

diagnosis of celiac disease was made and the patient was managed with gluten-free diet. She responded nicely and all her symptoms improved and had 10 kilograms gain with Hb level of 13.5g/dl. After one year of adherence to gluten-free diet, serology markers were negative and repeated duodenal biopsy showed normal villous pattern.

Conclusion

Gluten sensitivity is a systemic autoimmune disease with diverse manifestations including coeliac disease which might be only the tip of the iceberg. Indeed, the concept of extraintestinal presentations without enteropathy has only recently been introduced, this case seems to support it and to emphasize the difference between gluten sensitivity and coeliac disease.

References

- 1- Blank M, Gisondi P, Mimouni D et al. New insights into the autoantibody-mediated mechanisms of autoimmune bullous diseases and urticaria. *Clin Exp Rheumatol*. 2006; 24:20-5.
- 2- Vincent A, Crino PB. Systemic and neurologic autoimmune disorders associated with seizures or epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52:12-7.

Implantation de l'appendice sur un diverticule caecal : une variante anatomique rare

Ayari Hichem, Rebii Saber, Rhaïem Rami, Daghfous Alifa, Hasnaoui Anis, Rezgui-Marhouf Lamia, Zoghliami Ayoub

Introduction

L'implantation de l'appendice sur un diverticule caecal est une entité rare faisant du syndrome douloureux de la fosse iliaque droite un piège diagnostique et pose le problème en peropératoire l'appendicectomie seule ou associée à la résection du diverticule caecal.

On se propose de décrire une situation rare de découverte peropératoire d'une appendicite sur un appendice implantée par sa base sur un diverticule caecal.

Cas Clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans sans antécédents pathologiques qui nous a consultés aux urgences pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. A l'examen, sa température est 38°C avec une sensibilité de la fosse iliaque droite, un signe de Rovsing positif et un toucher rectal non douloureux. A la biologie, le patient présentait un syndrome inflammatoire biologique avec des globules blancs à 18000 el/mm³ et une CRP à 25 mg/L.

Devant ce tableau, le diagnostic d'appendicite aiguë a été retenu. Le patient a été opéré par une voie de Mac Burney avec à l'exploration un appendice d'aspect inflammatoire implantée par sa base sur un diverticule caecal non compliqué (Figure 1). On décide d'emporter l'appendice et le diverticule caecal par un coup de GIA 60 (Figure 2). Les suites étaient simples, le patient a été mis sortant à J4 postopératoire. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé l'insertion de la base appendiculaire sur un diverticule caecal.

Figure 1 : aspect de tachycardie atriale chaotique



Figure 1 : aspect de tachycardie atriale chaotique



Conclusion

La découverte d'un appendice implanté par sa base sur un diverticule caecal est rare. Le diagnostic de cette entité se fait le plus souvent en peropératoire lors d'appendicectomies pour syndrome appendiculaire. L'attitude est de réséquer le diverticule caecal avec l'appendice en pratiquant une résection cunéiforme du caecum pour éviter le risque de fistule du moignon appendiculaire (1).

Références

- (1) P. Lè, H. Blondon, C. Billey. Les diverticulites du côlon droit. *J Chir* 2004 ; 141(1) : 11-20.

Localisation rare du synoviosarcome : le médiastin

Ali Gaja¹, Saoussen Hantous-Zannad¹, Asma Zidi¹, Henda Neji¹, Ayda Ayad², Adel Marghil³, Sonia Maalej⁴, Ines Baccouche¹, Khaoula Ben Miled-M'rad¹

¹Service d'Imagerie Médicale

²Service d'Anatomo-Pathologie

³Service de chirurgie cardio-thoracique

⁴Service de Pneumologie

Hôpital Abderrahmen Mami,

Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

Introduction

Le synoviosarcome est une tumeur rare de l'adulte jeune, plus

fréquemment de sexe masculin, rencontrée dans plus de 85% des cas autour des extrémités notamment au niveau des membres inférieurs [1]. La localisation thoracique est rare touchant essentiellement la paroi thoracique, mais aussi la plèvre ou le poumon. La localisation médiastinale est exceptionnelle [1], décrite plus souvent dans le médiastin antérieur que postérieur [2].

Notre objectif est d'en illustrer les aspects en imagerie à travers un cas survenu chez une jeune femme.

Observation

Une femme âgée de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables, a été hospitalisée pour une dyspnée avec altération de l'état général et amaigrissement chiffré à 2 Kg en un mois. L'examen clinique a montré un syndrome pleurétique gauche.

Les examens biologiques ont montré une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 6,4 g/dl et une thrombocytose à 753 000/mm³.

La radiographie de thorax a confirmé l'épanchement pleural gauche de grande abondance et a montré une opacité ovale du médiastin supérieur latéralisée à gauche (fig. 1).

Figure 1 : Radiographie thorax de face : opacité médiastinale supérieure et latérale gauche ovale homogène associée à un épanchement pleural de grande abondance.



La ponction pleurale a révélé un liquide hémorragique avec 83% de polynucléaires neutrophiles et la biopsie pleurale n'a mis en évidence que des remaniements inflammatoires du tissu pleural.

