

Conclusion

Intestinal metastases are rare, and they exceptionally reveal lung cancer. The symptoms and endoscopic lesions are not specific, but a gastrointestinal endoscopy must be performed for any abdominal symptom. The histological examination and immunostaining are required to distinguish primary gastrointestinal carcinoma from metastasis. The prognosis of metastatic intestinal tumors from lung cancer is especially poor because patients are in the latter stages of the disease. However, a proposed surgery for symptomatic patients may provide some relief.

Reference

1. Pratto D, Resial M, Wulfson A, Gennaro M, Brarda M, Schmidt A. Jejuno-jejunal intussusceptions as presentation of a primary lung carcinoma: a case report. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012; 42: 50-2.

Fracture pathologique du col fémoral révélant une dysplasie fibreuse des os

Houzou Prénom, Oniankitan Owonayo, Tagbor Komi C. , Koffi-Tessio Viwalé ES. , Fianyo Eyram , Kakpovi Kodjo , Mijiyawa Moustafa
Service de rhumatologie, CHU-Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

Introduction

La dysplasie fibreuse des os est une affection congénitale mais non héréditaire, où l'os normal est remplacé par un tissu pseudofibreux renfermant une ostéogenèse immature [1]. Elle représente environ 2,5% des maladies osseuses et 7% des tumeurs osseuses bénignes [2]. Affection rare, elle atteint également les deux sexes et présente plusieurs modes de révélation [1, 3]. Nous rapportons une observation de cette pathologie révélée par une fracture pathologique.

Observation

Monsieur To. T., 45 ans est un agent d'entretien indemne de tout antécédent pathologique. Son hospitalisation rhumatologique en mai 2011 a été motivée par une douleur de la racine du membre inférieur gauche évoluant depuis deux mois. Cette douleur qui était associée à une boiterie et rendait la marche très pénible, s'est exacerbée brutalement cinq jours avant l'admission. L'examen physique a mis en évidence outre un amaigrissement de quatre kilogrammes en un mois, un raccourcissement du membre inférieur gauche et une amyotrophie

de la cuisse gauche. Tous les mouvements de la coxofémorale gauche étaient douloureux et limités, de même que la palpation du grand trochanter. L'examen des autres appareils paraissait normal. La radiographie du bassin a objectivé une fracture du col fémoral gauche, associée à une ascension du grand trochanter. Il n'y avait pas d'autres lésions évidentes. Ces lésions ont été rattachées à une fracture pathologique d'origine tumorale probable. Les radiographies des autres sites (crâne, grill, costal, rachis, thorax et os longs) étaient sans particularité. L'IRM et la scintigraphie osseuse n'avaient pas été faites en raison d'insuffisance de plateau technique. Les examens biologiques réalisés notamment la vitesse de sédimentation, l'hémogramme, l'électrophorèse des protéines sériques, la créatininémie, les transaminases, la calcémie, la phosphorémie et la glycémie étaient normaux. Il en était de même de la sérologie rétrovirale, de la calciurie de la phosphaturie, et de l'antigène spécifique de la prostate. Seules les phosphatases alcalines (PAL) étaient modérément élevées (258 U/l). Une prothèse totale de hanche (PTH) a été réalisée et l'histologie de la pièce osseuse a révélé une dysplasie fibreuse. Le patient a été mis sous biphosphonate et au douzième mois, la marche était possible sans canne avec un périmètre de marche illimité.

Conclusion

La dysplasie fibreuse des os qui est une anomalie du développement du squelette, bien que longtemps asymptomatique et rare ne doit pas être ignorée dans la pratique africaine.

Références

- 1- Chapurlat RD, Meunier PJ. Fibrous dysplasia of bone. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000; 14:385-98.
- 2- Mirra JM. Bone Tumors. Lea & Febiger, Philadelphia, 1989 p191.
- 3- Maldonado I, Catalano E, Reginato AJ. Pathologic fracture of the femoral neck in a female soccer player. *J Clin Rheumatol* 2002;8:30-4.

Une infection à cytomégalovirus simulant un syndrome de chevauchement : hépatite auto-immune - cirrhose biliaire primitive.

Serghini Meriem, Labidi Asma, Khsiba Amal, Boubaker Jalel, Filali Azza,
Service de Gastro-entérologie A. Hôpital la Rabta. Tunis.
Université de Tunis El Manar

Introduction

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus strictement humain, ubiquitaire et qui peut s'exprimer à l'occasion d'une primo-infection ou d'une réactivation. L'infection à CMV peut entraîner une hépatite aiguë chez des patients adultes immunocompétents [1]. Cette affection guérit spontanément et n'évolue jamais vers la chronicité [1]. Des cas d'hépatite à CMV révélant une hépatite auto-immune ont été rapportés [2-3]. D'un autre côté, cette infection virale peut être associée à la production de certains auto-anticorps sans signification clinique [4]. Nous rapportons le cas d'une primo-infection à CMV simulant un syndrome de chevauchement : hépatite auto-immune (HAI) - cirrhose biliaire primitive (CBP).

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, diabétique de type 2, qui consulte pour un ictère cholestatique associé à des douleurs abdominales et une asthénie évoluant depuis un mois.

