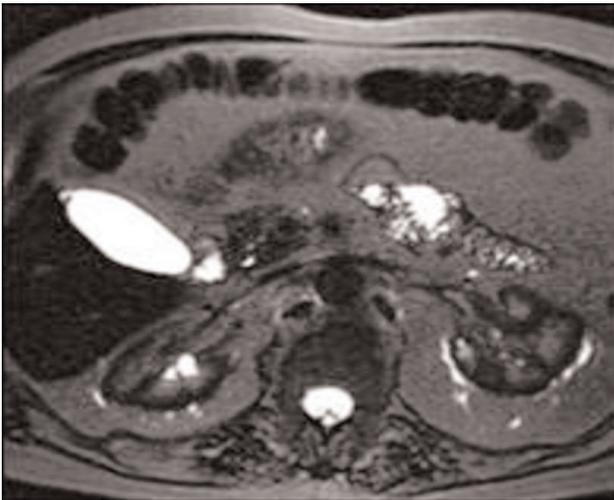


He was commenced on high-dose prednisolone. The dose of prednisolone used was 2 mg/Kg/day for 4 weeks. For the next 8 weeks, the dose was gradually tapered. Evolution was uneventful with regression of jaundice and itching, liver function tests including serum bilirubin and haematological investigations were normal.

Follow-up at 2 months by (US) and magnetic resonance cholangiopancreatography showed the total regression of the mass and intrahepatic and extra hepatic ductal dilatation (figure 5). He was followed up with serial US, and he remains well and disease free 2 years after medical treatment.

**Figure 5 :** Magnetic resonance cholangiopancreatography after 2 months of treatment: Total regression of the mass.



### Conclusion

Unlike adults with a mass in the head of the pancreas, histologic conformation should be obtained before radical surgery in children. It has not been established whether steroid administration accelerates resolution of IPT, but this case would suggest that symptomatic patients with a secure diagnosis of IPT can benefit with steroid administration, and avoids surgery with its associated morbidity.

### References

- 1- Scott L, Blair G, Taylor G, Dimmick J, Fraser G. Inflammatory pseudotumors in children. *J Pediatr Surg* 1988; 23:755-8.

*Nouira Faouzi, Ben Dhaou Mehdi, Sarrai Nadia, Jlidi Said, Chaouachi Beji*  
 Pediatric Surgery Department, Tunis children's hospital, Tunisia  
 Tunis El Manar University

## Léiomyomatose intra vasculaire utérine

La léiomyomatose intra vasculaire (LIV) est une tumeur bénigne rare de l'utérus. Elle survient en général au cours d'une pathologie fibromateuse qu'elle peut parfois révéler par les complications liées à sa prolifération et sa migration. Cette tumeur, pourtant bénigne, a un haut potentiel de développement intra vasculaire et nécessite une prise en charge spécifique et une connaissance approfondie de cette pathologie pour éviter une récurrence.

Nous rapportons une observation de LIV limitée à la sphère gynécologique.

### Observation

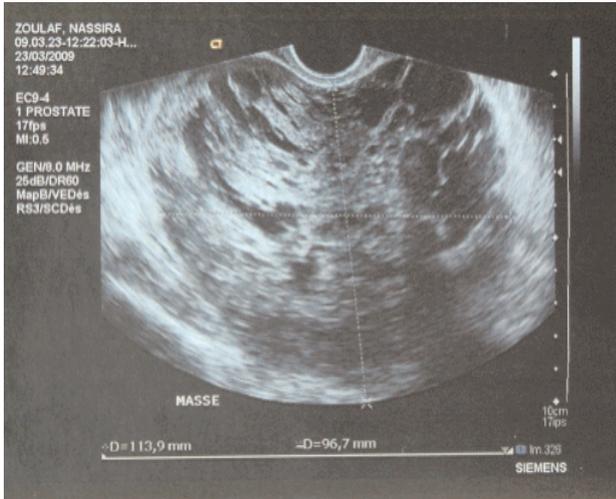
Madame L, âgée de 33 ans, nulligeste, cycle menstruel régulier, sans antécédents particuliers, a été prise en charge dans le service pour une volumineuse masse abdominopelvienne d'apparition récente associée à des dysménorrhées avec douleur pelvienne sans ménorragies ou métrorragies, avec notion de dysurie et constipation. L'examen clinique retrouvait une énorme masse abdominopelvienne, bien limitée, ferme, indolore et atteignant l'ombilic.

Le col était macroscopiquement sain. L'échographie mettait en évidence un utérus de taille et d'échostructure homogène, ligne de vacuité fine et en place avec un petit fibrome isthmique surmonté par une masse pelvienne hétérogène, d'échostructure tissulaire, mesurant 165/120 mm et de siège latéro et rétro utérine droite. Les ovaires non vus, ce qui rendait le diagnostic difficile (figure 1, 2). Le marqueur tumoral CA125 était négatif.

