

### Ileoanal j pouch prolapse: a rare complication after restorative coloproctectomy.

**Prolapsus d'une poche d'anastomose ileo-anale: une complication exceptionnelle.**

Amin Makni, Houcine Magherbi, Yassine Ben Safta, Amine Sebai, Sofiene Ayadi Zoubeir Ben Safta  
Service de chirurgie- Hôpital La Rabta- Université Tunis el Manar

Total coloproctectomy with ileoanal J pouch anastomosis (IPAA) is actually the gold standard therapy for patients with familial adenomatous polyposis (FAP) or ulcerative colitis. It's associated with an acceptable life quality and a satisfying long-term outcome. However, several complications may be seen. One of these is the ileal J pouch prolapse, which is an extremely rare event. A review of the literature, grouping approximately 25000 restorative coloproctectomies, identified only 11 cases [1] with an incidence less than 0,5 %. Presenting symptoms include external rectal prolapse, incontinence or seepage, impaired evacuation and anal pain [2]. Surgery should be proposed: either a transanal excision of the prolapsed mucosa or a transabdominal fixation of the pouch on the promontory [3].

AIM: Report a new case of an ileoanal J pouch prolapse.

#### OBSERVATION

It's a 38 year old male who underwent a stapled restorative coloproctectomy with IPAA for a drug-resistant ulcerative colitis in 2004. The ileostomy reversal was made 3 months later. He made good progress and was followed up regularly. However, within 18 months, he presented a pelvic pain and a sensation of bulging following each bowel movement. A full-thickness prolapse of his J-pouch (figure 1) was diagnosed. The pouch prolapse was confirmed by a poucho-MRI (figure 2) and was found to have an external component that measured 5 cm. It mainly affected the anterior wall of the pouch but was circumferential with a small posterior component. The "take-off" point was approximately at 12 cm from the anus on the anterior wall of the pouch. Endoscopy revealed edematous mucosa without evidence of pouchitis. The patient was operated with middle incision. After adhesions release, surgical correction with a trans-abdominal approach was performed. The J pouch was sufficiently mobilized then fixed

to the sacrum by using a non-absorbable mesh. Our operative salvage technique is based on the procedure commonly used for rectal prolapse. After a nine-months follow-up, he reported an excellent response with no further episodes of pouch prolapse.

and pseudo-pneumoperitoneum. Such awareness could result in decreased incidence of unnecessary exploratory laparotomies for misdiagnosed pneumoperitoneum.



Figure 1: Clinical exam showing the ileal pouch prolapse.



Figure 2: Pelvic MRI. A: Ileal pouch with a thickened wall. B: Ileal pouch prolapse.

#### Références

1. S. Galandiuk, N.A. Scott, R. R. Dozois et al. Ileal pouch-anal anastomosis: reoperation for pouch-related complications. *Annals of Surgery*. 1990;212:446-54.
2. M. Ehsan, R. Billingham, BF Warren. Prevalence and management of prolapse of the ileo-anal pouch. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:6.
3. M. Ehsan, J.T. Isler, M.H. Kimmins, R.P. Billingham. Prevalence and management of prolapse of the ileoanal pouch. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:885-8.

**Chronic myeloid leukemia following the treatment of nasopharyngeal carcinoma**  
**Leucémie myéloïde chronique suite à un traitement d'un carcinome du nasopharynx**

*Oifa Kassar<sup>1</sup>, Sondes Mseddi<sup>1</sup>, Moez Mdhaffer<sup>1</sup>, Hatem Bellaaj<sup>1</sup>, Samia Mnif<sup>2</sup>, Manel Ghorbel<sup>1</sup>, Halima Sennena<sup>3</sup>, Moez Elloumi<sup>1</sup>*  
 1-Hôpital hedi chaker sfax / Faculté de médecine de Sfax  
 2-Institut pasteur / Faculté de médecine Tunis  
 3- Hôpital farhat hached sousse / Faculté de médecine Sousse

Secondary malignancies have been recognized increasing as an important late complication after chemotherapy and radiotherapy in recent years (1). Chronic myeloid leukemia (CML) as a secondary malignancy has rarely been reported. We reported a case of chronic myeloid leukemia in a patient previously treated for nasopharyngeal carcinoma.

