

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].

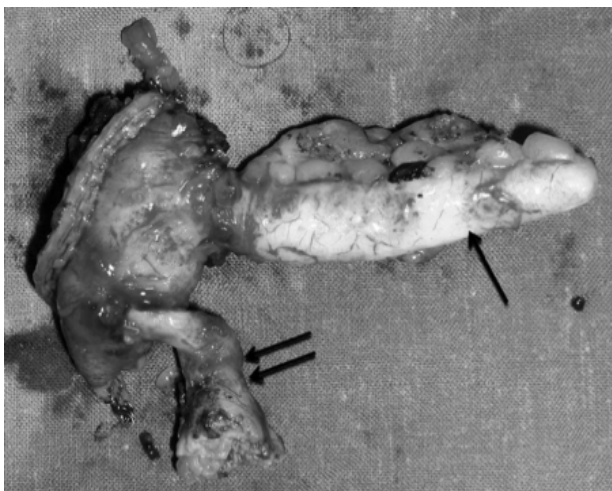
In patients with appendicular duplication, when only one of them is found to be inflamed on exploration or laparoscopy, both of them should be removed so as to avoid diagnostic confusion that may arise on removal of single appendix. However, non-inflamed duplication detected when exploration or laparoscopy 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

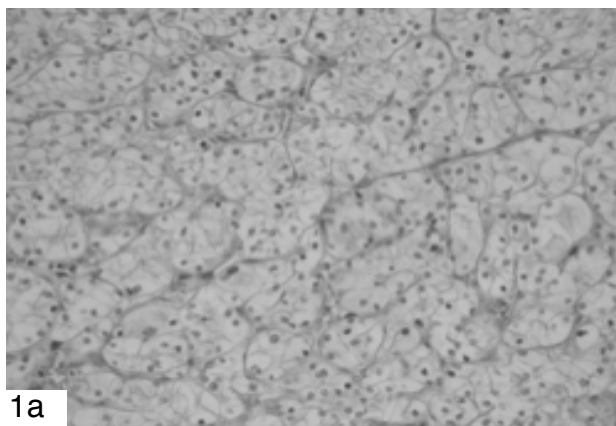
La survenue de cancers primitifs multiples chez un même individu a été décrite pour la première fois par Billroth à la fin du 19^{ème} siècle [1]. Depuis cette date quelques cas de localisations tumorales multiples ont été rapportés. Actuellement, il est bien connu que ces localisations tumorales multiples 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.

Nous rapportons l'observation d'un patient ayant présenté un CRCC associé à un adénocarcinome pancréatique dont le diagnostic a été établi à un stade localisé.

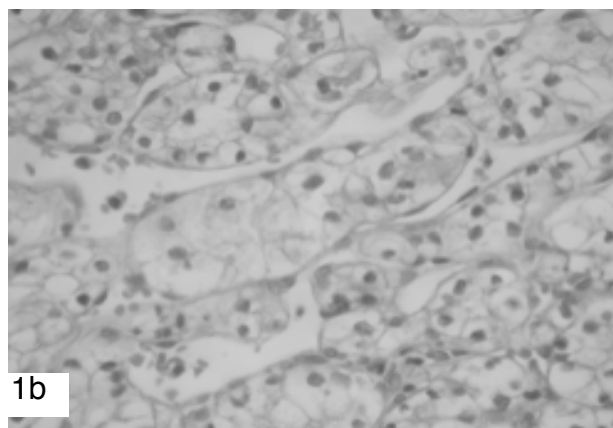
Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 58 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, tabagique à 50 paquets/années, non éthylique qui avait consulté pour des épigastalgies transfixinates associées à des lombalgies droites sans ictère ni signes urinaires. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte d'altération de l'état général avec un amaigrissement chiffré à 7 kg en 2 mois. L'examen clinique trouvait une sensibilité épigastrique. Il n'y avait pas de masse palpable ni de contact lombaire. Les aires ganglionnaires étaient libres. A la biologie, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique avec des fonctions hépatique et rénale normales. L'échographie abdominale objectivait une formation hypoéchogène de la tête du pancréas de 2,5 cm de diamètre associée à une dilatation du canal de wirsung. Le rein droit était le siège d'une masse tissulaire de 28 mm de taille au niveau polaire supérieure. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a mis en évidence une formation tissulaire de la tête du pancréas, mal limitée, se rehaussant de façon hétérogène après injection du produit de contraste, mesurant 3 cm de taille et associée à une dilatation du Wirsung sans envahissement vasculaire ou locorégional. Il existait par ailleurs, une lésion tissulaire polaire supérieure du rein droit prenant fortement le contraste au temps artériel. Cette lésion ne retentissait pas sur les cavités excrétrices. Par ailleurs, il n'a pas été objectivé de localisation tumorale secondaire. Le CA19/9 était à 631 UI/ml. Ainsi, il pouvait s'agir soit d'une maladie métastatique pancréatique ou rénale soit de l'association synchrone de deux tumeurs primitives pancréatique et rénale. Le patient a subi une néphrectomie droite première par voie lombaire. L'examen histologique de la pièce de néphrectomie a conclu à un carcinome rénal à cellules claires envahissant la graisse péri rénale grade 2 de Fürman et classé pT3aNxMx (Figure 1).

