

## Chilaiditi's sign Signe de Chilaiditi

*Oussama Daboussi, leila Mouelhi, Yosra Zaimi, Fatma Houissa, Kaouther El Jery, Sana Khedher, Mohamed Salem, Yosra Said, Radhouane Dabbeche, Taoufik Najjar. Service de gastro-entérologie. Hôpital Charles Nicolle / faculté de médecine de Tunis*

An 89-year-old man, suffering from arterial hypertension, was presented to our unit with a history of epigastric pain, vomiting and appetite loss. The physical examination was unremarkable. Routine laboratory tests showed an inflammatory anemia. The upper gastrointestinal endoscopy found a large duodenal ulcer. A systematic chest-x-ray revealed the presence of a subphrenic interposition of the colon above the liver. A computed tomography scan confirmed this sign. Combination of two antibiotics (clarithromycin and amoxicillin) and proton pump inhibitors were prescribed and the patient was discharged from hospital asymptomatic.

### Comments

Chilaiditi's sign(or syndrome) is a rare condition with an incidence of 0.025-0.28% in abdominal or chest radiographs. Predisposing factors include dolichocolon, atrophic liver or ptotic liver making patients more prone to colonic volvulus. Presentation is generally asymptomatic and is mostly diagnosed as an incidental finding (Chilaiditi's sign). However, symptoms ranging from nonspecific intermittent mild abdominal pain to acute intestinal volvulus were also reported. The syndrome is important because it can simulate pneumoperitoneum radiologically. Abdominal computed tomography may be required to exclude the presence of pneumoperitoneum in some cases.

Diagnosis of both the sign and syndrome is dependent on radiological evidence. Three findings are key on radiographs. First, the right hemidiaphragm must be adequately elevated by the bowel above the liver. Second, the bowel must be distended by air to visualize the pseudo-pneumoperitoneum. Third, the liver must be depressed to the extent that the superior margin is below the level of the left hemidiaphragm. Also, changing the position of a patient with Chilaiditi's will not change the position of the radiolucency, unlike a patient with free air. If it is unclear whether the subdiaphragmatic air is free or intraluminal, abdominal computed tomography is recommended to establish a definitive diagnosis. Treatment of Chilaiditi's syndrome includes non-operative approaches (bed rest, fluid supplementation, nasogastric decompression, enemas and stool softeners). However, 26% of patients may require colectomy. Alternatively, laparoscopic colopexy has been described.

In conclusion, Chilaiditi's sign and syndrome are important differential diagnoses for general surgeons.

One should be aware of the radiological evidence of pneumoperitoneum and pseudo-pneumoperitoneum. Such awareness could result in decreased incidence of unnecessary exploratory laparotomies for misdiagnosed pneumoperitoneum.



Figure 1 : . Chest radiograph showing the Cilaiditi's sign.

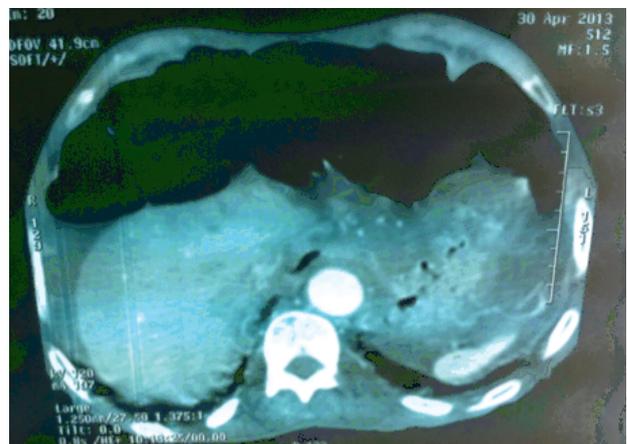


Figure 2 : .Computed tomography showing the colonic interposition above the liver dome

## Erythème polymorphe érosif de la muqueuse orale avec acantholyse et auto-anticorps circulants

### Erosive erythema multiforme of the oral mucosa with acantholysis et circulating autoantibodies

Talel Badri<sup>1</sup>, Imene Bentabet Dorbani<sup>1</sup>, Houda Hammami<sup>1</sup>, Maryam Kallel Sellami<sup>2</sup>, Inçaf Mokhtar<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>-Laboratoire d'Immunologie - Hôpital la Rabta, Tunis, Faculté de médecine, Université de Tunis El Manar, Tunisie

