

### Conclusion

La mucormycose est une maladie rare et gravissime chez le diabétique. Elle nécessite un diagnostic précoce pour permettre un traitement rapide et adapté. Son association à une tuberculose est encore plus rare. Le pronostic tous sites confondus, reste mauvais, avec une mortalité variant de 50 à 80 % selon les séries. Il faut y penser devant toute rhino-sinusite, inflammation de la région périorbitaire, uni- ou bilatérale chez un patient immunodéprimé.

### Références

1. Ameen M, Arenas R, Martinez- luna E, Reyes M et Zacarias R. The emergente of mucormycosis as an important opportunistic fangal infection : five cases presenting to a tertiary referral center for mycology. *Int J Dermatol* 2007 ; 46 : 380-4.
2. Bhadada S, Bhansali A, Reddy KS, Bhat RV, Khandelwal N et Gupta AK. Rhino-orbital-cerebral mucormycosis in type 1 diabetes mellitus. *Indian j pediatric* 2005 ; 72 : 671 – 4
3. Zedini, A. Mekni, L. Ferchichi, M. Bel Haj Salah, S. Kharrat, R. Zainine, Mucormycose rhinocérébrale : à propos d'un cas. *Médecine et maladies infectieuses* 2006 ; 36 : 517–19.

### Polypose gastrique hyperplasique isolée. A propos de un cas

Gharbi Lassad, Attaoui Mohamed Amine, Mzoughi Zeineb, Marsaoui Lobna, Khalfallah Med Taher.  
Service de chirurgie viscérale. CHU Mongi Slim. Sidi Daoued, Tunis, Tunisie.

La polypose gastrique hyperplasique isolée (sans contexte de polypose digestive) est rare et souvent sporadique La gastrectomie totale a l'avantage de réséquer tous les polypes et de rechercher une dysplasie [1]. La surveillance postopératoire du colon s'impose du fait du risque de survenue d'adénocarcinome [2]. Le but de ce travail est de rapporter une nouvelle observation de polypose gastrique hyperplasique isolée (PGHI) .C'est l'occasion de rappeler le risque de cancer digestif sur ce terrain.

### Observation

Un patient âgé de 55 ans, avait consulté pour épigastralgies associées une anémie hypochrome microcytaire découverte à l'occasion de vertiges et d'asthénie, le tout évoluant depuis cinq mois. Il n'avait aucun antécédent particulier. L'interrogatoire ne retrouvait pas la notion de saignement extériorisé. L'examen physique était normal. Biologiquement, une anémie (6g/dl) hypochrome microcytaire était notée. Une fibroscopie œsogastroduodénale avait montré un fundus siège d'innombrables polypes pédiculés et sessiles de taille variable dont certains étaient congestifs et ulcérés (fig1, 2) .La région antrale présentait 2 polypes sessiles de 2 à 3mm chacun.

**Figure 1** : Polypes sessiles de taille variable et à prédominance fundique, tapissés de mucus.



**Figure 2** : Aspect de polypes regroupés en grappe de raisin



Les biopsies avaient montré des polypes hyperplasiques ulcérés au sein d'une muqueuse gastrique hypersécrétante présentant un certain degré d'atrophie et de métaplasie intestinale. La coloscopie était normale. La TDM abdominale montrait des polypes gastriques multiples siégeant essentiellement au niveau du fundus avec une paroi gastrique d'épaisseur normale sans adénopathies périgastriques (fig3, 4).

**Figure 3** : Aspect de polypes gastriques multiples essentiellement fundique



**Figure 4** : Polypose gastrique. La paroi gastrique est d'épaisseur normale, absence d'adénopathies périgastriques ou de lésions secondaires



Une gastrectomie totale avec anastomose oeso jéjunale sur anse en Y à la Roux associée à un curage ganglionnaire type D1, 5 avait été réalisée.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire avait trouvé une muqueuse gastrique truffée de formations polyploïdes pédiculées (fig5). A l'histologie il s'agissait d'une polypose gastrique hyperplasique avec un infime contingent centimétrique de polypes de type Peutz –Jeghers (fig6). Des lésions de gastrite chronique antrale folliculaire active à *Helicobacter Pylori* et une métaplasie intestinale avaient été retrouvées. Il n'y avait pas de dysplasie.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue à j7 d'une fièvre à 39°C en rapport avec une collection sous hépatique en rapport avec une fistule du moignon duodénal. L'évolution était favorable après un drainage percutané et une antibiothérapie adaptée.

