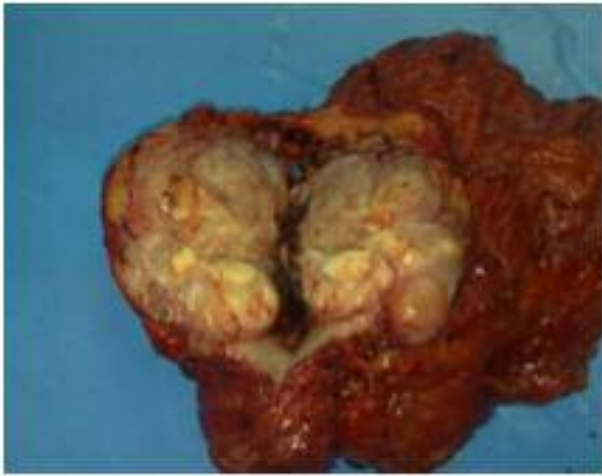


Figure 3 : Aspect macroscopique de léiomyosarcome vésical à l'ouverture de la pièce opératoire



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 récurrence locale 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).

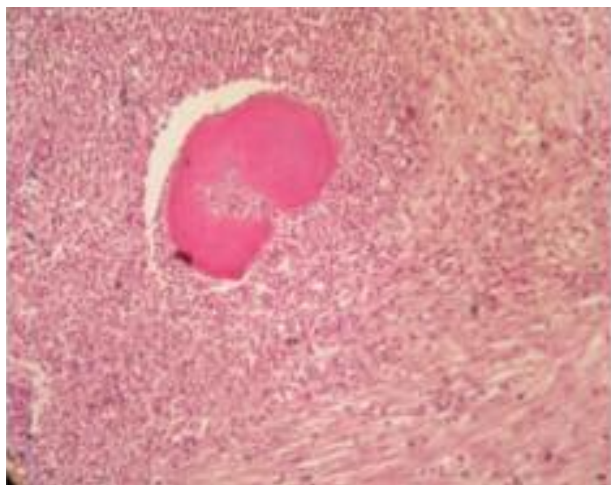
Figure 1 : Coupe scannographique abdominale montrant la masse mésentérique (8 x 5 cm) avec des adénopathies à centre nécrosé.



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 amibienne 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

exploratrice a été réalisée objectivant la présence d'un magma ganglionnaire mésentérique rétractant le méso des anses iléales et le colon transverse. Il n'y avait pas d'ascite, de carcinose ou de lésions hépatiques. L'examen anatomopathologique de la masse mésentérique réséquée avait montré la présence de nombreux ganglions répondant à un tissu ganglionnaire dont l'architecture était globalement conservée. Les follicules lymphoïdes étaient nombreux, volumineux et à centre germinatif large et actif. Entre ces centres germinatifs, on observait des structures filamenteuses et granulaires basophiles formant un feutrage d'aspect radiaire et entourées d'une couronne de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles souvent altérés (Figure 2). Cet aspect morphologique avait permis de conclure à une adénite mésentérique granulomateuse et suppurée avec surinfection actinomycosique. Par ailleurs, il n'y avait pas de signes histologiques de malignité. Le patient a été mis en post-opératoire sous antibiothérapie à base de pénicilline G avec une bonne évolution clinique.

Figure 2 : Etude histologique de la masse mésentérique. Coloration PAS x 40. Structure filamenteuse basophile de l'Actinomyces entourée par une couronne lymphocytaire. .



Conclusion

L'actinomycose abdominale est une affection rare qui mérite d'être connue. Sa découverte est souvent une surprise tant sa traduction clinique et radiologique est non spécifique et trompeuse. La laparotomie avec étude anatomopathologique sont souvent indispensables pour confirmer le diagnostic et le traitement repose sur l'antibiothérapie prolongée par la pénicilline G.

Références

- 1- Sung HY, Lee IS, Kim SI, et al. Clinical features of abdominal actinomycosis: a 15-year experience of a single institute. *J Korean Med Sci* 2011 ;26:932-7
- 2- Benkhraba K, Benkabbou A, El Malki HO, et al. Digestive actinomycosis: three cases and review. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:775-8.
- 3- M-M Choi, J H Beak, J N Lee, S Park, W-S Lee. Clinical Features of Abdominopelvic Actinomycosis: Report of Twenty Cases and Literature Review. *Yonsei Med J* 2009 ; 50: 555-9.

Synchronous primary rectal and prostate cancers

Lahmar Rima, Bahloul Rim, Mokrani Amina, Afrit Mahdi, Labidi Soumaya, Boussen Hammouda.

Department of medical oncology. Abderrahmen Mami Hospital, Tunisia.

Background

Primary prostate and colorectal carcinomas are the leading malignancies in males in western (1). Furthermore, in elderly people, advanced age increases the occurrence of multiple synchronous or metachronous cancers (2). However, few cases of synchronous prostate and rectal malignancies have been reported. In most of those reports, surgical approach has been applied. We report a new case of synchronous prostate and rectal and prostate cancer treated by combined chemo-radiotherapy and hormone therapy.

Case presentation

A 66-year-old man presented with hematuria, pollakiuria and dysuria. Work-up showed a suspicious prostatic lesion histologically confirmed as Gleason 7 adenocarcinoma, while serum prostate specific antigen (PSA) was at 80 ng/ml. Pelvis CT-scan showed an enlarged prostate, with thickening of the rectal wall associated with iliac, precaval and lombo-aortic lymphadenopathies sized between 18 and 23 mm. The occurrence of synchronous hematochezia and the presence of rectal thickening on CT-scan indicated a rectoscopy, showing a lesion of the anterior rectal wall, located at 6 cm from the anal margin. Biopsy concluded to a moderately differentiated adenocarcinoma. Bone scintigraphy, chest and abdominal CT scan were normal.

Thus, our patient presented 2 synchronous non-metastatic high-risk prostate adenocarcinoma and rectal carcinoma staged T3N2M0. Treating team proposed a concomitant radiochemotherapy as patient refused surgery: he received a conventional 2D pelvic radiotherapy at the dose of 45 Gy in 25 fractions delivered by opposed anteroposterior enlarged fields, targeting prostate, rectum and pelvic lymph nodes and concomitant to 2 cycles of FUFOL (5-fluorouracil and folinic acid). He, then, had received complete androgen blockage for 6 months, until serum PSA normalization. Hormone therapy was then stopped and the patient had been regularly followed for 33 months. After this period of complete remission, a biological PSA progression occurred associated to a rectal cancer local relapse. He received a palliative chemotherapy by FOLFOX (5-fluorouracil, folinic acid and oxaliplatin) protocol for 6 cycles followed by abdominoperineal resection. Another symptomatic local rectal cancer progression occurred after three months treated by second line FOLFIRI (5-fluorouracil, folinic acid and irinotecan). Patient progressed and died 40 months after initial diagnosis of both cancers.

Conclusion

Synchronous presentation of rectal and prostate cancers requires a multidisciplinary approach. The use of innovative surgical techniques and of intensity modulated radiotherapy would optimize patient outcome in terms of disease control and post -treatment quality of life.

References

- 1- Watkins JM, Wos E, Berglund D, Colby K, Dufan TA, Koleilat N. Synchronous presentation of advanced rectal and intermediate-risk prostatecancers: a multidisciplinary approach. *Community Oncology* 2012 : 67-72.