

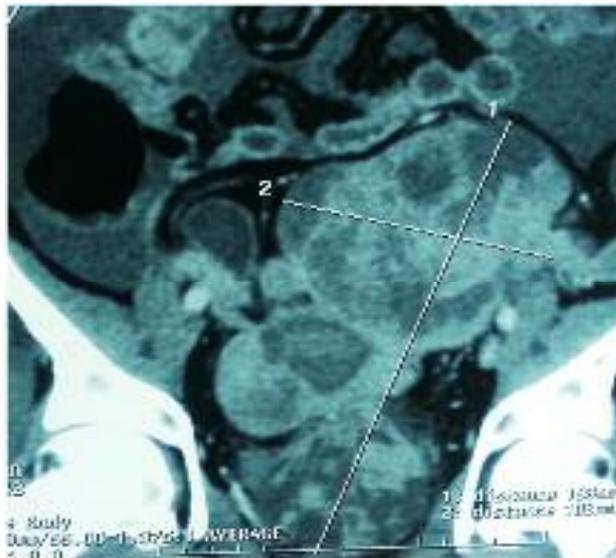
Tumeur neuro-ectodermique périphérique abdomino-pelvienne

Les tumeurs neuro-ectodermiques primitives (pNET) appartiennent à la famille des tumeurs sarcomateuses d'Ewing(1). Elles représentent moins de 1% de tous les sarcomes (2). Une localisation abdomino-pelvienne est notée dans 26% des cas (1). Les explorations radiologiques telles que le scanner sont essentielles pour fournir des éléments d'orientation diagnostique (3). Elles permettent d'explorer la lésion primaire, donnant une idée sur sa résectabilité, et participent au bilan d'extension. Nous rapportons ici un nouveau cas de pNET abdomino-pelvienne.

Observation

Patient âgé de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, était admis pour prise en charge d'un syndrome rectal fait d'épreinte, ténisme et de faux besoins avec une distension abdominale progressive évoluant depuis un mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen à l'admission objectivait un état général moyen; un abdomen distendu avec une voussure sus ombilicale, mate à la percussion. Le toucher rectal était normal ainsi que le reste de l'examen somatique. A la biologie, il y'avait une hypoalbuminémie à 29,4 g/l et une C réactive protéine à 168 mg/l. Le reste du bilan biologique était normal et le taux d'hémoglobine était à 13,1 g/dl. Les marqueurs tumoraux dans le sang étaient normaux. La recto-sigmoïdoscopie objectivait un aspect de compression extrinsèque au niveau du recto-sigmoïde. Le scanner abdomino-pelvien montrait la présence d'un processus tissulaire abdomino-pelvien spontanément hétérogène se rehaussant de façon significative et hétérogène. Cette formation est de contours polycycliques faisant 20 cm de hauteur, 16 cm de diamètre transversal et 11 cm d'épaisseur. Elle siège entre les anses digestives avec un contact intime avec le sigmoïde qui est comprimé et refoulé. La lésion arrive en bas dans l'espace inter recto-vésical et refoule en avant la vessie, les vésicules séminales, la prostate et en arrière le rectum. On note par ailleurs une ascite libre de grande abondance à contenu dense par endroits avec des images nodulaires accolées au péritoine de taille variable entre 0,5 et 3,5 cm (fig1). La biopsie scannoguidée de la lésion ramenait des fragments tissulaires de couleur gris blanchâtre. La tumeur était constituée par une prolifération compacte, délicatement lobulée avec un fond richement vascularisé, endocrinoïde. Les cellules tumorales assez uniformes, sont cuboïdes ou arrondies ou plus rarement fusiformes, à cytoplasme peu abondant, à noyau rond ou ovale régulier, hyperchromatique peu nucléolé. Le stroma ne présentait pas d'inflammation et il existait quelques microfoyers de nécrose tumorale. L'immunomarquage montrait que les cellules tumorales étaient diffusément et fortement positives pour les anti-CD99 et FLI 1, mais également positives pour les anti chromogranine, EMA, Kératine, Synaptophysine et Vimentine. Le diagnostic de pNET abdomino-pelvienne était retenu. Le patient était proposé pour une chimiothérapie néoadjuvante mais décède rapidement avant de l'entamer.

