

Cet infiltrat était à prédominance périannexielle et périvasculaire sans image de vasculite (Fig.4). Le diagnostic retenu était celui de syndrome de Sweet. Le patient était alors traité par prédnisone à la dose de 1mg/kg/j. L'évolution était favorable au bout de 12 heures avec régression de l'inflammation cutanée et fonte des œdèmes. Un début de cicatrisation était obtenu à J 8 de traitement (Fig.5) avec guérison totale au bout de 14 jours. Malgré l'absence de signes d'appel clinique, un bilan paraclinique à la recherche de pathologie inflammatoire ou de néoplasie associée au syndrome de Sweet était réalisé. Le bilan immunologique avait montré une électrophorèse des protéines plasmatiques normale, des anticorps anti-nucléaires négatifs, des anticorps anti-cytoplasme des PNN positifs à type de pANCA et un dosage du complément sérique normal. Les marqueurs tumoraux (Antigène carcino-embryonnaire (ACE) et antigène spécifique de la prostate (PSA)) étaient négatifs. La radiographie, le scanner thoracique et l'échographie abdomino-pelvienne étaient normaux.

Figure 4: HES*400: Infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire avec nombreux PNN en leucocytoclasie périvasculaire sans image de vasculite.

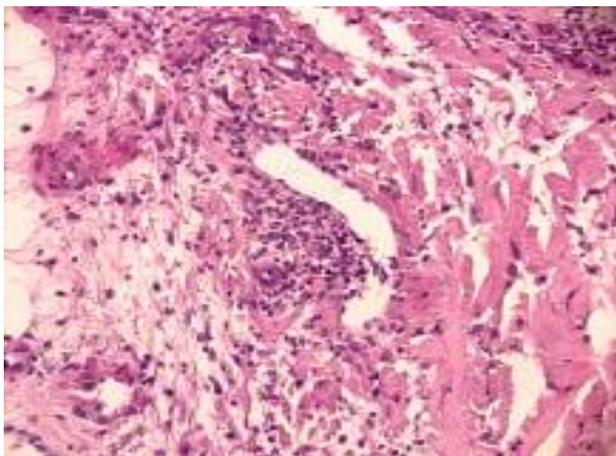


Figure 5 : Début de cicatrisation à J 8 de traitement.



Conclusion

Le syndrome de Sweet se distingue par le polymorphisme de son expression clinique et la diversité des maladies qui peuvent lui être associées. La positivité des pANCA, observée chez notre patient, a été rapportée dans la littérature au cours des dermatoses neutrophiliques, en particulier le syndrome de Sweet, ces derniers peuvent être induit par des prises médicamenteuses, ils auraient un rôle dans l'activation du polynucléaire neutrophile [3, 4]. Chez notre patient, il n'y avait pas de prise médicamenteuse pouvant induire des pANCA. Il n'avait pas non plus de signes en faveur de polyangéite microscopique ou de le syndrome de shurg strauss qui peuvent s'associer à la présence de pANCA. Nous insistons sur l'intérêt de pratiquer une biopsie cutanée devant tout érysipèle d'aspect atypique qui ne s'améliore pas sous traitement approprié.

Références

- 1- Soutou B, Vignon-Pennamen D, Chosidow O. Les dermatoses neutrophiliques. Rev Med Interne 2011;32:306-13.
- 2- Masmoudi A, Chaaben H, Hamdouni K et al. Syndrome de Sweet : Étude rétrospective de 54 cas. Presse Med 2007 ;36 :419-24
- 3- Soutou B, Vignon-Pennamen D, Chosidow O. Les dermatoses neutrophiliques. Rev Med Interne 2011;32:306-13.
- 4- Frigui M, Masmoudi A, Kaddour N, Jlidi R, Turki H, Bahloul Z. Dermatose neutrophilique associée à des anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) après prise de benzyliouracile. Ann Dermatol Venereol 2009 ;136:422-6.

