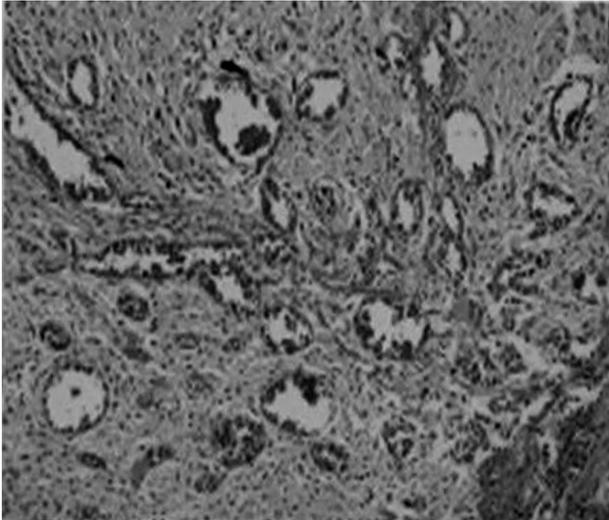
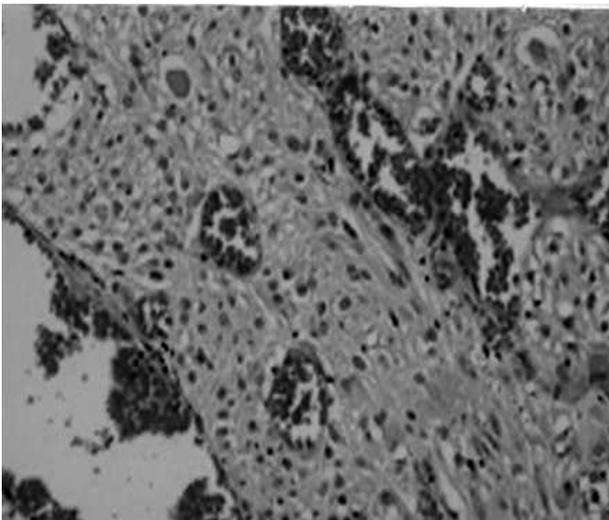


réalisée montrant la positivité intense et diffuse des cellules tumorales aux anticorps anti CD117 (figure 4), anti CD34 et leur négativité aux anticorps anti (muscle lisse, caldesmone, PS100 et facteur VIII). Le diagnostic proposé était celui d'une tumeur stromale jéjunale à stroma richement vasculaire et à faible risque de malignité (Fletcher – 2002). Les suites opératoires étaient simples. Le patient va bien après un recul d'un an.

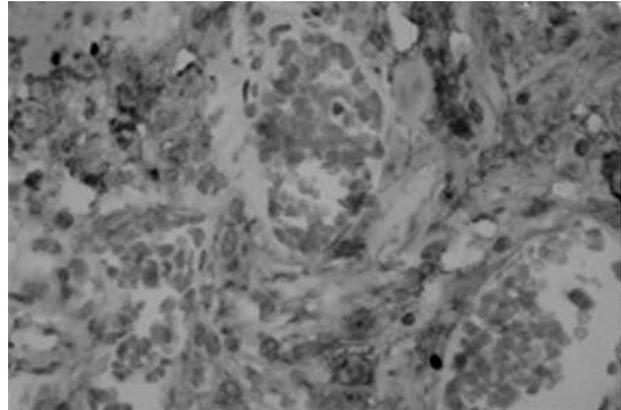
**Figure 2 :** Faisceaux de cellules fusiformes séparées par un riche réseau vasculaire (HE x 250).



**Figure 3 :** Cellules tumorales fusiformes aux noyaux allongés, peu atypiques (HE x 400)



**Figure 4 :** Marquage intense et diffus des cellules tumorales au CD117 (HE x 400).



#### Références

- 1- Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors. Review on morphology, molecular pathology, prognosis and differential diagnosis. Arch Pathol Lab Med 2006; 30:1466-78.
- 2- Solomon J, Basu S, Lawrence RJ. An unusual presentation of a gastrointestinal stromal tumor (GIST). World J Surg Oncol 2007; 5: 78-81.

