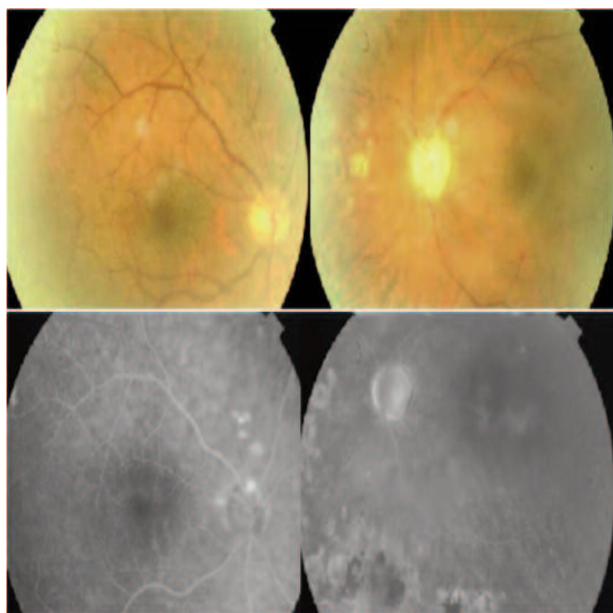


He was diagnosed with bilateral panuveitis and occlusive retinal vasculitis. The patient was submitted to a systemic workup, including complete blood count and screening tests for HIV, syphilis, and tuberculosis. Computer-assisted tomography of the head and a chest X-ray were also performed. All results were negative, except the syphilis serology, which revealed a positive venereal disease research laboratory (VDRL) test and *Treponema pallidum* hemagglutination test. The patient did not have any systemic symptoms of syphilis such as malaise, headache, nausea or constipation. There were no other systemic manifestations such as chancres, condylomata, macular papular rash, or lymphadenopathy. The patient was treated with aqueous crystalline penicillin G (4 millions units intravenously every 4 h for 10 days) followed by benzathine penicillin (2.4 MU intramuscularly weekly for 3 weeks). Topical steroid in a tapering regimen, cyclopegic were prescribed. We started earlier a laser treatment of the ischemic area in both eyes. After four weeks of treatment, best corrected visual acuity improved to 6/10 in right eye and to 3/10 in left eye. Intra-ocular inflammation was resolved. (figure 2).

Figure 2: Fluorescein angiography showed non-perfusion area and retinal neovascularization



Conclusion

The diagnosis of syphilis based on ocular findings is clinically challenging, as there are no ophthalmological signs that are pathognomonic of ocular syphilis [4]. In view of the increasing incidence of syphilis, it's associated with HIV infection, and the variety of clinical manifestations, this sexually transmitted disease should be considered even in the setting of retinal occlusive vasculitis. The diagnosis of syphilis is based on the clinical history, physical examination, and the laboratory tests. This diagnosis must be suspected rapidly to avoid any ocular or systemic complication.

References

- 1- Hong MC, Sheu SJ, Wu TT, Chuang CT. Ocular uveitis as the initial presentation of syphilis. J Chin Med Assoc. 2007;70:274-80.
- 2- Lynn WA, Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. Lancet Infect Dis. 2004;4:456-66.
- 3- Amarantunge BC, Camuglia JE, Hall AJ. Syphilitic uveitis: a review of clinical manifestations and treatment outcomes of syphilitic uveitis in human immunodeficiency virus-positive and negative patients. Clin Exp Ophthalmology. 2010;38:68-74.
- 4- Gaudio PA. Update on ocular syphilis. Curr Opin Ophthalmol. 2006;17:562-6.

Tumeur à cellules granuleuses du cœcum : à propos d'une observation

Sondes Bizid¹, Asma Dachraoui¹, Issam Msakni², Wided Ajoul², Hatem Ben Abdallah¹, Fethi Bougrine², Riadh Bouali¹, Ammar Bouzian², Nabil Abdelli¹

1- Service de gastroentérologie - Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