L'érythème polymorphe (EP) est une dermatose aiguë, récidivante, dont le diagnostic est habituellement clinique. La localisation muqueuse isolée est non spécifique et nécessite l'élimination des autres diagnostics d'érosions muqueuses, notamment le pemphigus. Peu de publications ont rapporté l'existence, au cours de l'EP, d'anticorps circulants anti-substance intercellulaire (AC anti SIC), notamment les anti-desmoplakines I et II (1,2). L'acantholyse (aspect histologique de désolidarisation des kératinocytes) est un signe classique du pemphigus mais aussi de dermatoses dites acantholytiques. Selon certains auteurs, cette acantholyse pourrait être associée aux AC anti SIC au cours de l'EP (2). Le rôle pathogène des auto-anticorps dans la survenue de l'acantholyse est controversé (1,2).

#### But

Rapporter un cas d'EP associé à une acantholyse histologique et des AC anti SIC, mimant un pemphigus muqueux.

#### Observation

Une patiente âgée de 21 ans a consulté pour des érosions buccales douloureuses et récidivantes évoluant depuis 2 ans à raison de 6 à 7 poussées annuelles. Les érosions persistaient quelques jours puis cicatrisaient spontanément. Il n'y avait pas de notion d'autres lésions ailleurs sur le tégument. La patiente ne rapportait ni poussées d'herpès ni prise médicamenteuse. Cliniquement, les érosions à fond érythémateux touchaient la muqueuse buccale (langue, face interne des joues et des lèvres ainsi que le palais) et la semi-muqueuse labiale où les lésions étaient recouvertes de croûtes (Fig 1). L'examen histopathologique, fait sur une biopsie de la muqueuse buccale, a montré une acantholyse sans clivage intraépithélial ni autre anomalie kératinocytaire, mais l'immunofluorescence (IF) directe (D) était négative à 2 reprises. L'IF indirecte (I) a montré des anticorps circulants de type IgG anti-substance interkératinocytaire à un titre faible (1/10). L'immunoblot était négatif et l'enzyme-linked immunosorbent assay

(ELISA) n'était pas disponible. L'aspect clinique, l'acantholyse histologique et l'IFI positive étaient à priori évocatrices de pemphigus strictement muqueux, mais la négativité de l'IFD à 2 reprises et l'évolution par poussées spontanément résolutive nous ont fait considérer ce diagnostic avec circonspection. La patiente a reçu de la prednisone (0,5 mg/kg/jour) avec cicatrisation rapide au bout de quelques jours. Elle est revenue consulter 2 mois plus tard pour une éruption similaire concomitante à un herpès nasolabial. De plus, des plaques vésiculo-bulleuses en cocardes sont notées au niveau des paumes, sans bulles ni érosions cutanées ailleurs (Fig 2a-b). La clinique, ainsi que la biopsie cutanée au niveau palmaire était en faveur d'un EP: kératinocytes vacuolisés, corps apoptotiques et infiltrat dermique lymphocytaire, sans acantholyse. Le diagnostic d'EP post-herpétique était finalement retenu et l'amélioration obtenue sous prednisone. Une prophylaxie par valaciclovir 500mg/jour a été instituée. Le suivi avec un recul de 18 mois a noté 3 poussées légères déclenchées par des arrêts momentanés du valaciclovir pour des considérations économiques.



Figure 1: Erosions labiales



Figure 2a: Erosions de la muqueuse labiale



Figure 2b : Lésions palmaires en cocarde

### Conclusion

Dans notre cas, le tableau clinique initial d'EP n'était pas évident amenant à une difficulté diagnostique avec un pemphigus. L'acantholyse et l'IFI positive étaient compatibles avec un pemphigus mais la négativité de l'IFD était l'élément déterminant pour éliminer ce diagnostic, d'autant plus que la maladie évoluait par poussées résolutes. L'apparition de lésions en cocarde nous a finalement permis le diagnostic de certitude d'EP. Le fait que les AC anti-SIC soient à l'origine de l'acantholyse, ou secondaires à l'exposition d'épitopes desmosomiaux causée par les lésions épithéliales d'EP, n'est pas encore élucidé.