*Heïfa Azouz<sup>1</sup>, Amina Mekni<sup>2</sup>, Haïfa Nfoussi<sup>1</sup>, Ines Chelly<sup>1</sup>, Haikel Bediouf<sup>1</sup>, Nidhameddine Kchir<sup>1</sup>, Khedija Bellil<sup>1</sup>, Mohamed Jouini<sup>2</sup>, Moncef Zitouna<sup>1</sup>, Slim Haouet<sup>1</sup>*

*1Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques*

*2Service de Chirurgie A*

*Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie*

*Université Tunis El Manar*

#### Aspergillose dans sa forme pseudo-tumorale

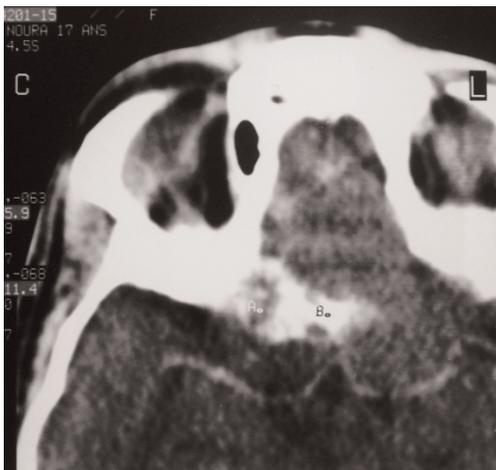
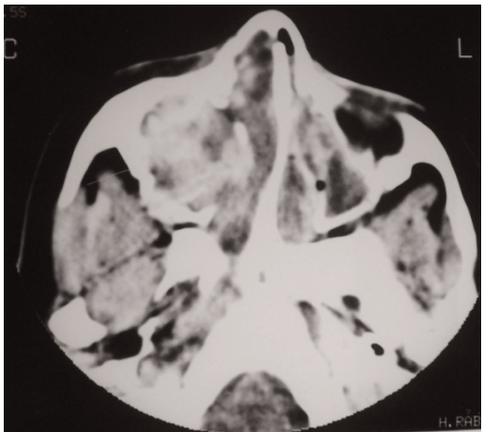
L'aspergillose naso-sinusienne est une affection bénigne, dont l'incidence est en croissance. Plusieurs classifications ont été proposées, mais il semble possible de retenir comme critères de distinction la présence ou non d'une invasion tissulaire par l'aspergillus permettant de séparer les formes invasives et non invasives. La forme invasive comprend la forme invasive fulminante qui survient chez le sujet immunodéprimé et la forme invasive indolente ou pseudo-tumorale du sujet immunocompétent (1). Nous rapportons deux nouvelles observations d'aspergillose naso-sinusienne dans sa forme pseudo-tumorale.

#### Observation 1

Patiente âgée de 17 ans qui a été hospitalisée pour un tableau de pansinusite droite compliquée d'une exophtalmie droite et d'un œdème palpébral. A l'endoscopie nasale, on a noté la présence de formations polypoïdes translucides provenant du méat moyen droit avec la présence d'une déviation de la cloison nasale à gauche obstructive. Un scanner du massif facial à été réalisé en urgence montrant un processus tumoral centré sur les

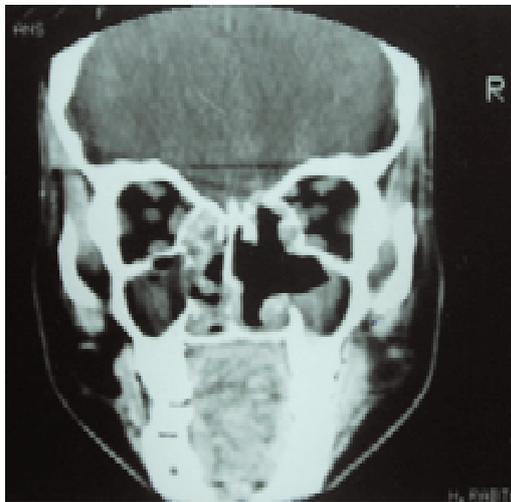
cellules ethmoïdales droites prenant le contraste envahissant la fosse nasale droite, le sinus maxillaire et sphénoïdal homolatéraux avec présence d'une lyse de la paroi interne de l'orbite et d'un envahissement endocrânien (figures 1, 2, 3).

