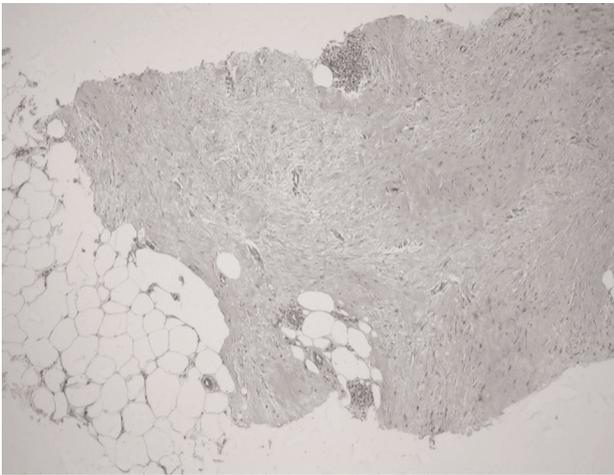
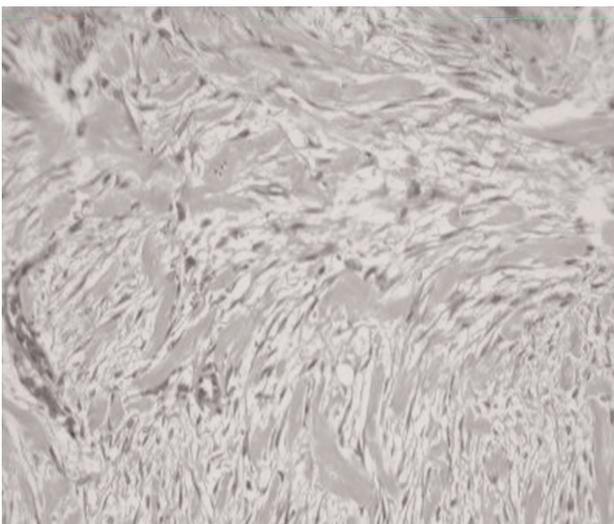


aucune anomalie décelable et il n'a pas été noté d'adénopathies axillaires. La cytoponction de cette masse par aspiration était négative. Les micro-biopsies avaient permis de ramener 4 cylindres biopsiques mesurant de 3 à 11 mm de long. L'analyse histologique avait montré la présence d'une prolifération tumorale conjonctive mal limitée et infiltrant le tissu adipeux adjacent (Figure 2). La tumeur était agencée en faisceaux longs séparés par un tissu collagène d'abondance variée. Les cellules tumorales étaient fusiformes, munies de noyaux légèrement atypiques sans activité mitotique (Figure 3). En immunohistochimie, elles exprimaient la vimentine et l'actine musculaire lisse et étaient négatives avec la cytokératine et la desmine.

**Figure 2 :** Lésion mal limitée riche en collagène (Hématoxyline Eosine x 200)



**Figure 1 :** Faisceaux de cellules fusiformes légèrement atypiques séparés par un tissu collagène (HE x 400)



Ces aspects morphologiques et immuno-histochimiques étaient compatibles avec le diagnostic d'une fibromatose. Une exérèse complète de la lésion par tumorectomie a été réalisée. La pièce opératoire mesurait 5x3x2 cm. A la coupe, la tumeur était grisâtre, ferme et mal limitée. Après analyse microscopique, le diagnostic de fibromatose a été confirmé et les limites d'exérèse étaient saines. Le patient ne présentait aucune autre localisation de fibromatose.

Après 10 mois de recul, ce patient est en rémission complète.

### Conclusion

Le diagnostic de la fibromatose mammaire se fait à l'examen histologique. L'exérèse chirurgicale avec des marges saines constitue son traitement de choix pour éviter les récurrences de cette lésion localement agressive.

### Références

- 1) Croce S, Letourneux C, Dale G, Mathelin C. La fibromatose mammaire : une lésion bénigne peu connue. *Gynecol Obstet et Fertil* 2009; 37: 442-46.
- 2) Meshikhes A, Butt S, Al-Jarouf A, Al-Saeed J. Fibromatosis of the male breast. *Breast J* 2005; 11: 56-7.
- 3) Burrell HC, Sibbering D, Wilson A. Case report: Fibromatosis of the breast in a male patient. *Br J Radiol* 1995; 68: 1128-9.
- 4) Ormàndi K, Lázár G, Toszegi A, Palko A. Extra-abdominal desmoid mimicking male breast tumor. *Eur Radiol* 1999; 9: 1120-22.
- 5) Smarrito S, Salmon R. Tumeur desmoïde du sein chez l'homme dans le cadre d'un syndrome de Gardner. A propos d'un cas. *Ann Chir* 2005; 130: 40-3.

