

Figure 3 : Coupe macroscopique de la pièce opératoire montrant deux excroissances blanchâtres, polypoïdes, d'allure tumorale du tronc intermédiaire

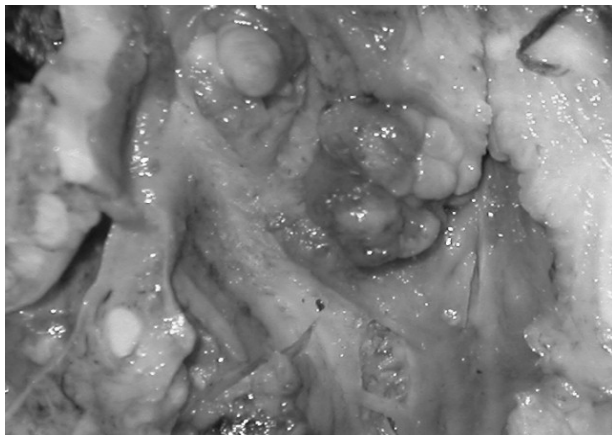


Figure 4 : Coupe histologique : Axes conjonctivo-vasculaires revêtues par un épithélium malpighien (HE ; x 100).

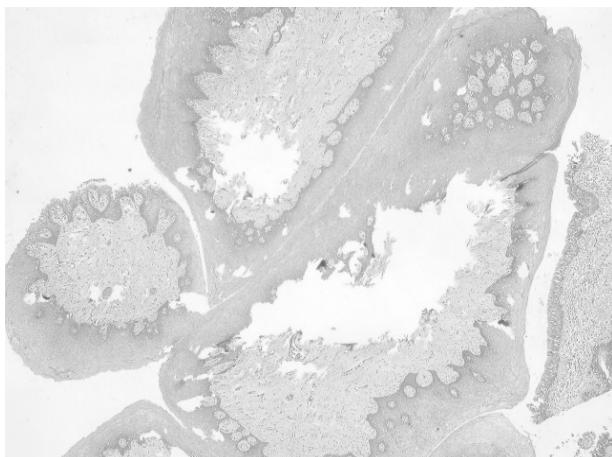
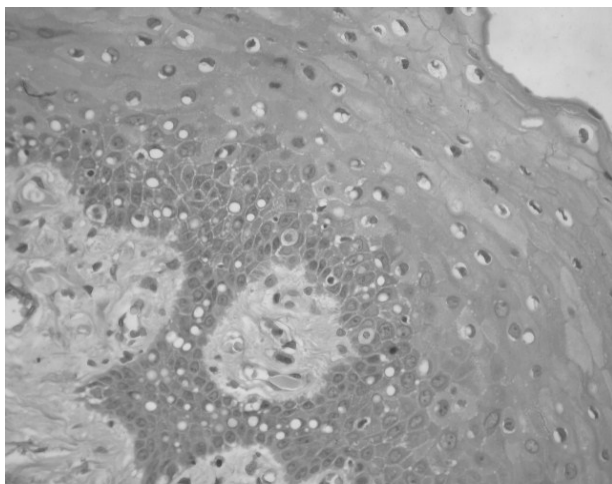


Figure 5 : Coupe histologique : Axes conjonctivo-vasculaires revêtues par un épithélium malpighien hyperplasique, acanthosique et papillomateux non kératinisé (flèche) (HE ; x 200).



Conclusion

La papillomatose endobronchique malpighienne est une tumeur bénigne, rare; sa présence doit conduire à rechercher une localisation laryngée associée, surtout chez l'enfant.

Le diagnostic positif est histologique et doit faire appel aux biopsies bronchiques. Le traitement standard doit être chirurgical, afin de prévenir les récives et le risque de dégénérescence vers un carcinome épidermoïde.