**Observation**

A 35 year old woman was diagnosed with a nasopharyngeal carcinoma (NPC). She was treated with chemotherapy: cisplatin and 5 Fluoro-uracile (5-FU) followed by local radiation therapy. She was in complete remission. After 13 years, she presented symptoms of anemia and her physical examination showed pallor and splenomegaly. The peripheral blood findings were: white blood count 186.000/mm<sup>3</sup> with 3% myeloblasts, 4% myelocytes, 7% metamyelocytes, 65% neutrophils, 2% eosinocytes, 3% basophils, hemoglobin 10 g/dl and platelet count 105.000/mm<sup>3</sup>. Bone marrow examination revealed a marked hyper cellular marrow. Chromosomal analysis of the bone marrow cells revealed translocation (9.22)(q34,q11.2) in all 20 metaphase cells counted. Molecular examination by reverse-transcriptase chain reaction (RT-PCR) analysis of leukocytes was positive for the major bcr-abl fusion gene. The diagnosis of CML in the chronic phase was made. The patient has been treated with imatinib mesylate 400mg daily. After 6 months of therapy, the patient presented a progression of CML to blastic phase. Then, she received dasatinib 140 mg/day. She died one month after from severe hemorrhagic syndrome.

**Conclusion:**

The most common second malignant neoplasm is acute myeloid leukemia, mostly related to treatment with alkylating agents and epipodophylloxotoxins (1). The occurrence of CML as a secondary malignancy following treatment for other cancers is rare (2). Rarely nasopharyngeal carcinoma has been reported as primary tumor such our case. The median latency between the two malignancies is 60 months (range 18- 192). The prognosis of secondary CML is worse than de novo CML (3) as our observation.

**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. Waller CF, Fetscher S, Lange W. Secondary chronic myelogenous leukemia after chemotherapy followed by adjuvant radiotherapy for small cell lung cancer. *Leukemia Research* 1999; 23:961.
2. Waldman D, Weintraub M, Freeman A, Neumann Y, Rechavi G, Toren A. Favorable Early Response of Secondary Chronic Myeloid Leukemia to Imatinib. *American Journal of Hematology* 2004; 75:217.
3. Tsuzuki M, Handa K, Yamamoto K, et al. Chronic Myeloid Leukemia following Chemotherapy with 5'-deoxy-5-fluorouridine for Gastric Cancer. *Intern Med* 2008; 47: 1739.

-----

**Malacoplakia mimicking colonic malignancy: A case report**

**Un cas de Malacoplakie mimant un cancer colique**

*Lamia Kallel<sup>1</sup>, Alifa Daghfous<sup>2</sup>, ines Chelly<sup>1</sup>, Moufida Mahmoudi<sup>1</sup>, Lamia Rezgui<sup>2</sup>, Azza Filali<sup>1</sup>,*

1-Service de gastro-entérologie-Hôpital la Rabta /Faculté médecine Tunis,

2-Service de Radiologie, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous.

Malacoplakia is an inflammatory condition first described by Michaelis and Gutmann in 1902[1]. It is a chronic granulomatous reaction that often involves urinary tract. It is rarely reported in the gastrointestinal tract and can mimic a colonic malignancy [2,3]. A definitive diagnosis is based on histopathologic examination. In this letter to the editor we aimed to describe a rare case of Malacoplakia mimicking colonic malignancy in an immune-compromised patient.

**Case report:**

A forty-five year-old man with diabetes and blood hypertension was admitted to hospital for a one-month history of abdominal pain localized in the right flank

associated with weight loss without fever nor transit disorder. Abdominal examination showed a moderate tenderness in the right flank. Body mass index was 18.9 kg/m<sup>2</sup>. On biology, the patient had increased C-reactive protein (CRP): 65mg/l as well as a marked hyperglycemia: 4,85 g/l with normal hemoglobin (13g/dl) and albumin levels (42g/l). Biological Tumor markers were negative (CAE, CA19-9 and AFP). Abdominal sonography showed an heterogeneous vascularized mass at the right flank, described by tomography as a tissular process measuring 42x37mm corresponding to the posterior wall of the ascending colon (figure1A).

