

été admis dans le service pour exploration d'une adénopathie axillaire douloureuse droite évoluant depuis un mois. L'interrogatoire a révélé la notion d'arthralgies associées à une fièvre à 38° ayant inauguré le tableau. Le patient a reçu avant son admission un traitement par oxacilline puis par érythromycine pour le diagnostic d'une adénite non spécifique. L'évolution a été marquée, 3 semaines plus tard, par la régression des arthralgies, la persistance de l'adénopathie et par l'installation progressive de paresthésies des membres, de la langue et de la bouche et d'un engourdissement des membres inférieurs. Le tableau s'est complété par la suite par des troubles de la marche et de l'équilibre, un larmolement de l'œil droit, une anesthésie de la muqueuse buccale avec morsures fréquentes de la langue lors de la mastication et des céphalées occipitales. A l'admission, le patient était apyrétique. Il avait outre l'adénopathie axillaire de 2 cm, une marche ataxique discrètement talonnante, une danse des jambiers antérieurs sans dysmétrie et un discret déficit moteur des 4 membres. Les réflexes ostéotendineux étaient abolis et le réflexe cutané plantaire indifférent. L'examen des paires crâniennes a noté une diplopie faciale, une paralysie des 2 héli-voiles et une faiblesse bilatérale de la rotation de la tête. Il existait par ailleurs des dyskinésies de la langue, sans autres mouvements anormaux. Le patient n'avait pas de troubles respiratoires ni des anomalies de la déglutition. L'IRM cérébromédullaire était sans anomalies. L'électromyogramme (EMG) a révélé l'absence d'ondes F sur les sciatiques poplités externes et les médians avec une diminution des amplitudes sur les médians et un tracé neurogène des membres inférieurs. L'étude du liquide céphalorachidien (LCR) a montré 5 éléments blancs/mm³ et une hyperprotéinorachie à 0,88 g/L avec une glycorachie normale. Le diagnostic de syndrome de Guillain Barré (SGB) dans sa forme sensitivo-motrice a été ainsi retenu. Les sérologies du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B, de la borréliose et de la syphilis étaient négatives. La recherche du virus herpes simplex dans le liquide céphalorachidien par PCR était négative. En revanche, la sérologie de *Bartonella Henselae* était positive à l'immunofluorescence indirecte avec un taux des IgG à 1/128 et un taux des IgM à 1/48. Le patient a été mis sous vibramycine à la dose de 200 mg/j. Une ébauche d'amélioration spontanée de la symptomatologie neurologique a été constatée après 3 semaines d'évolution, mais un traitement par les immunoglobulines polyvalentes à la dose de 2g/kg a été tout de même entrepris. Une régression complète de la symptomatologie a été obtenue au bout de quelques semaines d'évolution.

Conclusions

Le SGB n'a été décrit que 2 fois au cours de la maladie des griffes de chat (MGC) et il s'agissait de 2 cas pédiatriques [1,2]. Chez notre patient, le diagnostic de MGC a été retenu devant l'association d'une lymphadénite subaiguë à une sérologie de *Bartonella Henselae* positive (IgG > 1/100 et IgM positives). Le diagnostic de SGB dans sa forme sensitivo-motrice a été retenu sur les critères diagnostiques proposés par Asbury en 1981. Par ailleurs, notre patient présentait des dyskinésies de la langue qui ne faisaient pas partie du tableau du SGB. Les mouvements involontaires d'origine infectieuse rapportés dans la littérature surviennent souvent dans un contexte d'encéphalite [3]. Notre patient n'avait pas de signes francs en faveur d'une atteinte centrale, hormis des céphalées persistantes déjà rapportées au cours

de formes pseudo-encéphaliques du SGB [4].

Notre observation illustre le polymorphisme clinique des atteintes neurologiques au cours de la MGC. Celle-ci devrait donc être recherchée devant tout tableau neurologique inexplicé survenu dans un contexte infectieux.

Références :

1. Massei F, Gori L, Taddeuci G, Macchia P, Maggioro G. Bartonella henselae infection associated with Guillain-Barre syndrome. *Pediatr Infect Dis J* 2006 ; 25:90-1.
2. Carman KB, Yimenicioglu S, Ekici A, Yakut A, Dinleyici EC. Co-existence of acute transverse myelitis and Guillain-Barré syndrome associated with Bartonella henselae infection. *Paediatr Int Child Health*. 2013;33:190-2.
3. Viallet F, Vercueil L, Gayraud D, Bonnefoi-Kyriacou B, Renie L. Mouvements anormaux secondaires (dystonies, myoclonies, tremblements, dyskinésies), *EMC-Neurologie* 2005 ; 2: 430-52.
4. Orlikowski D, Quijano-Roy S, Sivadon-Tardy V, Raphael JC, Gaillard JL. Campylobacter jejuni and cytomegalovirus (CMV) infections in patients with the Guillain-Barre syndrome. *Arch Pediatr*. 2006; 13:1561-5.