Small intestinal metastases: an unusual initial manifestation of lung carcinoma

*Kwas Hamida, Zendah Ines, Ennaifer Rym, Lahmar-Boufaroua Ahlem, Neji Henda, Ghédira Habib
pavillion I Hopital Abderahman mami, Ariana*

Background

Lung cancer is a major public health problem in the world. In 40 to 50% of cases, diagnosis is done at metastatic stage. The most common metastatic sites are the other lung, liver, adrenal gland, bone, kidneys and brain. Intestinal metastases from lung carcinoma are exceptional and even more rare are their manifestation before the primary tumor (1). We report a case of small intestine metastasis with peritoneal carcinosis revealing a non-small cell lung carcinoma.

Case presentation

A 58-year-old male patient with vomiting, diarrhea, abdominal pain, anorexia and fatigue was admitted to the department of gastroenterology. He was a chronic smoker since the last 20 years. The abdominal symptoms started 2 months previously. The abdominal computerized tomography (CT) scan (Figure 1) revealed 2 mass in the small bowel with intestinal dilatation of upstream, multiples peritoneal nodules, metastatic tumors mass of adrenal glands, pancreas and abdominal skeletal muscle. The chest CT scan (Figure 2) showed a 6, 2 cm x 5, 2 cm necrosed mass at the upper left lung with bilateral pulmonary nodules and mediastinal lymphadenopathy. The brain CT scan revealed cerebral metastases. Gastroscopy was normal. Colonoscopy has been realized but exploration was difficult because

of poor preparation of digestive tract. A CT-guided biopsy of peritoneal nodules showed the presence of poorly differentiated carcinoma whose origin was the lung (Figures 3A and B). Immunohistochemical (IHC) staining revealed that the tumor cells were positive for CK7, Muc1 and TTF1 (Figure 3C). Bronchoscopy showed a tumor obstructing one of the segmental left upper lobe bronchus. Biopsy of the tumor confirmed the diagnosis of undifferentiated carcinoma of the lung. IHC was not done because the fragments were too small. Combining with the results of the peritoneal nodules biopsy, we concluded that the small bowel masses and peritoneal nodules are metastases from the primary lung carcinoma. Chemotherapy has not been possible in this patient due to a rapid deterioration of his general condition.

Figure 1: Multidetector row-CT (axial (A) and coronal (B) scans): ileal and jejunal metastasis; (C) and (D): Axial enhanced CT: bilateral retroperitoneal metastasis; (E): Axial enhanced CT: node of peritoneal carcinosis.