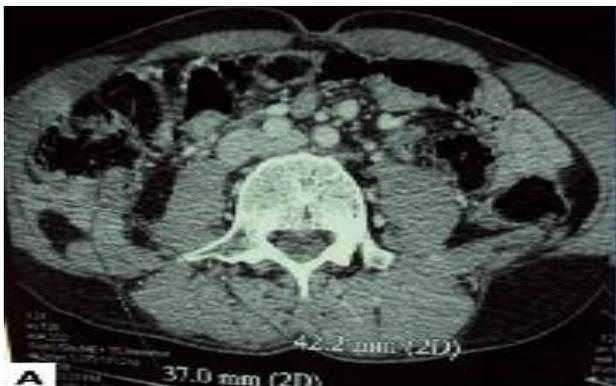


Figure 1 A: Tissular process measuring 42 x 37 mm in the right flank.

Colonoscopy showed a discrete infiltrated appearance in the right colon and histopathologic examination was non contributive leading to a percutaneous CT guided biopsy of the mass. Histopathological study revealed diffuse inflammatory infiltrate with lymphocytes as well as numerous positive PAS and Perls histiocytes with cytoplasmic inclusions. Histiocytes had the characteristic morphology described as Michaelis-Gutmann bodies (Figure 2).

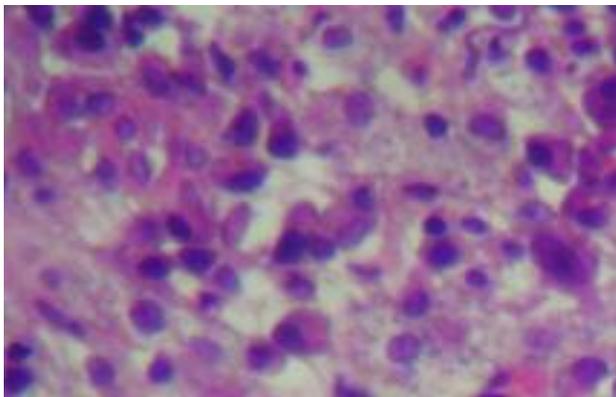


Figure 2: Diffuse inflammatory infiltrate with lymphocytes and histiocytes (\*400).

No organisms were identified by simple Gram or acid fast stains (Ziehl-Neelsen). Colonic Malacoplakia diagnosis was made. The patient was successfully treated with oral fluoroquinolone (Ciprofloxacin) 400mg twice daily for 3 weeks with rapid symptoms resolution, weight gain of 5 kg and total regression of abdominal mass on tomography two months later (figure 1B).

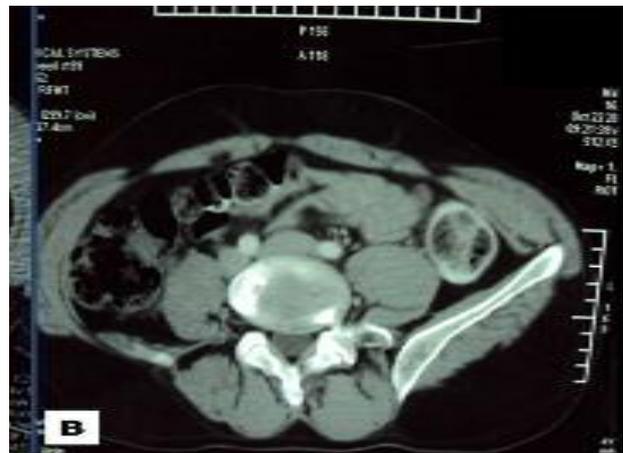


Figure 1 : B: Total regression of the mass 2 months after starting treatment.

### Conclusion:

Malacoplakia is a rare chronic inflammatory reaction that can affect gastrointestinal tract. An immunocompromised state seems associated to its development such as autoimmune diseases, lymphomas, AIDS, chemotherapy or corticotherapy [4]. In our case, the patient presented with diabetes desequilibration. The etiology of malacoplakia is still not fully understood, but there is an association with Gram-negative bacterial infections, particularly with *Escherichia coli*. The likely mechanism of malacoplakia is defective lysosomal processing of microorganisms by macrophages associated to the accumulation of debris in lysosomes and subsequent mineralization [4]. Clinical manifestations of colonic malacoplakia are non specific as well as endoscopic and radiologic presentations and can be mistaken for malignant tumor as it was the case in our patient. That's why the diagnosis is based on histopathologic examination. It is typically a benign, self-limited condition that often responds to antibiotic therapy [3,4].

