

with acute upper abdominal pain without vomiting. On admission, he had epigastric tenderness without fever. Pancreatic function tests (i.e., lipase and amylase) were normal. Abdominal and plain chest X-rays did not show either free gas under the diaphragm nor gastric pneumatosis. Abdominal CT scan, with oral and intravenous contrast demonstrated multiple foci of gas within the gastric wall along the greater curvature (Figure 1), with associated gas in the portal venous system (Figure 2). There was neither pneumoperitoneum nor free peritoneal fluid, and the mesenteric vessels were patent. The patient was admitted for fluid resuscitation, bowel rest with nasogastric (NG) tube decompression, and serial abdominal exams. The patient's condition improved safely without surgery. Some other exams were performed such as an upper gastrointestinal endoscopy and a colonoscopy which were normal. After a follow-up of 18 months, the patient remains healthy.

Figure 1 : Abdominal CT scan showed a gastric pneumatosis.



Figure 2 : Abdominal CT scan showed a portal venous gas.



Conclusion

The finding of gastric pneumatosis associated to an aeroportia and their resolution with non-operative management make our case interesting. Traditional surgical dogmas have dictated that patients with pneumatosis should undergo exploration. We believe that conservative supportive care may be a safe approach in the management of non-gangrenous gastric pneumatosis associated to an aeroportia.

References

1. Kussin SZ, Henry C, Navarro C, et al. Gas within the wall of the stomach report of a case and review of the literature. Dig Dis Sci 1982; 27: 949-54.

Amin Makni, Amin Daghfous, Wael Rebai, Sameh Zghab, Mohamed Jouini, Montassar Kacem, Zoubeir Ben Safia

Department of Surgery 'A', La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia

Faculty of Medicine of Tunis

Tunis El Manar University

Mésothéliome malin localisé de la plèvre

Le mésothéliome malin de la plèvre est une tumeur maligne rare, habituellement liée à une exposition à l'amiante [1, 2]. La dernière classification des tumeurs pleurales de l'OMS 2004 distingue le groupe des mésothéliomes malins diffus qui sont de loin les plus fréquents et le groupe des mésothéliomes malins localisés qui sont rarissimes [3, 4]. En effet, le mésothéliome malin localisé est une entité récente très rare, se présentant comme une lésion circonscrite isolée sans signes macroscopiques ou histologiques de diffusion pleurale [5, 6]. Il est primordial de reconnaître ces formes localisées car elles sont de meilleur pronostic que les formes diffuses et elles peuvent bénéficier d'une exérèse chirurgicale.

Nous rapportons un nouveau cas de mésothéliome malin pleural localisé de type sarcomatoïde, d'évolution favorable après un recul de 30 mois.

Observation

Un homme âgé de 40 ans, chauffeur de poids lourds, sans antécédent pathologique notable et tabagique sévré depuis un mois et demi a consulté pour des douleurs thoraciques, une toux sèche et une altération de l'état général. Cette symptomatologie évoluait depuis un mois et demi. L'examen physique était sans particularité. La radiographie du thorax a montré une opacité apicale droite, homogène, de tonalité hydrique, d'allure pleurale. La fibroscopie bronchique a objectivé une muqueuse bronchique inflammatoire au niveau de la bronche souche droite et une réduction de l'orifice de la lobaire supérieure droite. L'échographie thoracique a mis en évidence 2 collections : l'une postérieure très cloisonnée, la seconde antérieure à contours anéchogènes. A la tomodensitométrie thoracique, il s'agissait d'une collection intra thoracique droite de 10 cm de grand axe, à contenu liquidien, finement rehaussée en périphérie par le produit de contraste (Figure 1 et 2). Au niveau de sa partie inférieure, il existait un épaississement

nodulaire, localisé de 2 cm de grand axe rehaussé par le produit de contraste (Figure 3).

Figure 1 : Tomodensitométrie thoracique en fenêtre parenchymateuse : Collection intrathoracique droite

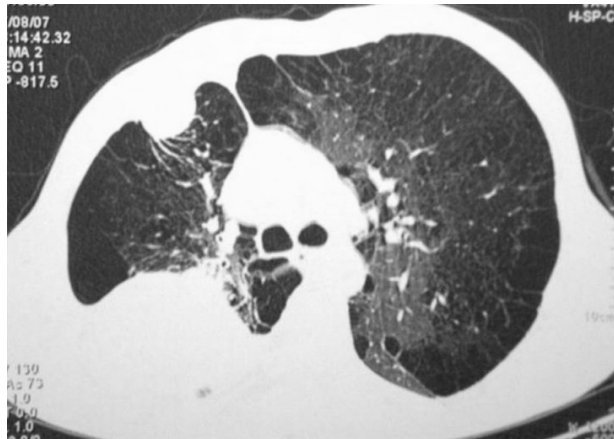


Figure 2 : Tomodensitométrie thoracique : Collection intrathoracique droite, à contenu liquidien, mesurant 10 cm de grand axe.

