

phosphatases alcalines: 233 U/l pour une normale inférieure à 220 u/l, TGO : 31 U/l, TGP : 22 U/l, gamma GT : 24 U/l, créatinine: 89 micromol/l). Les radiographies osseuses ont donné les résultats suivants : apposition périostée, localisée aux métaphyses, aux diaphyses et aux épiphyses des os longs, tendant à confluer avec la corticale normale et donnant un aspect d'os épaissi. Cette apposition périostée est également présente sur les os des mains et est associée à une acro-ostéolyse. Le diagnostic d'une OAH a été évoqué. Les différentes explorations effectuées (radiographies thoraciques, échographie abdominale, consultation ORL, consultation cardiologique) n'ont pas objectivé d'anomalie dans le cadre d'une OAH secondaire. L'examen de la peau fait par un dermatologue était normal. Le diagnostic d'OAH primitive sans pachydermie est alors posé, et le patient est traité par anti-inflammatoires non stéroïdiens.

### Conclusion

La maladie de Currarino, caractérisée par l'absence d'atteinte cutanée et le retard de fermeture des fontanelles, bien que rare ne doit pas être ignorée.

### Références

1. Martinez Lavin M, Martucci-Cerini M, Jajic J, Pineda C. Hypertrophic osteoarthropathy: consensus on its definition, classification, assessment and diagnostic criteria. *J Rheumatol* 1993; 20: 1386-7
2. Gaston-Garrette F, Porteau-Cassard L, Marc V, et al. A propos d'un cas de maladie de Currarino (ostéoarthropathie hypertrophique primitive sans atteinte cutanée). *Rev Rhum* 1998, 65 : 653-5
3. Currarino G, Tierney R C, Giesel R G et al. Familial idiopathic osteoarthropathy. *Am J Roentgenol* 1961; 85: 633-44

*Owonayo Oniankitan* 1, *Eyram Fianyo* 1, *Palakiem Pitché* 2, *Moustafa Mijiyawa* 1  
1 Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lomé, CHU Tokoin de Lomé, Service de Rhumatologie, Lomé, Togo  
2 Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lomé, CHU Tokoin de Lomé, Service de Dermatologie, Lomé, Togo

## Prise en charge coelioscopique des tumeurs ovariennes à la limite de la malignité découvertes au cours de la grossesse

Les tumeurs ovariennes à la limite de la malignité (TOLM) représentent un quart des tumeurs non bénignes au cours de la grossesse [1]. La prise en charge initiale des TOLM peut se faire par voie coelioscopique ; elle a un intérêt aussi bien diagnostique que thérapeutique, tout en optimisant les résultats sur la fertilité ultérieure en réduisant le risque adhérentiel [2]. Les TOLM sont fréquemment diagnostiquées à des stades précoces chez des patientes désireuses d'autres grossesses ce qui incite à laisser évoluer la grossesse tout en ayant au préalable éliminé une tumeur invasive. La stadification chirurgicale doit être complétée entre trois et six semaines après l'accouchement par coelioscopie ou laparotomie [1]. A des

stades précoces, le traitement coelioscopique des TOLM s'avère plus conservateur que par laparotomie sans prendre de risque carcinologique [3]. Ce traitement peut consister en une kystectomie simple, ovariectomie ou au mieux une annexectomie unilatérale. Cependant ce traitement ne dispense en aucun cas d'une stadification tumorale complète puisque la récurrence tumorale survient dans 1,7 % des cas après annexectomie bilatérale, dans 11 à 25 % des cas après une annexectomie unilatérale et dans 12 à 58 % des cas après une kystectomie [4, 5]. Nous rapportons deux observations de TOLM découvertes au cours de la grossesse et ayant été reprises ultérieurement par coelioscopie pour un traitement conservateur.

### Observations :

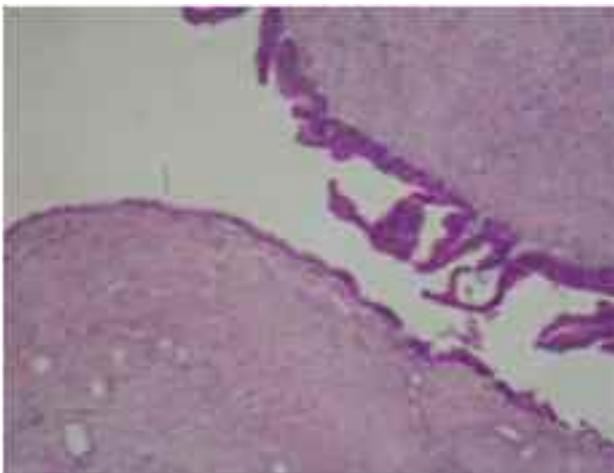
Observation 1 : Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, primigeste chez qui on a découvert à 19 SA lors d'une échographie systématique un kyste anéchogène faisant 7 cm de grand axe sans végétations endo ni exokystiques. Le taux de CA125 était de 122 mUI/ml. Une coelioscopie a été programmée et l'exploration soigneuse de la cavité abdominopelvienne trouvait un kyste de l'ovaire gauche de 7 cm de diamètre, à paroi lisse, à vascularisation non suspecte, et sans végétations exokystiques. Il n'y avait pas d'ascite. L'ovaire droit était macroscopiquement normal ainsi que le reste de la cavité péritonéale. Une kystectomie intrapéritonéale a été réalisée avec découverte à l'examen anatomopathologique définitive d'une tumeur ovarienne séreuse à la limite de la malignité (figure 1). La patiente était reprise un mois après l'accouchement pour une coelioscopie de second look. On a réalisé une cytologie péritonéale, des biopsies péritonéales et épiploïques multiples, une excision du trajet des trocars et une annexectomie ipsilatérale. La cytologie péritonéale était acellulaire avec à l'examen anatomopathologique des biopsies : absence de signes histologiques de malignité. La tumeur borderline était classée Ia. La surveillance ultérieure n'a pas noté de récurrence après un recul de 36 mois.

