

Figure 1 : Liposarcome bien différencié de type lipoma-like avec présence de cellules atypiques, associées à des lipoblastes

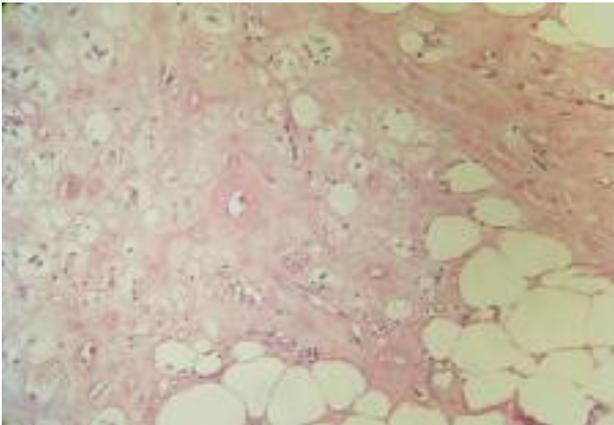
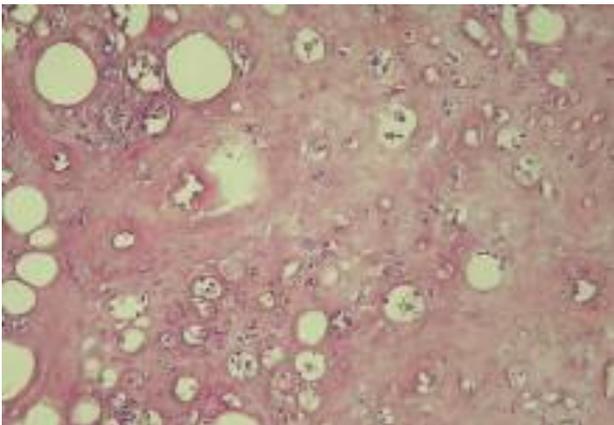


Figure 2 : Liposarcome bien différencié de type sclérosant, constitué de plages de fibrose dense



Conclusion

Le pronostic du liposarcome bien différencié paratesticulaire est meilleur que celui des autres sarcomes. En effet, son évolution est lente et son potentiel métastatique est minime, alors que les formes dédifférenciées donnent des métastases dans 15 à 20% des cas. Bien qu'il soit une tumeur rare, son diagnostic doit être évoqué devant toute tumeur adipeuse bien différenciée de l'adulte.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

- 1- Pergel A, Yucel AF, Ayadin I, Sahin DA, Gucer H, Kocakusak A. Paratesticular liposarcoma: A radiologic pathologic correlation. *Journal of Clinical Imaging Science* 2011; 1: 1-3.
- 2- Palumbo P, Tellan G, Minicucci A, Cozza V, Bosco S, Vietri F, Angelici AM. Outpatient treatment for liposarcoma of the spermatic cord. *Ann Ital Chir.* 2012 Jun (sous presse).
- 3- Dei Tos AP, Pedetour F. Atypical lipomatous tumour / Well differentiated liposarcoma. In: Fletcher C, Krishnan Unni K, Mertens F. *World Health Organisation Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone.* Lyon: IARC Press: 2002: p. 35-7.
- 4- Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. *Ann Surg Oncol.* 2003; 10: 669-75.

Abdominal cystic lymphangioma complicated by mesenteric volvulus: a case report

Cystic lymphangiomas represent 5 % of benign tumors in infants. The cervicofacial region is the most frequent localization. Intraabdominal localization is rare (1/20 000 in children) [4], characterized by a slow growth and a manifestation in early adulthood [1].

Small bowel volvulus is an uncommon clinical entity, usually considered as a surgical emergency, mostly occurring during the first weeks of life [2]. Diagnosis of volvulus in older children or adults can be delayed, since the clinical manifestation is usually vague. It is important to make an early diagnosis to expedite surgical intervention.

Mesenteric lymphatic malformations are uncommon abdominal masses which are rarely associated with small bowel volvulus. We present a case of intraabdominal lymphangioma complicated by a small bowel volvulus in a 6-year-old girl.

Case report

A 6-year-old girl was admitted with two days history of colicky abdominal pain without fever or vomiting. No similar episode occurred in the past. Clinical examination revealed a slight tenderness with no palpable abdominal mass. The plain abdomen radiography was normal. Ultrasound examination of the abdomen revealed a "whirlpool pattern" of the superior mesenteric vein around the superior mesenteric artery, attesting the presence of volvulus. The examination of the pelvic region noted the presence of a multilocular anechoic intraperitoneal cystic mass, with thin wall and septations. The cyst extended from the right to the left iliac fossa.