Références

1. James RC. Squamous Cell Carcinoma Arising in Recurrent Respiratory Papillomatosis with Pulmonary Involvement. Mod Pathol 2000; 13:914-18.
2. Inoue Y, Oka M, Ishii H, Kimino K, Kishikawa M, Iro M, et al. A Solitary Bronchial Papilloma with Malignant Changes. Int Med 2001; 40: 56-60.

Imen Aissa, S. Darouaz*, A. Ayadi**, Faouzi El Mezni**, Tarek Kilani***, Habib Ghedira**

**Service de pneumologie Pavillon I*

***Service d'anatomie pathologique*

****Service de Chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Hôpital A.Mami, Ariana-Tunisie*

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Ostéodysplasie fibreuse avec et sans syndrome de Mc Cune Albright

L'ostéodysplasie fibreuse (DF) est une affection sporadique congénitale rare qui se caractérise par une prolifération focale du tissu fibreux au sein de la médullaire osseuse. Elle représente 7% des tumeurs osseuses bénignes. Elle est à l'origine de lésions ostéolytiques, de déformations et de fractures. Elle peut être monostotique (limitée à un seul os) ou polyostotique. Elle peut entrer dans le cadre du syndrome de Mc Cune Albright si association à des troubles endocriniens avec ou sans taches cutanées café au lait.

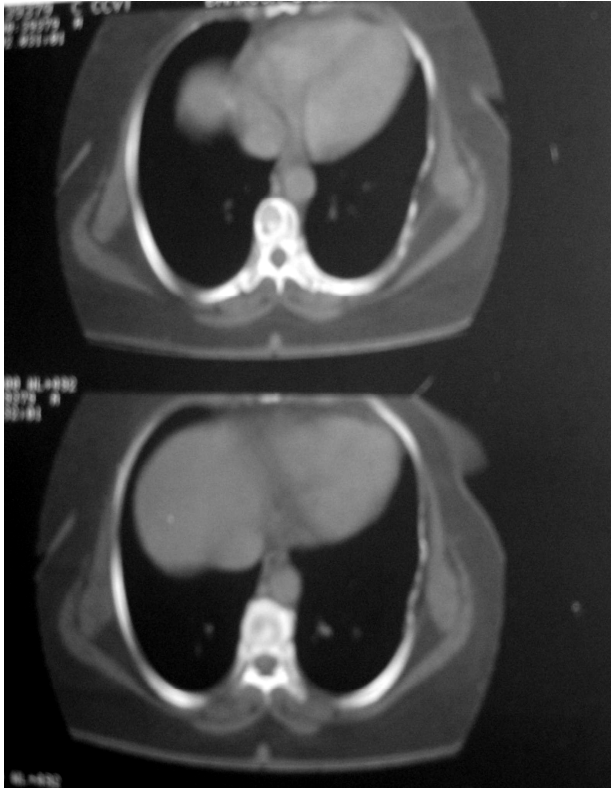
Nous rapportons trois observations de DF dont un cas de syndrome de Mc Cune Albright; une entité rarement observée dans un service de médecine Interne.

Observation 1

Une patiente de 47 ans avait présenté des douleurs costales gauches avec tuméfaction pariétale basithoracique gauche. La radiographie du thorax avait objectivé une lyse de l'arc moyen de la sixième côte gauche et une lésion soufflante de l'arc antérieur de la septième côte gauche. Le scanner thoracique avait montré des lésions lytiques des sixième et septième côtes gauches (Figure 1) ainsi que de la neuvième vertèbre thoracique (D9). La scintigraphie osseuse avait montré des foyers d'hyperfixation au niveau des mêmes côtes, du bord interne de l'omoplate gauche et du rachis dorsal (D9, D10 et D11). Le

bilan phosphocalcique sanguin et urinaire et le dosage de la parathormone étaient normaux. La biopsie osseuse avait confirmé le diagnostic de DF. Un bilan thyroïdien avait montré une hyperthyroïdie.

Figure 1 : - TDM thoracique de la première patiente/ Lésions lytiques des sixième et septième côtes gauches.