**Figure 1:** Tumeur séreuse borderline de l'ovaire gauche avec aspect prolifératif de l'épithélium.



Observation 2 : Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, deuxième geste, primipare chez qui on a découvert à 15 SA, lors d'une échographie systématique, un kyste de l'ovaire droit d'aspect cloisonné, à paroi fine, faisant 10 cm de grand axe. La cœlioscopie était réalisée à terme de 15 SA et 4 jours. L'exploration trouvait un kyste de l'ovaire droit de 10 cm de diamètre dont l'aspect macroscopique évoquant un kyste mucineux non suspect. L'ovaire gauche était normal ainsi que le reste de la cavité péritonéale. Une kystectomie intrapéritonéale a été réalisée. En post opératoire, la patiente était mise sous progestatifs. L'évolution était marquée par la survenue d'un avortement tardif 48 heures après. L'examen anatomopathologique définitif concluait à une tumeur ovarienne mucineuse à la limite de la malignité (figure 2). La patiente était reprise quatre semaines après l'avortement par cœlioscopie. L'exploration per opératoire n'a pas révélé d'ascite ni d'implants péritonéaux. On a réalisé une cytologie péritonéale, des biopsies péritonéales et épiploïques multiples, une excision du trajet des trocarts et une annexectomie ipsilatérale avec une appendicectomie. L'examen anatomopathologique notait l'absence de signes histologiques de malignité. La tumeur était classée Ia et la surveillance ultérieure n'a pas montré de récurrence après un recul de 2 ans. Cette patiente a eu une troisième grossesse menée à terme et elle a accouché par voie basse.

**Figure 2 :** Tumeur mucineuse borderline de l'ovaire :à droite et en haut épithélium de type prolifératif



### Conclusion

La prise en charge conservatrice des TOLM à des stades précoces est techniquement réalisable par cœlioscopie tout en préservant la fertilité des patientes et sans pour autant augmenter le risque de récurrence ou diminuer la survie. Cependant cette chirurgie doit respecter les principes carcinologiques et éviter la dissémination tumorale. La généralisation de cette prise en charge aux stades avancés doit être confirmée par des études à larges échelles.

### Références :

- 1-Marret H, Lhommé C, Lécuru F et al. Recommandations pour la prise en charge du cancer de l'ovaire pendant la grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2009; 37:752-63.
- 2-Koskas M, Madelenat P, Yasbeck C. Tumeur borderline de l'ovaire : comment préserver la fertilité ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2009 ; 37 : 942 – 50.
- 3- Camette S, Deffieuse X, Castaigne D et al. Traitement coelioscopique des tumeurs frontières (borderline) de l'ovaire : analyse d'une série de 54 patientes et complications thérapeutiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2005 ; 33 : 395 – 402.
- 4-Tuplin L, Rouzier R, Morel, Malartic C, Daraï E, Barranger E. Tumeurs borderline de l'ovaire : état des lieux. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2008 ; 36 : 422 -29.
- 5-Poncelet c ; Fauvet R, Boccaro J, Daraï E. Recurrence after cystectomy for borderline ovarian tumors: results of a french multicenter study. *Ann Surg Oncol* 2006. 13: 565 -71.

*Malek-mellouli Monia, Ben Amara Fethi, Ferjaoui Mohamed A, Taamallah Najeh, Youssef Atef, Mbarki Manel, Reziga Hedi*

*Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Centre de Maternité et de Néonatalogie, Service de gynécologie Obstétrique « B », Tunis, Tunisie*

### La maladie dermatophytique : Particularités tunisiennes

La maladie dermatophytique est une mycose généralisée et chronique de la peau et des phanères avec parfois des localisations secondaires dermohypodermiques, ganglionnaires, viscérales. Elle est due à des dermatophytes et survient sur un terrain particulier (1). Cette pathologie rare est essentiellement décrite en Afrique du Nord où elle est liée à une forte consanguinité. Les cas familiaux et la consanguinité font évoquer une transmission autosomique récessive. L'évolution chronique et les rechutes à l'arrêt des traitements antifongiques font évoquer un déficit immunitaire cellulaire (2, 3). Cette affection peut évoluer vers la mort (4, 5).

Nous rapportons les particularités de l'observation d'une jeune fille tunisienne atteinte de maladie dermatophytique. Il s'agit du 10<sup>ème</sup> cas tunisien décrit.

### Observation :

Z.A est une jeune fille âgée de 12 ans originaire de Sbiba (Kasserine) admise dans le service de dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis pour dermatophytose généralisée. Elle est issue d'un mariage consanguin de 1<sup>er</sup> degré (Figure 1). Sa sœur, plus jeune, présenterait la même symptomatologie ; les conditions socio-économiques étant très faibles, les parents ont choisi d'amener l'aînée en consultation. Le début de la symptomatologie remonte à 5 ans marqué par l'apparition de plaques érythémateuses et squameuses d'abord au niveau du nez puis étendues au visage et au reste du corps. L'examen physique trouve des lésions squameuses siégeant au niveau du tronc, du dos, du visage, du cou et des membres et s'étendant à tout le cuir chevelu avec raréfaction des cheveux. Un onyxis des doigts et des orteils est observé associé à une kératodermie essentiellement plantaire droite (Figure 2).