

- Ann Thorac Cardiovasc Surg 2002;8:74-7.
- 2- Kawashima O, Hirai T, Kamiyoshihara M, Ishikawa S, Morishita Y. Primary adenoid cystic carcinoma in the lung: report of two cases and therapeutic considerations. Lung Cancer 1998;19:211-7
 - 3- Hu MM, Hu Y, He JB, Li BL. Primary adenoid cystic carcinoma of the lung: Clinicopathological features, treatment and results. Oncol Lett 2015;9:1475-81
 - 4- Zhu F, Liu Z, Hou Y, He D, Ge X, Bai C et al. Primary salivary gland-type lung cancer: clinicopathological analysis of 88 cases from China. J Thorac Oncol 2013;8:1578-84
 - 5- Debieuvre D, Locher C, Neidhardt AC, Goupil F, Lemaire B, Blanchet-Legens AS, et al. Ten-year evolution in non-small-cell lung cancer according to sex. Results of the KBP-2010-CPHG study by the College of General Hospital Respiratory Physicians. Rev Mal Respir 2014;31:805-16
 - 6- Jaso J, Malhotra R. Adenoid Cystic Carcinoma. Arch Pathol Lab Med 2011;135:511-5
 - 7- Le Péchoux C, Baldeyrou P, Ferreira I, Mahé M. Cylindromes thoraciques. Cancer Radiother 2005;9:358-61

Xanthogranulome de la région sellaire Xanthogranuloma of the sellar region

Alia Zehani, Yoldez Houcine, Ines Chelly, Hafedh Jemel, Slim Haouet, Nidhameddine Kchir Service d'anatomopathologie Hôpital la Rabta / faculté médecine Tunis

Le xanthogranulome de la région sellaire est une tumeur très rare. Moins de 100 cas ont été rapportés dans la littérature depuis qu'il a été décrit en 1988 [1]. C'est une lésion bénigne de la région sellaire qui pose des problèmes diagnostiques essentiellement avec le craniopharyngiome [2,3]. Il est communément appelé le granulome cholesterolique [2,4]. Il s'agit d'une lésion granulomateuse caractérisée par un dépôt de cholestérol, d'hémossidérine, de macrophages et de cellules spumeuses [1,2,4].

Le but du travail est de rapporter une nouvelle observation d'un cas déroutant d'un xanthogranulome de la région sellaire et de discuter les diagnostics différentiels.

Observation

Une jeune fille âgée de 18 ans, aux antécédents d'un retard staturo-pondéral et pubertaire, consultait pour des troubles visuels. L'examen neurologique était normal. L'examen ophtalmologique notait une hémianopsie bitemporale. Le scanner cérébral montrait un processus expansif sellaire et supra sellaire kystique avec un hyper signal T1 et T2 ne s'atténuant pas après saturation de la graisse, siège d'un sédiment déclive en signal intermédiaire en T1 et T2 évoquant un contenu riche en protéine. La paroi du kyste présentait une prise de contraste au niveau de son pôle supérieur. Ce processus expansif refoulait le chiasma optique en haut qui paraît atrophique. Une résection chirurgicale était réalisée. L'examen histologique montrait un tissu fibreux remanié renfermant un matériel fibrineux. Il était parcouru par un infiltrat inflammatoire polymorphe associant des lymphocytes, des histiocytes, des sidérophages et des

cellules géantes de type corps étranger au contact de nombreux cristaux de cholestérol [Figure 1 et 2]. Le diagnostic de xanthogranulome de la région sellaire était posé. Les suites opératoires étaient favorables.

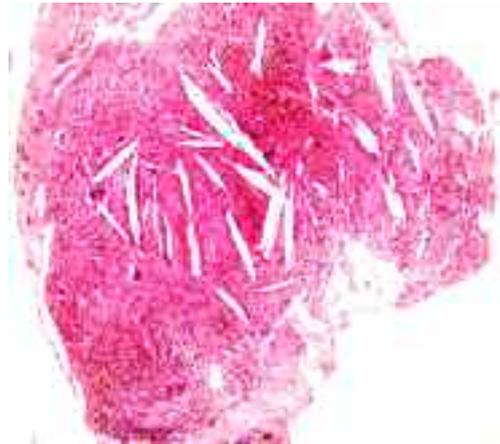


Figure 1 (HEX10): Un tissu fibreux siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe

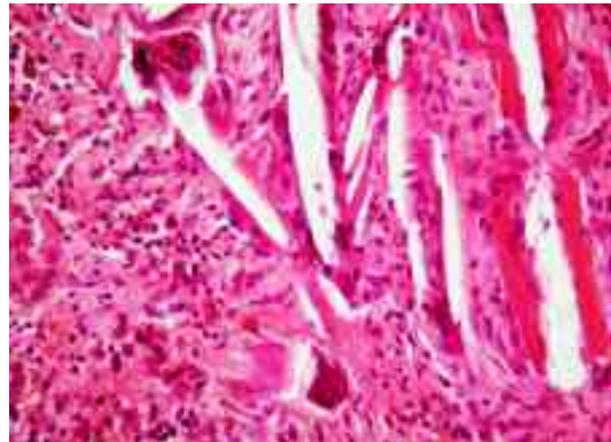


Figure 2 (HEX40): Cellules géantes au contact des cristaux de cholestérol

Conclusion

La pathogénie du xanthogranulome de la région sellaire reste un sujet de controverse [2,3]. Sur le plan clinique, elle est responsable de troubles endocriniens [1]. Le diagnostic différentiel se pose avec toute lésion de localisation sellaire présentant des remaniements xanthogranulomateux notamment le craniopharyngiome adamantineux ou le kyste de la poche de Rathke [2]. L'absence de revêtement malpighien ou d'épithélium cubique permet de retenir le diagnostic de xanthogranulome [5]. Le traitement de choix repose sur la

résection chirurgicale [3]. Bien qu'il s'agisse d'une tumeur bénigne, son pronostic est critique du fait de sa localisation.

