

arrivant jusqu'à l'hypochondre droit. Cette formation était de contours réguliers et était mobile par rapport aux plans superficiels et profonds.

Figure 1: Volumineuse masse abdomino-pelvienne siège de multiples cloisons



Une échographie abdominopelvienne a été réalisée montrant un utérus d'échostructure et de taille normale, une annexe gauche sans particularité. L'ovaire droit n'a pas été vu. L'examen retrouvait surtout une image hypoéchogène d'allure liquidienne pure. Cette structure était à paroi régulière et qui s'étend de la région pelvienne jusqu'à la fosse iliaque droite.

Figure 2 : Kyste de l'ovaire droit



L'échographie a été complétée par une tomodensitométrie. Celle-ci montrait une formation kystique abdomino-pelvienne de densité spontanément liquidienne, qui faisait 20x15x25 centimètres avec une fine lame d'épanchement au niveau du cul de sac de Douglas. L'hypothèse retenue était celle d'une formation aux dépens de l'ovaire droit. A la biologie, &fp, ACE et CA 125 étaient négatives.

Une exploration chirurgicale a été décidée. Nous avons mis en place un trocart d'open coelioscopie trans-ombilical.

L'exploration révélait une masse kystique de 25 centimètres de grand axe qui prend tout l'étage pelvien. L'aspiration du contenu ramène 2,5 litres d'un liquide gélatineux. Cette formation s'est développée aux dépens de l'ovaire droit. On a procédé à une salpingectomie emportant la formation.

Les suites opératoires étaient simples, la patiente a été alimentée le jour même de l'intervention. La sortie a été possible au 5ème jour post-opératoire.

L'examen anatomopathologique définitif a conduit à un cystadénome mucineux de l'ovaire droit. La cytologie du contenu liquidien a retrouvé des cellules mucosécrétantes dépourvues d'atypies cytonucléaires.

Conclusion

L'originalité de cette observation tient à la taille inhabituelle de la lésion. L'exploration coelioscopique a été possible malgré l'occupation par la lésion d'une énorme partie de l'abdomen. Cette coelioscopie a permis de réaliser une annexectomie emportant la formation kystique, évitant ainsi une laparotomie xyphopubienne chez une jeune fille de 13 ans. La voie d'abord doit alors être une open coelioscopie prudente, évitant l'effraction de la lésion.

Références

- 1.R. Khemakhem, Y. Ben Ahmed, W. Ben Ftina et al. Les kystes et tumeurs de l'ovaire chez l'enfant tunisien. Aspects diagnostiques et prise en charge thérapeutique J pédiatr pueric 2012; 25 : 8-13
- 2.C. Grapin-Dagorno, M. Chabaud. Kystes et tumeurs de l'ovaire avant la puberté : aspects chirurgicaux. Arch Pédiatr 2008; 15 : 786-788
- 3.A.-C. Philippe, N. Bourdel, A.-S. Azuar, É. Lagrange, C. Vago, R. Botchorishvili, M. Canis, G. Mage. Comment je fais... la prise en charge d'un kyste de l'ovaire de gros volume par coelioscopie. Gynécob Obstet Fert 2001 ;39 : 656-659

Wiem Jendoubi, Habib Bouthour, Youssef Hellal, Rabiaa Ben Abdallah, Mohamed R. Ben Malek, Youssef Gharbi, Néjib Kaabar

Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital Habib Thameur, 8 rue Ali Ben Ayed Montfleury, Tunis
Faculté de médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

GASTRIC XANTHELASMA: An uncommon lesion

Xanthelasmas of the gastrointestinal tract are uncommon benign lesions, characterized by varying amounts of foamy histiocytes, inflammatory cells, fibrous reaction and sometimes multinucleated giant cells [1]. Typically, the process causes destruction and effacement of normal structures of the affected organ and may simulate a neoplasm, that's why endoscopic biopsy is mandatory [2]. Chronic gastritis, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection, diabetes mellitus and hyperlipidemia have been implicated in the etiopathogenesis [1,2]. In this paper, three patients who attended hospital with abdominal pain and

dyspepsia were found to have xanthelasmas on endoscopic examination.