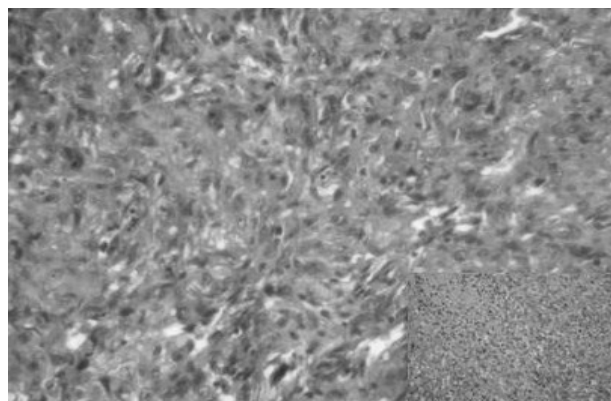


Figure 3 : Tomodensitométrie thoracique: Présence d'un épaississement nodulaire localisé au niveau de la partie inférieure de cette collection, mesurant 2 cm de grand axe.



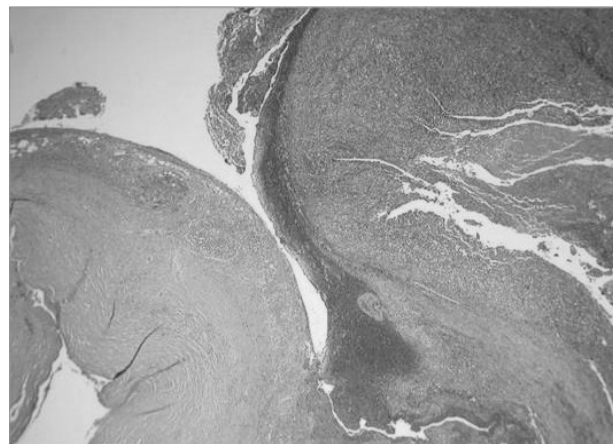
Ailleurs, le parenchyme pulmonaire était emphysémateux sans autre lésion décelable. Ces aspects évoquaient un épanchement pleural cloisonné ou une bulle d'emphysème compliquée sur un poumon emphysémateux. Une résection chirurgicale par thoracotomie a été réalisée. L'examen en per opératoire a visualisé une bulle compliquée siège d'une hémorragie intrabulleuse. Une bullectomie et de multiples prélèvements au niveau de la plèvre pariétale ont été réalisés. A l'examen macroscopique, cette bulle était adressée en 4 fragments, mesurant entre 4 et 13 cm de long. Sur l'un des fragments, il existait un petit nodule blanchâtre sessile, mesurant 1,5 cm de diamètre. A l'examen histologique, ce nodule correspondait à une prolifération tumorale maligne nodulaire d'architecture diffuse, partiellement nécrosée, siège d'importants remaniements hémorragiques (Figure 4).

Figure 4 : Histologie (HE $\geq$ 100) : Paroi fibro-inflammatoire siège d'une prolifération tumorale maligne indifférenciée d'architecture diffuse.



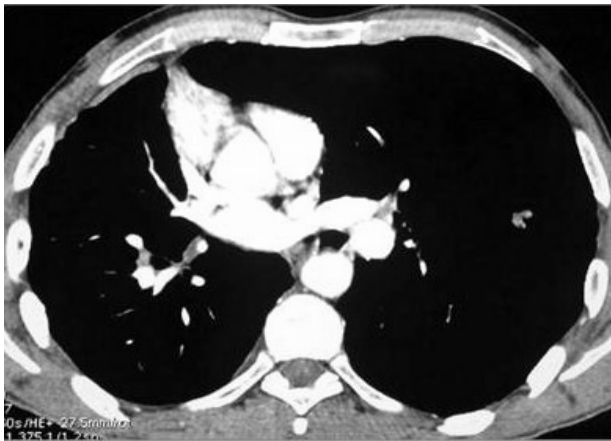
Les cellules tumorales étaient fusiformes ou ovoïdes, munies de noyaux hyperchromatiques, irréguliers et nucléolés (Figure 5).

