas de tumeurs endocrines colorectales (colon : 4 cas ; rectum : 4 cas) diagnostiqués au laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Habib Bourguiba de Sfax sur une période de 11 ans (Janvier 1995 - Décembre 2005). Les tumeurs appendiculaires étaient exclues de cette étude. Le matériel étudié était constitué de 3 biopsies et de 5 pièces opératoires ; les prélèvements étaient fixés au formol tamponné en solution aqueuse à 10% avant inclusion en paraffine. Le diagnostic était à chaque fois évoqué sur des critères morphologiques et confirmé par une étude immunohistochimique. Nous avons procédé à une revue des dossiers à fin de dégager les données cliniques, évolutives et thérapeutiques. Les caractéristiques macroscopiques étaient recueillies pour les pièces opératoires à partir du compte rendu anatomopathologique. Une relecture des lames était réalisée afin de préciser les caractères architecturaux et cytologiques de chaque tumeur. Cette analyse était effectuée sur une ou plusieurs coupes colorées en technique standard à l'hématoxyline-éosine (HE). A partir des constatations morphologiques, nous avons classé les huit cas de notre série selon la classification de l'OMS 2000 (6). Une étude immunohistochimique a été réalisée dans tous les cas sur coupes de 4 µm d'épaisseur, étalées sur lames, à partir des blocs en paraffine correspondants au prélèvement sélectionné de la tumeur. La technique reposait sur la méthode de streptavidine biotine immunoperoxydase. Le panel d'anticorps utilisés comprenait : des marqueurs endocrines : chromogranine A, synaptophysine, « neuron specific enolase » (NSE), protéine S 100 (PS100) ; des marqueurs épithéliaux : antigène de membrane épithéliale (EMA), cytokératine et antigène carcinoembryonnaire (ACE). Un prétraitement par chauffage au four à micro-ondes pour démasquage antigénique a été effectué pour tous ces anticorps à l'exception de l'EMA.

Résultats

Les données anatomo-cliniques et évolutives ont été résumées dans le tableau 2. Durant la période d'étude, 689 cas de cancers colorectaux ont été colligés dans notre laboratoire dont 8 (1,1%) tumeurs endocrines. L'âge moyen de nos patients était de 52,2 ans avec des extrêmes de 19 et 76 ans. L'âge moyen était de 48,7 ans pour les tumeurs rectales et de 55,7 ans pour les tumeurs coliques. Il y avait une légère prédominance masculine avec un sex ratio global de 1,6. Les TE rectales étaient plus fréquentes chez l'homme (sex-ratio : 3/1). Pour les localisations coliques, les TE affectaient les hommes et les femmes à égalité (sex-ratio : 1). La tumeur était localisée au niveau du rectum dans 4 cas, du sigmoïde dans 2 cas, du colon gauche dans 1 cas et du cœcum dans 1 cas. L'intervalle de temps entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic était en moyenne de 3 mois avec des extrêmes de 2 jours et 6 mois. La symptomatologie clinique était dominée par les douleurs abdominales (6 cas : 75%) suivies par les rectorragies (4 cas : 50%), la diarrhée (3 cas : 37,5%) et l'amaigrissement (2 cas : 25%). Aucun patient n'a présenté de « flash syndrome » ni d'autres manifestations cliniques liées à une sécrétion hormonale éventuelle. Le toucher rectal a permis