Figure 1 : Scanner abdominal montrant la tumeur neuroectodermique primitive abdomino-pelvienne



Conclusion

Les pNET sont des tumeurs rares auxquelles il faut penser devant toute masse intra abdominale. Bien que les données de la TDM soient variables et non spécifiques, la mise en évidence d'un volumineux processus expansif intra abdominal avec des contingents kystiques et nécrotiques doit faire évoquer le diagnostic de pNET abdomino-pelvienne.

Référence

1. O'Sullivan MJ, Perlman EJ, Furman J, et al. Visceral primitive peripheral neuroectodermal tumors: a clinicopathologic and molecular study. *Hum Pathol* 2001; 32: 1109-15.
2. Maissonette F, Roux E, Abita T, et al. A propos d'un sarcome d'Ewing du mésocolon. *Gastroenterol Clin Biol* 2007 ; 31 : 552-4.
3. Li X, Zhang W, Song T, et al. Primitive neuroectodermal tumor arising in the abdominopelvic region: CT features and pathology characteristics. *Abdom Imaging* 2011; 36: 590-5.

Leila mnif, Amal Grati, Mouna Boudabbous, Lassad Chtourou, Ali Amouri, Nabil Tahri

Service d'hépatogastro-entérologie ; CHU Hédi Chaker ; Sfax-Tunisie

Les ostéites chimio-induites : à propos d'un cas

L'ostéonécrose des maxillaires (ONM) en rapport avec un traitement par bisphosphonates (BP) est une entité clinique individualisée en 2003. Les bisphosphonates sont utilisés dans le traitement des ostéolyses induites par les tumeurs malignes (métastases osseuses, néoplasies hématologiques...) et dans le traitement de l'ostéoporose. Les effets pharmacologiques

classiques des BP résultent de leurs propriétés chimiques principales : leur affinité pour l'hydroxyapatite osseuse et leur effet inhibiteur sur les ostéoclastes. (1, 2)

Les principaux facteurs de risque sont en rapport avec :

- Le traitement par BP (puissance de la molécule, voie d'administration, durée du traitement et dose cumulée)
- Des facteurs buccodentaires (gestes invasifs, mauvaise hygiène buccodentaire). (2)

Nous rapportons le cas d'un patient présentant une ostéonécrose du maxillaire en rapport avec prise en charge à nécessité un curetage osseux et sutures accompagnés d'un traitement antibiotique et antiseptique jusqu'à fermeture du site. Le cas présenté illustre la difficulté de prise en charge des ostéites chimio-induites.

En effet, certains auteurs prônent un traitement conservateur de l'ostéonécrose, d'autres, une approche chirurgicale plus systématique dont le but est d'obtenir un isolement de l'os par fermeture muqueuse.

Observation

M. K.K, 45 ans a Consulté au niveau du service d'héματο-oncologie de l'hôpital du 20 Août à Casablanca en Juin 2009 pour des masses au niveau de la main droite et de la cheville gauche. Les radiographies des membres ont révélé une ostéolyse au niveau du cinquième métacarpe de la main droite ainsi qu'au niveau du tibia gauche. La biopsie ostéoméduillaire est normale, le bilan rapporte un EPP sérique à 94g/l (pic γ à 26,5 g/l). Le diagnostic d'un plasmocytome a été posé. Dans le cadre de sa prise en charge, le patient a reçu un traitement par biphosphonates (acide zolédronique) (Zometa®) à raison d'une injection en IV par mois pendant huit mois (Décembre 2009 à juillet 2010). En Décembre 2010, il nous a été adressé par son hématologue suite à un retard de cicatrisation du site d'extraction de la deuxième prémolaire maxillaire droite faite deux mois auparavant sans antibioprofylaxie L'examen exo buccal est sans particularité, par contre l'examen endo buccal montre une lésion buccale avec mise à nu d'os de couleur grisâtre, au niveau de la région prémolaire droite maxillaire. (figure 1) La gencive et les tissus mous périphériques sont inflammatoires.

Figure 1: Lésion buccale avec mise à nu d'os de couleur grisâtre au niveau de la région prémolaire maxillaire droite.



