

## Une lésion polypoïde antrale inhabituelle !

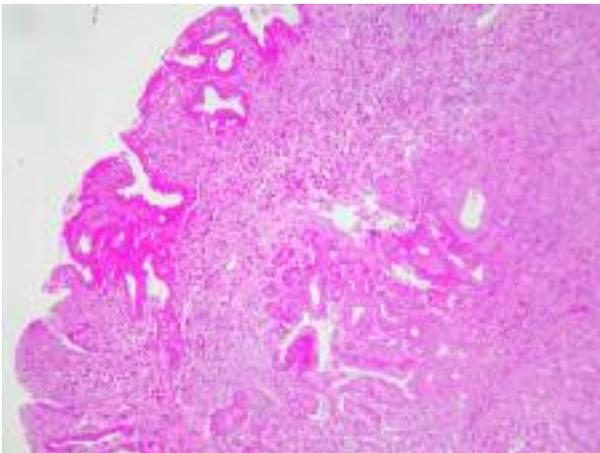
Les tumeurs stromales gastro-intestinales ou GIST sont les tumeurs mésoenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. Elles dérivent des cellules interstitielles de Cajal et sont liées à une mutation du gène Kit ou plus rarement du gène PDGFRA. Elles peuvent se rencontrer tout au long du tube digestif [1]. Les micro-GIST, de concept récent, correspondent à des petites tumeurs de 1 à 10 mm de diamètre qui ne sont généralement pas détectées en clinique [2]. Elles sont considérées par certains auteurs comme des lésions précurseurs des GIST. Elles siègent préférentiellement dans la partie haute de l'estomac. Elles sont multiples dans 34% des cas [3].

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques anatomo-cliniques et évolutives des micro-GIST.

### Observation

Il s'agissait d'un homme âgé de 58 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consultait pour des douleurs abdominales évoluant depuis 3 mois. La fibroscopie digestive montrait un polype sessile de 4 mm de grand axe, ulcéré à son sommet, de siège pré pylorique. La tomodynamométrie abdominale objectivait un discret épaissement régulier de la paroi gastrique. Une biopsie du polype était ainsi réalisée. L'examen histologique montrait que la formation polypoïde était ulcérée en surface. Les cryptes d'aspect régénératif étaient distordus. Au sein du chorion muqueux sous jacent et au niveau de la muqueuse non ulcérée de voisinage, on retrouvait une prolifération tumorale polymorphe faite de cellules isolées ou groupées en petits amas [Figure 1].

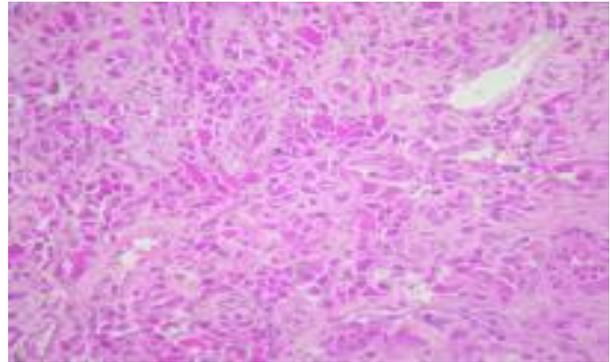
**Figure 1(HEX10) :** Prolifération tumorale polymorphe infiltrant le chorion de la muqueuse gastrique antrale et organisée en plages.



Ces cellules étaient étoilées, fusiformes, ovoïdes et même globuleuses. Leurs noyaux étaient arrondis, allongés, aux contours irréguliers et volontiers nucléolés [Figure 2]. Certaines cellules prenaient un aspect vacuaire dont le noyau refoulé en périphérie lui conférait « un aspect en bague à chaton ». Par

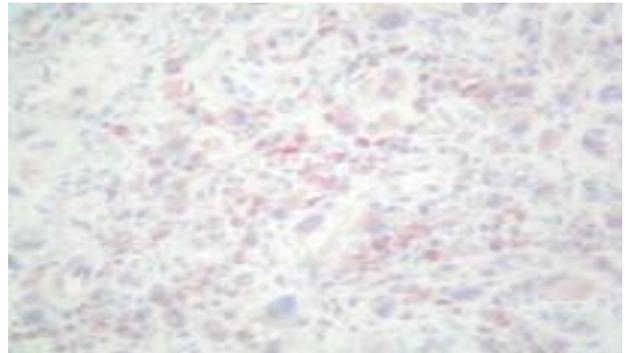
places, les cellules migraient au sein de l'épithélium de surface, responsables par la suite de l'ulcération mécanique. Sur la totalité de l'étendue du prélèvement, on retrouvait uniquement 2 mitoses au fort grossissement.

**Figure 2(HEX40) :** Cellules tumorales, étoilées ou globuleuses, munies de noyaux arrondis ou allongés, à contours irréguliers.

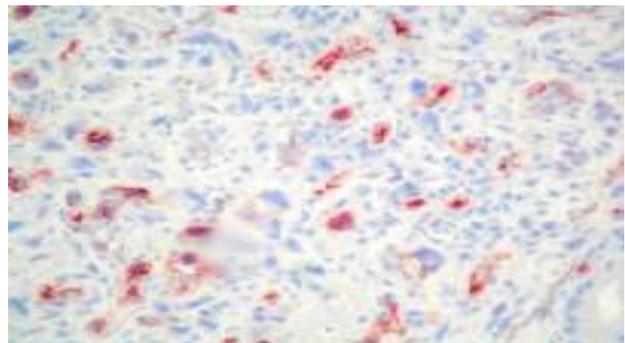


La base de la lésion polypoïde, représentée par la musculaire muqueuse, est saine. Une étude immunohistochimique était réalisée en utilisant la cytokératine 7, le CD117, le CD 34, la Vimentine et l'antigène leucocytaire commun (CD 45). Les cellules tumorales exprimaient le CD117, le CD 34 et la Vimentine [Figure 3 et 4]. Elles n'exprimaient pas la cytokératine 7 et le CD 45. Une endoscopie de contrôle, réalisée après un mois, notait une régression complète de la lésion polypoïde antrale.

