

References

1. Hahn JS, Lee S, Chong SY, Min YH, Ko YW. Eight-year experience of malignant lymphoma-survival and prognostic factors. *Yonsei Med J* 1997; 38: 270-84.
2. Ahmann DL, Kiely JM, Harrison EG Jr, et al. Malignant lymphoma of the spleen. A review of 49 cases in which the diagnosis was made at splenectomy. *Cancer* 1966;19: 461-9
3. Dachman AH: Lymphoma and primary splenic neoplasms. In: Dachman AH, Friedman A (eds): *Radiology of the Spleen*. St. Louis, MO, Mosby-Year Book, 1993:94-137
4. Kraemer BB, Osborne BM, Butler JJ. Primary splenic presentation of malignant lymphoma and related disorders. A study of 49 cases. *Cancer* 1984; 54: 1606-19
5. DasGupta T, Coombes B, Brasfield RD. Primary malignant neoplasms of the spleen. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 120: 947-60.

*Amin Makni**, *Houcine Magherbi**, *Rachid Ksantini**, *Haifa Azzouz ***, *Sofiene Ayadi**, *Mohamed Jouini**, *Montassar Kacem**, *Zoubeir Ben Safta**
Department of General Surgery 'A', La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia
Department of Anatomopathology, La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia
Tunis El Manar University

Pneumopathie bilatérale fébrile excavée : infarctus pulmonaire

La prise en charge diagnostique d'une excavation pulmonaire reste délicate. De nombreuses pathologie peuvent en être responsables tel que le cancer broncho pulmonaire primitif ou secondaire, la tuberculose, le kyste hydatique vomiqué, les vascularites ou un infarctus pulmonaire post embolique (1). Nous rapportons l'observation d'un patient admis dans un tableau qui associe un syndrome infectieux et des opacités pulmonaires excavées et dont le bilan étiologique a révélé des infarctus pulmonaires excavés.

Observation

Monsieur B.L., âgé de 50 ans, non tabagique, a consulté au mois de février 2008 pour une symptomatologie évoluant 15 jours, faite de fièvre, syndrome bronchique et de douleurs basithoraciques gauches. Dans ses antécédents, on note un kyste hydatique du foie opéré en 1998 et un état de mal convulsif traité par Dépakine. Sa sœur est suivie pour une tuberculose pulmonaire évolutive sous traitement. Ce patient était ouvrier dans une entreprise publique d'assainissement des eaux. L'examen clinique trouvait un patient fébrile à 39° C avec un état général altéré. L'examen du thorax avait retrouvé une polypnée à 24 cycles/mn avec un tirage intercostal et des crépitations bilatéraux. Le reste de l'examen clinique était normal. La radiographie du thorax a montré des opacités bilatérales arrondies à paroi épaisse hétérogènes siège d'excavations (figures 1 et 2). La numération de la formule sanguine a montré des leucocytes à 14300 éléments par mm³, avec 80% de polynucléaires neutrophiles. La CRP était à 169 mg/l. Le diagnostic de pneumopathie bactérienne excavée a été retenu. Une antibiothérapie à large spectre associant une céphalosporine de 3^{ème} génération, un aminoside et le

métronidazole a été débutée dans l'attente des analyses bactériologiques. Devant l'âge, les antécédents pathologiques et l'aspect radiologique, plusieurs diagnostics ont été évoqué, telle une pneumopathie d'inhalation, un lâcher de ballon métastatique infecté et nécrosé et une hydatidose pulmonaire multiple compliquée.

Figure 1 : Radiographie du thorax de face : A droite : opacité médio-thoracique à base périphérique hétérogène siège d'une excavation. A gauche : opacités médio-thoracique rondes multi-excavées.



Figure 2 : Radiographie du thorax de profil : Excavation au niveau du segment apical du lobe inférieur gauche.



Les hémocultures étaient négatives ainsi que l'examen cytbactériologique des crachats. La conduite a été de maintenir l'antibiothérapie et de pratiquer un bilan étiologique. La fibroscopie bronchique à la recherche d'un processus

néoplasique endobronchique était normale. L'échographie abdominale à la recherche d'une récurrence hydatique était normale. Le scanner thoraco-abdominal (figures 3 et 4) a objectivé un défaut endoluminal intéressant l'artère lobaire inférieure gauche et ses segmentaires. Il existait des plages de condensations triangulaires à bases périphériques intéressant le lobe supérieur droit et le segment apical du lobe inférieur gauche excavées et nécrosées. Le diagnostic d'embolie pulmonaire compliquée d'infarctus surinfectés a été retenu. L'évolution après 3 semaines d'antibiothérapie et de traitement anticoagulant était favorable avec régression de la symptomatologie clinique et disparition des opacités radiologiques thoraciques.

