

effective in the early stages of the disease. Spontaneous regression is exceptional and recurrence after an incomplete excision is frequent. Sometimes it is recommended that reduction of the tumoral mass through radiotherapy or chemotherapy precede surgical excision [5]. Patient's sexual partners should also be controlled to avoid recurrence.

References:

- 1- Buschke A, Lowenstein L. Über carcinomähnliche condylomata acuminata des penis. Klin Wochenschr 1925; 4:1726-8.
- 2- Rando RF, Lindhem S, Hasty L, et al. increased frequency of detection of human papillomavirus deoxyribonucleic acid in exfoliated cervical cells during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 50-5.
- 3- Garozzo G, Nuciforo G, Rocchi CM, et al. Buschke – Lowenstein tumour in pregnancy Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111: 88 – 90.
- 4- Dolanc R, Kocher T, Langer I, Marti WR, Pierer G, Harder F. Malignant transformation of perianal Buschke-Löwenstein tumor. Extensive abdominoperineal rectum excision and reconstruction with transpelvic myocutaneous rectus abdominis muscle flap. Chirurg 2002; 73 :370-4.
- 5-Hecheri J, Jaber K, Dhaoui M R, Youssef S, Bouziani A, Doss N. Giant condyloma (Buschke-Löwenstein tumor). A case report. Acta Dermatoven APA 2006; 15: 181-83.

Malek-mellouli Monia, Ben Amara Fethi, Fatnassi Asma, Reziga Hedi

University Tunis El Manar, Faculty of medicine of Tunis, Center of maternity and neonatology "La Rabta", Department "B" of gynaecology and obstetrics, Tunis, Tunisia

Traitement endovasculaire d'un anévrisme de l'aorte abdominale secondaire à la maladie de Behçet

L'atteinte vasculaire est fréquente au cours de la maladie de Behçet, elle est présente dans 7 à 38 % des cas (1). Elle est cependant dominée par l'atteinte veineuse alors que l'atteinte artérielle n'est notée que dans 2 à 7 % des cas (2) et elle peut être de nature occlusive ou anévrismale. L'atteinte anévrismale aortique est particulière par sa fréquence et surtout par sa gravité. La chirurgie conventionnelle reste grevée d'une morbi-mortalité assez élevée en raison des difficultés per opératoires et des complications anastomotiques à long terme. Avec le développement des techniques endovasculaires, l'exclusion anévrismale par endoprothèse couverte pourrait constituer dans l'avenir le traitement de choix de cette affection.

Nous rapportons l'observation d'un homme présentant un AAA sous rénal symptomatique secondaire à une maladie de Behçet

Observation

Il s'agit de monsieur L A âgé de 48 ans, tabagique, sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour des douleurs abdominales paroxystiques d'installation récente sans signe associé. L'examen clinique a objectivé une masse abdominale para ombilicale gauche battante, expansive et douloureuse faisant 7 cm de grand axe avec un signe de Debackey positif. L'angio-tomodensitométrie aortique (figures

1, 2 et 3) a montré un AAA sous rénal, sacciforme de 60 mm de diamètre, situé juste en amont de la bifurcation aortique et fissuré avec un hématome pariétal infiltrant la graisse autour du muscle psoas lombaire gauche.

Figure 1 : Angio-scanner : coupe transversale montrant l'AAA fissuré avec infiltration de la graisse autour du muscle psoas lombaire gauche.

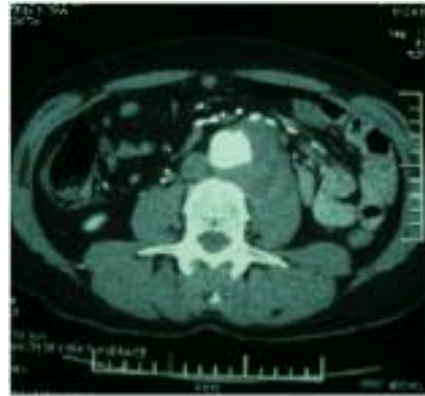


Figure 2 : Angio-scanner : vue de profil de l'AAA.



Figure 3 : Angio-scanner : vue de face de l'AAA.