Dynamic contrast enhanced CT confirmed the mesenteric volvulus by showing a double "whirlpool pattern" of the superior mesenteric vein surrounding the superior mesenteric artery (fig 1), and the presence of a voluminous pelvic intraperitoneal cystic mass molding the other intraabdominal organs (fig 2).

Surgery confirmed the imaging findings. A large thin walled cyst (20 cm) was found related to the proximal jejunum with two spiral turns of the mesenteric vessels (Fig 3, 4). Ileocaecal junction was in normal position. The affected part of intestine was viable following derotation. The cyst was excised with 60 cm of jejunum and a terminoterminal anastomosis was performed. Histological examination confirmed the diagnosis of typical benign mesenteric cystic lymphangioma.

Conclusion

Intestinal volvulus is a rare but life-threatening complication of cystic lymphangioma.

Abdominal US and CT are useful for making an early diagnosis and enhance urgent therapy.

References

- 1- Intraabdominal lymphangioma : A Case Report: Handa R, Kale R, Harjai MM, Dutta V. *MJAFI*2007;63:80-81

Figure 1 : Abdominal CT with contrast material administration showing two spiral turns of SMV (arrows) around SMA, indicating midgut volvulus and realizing the “Whirlpool Sign”.



Figure 3 : Peroperative view showing midgut volvulus

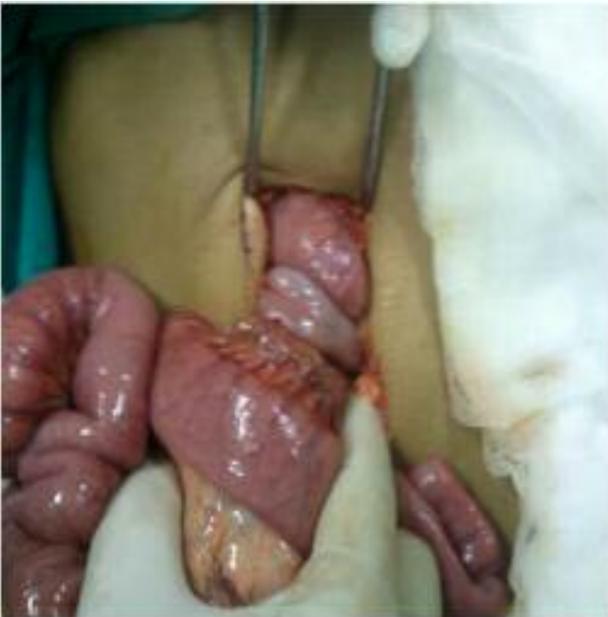


Figure 2 : CT image just inferior to the volvulus showing a lobulated cystic lesion insinuating around the iliac vessels, suggestive of cystic lymphangioma (*).

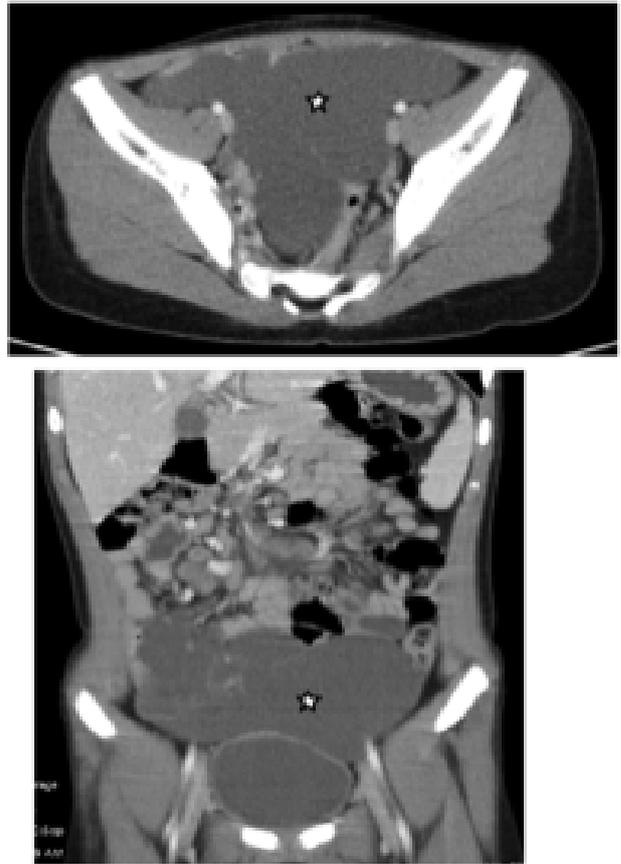


Figure 4 : Mesenteric lymphangioma



- 2-Chronic midgut volvulus with mesenteric lymphangioma A case report and review of literature: Kandpala H, Sharma R, Madhusudhana KS et al. European Journal of Radiology Extra 2004;52:115-117
- 3-Mesenteric Cystic Lymphangioma. Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A et al. The American college of surgeons 2003;196:598-603
- 4-Les lymphangiomes kystiques du mésentère et du méso-côlon. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L. Ann Chir 2002; 127:343-9
- 5-Case report: volvulus of a mesenteric cyst, an unusual complication diagnosed by CT. Namasivayam J, Ziervogel MA, Hollman AS. Clinical radiology 1992;46:211-12