**Figure 1,2 & 3 :** Coupes axiales TDM du massif facial montrant un comblement d'allure tissulaire de la fosse nasale droite, du sinus maxillaire droit et des cellules ethmoïdales avec une lyse de la paroi interne de l'orbite à droite associée à un envahissement endocrânien.



La patiente a été opérée d'une ethmoïdectomie droite associée à une sphénoïdectomie homolatérale et à une septoplastie. En per-opératoire, les sinus étaient le siège de formations polypoïdes et de truffes noirâtres. Des prélèvements à visée mycologique et anatomopathologique ont été effectués. La fosse nasale gauche ainsi que le méat moyen gauche étaient libres. L'examen anatomopathologique a conduit à une aspergillose naso-sinusienne invasive. L'examen mycologique a isolé un *aspergillus flavus*. La patiente a été mise sous amphotéricine B par voie générale à la dose de 1 mg/Kg/ jour pendant 7 jours puis relayé par de l'Itraconazole (Sporamox®) à la dose de 400 mg/ jour durant 6 mois. Un scanner du massif facial de contrôle a été réalisé après 3 mois, objectivant un comblement pansinusien gauche (figure 4). La patiente a été reprise et a eu une ethmoïdectomie associée à une sphénoïdectomie gauche puis elle a été perdue de vue au bout de 6 mois.

**Figure 4 :** Coupe coronale TDM du massif facial montrant un comblement ethmoïdo-maxillaire gauche.

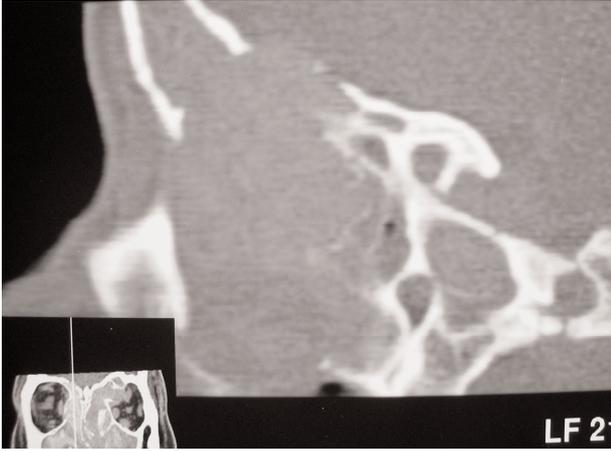


#### Observation 2

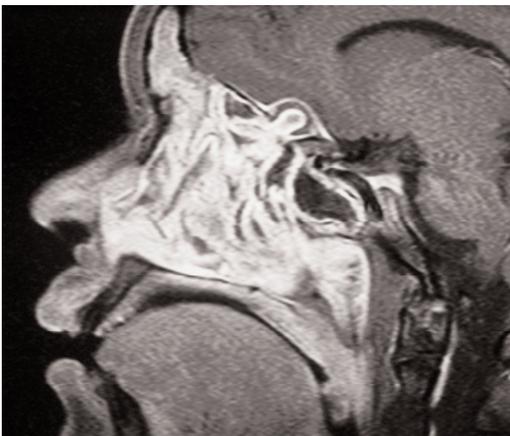
Femme âgée de 27 ans immunocompétente qui a consulté devant une obstruction nasale bilatérale associée à une rhinorrhée purulente et à des céphalées frontales. A l'examen, on a noté la présence d'une exophtalmie bilatérale avec à l'endoscopie, présence de formations polypoïdes translucides comblant les deux fosses nasales. Un examen ophtalmologique spécialisé a été réalisé concluant à une exophtalmie bilatérale réductible, non pulsatile, non douloureuse avec une acuité visuelle conservée. La patiente a bénéficié d'un scanner du massif facial montrant un comblement pansinusien avec des lyses osseuses multiples associée à une extension orbitaire droite et endocrânienne (figure 5). Un complément d'exploration par imagerie par résonance magnétique a été pratiqué concluant à un processus tumoral prenant toutes les cavités naso-sinusiennes avec une extension orbitaire et endocrânienne (figures 6 et 7). La patiente a été opérée d'une voie coronale en collaboration avec les neurochirurgiens. En per opératoire, on a

