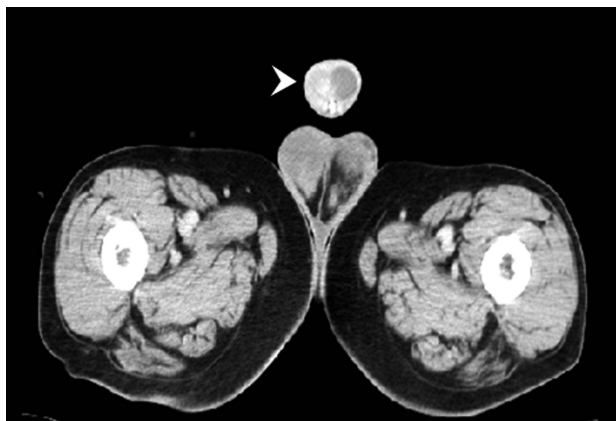


incident. Post-operatively, patient resumed a satisfactory urinary voiding. Ten days later, the patient developed an ischemic priapism that failed to subside with intra cavernosal injections of phenylephrine. A CT scan of the pelvis showed an infiltration of the right corpus cavernosum by a vascularised 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'hémoptysie 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 hémoptysie 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 hémoptysie 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 paracardiacque gauche.

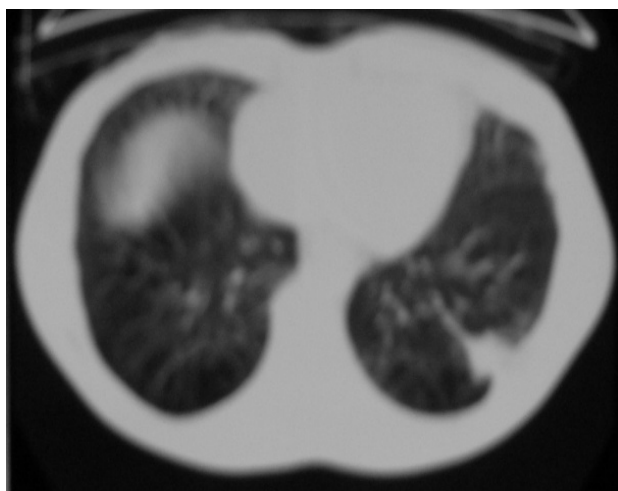


Les hémocultures étaient négatives, les bacilloscopies négatives et l'examen cyto bactériologique des crachats n'a pas isolé de germe. Le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire, chez un grand tabagique, était évoqué. La fibroscopie bronchique montrait des stigmates de saignement en provenance de l'arbre bronchique gauche. Le scanner thoracique (Figures 2, 3) mettait en évidence deux masses tissulaires de contours spiculées intra parenchymateuses du segment apico-dorsal du culmen et du segment latéral du lobe inférieur gauche. Afin d'avoir une confirmation histologique, une biopsie sous scanner des masses tissulaires était pratiquée à deux reprises.

Figure 2 : Coupe tomодensitométrique thoracique en fenêtre parenchymateuse. Masse tissulaire de contours spiculés du segment apico-dorsal du culmen de 35 mm de grand axe.



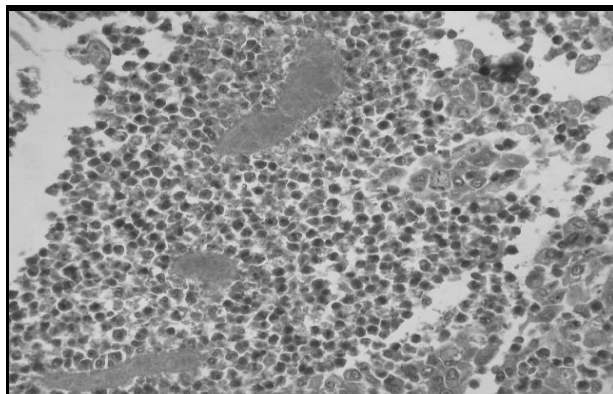
Figure 3 : Coupe tomодensitométrique thoracique en fenêtre parenchymateuse. Masse tissulaire du segment latéral du lobe inférieur gauche émettant des prolongements pleuraux de 27 mm de grand axe et prenant un aspect nodulaire.



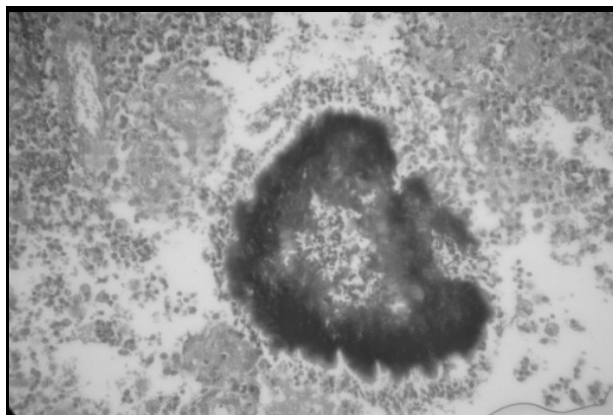
La lecture anatomopathologique des fragments de biopsie transpariétale avait conclu, à deux reprises, à un parenchyme pulmonaire dystrophique et inflammatoire sans signes histologiques de malignité.

