

was made under epidural anesthesia, and done after aspirin arrest seven days before. Heparin was discontinued 6 hours before the section began and restarted 8 hours after delivery was completed. Surgery proceeded uneventfully and a healthy baby boy (weight 2.7 Kg) was delivered with Apgar scores of 8 and 10 at 1 and 5 min respectively. The postoperative follow up was normal. Subcutaneous administration of low molecular weight heparin was continued during puerperium.

Figure 1 : Echocardiography showing neither dilated nor hypertrophic left ventricular. Left ventriculography showed a reserved left ventricular function (ejection fraction = 57%),

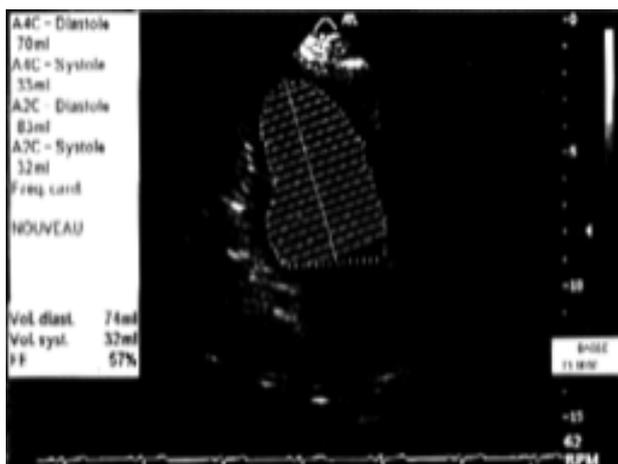
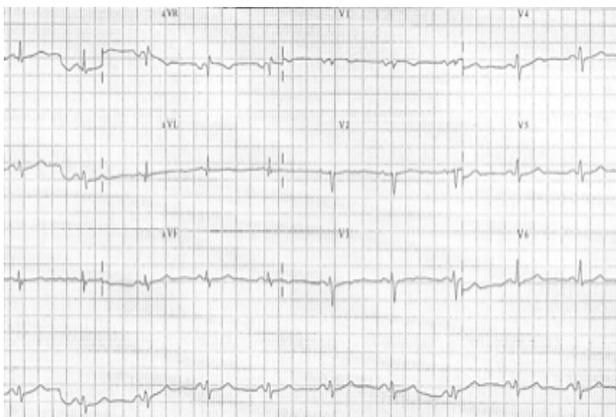


Figure 2: Electrocardiogram: normal sinus rhythm.



Conclusion

Kawasaki disease is rare where cardiovascular consequences could be fatal. Pregnancy and delivery in patient with coronary artery lesions caused by Kawasaki disease is rarely reported in the literature. However, there is no guideline to handle these cases. For optimal outcome, a multidisciplinary team should manage those cases individually.

References

1. PH. Vanlieferinghen, F. Brunet, A.M. Beaufriere, C. Borderon, P. Dechelotte. Sudden Unexpected death in an infant due to ruptured coronary aneurysm revealing Kawasaki disease. Arch Ped 2002; 9: 1248-51.
2. Marsha S. Anderson, James K. Delayed Diagnosis of Kawasaki Syndrome: An Analysis of the Problem. Pediatrics 2005; 115: 428-3.
3. E Tsuda, Y Ishihara, K Kawamata, et al. Pregnancy and delivery in patient with coronary artery caused by Kawasaki disease. Heart 2005; 91: 1481-2.
4. Hayakawa H, Katoh T. Successful pregnancy after coronary bypass grafting for Kawasaki disease. Acta Paediatr Jpn. 1998; 40: 275-7.