objectivé une large déhiscence osseuse de l'étage antérieur de la base de crâne avec un os d'aspect grignoté, ostéitique des toits des masses latérales.

**Figure 5 :** Coupe sagittale TDM du massif facial montrant un comblement naso-ethmoïdo-frontal avec extension endocrânienne.



**Figure 6 & 7 :** Coupes coronale (a) et sagittale (b) IRM du massif facial en séquence pondérée T1 après injection de Gadolinium: processus tumoral prenant toutes les cavités nasosinusiennes avec une extension orbitaire et endocrânienne.



Par ailleurs, des truffes noirâtres mêlées à des lésions polypoïdes ont été retrouvées au niveau du sinus frontal et de l'ethmoïde avec extension intracrânienne à travers une déhiscence du toit tout en restant en extradural. Des prélèvements à visée mycologique et anatomopathologique ont été effectués. Un nettoyage rigoureux des lésions a été réalisé et vérifié à l'optique avec reconstruction de l'étage antérieure de la base du crâne par un prélèvement costal. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomopathologique a conclu à une aspergillose naso-sinusienne invasive. L'examen mycologique a isolé un *aspergillus flavus*. Un traitement médical antifongique en complément à la chirurgie a été institué à base d'amphotéricine B à la dose de 1 mg/Kg /jour par voie générale, ce traitement a été arrêté deux mois après devant l'apparition d'une toxicité rénale et remplacé par Variconazole à la dose de 400 mg /jour pendant une année. L'évolution a été favorable avec un nettoyage radiologique complet sur l'examen IRM pratiqué à 1 an de traitement (figures 8 et 9).

**Figure 8 & 9 :** Coupes axiale et coronale IRM du massif facial en séquence pondérée T1 montrant un nettoyage radiologique avec absence de récurrence.



## Conclusion

L'aspergillose invasive dans sa forme pseudo-tumorale reste une pathologie grave en raison de son agressivité locale. Le traitement doit être large et radical. La voie externe est la plus recommandée. Un complément thérapeutique par des antifongiques par voie générale est indispensable. L'évolution est imprévisible et le pronostic dépend essentiellement de la précocité du diagnostic et de la rapidité de prise en charge.

## Références

1. Palacios E, Valvassori G, D'Antonio M. Aggressive invasive fungal sinusitis. *Ear Nose Throat J* 2000; 79: 842.

*Salima Kharrat, Samia Sahtout, Safa Temimi, Inès Dridi, Lamia Amari\*, Taoufik Ben Chaabane\*, Emna Chaker\*, Ghazi Besbes*

*Service ORL. Hôpital la Rabta*

*\*Service des maladies infectieuses. Hôpital la Rabta*

*\*\*Service de mycologie. Hôpital la Rabta. Tunis. Tunisie*

*Université Tunis El Manar*

---

## Bladder carcinosarcoma (sarcomatoid carcinoma)

Carcinosarcoma (CS) is a rare and highly aggressive tumor defined according to the WHO as a biphasic neoplasm exhibiting morphologic and/or immunohistochemical evidence of epithelial and mesenchymal differentiation with or without heterologous components [1]. It is most often described in female genitals. The skin, the gastrointestinal tract, the bile ducts and the respiratory system can also be affected. Involvement of the urinary bladder is uncommon. To our knowledge, about 90 cases were reported in the English language literature [2].

