

Figure 1: Rash maculo-papuleux chez une patiente atteinte de DRESS syndrome du à l'allopurinol



Figure 2 : Œdème du visage chez une patiente atteinte de DRESS syndrome du à la carbamazépine



Figure 3 : Lésions purpuriques localisées aux membres inférieurs chez une patiente atteinte de DRESS syndrome du à l'allopurinol



Quatre patients ont été revus après une durée de suivi allant de 4 mois à un an sans aucune récurrence du DRESS syndrome. Les trois autres patients ont été perdus de vue après leur sortie de l'hôpital.

Conclusion

Le DRESS syndrome est une toxidermie sévère dont l'étiopathogénie reste encore mal élucidée mais semble être multifactorielle. Le traitement est basé sur l'arrêt du médicament responsable, associé à une prise en charge de l'atteinte systémique. Une récurrence clinico-biologique, de mécanisme encore mal compris et en l'absence de toute réintroduction médicamenteuse, a été rapportée. D'où l'intérêt d'un suivi prolongé des patients

Références

- 1- Begon E, Roujeau JC. Drug hypersensitivity syndrome: DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms). *Ann Dermatol Venerol.* 2004; 131: 293-7.

Aida Khaled, Asmahene Souissi, Faten Zeglaoui, Nadia El Fekih, Riadh Daghfous, Becima Fazaa

*Service de Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Cancers digestifs et grossesse

La survenue simultanée d'un cancer digestif et d'une grossesse est rare. Cette association pose un problème de prise en charge. La symptomatologie clinique est souvent fruste. Elle est confondue avec les signes dits « sympathiques » de grossesse, ce qui explique le retard diagnostique. En plus, les tumeurs sont fréquemment agressives. Ces éléments assombrissent le pronostic vital et obstétrical.

Nous rapportons quatre observations de cancer digestif découvert au cours de la grossesse.

Observation 1

Il s'agit d'une femme de 24 ans, enceinte à 30 semaines d'aménorrhée. Elle a consulté pour épigastralgies évoluant depuis 2 mois associées à une altération de l'état général. La symptomatologie était mise sur le compte de la grossesse. L'examen clinique était normal. L'examen obstétrical était normal pour le terme. La biologie standard était normale en dehors d'une anémie à 9,6 g/dl. La fibroscopie oesogastroduodénale avait montré un processus tumoral bourgeonnant de l'antré. Les biopsies avaient conclu à un adénocarcinome à cellules indépendantes en bague à chaton. La patiente avait eu une échographie abdomino-pelvienne et un scanner abdominal qui étaient sans anomalies. L'échographie obstétricale avait objectivé une grossesse normale pour le

terme. La patiente avait accouchée par césarienne à 32 semaines d'aménorrhée d'un enfant vivant. Trois mois plus tard, la patiente était opérée après avoir eu trois cures de chimiothérapie néo-adjuvante type LV5-cisplatine. En per opératoire, il y avait une grosse tumeur gastrique avec une carcinose péritonéale diffuse. Elle avait eu une gastrectomie palliative avec anastomose oeso-jéjunale sur anse en Y. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à un adénocarcinome classé pT4 N1 M0. Les suites opératoires étaient marquées par l'apparition d'un syndrome péritonéal en rapport avec un lâchage anastomotique du moignon duodénal. Elle avait été réopérée. Elle avait eu une toilette péritonéale avec duodénostomie et drainage. La patiente était décédée à j30 postopératoire.

