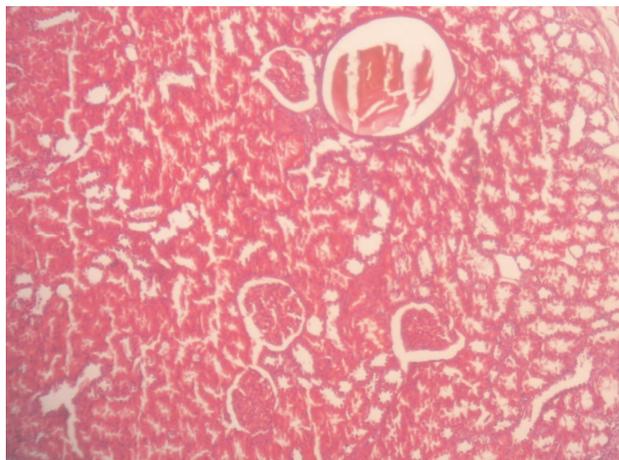


Figure 5 :HEx250: le parenchyme cortical rénal est de morphologie normale



Conclusion

Le papillome inversé du bassinnet est une tumeur rare. Son diagnostic est anatomopathologique. Les explorations radiologiques sont le plus souvent non spécifiques, ne permettant pas toujours d'évoquer le processus tumoral. La controverse de la bénignité des papillomes inversés n'est toujours pas levée. Il faut donc surveiller rigoureusement les patients porteurs de cette lésion afin de détecter précocement un carcinome urothélial associé.

Références

1. PASCHKIS R. Uber adenome der harnblase. Z. Urol. Chir. 1927; 21: 315-25.
2. DEROUICHE A, EL ATTAT R, KOURDA N et al. Le papillome inversé de la vessie : diagnostic et évolution. Prog Urol 2006 ; 16 : 160-62.
3. POTTS I.F., HIRST E. Inverted papilloma of the bladder. J.Urol. 1963; 90: 175-79.

Khiari Ramzi, Ben Ali Moez, Maarouf Jamel, Ghorbel Jilani, Msakni Issam, Bougrine Fathi*, Regaya Neila**, Kouki Sami**, Dridi Mohamed, Ghozzi Samir, Ben Rais Nawfel*

Service d'urologie

*Service d'anatomopathologie**

*Service de radiologie**, Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie*

Université Tunis El Manar

Manifestations cutanées révélatrices d'une leucémie monoblastique

Les localisations cutanées ne sont pas rares dans les leucémies aiguës my loides (LAM) mais sont exceptionnellement révélatrices (1). Elles sont le plus souvent considérées comme de mauvais pronostic. L'existence de localisations cutanées

dans les hémopathies my loides peut exceptionnellement révéler la maladie d'où l'intérêt d'y penser et de réaliser les explorations nécessaires (examen histopathologique, bilan sanguin puis médullaire).

Observation

Patient  g  de 66 ans a été hospitalisé pour fièvre au long cours associée à des nodosités cutanées étendues à tout le corps. Depuis un mois avant son admission, il présentait une éruption cutanée faite de nodosités cutanées étendues à tout le corps d'aggravation progressive associée à des arthralgies des grosses et petites articulations de type inflammatoire et une fièvre non chiffrée. L'examen à l'admission a objectif  des nodosités sous-cutanées érythémateuses, fermes, indolores, non prurigineuses, de tailles différentes et étendues à tout le corps sans adénopathies périphériques ni hépato-splénomégalie (figures 1, 2, 3).

Figure 1 : Lésions nodulaires diffuses à tout le corps



Figure 2 : Lésions nodulaires diffuses à tout le corps



Figure 3 : Lésions nodulaires diffuses à tout le corps

Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 24500/mm³ avec une myélémie à 16%, une anémie normochrome normocytaire à 9.7 g/dl d'Hb et une thrombopénie à 53000/mm³ ; un syndrome inflammatoire biologique avec une VS à 102 la 1ère heure, une CRP à 164 mg/l ; des LDH à 1694 UI/l et un acide urique à 998 μmol/l. La ponction sternale a confirmé le diagnostic d'une leucémie aiguë myélomonocytaire (LAM4). L'examen histologique a permis d'affirmer le caractère hématogène des lésions cutanées. Le patient a été confié au service d'hématologie, mais il est décédé avant le début de la chimiothérapie.

