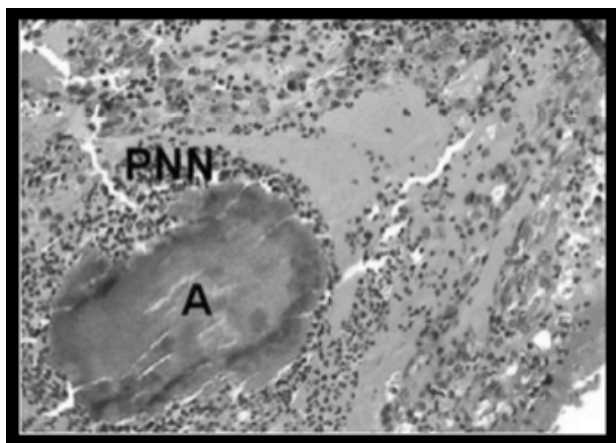


d'unités par jour. L'évolution à 1 mois était marquée par l'apparition de fistules cutanées à travers l'orifice de trocart de la cholécystectomie et l'orifice de ponction percutanée.

Figure 1 : TDM abdominale montrant une tumeur hépatique infiltrant le lit vésiculaire, le duodénum, le pédicule hépatique et l'angle colique droit



Figure 2 : Histologie : inflammation à polynucléaires neutrophiles (PNN) avec présence de filaments et de corps d'actinomyce (A)



La TDM abdominale montrait une augmentation de la masse infiltrant les segments IV et V du foie et arrivant au contact du muscle grand droit de l'abdomen, fistulisée à la peau (Figure 3). L'examen bactériologique n'avait permis d'isoler qu'une *Serratia*, nous ne disposions donc pas d'un antibiogramme. Devant cette évolution défavorable, Une antibiothérapie ciblée n'étant pas possible avec les données bactériologiques, nous avons opté pour une antibiothérapie probabiliste à large spectre. Les doses de Pénicilline G ont été augmentées à 24 millions d'unités par jour avec adjonction de ceftriaxone, pyostacine et ciprofloxacine. L'évolution sous quadrithérapie était favorable avec un tarissement des fistules cutanées et une diminution nette de la taille de la masse.

Figure 3 : TDM abdominale à 1 mois de traitement montrant l'augmentation de taille de la masse avec fistulisation à la peau



Conclusion

L'invasion hépatique rare par l'actinomyces peut théoriquement se faire via la veine porte après effraction de la barrière intestinale ou hématologique à partir d'un foyer oro-pharyngé via l'artère hépatique. La clinique au cours de l'actinomycose hépatique est aspécifique. La fistule cutanée peut constituer un mode de révélation ou d'évolution défavorable de la maladie. L'actinomycose hépatique peut simuler un cancer du foie. La contribution de l'imagerie est essentiellement représentée par les ponctions écho ou scannoguidées, qui quand elles sont positives, restent le meilleur moyen d'obtenir une preuve histologique. Le traitement de l'actinomycose hépatique est médical basé sur la Pénicilline G relayée par l'amoxicilline.

Références :

- [1] Kim HS, Park NH, Park KA, Kang SB. A case of pelvic actinomycosis with hepatic actinomycosis pseudotumor. *Gynecol Obstet Invest* 2007; 64:95-9.

Zeineb Mzoughi(1), Rania Hfaiedh(2), Sadri Ben Abid(1), Nizar Miloudi(1), Lobna Marsaoui(1), Nafaâ Arfa(1), Hamed Mestiri(1), Najet Belhaj(2), Lassaâd Gharbi(1), Mohamed Taher khalfallah(1)

(1) Service de chirurgie générale

(2) Service de gastroentérologie et hépatologie

CHU Mongi Slim, Sidi Daoued, Tunis, Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar

Duplication of vermiform appendix

Duplication of vermiform appendix is reported with an incidence of 0.004% [1] and may be associated with other congenital duplications [2]. Failure to recognize this condition may have serious clinical and medico-legal consequences [3]. Double appendix are usually asymptomatic, the majority of

them are diagnosed at surgery or on postmortem examination. Symptoms are usually the result of obstruction and inflammation. The clinical presentation can vary according to the location of the appendices. In our case, duplication is classified B2 according to the Cave and Wall Bridge's classification [4]. This duplication is reported as developing from the persistence of the transient cecal protuberance of the sixth embryonic week [4].

