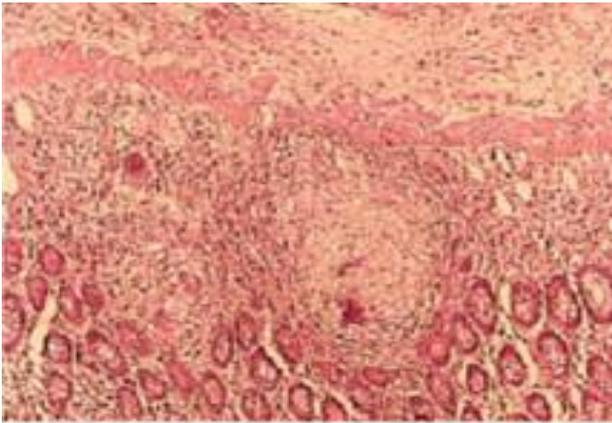


Figure 2 : Microscopic aspect of caseating granuloma

Conclusions

Tuberculosis is a re-emerging problem, concerning not only countries with high incidence, but developed countries as well. Intestinal tuberculosis is a diagnostic puzzle and clinical manifestation can imitate a broad spectrum of diseases. Treatment is mainly conservative and surgery should be kept as the last resort and used only in complicated cases.

References

1. Sibartie V, Kirwan WO, O'Mahony S, Stack W, Shanahan F: Tuberculosis mimicking Crohn's disease: lessons relearned in a new era. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007, 19:347-9.
2. Sharma M.P; Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res.* 2004,120:305-15.
3. Michalopoulos A ; Papadopoulos V N ; Panidis S et al. Cecal obstruction due to primary intestinal tuberculosis: a case series. *Journal of Medical Case Reports* 2011, 5:128.
4. Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. *Indian J Gastroenterol* 1998; 17:141-7.
5. Chatzicostas C, Koutroubakis IE, Tzardi M, Roussomoustakaki M, Prassopoulos P, Kouroumalis EA. Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: case report. *BMC Gastroenterol* 2002, 2:10.
6. Epstein D, Watermeyer G, Kirsch R. The diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007, 25:1373-88.
7. Singh V, Kumar P, Kamal J, Prakash V, Vaiphei K, Singh K. Clinico-colonoscopy profile of colonic tuberculosis. *Am J Gastroenterol* 1996, 91:565-8.
8. Anand BS, Schneider FE, El-Zaatari FA, Shawar RM, Clarridge JE, Graham DY. Diagnosis of intestinal tuberculosis by polymerase chain reaction on endoscopic biopsy specimens. *Am J Gastroenterol* 1994, 89:2248-9.
9. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and the peritoneum. *Am J Gastroenterology* 1993, 88:989-99.
10. Dorairajan LN, Gupta S, Deo SV, Chumber S, Sharma L. Peritonitis in India – a decade's experience. *Trop Gastroenterol* 1995; 16:33-8.
11. Makanjuola D. Is it Crohn's disease or intestinal tuberculosis? CT analysis. *Eur J Radiol.* Aug 1998;28(1):55-61.
12. Misra SP, Misra V, Dwivedi M, Gupta SC: Colonic tuberculosis: clinical features, endoscopic appearance and management. *J Gastroenterol Hepatol* 1999, 14:723-9.
13. Tripathi PB, Amarapurkar AD. Morphological spectrum of gastrointestinal tuberculosis. *Trop Gastroenterol.* Jan-Mar 2009;30(1):35-9.
14. Snider DE (Jr), Powell K. Should women taking antituberculous drugs breast feed? *Arch Intern Med* 1984; 144: 589-90.
15. Khilnani G C. Tuberculosis and Pregnancy. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2004; 46:105-11.