Atef Youssef(1), Fethi Ben Amara (1), Manel M' barki (1), Hedi Reziga (1), Hayanne Magherbi (1), Khaled Neji (1)

1: Department B of Obstetrics and Gynecology – CMNT

2: Department of anesthesiology – CMNT

3: Department of Emergency – CMNT

University of Tunis El-Manar, Tunis, Tunisia

Métastase mammaire d'un mélanome malin

Le mélanome cutané est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes. Il s'agit de la tumeur cutanée maligne la plus fréquente et la plus sévère, représentant 3% des cancers chez la femme [1]. Son incidence augmente rapidement. Le taux de mortalité est inférieur à 1% en l'absence de métastase [2]. L'évolution métastatique se fait vers les ganglions lymphatiques de drainage immédiat, vers des sites lymphatiques ou cutanés intermédiaires entre la lésion cutanée initiale et le premier relais ganglionnaire ou encore vers des sites à distance entraînant des métastases. Il s'agit surtout de métastases pulmonaires, médiastinales, cérébrales, hépatiques et osseuses et rarement surrenaliennes, thyroïdiennes, pancréatiques et cutanées. Le mélanome malin métastase exceptionnellement au sein.

Nous rapportons un cas inhabituel de métastase mammaire secondaire d'un mélanome se manifestant après 7 ans d'évolution de la tumeur primitive et s'associant à des localisations secondaires multiples.

Observation

Madame LF, âgée de 50 ans, ménopausée à l'âge de 49 ans, aux antécédents de mélanome supra labial opéré à deux reprises en 2001 et en 2003, s'était présentée en Janvier 2008 avec une symptomatologie faite d'une lombosciatique de type S1 d'horaires inflammatoire évoluant depuis 4 mois dans un contexte d'altération de l'état général avec un amaigrissement chiffré à 7 Kg, asthénie importante et anorexie. L'examen a noté un état général moyen et un rachis lombaire douloureux et raide. Les radiographies du rachis ont montré un aspect hétérogène du corps vertébral de la 4^{ème} vertèbre lombaire. L'examen tomographique a confirmé le tassement malin de L4 et montré trois nodules parenchymateux pulmonaires, un foie secondaire et un nodule splénique suspect (figure 1). Par ailleurs, il existait au sein droit un nodule de 2 cm de grand axe siégeant au quadrant inféro-externe sans adénopathie satellite.

Les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen était sans particularités. La mammographie a révélé une opacité ronde spéculée dense à la jonction du quadrant inféro-externe et interne du sein droit classée ACR 5 (figures 2 et 3). L'analyse anatomopathologique de la lésion mammaire avait mis en évidence la présence de cellules néoplasiques métastatiques d'un mélanome malin. La patiente avait bénéficié d'une chimiothérapie et radiothérapie palliatives avec stabilité des lésions et une survie de 6 mois. L'évolution ultérieure avait été marquée par le décès de la patiente dans un état de cachexie.

Figure 1 : Métastases hépatiques, spléniques et osseuses du mélanome

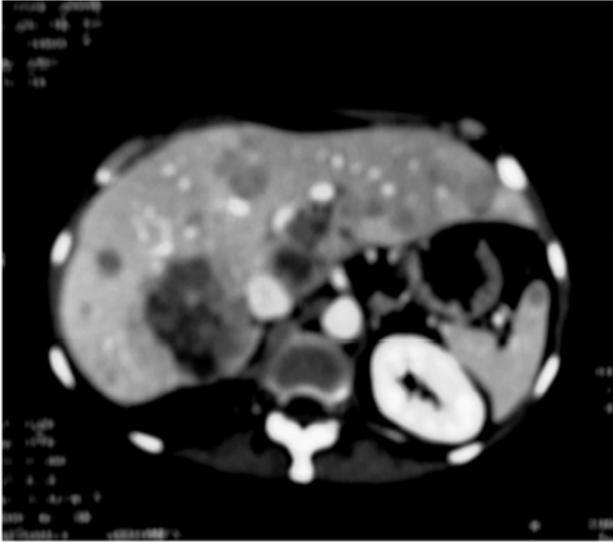
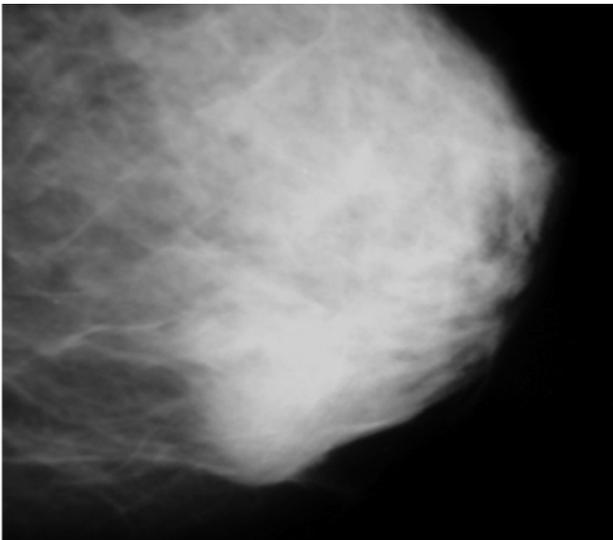