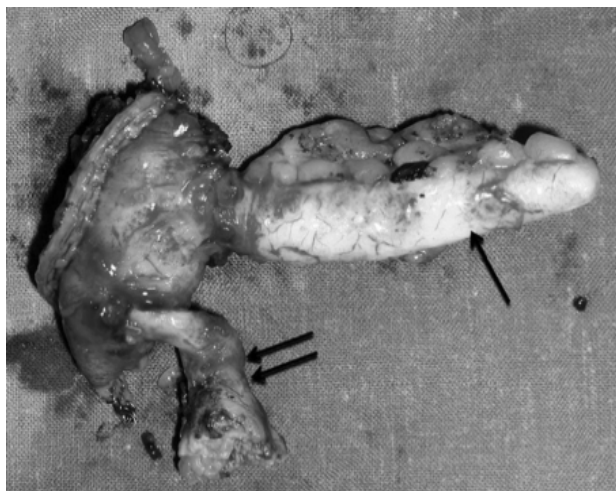
In patients with appendicular duplication, when only one of them is found to be inflamed on exploration or laparoscopy, both of them should be removed so as to avoid diagnostic confusion that may arise on removal of single appendix. However, non-inflamed duplication detected when exploration or laparoscopy is performed for some other condition need not be subjected to appendicectomy [5].

The aim of this study is to report a new case of duplication of vermiform appendix.

Observation

A 60-year-old woman presented with a 72-hour history of abdominal pain that started in the right lower quadrant. She also experienced nausea and vomiting. Her physical examination revealed tenderness in the right iliac fossa at the Mac Burney point. Her body temperature was 38.5°C, pulse rate was 100 beats/minute and blood pressure was 100/60 mmHg. The urine examination result was normal. Laboratory investigations have objectified an elevated white cell count (16,000/mm³). Laparotomy revealed a moderate amount of purulent fluid localized in the right lower quadrant of the abdomen. There were two appendices, one appendix arises from the usual site on the caecum, with another rudimentary appendix arising from the caecum along the line of one the taenia coli. The second one, was smaller, located in unusual place, 1 cm under the first one, at the medial wall of the coecum and perforated at the top (Figure 1).

Figure 1: The specimen. There were two appendices, one appendix (One arrow) arises from the usual site on the caecum, with another rudimentary appendix (Two arrows) arising from the caecum along the line of one the taenia coli.



supply derived from appendicular arteries, both of which were given off from the ileocolic artery. Appendices were mobilized, both appendiceal arteries were ligated. A wedge resection of the caecum carrying the two appendices and their stumps was performed using a stapler. One of them was obstructed by fecoliths. Microscopic examination of perforated appendix revealed prominent lymphoid follicles, necrosis and the inflammatory reactions. The patient's recovery was uneventful.

Conclusion

Surgeons who deal with cases including a previous appendectomy in emergency services should be aware of the anatomic anomalies such as appendix duplication and malposition of the appendix, because misdiagnosis of appendix duplication may lead to a poor clinical outcome.

References

- 1- Chew DK, Borromeo JR, Gabriel YA, Holgersen LO. Duplication of the vermiform appendix. J Pediatric Surg 2000;35:617-8
- 2- McNeill SA, Rance CH, Stewart RJ. Fecolith impaction in duplex vermiform appendix: An unusual presentation of the duplication. J Pediatric Surg 1996;31:1435-7
- 3- Mitchell IC, Nicholls JC. Duplication of the vermiform appendix. Report of a case: review of the classification and medico legal aspects. Med Sci Law 1990;30:124-6
- 4- Wallbridge PH. Double appendix. Br J Surg 1962;50:346-7
- 5- Lin BC, Chen RJ, Fang JF, Lo TH, Kuo TT. Duplication of the vermiform appendix. Eur J Surg 1996;162:589-91

Amin Makni, Amin Chhaider, Anis BelHadj, Zoubeir Ben Safta

*Department of General Surgery 'A', La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia
Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis*

Carcinome rénal et pancréatique : Une association tumorale rare

La survenue de cancers primitifs multiples chez un même individu a été décrite pour la première fois par Billroth à la fin du 19^{ème} siècle [1]. Depuis cette date quelques cas de localisations tumorales multiples ont été rapportés. Actuellement, il est bien connu que ces localisations tumorales multiples ne sont pas exceptionnelles et seraient génétiquement déterminées. Une récente revue de la littérature a montré que ces cancers touchent généralement le tube digestif, l'arbre broncho-pulmonaire, la région de la tête et du cou et le système urogénital avec une incidence estimée à 3-10% [2]. Le carcinome rénal à cellules claires (CRCC) survient fréquemment dans le cadre de néoplasies multiples, synchrones ou métachrones, à type essentiellement de carcinome prostatique, vésical, pulmonaire ou colorectal, de mélanome ou de lymphomes non hodgkiniens. L'association synchrone CRCC et adénocarcinome pancréatique a été rarement décrite [2, 3]. Il s'agissait le plus souvent de métastases pancréatiques de CRCC.