

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 refusée 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 Mouelhi, 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).

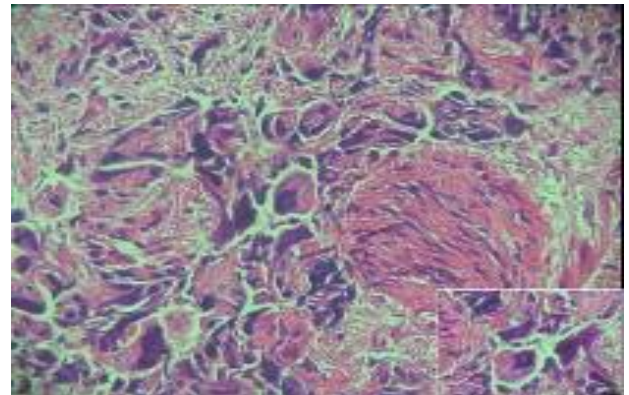
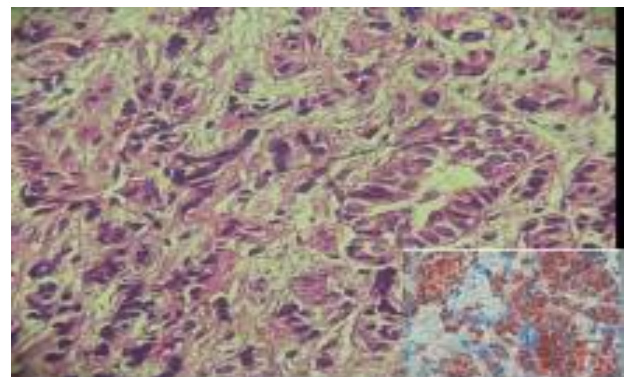


Figure 2 : Cords and glandular structures of closely packed carcinoma cells (HE x 250). Estrogen receptor immunocytochemical reactivity showing strong nuclear reactivity (Inset x 250).



Case report

A 48-year-old woman underwent left mastectomy with axillary lymphadenectomy in 1989 for invasive ductal breast carcinoma. Two of 16 lymph nodes were affected, with no evidence of distal metastasis. Chemoradiation therapy was not administered because the patient did not show for follow-up. In 1997 (8 years later), the patient presented for abdominal pain. Abdominal computed tomography (CT) revealed a nodule of the segment VI of the liver, with multiple liver hilum and mesenteric lymph nodes, associated with a palpable supra clavicular lymph node. The patient was treated with local radiotherapy and two cycles of 5-fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide. In 1999, isotope bone scan showed multiple bone metastases and CT revealed lung metastases. Hormonal therapy was administered.

In May 2000, the patient was treated with local vertebral radiotherapy (L4-S1), followed by six cycles of chemotherapy. In August 2005 (16 years later), the patient presented to our institution for a three-month history of hematuria and frequent voiding associated with lower back pain. Physical examination was unremarkable. Abdominal ultrasound found an isolated thickening of the bladder wall. Cystoscopy showed an inflammatory aspect of the vault and the left side wall mucosa of the bladder. Histologic examination of the bladder biopsies concluded to breast carcinoma metastatic lesions (Figure 1). Immunohistology was positive for estrogen receptors (Figure 2). The patient was treated with chemotherapy. Cerebellar metastases were diagnosed two months later and the patient died in December 2005. Figure legends

References

- [1]. Soon PS, Lynch W, Schwartz P. Breast cancer presenting initially with urinary incontinence: a case of bladder metastasis from breast cancer. *Breast*. 2004;13: 69-71
- [2]. Feldman PA, Madeb R, Naroditsky I, et al. Metastatic breast cancer to the bladder: a diagnostic challenge and review of the literature. *Urology*. 2002;59:138. Review.
- [3]. Forster J, Agrawal V, Ananthan AJ, et al. Breast carcinoma metastasizing to the urinary bladder presenting as bilateral hydronephrosis treated with ureteral stenting and chemotherapy. *Urol Oncol*. 2006;24:33-5.
- [4]. Gatti G, Zurrida S, Gilardi D, et al. Urinary bladder metastasis from breast carcinoma: review of the literature starting from a clinical case. *Tumori*. 2005;91:283-6.
- [5]. Lucas B, Simon H, Malhaire JP, et al. Bladder metastasis of breast cancer. *Presse Med*. 1996;25:732.
- [6]. Poulakis V, Witzsch U, de Vries R, et al. Metastatic breast carcinoma to the bladder: 5-year followup. *J Urol*. 2001;165:905.