Figure 2 : Mammographie montrant la lésion suspecte au sein droit



Conclusion

Le mélanome malin est la plus grave et la plus fréquente des tumeurs cutanées. Il représente la première cause de mortalité par cancer en dermatologie. Sa prise en charge au stade

métastatique est globalement décevante. Il faut savoir faire un diagnostic précoce ou au moins un suivi rigoureux et prolongé des malades diagnostiqués et n'ayant jusque là pas de localisations secondaires.

Références

- 1-Landis SH et al. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 1998;48:6-29.
- 2-Sabban F, Boukerrou M, Mubiayi N, Houpeau JL, Robert Y, Vinatier D. Métastase ovarienne d'un mélanome malin : à propos d'un cas. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2005;33: 409-11.

Kaouther Ben Abdelghani, Hana Sahli, Selma Kassab, Leila Souabni, Selma Chekili, Salwa Zaitni, Ahmed Laatar, Leith Zakraoui

*Service de Rhumatologie- Hôpital Mongi Slim- La Marsa-Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar*

L'actinomyose hépatique : Une tumeur hépatique rare et particulière

L'actinomyose est une infection chronique rare, d'évolution lente. Le germe responsable est un bacille gram positif anaérobie : l'actinomyce Israelii. L'actinomyose est le plus souvent cervico-faciale (60%). La localisation abdominale se voit dans 20% des cas. L'atteinte hépatique est rare et représente 15% des localisations abdominales et 5% toutes localisations confondues [1]. L'actinomyose hépatique peut simuler un cancer hépatique primitif ou secondaire.

Nous rapportons l'observation d'une patiente qui a présenté une actinomyose hépatique pseudo tumorale.

Observation

Une patiente âgée de 61 ans, avait comme antécédents un diabète et était opérée pour cholécystite aiguë par voie laparoscopique, il ya 2 ans. Elle consultait pour des épigastralgies, évoluant depuis 1 an, associées à des vomissements et une altération de l'état général. L'examen abdominal trouvait une masse douloureuse oblongue de l'hypochondre droit débordant sur l'épigastre de 8 cm de grand axe. L'échographie abdominale confirmait la présence d'une masse hétérogène du foie de 8cm, Inflammatoire et mal limitée. La tomодensitométrie (TDM) abdominale concluait à une tumeur du foie hétérogène, mal limitée, infiltrant le lit vésiculaire, Le duodénum, le pédicule hépatique et l'angle colique droit (Figure 1). L'examen anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie ne montrait pas de signes de malignité et les marqueurs tumoraux étaient négatifs. Devant cette tumeur non ré sécable, une ponction sous TDM était décidée en vue d'un traitement palliatif type chimiothérapie. L'examen anatomopathologique mettait en évidence des filaments et des corps d'actinomyces (Figure 2). Le diagnostic d'actinomyose hépatique était posé par la ponction sous TDM et nous avons décidé d'entamer le traitement médical. La patiente a été mise sous Pénicilline à la dose de 20 millions