### Références

- 1- Cozzani E, Di Zenzo G, Calabresi V, Caproni M, Schena D, Quagliano P, et al. Anti-desmoplakin antibodies in erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome sera: pathogenic or epiphenomenon? *Eur J Dermatol* 2011;21:32-6.
- 2- Foedinger D, Elbe-Bürger A, Sterniczky B, Lackner M, Horvat R, Wolff K, et al. Erythema multiforme associated human autoantibodies against desmoplakin I and II: biochemical characterization and passive transfer studies into newborn mice. *J Invest Dermatol* 1998;111:503-10.

### Lung herniation : a case report of a spontaneous cervical hernia

#### Hernie pulmonaire : à propos d'un cas de hernie cervicale spontanée

Kamel Mraidha<sup>1</sup>, Najoua Mallat<sup>2</sup>, Salem Bouabidi<sup>1</sup>, Houneida Ben Alaya Zaghouani<sup>2</sup>, Senda Majdoub<sup>2</sup>, Thouraya Rezigua<sup>2</sup>, Habib Amara<sup>2</sup>, Dejla Bekir<sup>2</sup>, Chekib Kraiem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>-Service d'imagerie médicale CHU Farhat Hached Sousse / faculté de médecine de Monastir

<sup>2</sup>-Service d'imagerie médicale CHU Farhat Hached Sousse / faculté de médecine de Sousse

Lung herniation is rare. It is defined as a protrusion of pulmonary tissue beyond the confines of the thoracic cage [1]. It most commonly occurs through the thoracic intercostal space as a consequence of thoracic trauma or after a thoracotomy incision [1]. Lung herniations were later classified by Morel-Lavallee [2] on the basis of their location and cause. Anatomically, they are subdivided into cervical, intercostal and diaphragmatic hernias. Each of these types can be either congenital or acquired. Acquired hernias can be classified further as traumatic, spontaneous, or pathologic as a result of neoplastic or inflammatory processes. In cervical cases, this disorder is usually due to abnormalities in the suprapleural membrane (Sibson's fascia) or neck musculature [3]. Through this observation, we illustrate the rare cervical location of lung herniation in a patient complaining about an intermittent cervical mass.

### Observation

We report a case of 48-year-old man complaining about a neck swelling while coughing. He had a 1-year history of dry cough. He was an ex-smoker with a 15 pack-year history. Examination of his chest at rest was normal. No cervical lymphadenopathy was detected. Examination while coughing revealed a visible swelling on the right side of the neck. Chest radiograph was normal. Chest CT was normal during inspiration (figure 1A-B) and was performed during a Valsalva manoeuvre, showing a right apical lung hernia (figure 2A-B).

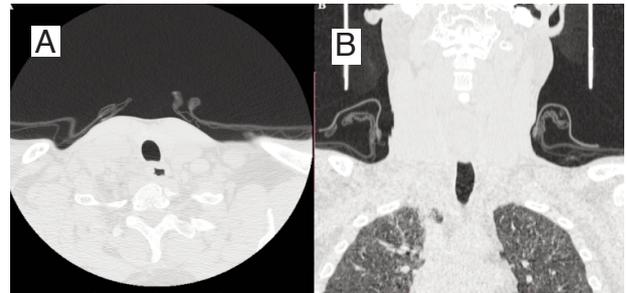


Figure 1 (A, B): Chest CT scan performed during inspiration shows no evidence of lung herniation.

A : axial view in parenchymal window,

B: coronal view in parenchymal window

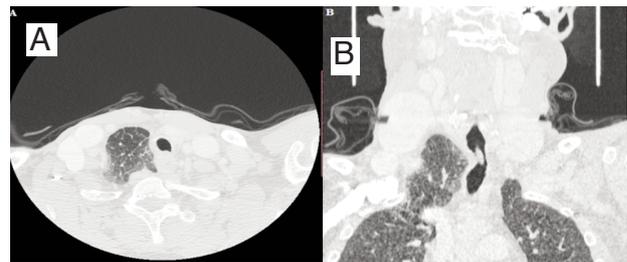


Figure 2 (A, B): Chest CT scan performed during a Valsalva manoeuvre shows herniated lung at the right apex.