Le patient a bien évolué avec disparition des symptômes avec un recul de 3 ans.

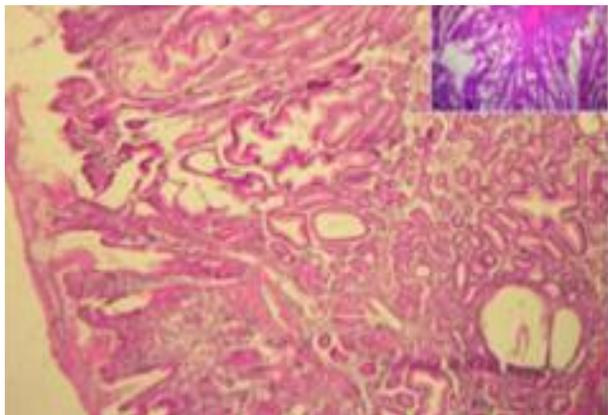
Un seul membre d'une famille de 6 frères avait accepté d'être exploré par une fibroscopie gastrique. Celle-ci était normale.

Figure 5 : Multiples polypes de tailles différentes



Figure 6 : Le polype hyperplasique comporte des cryptes allongées irrégulières communiquant avec des glandes recouvertes de cellules mucosécrétantes, associés à des fibres musculaires dérivant de la musculature muqueuse.

En cartouche : le polype de Peutz-Jeghers comporte une muqueuse de type gastrique tapissant des axes fibro musculaires comportant des trousseaux de fibres musculaire.



## Conclusion

La polypose gastrique hyperplasique (50 polypes ou plus) est de diagnostic endoscopique [1].

Un cancer gastrique (6 %des cas) justifie la gastrectomie [1,2]

Une surveillance post opératoire du colon s'impose à cause du risque de survenue d'un adénocarcinome [2]. L'intérêt d'un dépistage familial de PGHI est probable [3]

## Bibliographie

1. Jayawardena S, Anandacoomaraswamy D, Burzyantseva O and Abdullah M. Isolated diffuse hyperplastic gastric polyposis presenting with severe anemia. *Cases J.* 2008 ;28 :130.
2. Niv Y, Delpre G, Sperber AD, Sandbank J, Zirkin H. Hyperplastic gastric polyposis, hypergastrinemia and colorectal neoplasia a description of four cases. *Eur J Gastroentero Hepatol* 2003;15:1361-6.
3. Cameiro F, David L, Seruca R, Castedo S, Nesland JM, Sobrinho- Simoes M. hyperplastic polyposis and diffuse carcinoma of the stomach. A study of a family cancer. *1993;72:323-9.*

## Pneumopathie interstitielle diffuse révélatrice d'une sclérodémie sine Sclérodéma

Bailli Lilia, Aydi Zohra, Rachdi Imene, Ben Dhaou Besma, Boussema Fatma, Rokbani Lilia

Service de Médecine Interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, 1008, Montfleury, Tunisie.

Parmi les formes cliniques de la sclérodémie systémique (SS), la SS sine sclérodéma (SSss) est une entité rare, caractérisée par l'absence de sclérose cutanée [1]. La SSss peut néanmoins se compliquer, comme dans les formes limitées ou diffuses de SS, d'atteintes viscérales pulmonaires [2], digestives, cardiaques ou rénales [1,3].

Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant présenté une SSss révélée par une pneumopathie interstitielle diffuse (PID), associée à un phénomène de Raynaud et à la présence d'un anticorps anti-PM/Scl.

## Observation

Une femme de 41 ans, sans antécédents particuliers, était hospitalisée pour une dyspnée d'effort s'aggravant progressivement et associée à une toux sèche. L'examen physique objectivait des râles crépitants au niveau des deux bases pulmonaires. Il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardiaque droite, ni gauche. L'examen cutané ne montrait pas de sclérose cutanée. Le test de froid était positif avec mise en évidence d'un syndrome de Raynaud provoqué des deux mains. Le reste de l'examen physique était sans anomalie en particulier l'absence d'hippocratisme digital. La radiographie du thorax avait montré un syndrome alvéolo-interstitiel prédominant aux deux bases (Figure 1).

Le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire biologique (protéine C réactive à 4 mg/l, vitesse de sédimentation à 8 mm). La numération-formule sanguine était sans anomalie.