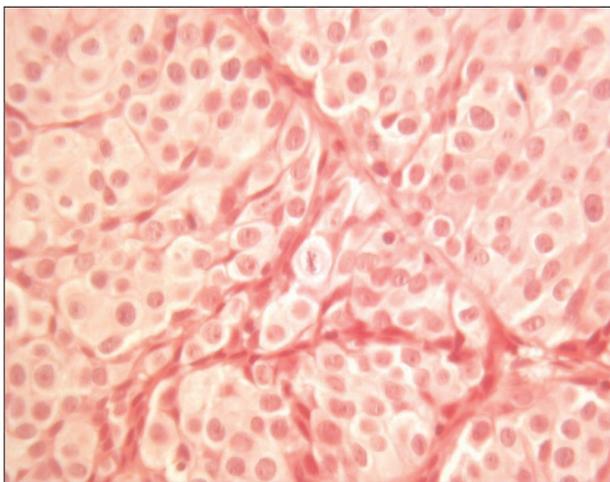
## Case report

An 80 year-old male, with history of superficial bladder urothelial carcinoma (pT1a grade 2) treated with endoscopic resection and BCG-therapy, presented with recurrent hematuria. Cystoscopy revealed multifocal, solid, friable and bleeding tumor. The patient had a second endoscopic resection. Histological examination of the specimen showed a biphasic proliferation characterized by an admixture of two malignant components exhibiting epithelial and mesenchymal differentiation. The epithelial component was made of thick and usually fused papillary structures with obvious variation in architectural and cytologic features. Tumoral cells were large and polygonal with an atypical, hyperchromatic and pleomorphic nuclei. Mitoses were frequent (Figure 1). The sarcomatous component was made of cartilaginous lobules dug by cubicles of varying size. These included one or more atypical chondrocytes (Figure 2).

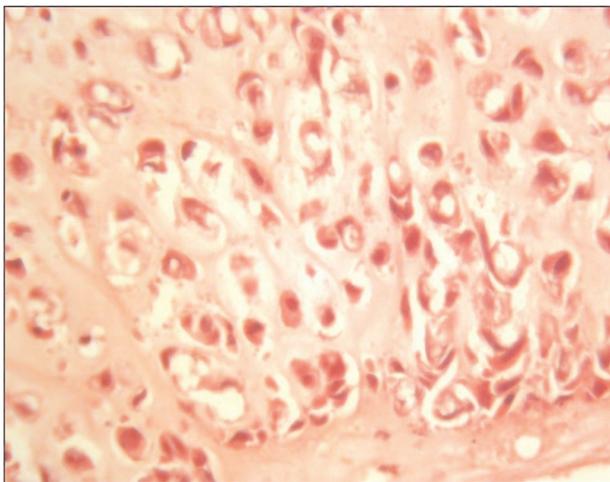
The stroma was abundant and fibrous. The vascular emboli

were frequent. This tumor infiltrates the bladder mucosa without reaching the muscle. The diagnosis of carcinosarcoma of the bladder was made. A radical cysto-prostatectomy was indicated, not accepted by the patient family.

**Figure 1 :** Bladder carcinosarcoma: Epithelial cells with large and atypical nucleus. Note the presence of mitoses. HEx400



**Figure 2 :** Bladder carcinosarcoma: Sarcomatous component made of cartilage lobules. HEx400



## Conclusion

CS of the bladder is a rare and highly aggressive tumor, often discovered at a late stage. The treatment is surgery. The role of adjuvant treatment is not yet established. Molecular studies are needed to understand the mechanisms of carcinogenesis, and therefore to establish an adequate therapeutic strategy.

## References

1. Eble J.N., Sauter G., Epstein J.I., Sesterhnn I.A. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. IARC Press : Lyon 2004