Références

1- Razera F, Olm GS, Bonamigo RR. Neutrophilic dermatoses- Part II. An Bras Dermatol 2011; 86: 195-211.
2- Bachmeyer C, Reygagne P, Aractingi S. Recurrent neutrophilic eccrine hidradenitis in an HIV-1-infected patient. Dermatology. 2000; 200: 328-30.
3- Soutou B, Vignon-Pennamen D, Chosidow O. Les dermatoses neutrophiliques. Rev Méd Intern 2011; 32: 306-13.
4- Grillo E, Vano-Galvan S, Gonzalez C, Pedro J. Neutrophilic eccrine hidroadenitis with atypical findings. Dermatol Online J 2011; 17: 14.

Alia Zehani (1), Ines Chelly (1), Rim Abdelmalek (2), Haifa Nfoussi (1), Haifa Azouz (1), Dalenda El Euch (3), Nidhameddine Kchir (1), Slim Haouet (1), Monsef Zitouna (1)

(1) Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service d' Anatomo-pathologie, 1007, Tunis, Tunisie

(2) Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de Dermatologie, 1007, Tunis, Tunisie

---

Métastase osseuse unique de la tête humérale révélatrice d'un carcinome pulmonaire

Les lésions osseuses constituent un motif fréquent d'hospitalisation en milieu rhumatologique. Le problème devant une image lytique ou condensante osseuse est celui du diagnostic étiologique. S'agit-il d'une tumeur primitive ou secondaire et s'il s'agit de métastase unique révélatrice, la difficulté réside dans la mise en évidence du néoplasme primitif.

Le but de cette étude est de décrire la présentation d'un patient se plaignant de douleurs de l'épaule dont les explorations ont conduit au diagnostic d'une métastase osseuse unique de la tête humérale, le primitif étant pulmonaire.

Observation

Patient K, H âgé de 54 ans, tabagique, est hospitalisé pour une douleur de l'épaule gauche d'allure inflammatoire évoluant depuis 5 mois. L'examen physique a trouvé une limitation douloureuse de la mobilité active et passive de l'épaule. La radiographie de l'épaule a révélé une image lytique de siège épiphysaire de la tête humérale avec rupture de la corticale. La TDM a montré un processus ostéolytique de la partie antéro-inférieure de la tête humérale avec extension intra articulaire (Figure 1).

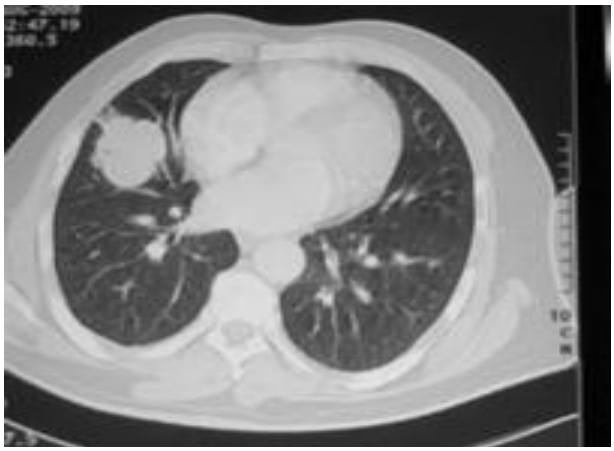
La radiographie du thorax a montré une opacité de 4 cm au niveau du lobe moyen du champ pulmonaire droit (Figure 2). La scintigraphie osseuse n'a pas montré d'autres localisations. Le scanner thoracique a révélé un processus tumoral lobaire moyen droit lobulé se rehaussant modérément après injection de produit de contraste (figure 3).

Une biopsie écho guidée de la tumeur de l'épaule a montré un carcinome épidermoide. Le diagnostic de métastase unique de l'épaule révélatrice d'un cancer pulmonaire a été retenu et le patient a été transféré en Carcinologie pour une chimiothérapie palliative.

Figure 1 : TDM de l'épaule : processus ostéolytique de la partie antéro-inférieure de la tête humérale

Figure 2 : Radiographie du thorax : opacité du lobe moyen du champ pulmonaire droit.

Figure 3 : TDM thoracique : processus tumoral lobaire moyen droit.



Conclusion
Les métastases osseuses inaugurales représentent 20 à 30 % des métastases osseuses. Le caractère révélateur d'une métastase osseuse unique de l'épaule chez un patient ayant un cancer pulmonaire est particulièrement atypique et rare.

