

Conclusion

Although rare, pheochromocytoma should be considered as a cause of palpitations and atrioventricular dissociation since resection is curative and life-saving.

References

- 1- Lenders J, Eisenhofer G, Mannelli M, et al. Pheochromocytoma. Lancet 2005; 366:665-675.
- 2- Pickett C, Zimetbaum P. Palpitations: a proper evaluation and approach to effective medical therapy. Curr Cardiol Rep 2005;7:362-367
- 3- Khorram-Manesh A, Ahlman H, Nilsson O, et al. Mortality associated with pheochromocytoma in a large Swedish cohort. Eur J Surg Oncol 2004; 30:556-559.
- 4- Schürmeyer T, Engeroff B, Dralle H, et al. Cardiologic effects of catecholamine-secreting tumours. Eur J Clin Invest 1997; 27:189-195.
- 5- Forde T, Yormak S, Killip T III. Reflex bradycardia and nodal escape rhythm in pheochromocytoma. Am Heart J 1968; 76:388-392.
- 6- Bruch C, Dargès N, Wieneke H, et al. Sinus node dysfunction with intermittent sinus arrest and AV-nodal escape rhythm as initial manifestation of pheochromocytoma. Z Kardiol 2002; 94:81-87.

Léiomyosarcome vésical

El Yacoubi Souhail, Ziouziou Imad, Karmouni Tariq, El Khader Khalid, Koutani Abdellatif, Iben Attya Andalousi Ahmed, Service d'urologie B, CHU Ibn Sina, faculté de médecine et pharmacie de rabat, université Mohamed V, Rabat, Maroc

Introduction

Le léiomyosarcome est une tumeur mésoenchymateuse maligne avec différenciation musculaire lisse. La localisation vésicale de cette tumeur est rare. Elle représente 20% des tumeurs non épithéliales de la vessie soit moins de 1% de toutes les tumeurs vésicales [1].

Le léiomyosarcome vésical se manifeste par une hématurie souvent massive retrouvée dans 57% des cas, qui peut-être isolée ou associée à des signes d'irritation vésicale ou à une masse hypogastrique [2]. Nous rapportons le cas clinique d'un léiomyosarcome vésical, diagnostiqué à un stade précoce, traité par cysto-prostatectomie radicale avec dérivation urinaire de type Bricker associée à une chimiothérapie adjuvante. Le pronostic de cette maladie rare est conditionné par la précocité du diagnostic.

Observation

Mr E.A., âgé de 48 ans, sans antécédents notables, était hospitalisé pour prise en charge d'une hématurie totale caillotante, évoluant depuis un an. Cette hématurie s'accompagnait de signes irritatifs du bas appareil urinaire et évoluait dans un contexte d'apyrexie, d'anorexie et d'une perte de poids non chiffrée. L'examen clinique était normal. La créatininémie était de 11,2 mg/l. Le taux d'hémoglobine était de 10,3g/dl. L'échographie réno-vésico-prostatique avait mis en évidence un processus lésionnel endoluminal hyperéchogène latéro-vésical droit avec une dilatation pyélo-calicielle droite.

La cystoscopie a confirmé la présence d'une tumeur occupant toute la paroi latérale droite de la vessie d'allure infiltrante avec envahissement du méat urétral droit. Le patient a subi une résection trans-urétrale de la tumeur. L'examen anatomopathologique avec étude immunohistochimique a été en faveur d'un léiomyosarcome vésical.

A l'uroscanner (figure 1), il existait un processus tissulaire postéro-

latéral droit de la vessie comblant la graisse péri-vésicale et envahissant le méat urétral droit avec urétérohydronéphrose droite sans localisation secondaire ou adénopathie métastatique. Le patient a donc subi une cysto-prostatectomie radicale avec un curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral. Une dérivation urinaire trans-illéale de type Bricker a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

Figure 1 : Uroscanner en reconstructions, montrant une image lacunaire vésicale droite avec urétérohydronéphrose droite



L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire (figure 2 et 3) a confirmé le diagnostic de léiomyosarcome vésical. Les marges chirurgicales étaient saines et les ganglions de la chaîne iliaque droite étaient envahis.

