

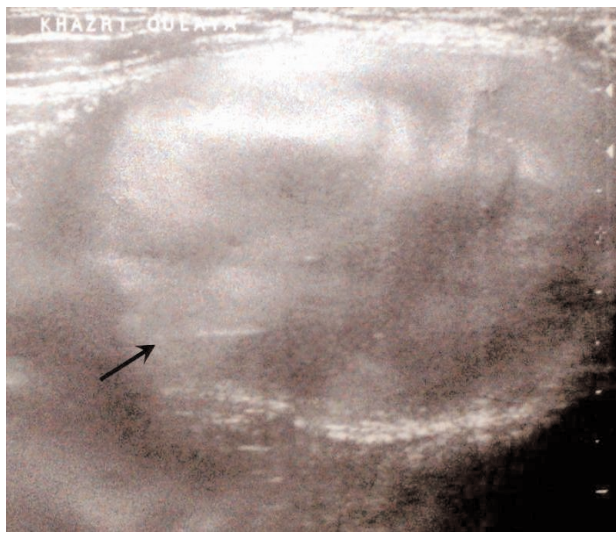
La pathogenèse de ces localisations extra-épidermiques reste encore hypothétique. Dans ces localisations, le principal diagnostic différentiel reste, dans un pays d'endémie comme la Tunisie, le kyste hydatique. Celui-ci, impose outre un bilan de dissémination de la maladie hydatique, des précautions per-opératoires qui visent à prévenir la contamination du champ opératoire.

Nous rapportons une localisation rare du kyste épidermoïde, représentée par la paroi abdominale.

Observation

Madame SR, âgée de 27 ans, sans antécédents pathologiques, était hospitalisée pour une tuméfaction inguinale gauche évoluant depuis une année. L'examen physique révélait la présence d'une masse inguinale gauche, de 5cm de grand axe, oblongue, sans signes inflammatoires en regard, indolore, ferme, non expansive à la toux et mobile par rapport au plan profond et superficiel. L'échographie abdominale objectivait une formation hypoéchogène, non vascularisée au mode doppler couleur, renforçant les échos postérieurs et qui semblait se développer aux dépens de la paroi abdominale antérieure (Figure 1).

Figure 1 : A l'échographie des parties molles : Présence d'une masse kystique uniloculaire.



La tomodensitométrie abdominale et l'imagerie par résonance magnétique (Figure 2) avaient conclu à une masse kystique qui présentait une paroi fine et régulière non rehaussée par le produit de contraste et qui se développait aux dépens du muscle transverse gauche de l'abdomen. Devant la nature kystique de cette masse, l'origine hydatique a été retenue vu que nous sommes dans un pays d'endémie, et ce malgré la négativité de la sérologie hydatique (ELISA) et l'absence d'autres localisations à distance notamment hépatique et pulmonaire. La patiente a été alors opérée par voie élective inguinale gauche. L'exploration chirurgicale trouvait une masse kystique de 5 cm de grand axe, à paroi propre, développée aux dépens du muscle

transverse gauche. Après protection du champ opératoire par des compresses imbibées au sérum salé hypertonique, il a été réalisé une excision totale à kyste fermé associée à une pariétorraphie selon la technique de Mac Vay du fait de la fragilisation du fascia transversalis. A l'ouverture de la pièce (Figure 3), la tumeur était encapsulée, de couleur blanc nacré avec à la coupe un contenu grumeleux blanchâtre. L'examen histologique avait conclu à un kyste épidermoïde devant la présence d'une formation kystique à paroi fine, fibreuse, tapissée par un épithélium malpighien et centrée par des lamelles de kératine. Les suites opératoires étaient simples. Nous avons complété par une coloscopie qui était sans anomalie. La patiente était revue au 10ème mois postopératoire. Elle était asymptomatique et aucune récurrence n'était décelée.

Figure 2 : Coupes axiales en séquences pondérées T1 après injection de produit de contraste (A) et T2 (B). Masse kystique du muscle transverse gauche en hyposignal T1, hypersignal T2, non rehaussée par le produit de contraste, présentant une paroi périphérique en hyposignal T1 et T2 (flèche).