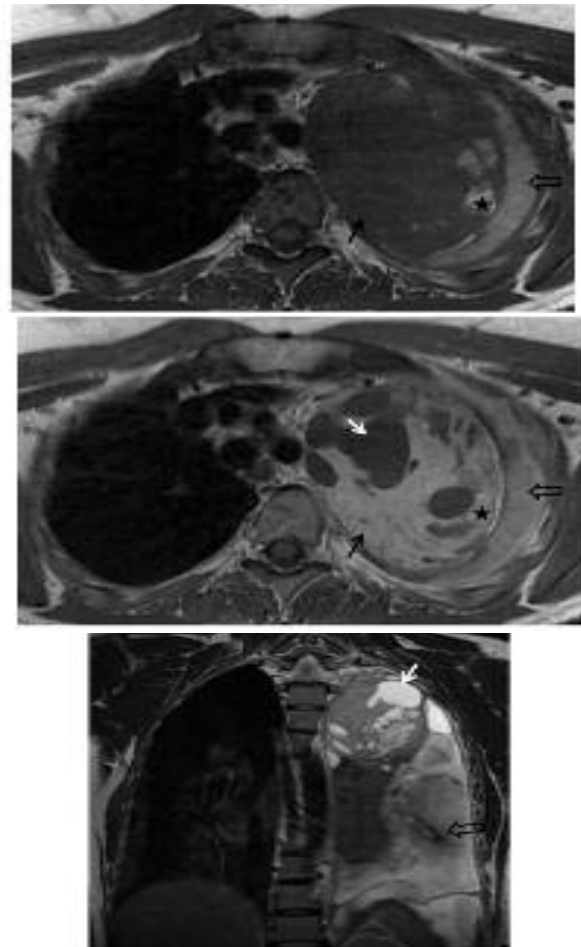
La tomodensitométrie thoraco-abdominale a montré une volumineuse masse ovale latéralisée à gauche occupant l'orifice cervico-thoracique et l'espace rétrosternal pré-aortocave, de rehaussement hétérogène ménageant des zones liquidiennes et englobant l'artère sous clavière gauche. Il s'y associait un épanchement pleural de grande abondance avec un collapsus pulmonaire bilobaire. Par ailleurs, il n'existait pas d'adénomégalie médiastinale ni d'atteinte parenchymateuse homo ou controlatérale (fig. 2).

Une IRM thoracique a été réalisée pour une meilleure caractérisation tissulaire. La masse médiastinale était bien limitée de signal hétérogène comportant des zones en isosignal T2, hyposignal T1, se rehaussant intensément après injection de Gadolinium, des zones kystiques arrondies de signal liquidien et des zones en hypersignal T1 et T2 de nature vraisemblablement hémorragique (fig. 3).

Figure 2 : TDM thoracique d'emblée après injection de produit de contraste : Masse ovale de rehaussement hétérogène (astérisque) dont l'origine médiastinale est évoquée devant l'élargissement de la graisse médiastinale (flèche) associée à un épanchement pleural de grande abondance.



Figure 3 : IRM thoracique : séquences axiale T1(a), axiale T1 après injection de Gadolinium (b) et coronale T2 (c) : Masse médiastinale de signal et de rehaussement hétérogènes contenant des zones tissulaires en hyposignal T1 et de signal intermédiaire T2 se rehaussant intensément après injection de Gadolinium (flèche noire) ; des zones kystiques de signal liquidien (flèche blanche) et des zones en hypersignal T1 et T2 de nature hémorragique (étoile). L'épanchement pleural est en hypersignal T1 et T2 avec zones en hyposignal franc évoquant sa nature hémorragique (flèche creuse).



Devant l'épanchement pleural hématique et la composante hémorragique intralésionnelle décelée en IRM, le diagnostic d'une tumeur vasculaire fissurée dans la plèvre a été avancé.

La patiente a été opérée. L'exploration per-opératoire a noté une masse médiastinale friable envahissant la plèvre pariétale au contact de l'apex pulmonaire gauche. Le geste a consisté en une résection de toute la tumeur en extrapleurale avec une résection en « wedge » du lobe supérieur gauche. L'examen extemporané était en faveur d'une tumeur maligne indifférenciée. L'examen histologique définitif, compte tenu des aspects morphologiques et des résultats immunohistochimiques, a conclu à un synoviosarcome monophasique à cellules fusiformes de haut grade (grade III selon le grading histologique de la FNCLCC)

Les suites opératoires étaient simples. La patiente a bénéficié d'une radiothérapie post-opératoire sur le lit tumoral. L'évolution a été marquée par l'absence de signe de récurrence tumorale sur les scanners thoraciques de contrôle réalisés à 3 puis 6 mois de la fin de la radiothérapie.