### References

- [1] Michaelis I, Gutmann C. Uber Einschlusse in Blasentumoren. Z Klin Med. 1902;47: 208-215.
- [2] McClure J. Malacoplakia of the gastrointestinal tract. Postgrad Med J. 1981;57: 95-103.
- [3] Kim JB, Han DS, Lee HL et al. Malacoplakia of the stomach: case report and review. Gastrointest Endosc. 2003; 58: 441-5.
- [4] Kim PT, Davis JE, Erb SR, Yoshida EM, Steinbrecher UP. Colonic malacoplakia in a liver transplant recipient. Can J Gastroenterol. 2007; 21: 753-5.

## **Actinomycose pelvienne fistulisée à la peau traitée par doxycycline.**

**Pelvic actinomycosis fistulised to the skin, treated with doxycycline.**

*Talel Badri<sup>1</sup>, Nawal Jaada<sup>1</sup>, Aschraf Debbiche<sup>2</sup>, Inçaf Mokhtar<sup>1</sup>*

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

*2-Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Hôpital Habib Thameur, Tunis / Faculté de Médecine, Université de Tunis El Manar,*

L'actinomycose pelvienne (AMP) est une infection chronique rare résultant généralement d'une infection ascendante d'origine vaginale chez les femmes porteuses d'un dispositif intra-utérin (DIU) (1). La maladie, se présente comme une infiltration qui se ramollit et se fistulise, puis évolue vers la formation de pseudotumeurs et l'extension aux organes voisins (2). L'apparition d'abcès pelviens et fessiers fistulisés à la peau, semble, cependant, très rare (3).

La pénicilline constitue de traitement de référence de la maladie (4). Un seul article a rapporté l'efficacité de la doxycycline pendant 2 mois au cours de l'AMP (5). Cependant la forme rapportée dans cet article était strictement pelvienne et non fistulisée à la peau.

### **But**

Illustrer cliniquement un cas d'AMP fistulisée à la peau et rapporter l'efficacité de la doxycycline dans cette forme rare.

### **Observation**

Une femme de 39 ans, sans antécédent particulier, porteuse d'un DIU non contrôlé depuis 7 ans, était hospitalisée pour des nodules cutanés inflammatoires douloureux fistulisés au niveau de la région iliaque gauche (Fig.1a) et périnéo-fessière, associés à une altération de l'état général. Ces nodules contenaient de multiples orifices fistuleux laissant s'écouler des sérosités contenant des grains blanc-jaune (Fig. 1b). Le DIU a été retiré. A la biologie, il existait une anémie à 7,2 g/dl, hypochrome microcytaire avec une hyperleucocytose à 10800 /mm<sup>3</sup> dont 80% de polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation était à 70 mm à la première heure et la protéine C réactive à 97 mg/l. Le reste du bilan sanguin était normal. L'examen bactériologique avec culture sur milieux aérobie et anaérobie était négatif. L'examen histologique avait montré la présence de tissu de granulation focalement microabcédé et qui renfermait des plages purulentes au sein desquelles on retrouvait quelques grains composés de filaments entremêlés.

L'imagerie par résonance magnétique pelvienne a objectivé la présence de plusieurs masses latéro-utérines

s'étendant aux parties molles du bassin à gauche avec de multiples trajets fistuleux. Ces aspects cliniques, histologiques et d'imagerie étaient ceux d'une actinomycose pelvienne. La patiente a été traitée initialement par de la pénicilline G puis, suite à une toxidermie, par de la doxycycline (200 mg/j). La cicatrisation des lésions cutanées a été obtenue après quelques semaines de traitement (Fig.2). La doxycycline a été arrêtée au bout de 15 mois, après nettoyage des lésions à la tomодensitométrie. Aucune récurrence n'a été notée après un recul de 8 ans.



**Figure 1a :** plaque charnue rétractile oblongue et fistulisée de 3 centimètres de grand axe siégeant au niveau de la fosse iliaque gauche.