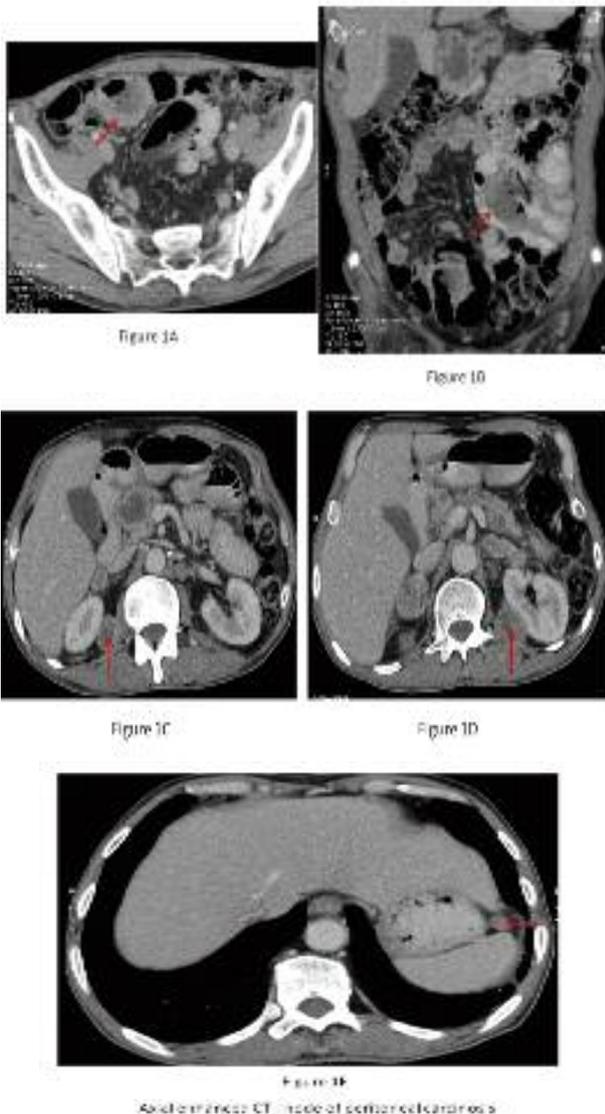
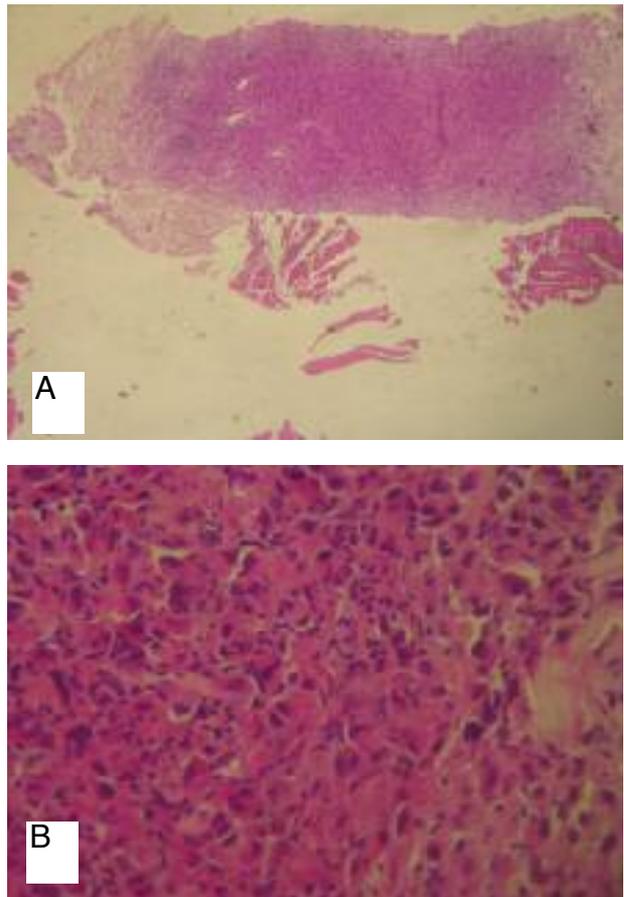
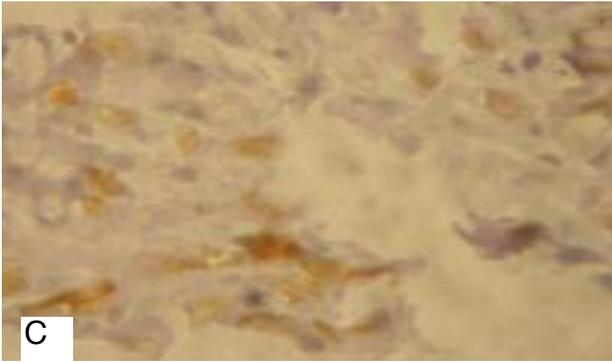


Figure 2 : An axial section of a CT scan of the chest revealed a 6, 2 cm x 5, 2 cm necrosed mass at the upper left lung.



Figure 3 : Microscopic images of retrorenal metastasis biopsy (A) hematoxylin-eosin staining x250: diffuse undifferentiated tumor cells; (B) (cartouche) hematoxylin-eosin staining x 400: medium to small atypical cells separated by scanty stroma; (C) Immunohistochemical staining: focal immunostaining for TTF-1.





Conclusion

Intestinal metastases are rare, and they exceptionally reveal lung cancer. The symptoms and endoscopic lesions are not specific, but a gastrointestinal endoscopy must be performed for any abdominal symptom. The histological examination and immunostaining are required to distinguish primary gastrointestinal carcinoma from metastasis. The prognosis of metastatic intestinal tumors from lung cancer is especially poor because patients are in the latter stages of the disease. However, a proposed surgery for symptomatic patients may provide some relief.

Reference

1. Pratto D, Resial M, Wulfson A, Gennaro M, Brarda M, Schmidt A. Jejuno-jejunal intussusceptions as presentation of a primary lung carcinoma: a case report. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012; 42: 50-2.