de mettre en évidence la tumeur rectale dans 3 cas. L'examen endoscopique réalisé pour les quatre malades ayant une tumeur rectale a permis de visualiser la tumeur dans trois cas pour lesquels la tumeur était située à 2, 6 et 8 cm de la marge anale. La tumeur était ulcérobourgeonnante dans deux cas et bourgeonnante et infiltrante dans un cas. L'exploration du reste du colon ne trouvait pas d'autre lésion associée. Pour le quatrième patient, l'examen endoscopique était gêné par l'abondance des rectorragies. Sur le plan biologique, les marqueurs tumoraux : alpha foetoprotéine (AFP) ; CA19-9 ; et antigène carcinoembryonnaire (ACE) étaient normaux. Macroscopiquement, la tumeur était ulcérobourgeonnante dans 3 cas, en virole dans 3 cas, bourgeonnante dans un cas et polypoïde à surface végétante dans un cas. La taille de la tumeur variait de 2,3 à 11 cm de grand axe avec une taille moyenne globale de 6 cm (taille moyenne : 7,25 cm pour les tumeurs rectales et 4,7 cm pour les tumeurs coliques). Les données anatomopathologiques et immunohistochimiques ont été résumées dans le tableau 1. Le diagnostic histologique des TE reposait sur un morphotype endocrine caractérisé par un stroma limité à de fins capillaires sanguins, un agencement cellulaire organoïde (amas, îlots, acini) et un aspect monomorphe des cellules. Ces tumeurs endocrines étaient répertoriées selon la classification de l'OMS 2000 : 3 cas de carcinome endocrine bien différencié : CEBD (figure 1), 3 cas de carcinome endocrine peu différencié : CEPD (dont deux de type à grandes cellules et un de type à petites cellules) (figure 2) et 2 cas de tumeur endocrine mixte : TEM (associant une composante endocrine bien différenciée et une composante «Lieberkuhnienne») (figure 3). L'index mitotique variait de 3 à 27 mitoses/ 2mm² ; la nécrose était focale dans les 3 cas de CEBD et plus importante dans 2 cas de CEPD. Un adénome était associé à la tumeur endocrine dans deux cas, dont un était tubulovilleux et l'autre tubuleux.

Figure 1 : CEBD : a : Prolifération de cellules tumorales monomorphes agencées en acini (HEx400). b : Infiltration de la musculature (♦) (HEx100). c : Engainement d'un filet nerveux (★) (HEx200). d : angioinvasion (HEx200).

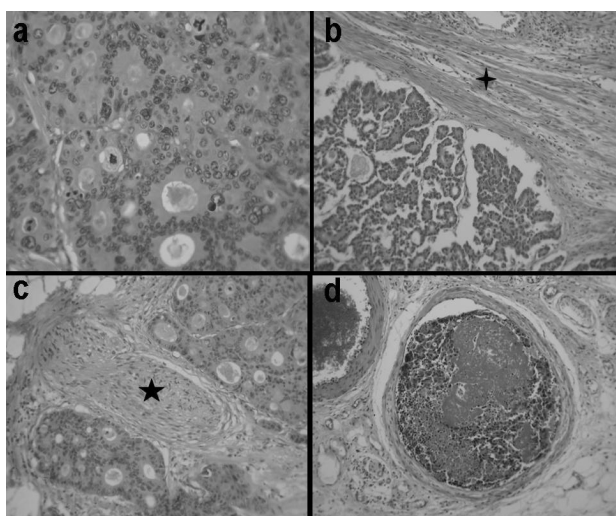


Figure 2 : CEPD : a : CPC : Prolifération en nappe de petites cellules rondes (HEx400). b : CEGC : Prolifération de grandes cellules nucléolées avec nombreuses mitoses (HEx400).