A : axial view in parenchymal window,

B: coronal view in parenchymal window) Article 373-2016

## Conclusion

Cervical lung herniation in adults is rare particularly in the absence of penetrating lung injury or chest wall disease [2, 4]. It is due to a defect in the Sibson's fascia [3, 4]. The defect is usually large enough to prevent trapping and incarceration of the lung. Repair may be necessary in patients with incarceration, symptoms of local compression, for example, dysphagia from oesophageal compression, or for cosmetic purposes [3]. The diagnosis can be easily missed both clinically and radiologically if examination is not made during a Valsalva manoeuvre [4].

## References

1. Bhalla M, Leitman BS, Forcade C, et al. Lung hernia: radiographic features. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:51-3
2. Sukkarieh F, Vanmeerhaeghe A et Brasseur P. Post traumatic intercostal lung herniation: a case report. *Journal de radiologie* 2002;83:1085-7
3. Galetta D, Serra M et Gossot D. Apical parietal pleural holes: what are they? *Thorax Cardiovasc Surg* 2010;58:237-8
4. Harpreet R et Jackson M. Apical lung herniation. *Thorax* 2011;66(8):740

## Carcinome rénal associé à une maladie rénale kystique acquise

### Renal carcinoma associated to acquired cystic renal disease

Alia Zehani<sup>1</sup>, Mohamed Amine Bani<sup>1</sup>, Ines Chelly<sup>1</sup>, Ines Smichi<sup>1</sup>, Yassine Nouira<sup>2</sup>, Heifa Azzouz<sup>1</sup>, Slim Haouet<sup>1</sup>, Nidhamedine Kchir<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>-Service d'anatomie et de cytologie pathologiques hôpital la Rabta / Faculté de médecine de Tunis

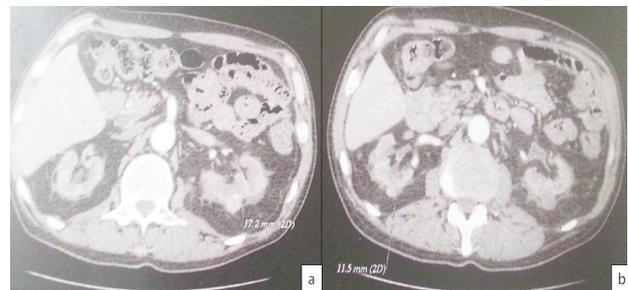
<sup>2</sup>-Service d'urologie, hôpital la Rabta / Faculté de médecine de Tunis

La maladie kystique acquise du rein (MKAR) touche environ 20% des sujets en hémodialyse chronique, non porteurs d'une maladie kystique héréditaire et elle débute dès le stade de l'insuffisance rénale terminale [1,2]. Elle est caractérisée par des modifications du parenchyme rénal et la formation de multiples kystes. Elle peut se compliquer de tumeurs rénales avec une fréquence accrue [2,3]. Il s'agit classiquement du carcinome papillaire. Cependant, d'autres types histologiques sont décrits tels que le carcinome rénal associé à la maladie kystique acquise, le carcinome papillaire à cellules claires [3,4]. Nous rapportons un nouveau cas de carcinome rénal associé à une maladie rénale kystique acquise chez un patient suivi pour une insuffisance rénale chronique terminale.

## Observation

Patient âgé de 63 ans, aux antécédents d'adénome de la prostate sous traitement médical, d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse depuis deux ans. Au cours de la surveillance, l'échographie rénale objectivait au niveau du

rein gauche une formation tumorale, arrondie, hyperéchogène, mesurant 24 mm de grand axe. Elle était vascularisée au doppler. L'uro-scanner notait la présence au niveau du rein gauche de trois masses d'aspect tissulaires, partiellement nécrosées, se rehaussant de façon hétérogène après injection du produit de contraste. Elles mesuraient respectivement 17,2 ; 22 et 34 mm [Figure 1a]. Le rein renfermait également des kystes corticaux simples et un micro-calcul caliciel inférieur. Quant au rein droit, il renfermait deux nodules tissulaires de 10 et 11,5 mm de grand axe, ainsi qu'un kyste polaire inférieur spontanément hyperdense, non rehaussé [Figure 1b].



