

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.

Habituellement l'asthme précède les manifestations systémiques et les malades ont une sinusite maxillaire et souvent des antécédents allergiques. La maladie a été décrite en 1951(1) à partir d'une cohorte de patients initialement considérés comme étant atteints de périartérite noueuse (PAN). La physiopathogénie du syndrome de Churg et Strauss est inconnue. Ce syndrome est associé aux p-ANCA (anticorps dirigés contre le cytoplasme des polynucléaires neutrophiles à l'origine d'une fluorescence périnucléaire) antimyéloperoxydase dans 35 à 40 % des cas (2-4). Les localisations extra pulmonaires sont fréquentes, essentiellement neurologiques, cardiaques, rénales et cutanées. Nous rapportons une observation particulière illustrant une localisation mammaire du syndrome de Churg et Strauss.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 34 ans, aux antécédents familiaux d'une mère opérée pour une tumeur du sein, et qui était suivie depuis 9 ans pour un syndrome de Churg et Strauss. Le diagnostic avait été retenu devant: un asthme cortico-dépendant, des sinusites à répétition, une atteinte pulmonaire parenchymateuse avec hyper éosinophilie au lavage broncho alvéolaire, une poly neuropathie et des nodules cutanés diffus dont la biopsie avait conclu à des lésions de vascularite. La malade était stabilisée sous corticoïdes et cyclophosphamide. Elle a consulté pour apparition d'un nodule du sein droit. Vu l'âge jeune de la patiente et les antécédents familiaux, une biopsie-exérèse a été réalisée d'emblée. L'histologie a permis de mettre en évidence un nodule inflammatoire riche en éosinophiles.

Actuellement, après un recul de 4 ans, l'examen mammaire et la mammographie réalisés de manière répétée sont restés normaux. La patiente garde par ailleurs des manifestations ORL de sa maladie, contrôlées grâce à l'introduction du mycophénolate mofétil.

Conclusion

L'infiltration à éosinophiles est fréquente au cours du syndrome de Churg et Strauss au niveau des lésions vasculaires ou des nodules cutanés. La localisation mammaire des éosinophiles est exceptionnelle.

Références

1. Churg J, Strauss L. Allergic granulomatosis, allergic angiitis and periarteritis nodosa. Am J Pathol 1951;27:277-94.
2. Sablé-Fourtassou R, Cohen P, Mahr A, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies and the Churg-Strauss syndrome. Ann Intern Med 2005;143:632-8
3. Sinico RA, Di Toma L, Maggiore U, et al. Prevalence and clinical significance of antineutrophil cytoplasmic antibodies in Churg-Strauss syndrome. Arthritis Rheum 2005;52:2926-35.
4. Xiao H, Heeringa P, Hu P, et al. Antineutrophil cytoplasmic autoantibodies specific for myeloperoxidase cause glomerulonephritis and vasculitis in mice. J Clin Invest 2002;110: 955-63.

Besma Ben Dhaou, Fatma Derbali*, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Lilia Baili, Samir Kochbati, Ouahida Cherif, Lilia Rokbani

Service de Médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

*Service de Médecine, Hôpital régional de Sidi Bouzid, Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

Maladie de Crohn œsophagienne isolée traitée par œsophagectomie et tube gastrique

L'atteinte de l'œsophage au cours de la maladie de Crohn est rare avec une incidence de 0,2 à 1,8% et touche essentiellement le 1/3 distal (1). Elle est responsable d'une clinique non spécifique dominée par la dysphagie. Le diagnostic devant une forme isolée est difficile. Nous rapportons une maladie de Crohn œsophagienne isolée qui n'a été diagnostiquée qu'en postopératoire après examen anatomopathologique de la pièce d'œsophagectomie.

Observation

Une femme âgée de 50 ans a été admise au service en décembre 2005 pour des douleurs épigastriques permanentes exacerbées en post-prandial et accompagnées d'une dysphagie aux solides d'aggravation progressive, d'éruclation, de régurgitations et d'un amaigrissement de 20 Kg en six mois. L'examen physique était normal. L'indice de masse corporelle était à 17,5 kg/m². Il existait une anémie à 6,5 g/dl d'hémoglobine et une hypo albuminémie à 42 g/l (Nle>45). Une fibroscopie faite le 08 décembre 2005 a montré à 27 cm des arcades dentaires un aspect bourgeonnant, irrégulier, infiltrant et irrégulier s'étendant sur 8 cm. L'opérateur a conclu à une tumeur probablement maligne de l'œsophage. L'examen anatomopathologique des biopsies a conclu à une œsophagite aigue et ulcérée. Nous avons complété les explorations par un transit œso-gastro-duodénal (figure 1) qui a été réalisé le 17 décembre 2005.

Figure 1: Rétrécissement irrégulier et ulcéré de l'œsophage inférieur avec discrète dilatation en amont