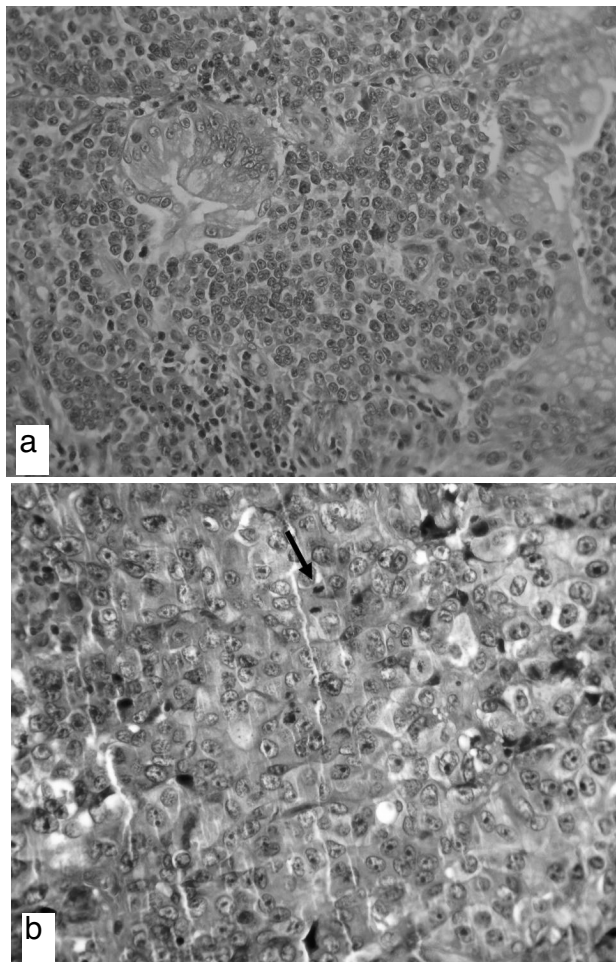
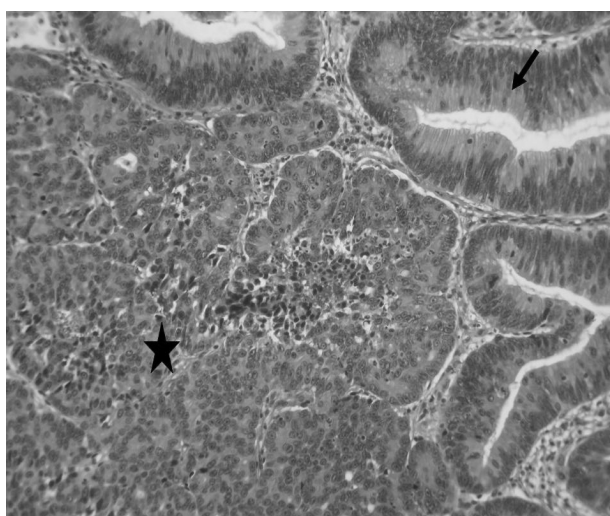
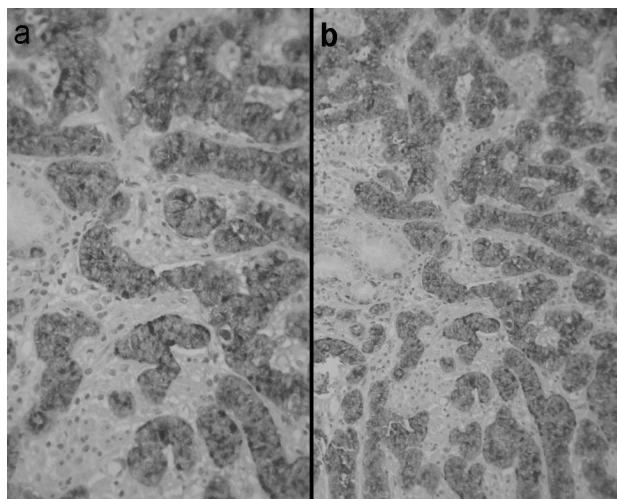


Figure 3 : CEM : Prolifération de deux composantes tumorales contiguës : endocrine (★) et «Lieberkuhnienne» (→) (HEx200).



A l'étude immunohistochimique, toutes ces tumeurs étaient caractérisées par un phénotype commun avec une expression de la chromogranine A (8 cas), de la synaptophysine (8 cas) (fig.4) et de la NSE (7 cas). Cet immunomarquage était faible et focal dans les CEPD. Au terme du bilan d'extension (radiographie du thorax, échographie et scanner abdominopelvien), 3 malades avaient une extension locorégionale (fosse ischio-pubienne, paroi pelvienne et rein) et 3 autres patients avaient des métastases hépatiques au moment du diagnostic (observations 2, 3 et 5).

Figure 4 : CEBD : Immunomarquage diffus et intense pour la chromogranine A (a) et la synaptophysine (b) (x200).