Références

1. Burt MG, Morey AL, Turner JJ, Pell M, Sheehy JP, Ho KK. Xanthomatous pituitary lesions: a report of two cases and review of the literature. *Pituitary* 2003; 6: 161-8.
2. Amano K, Kubo O, Komori T et al. Clinicopathological features of sellar region xanthogranuloma: correlation with Rathke's cleft cyst. *Brain Tumor Pathol.* 2013; 30: 233-41.
3. Freda PU, Post KD. Differential diagnosis of sellar masses. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1999; 28: 81-117
4. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK. WHO Classification of Tumours, Pathology and Genetics of the Tumours of the Nervous Tissue. Lyon: IARC Press: 2007.
5. Gurcay AG, Gurcan O, Kazanci A, et al. Xanthogranuloma of the sellar region. *Neurol India.* 2016; 64: 5.

Hépatite aigue et atteinte hématologique en milieu professionnel : A propos d'un cas

Toxic hepatitis and hematologic disorder in a work environment: A case report

Habiba Debbabi, Hela Kchir, Aida Benzarti, Essid Majda, Hatem Chaabouni, Nabil Ben Mamai, Abdelmajid Ben Jemaa.

Hôpital la Rabta Tunis / Faculté de Médecine de Tunis

Introduction

L'exposition professionnelle aux produits toxiques peut être responsable d'effets indésirables graves en particulier hépatiques dont l'identification est rendue difficile. Les données à ce sujet sont peu nombreuses (1-3). Nous rapportons le cas d'un malade ayant présenté une hépatite aigue associée à une atteinte hématologique probablement imputable à l'exposition aux fumées de soudage.

Observation

Mr. A.K âgé de 35 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, travaillait en tant que soudeur et peintre dans une société de fabrication des charpentes métalliques depuis 2001. Sa tâche principale était la soudure à l'arc. En aout 2011, le patient a consulté pour un syndrome anémique. L'Hémogramme a montré une pancytopenie : une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 8g /dl, une leucopénie à 1500 / mm³ et une thrombopénie à 100.000 / mm³. Un bilan étiologique avait été demandé mais le patient a été perdu de vue. Cinq mois plus tard, le patient a reconsulté pour un ictère isolé évoluant depuis une dizaine de jours associé à une asthénie, des nausées et une anorexie. L'examen clinique était sans particularité en dehors d'un ictère cutanéomuqueux franc sans

hépato-splénomégalie ni lésions de grattage ni autre signe d'orientation. Le bilan biologique a montré une cytolysse prédominante sur les ALAT à 14 fois la normale. Les taux sériques des gamma- globulines transférases et des phosphatases alcalines étaient respectivement à 10 et 4 fois la normale. Une hyper bilirubinémie totale à prédominance conjuguée était notée. Le temps de prothrombine était normal. L'hémogramme a révélé une bicytopenie avec une leucopénie à 1200 éléments/ mm³ et une thrombopénie à 120000 plaquettes / mm³. Le taux d'hémoglobine était normal. Le taux de la vitamine B12 et des folates étaient normaux. La normalité de l'échographie abdominale faisait évoquer une hépatite aigue mixte, cytolytique et cholestatique de cause intrahépatique.

L'interrogatoire ne permettait pas de retenir une orientation étiologique particulière en dehors d'une exposition professionnelle aux métaux lourds. Le malade ne consommait pas d'alcool et n'a pas rapporté la notion de prise médicamenteuse récente. Les causes infectieuses des hépatites aigues étaient éliminées devant : sérologies des hépatites A, B, C, cytomégalovirus « CMV », virus d'Epstein-Barr « EBV » et herpes-simplex Virus négatives et des virémies B et C négatives par méthode de PCR. L'origine auto-immune a été éliminée suite à une électrophorèse des protides sériques normale et devant la négativité des anticorps anti-nucléaires, anti mitochondries, anti muscles lisses et anti LKM1 au bilan immunologique. Par ailleurs, le bilan du cuivre et le dosage de l'alpha-1- antitrypsine étaient normaux de même que le bilan thyroïdien. Ainsi, Il s'agissait d'une hépatite aigue sans étiologie évidente associée à une atteinte hématologique chez un patient exposé à la manipulation de produits toxiques. L'enquête professionnelle a révélé l'exposition aux fumées de soudage composées de poussières métalliques émanant du métal soudé ou des baguettes utilisées pour la soudure.

Accessoirement, le patient était exposé aux résines et aux solvants. Les baguettes utilisées étaient principalement composées de plusieurs métaux : manganèse, silicium, phosphore et étain. L'origine professionnelle a été fortement évoquée devant la présence de phosphore dans la composition des baguettes de soudage tout en sachant que l'hépatotoxicité de ce métalloïde se révèle habituellement après ingestion (4,5). Par ailleurs, L'atteinte hématologique secondaire à l'exposition à ce métalloïde n'a pas été décrite dans la littérature. Cette atteinte pourrait être secondaire à d'autres composés chimiques. A cet effet, Le patient a été exempté définitivement de tâches de soudure tout en gardant une vigilance vis-à-vis d'autres produits hépatotoxiques et hématotoxiques potentiels. L'évolution, après 2 mois d'éviction, a été marquée par l'amélioration clinique et biologique (figures 1,2 et 3), confortant ainsi l'hypothèse diagnostique. Après