Figure 3 : Coupe tomодensitométrique thoracique en fenêtre médiastinale : Défaut endoluminal intéressant l'artère lobaire inférieure et ses segmentaires.



Figure 4 : Coupe tomодensitométrique thoracique en fenêtre parenchymateuse : Plages de condensations parenchymateuses triangulaires à base périphérique intéressant le lobe inférieur droit et le segment apical du lobe supérieur gauche (excavées à ce niveau).



Conclusion

De nombreuses pathologies peuvent être responsables d'excavation pulmonaire telle que le cancer broncho-pulmonaire primitif ou secondaire, la tuberculose, le kyste hydatique vomiqué et les vascularites. Les anomalies pleuroparenchymateuses ne possèdent qu'une valeur limitée pour différencier les patients avec embolie de ceux sans EP.

Références

- 1- Cherni N, Jouini S, Labib A, et al. Approche diagnostique des opacités pulmonaires excavées en imagerie. Feuilles de radiologie 2007; 47 : 83-94.

Ouari-Dhahri Besma, Ben Amar Jihen, Ben Saad Soumaya, El Gharbi Leila, Azzabi Saloua, Baccar Mohamed Ali, Aouina Hichem, Bouacha Hend

Service de Pneumologie Allergologie

Centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicolle, 1006 Bab Saadoun, Tunis (Tunisie) - Université Tunis El Manar

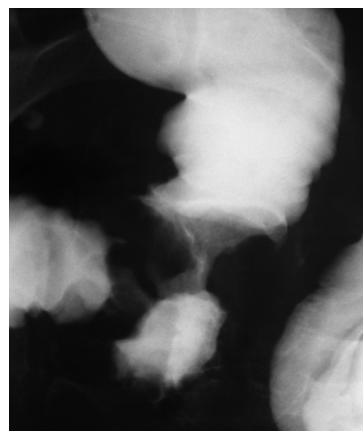
L'adénocarcinome à cellules claires primitif du côlon

L'adénocarcinome à cellules claires (ACC) primitif du côlon est une variante extrêmement rare de l'adénocarcinome colique [1, 2], décrite pour la première fois en 1964 par Hellstrom et Fisher [3]. La plupart des ACC du côlon est représentée par des métastases d'un carcinome à cellules claires du rein ou de l'ovaire [4]. Nous rapportons un cas d'ACC primitif du côlon.

Observation

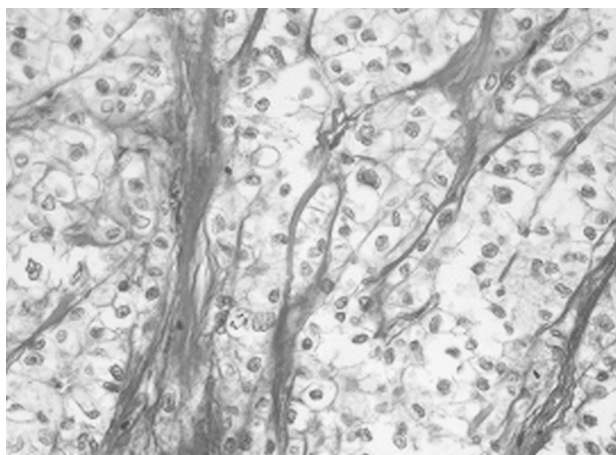
Un homme âgé de 70 ans, opéré pour hémorroïdectomie en 1998, a consulté pour une diarrhée, associée à des rectorragies de faible abondance et des douleurs abdominales, évoluant depuis un mois. L'examen physique révélait une tumeur colique palpable au bout des doigts qui paraissait de mobilité réduite. Le lavement baryté montrait une image de soustraction en trognon de pomme en regard de la charnière recto-sigmoïdienne (Figure 1).