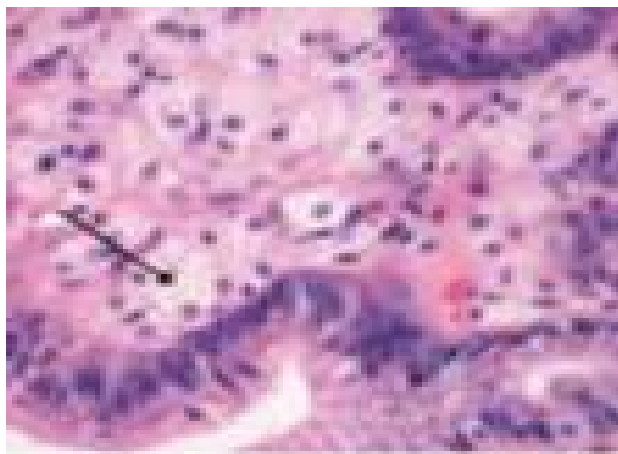
Case 1

A 42-year-old man who attended hospital for coronary disease was found to have pancytopenia, megaloblastic anemia and vitamin B12 deficiency. He applied also with abdominal discomfort. Physical examination was unremarkable. Biochemical examination were normal especially the lipid tests. Upper gastrointestinal endoscopy revealed micronodular and atrophic mucosa with an irregular elevated, white-yellowish lesion (4 mm) in the fundus (fig.1). Histopathological examination showed the existence of *H. pylori* infection, intestinal metaplasia, and chronic gastritis including goblet cells among multiple foamy macrophages (fig.2). Diagnosis of gastric xanthelasma and intestinal metaplasia with histopathological findings of Biermer's anemia was made. No histological feature of carcinoid tumor was found.

Figure 1: Upper gastrointestinal endoscopy: An irregular elevated, yellowish lesion (4 mm) in the fundus



Figure 2 : Foamy macrophages (H&E, x600) (arrow)



Case 2

A 51-year-old woman with no medical history applied with dyspepsia. Physical examination was unremarkable. Biochemical examination were normal especially the lipid tests. Upper gastrointestinal endoscopy revealed three slightly elevated, irregularly-edged, yellowish-white lesions (4-5mm) in the fundus. Biopsy specimens showed histiocytes with foamy cytoplasm filling the lamina propria, chronic gastritis and the existence of *H. pylori*.

Case 3

A 74-year-old woman with a diabetes and hyperlipidemia history presented with three month history of epigastric pain. Physical examination was normal. The results of biochemical examination were within the normal limit. Upper gastrointestinal endoscopy revealed erythema and edema on the gastric mucosa. There were two slightly elevated, irregularly-edged, yellowish-white lesions (3-4mm) on the anterior wall of the distal corpus and incisura angularis (fig.3). Biopsy specimens showed histiocytes with foamy cytoplasm in the lamina propria. *H. pylori* were not observed.

Figure 3 : Upper gastrointestinal endoscopy: two slightly elevated yellowish-white lesions (3-4 mm) on the antral region



Références

1. Gursoy S. and al. An uncommon lesion: Gastric Xanthelasma. *Turk J Gastroenterol* 2005; 16: 167-170.
2. Wetzler G, Felix AA, Lipton JF. Gastric xanthelasma. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51:1.
3. Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, et al. Xanthelasmas of the upper gastrointestinal tract. *J Gastroenterol* 2004; 39: 215-9.

Houissa Fatma, Bouslama Khouloud, Debbeche Radhouane, Mouelhi Leila, Bouzaidi Slim, Salem Mohamed, Najjar Taoufik
Hepatogastroenterology departement. Charles Nicolle's Hospital. Tunis-Tunisia
Medicine Faculty – Tunis EL Manar University