*Atef Youssef**, *Khaled Neji***, *Fethi Ben Amara**, *Hedi Reziga**

*-Department of Gynecology Obstetrics B

**-Department of Emergency

Maternity and Neonatal Center of Tunis - TUNISIA

Les sarcomes en territoire irradié

La radiothérapie est un composant majeur de l'arsenal thérapeutique de plusieurs cancers ; Cependant, elle est associée à quelques effets secondaires. Parmi ces effets, les sarcomes radio-induits représentent une complication rare mais de pronostic effroyable. Nous rapportons deux nouvelles observations illustrant deux sarcomes apparus après irradiation, dans le but d'étudier les caractéristiques anatomo-cliniques et thérapeutiques de cette pathologie rare.

Observations :

Observation 1 :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 37 ans, aux antécédents de carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT) du cavum traité par radiothérapie il ya 8 ans (70 Gy au niveau du cavum, base du crâne, premiers relais cervicaux et 50 Gy sur les aires ganglionnaires cervicales inférieures). Cette patiente avait consulté pour odontalgies et gêne alimentaire rebelles au traitement symptomatique. L'examen clinique trouvait une mobilité en bloc de tout le secteur prémolo-molaire maxillaire gauche sans atteinte de la muqueuse endobuccale sous-jacente ni exposition osseuse. L'imagerie médicale objectivait un processus ostéolytique du maxillaire gauche. Le traitement consistait en une hémimaxillectomie gauche. Sur le plan histologique, il y avait une prolifération d'allure sarcomateuse peu différenciée infiltrant l'os et les parties molles, disposée en faisceaux courts anarchiquement enchevêtrés (fig.1); les cellules tumorales étaient fusiformes à noyau ovoïde hyperchromatique dodu ou multiple souvent volumineux et fusiforme, l'index mitotique était estimé à 10mitoses/10CFG (fig.2).

Figure 1 : prolifération sarcomateuse infiltrant l'os maxillaire (x 100)

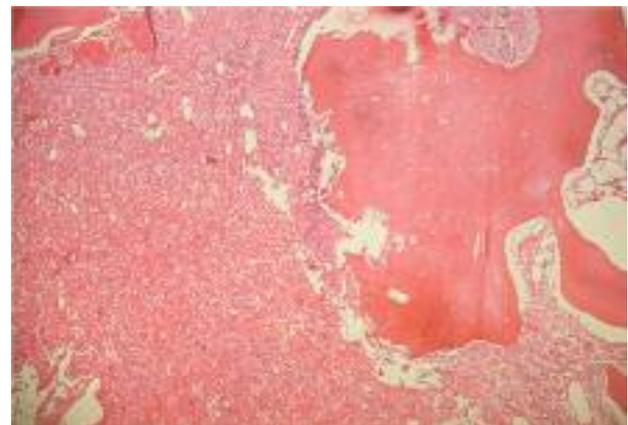
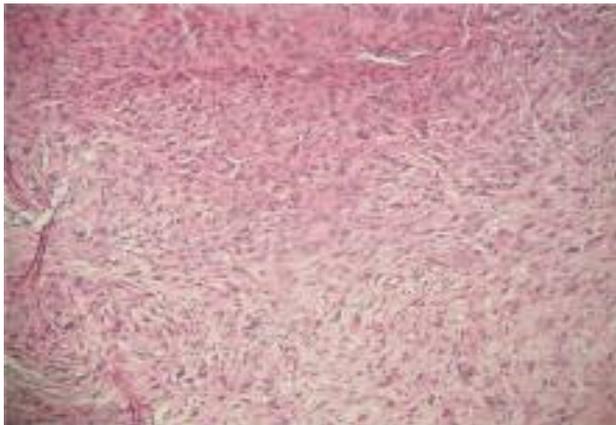


Figure 2 : Prolifération de cellules fusiformes munies de noyaux atypiques parfois multiples (x 200)



En immunohistochimie, les cellules tumorales avaient fortement exprimé la vimentine et faiblement la desmine et l'actine muscle lisse (AML); l'immunomarquage était négatif pour la PS100, le CD34, le CD31, le facteur VIII et la Myo D1. Le diagnostic retenu était un histiocytofibrome malin radio induit du maxillaire gauche de grade II de la classification FNCLCC.