Le bilan étiologique a conclu à une maladie de Behçet. Cet AAA se prêtait bien à une cure endo-vasculaire avec un collet proximal aortique long de 30 mm malgré l'existence d'une artère polaire inférieure et des axes iliaques rectilignes et de calibre satisfaisant. Nous avons posé chez ce patient jeune présentant un anévrisme compliqué de l'aorte abdominale l'indication d'une cure endovasculaire. Quarante huit heures avant l'intervention, le patient a reçu une cure à base d'Endoxan. L'intervention a été menée sous anesthésie générale, après abord chirurgical des deux scarpa, nous avons mis en place une endoprothèse couverte aorto-bi iliaque (Excluder ; Gore). L'angiographie per opératoire a montré l'exclusion complète de l'anévrisme. Les suites opératoires étaient simples, le séjour total a été de 72 heures. Le patient a été gardé par la suite sous corticoïdes associés à un traitement immuno-suppresseur au long cours et suivi régulièrement en médecine interne. Les contrôles scannographiques réalisés à 6 et 12 mois ont montré l'absence de complication évolutive (Figure 4) et la biologie a montré un contrôle correct de l'inflammation.

Figure 4 : Contrôle scannographique au 12ème mois



Conclusion

Les anévrismes aortiques représentent la complication la plus grave et la plus létale au cours de la maladie de Behçet. La chirurgie est grevée d'une mortalité non négligeable et d'une morbidité élevée dominée par les complications anastomotiques. Le traitement endovasculaire constitue une bonne alternative lorsque les conditions anatomiques sont favorables avec de très bons résultats à court terme, des études plus larges sont nécessaires pour évaluer le long terme. Une surveillance et un traitement immunosuppresseur prolongés restent toujours indispensables.

Références

- 1- M. Taberkant, H. Chtata, B. Lekahal et al. Anévrisme de l'aorte abdominale au cours de la maladie de Behçet. A propos de 4 cas. JMV 2003; 28 : 265-68.
- 2- B. Wechsler, B. Asli, L&Thi Huang Du-Boutin. Atteinte aortique et maladie de Behçet. Jmv 2008; 12 : 084.

Karim Kaouel, Soumaya Mechergui, Imtine Ben Mrad, Malek Ben Mrad, Insaf Meddeb, Zied Chaabene, Nizar Elleuch, Mourad Gharbi, Raouf Denguir, Taoufik Kalfat, Adel Khayati

Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, CHU La Rabta, Service de chirurgie cardiovasculaire, Tunis, Tunisie

Cutaneous metastatic Crohn's disease of the abdominal wall: an exceptional location

Cutaneous metastatic Crohn's disease is an uncommon extraintestinal cutaneous manifestation of Crohn's disease. It is defined as sterile granulomatous skin lesions arising at sites discontinuous from the gastrointestinal tract (1). This entity is characterized by its heterogeneous behavior, both in its localization and clinical expression. It can be present without other digestive symptoms. Anatomopathologic examination is required to confirm the diagnosis. Lesions usually have a predilection for skin folds, infra-mammary area and the limbs. Abdominal involvement was not previously described. There are no treatment guidelines and various therapeutic strategies have been employed, with variable response (2). We report a very rare case of metastatic Crohn's disease affecting the abdominal wall in a 51-year-old man with longstanding ileocolic Crohn's disease.

Case report

A 51-year-old man was admitted to our hospital for abdominal papulo-nodular eruption, resistant to antibiotics. The patient had Crohn's disease, with ileal and colonic involvement, which was diagnosed 33 years ago when he underwent right ileo-colectomy for enterocutaneous fistula. Histopathology of the resected specimen confirmed Crohn's disease. Since diagnosis was made, he has had episodes of diarrhea and mild abdominal discomfort promptly resolved with symptomatic treatment. He had family history of Crohn's disease, in both brother and sister; one of them was spontaneously in remission for several years. The skin lesion was localized in lower abdominal wall, at the right side of the umbilicus. The nodule was unique, painless, infiltrated and ulcerated (Figure 1).

There were neither clinical nor radiologic or endoscopic signs of the disease when the cutaneous manifestation occurred. Biology tests were all within the normal range, especially there was no inflammatory biological syndrome. A computed-tomography scan of the abdomen was performed and denied intra-abdominal abscesses or enterocutaneous fistula. It had shown two nodules: one of them was intra peritoneal, measuring 14x9 mm. The other was localized within the abdominal wall, and measured 21x22mm. Both of the lesions were enhanced in arterial phase, suggesting in this context, granulomatous lesions (Figure 2). The patient received a biopsy of the skin lesion.