**Figure 1** : Uro-scanner:  
a- Nodule tissulaire du rein gauche de 17,5 mm de grand axe  
b- Nodule du rein droit de 11,2 mm de grand axe

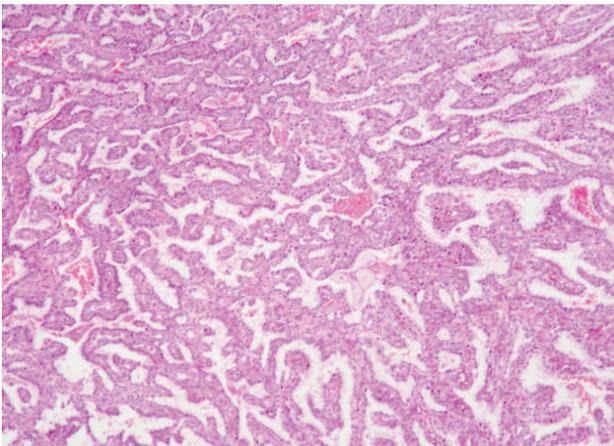


**Figure 2** : Macroscopie :  
a- Flèche : Nodule bien limité, brunâtre siège de remaniements hémorragiques  
b- Parenchyme rénal adjacent à la tumeur, renfermant plusieurs formations kystiques

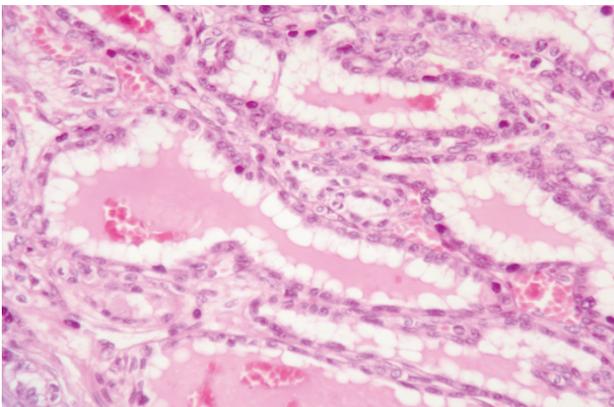
Une néphrectomie gauche élargie à la surrénale était ainsi réalisée. Macroscopiquement, la pièce de néphrectomie mesurait 15x13x7cm. Elle renfermait à la coupe trois nodules, bien limités, de couleur brunâtre, siège de remaniements hémorragiques et mesurant respectivement 1,5 ; 2 et 2,5 cm de grand axe [Figure 2a].

Deux nodules étaient de siège polaire inférieur et le 3<sup>ème</sup> nodule de siège médio-rénal. Par ailleurs, le parenchyme rénal comporte plusieurs formations kystiques de taille variable [Figure 2b]. A l'examen histologique, ces trois nodules correspondaient à une prolifération carcinomateuse présentant des aspects similaires. La

prolifération était bien limitée et encapsulée, d'architecture tubulo-kystique. Elle était constituée de tubes de taille variable, parfois dilatés, kystiques [Figure 3]. Par endroits, on observe des vacuoles et des lumières intercellulaires réalisant un aspect cribriforme. Les cellules tumorales étaient cubo-cylindriques, augmentées de taille, à cytoplasme éosinophile granulaire. Les noyaux étaient ovalaires ou allongés, à contours irréguliers, hyperchromatiques et nucléolés [Figure 4]. Des cristaux de cholestérol intra-luminaux étaient observés. Le stroma était fibreux abondant. Le parenchyme rénal de voisinage renfermait des lésions de pyélonéphrite chronique ainsi que de nombreux kystes en rapport avec une maladie kystique acquise. Les kystes épithéliaux étaient bordés par des cellules éosinophiles, aux noyaux volumineux et nucléolés. Une étude immunohistochimique était réalisée en utilisant les anticorps suivants : anti-CK7 et anti-CD10. Les cellules tumorales exprimaient la CK7 de façon focale et n'exprimaient pas le CD10. Le diagnostic retenu était celui d'un carcinome rénal associé à une maladie kystique acquise de l'insuffisance rénale terminale.



**Figure 3 (HEx10) :** Prolifération carcinomateuse organisée en structures tubulaires, dilatées, kystiques



**Figure 4 (HEx40):** Cellules tumorales augmentées de taille, à cytoplasme éosinophile, munies de noyaux irréguliers, hyperchromatiques et nucléolés

## Conclusion

Le carcinome rénal associé une MKAR est une entité rare, récemment décrite par l'organisation mondiale de la santé, de découverte souvent fortuite au cours d'un examen radiologique ou sur pièce de néphrectomie effectuée pour des kystes rénaux [4]. Il survient seulement chez les patients en insuffisance rénale terminale, ayant une maladie kystique acquise [4, 5].

