

Conclusion

Our case illustrates the rare presentation of auricular PG. Apparent wound infections and nonhealing wounds that do not respond to treatment with antibiotics must raise suspicion toward a noninfectious etiology such as PG.

References

1. Powell FC, Schroeter AL, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: a review of 86 patients. *Q J Med* 1985; 55: 173-86.
2. Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:273-83.
3. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. *BMJ* 2006; 333:181-4.5
4. Weenig RH, Davis MD, Dahl PR et al. Skin ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. *N Engl J Med* 2002; 347:1412-8.6
5. Snyder RA. Pyoderma gangrenosum involving the head and neck. *Arch Dermatol* 1986; 122: 295-302.7
6. Powell FC, Perry HO. Pyoderma gangrenosum in childhood. *Arch Dermatol* 1984; 120: 757-61.

Nabil Ben Chaabane, Olfa Hellara, Wafa Ben Mansour, Imed Ben Mansour, Wissem Melki, Hichem Loghmeri, Leila Safer, Fethia Bdioui, Hammouda Saffar
Service de gastroentérologie. Monastir. Tunisie
Faculté de médecine de Monastir.

Masse cervicale révélant une duplication kystique de l'œsophage

Les duplications œsophagiennes représentent 10 à 15 % des duplications digestives [1] et la seconde localisation après les duplications du grêle [1, 2]. Elles siègent le plus souvent au niveau du thorax. La localisation cervicale est rare. Cette rareté ne doit pas omettre le diagnostic devant une masse cervicale. Nous rapportons l'observation d'une duplication œsophagienne découverte devant une masse cervicale.

Observation

T.F. est une fille âgée de 3 ans, sans antécédents pathologiques notables, chez qui la mère a découvert fortuitement 2 mois auparavant une masse latéro-cervicale droite isolée, sans dysphagie ni signes respiratoires associés. A l'examen, la masse était de consistance molle, indolore, à limites nettes, immobile à la déglutition, sans signes inflammatoires locaux. Il n'existait pas d'adénopathies satellites. La radiographie cervicale a montré un épaissement postérieur des parties molles sans calcification, ni lyse osseuse ou malformations vertébrales associées. La radiographie pulmonaire était normale. A l'échographie, la masse était trans sonore, discrètement hétérogène avec un léger renforcement postérieur, limitée par une membrane propre au contact intime avec le bord interne de l'œsophage cervical. L'imagerie par résonance magnétique (figure 1) a montré une formation cervicale latéro œsophagienne droite, ovalaire, mesurant 55x30x25 mm, présentant un hyper signal T2 avec un rehaussement

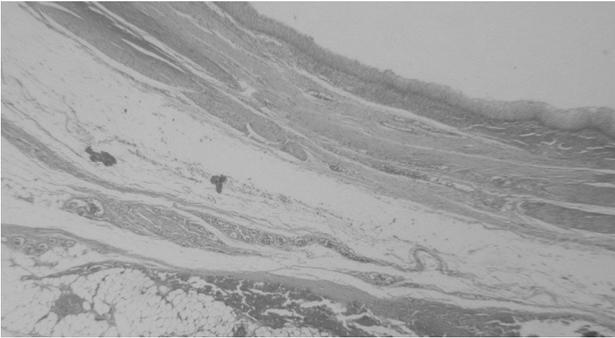
périphérique linéaire et irrégulier évoquant une origine liquidienne riche en protéines. Elle se projetait, en haut en regard de C3-C4, et en bas en regard de T1-T2. Son bord gauche est au contact de la trachée et de l'œsophage qu'elle refoule vers l'avant et la gauche sans communication évidente.

Figures 1 : IRM de la région cervicale montrant la duplication œsophagienne (a -b)



A travers une cervicotomie droite, était identifiée une duplication kystique intra musculaire, mesurant 70 x 40 mm, attachée au mur latéral droit de l'œsophage cervical. Une exérèse complète était réalisée. L'ouverture de la pièce a trouvé un contenu brunâtre dont la culture était négative. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de duplication en montrant une paroi kystique revêtue par un épithélium malpighien régulier reposant sur deux couches musculaires lisses sans hétérotopie muqueuse (figure 2). Les suites opératoires étaient simples avec un recul de 2 ans.

Figure 2 : Coupe histologique de la duplication œsophagienne.