A l'examen physique, le patient était apyrétique, ictérique avec un examen abdominal normal. Le bilan hépatique montrait une cytolysé portant sur les ALAT à 5 fois la limite supérieure de la normale (LSN) et une cholestase avec des phosphatases alcalines à 3,5 LSN, des gammaglutamyltranspeptidases à 16 LSN et une bilirubinémie totale à 23 mg/l à prédominance conjuguée. Le temps de prothrombine était à 75%. On notait par ailleurs une hyperleucocytose à 12000/mm³ et une monocytose à 1620/mm³. L'échographie abdominale était normale. Dans le cadre du bilan étiologique, il n'y avait pas la notion de prise médicamenteuse, de toxiques ou d'alcool. Les sérologies virales A, B et C étaient négatives. L'électrophorèse des protéines plasmatiques objectivait une hypergammaglobulinémie à 15,3 g/l prédominant sur les IgM à 6,23g/l. Le bilan immunologique montrait des anticorps anti-nucléaires positifs à 1/400, des anticorps anti mitochondries de type M2 positifs à 1/400 et des anticorps anti-muscle lisse de spécificité anti-actine positifs à 1/100. Par ailleurs et devant le contexte de diabète, une recherche des virus hépatotropes non alphabétiques a été aussi réalisée objectivant une positivité des anticorps anti-CMV de type IgM sur deux prélèvements réalisés à 15 jours d'intervalle. Le taux des IgM anti-CMV était à 2,33 UA/ml lors du 2ème prélèvement. Le taux des IgG anti-CMV était < 4 UA/ml. Ainsi, devant ces données et malgré un bilan immunologique faisant fortement suspecter un overlap syndrome HAI - CBP, le diagnostic d'une hépatite cholestatique à CMV a été retenu, la ponction biopsie hépatique a été récusée et l'abstention thérapeutique a été décidée devant l'absence de signes de gravité cliniques et biologique et l'évolution spontanément et progressivement favorable. En effet, à 6 mois, l'évolution spontanée était marquée par la régression de l'ictère, la normalisation du bilan hépatique et la négativation du bilan immunologique. Après un suivi de 18 mois, le patient est resté asymptomatique avec un bilan hépatique normal.

Conclusion

L'infection à cytomégalovirus peut être responsable d'une perturbation du système immunitaire pouvant se manifester en particulier par la production de certains auto-anticorps. Le mécanisme physiopathologique reste inconnu. Ainsi, devant une perturbation du bilan hépatique et une positivité du bilan immunologique, une origine virale doit être formellement éliminée avant de retenir l'origine dysimmunitaire de l'hépatopathie en particulier chez un homme immunodéprimé.

Références :

- 1- A Kunno, M Abe, M Yamada, K Murakami. Clinical and histological features of cytomegalovirus hepatitis in previously healthy adults. *Liver* 1997;17:129-32.
- 2- L Muelhi, R Debbeche, M Salem, et al. Infection à cytomégalovirus révélatrice d'une hépatite auto immune de type 1. *Tunis Med* 2010 ; 88: 674 – 7
- 3- S Vento, F Cainelli. Is there a role for viruses in triggering autoimmune hepatitis? *Autoimmun Rev* 2004; 3 : 61–9
- 4- Varani S, Landini MP. Cytomegalovirus-induced immunopathology and its clinical consequences. *Herpesviridae* 2011;2:6-14.

Urinary bladder metastasis from breast carcinoma

Bouzouita Abderrazak, Kerkeni Walid, Ben Slama Mohamed Riadh, Chakroun Marouene, Cherif Mohamed, Farah Faten, Derouiche Amine, Zermani Rachida, Chebil Mohamed, Service urologie hôpital Charles Nicolle de Tunis Service anatomie pathologique Hopital charles Nicolle de Tunis Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

Introduction

Breast cancer is the commonest cancer in women. The main cause of mortality in patients with breast cancer is attributed to metastatic spread of the primary tumor. The bladder is an unusual site of breast cancer metastases and has been reported only sporadically [1-2-3]. Only 21 cases diagnosed in living patients have been reported in the literature [1-2-3-4-5-6]. The presenting symptoms are common with any bladder tumor including hematuria and pelvic pain. We report the case of a patient with invasive breast carcinoma with multiple organ metastases, who presented with hematuria and back pain. Cystoscopy and biopsy concluded to bladder metastasis. The aim of our case report is to draw attention that patients with breast cancer presenting with urinary symptoms should be examined for possible bladder metastases.

Figure 1 : Invasion of the bladder muscle by mammary ductal carcinoma (HE x 400). Nuclear pleomorphism: increasing irregularity of nuclear outlines and the number and size of nucleoli (Inset x 400).

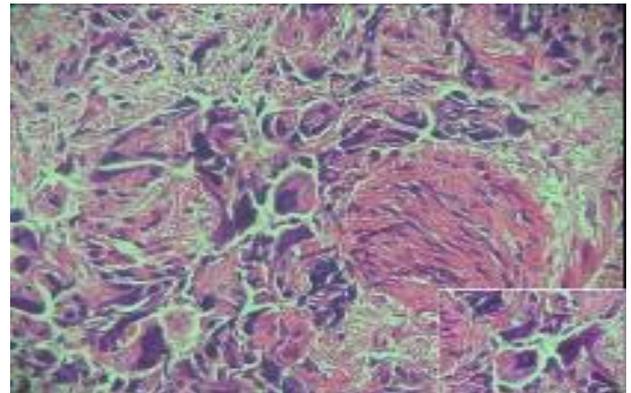


Figure 2 : Cords and glandular structures of closely packed carcinoma cells (HE x 250). Estrogen receptor immunocytochemical reactivity showing strong nuclear reactivity (Inset x 250).