Conclusion

Le synoviosarcome médiastinal est une tumeur rare, au pronostic réservé avec un risque de récurrence locale après résection chirurgicale et un haut potentiel métastatique. Les aspects en imagerie notamment en IRM bien que non spécifiques sont évocateurs du diagnostic. L'IRM thoracique, grâce à une meilleure caractérisation tissulaire, montre mieux l'hétérogénéité tumorale liée aux contingents tumoral, hémorragique et nécrotique intralésionnels. Le « triple sign » associant sur la séquence pondérée T2 un hypersignal liquidien ou hémorragique, un signal intermédiaire tissulaire et un hyposignal calcique ou fibreux est retrouvé aussi bien dans les localisations périphériques qu'au niveau de la paroi thoracique. Les calcifications font par contre défaut dans les synoviosarcomes pleuro-pulmonaires et médiastinaux.

Références

1. Pal M, Ghosh BN, Roy C, Manna AK. Posterior mediastinal biphasic synovial sarcoma in a 12 year-old boy : a case report and review of literature. J Cancer Res 2010;6:564-6.
2. Suster S, Moran CA. Primary synovial sarcomas of the mediastinum : a clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural study of 15 cases. Am J Surg Pathol 2005;29 :569-78

Rupture d'anévrisme de l'artère splénique au cours de la grossesse : un diagnostic à ne pas méconnaître

Mrazguia Chaouki, Ajili Amjed, Makni Haykel, Najjar Marwen, Bouchouicha Narjess

Service de gynécologie obstétrique, hôpital Med TLATLI de Nabeul

Introduction

L'anévrisme de l'artère splénique(AAS) est le plus fréquent des anévrismes des artères digestives, il est le plus souvent asymptomatique (95% des cas) [1]. Bien que la rupture d'un AAS pendant la grossesse, soit un événement rare, ses conséquences maternelles et fœtales peuvent être graves. Selon les estimations actuelles de la mortalité maternelle et fœtale, les taux s'élèvent à 75 et

95%, respectivement [2]. La souffrance fœtale et la mortalité périnatale résultent de l'hypovolémie, de l'état de choc hémorragique et de leurs conséquences.

Nous rapportons ici les observations de deux patientes prises en charge pour rupture d'un AAS, l'issue a été fatale pour l'une des patientes.

Le but de cette étude est d'insister sur la nécessité d'évoquer ce diagnostic malgré sa rareté, car seul un diagnostic précoce permet d'améliorer le pronostic maternofoetal.

Observation 1

Il s'agissait d'une patiente âgée de 32 ans, deuxième pare à 39 semaines d'aménorrhée (SA), sans antécédents pathologiques notables, admise dans notre service pour entrée spontanée en travail. L'examen clinique ainsi que le bilan biologique étaient normaux.

À une dilatation de 6 cm, la patiente a présenté des douleurs épigastriques, associées à des nausées, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) a montré des décélérations répétitives. Devant la persistance des anomalies du RCF avec l'apparition rapide d'un état de choc : TA à 90/60 mmHg, pouls à 120 bpm, et la dégradation du bilan biologique qui a montré une hémoglobine à 6g/dl, une césarienne pour suspicion de rupture utérine a été décidée. L'incision chirurgicale de Cohen a mis en évidence un hémopéritoine de 1500 ml de sang rouge vif. La césarienne a permis l'extraction d'une fille vivante de 3200 g, Apgar 7/9. La délivrance artificielle et la révision utérine ont retrouvé un utérus intègre sans rupture et sans hématome rétroplacentaire. L'exploration de la totalité de la cavité abdominale en présence d'un chirurgien a montré un anévrisme rompu de l'artère splénique. L'hémostase a été obtenue après splénectomie et ligature de l'artère splénique. L'hémodynamique peropératoire était maintenue au prix d'un remplissage vasculaire et d'une transfusion massive. L'évolution maternelle et néonatale était favorable.

Observation 2

Il s'agissait d'une patiente âgée de 37 ans, cinquième pare à 38 semaines d'aménorrhée (SA), ayant pour seul antécédent une appendicectomie, transférée à notre service pour mort fœtale in utero (MFIU).

À son arrivée, la patiente était en collapsus sévère, sans saignement extériorisé. L'hémoglobine était à 5.5 g/dl, le TP à 30%. L'échographie obstétricale réalisée au bloc opératoire a confirmé la MFIU et n'a pas mis en évidence d'anomalies d'insertion placentaire, mais elle a objectivé un hémopéritoine abondant.

Une transfusion par culots globulaires et plasma frais congelé a été entamée, une laparotomie médiane a été réalisée ayant objectivé un volumineux hémopéritoine de 3000 ml. Un mort-né de sexe masculin de 2800g a été extrait. La révision utérine n'a pas révélé d'hématome rétroplacentaire ni de rupture utérine. L'exploration de la totalité de la cavité abdominale en présence d'un chirurgien a montré un anévrisme de l'artère splénique rompu, l'hémostase a été obtenue par splénectomie et ligature de l'artère splénique. Les suites ont été marquées par une hémorragie du post partum immédiat résistante au traitement médical, compliquée d'une CIVD, une hystérectomie d'hémostase a été réalisée. La patiente a été transférée en réanimation, le décès est survenu après 24 heures après arrêt cardiorespiratoire malgré, la transfusion massive et les cardiotoniques.