Figure 1 : Lavement Baryté : Image de soustraction en trognon de pomme



Le bilan d'extension objectivait un nodule tissulaire de 40 mm du segment III du foie. Le reste du bilan était négatif en particulier les reins étaient normaux. Une sigmoïdectomie avec une résection du grêle (qui semblait être infiltré en opératoire) et une double stomie ont été réalisées. La pièce de résection du sigmoïde et du grêle mesurait respectivement 22 et 47 cm de long. Le segment grêlique comportait au niveau de son méso un nodule tumoral de 6cm de grand axe. A l'ouverture de la pièce de sigmoïdectomie on notait la présence d'une tumeur blanchâtre, de 6 cm, ulcéro-bourgeonnante, circonférentielle, infiltrante et sténosante, située à 3 cm de la limite de résection chirurgicale la plus proche. La dissection du mésocolon a ramené 22 ganglions. La muqueuse grêlique était d'aspect normal. L'examen histologique révélait la présence d'une prolifération carcinomateuse disposée en massifs, amas, cordons et travées cellulaires. La prolifération cellulaires était majoritairement (90%) et uniformément constituée de cellules tumorales de grande taille à cytoplasme abondant clair, montrant des atypies modérées et de nombreuses mitoses anormales (Figure 2).

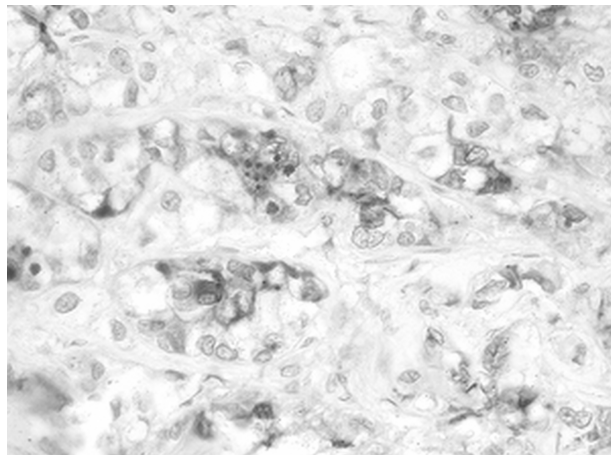
Figure 2 : Adénocarcinome à cellules claires d'architecture solide.



Un faible contingent tumoral (10%) était constitué par un adénocarcinome lieberkhünien moyennement différencié. Le stroma tumoral était fibreux peu abondant riche en vaisseaux à paroi fine. Les cellules tumorales étaient négatives pour la coloration de PAS. Elles étaient positives pour l'ACE (Figure 3), la pan cytokeratine, la cytokeratine 20 (focalement). Elles étaient négatives pour la cytokeratine 7, le PSA, la vimentine, le HMB45, la chromogranine, le CD10 et le ki67. La prolifération tumorale infiltrait tous les plans pariétaux et le mésocolon. Il y avait de nombreux engainements péri-nerveux et embolus vasculaires tumoraux. Les limites circonférentielles étaient tumorales. Cinq ganglions sur 22 étaient envahis par l'ACC. Le méso du grêle était envahi par la composante tumorale majoritaire. La tumeur était classée pT4N2Mx. Le traitement chirurgical était suivi d'une chimiothérapie

palliative. L'évolution, avec un recul de 6 mois, était marquée par l'apparition de multiples nodules hépatiques secondaires et une altération de l'état général.

Figure 3 : Immunomarquage intense pour l'antigène carcino-embryonnaire (ACE).



Conclusion

L'ACC primitif du côlon est une variante histologique rare, qui doit être considérée parmi les diagnostics différentiels d'une métastase d'un carcinome à cellules claires.

Références

- 1- Jewell LD, Barr JR, McCaughey WTE, Nguyen GK, Owen DA. Clear-cell epithelial neoplasms of the large intestine. Arch Pathol Lab Med 1988; 112: 197-9.
- 2- Braumann C, Schwabe M, Ordemann J, Jacobi CA. The clear cell adenocarcinoma of the colon: case report and review of the literature. Int J Colorectal Dis 2004; 19: 264-7.
- 3- Hellstrom HR, Fisher ER. Physaliferous variant of carcinoma of colon. Cancer 1964; 17: 259-63.
- 4- Soga K, Konishi H, Tatsumi N et al. Clear cell adenocarcinoma of the colon: a case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2008; 14: 1137-40.

Samia Hannachi Sassi, Mohamed Moncef Hamdane, Maha Driss, Karima Mrad, Imen Abbas, Naziha Ben Hmida, Dhekra Kacem, Khaled Ben Romdhane
Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques Institut Salah Azaïez, Tunis, Tunisie. Université Tunis El Manar

Annular pancreas in adults

Annular Pancreas (AP) is a congenital abnormality which consists of a ring of pancreatic tissue encircling the descending portion of the duodenum. This malformation once considered rare, has been reported with increasing frequency in the adult population. We report a case of AP mimicking an acute "biliary" pancreatitis.