

lymphopénie, arthrites, atteinte rénale, présence d'anticorps antinucléaires et d'antiDNA. Ce LES était associé à un syndrome de Sjögren secondaire et était révélé par une péricardite compliquée de tamponnade. Un drainage péricardique a été réalisé en urgence. L'examen bactériologique du liquide péricardique et la recherche de mycobactéries était négatif, de même que les cultures. L'examen cytologique de ce liquide n'a pas montré de cellules néoplasiques. Cette péricardite était associée à une myocardite évoquée à l'échocardiographie. La patiente a été traitée par des boli de Méthylprédnisolone (1g/j trois jours de suite) relayés par la prédnisone par voie orale à la dose de 1mg/kg/j associée à des boli mensuels de cyclophosphamide (1g par bolus). Ce traitement était aussi associé à une anti-coagulation, un traitement diurétique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion et la digitaline. L'évolution était favorable avec normalisation du sédiment urinaire et disparition de l'épanchement péricardique ainsi que des signes de myocardite. La patiente est régulièrement suivie, et trois ans après cet épisode, elle est toujours en rémission.

Conclusion

La tamponnade est une complication redoutable très rare et exceptionnellement révélatrice du LES. La diminution des taux sériques de C4, le sexe féminin, en même temps qu'une atteinte rénale, d'une anémie hémolytique et d'une pleurésie peuvent être tous des signes prédictifs potentiels de tamponnade chez les patients lupiques avec péricardite.

Références

1. Ansari A, Larson PH, Bates HD. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus: current perspective. Prog Cardiovasc 1985; 27:421-34.
2. Mandell BF. Cardiovascular involvement in systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum 1987; 17:126-41.

Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zahra Aydi, Lilia Baili, Lilia Rokbani

Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur Tunis Tunisie
Faculté de Tunis ElManar ; Faculté de médecine de Tunis

Tuberculose pseudo tumorale du pancréas

La tuberculose pancréatique est une pathologie rare de présentation clinique et radiologique polymorphe qui peut être confondue avec une tumeur du pancréas et conduire alors à un geste chirurgical inutile et potentiellement morbide. Le diagnostic reste difficile d'où l'intérêt de la biopsie percutanée. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose pancréatique pseudo tumorale.

Observation

Mr TF âgé de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour des douleurs épigastriques évoluant 2 mois, dans un contexte d'altération de l'état général. L'interrogatoire ne notait pas d'antécédent particulier.

L'examen clinique était sans particularité en dehors d'une sensibilité de la région épigastrique. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalie en particulier des marqueurs tumoraux (ACE, CA 19-9) et un bilan hépatique normaux. Les examens morphologiques (échographie abdominale et scanner abdominopelvien) montraient (figures 1+2) un processus tumoral du petit pancréas infiltrant le duodénum. Cette lésion fait 6 cm de diamètre avec une double composante tissulaire et liquidienne. Il s'y associe des adénopathies coeliomesenteriques et latéroaortiques. Une IRM abdominale (figures 3) a été réalisée confirmant la présence d'une masse tissulaire nécrosée à développement retropancréatique dont l'épicentre se situe au niveau du petit pancréas de Winslow. Une biopsie scanno guidée a été effectuée permettant de ramener un liquide casséux. L'examen anatomopathologique de ces prélèvements confirmait la présence de granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséeuse concluant à une tuberculose caséofolliculaire. Le patient a reçu sa quadri-thérapie avec une évolution favorable.

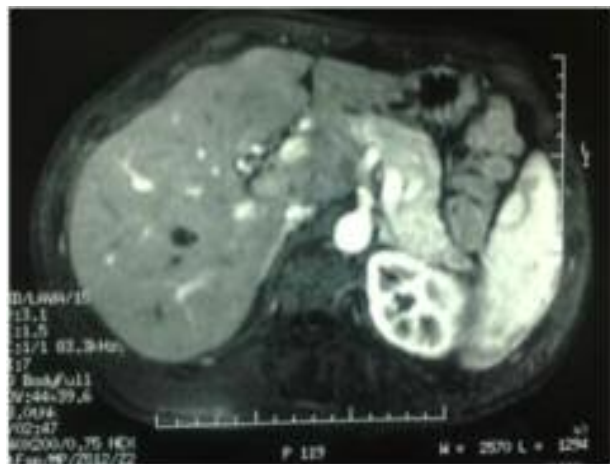
Figure 1 : Scanner abdominale montrant le processus tumoral du petit pancréas infiltrant le duodénum



Figure 2 : Scanner abdominale montrant le processus tumoral



Figure 3: IRM abdominale montrant le processus tumoral



Conclusion

Le diagnostic de tuberculose pancréatique peut être méconnu du fait de sa rareté et de son tableau clinique parfois trompeur mimant une tumeur pancréatique. Le diagnostic doit être évoqué devant une masse hypodense du pancréas associés à des adénopathies péripancréatiques. La cytoponction avec étude cytologique et histologique assoie le diagnostic et permet de traiter l'affection par une association d'antibiotiques spécifiques évitant toute laparotomie, voire toute résection inutile.

Ayadi Sofiene MD, Daghfous Alifa MD**, Maghrebi Houcine MD*, Belhadj Anis MD*, Makni Amine MD*, Rebai Wael MD*, Bedioui Heykal MD*, Fteriche Fadhel MD*, Ksantini Rachid MD*, Chebbi Faouzi MD*, Jovini Mohamed MD*, Kacem Montassar MD*, Ben Safta Zoubeir MD*.*

**service de chirurgie A. Hopital La Rabta Tunis.*

*** service de radiologie. Hopital Ben Arous. Tunis.*

Faculté de médecine El Manar Tunis Tunisie

Fistule sigmoïdo-vésicale compliquant une sigmoïdite diverticulaire.

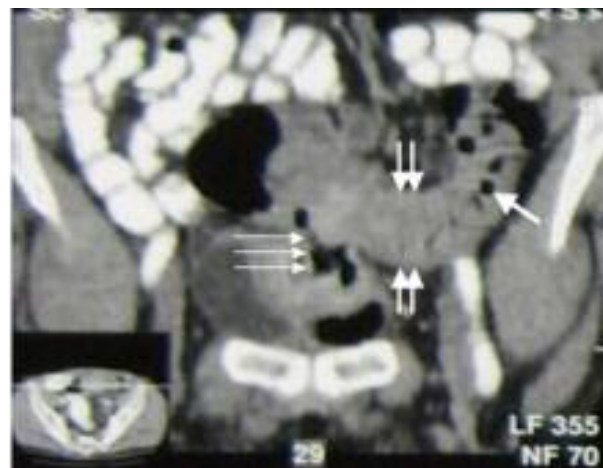
La fistule sigmoïdo-vésicale (FSV) est une complication rare de la diverticulose colique. L'apparition de la FSV est secondaire à la fistulisation d'un abcès péri-diverticulaire dans la vessie (1). Ceci explique que les FSV sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme chez qui l'interposition de l'utérus protège la vessie. La fécalurie et la pneumaturie, confirment la présence d'une FSV, cependant ces signes sont inconstant (2). Parfois les signes urinaires se limitent à des infections urinaires à répétition à germes à tropisme digestif. La cystoscopie peut confirmer la FSV en montrant l'issue de matière fécale à travers un orifice fistuleux (2, 3,4). La sensibilité de la coloscopie et du lavement

baryté est respectivement de 10% et de 25 à 50% (4). Le scanner abdomino-pelvien permet la confirmation de la FSV en montrant directement le trajet fistuleux, et en visualisant des bulles d'air dans la vessie. Le traitement des FSV est chirurgical. Au niveau de la vessie, une suture de l'orifice fistuleux après un éventuel avivement des berges doit être associée à un drainage par une sonde trans-urétrale. Au niveau du colon, la résection colique emportant la charnière rectosigmoïdienne sera suivie d'une anastomose immédiate (2).

Observation 1

MR S.R âgé de 73 ans, avait présenté depuis 1 an des infections urinaires à répétition. Depuis 2 mois, le malade avait rapporté la notion de fécalurie et de pneumaturie. L'examen physique était normal. La coloscopie avait visualisé l'aspect d'une sigmoïdite diverticulaire dans sa forme pseudo tumorale. La cystoscopie avait trouvé au niveau du dôme vésical, une formation bourgeonnante d'aspect inflammatoire sans orifice fistuleux évident. Une tomодensitométrie abdominopelvienne avait confirmé la présence d'une fistule sigmoïdo-vésicale (Figure 1). Le malade a été opéré par voie médiane. Il a été réalisé une déconnection sigmoïdo-vésicale, un avivement des berges avec suture simple de l'orifice fistuleux sur la vessie, une sigmoïdectomie emportant la charnière recto sigmoïdienne, avec anastomose colorectale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclue à une sigmoïdite diverticulaire sans signes de malignité.

Figure 1 : Tomodensitométrie abdominale: Coupe frontale



Une flèche: Présence d'une boucle sigmoïdienne avec des images d'addition évocatrices de diverticule.

Deux flèches: Présence d'une infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne évocatrice de sigmoïdite diverticulaire.

Trois flèches: Cette boucle sigmoïdienne s'ouvre dans le dôme vésical à travers la fistule entéro-vésicale.