Figure 1: Etude histologique de la pièce de néphrectomie: Prolifération de cellules à cytoplasme clair et à noyau rond hyperchromatique et nucléolé. 1a : HEx100 – 1b : HEx400



1a



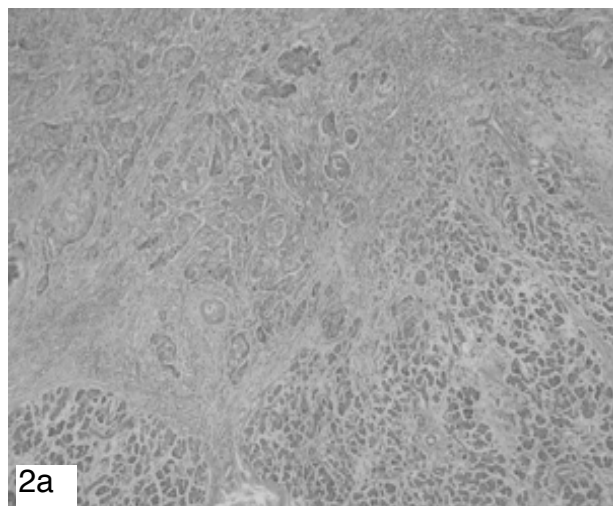
1b

Après 3 mois de la première intervention, le patient a été réopéré en vue d'une duodéno-pancréatectomie céphalique. L'exploration per-opératoire n'a pas retrouvé de localisation secondaire notamment péritonéale ou hépatique et il n'y avait pas d'extension locorégionale notamment vasculaire. L'examen histologique de la pièce duodéno-pancréatique a mis en évidence une prolifération carcinomateuse agencée en structures glandulaires, en massifs et en amas cribriformes. La tumeur infiltre par place la sous séreuse et la musculature duodénale ainsi que le tissu péri pancréatique.

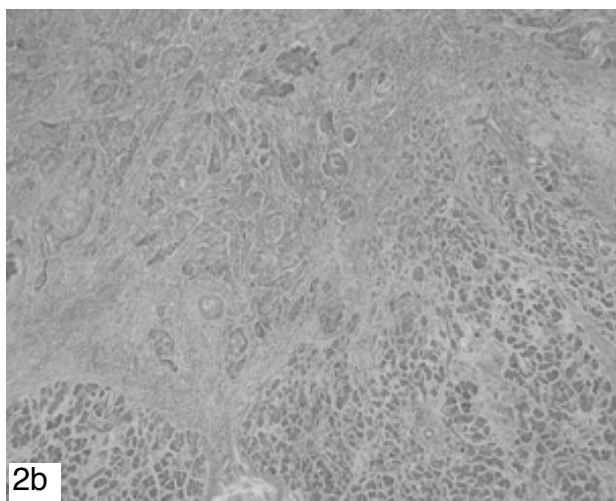
Il existait par ailleurs, des embols vasculaires et un engainement péri nerveux. Les ganglions prélevés étaient tous réactionnels. Cet aspect cadrait avec un adénocarcinome ductulaire pancréatique moyennement différencié classé T3N0MX (Figure 2).

Une chimiothérapie postopératoire a été par la suite entamée de type gemcitabine à la dose de 1000 mg/m² pendant 6 mois.

Figure 2: Etude histologique de la pièce de duodéno-pancréatectomie céphalique : Prolifération carcinomateuse bien différenciée à stroma fibreux. 2a : HEx46 – 2b : HEx400



2a



Conclusion

L'association synchrone cancer rénal à cellules claires et adénocarcinome pancréatique a été rarement rapportée dans la littérature. La prise en charge thérapeutique dépend du stade tumoral de chaque cancer alors que le pronostic dépend essentiellement du stade de la lésion pancréatique et de sa réponse au traitement.

Références

- 1- Billroth T. [General surgical pathology and therapy. Guidance for students and physicians. Lecture]. Khirurgiia (Mosk) 1991; 10:136-143.
- 2- Beisland C, Talleraas O, Bakke A, Norstein J. Multiple primary malignancies in patients with renal cell carcinoma: a national population-based cohort study. BJU Int 2006; 97:698-702.
- 3- Rabbani F, Grimaldi G, Russo P. Multiple primary malignancies in renal cell carcinoma. J Urol 1998; 160:1255-9.

Meriem Serghini, Houda Boussorra, Inès Chelly, Sami Karoui, Slim Haouet*, Jalel Boubaker, Azza Filali*

Service de Gastro-entérologie A

**Service d'anatomie pathologique. Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar*

Combined lumbar plexus and sciatic nerve block in hip arthroplasty with severe ankylosing spondylitis

Ankylosing spondylitis (AS) is defined as an inflammatory arthritis of the spine always involving the sacroiliac joints. Later, higher levels of the spine become involved, spinal mobility becomes restricted and gross deformities may develop as kyphosis. A high risk of difficult intubations and severe neurological complications may be observed during anaesthesia (1). So, the AS patient's anaesthesia present a challenge to the anaesthetist and ask to define an anaesthetic strategy before the intervention day. We report in this observation, the successful anaesthetic and postoperative analgesic management of total

hip arthroplasty using a combined lumbar plexus and sciatic nerve block associated to a propofol general anaesthesia in patient with a severe AS.

Observation

Miss Nourra B.J, 44 year old female patient, 59 kg, 160 cm with severe AS antecedent admitted for total hip replacement. The exam found a severe limitation of flexion, extension and rotation of the neck with a thoraco kyphosis and a very limited lumbar spine motion (figure.1).

Figure 1: Thoraco kyphosis profile



Mouth opening was normal. The hard and soft palate and the part of the uvula were visible (Mallampati class II). Lateral Radiograph of cervical spine showed a stiffness of the cervical spine, ossification of the anterior longitudinal ligament and bony bridges of the inter vertebral spaces (figure 2).

Figure 2: Lateral radiography of cervical spine

