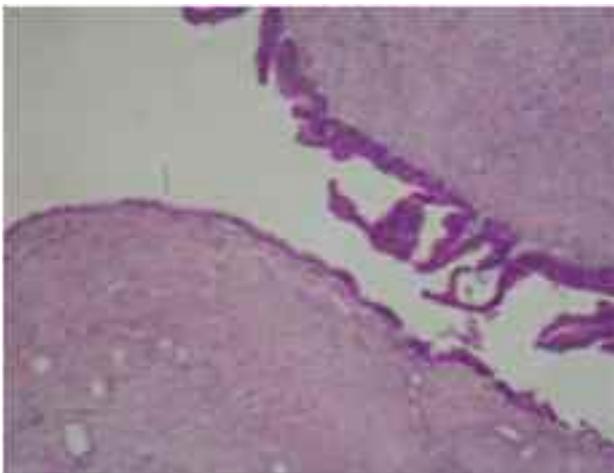


Observation 2 : Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, deuxième geste, primipare chez qui on a découvert à 15 SA, lors d'une échographie systématique, un kyste de l'ovaire droit d'aspect cloisonné, à paroi fine, faisant 10 cm de grand axe. La cœlioscopie 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

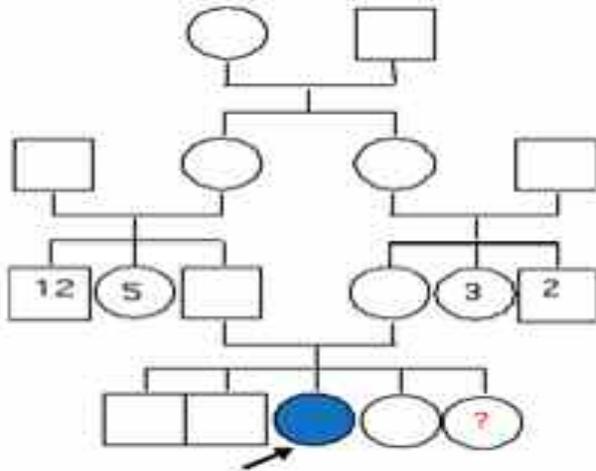
La maladie dermatophytique est une mycose généralisée et chronique de la peau et des phanères avec parfois des localisations secondaires dermohypodermiques, ganglionnaires, viscérales. Elle est due à des dermatophytes et survient sur un terrain particulier (1). Cette pathologie rare est essentiellement 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^{ème} 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^{er} 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).

Figure 1 : Arbre généalogique de la famille de Z.A



La palpation de la région cervicale trouve des adénopathies cervicales droites et gauches et des adénopathies spinales gauches confirmées par une échographie cervicale. Devant ce tableau clinique, une maladie dermatophytique est très fortement suspectée et des prélèvements mycologiques sont faits. Ils montrent à l'examen direct une teigne endothrix trichophytique et des filaments mycéliens au niveau des autres localisations (Figure 3). Les cultures isolent *Trichophyton (T.) rubrum* au niveau de tous les sites prélevés (Figure 4). La biopsie ganglionnaire montre une adénite chronique réactionnelle sans signes de spécificité.

L'exploration de l'immunité aussi bien humorale que cellulaire est restée normale dans les limites des techniques disponibles en Tunisie. La patiente a été mise au début sous Griséofulvine mais devant la persistance des lésions, la terbinafine a été

prescrite et l'évolution était favorable dès le premier mois. La patiente est malheureusement perdue de vue.

Figure 3 : Parasitisme endothrix



Conclusion

La maladie dermatophytique reste toujours une maladie grave pouvant engager le pronostic vital. L'étude de cette affection est difficile devant la rareté des cas et dont le support génétique et le type de déficit immunitaire reste encore à prouver. En Tunisie, elle atteint plus de filles que de garçons et l'agent en cause est anthropophile, pouvant être associé à un dermatophyte d'origine zoophile. Cette pathologie pose également un problème thérapeutique aussi bien dans le choix de la molécule que dans la durée du traitement.