Conclusion

Les manifestations cutanées associées aux hémopathies malignes sont extrêmement diverses. Leur reconnaissance a un double intérêt. D'une part, elles permettent parfois le diagnostic d'une hémopathie méconnue et d'autre part, certaines lésions cutanées peuvent signifier un tournant pronostique de l'hémopathie maligne.

Références

1. Dalle J.-H, Mortier L, Roumier C, et al. Manifestations cutanées révélatrices d'une leucémie monoblastique. Arch Pédiatr 2002 ; 9 : 1046-49.

Besma Ben Dhaou Hmaidj, Fatma Boussema, Lilia Baili, Sonia Ketari, Zohra Aydi, Ouahida Cherif, Lilia Rokbani

*Service de Médecine Interne. Hôpital Habib Thameur, Tunis Tunisie
Université Tunis El Manar*

Association hépatite chronique virale b et cirrhose biliaire primitive

La cirrhose biliaire primitive (CBP) est définie par une cholangite chronique destructive non supprimée du foie, de cause inconnue. C'est une maladie rare, dont la prévalence est inférieure à 1/2000 [1]. La pathogénie de la CBP fait intervenir plusieurs facteurs génétiques et environnementaux, notamment infectieux. Parmi les agents infectieux, une association avec une infection virale a été incriminée dans la genèse des lésions ductulaires. L'association de la CBP à une hépatite chronique virale C a été rapportée dans plusieurs cas cliniques [2, 3]. Cependant l'association avec une hépatite chronique virale B est exceptionnelle [4]. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation

Une patiente âgée de 66 ans, sous AVK pour arythmie complète par fibrillation auriculaire, ayant comme autre antécédent une hypothyroïdie bien compensée sous traitement, a été adressée à notre service pour exploration d'un syndrome d'hypertension portale. En effet, c'est une patiente chez qui une fibroscopie oeso-gastroduodénale faite dans le cadre d'exploration d'épigastalgies a montré des varices œsophagiennes grade II. L'examen clinique était sans particularités. Au bilan hépatique on a objectivé une cytolysé (ASAT : 3.5N, ALAT : 1.8N), une cholestase anictérique (PAL : 327UI/ml (2.18N), GGT : 598UI/ml (19.9N)). A noter que la patiente était totalement asymptomatique, en particulier, elle n'avait pas de prurit. Les sérologies virales par technique ELISA montraient un antigène HBs positif, un antigène HBe négatif, des anticorps anti-HBc et anti-HBe positifs, les anticorps anti VHC étaient négatifs. La charge virale du virus B était 239UI/ml (PCR-Monitor, ROCHE). Le bilan immunologique montrait la positivité des anticorps anti-mitochondries, à 1/1600, de type M2 par immunofluorescence indirecte, les anticorps anti muscle lisse, anti-réticulum endoplasmique et anti-nucléaires étaient négatifs. L'échographie hépatique a montré un foie dysmorphique d'hépatopathie chronique. La ponction biopsie hépatique a conclu à une cirrhose avec activité modérée classée A2F4 selon Métavir, en effet le parenchyme hépatique siège d'une fibrose annulaire circonscrivant des nodules ; la fibrose contient des néocanalicules biliaires et un infiltrat lymphoplasmocytaire grignotant la lame bordante hépatocytaire.

Le diagnostic retenu était celui d'une hépatite chronique B active associée à une cirrhose biliaire primitive au stade de cirrhose. La patiente était mise sous Entécavir (Baraclude®) à la dose de 0.5mg/jour, et sous acide urso-désoxycholique (Ursolvan®) à la dose de 15mg/kg/jour atteinte par paliers progressifs sur 3 mois. L'évolution était favorable avec diminution de la cytolysé et de la cholestase (ASAT : 62UI/ml, ALAT : 40UI/ml, PAL : 130UI/ml, GGT : 40UI/ml, BT : 9g/l), et négativation de la charge virale B à trois mois de traitement puis un après. La patiente était totalement asymptomatique après un