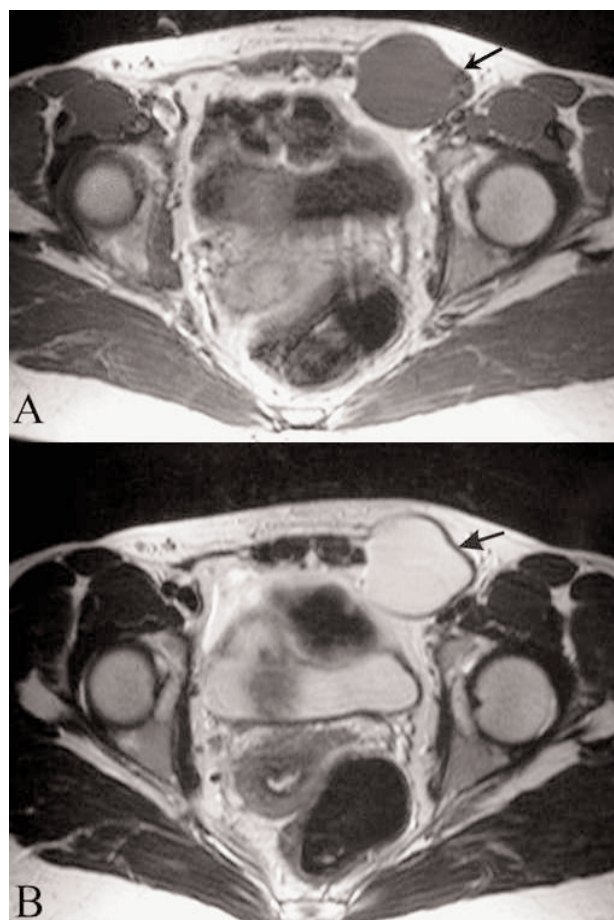
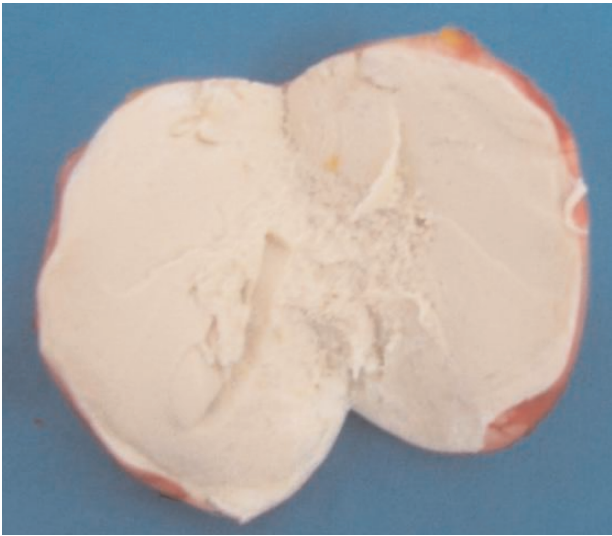


Figure 3 : A la coupe, présence d'un aspect fibreux, blanchâtre de la masse



Conclusion

Le KE de siège extra épidermique est rare et de diagnostic difficile surtout dans des localisations inhabituelles comme celle décrite chez notre patiente. Cette entité doit faire partie désormais du cadre nosologique des tumeurs kystiques de la paroi abdominale. L'IRM représente actuellement l'examen permettant une meilleure approche diagnostique.

Références

- 1- Chiong E, Tan KB, Siew E, Rajwansi A, See H, Esuvaranathan K. Uncommon benign intrascrotal tumors. Ann Acad Med Singapore 2004; 33: 351-5.
- 2- Gelabert-Gonzalez M, Garcia-Allut A, Gonzalez-Garcia J, Martinez-Rumbo R. Epidermoid cyst of the third ventricle. Neurocirugia 2002; 13: 389-92.
- 3- Mady HH, Melhem MF. Epidermoid cyst of the cecum of an elderly man with no previous history of surgery: a case report and review of literature. Int J Colorectal Dis. 2002; 17: 280-3.