Schwannome du sein diagnostiqué sur une microbiopsie mammaire

Aïda Ayadi-Kaddour¹, Imen Helal¹, Sadiya Kechaou², Faouzi El Mezni²
 1 : Service d'anatomie pathologie - Hôpital Abderrahmen Mami - Ariana
 2 : Service d'imagerie médicale- Hôpital Abderrahmen Mami - Ariana

Le schwannome est une tumeur mésoenchymateuse bénigne dont la localisation mammaire est exceptionnelle [1]. En effet les schwannomes intra-mammaires représentent 2,6 % de tous les schwannomes et leur incidence est estimée à 0,2 % des tumeurs bénignes du sein [1]. Seuls 31 cas de schwannomes mammaires bénins ont été publiés dans la littérature jusqu'à 2012 [2-3]. Il se manifeste cliniquement par un nodule isolé indolore. L'aspect radiologique est celui d'une tumeur bénigne [2]. Le diagnostic positif est anatomopathologique. Nous rapportons un cas de schwannome mammaire diagnostiqué sur une microbiopsie mammaire et traité par exérèse chirurgicale qui a permis de confirmer le diagnostic.

Observation

Une femme âgée de 44 ans, sans antécédent pathologique notable, notamment pas de notion de cancer du sein dans la famille, a consulté pour un nodule du sein gauche évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique avait trouvé un nodule unique ferme du quadrant supéro-externe du sein gauche de 2.5 cm, mobile par rapport aux deux plans superficiel (peau) et profond (paroi thoracique). Il n'y avait pas de signes inflammatoires en regard ni d'écoulement mammelonnaire associé. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen du sein droit était sans particularité. La mammographie montrait une opacité arrondie homogène à limites nettes au niveau du prolongement axillaire gauche et profonde dans le sein. Elle faisait 2.5 cm de grand axe sans rétraction pariétale en regard et sans microcalcifications. A l'échographie, cette lésion correspondait à une formation solide de 2.3x1.8 cm très hypoéchogène suivie d'un renforcement des échos

postérieurs (figure 1). Il s'y associait des adénopathies inflammatoires centimétriques sans caractère suspect. Il s'agissait donc d'une masse solide à limites nettes, profonde, au niveau du prolongement axillaire gauche classée ACR 4. Une microbiopsie mammaire était réalisée et l'examen histologique avait montré un parenchyme mammaire siège d'une prolifération tumorale mésoenchymateuse de densité variable, composée de cellules fusiformes à limites cytoplasmiques peu nettes, munies de noyaux ovoïdes parfois finement nucléolés (figure 2).

Figure 1 : L'échographie montre une formation solide de 2,3x1,8 cm très hypoéchogène suivie d'un renforcement des échos postérieurs.

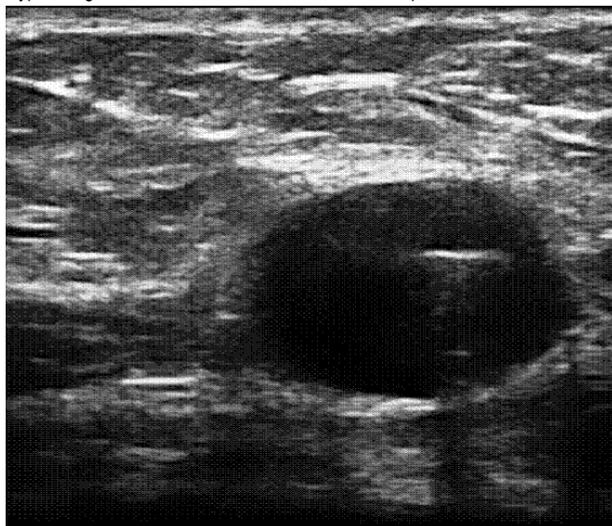
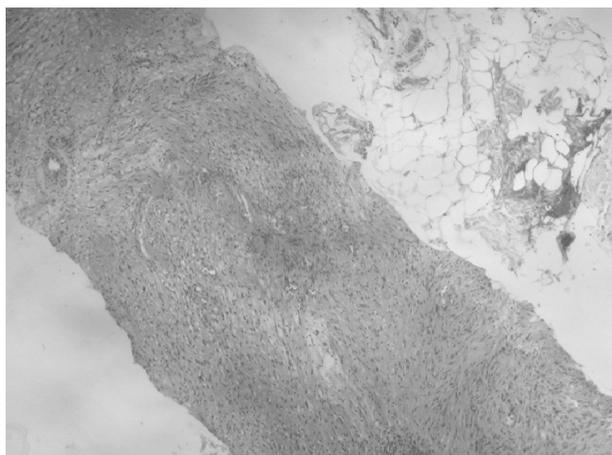
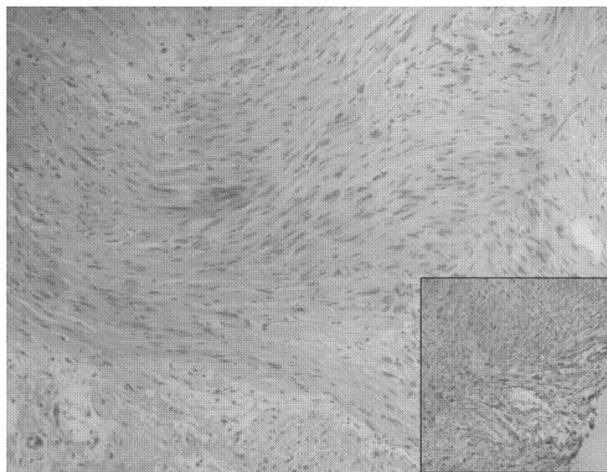