Figure 2 : Pièce opératoire de cystoprostatectomie radicale



Figure 3 : Aspect macroscopique de léiomyosarcome vésical à l'ouverture de la pièce opératoire



Une chimiothérapie adjuvante à base de doxorubicine 75 mg/m² associée à l'ifosfamide 5mg/m² était administrée tous les 21 jours avec un total de 6 cycles. Il a été surveillé par des scanners thoraco-abdomino-pelviens tous les 6 mois, il n'a pas eu de récidence loco-régionale ni métastase à distance, avec un recul de 24 mois.

Conclusion

Le léiomyosarcome est une tumeur rare de la vessie. Seule l'étude anatomopathologique permet de porter le diagnostic.

Il semble que l'association de la chimiothérapie à la cystectomie radicale pourrait nettement améliorer le pronostic notamment en cas de diagnostic précoce.

La multiplicité des séries permettraient de mieux évaluer l'efficacité des thérapies adjuvantes afin d'établir une stratégie thérapeutique adéquate.

Références

1. Furbetta A, Trucchi E, Cristini C, Trucchi A. Association of leiomyosarcoma and bladder papillomatosis. *J. Urol.*, 1989; 95: 45-47.
2. Rischmann P, Mazerolles C, Baron J.C et al. Tumeurs malignes rares de la vessie. *Prog. Urol.*, 2000 ; 10 : 17-34.

Actinomycose abdominale pseudo-tumorale : à propos d'un cas

Serghini Meriem, Labidi Asma, Dabbabi Habiba, Rehaïem Rami, Daghfous Amine, Azzouz Hayfa, Chelly Ines, Azeiz Olfa, Filali Azza, Service de Gastro-entérologie A. Hôpital la Rabta. Tunis. Université de Tunis El Manar

Introduction

L'actinomycose est une infection bactérienne rare et souvent méconnue. Le germe responsable, *Actinomyces* sp, est un bacille Gram positif anaérobie stricte et saprophyte des voies aéro-digestives qui devient pathogène en cas d'effraction de la muqueuse [1]. Dans sa localisation abdominale, l'actinomycose peut simuler une affection

néoplasique ou inflammatoire [1-2]. Des localisations abdomino-pelviennes chez des patientes porteuses d'un dispositif intra-utérin sont de plus en plus fréquentes avec des présentations cliniques souvent trompeuses [3]. Nous rapportons un cas d'actinomycose abdominale simulant une tumeur intrabdominale et illustrant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

Observation

Il s'agit d'un homme âgé de 42 ans, sans antécédents pathologiques qui a été hospitalisé dans un tableau de douleurs abdominales du flanc droit avec asthénie et amaigrissement sans troubles du transit ni fièvre. L'examen physique trouvait un patient en état général moyen, un indice de masse corporelle à 21 Kg/m² et une masse abdominale para-ombilicale droite oblongue faisant 10 centimètres de grand axe, de consistance dure, sensible et fixe par rapport au plan profond. A la biologie, on notait un syndrome inflammatoire biologique : une hyperleucocytose à 17000/mm³ avec une hyperéosinophilie sanguine à 2200/mm³ et une CRP à 77 mg/l. L'échographie abdominale objectivait une masse tissulaire intra-abdominale au contact de la paroi colique droite faisant 10 centimètres de grand axe, hypoéchogène en périphérie avec des échos en son centre. Le scanner abdominal objectivait une masse tissulaire de 8 x 5 centimètres de taille, d'aspect hétérogène, mal limitée associée à une infiltration de la graisse avoisinante et à des adénopathies à centre nécrosé. Cette masse venait au contact de la paroi de l'angle colique droit responsable d'un épaississement muqueux (Figure 1).

Figure 1 : Coupe scannographique abdominale montrant la masse mésentérique (8 x 5 cm) avec des adénopathies à centre nécrosé.



La coloscopie mettait en évidence un aspect infiltré et congestif de la paroi colique droite sans signes histologiques de spécificité ou de malignité. Une biopsie scanno-guidée a été réalisée et l'examen histologique avait mis en évidence un tissu suppuré riche en polynucléaires neutrophiles et éosinophiles formant des granulomes épithélioïdes et géantocellulaire sans nécrose caséuse ni éléments parasitaires identifiables. Le bilan tuberculeux et la sérologie ambiante étaient négatifs ; de même que les marqueurs tumoraux. Devant l'absence de certitude diagnostique quant à l'origine tumorale, inflammatoire ou infectieuse de cette masse, une laparotomie