2-Service de Cytologie et Anatomie pathologique -HMPIT

La tumeur à cellules granuleuses (TCG) ou tumeur d'Abrikossoff est une tumeur bénigne rare, ne représentant que 0,01 à 0,03 % de l'ensemble des tumeurs [1]. L'histogenèse est incertaine, mais l'origine schwannienne a été fortement évoquée [2]. Elle est de siège ubiquitaire, mais se localisent préférentiellement au niveau de la cavité orale, des tissus sous-cutanés de la tête et du cou et au niveau du sein. La localisation digestive est rare et s'observe seulement dans 5 % des cas, avec une prédominance de la localisation œsophagienne [3]. Elle est plus fréquente chez les femmes avec un sex-ratio de 2/1 et un pic de fréquence situé entre la 3^e et la 5^e décennie [4]. Elle est généralement de découverte fortuite [5], et se présente comme une tumeur sous-muqueuse recouverte par une muqueuse normale et dont la taille n'excède pas 3 cm [4, 5]. Elle peut poser un diagnostic différentiel avec les autres tumeurs sous-muqueuses telles que les tumeurs stromales gastro-intestinales (GISTs), les léiomyomes, les léiomyosarcomes et les schwannomes [6]. L'examen anatomopathologique est incontournable pour poser le diagnostic positif, chercher d'éventuels signes de présomption de malignité [7] et pour écarter les autres diagnostics différentiels comme c'était le cas pour notre observation où les aspects morphologiques ont évoqué une GIST.

Observation

Il s'agissait d'un homme âgé de 26 ans, suivi en dermatologie pour des kystes récidivants au niveau du visage avec suspicion d'un syndrome de Gardner. Il n'a pas été retrouvé des antécédents personnels ou familiaux de néoplasie digestive. L'examen clinique était normal. Dans le cadre du bilan lésionnel de ce syndrome, une coloscopie totale a été réalisée à la recherche d'une polyposose colique. Elle objectivait un polype sessile unique de 8mm de diamètre, d'allure sous muqueuse, recouvert par une muqueuse d'aspect normal, siègeant au niveau du bas fond caecal, et qui a été réséqué par mucosectomie. L'examen histo-pathologique montrait une prolifération tumorale bénigne polypoïde mesurant 8 mm, de siège sous-muqueux, bien limitée mais non encapsulée et recouverte en surface par un épithélium colique

régulier. Elle était faite d'amas de cellules d'allure épithélioïde pourvues d'un noyau central régulier avec un cytoplasme abondant clair ou faiblement éosinophile (Figures 1 et 2). Il n'a pas été vu de signes de présomption de malignité tels que 'atypies cytonucléaires, de figure de mitose et de la nécrose. A l'étude immunohistochimique, les cellules tumorales exprimaient la protéine S100 d'une façon diffuse et intense (figure 3) et elles étaient négatives pour le c-kit (Figure 4) et pour les marqueurs musculaires lisses (desmine et actine muscle lisse). Devant ce profil, l'éventualité d'une GIST a été écartée et on n'a retenu le diagnostic d'une TCG. Une fibroscopie oeso-gastroduodénale a été pratiquée à la recherche d'une localisation digestive haute de TCG, et était revenue normale.

Figure 1: (HE×100) Prolifération tumorale nodulaire bien limitée de siège sous-muqueux surmontée d'une muqueuse colique régulière.

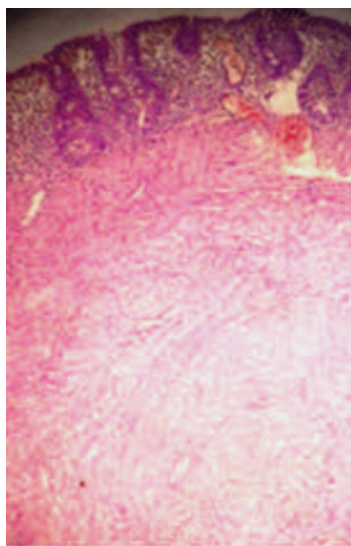


Figure 2 :(HE×400) les cellules tumorales sont polygonales au cytoplasme abondant, faiblement éosinophile, granulaire sans atypies cytonucléaires ni figures mitotiques.