Figure 2 : Prolifération tumorale fusocellulaire sur une microbiopsie mammaire



Ces cellules étaient agencées en faisceaux courts, parfois tourbillonnants, avec une disposition palissadique des noyaux. Les noyaux étaient réguliers, parfois légèrement atypiques, sans caractère mitotique. Le stroma est par place myxoïde, richement vascularisé et ponctué de lymphocytes, sans nécrose. Une étude immunohistochimique avait montré une positivité intense et diffuse des cellules tumorales pour la vimentine et la PS 100 (figure 3).

Figure 3 : Cellules fusiformes à limites cytoplasmiques peu nettes et munies de noyaux ovoïdes réguliers avec un agencement en faisceaux. Positivité intense et diffuse des cellules tumorales pour la PS 100 en immunohistochimie (cartouche).



Le marquage était négatif pour la cytokératine, l'actine muscle lisse, le CD34, et le CD 117. Un traitement chirurgical conservateur était effectué. Macroscopiquement, il s'agissait d'un fragment fibrograisseux de 6x3x2 cm comportant un nodule bien limité de 2.5 cm de grand axe. A la coupe, il était de couleur blanc-jaunâtre. L'examen histologique confirmait le diagnostic de schwannome bénin. La patiente va bien après un recul d'environ 9 mois.

Conclusion

Le schwannome du sein est rare, révélé à la mammographie et l'échographie par une lésion nodulaire bien limitée [4]. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec les autres tumeurs bénignes du sein notamment les adénofibromes et les tumeurs phyllodes [1]. Parmi les tumeurs malignes, un carcinome médullaire peut être suspecté. Par ailleurs, le siège profond du schwannome peut susciter un problème diagnostique avec certaines lésions pariétales rétomammaires [4]. L'originalité de notre observation est illustrée par le fait que le diagnostic a été établi en préopératoire sur une microbiopsie mammaire. Comme pour les autres localisations des schwannomes, le traitement est exclusivement chirurgical. La chirurgie consiste en une exérèse large de la tumeur par une incision directe, péri aréolaire ou sous-mammaire en fonction du siège de la tumeur [5]. Après exérèse chirurgicale, aucun cas de récurrence n'a été rapporté [4-5].

Références

1. Ben Hassouna J, Ben Bachouche W, Bouzid T, Bouzaiene H, Maamouri F, Chargui R, et al. Benign schwannoma of the breast: about two cases. *Gynecol Obstet Fertilit* 2006; 34:1147-50.
2. Balci P, Pekcevik YT, Caferova S, Canda T, Sevinc A, Saydam S. A case of benign schwannoma of the breast: mammographic, ultrasonographic and color Doppler ultrasonographic findings. *Breast J* 2009; 15: 417-8.
3. Bellezza G, Lombardi T, Panzarola P, Sidoni A, Cavaliere A, Giansanti M. Schwannoma of the breast: a case report and review of the literature. *Tumori* 2007; 93: 308-11.
4. Uchida N, Yokoo H, Kuwano H. Schwannoma of the breast: report of a case. *Surg Today* 2005; 35: 238-42.
5. Casey P, Stephens M, Kirby RM. A rare cystic breast lump - schwannoma of the breast. *Breast J* 2012; 18 : 491-2.