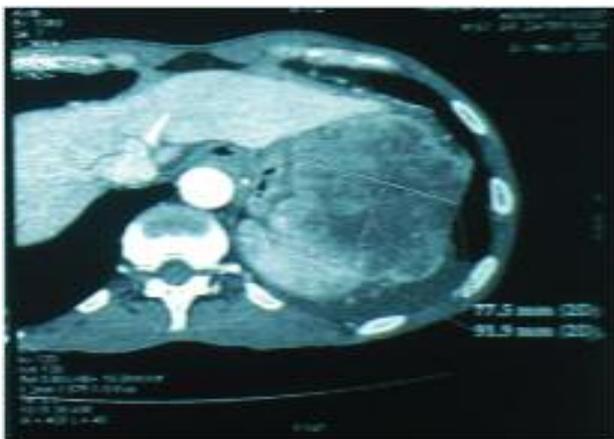


tissulaire de 10*8 cm partiellement nécrosé se développant au niveau du pôle supérieur de la rate envahissant la paroi abdominale postéro-latérale gauche et un épanchement pleural gauche (figures 1 et 2). Nous avons décidé de réaliser une laparotomie exploratrice.

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.

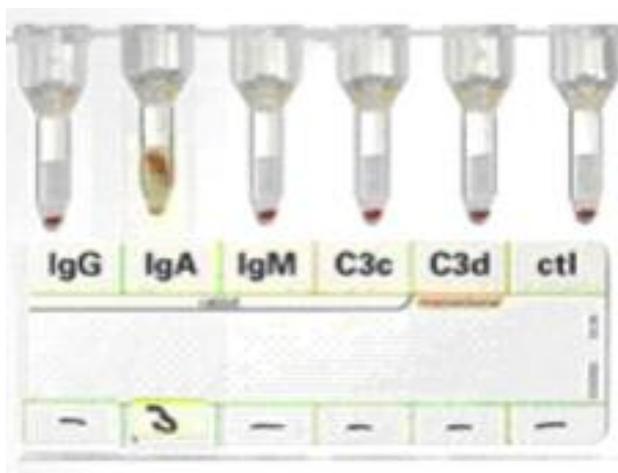
Observation

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 α 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 μ 3) régénérative (réticulocytes : 420000/mm³), une hyperleucocytose à 16300/mm³ (PNN : 60%, lymphocytes : 23%, monocytes : 10%, PNB : 3% et PNE : 4%) et un taux de plaquettes normal (290000/mm³). La bilirubine totale est de

112 $\mu\text{mol/l}$ à prédominance libre (90 $\mu\text{mol/l}$). La LDH est élevée à 1162 UI/l ($N < 250$). Le TCD sur cartes gel sensibilisée à l'antiglobuline polyvalente est revenu négatif à deux reprises. TCD en deuxième intention utilisant des cartes gel sensibilisées avec un anti Ig A, Ig M, Ig G, C 3c et C3d était en revanche positif avec l'antiglobuline anti Ig A seul permettant de retenir le diagnostic d'AHAI à Ig A (Figure 1). La recherche d'anticorps irréguliers est négative. Les auto- anticorps ne sont pas détectables dans le sérum à différentes températures. La patiente a été transfusée par deux concentrés de globules rouges du fait de la présence de signes d'intolérance de l'anémie. Un traitement à base de prednisone à la dose de 0.7 mg/kg./j a été débuté. L'évolution a été très rapidement favorable à J7 avec une augmentation du taux d'Hb à 10.1 g/dl et une baisse concomitante du taux de LDH à 519 UI/ et de la de bilirubine libre à 26 $\mu\text{mol/l}$. A six mois de suivi, l'AHAI le taux d'Hémoglobine est stabilisé à 13.9g/dl sous corticothérapie.

Figure 1 : TCD positif de classe Ig A sur Carte gel (Diamed ®)



Conclusion

En cas de forte suspicion d'AHAI avec un TCD négatif, l'utilisation des Ac de type anti Ig A permettrait de compléter les investigations. L'utilisation de la technique en gel test à l'anti Ig A confirmera ce diagnostic.

Références

- 1- Le Pennec PY, Rouger P. Anémies hémolytiques immunologiques. Transf Clin Biol 1995 ; 2 :123-33.
- 2- Rochant H. Anémies hémolytiques auto immunes in : Breton Gorius J, Reyes F, Rochant H, Rosa J, Vernant JP. L'Hématologie de Bernard Dreyfus, 3ème éd. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1992. P 449-80.

Naouel Ben Salah, Wijdene El Borgi, Fatma Ben Lakhal, Hela Ben Abid, Emna Gouider, Raouf Hafsia

Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Département d'Hématologie, 1007, Tunis, Tunisie.