Conclusion

La duplication œsophagienne kystique cervicale doit être reconnue en raison de son potentiel évolutif et du risque de détresse respiratoire majeure. Le diagnostic anténatal permet la reconnaissance précoce de la malformation. L'approche du diagnostic a pour principal intérêt d'orienter le geste vers une chirurgie conservatrice.

Références

1. Achildi O, Grewal H. Congenital anomalies of esophagus. *Otolaryngol Clin North Am* 2007; 40: 219-44.
2. Sharma KK, Ranka P, Meratiya S. Isolated cervical esophageal duplication: a rarity. *J Ped Surg* 2005; 40: 591-2.

Mourad Hamzaoui, Jihène Ben Aoun, Radhia Jémai, Aicha Ben Slama, Nada Sghairoun, Manef Gsmi

Service de chirurgie pédiatrique « A » de l'hôpital d'enfant de Tunis

Association d'une adénocarcinome rectal et d'une tumeur stromale duodénale

Souvent isolées, les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) peuvent entrer dans le cadre d'associations lésionnelles actuellement bien individualisées. Ainsi, elles peuvent s'associer à un chondrome pulmonaire et un paragangliome, et sont dans ce cas multiples, de siège gastrique, réalisant la triade de Carney. Elles peuvent aussi s'associer à une neurofibromatose de type 1 (1). L'association de GIST et d'adénocarcinome colorectal (ACR) est relativement rare et son étiopathogénie est encore non élucidée.

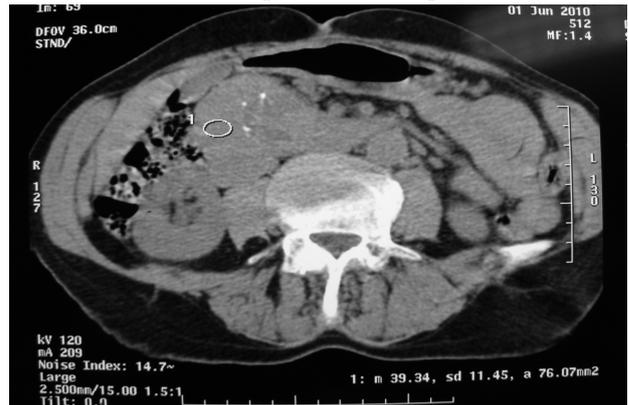
Nous rapportons dans ce travail un cas de survenue synchrone d'ACR et de GIST.

Observation

Une femme âgée de 65 ans, aux antécédents d'hystérectomie pour léiomyomes utérins, était admise pour une symptomatologie évoluant depuis deux mois, faite de douleurs abdominales diffuses, associées à des épisodes de rectorragies et de sub-occlusion, le tout évoluant dans un contexte

d'altération de l'état général. Le toucher rectal et la rectoscopie ont objectivé une masse bourgeonnante à 7 cm de la marge anale, dont la biopsie a conclu à un adénocarcinome moyennement différencié. Un scanner abdomino-pelvien a été réalisé dans le cadre du bilan d'extension. Il a révélé, outre la tumeur rectale, la présence d'une masse duodénale au niveau de D3-D4. Cette masse était hétérogène, mesurait 5 cm de diamètre et se rehaussait après injection du produit de contraste (Figure 1).

Figure 1 : Scanner abdominal : Tumeur duodénale de 5 cm de grand axe, se rehaussant après injection du produit de contraste.



Il n'a pas été noté de nodule hépatique. La fibroscopie œso-gastro-duodénale a mis en évidence une tumeur duodénale, polypoïde, sous muqueuse dont la biopsie a conclu à une GIST. La patiente a eu une proctectomie associée à une duodéno-pancréatectomie céphalique. A l'examen macroscopique de la pièce opératoire, le rectum renfermait une tumeur ulcéro-bourgeonnante hémicircconférentielle de 5,5 x 4 cm, associée à 5 cm en aval, à un polype pédiculé de 1,2 cm. Le duodénum était le siège d'une néoformation sous-muqueuse bien limitée, mesurant 5 x 6 cm, blanchâtre, fasciculée à la coupe. La muqueuse en surface était focalement ulcérée (Figure 2).

Figure 2 : Aspect macroscopique. En haut : tumeur rectale ulcéro-bourgeonnante. En bas : formation nodulaire, blanchâtre, bien limitée, siégeant au niveau de la sous-muqueuse duodénale.

