

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 à 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.

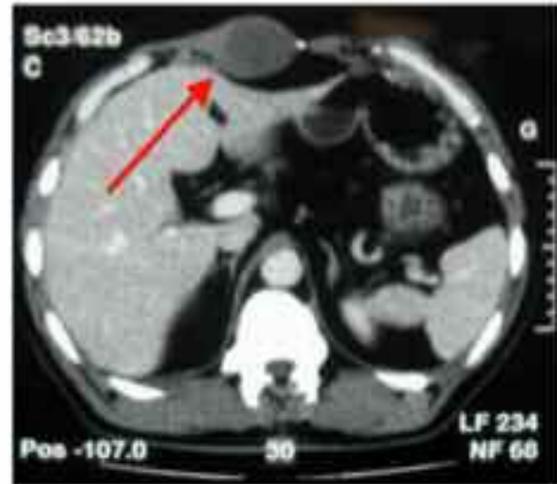
Le but de cette étude est de rapporter quatre nouvelles observations de tumeurs desmoïdes chez des patients porteurs de polypose adénomateuse familiale.

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.

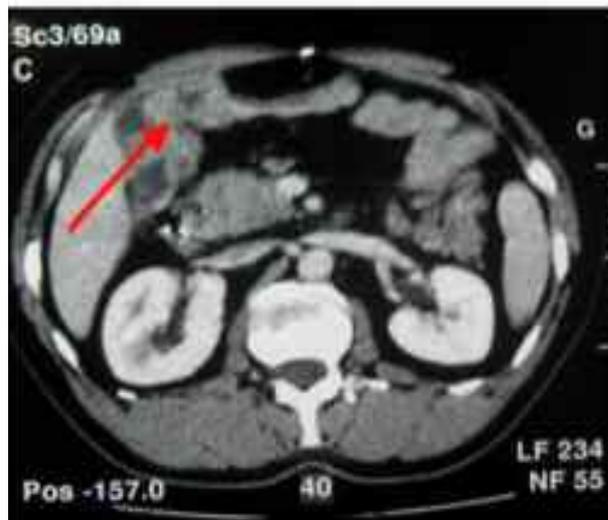
Figure 1: TDM abdominale (coupe transversale) : formation tissulaire au niveau du muscle grand droit de l'abdomen.



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.



Observation 3

Patient âgé de 39 ans s'est présenté pour une modification récente du transit intestinal à type de diarrhée. L'examen abdominal avait découvert une masse au niveau de la fosse iliaque gauche fixée au plan profond. La TDM abdominale avait objectivé une masse hypodense de 5 cm située au contact du bord anti-mésentérique du sigmoïde (figure 3). La coloscopie avait découvert l'aspect d'une polypose colo-rectal dont les biopsies avaient confirmé la nature adénomateuse. Le patient a eu une colo-proctectomie totale avec anastomose iléo anale associée à une exérèse de la masse tumorale avec des suites opératoires simples. L'étude anatomopathologique avait conclu à une polypose adénomateuse familiale associée à une tumeur desmoïde. Aucun traitement n'a été administré en postopératoire. Après un recul de 6 ans, aucune récurrence n'a été notée.

Figure 3: TDM abdominale (coupe coronale) : masse hypodense intra abdominale au niveau de la fosse iliaque gauche.



Observation 4

Patient âgé de 58 ans, avait eu une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale pour une polypose adénomateuse familiale atténuée, dégénérée au niveau du colon gauche avec des suites opératoires simples. Au cours du suivi postopératoire, et après un recul de 4 ans, alors que l'examen physique était sans anomalies, l'échographie et la TDM abdominale avait objectivé une formation tissulaire pré sacrée régulière homogène de 23 mm dont la biopsie par voie trans-sacrée avait conclu à une tumeur desmoïde. Le patient a été mis sous Tamoxifène avec une bonne évolution et stabilisation de la lésion après un recul de 2 ans. Le tableau 1 résume les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des 4 patients déjà décrits.

Conclusion

Les tumeurs desmoïdes sont rares mais elles posent de nombreux problèmes de prise en charge thérapeutique lorsqu'elles sont associées à la polypose adénomateuse familiale, en particulier quand elles sont intra-abdominales. Si leur évolution est souvent lente et si la régression est possible, il existe des formes agressives à croissance rapide. Le

traitement de première intention est médical, le traitement chirurgical étant réservé aux formes symptomatiques et limitées, pariétales, de découverte fortuite, ou aux formes compliquées.

Références

1- Hamilton, B Lackstein M, Berkt mcLeod RS et al. Extra abdominal desmoid tumor. J Am Acad Dermatol 1996; 34:352-6.

Amin Makni, Wael Rebai*, Habiba Mizouni**, Fadhel Fé tiriche*, Mohamed Jouvini*, Montassar Kacem*, Zoubeir Ben Safra**

**Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de chirurgie générale A, Tunis, Tunisie*

***Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de radiologie, Tunis, Tunisie*

Hernie interne para duodénale gauche de découverte fortuite

Les hernies para duodénales constituent l'essentiel des hernies internes rétro péritonéales (1). Elles sont dominées par les hernies para duodénales gauches qui en constituent les trois quarts. Bien que leur physiopathologie reste encore mal élucidée et que leur diagnostic préopératoire soit difficile, leur traitement chirurgical est codifié (2).

Nous rapportons un cas de hernie para duodénale gauche de découverte per opératoire fortuite.

Observation

Mr M. H. âgé de 60 ans au long passé de douleurs abdominales et de constipation admis dans un tableau de péritonite aigue à la suite d'une coloscopie diagnostique réalisée trois heures auparavant. La radiographie d'abdomen sans préparation centrée sur les coupes montre un croissant gazeux géant bilatéral (figure 1), le diagnostic de perforation colique iatrogène à été ainsi retenu et le patient a été opéré après une courte réanimation.

Figure 1 : Croissant gazeux bilatéral géant sur la radiographie d'abdomen sans préparation centrée sur les coupes.