*Dhouha Bacha (1), Aïda Ayadi-Kaddour (1), Saadia Kchaou (2), Mounira Chaabène (2), Faouzi El Mezni (1)*

*1- Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Abderrahmen Mami – 2080 Ariana, Tunisie*

*2- Service de Radiologie – Hôpital Mahmoud El Matri – 2080 Ariana, Tunisie Université Tunis El Manar*

## Manifestations respiratoires inhabituelles révélatrices d'une polychondrite Chronique atrophiante

La Polychondrite Chronique Atrophiante (PCA) est une maladie systémique rare mais grave.

Cette maladie d'origine auto-immune est caractérisée par une dégénérescence fibreuse des cartilages. Elle se traduit par des épisodes récidivants d'inflammation cartilagineuse intéressant principalement le nez, les oreilles et l'arbre trachéo-bronchique. Son pronostic est conditionné par l'atteinte trachéo-bronchique dont le traitement est décevant et l'évolution souvent fatale (1). Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 50 ans, porteuse d'une PCA dont les manifestations respiratoires inaugurales inhabituelles ont été la cause d'une errance diagnostique.

**Observation**

Madame Z.T âgée de 50 ans, non tabagique, a été admise pour exploration d'une dyspnée chronique associée à des hémoptysies de faible abondance. Dans ses antécédents, on notait des épisodes d'épistaxis récidivants pour lesquels des biopsies nasales pratiquées étaient en faveur d'une syphilis tertiaire. Sa symptomatologie remontait à 10 ans, marquée par l'installation d'une dyspnée paroxystique faisant évoquer le diagnostic d'asthme tardif et nécessitant sa mise sous corticothérapie par voie orale. Un an avant son admission, la patiente a présenté des crachats hémoptoïques associés à l'expulsion de formations charnues faisant 2 à 3 cm de diamètre et survenant à raison de 2 à 3 fois par mois. L'examen à l'admission montrait un affaissement de la base du nez réalisant un aspect en «anse de seau» (figure 1).

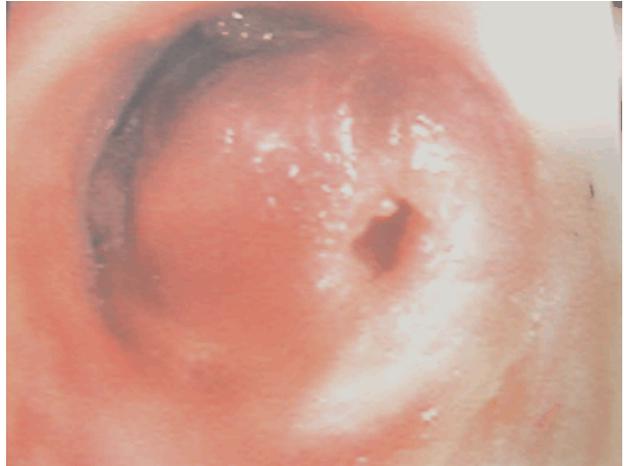
**Figure 1 :** Affaissement de la pyramide basale en anse de seau



L'examen des téguments montrait des lésions d'onyxis au niveau des ongles. On notait un wheezing et une raucité de la voix. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. La fibroscopie bronchique retrouvait dès l'entrée de la trachée une formation charnue, mobile avec la respiration, réduisant son calibre d'environ 50% (figure 2). Une tentative de biopsie de cette formation charnue a été suivie de l'expulsion de celle-ci. L'examen anatomopathologique de cette formation a montré qu'il s'agissait d'une masse polypoïde, bosselée, de consistance élastique, mesurant 3cm de grand axe. Elle était revêtue d'un épithélium malpighien. Sa lumière renfermait du mucus, des polynucléaires neutrophiles et des amas basophiles réalisant un aspect de kystes d'inclusion épithéliale. L'examen ORL a mis en évidence une importante destruction de l'ossature ostéocartilagineuse du nez entraînant un affaissement de la pointe du nez avec réduction du calibre des deux narines. La TDM du massif facial notait une lyse de l'ensemble des structures osseuses naso-sinusiennes réalisant une large cavité à

parois épaissies calcifiées au niveau du sinus maxillaire gauche.

**Figure 2 :** Endoscopie bronchique : formation charnue réduisant le calibre de la trachée de 50%



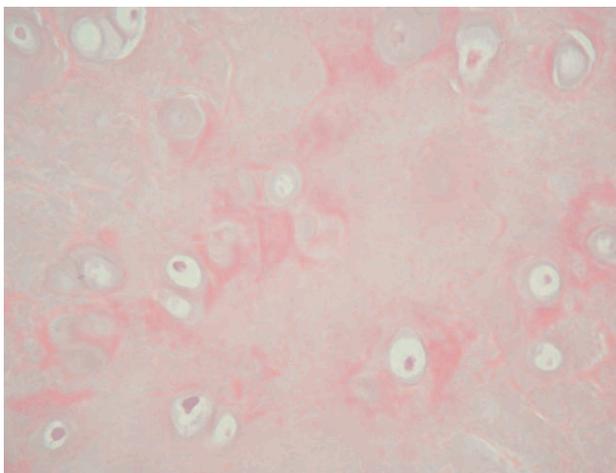
Devant l'absence d'étiologie précise la patiente a été mise sous corticothérapie par voie orale à la dose de 0,75mg/Kg/j. L'évolution était marquée par la persistance de l'expulsion des formations charnues à raison d'une fois par semaine avec aggravation progressive des manifestations respiratoires avec des épisodes d'accidents ischémiques transitoires accompagnés des troubles de la déglutition. Deux ans plus tard, la patiente a été hospitalisée une nouvelle fois pour otalgies gauches ainsi que des arthralgies diffuses et migratrices d'installation récente. L'examen a retrouvé une raucité de la voix, une haleine fétide et une paralysie faciale gauche. L'examen des oreilles a mis en évidence une tuméfaction ronde au niveau des oreilles respectant le lobule (Figure 3). Devant ces atteintes du nez, des oreilles et de l'arbre trachéo-bronchique des biopsies ont été

