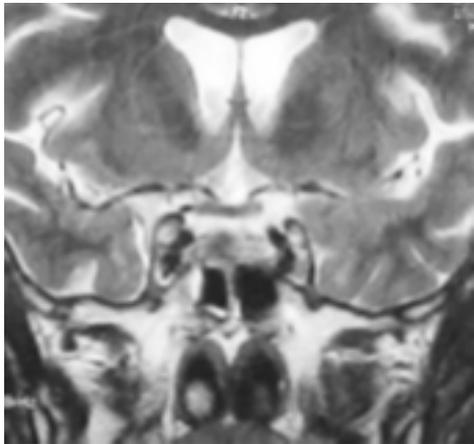
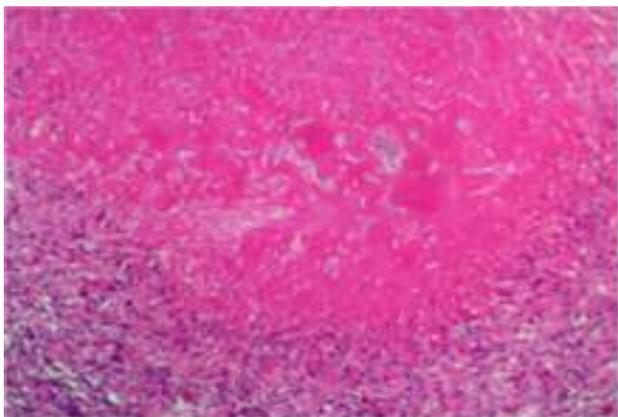


adrenal gland showed a chronic granulomatous inflammation with central necrosis and multinucleated giant cells, suggesting adrenal tuberculosis, meanwhile, and an adrenal hyperplasia with no tumour evidence in the other gland (figure 3).

**Figure 2:** Cerebral MRI on T2 image after Gadolinium injection showing no sign of pituitary adenoma recurrence



**Figure 3:** Chronic granulomatous inflammation with central necrosis and multinucleated giant cells near by normal adrenal gland tissue, suggesting adrenal tuberculosis



After the surgery, the patient received an anti-tuberculosis therapy for 6 months (4 months of triple medication (Rifapin, Isoniazid and Pyrazinamid) and 2 months of RH at standard doses). In five years after the adrenalectomy, the patient has shown no clinical evidence of Cushing's disease and has normal plasma cortisol and FLU levels. However, her plasma ACTH level remains high in response to the adrenalectomy. There has been no evidence of Nelson syndrome till date.

### Conclusion

Tuberculosis infection is a chronic granulomatous disease that can occur in any organ, have a long latent period and be reactivated when the immunity of the host becomes attenuated. Cushing disease is one of the biological states that may enhance

this immunity deficiency leading to a really rare primary isolated localisation of an extrapulmonary tuberculosis: unilateral adrenal tuberculosis.

### References

1. Bademci G. Pitfalls in the management of Cushing's disease. *J Clin Neurosci* 2007; 5:401-8; discussion 409.
2. Ma ES, Yang ZG, Li Y, et al. Tuberculous Addison's disease: morphological and quantitative evaluation with multidetector-row CT. *Eur J Radiol* 2007; 62:352-8
3. Tajdine MT, Ait Taleb K, Amahzoune M, et al. [Adrenal tuberculous pseudotumour]. *Prog Urol* 2002; 12:462-4.

### Acknowledgements:

Special thanks to Miss Benkhouya Hanane and Mr. Mdaghri Abdelaziz for their great help and support.

*Amine Souadka1, Rabii Makhmari1, Fouad Zouaidia3, Ahmed Jahid3, Amine Benkabbou1, Raouf Mohsine1, Lahcen Ifrine1, Abdelkader Belkouchi1, Hadj Omar El Malki1,2*

*1Surgery Department "A" Ibn Sina Hospital, Rabat, Morocco;  
2Medical Center of Clinical Trials and Epidemiological Study (CRECET),  
Medical School, University Mohammed Vth Souissi, Rabat, Morocco;  
3Anatomopathology department, Ibn Sina Hospital, Rabat, Morocco.*

## Métastase splénique isolée révélatrice d'un cancer bronchique à cellules claires

Les métastases spléniques des cancers pulmonaires sont rares et souvent de découverte autopsique [1]. Leur fréquence à l'examen autopsique de sujets porteurs de cancers bronchiques varie entre 1,2 et 5% [2, 3]. Elles surviennent généralement dans le cadre d'une maladie disséminée. La localisation splénique isolée reste exceptionnelle. Elle peut être synchrone et métachrone.

Nous rapportons une nouvelle **observation** de métastase splénique isolée révélatrice d'un cancer bronchique.