**Figure 1b :** Grains blanc-jaune provenant de la fistule.



Figure 2 : Aspect cicatriciel après traitement

### Conclusion

A notre connaissance, nous rapportons le seul cas d'AMP fistulisée à la peau traitée par doxycycline. Nous avons opté pour cet antibiotique après la survenue d'une éruption cutanée, alors que notre patiente recevait de la pénicilline. La doxycycline est utilisée en cas d'allergie à la pénicilline. Elle semble, cependant, rarement utilisée dans les localisations abdominopelviennes. La durée longue du traitement chez notre patiente était motivée par une persistance des lésions pelviennes lors des contrôles par imagerie. La tolérance du traitement était bonne et la guérison complète. Une surveillance radiologique régulière a permis d'adapter la durée du traitement chez notre patiente, afin d'éviter les rechutes.

### Références

1. Kayikcioglu F, Akgul MA, Haberal A, Faruk Demir O. Actinomyces infection in female genital tract. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;118:77-80.
2. S. Ketata, M. Ben Mabrouk, F. Derbel. Actinomycoses abdominales à forme tumorale : une série rétrospective de sept observations. Rev Med Interne 2010;31: 735-41. 3- Ndaye
3. Mubiyai, Anna-Maria Bory, Géraldine Orazi. Actinomycose abdominopelvienne révélée par des abcès pariétaux. Presse Med 2007;36:428-31.
4. D. Hamid, J.J. Baldauf, C. Cuenin. Treatment strategy for pelvic actinomycosis: case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;89:197-200.
5. Bouree P, Clavel M. Actinomycose pelvienne traitée médicalement : A propos d'un cas Sem Hop Paris1998;74:850-4.

### Un aspect déroutant de carcinome papillaire de la thyroïde

#### A confusing lesion of thyroid papillary carcinoma

Alia Zehani<sup>1</sup>, Ines Chelly<sup>1</sup>, Jihene Marrakchi<sup>2</sup>, Ghazi Besbes<sup>2</sup>, Slim Hautoet<sup>1</sup>, Nidhameddine Kchir<sup>1</sup>

1-Service anatomie pathologique -Hôpital la Rabta /faculté médecine Tunis

2-Service ORL-Hôpital la Rabta /faculté médecine Tunis,

Le carcinome papillaire de la thyroïde est le plus fréquent des cancers thyroïdiens (90%). Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé 2004 comme étant une tumeur épithéliale maligne à différenciation vésiculaire présentant des critères nucléaires caractéristiques [1]. Environ quinze variantes sont décrites. Récemment, une nouvelle variété a été individualisée. Il s'agit du carcinome papillaire à cellules géantes (CPCG), caractérisée par la présence au sein d'un carcinome papillaire classique d'un contingent fait de volumineuses cellules géantes. Seulement 4 cas ont été rapportés dans la littérature.

Le but du travail est de rapporter une observation d'un cas déroutant d'un carcinome papillaire à cellules géantes de la thyroïde et de discuter les particularités anatomocliniques et les diagnostics différentiels.

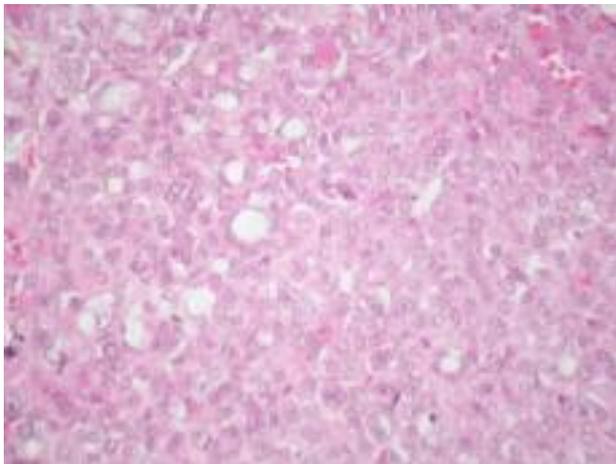
#### Observation :