Lilia Ben Hassine(1), Rym Kharrat(1), Ali Ghribi(2), Fatma Fitouri(2), Hélé Louati(1), Wiem Douira(1), Lilia Lahmar(1), Ibtissem Bellagha(1) Mourad Hamzaoui(2)

(1) Department of Paediatric Radiology, Bechir Hamza Infants Hospital, Tunis, Tunisia

(2) Department of Paediatric Surgery, Bechir Hamza Infants Hospital, Tunis, Tunisia

Thymome de l'enfant : tumeur rare parfois de diagnostic difficile

Le thymome représente environ 20 % des tumeurs médiastinales et environ 50 % des tumeurs du médiastin antérieur. C'est l'apanage du sujet adulte de la 4ème à la 5ème décennie, il est rarement décrit chez l'enfant (1, 2). De par sa situation anatomique et sa fréquence, cette tumeur pose souvent des problèmes de diagnostic. Nous rapportons l'observation d'un enfant de 11 ans. Le diagnostic de thymome était difficile à établir. Une myasthénie est apparue 3 mois après la thymomectomie, sans récurrence locale à l'imagerie. Nous illustrons à travers cette observation les difficultés de diagnostic de thymome chez l'enfant vue sa rareté ; en effet dans cette tranche d'âge le tératome est la première étiologie des tumeurs médiastinales.

Observation

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans, issu d'un mariage non consanguin, exposé au tabagisme passif, sans antécédents pathologiques particuliers.

La symptomatologie, remontant à quelques jours avant son admission, était marquée par l'apparition de douleurs thoraciques gauches irradiant vers l'épaule homolatérale sans autres signes d'accompagnement, en particuliers pas de toux ni hémoptysie ni altération de l'état général.

L'examen avait noté une fièvre à 38.5°C, une déformation thoracique avec protrusion de l'hémi-thoracique gauche, une adénopathie cervicale gauche centimétrique et une auscultation pulmonaire normale.

La radiographie de thorax (Fig1) avait montré une opacité homogène latéro-cardiaque gauche à limite externe nette et limite interne confondue avec le médiastin, se raccordant en pente douce avec le médiastin, le refoulant vers la droite.

Figure 1 : Radiographie thoracique de face : opacité dense paracardiacque gauche refoulant le médiastin à droite



L'échographie thoracique avait confirmé la nature tissulaire de la lésion et son siège médiastinal antérieur gauche et la présence d'un épanchement pleural homolatéral de faible abondance.

Le scanner thoraco-abdominal (Fig2) avait conclu à une masse médiastinale antérieure latéralisée à gauche, largement nécrosée, mesurant 13 x 11 x 8 cm, occupant les trois étages du médiastin, d'allure agressive, avec envahissement du thymus avec un épanchement pleural gauche et péricardique, associé à des adénomégalies de la chaîne médiastinale antérieure transverse. Sur le plan biologique, on avait noté les globules blancs à 11000, la CRP à 50 mg/l et la VS à 80. Puis une ponction pleurale n'avait pas ramené de liquide. Le dosage des marqueurs tumoraux révélait un taux de β HCG élevé à 0.8, de α FP normal et de LDH à 1305. Une tumeur germinale a été alors évoquée. On a complété par une biopsie de l'adénopathie cervicale qui était réactionnelle, et une biopsie percutanée sous contrôle tomodynamométrique de la masse qui n'était pas contributive. On a alors eu recours à une biopsie chirurgicale du processus tumoral par médiastinotomie antérieure gauche; l'examen anatomopathologique extemporané trouvait un aspect cadrant avec un seminome avec des cellules rondes, à cytoplasme clair et noyaux ronds centraux et nucléolés. L'examen anatomopathologique définitif avait trouvé un aspect de tumeur très largement nécrosée difficile à étiqueter avec précision, pouvant cadrer plutôt avec un thymome.

Une chimiothérapie néo-adjuvante à base de cisplatine et etoposide a été indiquée, il a eu 5 cures rythmées d'une cure tous les 21 jours, suivies d'une régression partielle de la masse tumorale et des adénomégalies médiastinales, estimée à 53% selon les critères RECIST.

Une résection chirurgicale est alors indiquée, on a ainsi réalisé une thymectomie totale avec curage ganglionnaire.