

Figure 4 : -b (IHCx400): Les cellules tumorales expriment la Vimentine.

### Conclusion

Les tumeurs à cellules de la granulosa sont exceptionnelles, le plus souvent rencontrées au niveau de l'ovaire [3]. La TCG de l'adulte atteint le plus souvent des patients âgés de plus de 40 ans et représente 4% des tumeurs des cordons sexuels et du stroma gonadique. Elle est généralement découverte sous forme d'une masse testiculaire d'évolution lente et asymptomatique. A l'imagerie, la tumeur correspond à un nodule tissulaire d'aspect non spécifique. L'étude histologique montre une prolifération tumorale bien limitée d'architecture variable : microfolliculaire, trabéculaire, solide, insulaire ou gyriforme. Les cellules de la granulosa sont rondes dont le cytoplasme est pâle ou éosinophile. Les noyaux sont ronds ou ovalaires, incisés réalisant un aspect « en grains de café » [3]. Les corps de Call-Exner sont fréquemment observés et permettent d'orienter le diagnostic. L'examen immunohistochimique montre que la TCG de l'adulte exprime la Vimentine, l'Inhibine, l'Actine muscle lisse, le CD99 et la calrétinine [5]. Cette tumeur peut poser des problèmes de diagnostic différentiel avec les tumeurs germinales. L'analyse morphologique à la recherche des cellules de la granulosa, les corps de Call-Exner et l'étude immunohistochimique permettent de redresser le

diagnostic. Un autre diagnostic différentiel est représenté par la forme juvénile de la tumeur de la granulosa. Celle-ci survient rarement après l'âge de 1 an. Elle présente classiquement une architecture folliculaire ou solide. Les corps de Call-Exner sont absents. La prolifération est faite d'un double contingent cellulaire associant des cellules thécales et des cellules de la granulosa dépourvues d'incisures. Elles sont négatives à l'Inhibine et généralement positives à la Pancytokeratine. On peut discuter également les autres types des tumeurs des cordons sexuels notamment la tumeur à cellules de Sertoli. Cette tumeur se présente sous une architecture trabéculaire ou diffuse avec présence de tubes [3]. Le traitement est chirurgical et repose sur l'orchidectomie radicale. Bien que cette tumeur soit souvent d'évolution bénigne, certaines formes malignes sont rapportées dans la littérature [4]. Une surveillance prolongée et un suivi régulier paraissent nécessaires pour mieux détecter une évolution agressive et dégager les facteurs histopronostiques.

### Références

- 1- Lima JF1, Jin L, de Araujo AR, Erikson-Johnson MR, Oliveira AM, Sebo TJ, Keeney GL, Medeiros F. FOXL2 mutations in granulosa cell tumors occurring in males. Arch Pathol Lab Med 2012; 136: 825-2.
- 2- Miliaras D, Anagnostou E, Myosides I. Adult type granulosa cell tumor: a very rare case of sex-cord tumor of the testis with review of the literature. Case reports in pathology 2013; 932086
- 3- Cornejo KM, Young RH. Adult Granulosa Cell Tumors of the Testis A Report of 32 Cases. Am J Surg Pathol, 2014; 38: 1242-50.
- 4- Schubert TE, Stoehr R, Hartmann A, Schöne S, Löbelenz M, Mikuz G. Adult type granulosa cell tumor of the testis with a heterologous sarcomatous component: case report and review of the literature. Diagnostic Pathology 2014; 9:107
- 5- Tanner SB, Morilla DB, Schaber JD. A case of adult granulosa cell of the testis. Am J Case Rep 2014; 15: 471-75.

### Trichoblastome apparu sur hamartome sébacé.

#### Trichoblastoma arising in nevus sebaceus.

*Talel Badri<sup>1</sup>, Sabri Loussaief<sup>1</sup>, Wafa Koubaa<sup>2</sup>, Meriam Bel Haj Salah<sup>2</sup>, Inçaf Mokhtar<sup>1</sup>, Aschraf Debbiche<sup>2</sup>,*

*<sup>1</sup>- Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie / Faculté de Médecine, Université de Tunis El Manar*

*<sup>2</sup>-Laboratoire d'Anatomie pathologique, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie / Faculté de Médecine, Université de Tunis El manar.*

L'hamartome sébacé (HS) est défini par la présence d'un nombre anormalement élevé de glandes sébacées matures. Il est souvent observé dès la naissance ou dans la petite enfance, avec atteinte prédominante du cuir chevelu où il réalise une plaque alopécique. [1].