Observation 2

Il s'agit d'une femme de 31 ans, enceinte à 16 semaines d'aménorrhée aux antécédents de syndromes sub-occlusifs à répétition. Elle était admise dans un tableau d'occlusion colique. Elle était opérée en urgence. En per opératoire il y avait une tumeur du colon transverse droit sans carcinose ni métastase hépatique. Elle avait eu une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait montré un adénocarcinome mucineux classé pT3 pN1 M0. Les suites opératoires étaient simples. Après concertation multidisciplinaire, on avait opté pour une interruption thérapeutique de la grossesse puis réaliser une chimiothérapie adjuvante. Elle avait eu, à 19 semaines d'aménorrhée, une interruption thérapeutique de la grossesse. Par la suite, elle était mise sous chimiothérapie type FOLFOX4. La patiente avait développé une hypertension portale probablement en rapport avec la chimiothérapie. L'évolution était marquée par l'apparition de métastases hépatiques métachrones après un recul de 16 mois. Elle avait eu une chimiothérapie de deuxième ligne type FOLFIRI sans amélioration. Elle est actuellement sous chimiothérapie type Xeloda. Elle est encore en vie après un recul de 3 ans.

Observation 3

Il s'agit d'une femme de 26 ans, enceinte à 11 semaines d'aménorrhée qui a consulté pour des douleurs abdominales associées à des syndromes sub-occlusifs évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. La Symptomatologie était mise sur le compte de la grossesse. L'examen clinique trouvait une masse de la fosse iliaque droite. L'examen obstétrical était normal pour le terme. L'échographie abdominale avait montré une masse hyperéchogène hétérogène de structure tissulaire. L'échographie obstétricale a montré une grossesse mono foetale intra-utérine évolutive. La coloscopie était non concluante. Elle avait eu une biopsie écho-guidée de la masse. L'examen anatomopathologique avait conclu à un adénocarcinome à cellules indépendantes en bague à chaton. Après concertation multidisciplinaire, on avait opté pour une interruption thérapeutique de la grossesse puis une chirurgie. A 12 semaines d'aménorrhée, la patiente avait eu une interruption thérapeutique de sa grossesse. Elle était opérée 2 semaines plus

tard. En per opératoire, il y avait une tumeur caecale envahissant la paroi abdominale sans carcinose ni métastase hépatique. Elle avait eu une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait montré un adénocarcinome mucineux classé pT4 pN1 M0. Les suites opératoires étaient simples. La patiente avait eu une chimiothérapie adjuvante type Folofox4. Elle est encore en vie après un recul de 10 mois.

Observation 4

Il s'agit d'une femme de 34 ans, avait accouché par césarienne pour pré éclampsie d'un enfant mort par maladie des membranes hyalines. Elle avait présenté à j3 postopératoire un syndrome occlusif. L'examen clinique trouvait une distension abdominale. Un scanner abdominal avait objectivé une distension du cadre colique en amont d'une tumeur du sigmoïde avec des métastases hépatiques diffuses. Elle avait été opérée. En per opératoire, il y avait une tumeur du sigmoïde avec une perforation caecale diastatique. Le foie était truffé de métastase et il n'y avait pas de carcinose péritonéale. Elle avait eu une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale protégée par une iléostomie. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire avait montré un adénocarcinome mucineux classé pT3 pN1 M0. Les suites opératoires étaient simples. La patiente avait eu une chimiothérapie type Folofox4. Elle est encore en vie après un recul de 2 mois.

Conclusion

Le cancer digestif découvert en cours de grossesse est de mauvais pronostic, car fréquemment métastatique d'emblée. Le diagnostic doit être évoqué devant toute symptomatologie digestive traînante ne s'améliorant pas sous traitement symptomatique. La faible prévalence de cette association pathologique fait qu'il n'y a pas de consensus formel sur la conduite à tenir. Le choix thérapeutique et sa chronologie imposent une concertation multidisciplinaire.

Nizar Miloudi, Walid Gharbi, Sadri Ben Abid, Rached Bayar, Nafaa Arfa, Mohamed Tahar Khalfallah.

*Service de chirurgie générale. Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis. Tunisie.
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Nodule du sein à éosinophiles : Une atteinte rare au cours du syndrome de Churg et Strauss

Le syndrome de Churg-Strauss (SCS) est une vascularite granulomateuse touchant les vaisseaux de petit calibre. Sur le plan clinique il se caractérise par un asthme et des signes systémiques extra-pulmonaires.