

Appendicite épiploïque primitive

L'appendicite épiploïque primitive est un processus inflammatoire intra abdominal rare (1). L'incidence est de 7,1% des patients ayant une suspicion de diverticulite sigmoïdienne. Cette pathologie est attribuée soit à une torsion soit à une thrombose veineuse spontanée de l'appendice épiploïque, avec pour conséquence, une inflammation ou un infarctus ischémique. Le diagnostic est rarement retenu en préopératoire, vu que le tableau clinique évoque souvent une diverticulite ou une appendicite.

Nous rapportons l'observation d'une patiente chez qui le diagnostic de torsion épiploïque primitive a été retenu sur des arguments radiologiques sans avoir recours à la chirurgie.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 75 ans, diabétique, admise pour exploration d'une masse douloureuse de la fosse iliaque gauche. La symptomatologie remontait à une dizaine de jours avant son admission, marquée par l'installation brutale d'une douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, survenant par crise paroxystique sur un fond continu et d'évolution quotidienne. Cette douleur s'est associée à une diarrhée faite de 3 à 4 selles/24 heures liquidiennes non glairo-sanglantes. Le transit antérieur était fait d'une selle par 24 heures. Elle ne présentait pas de trouble gynécologique (pas de leucorrhée ni de métrorragie). A l'examen, la patiente était apyrétique. L'examen abdominal a trouvé, au niveau de la fosse iliaque gauche, une masse oblongue, très douloureuse à la palpation, faisant environ 8 cm de diamètre et mal limitée ; le toucher rectal était normal. L'examen gynécologique était normal. Le bilan biologique n'a pas objectivé de syndrome inflammatoire, ni d'hyperleucocytose. Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'une diverticulite ou d'une tumeur sigmoïdienne a été évoqué ; une masse annexielle a été également suspectée. Une échographie abdominale pratiquée en urgence, a objectivé un magma épiploïque disposé en 'strates' mesurée à 8,5 x 5 x 4 cm (figure1) ; le passage de la sonde était douloureux. L'étage pelvien était normal.

Figure 1 : Magma épiploïque disposé en strates séparée par un liseré hypoéchogène



Une opacification colique basse à la gastrograffine a été réalisée: elle n'a pas objectivé d'aspect de diverticule ou d'image lacunaire. Après réalisation de la coloscopie qui était normale, l'évolution a été marquée par diminution nette des douleurs abdominales ainsi qu'une régression complète de la masse et une disparition des signes locaux. Devant l'aspect échographique et la régression de la masse épiploïque après colonoscopie, le diagnostic de torsion épiploïque spontanément résolutive a été retenu. La patiente a été seulement traitée par des antalgiques. L'évolution a été marquée par la disparition totale de la masse de la fosse iliaque gauche tant au plan clinique qu'échographique. La patiente n'a pas présenté de récurrence sur un suivi de 4 ans.

Conclusion

Le diagnostic d'appendicite épiploïque primitive est rarement posé sur des critères cliniques. C'est essentiellement les signes radiologiques surtout échographiques et scannographiques qui permettent d'évoquer et même de confirmer le diagnostic. Si le diagnostic est posé en préopératoire, le traitement sera conservateur.

Références

1. Sajjad Z, Sajjed N, Friedman M, Atlas SA. Primary epiploic appendagitis: an etiology of acute abdominal pain. Conn Med 2000; 64: 655-7.

Monia Fekih, Rania Hefaidh, Houda Boussorra, Nadia Ben Mustapha, Meriem Serghini, Jalel Boubaker, Lamia Kallel, Azza Filali

*Service de Gastro-entérologie 'A'. Hôpital la Rabta – Tunis. TUNISIE
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Cystic Thymoma

Cystic changes in thymoma are described in 40% of the cases and are most of the time localized. Seldom, the entire lesion is cystic posing thereby a diagnostic problem [1]. Cystic thymoma should be distinguished from nonneoplastic congenital and acquired thymic cysts and primary thymic neoplasms showing extensive cystic degeneration. Pathological examination is almost always required for differential diagnosis [2].

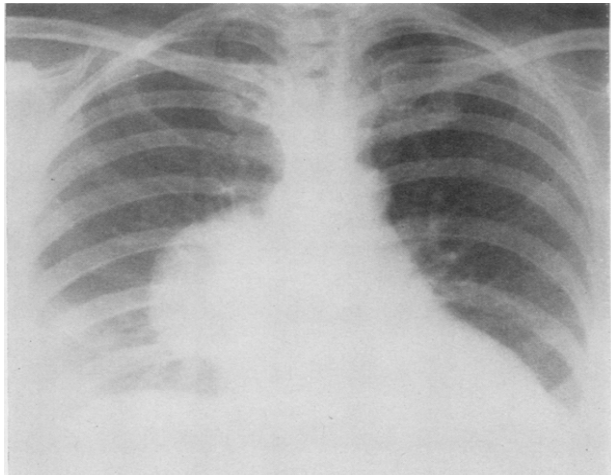
We report four cases of thymoma in which the importance of cystic degeneration first led to the wrong diagnosis of nonneoplastic thymic cysts.

Cases report

Four cases of cystic thymoma were diagnosed in the Pathology Department of A. Mami Hospital between January 1999 and December 2009. Clinical features of the patients are shown in table 1. There were three men and one pregnant woman who were 32, 49, 52 and 72 year-old respectively. One patient had a history of myasthenia gravis. Three patients were symptomatic at diagnosis. The major complaints were chest pain, dyspnea

and cough. One patient was asymptomatic and the tumor was discovered incidentally on a Chest x-ray film. Physical examination was unremarkable in all the cases. A chest X-ray revealed an ill defined mediastinal mass in all cases [Figure 1].

