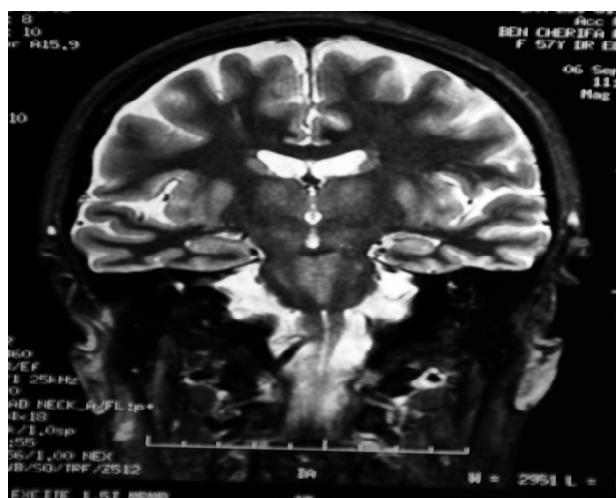


pleurs spasmodiques. La marche et la station debout étaient impossibles. Il n'y avait pas de paralysie oculomotrice ni de déficit moteur ni sensitif. Les reflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. La fente musculaire était prédominante aux membres inférieurs. Il n'y avait ni troubles de la déglutition ni de la phonation ni de troubles sphinctériens. Il s'agissait donc d'un tableau bulbaire et pseudo bulbaire survenant dans un contexte d'hyponatrémie sévère et s'aggravant suite à une correction rapide de cette hyponatrémie. La conduite à tenir était de perfuser la patiente, de renforcer l'alimentation orale et de commencer les séances de rééducation fonctionnelle (verticalisation et renforcement musculaire). L'évolution était marquée par l'apparition d'une insuffisance rénale fonctionnelle (Créatinine= $292\mu\text{mol/l}$) rapidement jugulée grâce à une bonne réhydratation, la disparition de la diplopie, la persistance des troubles de la marche. La patiente est sortie avec poursuite de la kinésithérapie motrice à domicile.

Figure 1 & 2 : IRM : Coupe axiale T2 Flair (1) et coupe coronale T2 (2) : Hyper signal franc centro pontique bien limité et symétrique et hyper signal symétrique des noyaux caudés et des putamens



Conclusion

La MCP est une pathologie qui engage le pronostic vital, elle est la cause d'une lourde morbidité mais qui, à l'aide d'une rééducation, peut être réversible. Il faut redouter particulièrement la vitesse de correction des hyponatrémies, qui malgré une attention particulière, peut s'avérer trop rapide. L'IRM cérébrale est primordiale dans le diagnostic de cette pathologie. Les thérapeutiques restent symptomatiques. Le pronostic de la MCP est diversement apprécié ; l'évolution va de la récupération complète au décès.

Références

- [1] Ruiz S, Alzieu M, Niquet L et al. Hyponatrémie sévère et myélinolyse centropontine : attention aux cofacteurs! Ann Fr Anesth Reanim 2009 ; 28 : 96-9.
- [2] Lui CC, Chen CL, Chang YF et al. Subclinical Central Pontine Myelinolysis after Liver Transplantation. Transplant Proc 2000 ; 32 : 2215-6.
- [3] Liberatore M, Denier C, Fillard P et al. Suivi évolutif d'une myélinolyse centro-pontique en IRM de tenseur de diffusion et de tracking de fibres. J Neuroradiol 2006 ; 33 : 189-193.
- [4] Goswami P, Medhi N, Sarma PK et al. MRI findings in Marchiafava - Bignami Disease with Central Pontine Myelinolysis: A Case Report. Ind J Radiol Imag 2006; 16: 779-81.

Mzabi Anis, Ben Fredj Ismail Fatma, Hasni Ibtissem, Mrad Belgacem, Karmani, Monia, Laouani Kechrid Chédia*

Service de Médecine Interne

**Service de Radiologie, hôpital Sahloul, route de ceinture, 4054, Sousse, Tunisie. Faculté de Médecine de Sousse, Université de Sousse*

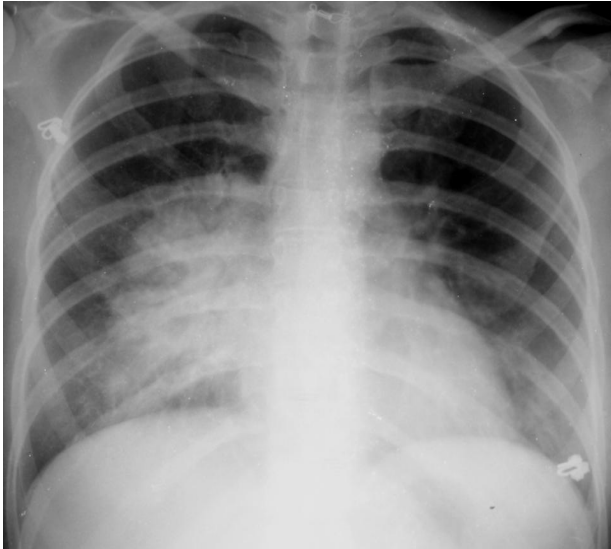
Hodgkin lymphoma presenting with exclusive pulmonary involvement

Primary pulmonary classical Hodgkin's lymphoma (PPCHL) is a rare disease with fewer than 100 reported cases [1]. This entity is distinct and denotes involvement of the lung without hilar and mediastinal adenopathy or disseminated disease. We present a new case of PPCHL illustrating the difficulties in the clinical and biopsy diagnosis.