**Figure 1 :** Image échographique montrant l'utérus de taille normale avec la masse en latéro et rétro utérin



**Figure 2 :** Image échographique montrant la masse d'échostructure tissulaire et hétérogène



L'urographie intraveineuse a objectivé un refoulement du bas uretère droit et l'échographie hépatique était normale. L'exploration chirurgicale retrouve un utérus d'aspect normal avec un petit fibrome isthmique donnant naissance a une grosse masse latéro utérine droite, molle, d'aspect mucoïde, mesurant 12 cm de diamètre, envahissant la totalité de la trompe droite ainsi que le ligament large avec un ovaire droit normal et sans ascite. Nous avons réalisé une résection totale de la masse avec myomectomie isthmique (Figure 3, 4, 5). L'analyse anatomopathologique concluait à une léiomyomatose intra vasculaire disséminée sans signe de malignité. A la coupe, l'invasion intra vasculaire était évidente. En microscopie, cette invasion tumorale était composée de cellules musculaires lisses organisées en nodules bien limités, hyalinisés, à développement intra vasculaire (figure 6).

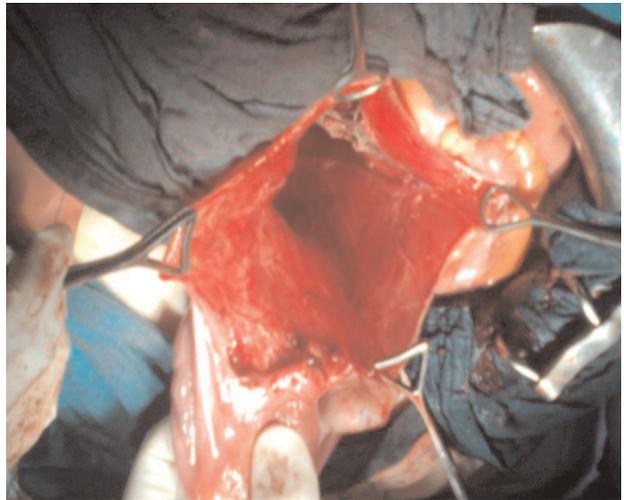
**Figure 3 :** Pièce de résection de la tumeur



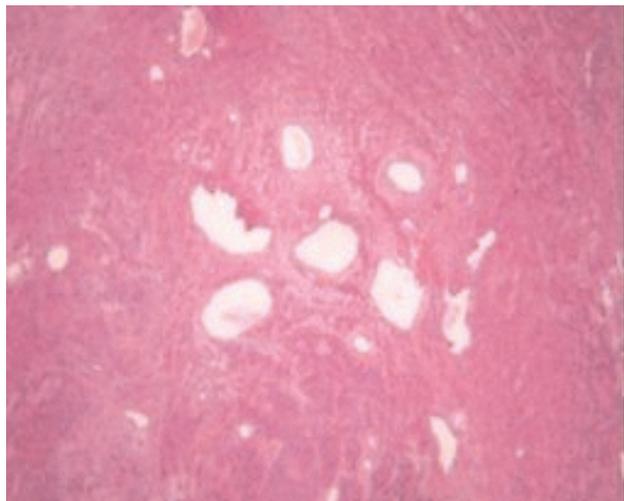
**Figure 4 :** Ouverture de la pièce



**Figure 5 :** Localisation de la tumeur



**Figure 6 :** Cellules musculaires lisses organisées en nodules bien limités, hyalinisés, à développement intra vasculaire



Les axes vasculaires n'ayant pas été explorés, ni lors de l'imagerie préopératoire, ni lors de l'intervention, il était prescrit une imagerie par tomodensitométrie. Celle-ci était faite avec injection de produit de contraste au temps veineux et ne dénotait aucune extension intra luminale veineuse, que ce soit aux niveaux iliaque, ovarien ou cave inférieur. Il n'existait pas de masse résiduelle.

Aucun traitement complémentaire chirurgical ou hormonal n'a été donc proposé, hormis une simple surveillance. Les suites opératoires étaient simples, et un traitement anticoagulant a été prescrit. Une surveillance par échographie doppler des axes veineux iléo caves a été mise en place en raison du risque d'extension vasculaire à long terme. La patiente n'a pas présenté de complications après un recul de deux mois.

