

péritonéal en rapport avec une carcinose péritonéale. La patiente a été mise sous traitement symptomatique et est décédée 2 mois plus tard.

Nous avons de même diagnostiqué des cas de dysplasie découverte sur des biopsies per endoscopiques de formations polyploïdes coliques (DALM) :

Observation 1 : Il s'agissait d'une patiente âgée de 42 ans, connue porteuse d'une MC colique évoluant depuis 1990. Elle a présenté en 1997 une poussée sévère corticorésistante traitée chirurgicalement. Elle a bénéficié d'une colectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne. Un an après, et devant la récurrence d'une diarrhée glairo-sanglante, une coloscopie a été pratiquée. Cette dernière a objectivé à 3cm de la marge anale une formation polyploïde pédiculée de 3cm de diamètre siégeant sur une muqueuse rectale congestive et ulcérée. Les biopsies de la formation polypoïde ont conclu à un polyadénome villositaire en dysplasie de bas grade. L'étude anatomopathologique des biopsies du rectum adjacent n'a pas montré de lésion de dysplasie. La patiente a bénéficié d'une polypectomie par voie trans-anale.

L'étude anatomopathologique du polype répondait aux mêmes données anatomopathologiques pré opératoires avec des limites de résection saines. L'évolution a été marquée par la récurrence du polype au même endroit et ce au bout de 6 mois. L'examen anatomopathologique du second polype a conclu à un adénome tubulo-villositaire en dysplasie de haut grade. La malade a eu une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale (devant le résultat de l'examen de la pièce opératoire qui était plutôt évocateur de RCH). La patiente est actuellement régulièrement suivie. Elle n'a pas présenté de lésion au niveau de la poche.

Observation 2 : Il s'agissait d'une malade de 56 ans connue porteuse d'une MC iléo-colique évoluant depuis 1990. Elle a présenté 5 poussées de sa maladie traitées par des salicylés et par des corticoïdes par voie orale. En 2004, à l'occasion d'une poussée de sa maladie, la coloscopie a objectivé de nombreuses formations polyploïdes coliques gauches. Le rectum était normal. L'examen anatomopathologique des formations a conclu à des lésions de dysplasie de type DALM. La muqueuse adjacente aux néoformations ne présentait pas de dysplasie. La malade a bénéficié d'une colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à des lésions dysplasie de type DALM sur MC avec des tranches de section saines. La patiente est depuis régulièrement suivie et n'a pas présenté de nouvelles formations polypoïdes au niveau du rectum restant.

Conclusion

Les patients atteints de MICI sont des sujets à risque de développer des CCR et des lésions de dysplasie. Plusieurs facteurs sont associés à un risque élevé de cancer, il s'agit essentiellement de l'ancienneté de la maladie, de l'étendue des lésions, d'un âge précoce au moment du diagnostic de la MICI, de l'association à une CSP et de la présence de sténoses. Afin de diminuer ce risque, il est recommandé de pratiquer une surveillance endoscopique régulière des malades à risque pour diagnostiquer les cancers à un stade précoce curable.

Cependant, cette surveillance ne pourra être réalisée que suite à une sensibilisation des malades porteurs de MICI afin de garantir au maximum l'adhésion à ce programme.

Références

1. Munkholm P. The incidence and prevalence of colorectal cancer in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 (suppl 2): 1-5.
2. Van Hogezaand RA, Eichhorn RF, Choudry A, Veenendaal RA. Malignancies in inflammatory bowel disease: Fact ou fiction? *Scand J Gastroenterol* 2002; suppl 236: 48-53.
3. Lichtenstein GR. Reduction of colorectal cancer risk in patients with Crohn's disease. *Reviews in Gastroenterological Disorders* 2002; 2 (suppl 2) S16-S24.
4. Eaden J. The data supporting a role for aminosalicylates in the chemoprevention of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 (suppl 2): 15-21.

Monia Fekih, Lamia Kallel, Nadia Ben Mustapha, Samira Matri, Meriem Serghini, Jalel Boubaker, Azza Filali

*Service de Gastroentérologie « A ». Hôpital la Rabta. Tunis. Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Priapism secondary to involvement of corpora cavernosa by locally advanced prostate cancer

Priapism is defined as a persistent painful erection unrelated to sexual stimuli (1). Although usually idiopathic, priapism has been associated with a variety of medications and central nervous system disorders (2). A variety of local factors such as lympho-proliferative disorders and trauma have also been reported to cause priapism (3) by a direct effect on the penile vasculature. Similarly, few reports of priapism secondary to metastatic tumor are found in the literature. Peacock (4) coined the term "malignant priapism" for this unusual finding. We report a new case of malignant priapism, secondary to metastases of prostatic carcinoma.