Figure 2 : Onyxis, plaques dermatophytique du tronc et teigne du cuir chevelu



Références

- 1- Souissi A, Ezzine Sebai N, Benmously R et al. La maladie dermatophytique : à propos d'une observation familiale tunisienne. *Med Trop* 2005;65: 482-6.
- 2- Abdelmalek R, Mebazaa A, Kilani B, Kanoun F, El Euch D, Ben Chaabane T. La maladie dermatophytique : à propos d'un cas clinique. *J Mycol Med* 2010;20:218-2.
- 3- Cheikhrouhou F, Makni F, Ayadi A. La maladie dermatophytique : revue de la littérature. *J Mycol Med* 2010;20:61-9.
- 4- Hassam B, Senouci K., Bennouna F, Lazrak B, Agoumi A. Maladie dermatophytique : approche épidémiologique. *Médecine du Maghreb* 1992;35:5-8.
- 5- Cheikhrouhou F, Makni F, Masmoudi A, Sellami A, Turki H, Ayadi A. Un cas de maladie dermatophytique fatale par abcès rétropharyngé. *Ann. Dermatol. Venerol* 2010;137:208-11.

Sonia Trabelsi¹, Dorsaf Aloui¹, Aida Khaled², Amira Sellami¹, Bacima Fezaa², Samira Khaled¹

¹Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Tunis, Tunisie

²Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de Dermatologie, Tunis, Tunisie

Tumeurs desmoïdes associées a la polypose adénomateuse familiale

Les tumeurs desmoïdes sont des tumeurs développées à partir du tissu conjonctif, des fascias, des aponévroses, ou des cloisons intramusculaires des muscles striés.

Elles sont constituées d'une prolifération de cellules conjonctives fusiformes bien différenciées, associées à d'abondants amas de collagène [1]. Elles s'associent souvent aux polyposes adénomateuses familiales et s'intègrent alors dans le cadre d'un syndrome de Gardner. Il s'agit de lésions bénignes à malignité locale. Le traitement qui était exclusivement chirurgical, associe actuellement plusieurs thérapies.

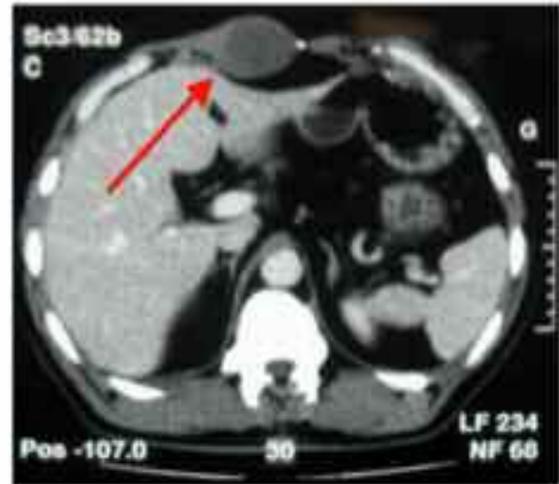
Le but de cette étude est de rapporter quatre nouvelles observations de tumeurs desmoïdes chez des patients porteurs de polypose adénomateuse familiale.

Observation 1

Patient âgé de 42 ans avait eu une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale pour une polypose adénomateuse familiale avec des suites opératoires simples et un bon résultat fonctionnel. Deux ans plus tard il s'est présenté avec une masse pariétale épigastrique de 5 cm qui est ferme bien limitée. Le reste de l'examen était sans particularités. L'échographie avait objectivé une formation arrondie intramusculaire de 45 mm de diamètre, hypo-échogène et hétérogène.

La TDM abdominale avait objectivé quatre formations pariétales contiguës de 45, 80, 60 et 20 mm et une 5^{ème} formation mésentérique hyperdense cadrant avec des tumeurs desmoïdes (figure 1). La biopsie avait conclu à une tumeur desmoïde. Il a été mis sous Tamoxifène avec bonne évolution et stabilisation des lésions après un recul de 4 ans.

Figure 1: TDM abdominale (coupe transversale) : formation tissulaire au niveau du muscle grand droit de l'abdomen.



Observation 2

Patiente âgée de 17 ans, avait eu une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale pour une polypose adénomateuse familiale avec des suites opératoires simples et un bon résultat fonctionnel. Dix mois plus tard, elle s'est présentée avec une masse pariétale se développant au niveau du flanc droit mesurant 8 cm de grand axe. A l'échographie il s'agissait d'une masse arrondie faisant 8 cm de grand axe à développement intra-musculaire. La TDM abdominale avait objectivé une formation pariétale hypodense de 8 cm associé à une formation mésentérique de 6 cm dont l'aspect était celui d'une tumeur desmoïde (figure 2). La biopsie de la masse pariétale avait conclu à une tumeur desmoïde. Elle a été mise sous anti-inflammatoires non stéroïdiens et Tamoxifène. L'évolution a été marquée par la stabilisation des lésions sans apparition d'autres lésions après un recul de 4 ans.

Figure 2 : TDM abdominale (coupe transversale) : masse tissulaire mésentérique.