La radiographie panoramique met en évidence l'absence de réparation osseuse au niveau du site d'extraction accompagnée d'une lyse profonde en distal de la première prémolaire maxillaire droite. (figure 2)

Figure 2 : Radiographie panoramique montrant l'absence de réparation osseuse au niveau du site d'extraction accompagnée d'une lyse profonde en distal de la première prémolaire maxillaire droite.



Un traitement antibiotique a été prescrit (association Spiramycine et Métronidazole) avec des rinçages antiseptiques pluriquotidiens à base de Chlorhexidine. A trois semaines, nous avons contrôlé le site et nous avons constaté une cicatrisation incomplète. (figure 3)

Figure 3 : Cicatrisation incomplète à trois semaines.



Un débridement à minima a été réalisé, le contrôle à dix jours a mis en évidence une mobilité importante de la première prémolaire maxillaire droite avec une fermeture incomplète du site. Trois semaine après, nous avons procédé au curetage de l'os infecté avec extraction de la dent mobile et le site a été entièrement recouvert par un lambeau. (figure 4). Les médicaments postopératoires ont été les mêmes que lors de la première consultation. Le contrôle à un mois puis à trois mois a montré une fermeture complète de la muqueuse. (figure 5) Le contrôle radiologique à un an, ne montre aucune récurrence.

(figure 6) Après cicatrisation, le patient a pu bénéficier d'une autogreffe de moëlle dans le cadre de sa prise en charge pour le myélome multiple.

Figure 4 : Fermeture du site à l'aide d'un lambeau.



Figure 5 : Contrôle à 3 mois.



Figure 6 : Contrôle radiologique à un an



Conclusion

L'ostéonécrose des maxillaires est une complication rare, parfois grave secondaire à un traitement par bisphosphonates. Les patients recevant de tels médicaments à long terme, doivent être informés du risque potentiel d'apparition d'ostéonécroses maxillaires. Ces patients doivent être examinés à la recherche de foyers infectieux oraux, et traités le cas échéant. Il faut intensifier les mesures d'hygiène buccale conventionnelles et prévoir des contrôles dentaires réguliers à intervalles de 6–12 mois. En présence d'une ostéonécrose maxillaire manifeste sous traitement par bisphosphonates, les patients doivent être pris en charge par une équipe multidisciplinaire pour les motiver, les surveiller et les accompagner.

Référence

- 1-Abi Najim S, Lesclous P, Lombardi T, Bouzouita I, Carrel Jp, Samson J. Ostéonécrose des maxillaires due aux bisphosphonates : mise au point. *Med Buccale Chir Buccale* 2008 ; 14 :5
- 2- Nguyen T, El Hakim M, Arseneau R, Simon D. L'ostéonécrose des maxillaires associée aux bisphosphonates. *Journal de l'ordre des dentistes du Québec* 2011 ; 48 :7

*Rajaa El Bouihi**, *Mokrane Khazana**, *Mohamed Rachid***, *Said Benchekroun****, *Ihsane Ben Yahya**

* : service d'odontologie chirurgicale, centre de consultations et de traitements dentaires, CHU de Casablanca.

** : service d'hémo-oncologie, hôpital du 20 Août 1953 à Casablanca.

Université Hassan2. Maroc

*** :Service d'hématologie-oncologie hôpital du 20 Août 1953 à Casablanca. Maroc

Faculté de médecine dentaire de Casablanca

- Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Élastofibrome dorsal: apport de l'imagerie par résonance magnétique

L'élastofibrome est une pseudotumeur fibro-élastique, de croissance très lente localisée essentiellement au niveau de la région scapulaire. Il a été décrit pour la première fois par Jarvi et Saxen en 1959 et rapporté lors du 12ème congrès d'anatomopathologie scandinave (1,2). Sa localisation typiquement infra scapulaire, sa bilatéralité ainsi que son aspect en imagerie et surtout en imagerie par résonance magnétique (IRM) sont suffisamment suggestifs du diagnostic (3), permettant selon certains auteurs un diagnostic prospectif efficace évitant la biopsie systématique.

But

Décrire l'aspect en imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'élastofibrome dorsal à partir d'une série de sept cas.

Cas cliniques

Sept cas d'élastofibrome sous-scapulaires ont été pris en charge entre 2009 et 2012. Deux patients présentaient des lésions bilatérales. L'âge moyen de nos patients était de 55ans, il