Figure 1: chest X-ray film: right paracardiac opacity.



A computed tomography (CT) scan showed cystic lesions. There were well-demarcated from the surrounding tissue, suggesting a benign lesion. On CT scan, the density varied within the cystic spaces, reflecting the heterogeneity of their contents [Figure 2].

Figure 2: Chest CT scan: anterior mediastinal thin-walled mass with liquid density



The diagnosis of benign cystic mediastinal tumour, either thymic cyst or mature cystic teratoma, was therefore made in all the patients. Complete surgical resection by the mean of thoracotomy was performed in all the cases. Grossly, the tumors measured from 4 to 19 cm in their greatest diameter. They appeared to be well circumscribed and encapsulated. In one case, there were some adhesions on pericardial surfaces.

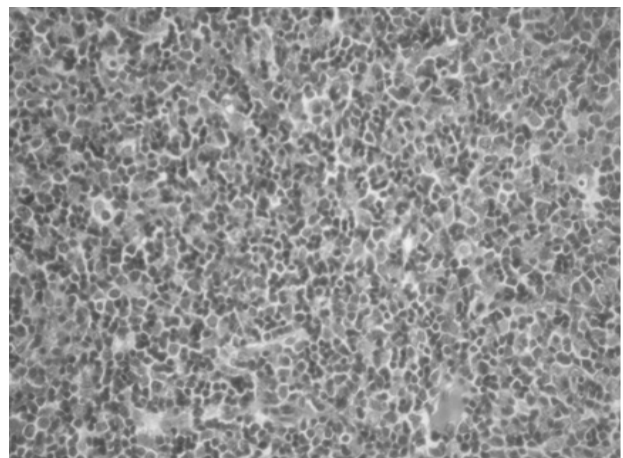
On cut surface, the tumors were predominantly cystic. In two cases, there were small solid areas randomly scattered throughout the mass. In two other cases there was a solid nodule attached to the wall of the cyst. It was 2 cm in diameter in one patient and 2.5 cm in the second one [Figure 3].

Figure 3: Gross pathologic study: cystic lesion with a central nodule



The cystic space was filled with an opaque yellow fluid in all the patients. Microscopically, sections from the solid areas showed a tumor composed of the classic biphasic cell population of thymomas, namely, an admixture of small T-lymphocytes and neoplastic epithelial cells [Figure 4].

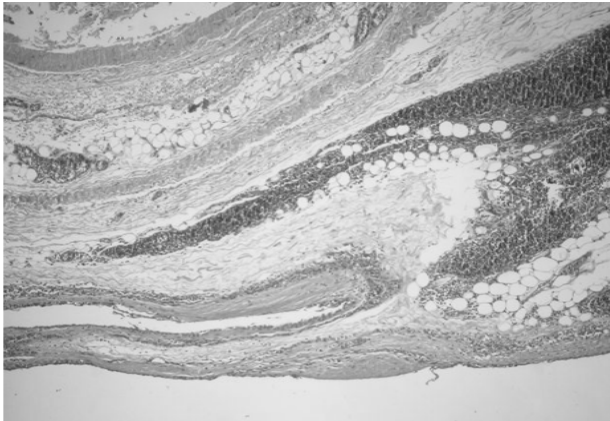
Figure 4: Pathological examination (HE x 400): the solid areas showed a tumor composed of biphasic cell population: an admixture of small T-lymphocytes and neoplastic epithelial cells



The latter, were round to oval, with small vesicular nuclei and inconspicuous nucleoli, and were intimately admixed with a variable number of small, mature lymphocytes.

The cyst wall was devoid of epithelial lining and showed in some areas severe inflammation and necrosis. Other areas showed hemorrhage and cholesterol foreign-body granulomas. Some perivascular spaces were present. The uninvolved thymus exhibited normal findings of the tissue [Figure 5]. These microscopic findings were characteristic of cystic thymoma type B1 and B2/B3 in the recent WHO schema. The postoperative course was uneventful in all cases. Neither recurrence nor metastases were found during the follow-up (table 1).

Figure 5: Pathological examination (HE x 100): Wall of the cyst contains remnants of a normal thymic tissue.



References

- 1- Suster S, Rosai J. Cystic thymomas. Cancer 1992; 69: 92-7.
- 2- Nomura T, Kawasaki T, Tanabe T, Azuma A, Matsubara H. Ectopic Cystic Thymoma Associated with Raynaud's Phenomenon. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2007; 13: 118-21.

Alia Zehani (, Aida Ayadi-Kaddour (*, Ines Zendah **, Mona Mlika (*, Emna Braham (*, Adel Marghli***, Tarek Kilani***, Faouzi El Mezni (**

(Department of Pathology*

*** Department of Pneumology (Department I)*

**** Department of Thoracic Surgery*

Aderrahmen Mami hospital of respiratory diseases. Ariana.Tunis.Tunisia.

Tunis Medical School

Tunis El Manar University

Table 1 : Clinical features in 4 patients with cystic thymoma

Case n°	Sex/Age (year)	Medical history	Clinical presentation	Radiographic imaging	Treatment	Size (cm)	Follow-up
1	M/49		Asymptomatic	Well defined anterior mediastinal mass	Surgical resection	19	NED (9 years)
2	M/72		Chest pain	Paracardiac mass	Surgical resection	12	NED (10 months)
3	M/52	Myasthenia gravis	Dyspnea, cough	Heterogeneous mediastinal mass with partially calcified wall	Surgical resection	4	NED (2 years)
4	F/32		Chest pain	Cystic anterior mediastinal mass	Surgical resection	10	NED (1year)

NED: no evidence of disease