Amin Makni, Haykel Bedioui, Wael Rebai, Sofiene Ayadi, Zoubeir Ben Saffa
Service de chirurgie générale A. Hôpital La Rabta, Tunis. Tunisie
Université Tunis-El Manar

Grossesse et accouchement chez une patiente porteuse d'une thrombasthénie de Glanzmann

La thrombasthénie de Glanzmann est une pathologie plaquettaire congénitale, héréditaire à transmission autosomique récessive, en rapport avec un déficit quantitatif ou qualitatif de la glycoprotéine (GP) membranaire GP IIb-IIIa (récepteur membranaire du fibrinogène ainsi que d'autres protéines adhésives), à l'origine d'une diminution de l'agrégation plaquettaire [1]. Il s'agit d'une pathologie rare,

rencontrée dans les populations ayant un fort taux de consanguinité (Afrique du Nord, Jordanie, Israël, Inde) [2]. Elle est à l'origine d'une multitude de signes tels que, le purpura qui apparaît au niveau des zones de pression et de traumatismes mineurs, l'épistaxis qui représente la cause la plus fréquente d'hémorragies sévères, les gingivorragies (autre signe constant) et les ménorragies qui peuvent être assez sévères pour nécessiter des transfusions et notamment lors des ménarches. Ces manifestations hémorragiques sont fréquemment à l'origine d'une anémie [2]. La grossesse et surtout l'accouchement constituent des situations à haut risque hémorragique nécessitant fréquemment le recours à des transfusions souvent jusqu'au 6ème jour après l'accouchement [1]. Nous rapportons une nouvelle observation d'une thrombasthénie de Glanzmann prise en charge pendant la grossesse et l'accouchement.

Observation

Patiente de 32 ans, adressée au service pour le suivi de sa grossesse, connue porteuse d'une thrombasthénie de Glanzmann depuis le jeune âge, née de parents consanguins au 1er degré. Elle a 2 sœurs et 4 cousins paternels ayant la même maladie. Ses antécédents personnels étaient marqués par la survenue d'épisodes hémorragiques ayant nécessité des transfusions sanguines à deux reprises, à 13 ans à l'occasion de ses ménarches puis à 15 ans devant une épistaxis de grande abondance, ainsi que d'ecchymoses survenant au moindre traumatisme. Elle a des cycles menstruels réguliers avec un flux estimé normal par la patiente. Elle a eu une interruption volontaire de grossesse qui s'est déroulé sans incidents. Elle a eu sa 1ère consultation à 22 SA, de multiples ecchymoses cutanées ont été constatées lors de cette première consultation. Elle était du groupe sanguin B Rhésus Positif avec une recherche d'agglutinines irrégulières négatives et une anémie ferriprive et un taux de plaquettes normal. La grossesse s'est déroulée sans incidents majeurs hormis un épisode de gingivorragies à 28 SA et un épisode de métrorragies post coïtales à 33 SA + 2 jours. Une macrosomie fœtale est constatée lors du suivi échographique (Poids Fœtal Estimé à 3,900 Kg à 37 SA + 4 jours). Elle a bénéficié d'une supplémentation en fer amenant le taux d'Hémoglobine avant l'accouchement à 9,8 g/dL. La décision de déclenchement du travail est prise à 38 SA et une réserve de plaquette "CPA" (Concentrés plaquettaires d'aphérèse). Un échec de déclenchement nous a amené à réaliser une césarienne. Celle-ci a été effectuée après la transfusion d'un CPA. La césarienne a été abordée par voie médiane sous ombilicale et s'est déroulée sans incidents. La délivrance a été dirigée et une perfusion d'ocytocine mise en place dès la délivrance. Le nouveau né a pesé 4,200 Kg et avait un APGAR 9/10 à 1' puis 10/10 à 5'. Il n'a présenté aucun signe hémorragique.

Les suites étaient simples mise à part un suintement sanguinolent provenant de la cicatrice lors des deux premiers jours. Elle a été mise sortante au 3ème jour du post partum. Elle a présenté un saignement minime pendant le premier mois qui a suivi son accouchement.