Le diagnostic définitif repose sur l'étude anatomopathologique. Macroscopiquement, le carcinome rénal associé à la MKAR est d'aspect solide, de couleur jaunâtre, bien limité, entouré par une capsule fibreuse et siège de foyers de nécrose ou d'hémorragie [3,5]. Il semble se développer souvent, au sein d'une structure kystique. Histologiquement, ces tumeurs ont une architecture caractéristique, associant un pattern microkystique et un autre cribriforme. Une composante papillaire, alvéolaire, solide ou diffuse peut être observée. Les cellules sont cubo-cylindriques, à cytoplasme éosinophile granuleux. Les noyaux sont hyperchromatiques, nucléolés [5]. Des cristaux d'oxalate au niveau du stroma et dans les tubules rénaux sont fréquemment observés. Une composante sarcomatoïde ou rhabdoïde est rapportée par certains auteurs [4,5]. L'étude immunohistochimique montre une positivité focale ou une négativité de la cytokératine 7, une positivité de la P504s et un marquage variable pour le CD10. Le diagnostic différentiel doit écarter un carcinome papillaire et un carcinome à cellules à cellules claires. Le profil moléculaire montre des gains des chromosomes sexuels et les chromosomes 3, 7, 16 et 17 [5]. Son pronostic est bon, vu le diagnostic précoce, néanmoins les formes associant un contingent sarcomatoïde ou rhabdoïde peuvent métastaser [4,5].

## Références

- 1- Beladi Mousavi SS, Sametzadeh M, Hayati F, Fatemi SM. Evaluation of acquired cystic kidney disease in patients on hemodialysis with ultrasonography. *Iran J Kidney Dis.* 2010; 4: 223-6.
- 2-Matson M.A., Cohen E.P. Acquired cystic kidney disease: occurrence, prevalence, and renal cancers. *Medicine (Baltimore)* 1990; 69: 217-26.
- 3- Tickoo SK, de Peralta-Venturina MN, Harik LR, Worcester HD, Salama ME, Young AN, et al. Spectrum of epithelial neoplasms in end-stage renal disease: an experience from 66 tumorbearing kidneys with emphasis on histologic patterns distinct from those in sporadic adult renal neoplasia. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 141-53.
- 4- Crumley SM, Divatia M, Truong L, Shen S, Ayala AG, Ro JY. Renal cell carcinoma: Evolving and emerging subtypes. *World J Clin Cases.* 2013; 1: 262-75.
- 5- Kuroda N, Tamura M, Hamagushi N, Mikami S, Pan CC, Brunelli M et Al. Acquired cystic disease-associated renal cell carcinoma with sarcomatoid change and rhabdoid features. *Ann Diag Pathol* 2011; 15: 462-66.

## Une cause rare de dyspnée chez l'adulte : hernie de Bochdalek.

### A rare cause of dyspnea in adulthood: Bochdalek hernia.

Rachid Bouchentouf<sup>1</sup>, R. Elbarni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>-Service de pneumologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

<sup>2</sup>-Service de Chirurgie générale, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech.

La hernie de Bochdalek (HB) est la plus fréquente des hernies congénitales du diaphragme. Décrite en 1848 par Bochdalek elle correspond au défaut de fermeture du canal pleuro-péritonéal postéro-latéral. Cette hernie concerne souvent le nourrisson avec une incidence de 1 /2200 naissances, son diagnostic à l'âge adulte reste rare moins de 200 cas sont rapportés dans la littérature. La HB est révélée souvent à l'âge adulte par une complication digestive aiguë, alors que les complications respiratoires sont peu décrites dans la littérature. Nous rapportons une nouvelle observation de la HB révélée par une dyspnée aiguë.