Plusieurs tumeurs bénignes [trichoblastomes (TB), syringocystadénome papillifère, trichilemmome et sébacéome] ou malignes peuvent se développer sur un HS (1,3). Le risque de survenue de carcinomes basocellulaires (CBC) sur HS était surestimé. En effet, la plupart des tumeurs décrites auparavant comme étant des CBC s'étaient révélées être des TB après relecture des lames [1,2,4]. Dans une étude ayant étudié 596 HS, le TB a été observé dans 4,7% des cas, principalement au niveau du scalp [1].

### But

Illustrer un cas de trichoblastome survenant sur un hamartome sébacé.

### Observation

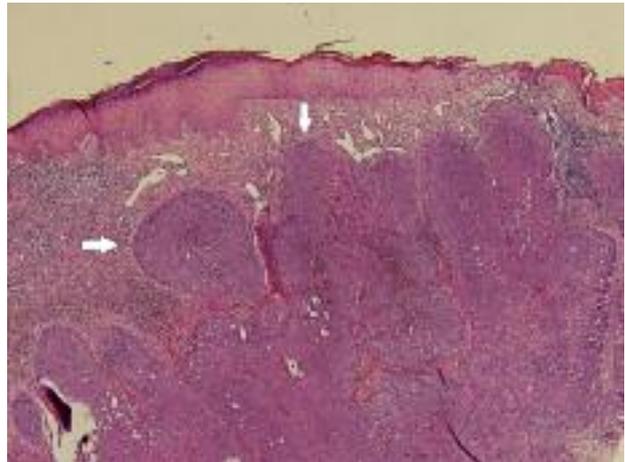
Une femme âgée de 58 ans a consulté pour une tumeur indolore du cuir chevelu évoluant depuis six mois. La patiente avait, depuis la naissance, un hamartome sébacé (HS) du cuir chevelu, diagnostiqué cliniquement au jeune âge. L'apparition récente, au sein de l'HS, de cette tumeur gênant la coiffure et le sommeil, a incité la patiente à consulter. L'examen clinique a objectivé au niveau du cuir chevelu pariétal droit, une plaque alopécique bien limitée, de couleur jaunâtre, à surface mamelonnée, mesurant 6 x 4,5 cm, surmontée par un nodule rosé, de consistance ferme, à surface croûteuse et mesurant 3 cm de diamètre (Fig 1).



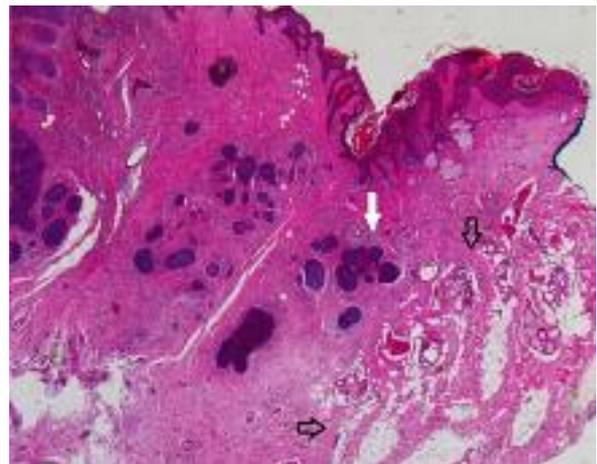
**Figure 1:** Nodule rosé à surface croûteuse surmontant une plaque alopécique jaunâtre correspondant à l'hamartome sébacé

L'examen histologique après exérèse de ce nodule a montré une prolifération tumorale dermique bien limitée faite de lobules et de travées de cellules basaloïdes, sans connexion épidermique, exprimant par endroits une nette différenciation pileaire, et montrant une disposition palissadique périphérique sans fentes de rétraction, au sein d'un stroma fibroblastique (Fig 2a-2b). Au voisinage de la tumeur, il existait une hyperplasie épidermique avec

des glandes sébacées localisée haut dans le derme, associées à des glandes apoclines hétérotopiques. Le diagnostic retenu était celui de trichoblastome (TB) sur HS. Une exérèse chirurgicale a été réalisée à la demande de la patiente.



**Figure 2a :** Prolifération tumorale dermique bien limitée de cellules basaloïdes, montrant une disposition palissadique périphérique sans fentes de rétraction (flèches), au sein d'un stroma fibroblastique.



**Figure 2b :** Trichoblastome (flèche blanche) au voisinage de l'hamartome sébacé (flèches noires), fait d'une hyperplasie épidermique, avec glandes sébacées hyperplasées et glandes apoclines hétérotopiques.