Case report

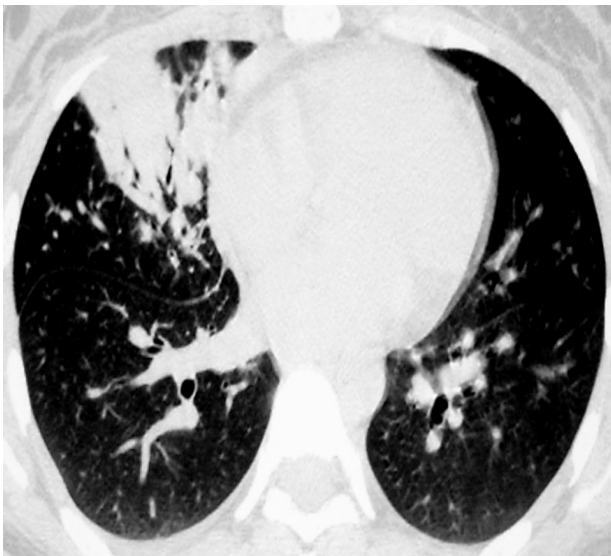
A 23-year-old woman had a 5-month clinical history of cough, shortness of breath, fever, haemoptysis and weight loss. The physical examination failed to disclose any evidence of lymphadenopathy. The chest X-ray showed a right-sided heterogenous paracardiac opacity (Figure 1). The thoracic computed tomography (CT) scan demonstrated an irregular alveolar consolidations with a cavity, in the upper and middle right lobes, but no hilar or mediastinal adenopathy (Figure 2).

Figure 1: Chest X-ray: Right-sided heterogenous paracardiac opacity



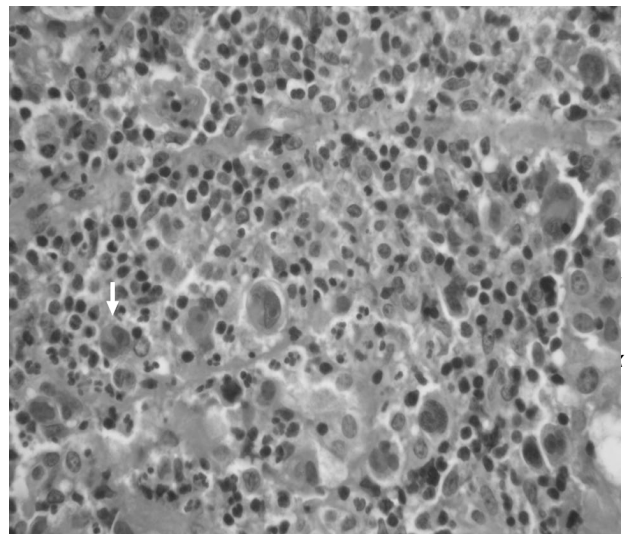
Bronchofibroscopey revealed bilateral inflammation of the tracheobronchial tree mucosa, and the bronchial biopsy revealed granulation tissue only. We strongly suspected tuberculosis and the patient received anti-tuberculosis treatment. Two months after, a clinical worsening was noted. CT scan shows the enlargement of tissular condensation associated with bilateral ill-defined micronodular lesions and pleural effusion without any enlargement of lymph nodes. Due to difficulties in establishing the aetiology, surgical biopsy of the lung was performed. Morphological findings of wedge-shaped lung biopsies of the upper and lower lobes showed comparative findings.

Figure 2: Axial thoracic CT scan: Tissular consolidation with a cavity in the upper and middle right lobes.



The lung tissue was infiltrated by mononuclear Hodgkin cells and multinuclear Reed-Sternberg cells residing in a rich inflammatory background (Figure 3). The reactive cellular infiltrate contained non-neoplastic small lymphocytes, eosinophils, histiocytes and plasma cells. Tumor cells were positive for CD15 and CD30 and negative for CD20 and LMP1 (Latent membrane protein 1). Diagnosis of pulmonary mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma was made. The patient received aggressive chemotherapy regimens, including 12 courses of ABVD (Adriamycin, bleomycin, vinblastine, and dacarbazine). One year after diagnosis, the patient is well and remains in complete remission.

Figure 3: Tumor cells with typical binucleated Reed-Sternberg cell (arrow) in a mixed cellular infiltrate (original magnification x 400)



Spontaneous rupture of a communicating rudimentary horn at 25 weeks

Pregnancy in a non-communicating rudimentary horn is uncommon, with an estimated incidence of 1 in 100 000 [1]. Trans-peritoneal migration of fertilized ovum may result in pregnancy in the horn with eventual rupture and intra peritoneal haemorrhage. Early diagnosis before rupture is possible, but remains elusive, despite advances in ultrasound as a result of the bizarre presentation. Unless the possibility is kept in mind, early diagnosis may be missed. It can lead to catastrophic hemorrhage and death.