

Figure 5: (I) preoperative view; (J) immediate postoperative view after gingivectomy; (K) appearance 4 years after gingivectomy with good result and without recurrence



References

1. Bondenson J, Miles Aew, Pastrana J. The Nondescript: An example of congenital, generalized hypertrichosis terminalis with gingival hyperplasia. *Am J Med Genet A* 1993; 47:198-212.
2. Synder c. Syndrome of gingival hyperplasia, hirsutism and convulsion. *J Pediatr*; 1965; 67:499-502.
3. Anavi Y, Lerman P, Mintz S, Kiviti S. Idiopathic familial gingival fibromatosis associated with mental retardation, epilepsy and hypertrichosis. *Dev Med Child Neurol*. 1989; 31:538-42.
4. Kiss P. Gingival fibromatosis, mental retardation, epilepsy and hypertrichosis: 2cases reports. *Dev Med Child Neurol* 1990; 32:495-60.

Landoulsi Amani*, **Ben Salah R****, **Bayouth W***, **Fodha H***, **Zairi I***, **Adouani A***, **Nefzi A*****

* *Maxillo-Facial Department, Charles Nicolle Hospital, Boulevard 9 Avril, Tunis, Tunisia.*

***General Surgery Department, Hoptal Habib Bouguetfa, Bizerte, Tunisia.*

*** *Magreb Medical Center, Tunis, Tunisia.*

Adénocarcinome gastrique développé après un lymphome

L'occurrence de deux tumeurs d'histologie différente dans le même organe est extrêmement rare. Nous rapportons un cas rare de tumeur métachrone. Il s'agit d'un adénocarcinome gastrique développé 10 ans après un lymphome de l'estomac.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 63 ans qui a été traité en 1993 pour lymphome non hodgkinien à grandes cellules de haut grade siégent au niveau de la grande courbure gastrique, traité par chimiothérapie à base de six cures de CHOP (Adriamycine, Endoxan, Oncovin, Prednisone).

Le patient a été régulièrement suivi avec négativation des biopsies à trois reprises, puis il a été perdu de vue. Dix ans plus tard, il a reconsulté pour troubles dyspeptiques avec vomissements. Une récurrence de son lymphome gastrique a été évoquée mais la fibroscopie gastrique avec biopsie et immunohistochimie ont permis de porter le diagnostic d'un adénocarcinome peu différencié de la grande courbure et atteignant le tiers inférieur de l'œsophage (Cytokératine et PAS positives et CD20 négatifs) (figure 1 et 2). L'exploration chirurgicale a trouvé une tumeur gastrique de 15 cm adhérent au foie avec carcinose péritonéale. Vu les constatations per opératoires, on s'est contenté alors de réaliser une jujénostomie d'alimentation. Le malade a été proposé pour chimiothérapie palliative, qu'il n'a pas eue à cause de l'altération de son état général. Il est décédé six mois après.

Conclusion

La surveillance du lymphome doit être prolongée à fin de détecter non seulement une récurrence mais aussi pour découvrir une deuxième néoplasie à un stade précoce.

*Tarak Damak**, *Amira Triki**, *Riadh Chargui**, *Boutheina Laamouri**, *Molka Chemlali**, *Haifa Azzouz***, *Jamel Ben Hassouna**, *Fethi Khomsi**, *Khaled Rahal**

* Service de chirurgie carcinologique Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie.

** Laboratoire d'anatomie pathologique, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.

Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

DRESS syndrome

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS syndrome (*Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms*) est une réaction médicamenteuse sévère qui associe une éruption cutanée, une atteinte viscérale et des anomalies hématologiques à type d'hyperéosinophilie et/ou de lymphocytes hyperbasophiles (1).