Observation 2 :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 48 ans aux antécédents de carcinome canalaire infiltrant des deux seins traités par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie (radiothérapie locorégionale de 64 Gy sur le lit tumoral et 50 Gy au niveau de la paroi thoracique). Après une rémission de 12 mois, la patiente présentait un nodule du sein droit, antérieurement irradié. L'échomammographie identifiait un nodule de 4 cm de diamètre du quadrant supéro-externe du sein droit. Une mammectomie droite était alors réalisée (fig.3).

Figure 3 : Pièce de mammectomie droite: volumineuse tumeur blanchâtre d'aspect nodulaire et fasciculé



L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire trouvait un nodule tumoral, blanchâtre, de 4 cm de grand axe, à l'union des quadrants internes. Sur le plan histologique, le nodule

correspondait à une prolifération sarcomateuse dense faite de cellules fusiformes à cytoplasme éosinophile et à noyau volumineux présentant des atypies marquées et des mitoses nombreuses (fig.4). En immunohistochimie, la composante fusocellulaire était positive pour la vimentine et négative pour la kératine, l'AML et la desmine (fig.5). Le diagnostic d'un fibrosarcome radio-induit était retenu. Après un recul de 3 ans, l'évolution est bonne sans récurrence tumorale.

Figure 4 : Prolifération sarcomateuse de densité élevée (X 100). En cartouche: Atypies manifestes; mitoses nombreuses (X 400)

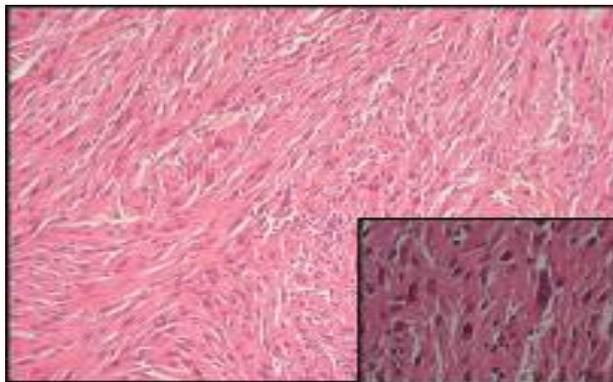
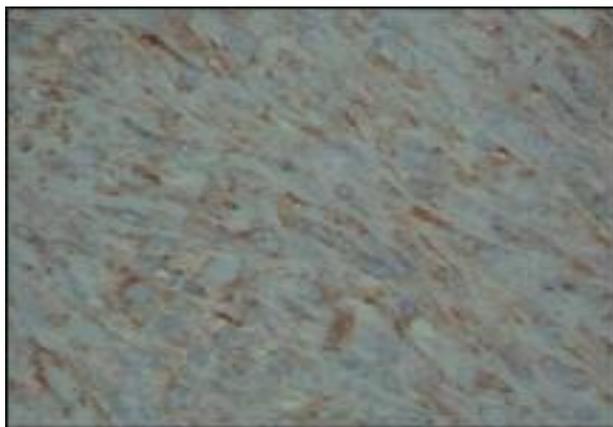


Figure 5 : Immunomarquage positif pour la vimentine (X 400)



Conclusion

La radiothérapie reste un volet indispensable dans le traitement de certaines tumeurs et se complique rarement de sarcome de mauvais pronostic. D'où la nécessité de limiter les indications de la radiothérapie surtout pour les pathologies bénignes, de bien préciser les volumes et les doses d'irradiation et de suivre régulièrement les patients déjà irradiés afin de diminuer la fréquence de ces tumeurs et de les détecter précocement.

Meriem Ksentini¹, Sameh Ellouze¹, Hela Mni², Najla Abid³, Sana Triki², Sondes Briki², Jamel Daoued⁴, Tahya Sellami Boudawara¹

1-Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques. CHU Habib Bourguiba, Sfax, TUNISIE

2- Service de carcinologie médicale. CHU Habib Bourguiba, Sfax, TUNISIE

3- Service de chirurgie maxillo faciale. CHU Habib Bourguiba, Sfax, TUNISIE

4-Service de radiothérapie. CHU Habib Bourguiba, Sfax, TUNISIE