Case report

A 61-year-old white man was admitted for acute urinary retention and hematuria. Medical and surgical history revealed that he underwent ten months ago an endoscopic resection of the prostate (TURP). Although digital rectal examination was not suspicious of malignancy, pathology examination had showed an adenocarcinoma of the prostate Gleason 8 (4+4). The bone scan showed disseminated bone metastases. The initial PSA value was 120 ng/ml. The cancer was T3NxM1b. The patient was given hormonal therapy with LHRH agonist, androgen antagonist and zoledronic acid for the prevention of skeletal complications. Treatment started one month after TURP. The lowest PSA value was 4.4 ng/ml (at the 6th month of follow-up). Physical examination on admission revealed an enlarged multi nodular and rock-hard prostate. A Foley catheter was inserted and a second TURP was done without any

incident. Post-operatively, patient resumed a satisfactory urinary voiding. Ten days later, the patient developed an ischemic priapism that failed to subside with intra cavernosal injections of phenylephrine. A CT scan of the pelvis showed an infiltration of the right corpus cavernosum by a vascularised tissue extending from the prostatic tumor which occupies all the perineal space (Figure 1, 2). A complete androgen blockade was done with no result after 7 days of treatment. Radiation therapy of the penis was tried and patient received a single dose of 5 Grays on the penis with no consequences. Patient died one month later without any sign of regression of priapism.

Figure 1 : CT scan of perineum region, showing invasion into the corpus cavernosum (The arrows show the lesions)

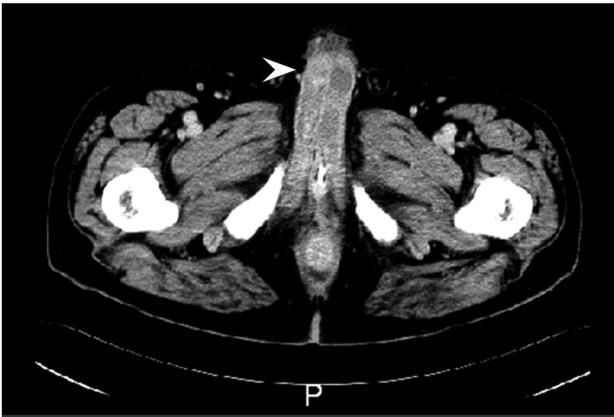
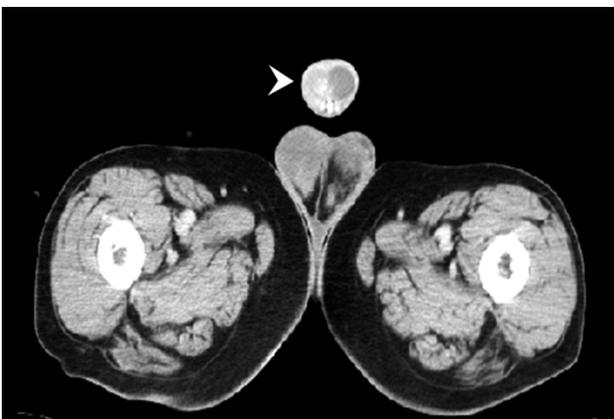


Figure 2 : CT scan of perineum region, showing invasion into the corpus cavernosum (The arrows show the lesions)



Conclusion

Malignant priapism secondary to penile invasion of prostate cancer is a serious complication associated with a very poor prognosis. Treatment is usually palliative with low success rate.

References

1. Keoghane SR, Sullivan ME, Miller MA. The aetiology, pathogenesis and management of priapism. *BJU Int.* 2002; 90:149-54.

2. Guvel S, Kilinc F, Torun D, Egilmez T, Ozkardes H. Malignant priapism secondary to bladder cancer. *J Androl.* 2003; 24: 499-500.
3. Krco MJ, Jacobs SC, Lawson RK. Priapism due to solid malignancy. *Urology.* 1984; 23: 264-6.
4. Peacock AH. Malignant priapism due to secondary carcinoma in the corpora cavernosum. *Northwest Med* 1938; 37: 143-5.

Sataa Sallami, Sami Ben Rhouma, Ali Horchani

*Department of Urology
La Rabta Hospital-University
Tunis El Manar University
Tunis -Tunisia*

Cause rare d'hémoptyisie chez un homme de 48 ans

L'actinomycose est une maladie infectieuse rare, ubiquitaire. Sa prévalence dans le monde est peu précise mais l'incidence de toutes les formes d'actinomycose semble en diminution. Les formes respiratoires sont caractérisées par un grand polymorphisme clinique et une difficulté de la mise en évidence du germe expliquant le retard fréquent du diagnostic (1).

Nous rapportons l'observation d'un patient hospitalisé pour exploration d'une hémoptyisie récidivante ayant nécessité le recours à la chirurgie pour retenir le diagnostic d'actinomycose pulmonaire.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, tabagique à 90 PA, sans antécédents pathologiques, exploré dans notre service pour hémoptyisie récidivante depuis 2 mois associée à une toux sèche et une altération de l'état général. L'examen physique était normal. La radiographie du thorax (Figure 1) objectivait une opacité hétérogène mal limitée para cardiaque gauche. Biologiquement la CRP était à 27 mg/l sans hyperleucocytose.

Figure 1 : Radiographie du thorax, de face. Opacité hétérogène mal limitée paracardiaque gauche.