Mme AB, âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait une tuméfaction cervicale médiane latéralisée à droite. L'échographie cervicale montrait deux nodules hétérogènes du lobe droit de la thyroïde mesurant 1,2 et 2cm. Une lobectomie droite était réalisée. A l'examen macroscopique, la pièce renfermait deux nodules d'aspect colloïde, mesurant respectivement 1,2 et 2 cm de grand axe. Le plus petit nodule était entouré par une capsule épaisse. Histologiquement, le gros nodule correspondait à un adénome macrovésiculaire sans signes histologiques de malignité. Le petit nodule correspondait à une prolifération carcinomateuse constituée de vésicules de taille variable, au contenu colloïde tantôt épais tantôt fluide. Ces vésicules étaient tapissées par un revêtement constitué de cellules cubiques, aux limites nettes, au cytoplasme éosinophile peu abondant. Les noyaux étaient arrondis ou ovoïdes, aux contours irréguliers, parfois d'aspect clarifié. Ailleurs, ils présentaient des chevauchements avec des incisures et quelques inclusions nucléaires [Figure 1]. Au sein du revêtement, on observait également des cellules géantes multinucléées, au cytoplasme abondant éosinophile, aux noyaux atypiques [Figure 2]. Ces cellules géantes constituaient 10% des cellules tumorales. Une étude immunohistochimique était réalisée. Les cellules géantes ainsi que les autres cellules carcinomateuses exprimaient

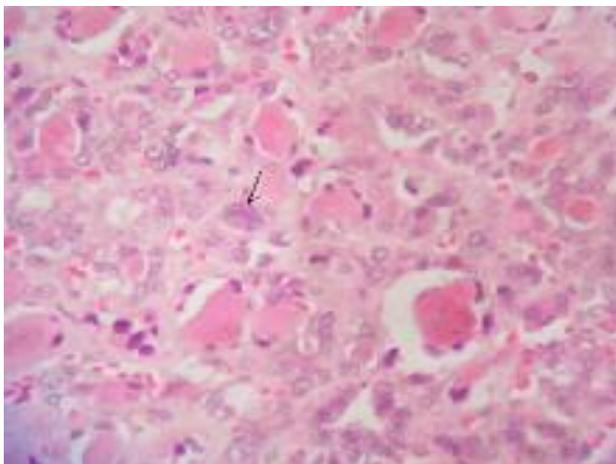
la thyroglobuline et le TTF1 [Figure 3]. Une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire étaient réalisés chez cette patiente. La tumeur était classée PT1 N0. Une irathérapie était pratiquée. L'évolution était favorable sans récidence ni métastase après 3 ans de suivi.

### Conclusion

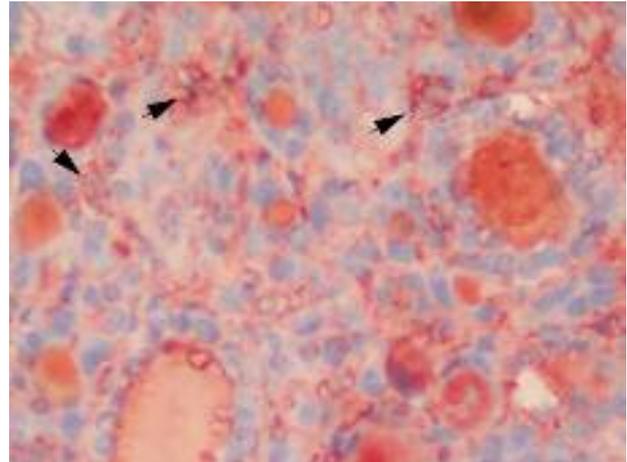
La présence de cellules géantes pléomorphes dans les carcinomes thyroïdiens montre souvent un aspect déroutant et trompeur pour le pathologiste. Ces cellules ne sont pas toujours synonymes de dédifférenciation et de progression en carcinome anaplasique [2]. Le CPCG peut prêter à confusion avec un carcinome anaplasique qui est de plus mauvais pronostic [3,4].



**Figure 1 (HEx10):** prolifération tumorale faite de vésicules de taille variable revêtues par des cellules présentant les critères nucléaires du carcinome papillaire.