Fracture pathologique du col fémoral révélant une dysplasie fibreuse des os

Houzou Prénom, Oniankitan Owonayo, Tagbor Komi C. , Koffi-Tessio Viwalé ES. , Fianyo Eyram , Kakpovi Kodjo , Mijiyawa Moustafa
Service de rhumatologie, CHU-Sylvanus Olympio de Lomé, Togo

Introduction

La dysplasie fibreuse des os est une affection congénitale mais non héréditaire, où l'os normal est remplacé par un tissu pseudofibreux renfermant une ostéogenèse immature [1]. Elle représente environ 2,5% des maladies osseuses et 7% des tumeurs osseuses bénignes [2]. Affection rare, elle atteint également les deux sexes et présente plusieurs modes de révélation [1, 3]. Nous rapportons une observation de cette pathologie révélée par une fracture pathologique.

Observation

Monsieur To. T., 45 ans est un agent d'entretien indemne de tout antécédent pathologique. Son hospitalisation rhumatologique en mai 2011 a été motivée par une douleur de la racine du membre inférieur gauche évoluant depuis deux mois. Cette douleur qui était associée à une boiterie et rendait la marche très pénible, s'est exacerbée brutalement cinq jours avant l'admission. L'examen physique a mis en évidence outre un amaigrissement de quatre kilogrammes en un mois, un raccourcissement du membre inférieur gauche et une amyotrophie

de la cuisse gauche. Tous les mouvements de la coxofémorale gauche étaient douloureux et limités, de même que la palpation du grand trochanter. L'examen des autres appareils paraissait normal. La radiographie du bassin a objectivé une fracture du col fémoral gauche, associée à une ascension du grand trochanter. Il n'y avait pas d'autres lésions évidentes. Ces lésions ont été rattachées à une fracture pathologique d'origine tumorale probable. Les radiographies des autres sites (crâne, grill, costal, rachis, thorax et os longs) étaient sans particularité. L'IRM et la scintigraphie osseuse n'avaient pas été faites en raison d'insuffisance de plateau technique. Les examens biologiques réalisés notamment la vitesse de sédimentation, l'hémogramme, l'électrophorèse des protéines sériques, la créatininémie, les transaminases, la calcémie, la phosphorémie et la glycémie étaient normaux. Il en était de même de la sérologie rétrovirale, de la calciurie de la phosphaturie, et de l'antigène spécifique de la prostate. Seules les phosphatases alcalines (PAL) étaient modérément élevées (258 U/l). Une prothèse totale de hanche (PTH) a été réalisée et l'histologie de la pièce osseuse a révélé une dysplasie fibreuse. Le patient a été mis sous biphosphonate et au douzième mois, la marche était possible sans canne avec un périmètre de marche illimité.

Conclusion

La dysplasie fibreuse des os qui est une anomalie du développement du squelette, bien que longtemps asymptomatique et rare ne doit pas être ignorée dans la pratique africaine.

Références

- 1- Chapurlat RD, Meunier PJ. Fibrous dysplasia of bone. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000; 14:385-98.
- 2- Mirra JM. Bone Tumors. Lea & Febiger, Philadelphia, 1989 p191.
- 3- Maldonado I, Catalano E, Reginato AJ. Pathologic fracture of the femoral neck in a female soccer player. *J Clin Rheumatol* 2002;8:30-4.

Une infection à cytomégalovirus simulant un syndrome de chevauchement : hépatite auto-immune - cirrhose biliaire primitive.

Serghini Meriem, Labidi Asma, Khsiba Amal, Boubaker Jalel, Filali Azza,
Service de Gastro-entérologie A. Hôpital la Rabta. Tunis.
Université de Tunis El Manar

Introduction

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus strictement humain, ubiquitaire et qui peut s'exprimer à l'occasion d'une primo-infection ou d'une réactivation. L'infection à CMV peut entraîner une hépatite aiguë chez des patients adultes immunocompétents [1]. Cette affection guérit spontanément et n'évolue jamais vers la chronicité [1]. Des cas d'hépatite à CMV révélant une hépatite auto-immune ont été rapportés [2-3]. D'un autre côté, cette infection virale peut être associée à la production de certains auto-anticorps sans signification clinique [4]. Nous rapportons le cas d'une primo-infection à CMV simulant un syndrome de chevauchement : hépatite auto-immune (HAI) - cirrhose biliaire primitive (CBP).