L'échographie cervicale avait objectivé des nodules du lobe droit de la thyroïde avec des nodules froids suspects à la scintigraphie thyroïdienne. La patiente avait subi une thyroïdectomie subtotale. L'étude anatomopathologique de la pièce avait montré sa bénignité. Il s'agissait d'une forme polyostotique symptomatique de la DF associée à une hyperthyroïdie et des nodules thyroïdiens suffisants pour retenir le diagnostic d'un syndrome de Mc Cune Albright. La patiente était mise sous pamidronate à la dose de 90 mg par jour en perfusion intraveineuse, deux jours de suite de façon semestrielle pendant deux ans. L'évolution était marquée par une diminution nette de ses douleurs sans modification scintigraphique, ce qui avait permis l'arrêt du traitement. A un recul de trois ans après la dernière cure de pamidronate, la patiente était encore asymptomatique avec bilans inflammatoire, thyroïdien et phosphocalcique normaux (sous calcium oral vu l'hypocalcémie ayant fait suite à la thyroïdectomie). Les scintigraphies osseuses annuelles et la surveillance par TDM des lésions étaient à chaque fois en faveur de leur stabilité.

Observation 2

Une patiente âgée de 44 ans était admise pour exploration d'une douleur inguinale droite avec un examen clinique et des radiographies du bassin normaux. La scintigraphie osseuse avait montré une fixation punctiforme sus orbitaire de l'os frontal droit (Figure 2). La fixation au niveau du bassin était homogène et sans anomalies. La radiographie du crâne et le scanner cérébral avaient montré une lacune osseuse de la table externe de l'os frontal droit. Le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire et le dosage de la parathormone étaient normaux. La biopsie osseuse avait confirmé le diagnostic de DF. Vu qu'il s'agissait d'une forme monostotique asymptomatique, il n'y avait pas eu recours aux bi-phosphonates. Dans le cadre de la surveillance, la lésion est restée asymptomatique, les scintigraphies osseuses annuelles et la surveillance par TDM orbitaire avaient confirmé sa stabilité sur un recul de 36 mois.

Figure 2 : Scintigraphie osseuse de la deuxième patiente/ Fixation punctiforme sus orbitaire de l'os frontal droit.



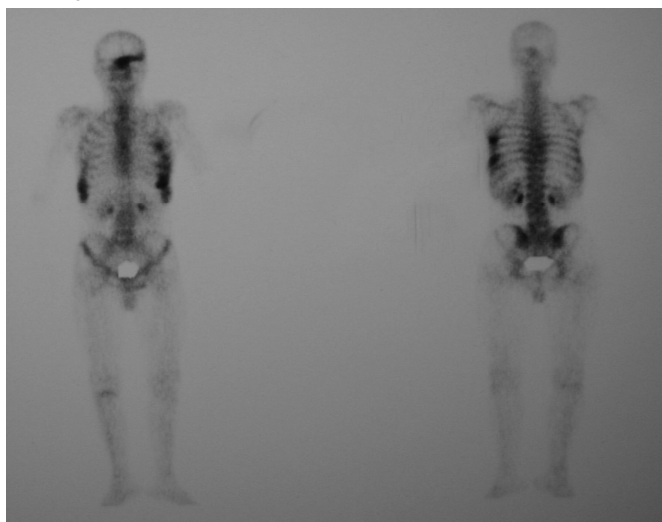
Observation 3

Un patient âgé de 68 ans avait consulté pour des douleurs osseuses costales et crâniennes. Les radiographies des grilles costales avaient montré de multiples images soufflantes dans l'axe des cinquième, sixième, septième et huitième côtes gauches et des huitième et neuvième côtes droites (Figure 3). La radiographie du crâne avait montré une lésion ostéocondensante intéressant le toit de l'orbite et la région éthmoïdo-frontale droits. La scintigraphie osseuse avait montré une hyperfixation aux étages antérieurs et moyens des côtes précitées et de la base du crâne. La biologie avait objectivé des phosphatases alcalines élevées avec calcémie, phosphatémie, calciurie et phosphaturie normales. L'aspect radiologique a fait suspecter le diagnostic de DF mais le patient avait refusé la biopsie osseuse et était perdu de vue.