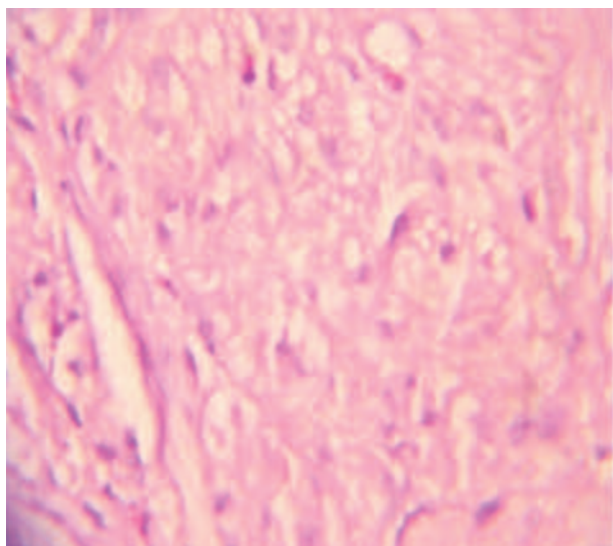


Figure 3 : Expression diffuse de l'anti-corps anti- PS100 par les cellules tumorales.

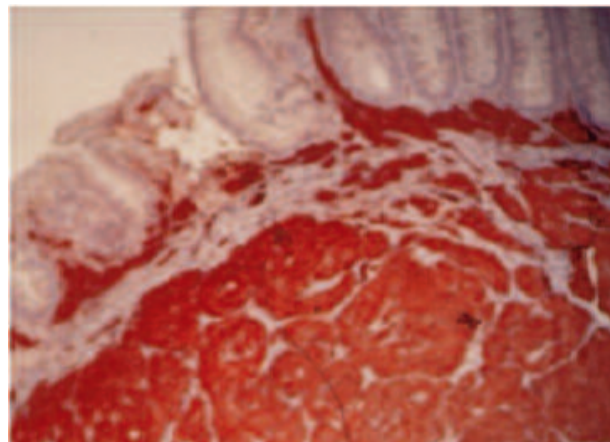
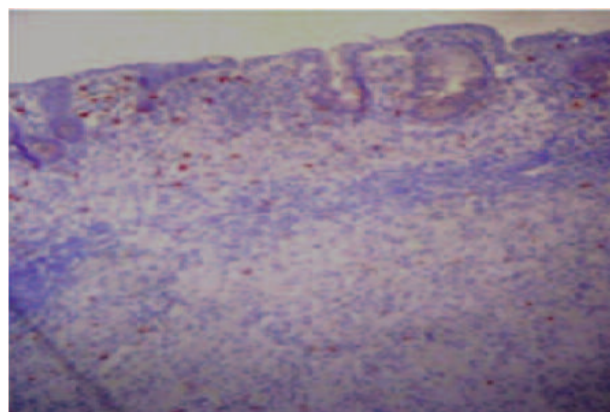


Figure 4 : Les cellules tumorales n'expriment pas l'anti-corps anti- C-Kit .



Bien que la TCG de localisation digestive soit rare, elle doit figurer parmi les tumeurs sous-muqueuses que le pathologiste ainsi que le clinicien doivent garder à l'esprit. La résection endoscopique est curative dans la majorité des cas, toutefois une surveillance endoscopique est requise si la tumeur est multifocale ou en présence d'un facteur de risque de dégénérescence.

Références

1. Ayadi L, Khabir A, Fakhfakh I. et al. Tumeur à cellules granuleuses. Rev Stomatol Chir Max fac 2008; 109:158-62.
2. Abrikossoff A. Über myome, ausgehend von der quergestreiften willkürlichen muskulatur. Virchows Arch 1926; 260:215-33.
3. Joshi A, Chandrasoma P, Kiyabu M. Multiple granular cell tumors of the gastrointestinal tract with subsequent development of esophageal squamous carcinoma. Dig Dis Sci 1992; 37:1612-8.
4. Billeret LV. Granular cell tumor. Epidemiology of 263 cases. Arch Anat Cytol Pathol 1999; 47:26-30.
5. Kulaylat MN, King B. Granular cell tumor of the colon. Dis Col Rect 1996; 39:711.
6. Lefort C. Les tumeurs gastriques Les tumeurs sous-muqueuses gastriques:Classification, diagnostics et examens complémentaires, traitements. POST'U; 2007:183-192.
7. Belhaj S, Bennani-Guebessi N, Karkouri M et al. Tumeur à cellules granuleuses. J Afr Cancer ; 2010:51-53.