### Conclusion

L'absence d'un uniforme diagnostic et la rareté de la maladie, la LIV peut revêtir plusieurs facettes. En général, le diagnostic est histologique. L'imagerie par IRM est nécessaire pour réaliser un bilan d'extension vasculaire. L'exérèse chirurgicale complète s'impose pour éviter tout risque de récurrence. Son hormono-dépendance impose une castration définitive et proscrit tout traitement hormonal substitutif. Un traitement par anti-œstrogènes peut être associé. Un suivi périodique prolongé par imagerie est recommandé afin de dépister d'éventuelles récurrences.

### Références

- [1] Dankoro A, Foucher E, Grossin M, Mandelbrot L. Intravascular leiomyomatosis of the uterus. Two cases and review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33:753-7.

*Leïla Elbaqqali, Soumia Ait laayache, Houda Behraoui, Najia Zerai, Driss Farhati, Aïcha Kharbach*  
Service de Gynécologie Obstétrique, Maternité Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat, MAROC

## Le carcinome à petites cellules primitif de la vessie

Le carcinome à petites cellules de la vessie (CPC) est une entité rare représentant 0.5 à 1% de l'ensemble des tumeurs vésicales [1, 2]. Il s'agit d'une tumeur agressive, découverte souvent à un stade avancé et métastatique justifiant ainsi une prise en charge rapide. Ces tumeurs partagent les mêmes caractéristiques immuno-histochimiques et ultra-structurales avec les autres tumeurs neuroendocrines.

Le rôle de l'anatomopathologiste est primordial. Le diagnostic positif ne sera retenu qu'après avoir éliminé une localisation secondaire et démontrer le caractère neuroendocrine de cette tumeur. L'examen anatomopathologique permet aussi de

dégager les facteurs de pronostic. Nous rapportons deux nouvelles observations de CPC.

### Observation 1

C L... âgé de 51 ans, tabagique à 30 PA, sans antécédents pathologiques notables était hospitalisé au service de chirurgie en septembre 2008 pour occlusion mécanique du grêle pour laquelle il a été opéré le jour même. En per-opératoire, la découverte d'une plicature de la troisième et de l'avant dernière anse intestinale à 40 cm de la valvule iléo-coecale et au contact d'une volumineuse tumeur vésicale avait amené le chirurgien à pratiquer une entérostomie avec mise en place d'un cathéter sus pubien. Le patient était par la suite transféré au service d'urologie pour prise en charge de sa tumeur vésicale. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien pratiqué en post opératoire révélait un processus tissulaire quasi circonférentiel de la paroi vésicale infiltrant la graisse adjacente et le méat urétéral gauche avec urétéro-hydronephrose modérée en amont et infiltration par contiguïté de la paroi abdominale. Par ailleurs, absence de tumeur pulmonaire et de métastases. Devant cette tumeur vésicale infiltrante et localement très avancée, une cystoprostectomie de propreté était indiquée. Le patient était donc réopéré. En per-opératoire, la vessie de très faible capacité était totalement prise par une tumeur solide franchement extra-vésicale. Il existait un plan de clivage par rapport au rectum. Cependant, cette tumeur collait à la symphyse pubienne et latéralement aux muscles. Une cystoprostectomie la plus large possible était pratiquée.

La vessie était complètement occupée par la tumeur avec de larges foyers de nécrose. Cette tumeur infiltrait toute la paroi vésicale ainsi que la graisse péri-vésicale. L'examen histologique montrait une prolifération carcinomateuse largement nécrosée, infiltrant toute la paroi vésicale jusqu'à la graisse péri-vésicale. Elle était agencée en travées et en cordons anastomosés au sein d'un stroma richement vascularisé. Les cellules tumorales étaient de petite taille, à cytoplasme peu abondant, munies de gros noyaux hyper chromatiques, atypiques.

Ces cellules s'organisaient par place en pseudo-rosettes. Une étude immuno-histochimique a été pratiquée aux anticorps suivants : CK, chromogranine, CLA et synaptophysine. Elle montrait que les cellules tumorales étaient CK, chromogranine et synaptophysine positives. Le curage ganglionnaire ilio-obturateur droit et gauche a ramené des ganglions métastatiques. Par ailleurs, le bilan d'extension était négatif. Le diagnostic retenu était celui d'un CPC primitif de la vessie classé T4b N2 M 0. Le diagnostic de carcinome à petites cellules primitif de la vessie a été donc retenu et le patient a été adressé à l'institut Salah Azaiz pour chimiothérapie.

### Observation 2

Patient de 44 ans, tabagique à 50 PA, sans antécédents pathologiques notables, consultait au service d'urologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis en février 2008 pour oligo-anurie, hématurie et douleurs lombaires évoluant depuis 3 mois. L'examen clinique était sans particularité en dehors d'une prostate dure au toucher rectal. Une échographie abdomino-