Devant la persistance du doute diagnostique, une résection chirurgicale était décidée. L'exploration per-opératoire révélait l'existence de deux condensations parenchymateuses, une au niveau du segment dorsal du culmen faisant 3 cm de grand axe et l'autre de la même dimension à cheval sur le segment du Fowler et le latéro-basal. Une résection en Wedge était pratiquée emportant les deux lésions et passant largement en tissu sain, l'examen extemporané était en faveur d'un aspect inflammatoire et l'étude anatomopathologique des pièces opératoires (Figures 4, 5) objectivait des remaniements nécrotiques suppurés avec présence de grains contenant des filaments ramifiés réalisant un aspect radié (granules sulfureux) en faveur d'une actinomycose. Le diagnostic d'actinomycose pulmonaire était retenu, le patient était alors mis sous pénicilline (Totapen 6 g par jour) par voie intraveineuse pendant 1 mois, relayée par l'amoxicilline (4 grammes par jour) par voie orale totalisant une durée de traitement de 6 mois. L'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique.

Figures 4 : Coupe anatomopathologique. Remaniements nécrotiques suppurés avec présence de grains PAS positif.



Figures 5 : Coupe anatomopathologique : Présence au niveau des grains de filaments ramifiés réalisant un aspect radié (granules sulfureux).



Conclusion

L'actinomycose thoracique est une pathologie infectieuse rare, dont le tableau radio-clinique est souvent trompeur pouvant simuler une pathologie tumorale ou tuberculeuse. Le recours à la chirurgie est le plus souvent nécessaire comme le cas de notre patient. L'évolution spontanée se fait vers l'extension et la destruction des tissus avoisinants mettant en jeu le pronostic vital du patient. Sous traitement, l'évolution est généralement favorable avec guérison radio-clinique.

Références

1. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J* 2003; 21: 545-51.

Ourari-Dhahri Besma, Sanai-Raggad S, Ben Ammar J, El Gharbi Leila, Baccar M A, Azzabi S, Aouina Hichem, Mezni Faouzi, Bouacha Hend*

*Service de Pneumologie, Centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicolle
Service d'anatomopathologie, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

Auricular pyoderma gangrenosum associated with Crohn's disease

Pyoderma gangrenosum (PG) is a neutrophilic dermatosis characterised by recurrent painful cutaneous ulcerations. It is frequently associated with inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis and haematological disorders (1-3). Diagnosis is based on a history of underlying disease, evolving clinical features and exclusion of other diseases that would present with ulceration. PG occurs most commonly on the lower legs with preference for the pretibial area (3). PG has been reported on other sites of the body as well, including breast, hand, trunk, head and neck, and peristomal skin. It is difficult to diagnose patients who have lesions of the head and neck region because there are several diseases which imitate the clinical appearance of PG and the histopathology of PG is not diagnostic but only suggestive. (4) About 25% of patients with PG had lesions on the head and neck region. (5, 6) However, auricular or periauricular areas are quite rare anatomical sites for PG. We present a case of retro-auricular pyoderma gangrenosum associated with crohn's disease who responded to conservative treatment.

Case report

A 28-year-old man with jejunum Crohn's disease diagnosed in 2006 was referred to our Gastrointestinal Unit in November 2009 because of a skin lesion in the left postauricular cleft region. Crohn's disease was in stable remission. This lesion starts as a follicular pustule with rapid growth, tissue necrosis and enlargement of the area. The surrounding skin is erythematous with infiltration and oedema. The ulcer borders are undermined and violaceous (Figure 1). Routine blood chemistry showed slight anaemia (Hb: 10.5 g/dl) and a marked increase in the inflammatory index (erythrocyte sedimentation

rate 80 mm/h, reactive C protein 70 mg/L). Initial examination excluded an otitis externa causing local inflammation from overspill onto the adjacent skin area. A skin swab for culture was taken. Despite negative bacterial cultures, the lesion was treated as a superficial infection and he was given intravenous broad-spectrum antibiotics during one week. During this period, there was gradual deterioration of the lesion, which prompted a biopsy of the periauricular skin lesion. Biopsy showed an acute neutrophilic abscess-like ulcerative skin and subcutaneous inflammation, which was consistent with the diagnosis of PG. Antibiotics were stopped and the patient was treated with parenteral hydrocortisone, 400 mg/day on 7 consecutive days, followed by oral prednisolone (60 mg/day). The violaceous wound edge began to resolve within 72 h, which supported our diagnosis of pyoderma gangrenosum. Three months afterwards, the ulcer had healed completely, leaving a slightly raised but soft linear scar (Figure 2).

Figures 1 : Clinical findings of the back aspects of the left ear lobe. Necrotic exudative lesion of the left ear lobe.



Figure 2 : The resultant scar following three months.