### Observation

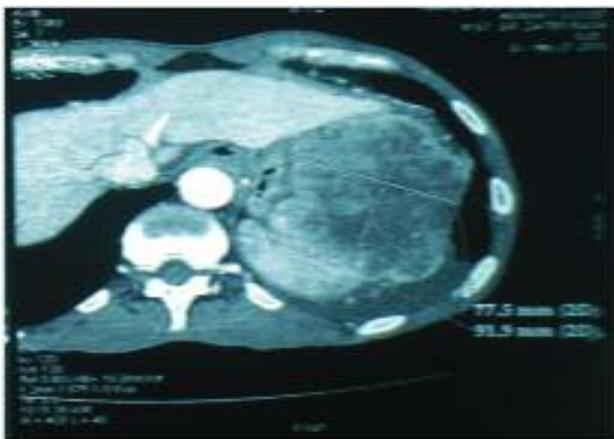
Mr AB, âgé de 58 ans, ASA I, grand tabagique à 100 PA pris en charge dans notre institution pour exploration de douleurs de l'hypochondre gauche et épigastrique évoluant depuis 5 mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen physique trouvait une masse au niveau de l'hypochondre gauche de 6 cm de grand axe, sensible, mal limitée. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique était normal. Le dosage des ACE était à 62,5 ng/ml (VN<5 ng/ml) et l'antigène CA19-9 était à 78,8 ng/ml (VN< 35). La radiographie de thorax montrait un poumon emphysemateux avec un discret épanchement pleural gauche. La fibroscopie digestive haute montre un aspect de compression extrinsèque de la grande courbure gastrique. La coloscopie totale était normale. Le scanner abdominal Volumineux processus

tissulaire de 10\*8 cm partiellement nécrosé se développant au niveau du pôle supérieur de la rate envahissant la paroi abdominale postéro-latérale gauche et un épanchement pleural gauche (figures 1 et 2). Nous avons décidé de réaliser une laparotomie exploratrice.

Il a été opéré par voie médiane. En per opératoire il s'agissait d'une masse tissulaire blanchâtre se développant au niveau de la rate et qui envahissait la grande courbure gastrique. Il n'y avait pas de métastase hépatique ni de carcinose péritonéale. Il a été réalisé une splénectomie avec résection cunéiforme de la grande courbure gastrique. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique tumeur splénique de 11 cm de grand axe répondant histologiquement carcinome à cellules claires d'origine pulmonaire.

Une fibroscopie bronchique faite avait montré un processus bourgeonnant de bronchique de 1,5 cm de grand axe. Le patient a été adressé pour une chimiothérapie palliative.

**Figure 1-2 :** Processus tissulaire de 10\*8 cm partiellement nécrosé se développant au niveau du pôle supérieur de la rate envahissant la paroi abdominale postéro-latérale gauche



### Conclusion

Les métastases spléniques isolées sont très rares au cours des cancers bronchiques. La découverte de la métastase doit imposer un bilan étiologique exhaustif à la recherche du

primitif notamment une fibroscopie bronchique et un scanner thoracique.

### Références

- 1- Berge T. The metastasis of carcinoma with special reference to the spleen. Acta Pathol Microbiol Scand. 1967; 188:5
- 2- C.A. Schone, G Christian, A Ramaswamy, Barth P. Pathol Res Pract 2006 ; 202 :351-356
- 3- Klein B, Stein M, Kuten A et al. Splenomegaly and solitary spleen metastasis in solid tumors. Cancer. 1987; 60:100-2.

*Baraket Oussama, Moussa Makrem, Feki Mohamed Neji, Lahmidi Amine, Kort Brahim, Sassi Karim, Bouchoucha Sami*

*Université Tunis El Manar 2, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Habib Bouguetfa, Service de chirurgie générale, Bizerte*

## Les anémies hémolytiques auto immunes à Ig A

Les anémies hémolytiques auto-immunes (AHA) sont des anémies secondaires à la destruction des hématies par des auto-anticorps dirigés contre des antigènes de la membrane érythrocytaire [1]. Le diagnostic repose classiquement sur les signes cliniques et biologiques d'hémolyse, ainsi que sur la mise en évidence de la présence de l'auto-anticorps (auto Ac) à la surface érythrocytaire révélés par le test de Coombs direct (TCD). La classification biologique des AHA repose sur la classe de l'auto-Ac, son activité thermique in vitro et l'activation ou non du complément à la surface érythrocytaire [1, 2]. Un TCD positif permet d'affirmer le mécanisme immunologique d'une anémie hémolytique. Deux à 4% des patients présentant une AHA ont un TCD négatif [1]. Cette dernière situation est rencontrée particulièrement en présence d'un auto-Ac de classe IgA.

Nous soulignons à travers une observation l'intérêt de l'utilisation des cartes gel sensibilisées à l'Ig A dans le diagnostic d'une authentique anémie hémolytique auto immune à TCD négatif.

### Observation

Une femme âgée de 70 ans est adressée pour prise en charge d'une anémie hémolytique.

Elle est suivie depuis 15 ans pour hypertension artérielle traitée par  $\alpha$  méthyl dopa et chlorothiazide et pour diabète insulino dépendant. L'histoire de sa maladie remonte à 5 mois, par une dyspnée d'effort et une pâleur. Elle consulte en urgence pour aggravation de son anémie. L'examen clinique a révélé un ictère conjonctival et une splénomégalie à 3 cm du rebord costal. Le bilan initial a montré une anémie à 5.4 g/dl, macrocytaire (VGM : 103  $\mu$ 3) régénérative (réticulocytes : 420000/mm<sup>3</sup>), une hyperleucocytose à 16300/mm<sup>3</sup> (PNN : 60%, lymphocytes : 23%, monocytes : 10%, PNB : 3% et PNE : 4%) et un taux de plaquettes normal (290000/mm<sup>3</sup>). La bilirubine totale est de