#### Observation

Patient âgé de 69 ans, tabagique chronique à raison de 20 paquets/année, suivi pour maladie de Parkinson depuis 4 ans et sans antécédent de traumatisme thoraco-abdominal, a été hospitalisé en urgence pour dyspnée aiguë avec vomissements et altération de l'état général sans fièvre. L'examen clinique trouvait un patient polypnéique avec une FR à 28 cycles/min avec tirage et cyanose, tachycarde à 132 battements/min, TA 120 / 60 mmHg. L'auscultation pleuro-pulmonaire notait des bruits hydro-aériques au niveau de l'hémi thorax gauche, l'abdomen était douloureux à la palpation mais sans défense ni de contracture. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

La gazométrie artérielle montrait une hypoxémie avec une Pa O<sub>2</sub> à 59 mmHg, la PaCO<sub>2</sub> était à 42mmHg. Le bilan biologique trouvait une CRP à 4 mg/l et des GB à 12500 éléments/mm<sup>3</sup> dont **des PNN à 79%** à la NFS. La radiographie thoracique montrait des anses coliques dans le thorax gauche évoquant une hernie diaphragmatique. (Figure 1) Une TDM thoraco-abdominale a été réalisée en urgence et mettait en évidence une hernie diaphragmatique postéro-latérale gauche avec engagement de l'angle colique gauche dans la cavité thoracique avec atélectasie du lobe inférieur gauche. (Figure 2). Le patient a bénéficié d'une laparotomie exploratrice avec réduction de l'hernie et suture de l'orifice herniaire et les suites opératoires étaient simples.

#### Conclusion

Les HB de révélation tardive sont relativement rares et

leur mode d'expression est divers.

Les complications respiratoires sont peu décrites dans la littérature. Le diagnostic de certitude des HB est basé sur l'imagerie et leur traitement est chirurgical.

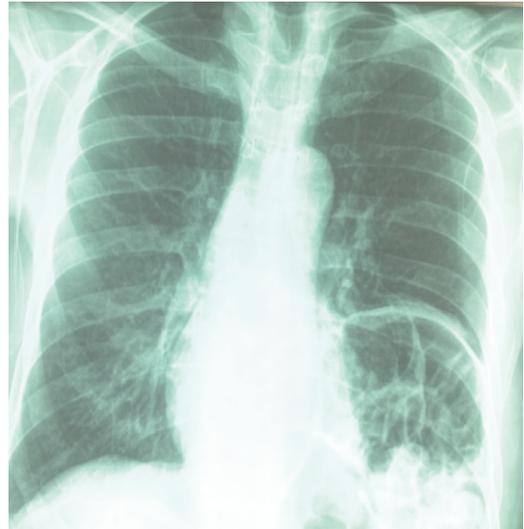


Figure 1 Radiographie thoracique : Anses coliques dans le thorax gauche

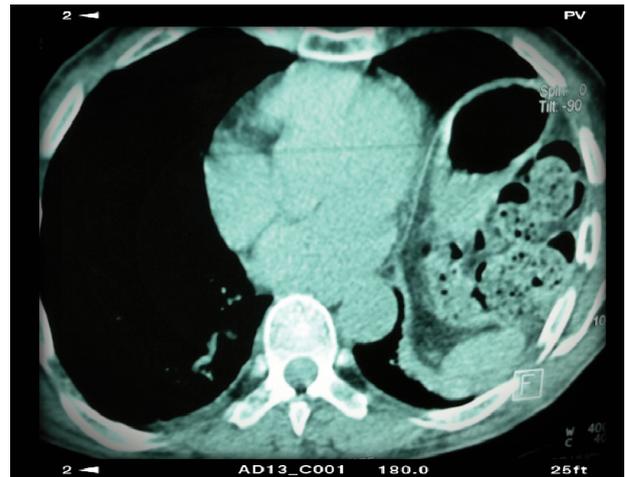


Figure 2 : Scanner thoraco-abdominale : Hernie diaphragmatique postéro-latérale gauche avec engagement de l'angle colique gauche dans la cavité thoracique et atélectasie du lobe inférieur gauche

#### Références

1. Osmak L, Cougard P. Hernies diaphragmatiques. Rev Du Prat 2003 ; 53: 1683-7.
2. Herling A, Makhdoum F, Al Shehri A, Mulder DS. Bochdalek hernia in a symptomatic adult. Ann Thorac Surg 2014 Aug; 98 (2):701-4.
3. Alviar CL, Cordova JP, Korniyenko A, Javed F, Tsukayama M, Narayanswami G. Bilateral Bochdalek hernias: presenting as respiratory failure in an elderly patient. Respir Care.2011 May;56 (5): 691-4.
4. Kanazawa A, Yoshioka Y, Inoi O, Murase J, Kinoshita H. Acute respiratory failure caused by an incarcerated right-sided adult Bochdalek hernia: report of a case. Surg Today2002; 32(9): 812-5.