**Figure 2 (HEx40):** cellules carcinomateuses multinucléées aux noyaux atypiques (flèche).



**Figure 3 (IHC):** les cellules géantes expriment la thyroglobuline (marquage cytoplasmique)

### Références

- 1- LiVolsi VA, Albores-Saavedra J, Asa LS et al. Papillary carcinoma. In: DeLellis RA, Lloyd RV, Heitz PU, Eng C. World Health Organisation Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs. Lyon: IARC Press; 2004: 57.
- 2- Berger N, Borda N. In : Pathologie thyroïdienne, parathyroïdienne et surrénalienne. Sauramps Medical 2010 : p135.
- 3- Hommel-Fontaine J, Borda A, Ragage F, Berger N, Decaussin-Petrucci M. Nonconventional papillary thyroid carcinomas with pleomorphic tumor giant cells: a diagnostic pitfall with anaplastic carcinoma. Virchows Arch 2010; 456: 661–70.
- 4- Brooks E, Simmons-Arnold L, Naud S, Evans MF, Elhosseiny A. Multinucleated giant cells' incidence, immune markers, and significance: a study of 172 cases of papillary thyroid carcinoma. Head Neck Pathol. 2009; 3: 95-9.

### Localisation primitive orbitaire bilatérale d'un lymphome de type MALT chez une patiente de 77 ans

#### Primary bilateral orbital localization of MALT-type lymphoma in a 77-year-old woman

Selma Aissi, Amina Nasri, Samia Ben Hammouda

Service de médecine-Hôpital régional de Béja / Faculté de Médecine de Tunis,

Les tumeurs lymphocytaires de l'orbite sont relativement rares représentant moins de 5% des affections orbitaires non traumatiques. Les tumeurs malignes des voies lacrymales sont peu fréquentes. La plupart des tumeurs du sac lacrymal sont d'origine épithéliale et seulement 5-8% des tumeurs se développent à partir du système lympho-réticulaire. Dans la majorité des cas, elles apparaissent dans le cadre d'une atteinte généralisée. Les lymphomes primitifs du sac lacrymal sont exceptionnels (1). Nous rapportons un cas exceptionnel

de diplopie binoculaire révélant un lymphome lacrymal primitif bilatéral et nous en discutons les particularités cliniques, paracliniques et évolutives.

### Observation

Mme O.N., âgée de 77 ans, aux antécédents familiaux de cancer du sein et personnels de diabète, HTA et dyslipidémie. Elle a été opérée d'un glaucome chronique à angle ouvert il y a deux ans. Depuis un an, elle a présenté une diplopie binoculaire horizontale suivie par l'apparition d'une tuméfaction sous-orbitaire gauche d'aggravation progressive sans limitation de la mobilité oculaire. Un examen ophtalmologique initial a objectivé deux masses de 2 cm sous-orbitaires gauches. Une TDM orbitaire initiale a montré une augmentation du volume des glandes lacrymales, se continuant à gauche par une masse de 3 cm se développant en bas et en dedans refoulant en dedans le muscle droit externe. La biopsie de la masse lacrymale a conclu à un lymphome à petites cellules B de type MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue). La fibroscopie oesogastroduodénale et le scanner thoraco-abdomino-pelvien étaient normaux. La patiente a été mise sous corticothérapie sans amélioration et la patiente avait été perdue de vue. Elle a reconsulté 6 mois plus tard. A l'examen, elle a présenté une diplopie binoculaire avec une tuméfaction et œdème palpébral inférieur et important chémosis de l'œil gauche (Figure1-A). Le scanner orbitaire de contrôle a mis en évidence une exophtalmie bilatérale grade III, secondaire à des masses tumorales intra et extra-coniques, envahissant les muscles droits latéral, supérieur et inférieur, la paupière supérieure, le globe oculaire et le nerf optique à gauche, et le muscle latéral droit à droite (Figure2 A, B et C). L'IRM orbitaire a montré des processus expansifs bilatéraux intra et extra-coniques en hyposignal T1 et T2 avec prise de gadolinium intense, responsables d'une exophtalmie grade III à gauche et II à droite, avec envahissement à gauche du globe oculaire et du nerf optique et une extension aux parties molles jugales gauches (Figure 2 D, E et F).

L'IRM cérébrale était normale. Elle a été mise sous chimiothérapie avec le protocole CHOP (Cyclophosphamide, Hydroxyadriamycine, Oncovin, Prednisone) avec une amélioration partielle de l'état oculaire local (Figure 1-B).