Sana Salah, Hé la Zeglaoui, Hosni Ben Fredj, Khadija Baccouch, Elyess Bouajina
Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, CHU Farhat Hached, Service de Rhumatologie, 4000, Sousse, Tunisie

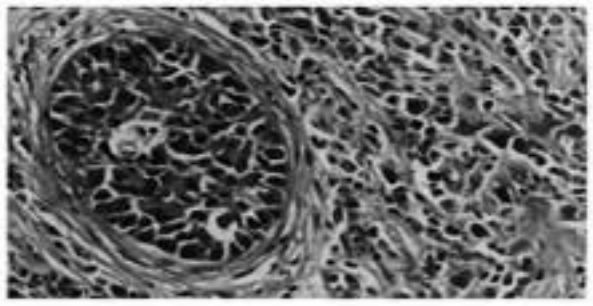
---

Lymphome malin non hodgkinien testiculaire

Le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) du testicule est une tumeur rare qui représente 1% de l'ensemble des tumeurs malignes du testicule. Ils surviennent en général plus tardivement que les tumeurs germinales. L'atteinte est uni- ou bilatérale et le plus souvent l'histologie correspond à une forme agressive de type Lymphome B diffus à grandes cellules. La survie globale à 5 ans est de 48 %, elle dépend du bilan d'extension avec beaucoup de rechutes extranodales (1-5).
Nous rapportons un nouveau cas de LMNH testiculaire de haute malignité d'évolution fatale.

Observation
Monsieur S. A âgé de 77 ans, sans antécédent pathologique, hospitalisé pour une tuméfaction scrotale. La symptomatologie remontait à 2 mois, marquée par l'augmentation douloureuse progressive du volume de la bourse droite, avec une altération de l'état général. A l'examen le patient avait une hydrocèle de grande abondance avec un testicule droit douloureux, augmenté de taille et de consistance dure à la palpation. L'examen des aires ganglionnaires trouvait des adénopathies cervicales. L'échographie testiculaire montrait une formation testiculaire droite bipolaire d'échostructure hétérogène de taille 8x5x5 cm. A la biologie, il y avait une anémie à 8 g/dl d'hémoglobine arégénérative normochrome normocytaire avec une hyperférritinémie à 800. Les LDH étaient élevaient à 1800 UI/L et la CRP à 50 mg/l. La VS, la calcémie et l'EPP étaient sans anomalie. Les marqueurs tumoraux (□ FP, ß HCG, ACE, PSA) étaient normaux. Une orchidectomie droite était pratiquée. L'ouverture de la vaginale avait drainée 500 ml de liquide jaune citrin, le testicule droit était dur à la palpation et le cordon était totalement infiltré. L'examen extemporané trouvait une tumeur blanc-jaunâtre, remaniée, détruisant et envahissant tout le parenchyme testiculaire ainsi que ses annexes. L'examen histologique montrait une prolifération tumorale indifférenciée faite d'éléments non cohésifs d'allure lymphoïde et de grande taille. Les noyaux étaient vésiculeux ou à chromatine mottée avec un ou plusieurs nucléoles et de nombreuses images de mitose. L'épididyme, le rétestis et le cordon étaient massivement envahis. Il n'a pas été vu d'emboles. Une étude immuno-histo-chimique à panel d'anticorps anti CD3, CD20, CD30, CLA, Ki-67, Cytokératine AEI/ AE3 et EMA a été effectuée. Les cellules tumorales exprimaient de façon nette et diffuse le CD20 et focalement l'EMA (figure 1). L'index de prolifération est estimé à 90%.

Figure 1 : Marquage cytoplasmique intense au CD20.



Le diagnostic de lymphome B diffus à grandes cellules du testicule a été retenu. Le bilan d'extension montrait à la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne un magma d'adénopathies rétropéritonéales inter-aortico-caves partiellement nécrosées (figure 2), responsables d'une dilatation des cavités excrétrices droites et d'une thrombose de la veine cave inférieure et des veines iliaques. A l'étage cervical, il y avait des adénopathies jugulo-carotidiennes basses gauches supra-centimétriques nécrosées. Les poumons étaient radiologiquement normaux. L'examen ORL avec biopsie du cavum, la fibroscopie digestive et la biopsie ostéo-médullaire étaient sans anomalie. Au terme de ce bilan, le malade était classé stade III selon la classification d'Ann Arbor. En post-opératoire le patient a présenté une thrombose de la veine fémorale commune gauche étendue à la veine iliaque. Le patient est décédé au 20ème jour post opératoire dans un tableau de sepsis généralisé et altération de l'état de conscience avec des signes de localisations en rapport avec une atteinte métastatique du système nerveux central.

Figure 2 : Masse rétro péritonéale.