Le but de cette étude est de dégager les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques de cette toxidermie ainsi que les médicaments incriminés.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective [Janvier 2006 à Janvier 2010] menée au service de Dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis (unité d'hospitalisation) et portant sur sept cas de DRESS syndrome. Le diagnostic a été posé selon les critères de Broquet et al., à savoir l'association d'une éruption cutanée d'origine médicamenteuse à au moins une atteinte viscérale (adénopathies diffuses de diamètre ≥ 2 cm, hépatite avec ASAT $> 2x$ la normale, pneumopathie interstitielle, néphropathie, péricardite ou myocardite) et à une atteinte hématologique (hyperéosinophilie ≥ 1.500 éléments/mm³ ou présence de lymphocytes atypiques) [1]. L'imputabilité médicamenteuse a été dans tous les cas retenue après une enquête de

pharmacovigilance compatible. L'âge des patients, le médicament incriminé, le délai d'apparition des manifestations cutanées, le type de lésions cutanées, l'aspect histologique, l'atteinte systémique, les traitements préconisés ainsi que l'évolution à l'arrêt du médicament incriminé, ont été précisés.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 50 ans [11 ans-76 ans]. Il s'agissait de quatre femmes et de trois hommes. L'enquête de pharmacovigilance a permis d'incriminer l'allopurinol dans trois cas, la carbamazépine dans deux cas dont un cas chez un enfant de 11 ans (patient N°5) (tableau 1), la salazopyrine dans un cas et le sulfaméthoxazole-triméthoprime dans un cas. Le délai entre l'introduction du médicament et l'apparition de l'éruption était en moyenne de 37.4 jours [5-90 jours]. Tous les patients présentaient un rash maculopapuleux généralisé (Fig. 1) associé à un œdème du visage dans six cas (Fig.2). Un aspect purpurique localisé aux membres inférieurs a été noté dans deux cas (Fig.3). Tous les patients signalaient un prurit. Un patient a présenté une atteinte muqueuse à type de chéilite érosive et d'érosions endo-buccales. Cinq patients étaient fébriles à l'admission. L'examen physique trouvait des adénopathies périphériques dans trois cas et une hépatosplénomégalie dans un cas. Une éruption cutanée a été réalisée chez trois patients, montrant à l'examen histologique un infiltrat inflammatoire périvasculaire riche en polynucléaires éosinophiles siégeant au niveau du derme superficiel ainsi qu'une spongiose, une nécrose kératinocytaire et une altération vacuolaire de la couche basale épidermique. Sur le plan biologique, une atteinte hépatique a été observée dans six cas : une cytolyse et une cholestase dans cinq cas et une cholestase isolée dans un cas. La fonction rénale était normale chez six patients. Une patiente a présenté une augmentation transitoire de la créatinémie (patient N°7). La numération formule sanguine a permis d'objectiver une atteinte hématologique chez les 7 patients à type de d'hyperéosinophilie dans six cas [1350 à 5200 éléments/mm³], et de lymphocytes activés au frottis sanguin dans un cas (patient N°1). La radiographie du thorax était normale chez les sept patients. La sérologie HHV6 a été réalisée chez 3 patients et était positive chez 2 d'entre eux (patientes N° 3 et N°7). Après arrêt du médicament incriminé, le rash cutané a rapidement disparu dès la première semaine suivant l'arrêt du médicament en s'aidant dans tous les cas de dermocorticoïdes et d'émollients. La surveillance par des bilans biologiques hebdomadaires a permis de noter une normalisation progressive des bilans hépatiques et de la NFS chez 5 patients. Pour les Patientes N°1 et N°6, une corticothérapie générale à base de prednisone à la dose de 0.5mg/kg/j a été instaurée en raison d'une aggravation de la cytolyse hépatique, 15 et 8 jours respectivement après l'arrêt du médicament incriminé (tableau 1). Chez ces deux derniers patients, une normalisation progressive du bilan hépatique a été obtenue au bout de 15 et 20 jours de traitement, respectivement. La prednisone a été progressivement arrêtée au bout de 3 mois.