Figure 5 : Histologie (HE $\geq$ 400) : Les cellules tumorales sont fusiformes ou ovoïdes, munies de noyaux atypiques et hyperchromatiques. Positivité des cellules tumorales à la cytokeratine (IHCx400) (cartouche).



Les figures de mitose étaient assez nombreuses. En immunohistochimie, les cellules tumorales exprimaient fortement et de façon diffuse les anticorps anti-cytokératine (Figure 5 en cartouche) et anti-vimentine. Les anticorps anti-calrétinine, anti-desmine, anti-actine muscle lisse, anti-CD34, anti-bcl2 et anti-CD99 étaient négatifs. Le reste des fragments bulleux correspondaient à une paroi fibro-inflammatoire partiellement tapissée par un revêtement mésothélial régulier. Les prélèvements au niveau de la plèvre pariétale ont intéressé un tissu pleural siège de lésions de pachypleurite. Ainsi, devant l'absence de lésion pulmonaire et le profil immunohistochimique, le diagnostic de mésothéliome malin pleural localisé de type sarcomatoïde était retenu. Aucun traitement complémentaire n'a été institué. Deux scanners thoraco-abdominaux de contrôle, réalisés respectivement 11 mois et 17 mois après la chirurgie, ont objectivé un épaississement pleural minime antérieur régulier, stable (Figure 6). Le patient est suivi régulièrement avec une évolution favorable et un recul actuel de 30 mois après l'intervention, sans métastase ni récurrence.

Figure 6 : Tomodensitométrie thoracique de contrôle : Epaississement pleural minime antérieur régulier.



Références

- 1- Porret E, Madelaine J, Galateau-Sallé F, Bergot E, Zalcman G. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du mésothéliome pleural malin en 2007. *Rev Mal Respir* 2007; 24: 6S157-6S164.
- 2- Giudicelli R, Regnard JF, Astoul P, Ruffie P. Mésothéliome pleural malin : place de la chirurgie d'exérèse. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 11S51-11S55.
- 3- Nakas A, Martin-Ucar AE, Edwards JG, Waller DA. Localised malignant pleural mesothelioma: a separate clinical entity requiring aggressive local surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008; 33: 303-6.
- 4- Churg A, Roggli V, Galateau-Salle F, et al. Tumours of the pleura: mesothelial tumours. In Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris CC. *World Health Organisation Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart*. Lyon: IARC Press: 2004: 128- 36.
- 5- Tanzi S, Tiseo M, Internullo E, et al. Localized malignant pleural mesothelioma: report of two cases. *J Thorac Oncol*. 2009; 4: 1038-40.
- 6- Takahashi H, Harada M, Maehara S, Kato H. Localized malignant mesothelioma of the pleura. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2007; 13: 262-6.

Alia Zehani¹, Aïda Ayadi-Kaddour¹, Imène Ridene², Dorra Haouari³, Adel Marghli⁴, Faouzi El Mezni¹

Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.

Service de Radiologie- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.

Service de Pneumologie - Hôpital Régional de Menzel Bourguiba

Service de Chirurgie Thoracique- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Mélanome MALIN primitif médiastinal

Le mélanome malin primitif intra thoracique est une tumeur extrêmement rare (1), il représente moins de 1% des atteintes primitives extra cutanées. Le caractère primitif d'un mélanome malin intra thoracique est difficile à établir puisqu'un mélanome cutané peut régresser après avoir métastasé.

Observation

Monsieur K .S âgé de 60 ans, tabagique à 40 paquets /année, aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée en 1975, a consulté au mois de Mai 2009 pour une symptomatologie, évoluant 6 mois auparavant, associant une douleur thoracique et une dyspnée stade II selon la classification de NYHA. Ce patient était chauffeur de taxi depuis plus de 20 ans. Une radiographie du thorax a été pratiquée et le patient a été admis au service de pneumologie du centre hospitalo-universitaire Charles Nicolle de Tunis. L'examen clinique a trouvé un patient avec un état général altéré. L'examen du thorax a trouvé une polypnée à 24 cycles /mn et une auscultation pulmonaire libre. Le reste de l'examen clinique a été normal. La radiographie du thorax a montré un élargissement du médiastin antérieur et supérieur (Fig 1).

Figure 1 : Radiographie du thorax: élargissement du médiastin antérieur et supérieur