**Figure 3(IHC) :** Positivité diffuse des cellules tumorales au CD117.



**Figure 4(IHC) :** Positivité des cellules tumorales au CD34.



## Conclusion

La vitesse de croissance des micro-GIST gastriques est variable avec un potentiel évolutif incertain. En effet, le risque d'évolution agressive semble très faible ou nul [4]. Des régressions complètes de ces petites lésions avec hyalinisation et calcification ont été décrites [1]. Le choix entre chirurgie et surveillance d'une micro-GIST gastrique doit tenir compte de plusieurs facteurs, comme l'âge, le terrain, la symptomatologie et la localisation de la lésion dans l'estomac.

## Conflit d'intérêt : aucun

## REFERENCES:

- 1- Agaimy A, Wunsch PH, Hofstaedter F, Blaszyk H, Rummele P, Gaumann A. Minute gastric sclerosing stromal tumors (GIST tumorlets) are common in adults and frequently show c-KIT mutations. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 113-20.
- 2- Landia B, Bouché O, Guimbaud R, Chayvialle JA. Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) de taille limitée (inférieure à 5 cm) : revue de la littérature et propositions pour la prise en charge. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2010; 34: 120-33.
- 3- Kawanowa K, Sakuma Y, Sakurai S, Hishima T, Iwasaki Y, Saito K. High incidence of microscopic gastrointestinal stromal tumors in the stomach. *Hum Pathol* 2006; 37: 1527-35.
- 4- Emile JF, Scoazec JY, Coindre JM. Tumeurs stromales gastrointestinales (GIST) : quoi de neuf en 2009 ? *Annales de pathologie* 2009; 29: 20-3.

*Alia Zehani, Ines Chelly, Heifa Nfoussi, Rachid Ksantini\*, Heifa Azzouz, Slim Haouet, Moncef Zitouna, Nidhameddine Kchir.*

*Service d'anatomie pathologique. Hôpital La Rabta, Tunis 1007. Tunisie.*

*\*Service de chirurgie. Hôpital La Rabta, Tunis 1007. Tunisie.*

*Faculté de Médecine de Tunis*

*Université El Manar*

## Primitive caeco-appendicular tuberculosis Revealed by a perforation at 33 weeks of pregnancy

Tuberculosis is a major health problem all over the world. Primary intestinal tuberculosis is a rare variant accounting for 1% of the cases [1] and it's a major health problem in many underdeveloped countries. Not all infected individuals have clinical disease. Approximately 20-25% of patients with intestinal tuberculosis have pulmonary location [2].

Any part of the gastro-intestinal system may be infected, although the ileum and colon are common sites, possibly because of the increased physiological stasis, increased rate of fluid absorption, minimal digestive activity and an abundance of lymphoid tissue at this site (Peyer's patches) [3].

Intestinal tuberculosis is predominantly a disease of young adults with a slight female predominance [4]. It is expected that the incidence of tuberculosis among pregnant women would be as high as in general population.

We present an exceptional case of perforation of caeco-appendicular tuberculosis during pregnancy.

## Case Report

A 32-year-old women gravida1, para1, pregnant at 33 weeks, was referred to our department with acute abdominal pain, fever and general weakness for the past three weeks. The patient was known to suffer from chronic constipation.

Upon arrival, the patient complained abdominal pain focused mainly in the periumbilical area. There was no evidence of uterine contraction or foetal distress. Vital signs were notable for a heart rate of 98 beats per minute and blood pressure of 90/60 mmHg. Her temperature was 39°C.

Abdominal examination demonstrated gravid abdomen appropriate for gestational age and diffuse tenderness to palpation, most marked in the supra-umbilical area.

Laboratory test results revealed mild anemia (hematocrit 34.8%, hemoglobin 10.5 mg/dL) with leukocytosis to 17100/mcl, 90% neutrophils. Liver function tests and amylase were within normal limits.

Ultrasound exam revealed a moderate heterogeneous intra-peritoneal effusion and a normal intra-uterine pregnancy.

The initial diagnosis suggested was appendicular peritonitis.

A laparotomy was decided and performed through an upper midline incision.

A large quantity of fluid pus and fibrin was found and a perforated caeco-appendicular tumor was discovered. A partial intestinal resection with ileostomy was performed (Fig 1).

**Figure 1** : Caeco-appendicular resected tumor



One day post operatory, the patient went into labour, which resulted in a vaginal delivery of a 1800G female infant Apgar 9 and 10 at 1 and 5 minutes.

Pathological examination revealed a trans-parietal caseating granuloma with severe inflammation and perforation of caecum and appendix without any evidence of heterotopic mucosa (Fig 2). Microbiologic Ziehl-Nielsen stain results were positive.

Chest X-ray was normal.

Anti-tuberculosis treatment was administered including rifampicin and isoniazid 300/150 mg twice a day, pyrazinamide 25 mg/kg/24 hours and vitamin B6 100 mg/day. At present (six months later) our patient remains free of symptoms.