### Conclusion

Comme dans notre cas, la majorité des tumeurs développées sur HS est bénigne. L'évolution rapide du TB chez notre patiente ne semble pas habituelle. Elle est observée plus fréquemment au cours du CBC ou du syringocystadénome papillifère. Le TB peut ainsi être difficile à différencier d'un CBC nodulaire. Comme chez notre patiente, l'aspect histologique bien limité et symétrique de la tumeur et l'absence de fentes de rétraction en périphérie des lobules sont plutôt en faveur

du TB. Le traitement du TB survenant sur HS est l'exérèse chirurgicale. L'excision « prophylactique » de l'HS n'est pas justifiée en dehors de motifs esthétiques.

### Références

- 1- Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceus: A study of 596 cases. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 263-8.
- 2-Idriss MH, Elston DM. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceus of Jadassohn: A study of 707 cases. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70: 332-7.
- 3- Bourrat E, Rybojad M. Hamartome sébacé. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1068-71.
- 4- Merrot O, Cotten H, Patenotre P. Risques évolutifs de l'hamartome sébacé de Jadassohn. *Ann Chir Plast Esthet* 2002; 47: 210-3.

### DRESS syndrome induit par les antituberculeux Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) induced by antituberculous treatment

*Hamida Kwas, Emna Guermazi, Ibtihel Khouaja, Amel Khattab, Ines Zendah, Habib Ghédira*  
Service de Pneumologie I. Hôpital Abderrahman Mami, Ariana. / Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis.

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) est une toxidermie rare mais sévère [1]. Il se manifeste par une hyperthermie, des adénopathies diffuses et des atteintes viscérales variées [1,2]. Il s'agit d'une réaction médicamenteuse dotée d'une mortalité élevée pouvant atteindre les 10%. La multiplicité de ses manifestations rend son diagnostic difficile. La relation de causalité n'est pas toujours évidente à établir surtout en cas d'association médicamenteuse. Nous rapportons un cas rare de DRESS syndrome induit par les antituberculeux avec la réussite du protocole d'induction de tolérance.

### Observation

Un homme âgé de 38 ans était hospitalisé pour une atteinte cutanée étendue aux deux membres inférieurs. Dans ses antécédents, il est suivi pour une tuberculose pleurale traité par une quadrithérapie antituberculeuse sous forme combinée depuis 20 jours. L'histoire de la maladie remonte à quatre jours avant son hospitalisation, marquée par l'apparition d'érythème cutané étendu en placards au niveau des deux membres inférieurs associée à une altération de l'état général, une fièvre chiffrée à 39°C, des gonalgies, des myalgies, des épigastalgies et des vomissements incoercibles. L'examen physique à son admission montrait un exanthème maculo-papuleux diffus (Figure 1), un œdème périorbitaire et au niveau des extrémités, une rougeur

conjonctivale et des adénopathies sous-mandibulaires. Le bilan biologique révélait une thrombopénie à 112000 éléments/m<sup>3</sup>, une légère hyperlymphocytose à 4980 éléments/mm<sup>3</sup> avec des lymphocytes atypiques sur l'analyse du frottis sanguin. Les fonctions hépatique et rénale étaient conservées. Les anticorps anti-rifadine étaient négatifs. Le bilan infectieux (sérologies du virus de l'Epstein Barr, cytomégalovirus, virus des hépatites A, B et C, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et les hémocultures) étaient négatives. La radiographie thoracique de contrôle montrait un émoussement du cul de sac pleural gauche. Le diagnostic de DRESS syndrome était retenu et le traitement anti-bacillaire était immédiatement interrompu. Le patient était mis sous antihistaminiques et une corticothérapie par voie générale. L'évolution était favorable au bout de 5 jours, avec une stabilisation clinique et une normalisation progressive du bilan biologique. Ainsi, une réintroduction séquentielle du traitement à doses croissantes était entreprise en commençant par l'isoniazide suivi de la rifampicine, la pyrazinamide et enfin l'éthambutol avec une surveillance clinique et biologique étroite. Le protocole de réintroduction est résumé dans le tableau 1. Cette épreuve de réintroduction des antituberculeux était soldée d'un succès et a permis de reprendre le traitement anti-bacillaire en entier aux doses adaptées. La notification de ce cas au service de pharmacovigilance a permis d'incriminer la rifampicine comme agent responsable de cette toxidermie. Le patient a reçu un traitement antituberculeux bien conduit pendant 6 mois avec une bonne évolution clinique et radiologique.



Figure 1 : Des lésions d'exanthème maculo-papuleux au niveau du cou, thorax et épaules.