Conclusion

Le diagnostic de dysplasie fibreuse est fondé sur des constatations cliniques, biologiques, radiologiques et surtout histologiques. Le diagnostic repose sur la biopsie osseuse. Le traitement dépend de la forme poly ou monoostotique. Le risque est celui de la dégénérescence maligne. L'évolution est souvent favorable et ne peut être améliorée que par une meilleure connaissance de la maladie.

Figure 3 : Scintigraphie osseuse du troisième patient/ Hyperfixation aux étages antérieurs et moyens de C5, C6, C7 et C8 gauches, C8 et C9 droites et de la base du crâne



Hamouda Mouna, Ben Fredj Ismail Fatma, Toumi Sarra, Mrad Belgacem, Mhiri Hosni, Laouani Kechrid Chédia

Service de Médecine Interne- Hôpital Sahloul –Route de ceinture Sousse – 4054- Tunisie

Faculté de Médecine de Sousse, Université de Sousse

Uvéite, néphrite interstitielle et hépatite à cytomégalovirus chez un adulte immunocompétent

Le cytomégalovirus (CMV) a été considéré pendant de nombreuses années comme faiblement pathogène. Il est responsable d'un syndrome viral bénin chez le sujet sain, en dehors de quelques exceptions.

Pour les cancérologues, les infectiologues et les médecins transplantateurs, ce virus est redoutable, puisqu'il peut induire une méningo-encéphalite, une pneumopathie gravissime et / ou une hépatite aiguë grave. Toutes ces atteintes peuvent conduire au décès des patients dont le point commun est l'immunodépression. Nous rapportons un cas d'infection à

CMV à localisations multiples chez une patiente immunocompétente.

Observation

Une patiente âgée de 40 ans sans antécédents pathologiques, notamment pas de transfusion sanguine, est hospitalisée pour exploration d'un oeil rouge. La symptomatologie a débuté un mois avant son admission par des épigastralgies, des vomissements et un syndrome pseudo grippal. Elle a été mise sous traitement symptomatique sans amélioration. L'interrogatoire révèle la notion de selles décolorées et d'urines foncées sans ictère. L'examen clinique est normal, notamment il n'y a pas d'atteinte articulaire ou cutanée, l'auscultation cardiaque est normale et la palpation abdominale ne trouve pas de viscéromégalie. Par contre au sédiment urinaire, on découvre une protéinurie à 2 croix et une glucosurie normo glycémique. Le bilan biologique montre une anémie normocytaire arégénérative (Hb à 9g/dl), avec une ferritinémie à 367ng/ml, une hyperleucocytose à 12 700 e/mm³ avec une lymphopénie à 1 100 e/mm³ et une éosinophilie à 200 e/mm³. Les plaquettes sont à 493 000/mm³. La vitesse de sédimentation est à 85 mm à la première heure et la CRP à 59 mg/l. On découvre aussi une insuffisance rénale avec une créatinémie à 231 µmol/l soit une clairance à 31 ml/ min selon la formule Cockcroft. La protéinurie est à 1,5g/24 heures. La recherche de cylindres urinaires est négative.

L'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque ne montrent pas d'anomalies en faveur d'une myocardite, péricardite, ou d'autres lésions. L'échographie abdominale et rénale est normale, de même que la fibroscopie digestive faite devant la symptomatologie abdominale.

La ponction biopsie rénale (PBR) effectuée montre un aspect en faveur d'une néphrite interstitielle aiguë (NIA) avec un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire séparant les tubes les uns des autres (Figure 1).

Figure 1 : Infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire

