

debridement and partial cystectomy was performed with cystorraphy. Bladder suprapubic and transurethral drainage were performed as well as abdominal and Retzius drainage.

Histological examination confirmed necrosis of the bladder mucosa and the smooth muscle layers. Postoperative follow-up was uneventful, with primary healing of the operative wound. Three days post-operatively, his renal, hepatic and pancreatic functions returned to their normal values.

The suprapubic catheter was removed on the 4th day postoperatively and a urethral catheter has been left in place for 2 weeks.

The patient was treated by intravenous antibiotherapy with ciprofloxacin (800 mg/day), cefotaxime (3g/day) and metronidazole (1500 mg/day) for two weeks with good recovery.

He left the hospital on the 15th day post-operatively.

At 3 months postoperatively urine was clear and he voided only once during the night.

Conclusion

GC is a rare and dramatic condition. Severe urinary peritonitis caused by gangrene of the bladder may be a main clinical presentation. Preservation of the bladder should be tried if possible. We firmly believe that only immediate and intensive treatment, including total excision of the necrotic tissue, can guarantee a favourable outcome.

References

- 1) Devitt AT, Sethia KK. Gangrenous cystitis: case report and review of the literature. *J Urol.* 1993;149:1544-5.
- 2) Ballas K, Rafailidis S, Pavlidis T. et al. Gangrenous cystitis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18:1507-9.
- 3) Charra B, Hachimi A, Sodki M, Gueddari H, Benslama A, Motaouakkil S. Urinary peritonitis caused by gangrenous cystitis. *SIGNA VITAE.* 2008; 3:32-3.
- 4) White MD, Das AK, Kaufman RP Jr. Gangrenous cystitis in the elderly: pathogenesis and management options. *Br J Urol.* 1998; 82: 297-9.
- 5) Hinev A, Anakievski D, Krasnaliev I. Gangrenous cystitis: report of a case and review of the literature. *Urol Int.* 2010;85:479-81.
- 6) Fujiwara S, Noguchi T, Noguchi T, Emoto A, Tasaki Y. Panperitonitis caused by gangrene of the urinary bladder: report of a successfully treated case. *Am Surg.* 2008; 74: 302-4.

Sallami Sataa1, Mizouni Habiba 2, Mnif Emna 2.

Department of Urology - La Rabta Hospital University - Tunis - Tunisia.

Department of Radiology - La Rabta Hospital University - Tunis - Tunisia.

Faculty of Medicine of Tunis - University of Tunis - El Manar - Tunis-Tunisia

Systemic lupus erythematosus and psoriasis: A new case

Psoriasis is a common reason for consultation in dermatology. It is a chronic dermatosis progresses in spurts whose prevalence is estimated at 2.8%. Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease with highly variable clinical expression of unknown cause in which occur genetic factors, endocrine,

immunological and environmental factors. The combination of SLE and psoriasis is thought to be unusual (1).

Case report

A 29-year-old woman, without notable medical history, consulted for fever, asthenia, rash of the face, arthralgia and Raynaud's syndrome lasting for 2 weeks before admission. The examination objectified a malar rash, temporal alopecia, a scalp psoriasis and arthritis in his right knee. The blood count showed a normochromic normocytic anemia at 10.5 g / dl, lymphopenia at 1300/mm³ and thrombocytopenia at 60000/mm³. The immunological results showed positive ANA at 1 / 320, anti DNAn positive at 180 IU / ml and Ac anti Ro positive. The skin biopsy revealed a granular immunofluorescence of the dermo-epidermal: IgG +, IgM +, IgA + in pathological zone and C4 + + in healthy zone. The diagnosis of SLE is held before 5 ARA criteria and diagnosis of psoriasis is chosen after considering dermatological specialist. The patient was treated by corticosteroids at 1mg/Kg/day for the thrombocytopenia and progressively decreased. She was treated also by hydroxychloroquin (Plaquenil®) at 6.5 mg/Kg/day. The association of méthotrexate was discussed, but not used. The evolution was favorable with a decline of 2 years.

Conclusion

Although rare, the association lupus - psoriasis deserves to be known given the pathogenic and therapeutic problems it raises.

Références

- L. Cuesta-Montero, I. Belinchón. Connective Tissue Diseases and Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(7):487-497.

Besma Ben Dhaou, Zohra Aydi, Lilia Baili, Sonia Ketari, Fatma Boussema, Lilia Rokhani

Department of Internal Medicine, Department of Dermatology Habib Thameur Hospital Tunis Tunisia

University of Tunis ElManar; Faculty of Medicine of Tunis

Association rare : amylose non AA et sarcoïdose révélée par un angiomyxome agressif du pelvis

L'angiomyxome agressif est une tumeur mésenchymateuse rare caractérisée par le risque important de récurrence locale et le faible potentiel métastatique. Elle atteint préférentiellement la femme en période d'activité génitale et se développe principalement dans la région pelvienne (1,2). A notre connaissance, aucune affection n'a été décrite en association avec cette tumeur. En particulier, aucun cas d'association d'angiomyxome agressif, d'une sarcoïdose et d'un syndrome de Sjögren (SS) n'a été décrit dans la littérature. Nous en rapportons une observation.

Observation

Patient âgé de 57 ans a été opéré en 1998 pour une tumeur ischiatique en rapport avec un angiomyxome agressif. Il a été admis au service de médecine interne en Mars 2006 pour exploration d'une dysphonie et d'une dyspnée d'aggravation progressive. L'interrogatoire a noté une xérophtalmie et une xérostomie. L'examen clinique a révélé un syndrome cave supérieur. La fibroscopie bronchique a mis en évidence un aspect de compression extrinsèque de la branche lobaire supérieure. La tomодensitométrie thoracique a objectivé un processus tissulaire bi lobaire supérieur, para hilaire au contact des artères pulmonaires et de la veine cave supérieure avec disparition de lisère graisseux de séparation (figure 1).

Figure 1 : TDM thoracique : processus tissulaire bi lobaire supérieur, para hilaire au contact des artères pulmonaires et de la veine cave supérieure avec disparition de lisère graisseux de séparation



L'étude histologique des biopsies chirurgicales de cette masse a conclu à une amylose de type non AA. La biopsie des glandes salivaires accessoires réalisée dans le cadre du bilan d'extension de l'amylose a révélé une sialadénite chronique lymphocytaire stade IV de Shisholm. L'examen ophtalmologique objectivé une kératite ponctuée superficielle. Le bilan immunologique (Anticorps anti SSa et anti SSb) était négatif. L'étude histologique des différentes biopsies (rectale, graisse sous cutanée, bronchique), le bilan biologique et en particulier immunologique n'ont pas révélé d'autre localisation de l'amylose ni d'autres affections associées. Le diagnostic retenu était une amylose pulmonaire non AA localisée associée à un syndrome de Sjögren. L'évolution a été marquée, par l'apparition 5 mois plus tard, de placards dyschromiques du tronc, parsemés de papules érythémateuses et de fine télangiectasies au niveau du visage. L'examen clinique a révélé, en plus de ces lésions cutanées, une masse périnéale de 10 cm de grand axe sous scrotale. L'EFR a mis en évidence un syndrome obstructif avec un rapport de Tiffeneau à 46%. Le bilan biologique était normal, le dosage de l'enzyme de conversion était augmenté à 129 UI/L (normal : 9-52 UI/L). L'étude anatomopathologique des biopsies cutanées et d'une deuxième biopsie des glandes salivaires accessoires a conclu à une sialadénite chronique granulomateuse évoquant une sarcoïdose. Il n'existait pas de dépôts amyloïdes sur les

différentes biopsies. La radiographie du thorax n'a pas révélé d'images suspectes d'adénopathies. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a conclu à la présence d'une masse ganglionnaire de 2 cm de grand axe de la loge de Baret et de 1.5 cm en intertrachéo-bronchique avec une masse pelvienne mesurant 10 cm de grand axe évoquant la récurrence tumorale de l'angiomyxome. L'imagerie par résonnance magnétique thoraco-pelvienne a montré un processus expansif pelvien à double composante liquidienne et charnue avec importante infiltration ganglionnaire (figure 2, 3). A l'étage thoracique, il existait une masse parenchymateuse des lobes supérieurs avec infiltration de la plèvre médiastinale droite laminant la veine cave supérieure et arrivant au contact de l'aorte ascendante (figure 4).

Figure 2,3 : IRM pelvienne : processus expansif pelvien à double composante liquidienne et charnue

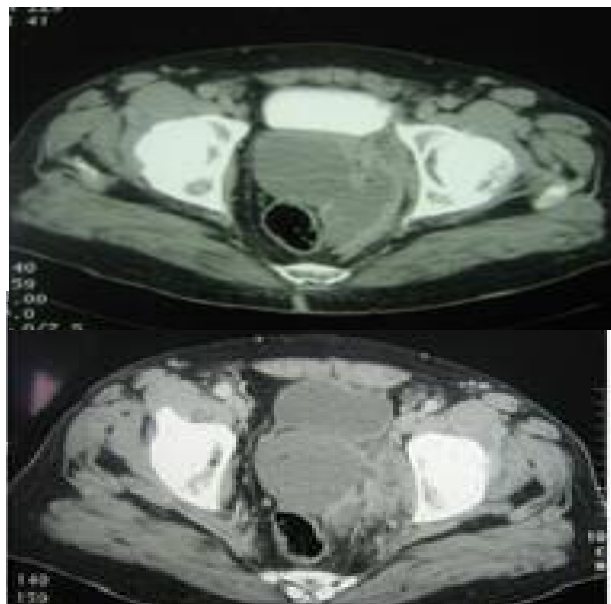


Figure 4 : IRM pelvienne : processus expansif pelvien à double composante liquidienne et charnue



L'échocardiographie faite devant l'apparition de trouble du rythme à type d'extrasystoles auriculaires et à la recherche d'une atteinte cardiaque de l'amylose ou de la sarcoïdose, a conclu à l'infiltration avec une cardiomyopathie hypertrophique et un aspect granité du cœur. Le diagnostic de l'association de sarcoïdose avec une amylose, un syndrome de Sjögren et de récurrence d'angiomyxome agressif a été retenu. L'indication d'une éventuelle corticothérapie n'a pas été retenue, mais devant la nécessité de la reprise chirurgicale de l'angiomyxome pelvien, le patient a été traité en per opératoire par des bolus de solumédrol à visée anti-inflammatoire. Le patient a été opéré en Décembre 2006. L'histologie de la pièce opératoire a confirmé la récurrence de l'angiomyxome. L'évolution immédiate était compliquée d'une embolie pulmonaire ainsi qu'un syndrome occlusif ayant bien évolué sous traitement médical. L'évolution ultérieure est bonne avec un recul actuel de 10 mois.

Conclusion

Les arguments chronologiques : amylose précédant la sarcoïdose et la nature localisée de l'amylose ainsi que le type non AA plaident en faveur du caractère fortuit de cette association. Nous pensons que la révélation de cette association par l'angiomyxome agressif pelvien n'est qu'une coïncidence, hypothèse qui ne peut être infirmée ou confirmée que par l'étude de plus grandes cohortes.

Références

1. Hefferman JE, Alkubaidan FO, Clakson PW, Munk PL. unusual location of aggressive angiomyxome in male. Eur J Radiol. 2007; 63: 39-42.
2. Mathieson A, Chandrakanth S, Yousef G and all. Aggressive angiomyxome of the pelvis: a case report. J can chir 2007; 50 (3): 228-9.

Besma Ben Dhaou, Fatma Ben Dahmen, Zohra Aydi, Lilia Baili, Fatma Boussema, Lilia Rokbani

Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur Tunis
Faculté de Tunis ElManar, Faculté de médecine de Tunis

Calcific constrictive pericarditis

Pericardial inflammation secondary to mycobacterium tuberculosis infection is a rare condition but still observed in developing countries (1).

Constrictive pericarditis develops in three stages, an initial stage involving acute pericarditis with pericardial effusion and fibrin deposition, a subacute stage with organization and reabsorption of the effusion and chronic stage with fibrosis and thickening of the pericardium and calcium deposition (2).

This disease is associated with scarring and loss of elasticity of the pericardium, causing impaired cardiac filling.

Computed tomography is the gold standard imaging tool for cardiac calcification, it allows a nice anatomic delineation of the pericardium and its calcifications which may be very useful in determining the optimal surgical approach for pericardial

resection. We submit this case not only for its striking appearance on computed tomography of the pericardium but also because tuberculosis remains a relatively common leading cause of pericarditis in Tunisia.

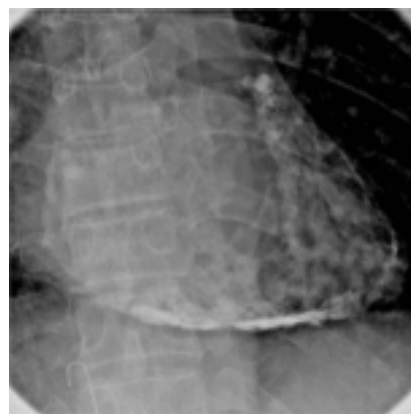
Observation

A 55-year-old male was admitted to our department for palpitation and dyspnea on exertion. He had had pulmonary tuberculosis 17 years earlier. Physical examination revealed distension of the jugular vein, hepatomegaly, bilateral leg edema, diminished and irregular heart sounds.

Electrocardiogram showed atrial fibrillation and no specific repolarization changes.

Chest radiography and fluoroscopy revealed heavy calcification of the pericardium (fig 1).

Figure 1 : The combination of imaging and hemodynamic findings established the diagnosis of constrictive pericarditis.



Cardiac Computed Tomography evidenced severe and extensive pericardial calcification giving "eggshell" appearance (fig 2).

Figure 2 : Severe dense calcification of the pericardium.

With "eggshell" appearance in multislice computed tomography