Six malades ont été opérés: l'acte chirurgical avait consisté en une colectomie segmentaire dans 3 cas, une hémicolectomie gauche et une hémicolectomie droite dans un cas chacun. Le geste opératoire était palliatif à type de colostomie chez un patient (observation 6) vu que la tumeur était abcédée. Concernant les deux patients non opérés, un était décédé avant l'acte opératoire dans un contexte d'altération de l'état général; l'autre malade avait refusé la chirurgie. Trois patients ont reçu une chimiothérapie adjuvante (observations 4, 5 et 7):

- 6 cures de 5 Fluoro-uracyl : 500 mg/j visant la composante non endocrine dans un cas de TEM métastatique du sigmoïde (cas n°4)

- 4 cures de chimiothérapie palliative : Etoposide : 100mg/m² et Cisplatine : 100mg/m² dans un cas de CEPD métastatique du rectum (cas n° 5)

- 6 cures de 5 Fluoro-uracyl : 400 mg/m²/j et Streptozotocine : 500 mg/m²/j dans un cas de CEBD du colon gauche dont l'exérèse était incomplète (cas n°7). Un patient était décédé avant tout traitement, suite à un choc septique secondaire à une infection bronchopulmonaire. Deux patients étaient décédés en post opératoire, suite à une défaillance poly viscérale dans un cas et suite à un choc septique dans l'autre cas. Quatre patients uniquement ont pu être suivis avec un recul moyen de 32 mois (extrêmes de 1 et 69 mois). Parmi ces 4 patients, un était décédé un mois après le diagnostic suite à une défaillance hépatique ; un patient avait développé des métastases hépatiques après un recul de 27 mois soit 20 mois après l'arrêt de la chimiothérapie (cas n° 4). Un autre avait développé une métastase au niveau du cuir chevelu après un recul de 8 mois; ce patient avait refusé le

Tableau 1 : Données anatomopathologiques et immunohistochimiques

Cas	Macroscopie			Histologie							Immunohistochimie							
N°	Taille	Aspect	Archit	IM	Atypies	AI	EN	N	L	Dc	Chromo	Synapto	NSE	PS100	EMA	Cytok	ACE	
	(cm)								associée									
1	4	Bourgeonnante	Diffuse	22	Marquées	-	-	-	-	CEGC	+	+	+	+	+	-	-	
2	9	Polypoïde	Acini	3	Modérées	+	-	+	-	CEBD	++	++	-	-	-	+	+	
3	11	Ulcéro- bourgeonnante	Acini, Travées, Tubes	25	Modérées	+	-	+	Adénome	TEM	++	++	+	NF	NF	NF	+	
4	2,3	En virole	Amas, Ilots, Acini	3	légères	-	+	-	-	TEM	++	++	+	+	+	+	+	
5	3	En virole	Diffuse, Massifs,	21	Modérées	-	-	+	-	CPC	+	+	++	+	+	+		
6	11	En virole	Massifs	20	Marquées	-	-	+	Adénome	CEGC	+	+	+	+	+	+	+	
7	3,5	Ulcéro- bourgeonnante	Insulaire, Acini	7	Modérées	-	+	-	-	CEBD	++	+	+	-	-	+	+	
8	4	Ulcéro- bourgeonnante	Acini, Cordon, Amas	27	Modérées	-	-	+	-	CEBD	++	++	++	+	-	+	+	

Arch Préd : architecture prédominante ; IM : index mitotique ; AI : angioinvasion ; EN : engainement nerveux ; N : nécrose ; L associée : lésion associée ; Dc : diagnostic ; CPC : carcinome endocrine à petites cellules ; CEGC : carcinome endocrine à grandes cellules ; CEBD : carcinome endocrine bien différencié ; TEM : tumeur endocrine mixte ; Chromo : chromogranine ; Synato : synaptophysine ; NSE : neuron specific enolase ; PS100 : protéine S 100 ; EMA : antigène de la membrane épithéliale ; ACE : antigène carcinome embryonnaire, NF : non fait ; + : positivité modérée ; ++ : positivité intense.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des 8 cas de tumeurs endocrines colorectales