**Figure 3 :** Tuméfaction ronde au niveau des oreilles



réalisées au niveau du cartilage nasal et auriculaire. L'examen anatomopathologique a retrouvé des chondrocytes ayant subi une liquéfaction ne laissant persister que des fantômes de contours cellulaires et nucléaires. Cette liquéfaction donnait naissance à des plages bleutées d'allure dégénérative avec des contours en carte de géographie. La substance fondamentale subissait également des phénomènes dégénératifs. Ces aspects permettaient de confirmer le diagnostic de PCA (Figure 4). Dans le cadre du bilan de la maladie, l'échographie cardiaque a retrouvé une insuffisance aortique modérée. L'examen ophtalmologique notait une cataracte sénile. La corticothérapie a été maintenue à la dose de 0,5 mg/Kg/jour. Après sa sortie, la patiente a été revue régulièrement à la consultation où l'on note une dégradation progressive de son état respiratoire. La patiente est décédée un an plus tard dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue.

**Figure 4 :** Aspect anatomopathologique : chondrocytes ayant subi une liquéfaction ne laissant persister que des fantômes de contours cellulaires et nucléaires.



### Conclusion

La PCA est une maladie systémique rare et grave dont le diagnostic est souvent tardif du fait de la rareté de cette entité. Ses manifestations cliniques polymorphes et caractéristiques doivent toutefois faire évoquer le diagnostic. Actuellement, il n'existe pas de traitement efficace et son pronostic est mauvais conditionné essentiellement par l'atteinte respiratoire.

### Références

- 1 -Tellou S, Soualhi M, Benamor J, Elftouh M, Mouline S, Fassy-Fihry M T. Manifestations respiratoires de la polychondrite atrophiant à propos d'un cas. Rev Pneumol Clin 2005; 61: 382-86.

**Nadia Mehiri<sup>1</sup>, Jouda Chérif<sup>1</sup>, Saoussen Yaacoub<sup>1</sup>, Nidham Kchir<sup>2</sup>, Emna Menif<sup>3</sup>, Béchir Louzir<sup>1</sup>, Jalloul daghfous<sup>1</sup>, Majed béji<sup>1</sup>**

1- Service de Pneumo-Allergologie- Hôpital La Rabta

2- Service d'Anatomie pathologique- Hôpital La Rabta

3- Service de Radiologie- Hôpital La Rabta

Université Tunis El Manar

## A primary hydatid cyst of the gluteal muscle

Hydatid disease is a common disease in Tunisia and remains an real public health problem(1). The surgical incidence in 1992 was 15.1/100.000 inhabitants/year (2). It is caused by the larval stage of *Echinococcus granulosus*. The liver and lungs are the most frequently involved organs (3). Although any organ in the body may be involved, the muscular localization of the hydatid cyst is uncommon (0.5 to 5.4%) (4-6).

A case of primary hydatid cyst of the gluteal muscle is reported, calling attention to this atypical localization of the disease, which should be taken into account in the practice of surgery.

### Case Report

A 59-year-old woman of rural origin with free medical history was admitted in the general surgical unit complaining of a soft tissue swelling of the left buttock which started two years ago. Physical examination founded two soft and painless masses respectively measuring 8 and 10 cm in diameter. These masses were in the superior and external buttock's quadrant. Plain radiographs were normal. Ultrasound showed two typical multivesicular hydatid cysts deep in the gluteal muscles (Figure 1).

**Figure 1 :** Ultrasound showing the hydatid cyst in the left buttock. Note the typical multivesicularsonographic pattern type III. (Round lesions corresponding to the daughter cyst)



We did not found any visceral organ involvement on chest radiography or abdominal ultrasonography. On operation, three hydatid cysts of the gluteal muscles were found (figures 2, 3). Two of them were totally excised. The third cyst was deeper, in the medium gluteal muscle (it was not seen at the ultrasound examination). It was treated by unroofing. Its contents: the hydatid membrane and several daughter cysts were removed (Figure 4). Afterwards, the operative field was washed with the hypertonic 30 % saline solution and drainage of the cavity was performed. Postoperative course was uneventful. Three years later, there was no recurrence.