### Commentaires

Nous rapportons une cause exceptionnelle de diplopie binoculaire chez une femme âgée diabétique. Les lymphomes du MALT sont des lymphomes extra-nodaux de la zone marginale, dérivant du tissu lymphoïde associé aux muqueuses. Leurs localisations au niveau lacrymal sont rares. Les lymphomes de la glande lacrymale aux dépens du système MALT ont un développement lent, progressif, peu inflammatoire et intéressent souvent la portion orbitaire et palpébrale de la glande (1). Le

caractère binoculaire de la diplopie, comme chez notre patiente, dû à une atteinte bilatérale des muscles oculomoteurs, infraclinique à droite, pourrait faire errer le diagnostic d'une cause locale tumorale. De même, les antécédents de diabète pourraient faire suspecter en premier une diplopie par ophtalmoplégie d'origine diabétique. Par ailleurs, un glaucome secondaire au lymphome lacrymal avait été exceptionnellement rapporté comme chez notre patiente qui avait été opérée d'un glaucome une année avant le début du tableau (2). Le pronostic visuel reste sombre du fait de l'atteinte bilatérale et de la non réponse à la corticothérapie chez notre patiente. L'association d'une chimiothérapie (la plus utilisée étant l'association CHOP) et d'une radiothérapie demeure la meilleure alternative thérapeutique (3).



Figure 1 : Photographie de la patiente montrant une tuméfaction et œdème palpébral inférieur et important chémosis de l'œil gauche (A) et son amélioration sous traitement (B).

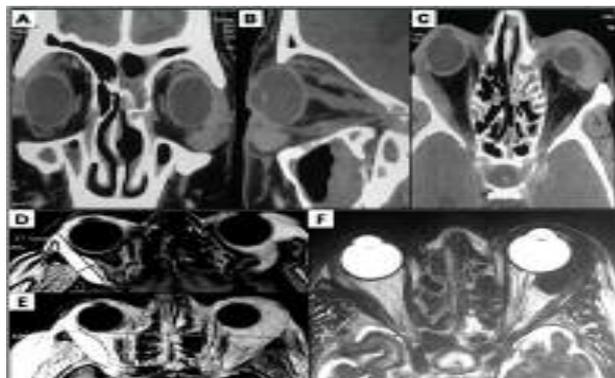


Figure 2: Imagerie orbitaire. A,B,C : Scanner orbitaire de contrôle (en coupe coronale, sagittale et axiale) montrant une exophtalmie bilatérale grade III, secondaire à des masses tumorales intra et extra-coniques, envahissant les muscles droits latéral, supérieur et inférieur, la paupière supérieure, le globe oculaire et le nerf optique à gauche, et le muscle latéral droit à droite. D,E,F : IRM orbitaire en coupe axiale, séquence T1 avec injection de gadolinium (D et E) et T2 montrant des processus expansifs bilatéraux intra et extra-coniques en hyposignal T1 et T2 avec prise de gadolinium intense, responsables d'une exophtalmie grade III à gauche et II à droite, avec envahissement à gauche du globe oculaire et du nerf optique et une extension aux parties molles jugales gauches

Notre observation illustre les difficultés diagnostiques devant une diplopie binoculaire du sujet âgé multitaré. Une biopsie orbitaire pourrait être le meilleur moyen pour étayer le diagnostic étiologique comme chez notre patiente. Le diagnostic de lymphome primitif lacrymal est à considérer devant tout tableau de diplopie même binoculaire notamment chez le sujet âgé afin d'initier un traitement étiologique précoce conditionnant le pronostic fonctionnel visuel.

### **Références**

- 1- Roussel B, Bettembourg O, Cochard C, Cochener B. MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) lymphoma of the lacrimal gland. *J Fr Ophtalmol* 2007;30:961-5.
- 2- Ozdemir G, Bakaris S. Ocular adnexal lymphoma mimicking glaucoma: a case presentation. *Can J Ophthalmol* 2010;45:296-7.
- 3- Elasri F, Iferkhas S, Souhail H, Doghmi K, Mouzari Y, Naoumi A et al. Case of a bilateral MALT lymphoma of the lacrimal sac treated medically only. *Oncologie* 2010;12:121-4.