Cas N°	Age	Sexe	Siège	Délai diagnostique	Clinique	Endoscopie	Bilan d'extension	Traitement	Evolution	Recul
1	76	M	Rectum	4 mois	Rectorragie ; syndrome rectal ; AEG ; TR : tumeur bourgeonnante à 2 cm de la MA	Génée par l'hémorragie	Négatif	-	Décès (J4)	-
2	44	F	Sigmoïde	6 mois	Dianhée ; douleur abd ; amaigrissement ; fièvre ; masse abd ; HMG ; ascite	*	M+ Hépatique	Résection sigmoïdienne	Décès (J7)	-
3	37	M	Rectum	45 jours	Dianhée ; douleur abd ; AEG ; ictère ; TR : normal	Tumeur ulcéro- bourgeonnante	M+ Hépatique	Résection recto-colique de propreté	Décès (1 mois)	1 mois
4	49	M	Sigmoïde	3 mois	Syndrôme occlusif ; rectorragie ; AEG	*	Négatif	Résection sigmoïdienne + chimiothérapie (5-FU)	M+ Hépatique (27 mois) Décès (40 mois)	40 mois
5	63	M	Rectum	3 mois	Rectorragie ; constipation ; amaigrissement ; HMG ; TR : Tumeur bourgeonnante	Tumeur bourgeonnante à 6cm de la MA	M+ Hépatique	Chirurgie refusée ; chimiothérapie (Etoposide- Cisplatyl)	M+ Cuir chevelu (8 mois)	17 mois
6	19	F	Rectum	3 mois	Rectorragie ; diarrhée ; douleur abd ; AEG ; fièvre ; TR : Tumeur bourgeonnante	Tumeur ulcéro- bourgeonnante	Négatif	Colostomie transverse D	Décès (J4)	-
7	65	F	Colon gauche	4 mois	Douleur lombaire ; sensibilité et empechement du flanc gauche	*	Négatif	HCG avec résection du FA du rein + chimiothérapie (SPZ +5- FU)	Récidive Rénale (19 mois)	69 mois
8	65	M	Coecum	2 jours	Fièvre ; douleur FID ; vomissement ; masse de la FID	*	Négatif	HCD	Perdu de vue	-

traitement au moment du diagnostic (cas n° 5) ; un patient avait développé une récurrence au niveau du rein après un recul de 19 mois soit une année après l'arrêt de la chimiothérapie (cas n° 7) ; un seul patient était perdu de vue après la chirurgie (tableau 2).

Conclusion

L'anatomopathologiste doit reconnaître une tumeur endocrine colorectale sur la base des données morphologiques, la classer et fournir l'ensemble des données macroscopiques, histologiques et immunohistochimiques indispensables pour l'évaluation du pronostic et pour la prise en charge thérapeutique. Les tumeurs endocrines du colon et du rectum sont rares et semblent avoir un pronostic plus péjoratif par rapport aux tumeurs endocrines des autres localisations. Leur traitement de choix est avant tout chirurgical.

Références

1. Philippe R, Dermot O'toole. Spectre clinique des tumeurs neuro-endocrines digestives. Rev Prat 2002 ; 52 : 262-67.

2. Votte. A, Catton. D, Dupas. J.L. Traitement des tumeurs carcinoïdes du tube digestif. Gastroentérol Clin Biol 1995 ; 19 : 1031-042.
3. Madeira I, Ruzsniwski P. Tumeurs carcinoïdes digestives : Mise au point sur le traitement. Rev Med interne 1999 ; 20 : 421-6.
4. Benchiomal. D, Rahili. A. « Tumeurs du colon et du rectum ». Rev prat 2002 ; 52: 1105-114.
5. Geoffrey TB, Jon A, Heerden MB. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract: Presentation, management, and prognosis. Surgery 1985; 98: 1054-1063.
6. Solcia E, Klöppel G, Sobin LH. Histological typing of endocrine tumors. In: World Health Organisation. international histological classification of tumors. 2nd edition. Berlin: Springer; 2000 : 61-67.

Lobna Ayadi¹, Sameh Ellouze¹, Chiraz Chaari¹, Abid Mohamed², Rim Kallel¹, Abdelmajid Khabir¹, Saloua Makni¹, Mohamed Issam Beyrouti², Tahya Sellami-Boudawara¹

1- Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques. CHU Habib Bourguiba. Sfax- Tunisie.

2- Service de Chirurgie Générale CHU Habib Bourguiba. Sfax - Tunisie. Université de Sfax