

## 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, Héla 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).

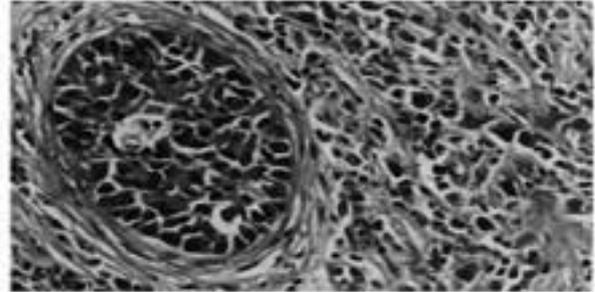
Nous rapportons un nouveau cas de LMNH testiculaire de haute malignité d'évolution fatale.

## 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 arégnérative normochrome normocytaire avec une hyperferritinémie à 800. Les LDH étaient élevées à 1800 UI/L et la CRP à 50 mg/l. La VS, la calcémie et l'EPP étaient sans anomalie. Les marqueurs tumoraux (α FP, β 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'embolies. Une étude immuno-histo-chimique à panel d'anticorps anti CD3, CD20, CD30, CLA, Ki-67, Cytokératine AE1/ 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 tomographie thoraco-abdomino-pelvienne un magma d'adénopathies rétro-péritonéales 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.



## Conclusion

Le LMNH du testicule est une pathologie rare, le diagnostic est exclusivement anatomopathologique nécessitant le recours à l'immunohistochimie afin d'éliminer une tumeur germinale. Les lymphomes testiculaires primitifs, sont dans 80% des cas des lymphomes B à larges cellules. La diffusion du LMNH testiculaire se fait vers différents sites en particulier le testicule controlatéral, le système nerveux central, le poumon, la plèvre et les tissus mous. L'orchidectomie constitue une composante essentielle du traitement car le testicule est un organe peu accessible à la chimiothérapie et représente un site fréquent de rechutes. Le pronostic des LMNH du testicule est sombre avec une médiane de survie de 12 mois et une survie à 5 ans de 15% à 50% même après chimiothérapie.

## Références

1. Houlgatte A, Iborra F. Tumeurs non germinales du testicule. Ann Urol 2006 ; 40: 355-62.
2. Brice P, De Kerviler E. Lymphomes de l'appareil urogénital. Ann Urol 2007; 41: 1-5.
3. Tondini C, Ferreri AJ, Siracusano L et al. Diffuse Large-cell lymphoma of the testis. J Clin Oncol 1999; 17: 2854-8.
4. Zucca E, Conconi A, Mughal TI et al. Patterns of outcome and prognostic factors in primary large-cell lymphoma of the testis in a survey by the international extra nodal lymphoma study group. J Clin Oncol 2003; 21: 20-7.
5. Duncan P.R, Checa F, Growing N.F.C, Mc El Wain T.J, Peckham M.J. Extra nodal non hodgkin's lymphoma presenting in the testicle. A clinical and pathologic study of 24 cases. Cancer 1980; 45: 1578-84.

*Samira Azzabi, Imène Boukhris, Adel Albuweiri, Eya Chérif, Lamia Ben Hassine, Ché kib Kooli, Zouleikha Kaovech, Narjess Khalfallah*

*Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de Médecine Interne B, 1002, Tunis, Tunisie*

## Laparoscopic Appendectomy for Appendiceal Endometriosis Presenting as Acute Appendicitis

Endometriosis is defined as the presence of ectopic endometrial tissue outside the lining of the uterine cavity and is fairly common in childbearing women [1]. However, involvement of the gastrointestinal tract is uncommon and endometriosis of the appendix is an even rarer occurrence [1, 2]. Appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis is exceedingly rare. The first patient with a preoperative diagnosis of acute appendicitis and a postoperative diagnosis of appendiceal endometriosis was reported in 1952 [3, 4].

We report a case of appendiceal endometriosis clinically presenting as acute appendicitis, which was diagnosed and treated successfully by laparoscopic appendectomy.

### Case report

A 27-year-old woman presented to the emergency department with right lower quadrant pain and nausea without vomiting. She had no fever or any unusual vaginal discharge. Her menses had been irregular and heavy, with occasional dysmenorrhoea. Her last menstruation was three weeks before admission. On admission, she had a low-grade fever of 37.9°C. Physical examination disclosed tenderness, guarding, and rebound tenderness in the lower abdominal quadrants, especially the right. A rectal examination showed no abnormalities. We did not perform a vaginal examination. Her white blood cell count was 15400/mm<sup>3</sup> with 83.6% segmented neutrophils and her C-reactive protein (CRP) was increased, at 25 mg/dl. Human chorionic gonadotropin was not detected in serum. Urine analysis results were normal. No diagnosis could be made from ultrasonography. With a preoperative diagnosis of acute appendicitis, a laparoscopy was done. The peritoneal cavity was relatively clean with minimal fluid and the appendix was

**Figure 1:** Histopathology of the appendix vermiform. No mucosal changes were seen in the appendix (A). Endometriotic glands and cell infiltration were detected in the serosal layer of the extra-appendix (B).

