

Appendiceal collision tumors.

Ahmed Bouhafa, Bassem Mezghani, Noomen Haoues, Meriem Belhadj Salah, Anis Ben Maamer, Nihed Abdessayed, Abderraouf Cherif

Department of surgery; Habib Thamer Hospital Tunis-Tunisia.

Collision tumor is a rare entity defined by coexistence of two separated and independent tumors located in the same site. Gastrointestinal tract locations have been frequently reported and may involve gastric, duodenal and colo-rectal parts. Collision tumors of the appendix are infrequent and unknown giving rise to difficulties in pathologic diagnosis, therapeutic management and prediction of prognosis [1,2]. We present a case of mucinous and endocrine appendiceal collision tumor.

Case report

A 40-years-old man was presented with a 3 months history of intermittent hypogastric pain. On clinical examination, there was a tenderness of the right iliac and hypogastric regions. Ultrasonography and computed tomography showed a right iliac mass with dual cystic and tissue components appended to the appendix's tip (Figure1). Laparoscopy revealed a tumor of 5 x 3 cm appended to the appendix's tip with an overlying contiguous nodule of 3 cm. There was neither carcinomatosis nor intra-abdominal metastasis. Right colectomy was made. Pathological examination showed the co-existence of 2 separate tumors: an unruptured mucocele that involve the tip and the body of the appendix and an overlying solid tumor which match respectively to a low grade mucinous neoplasm and a well differentiated endocrine carcinoma (pT3 according to TNM and European Neuroendocrine Tumor society Classifications) with no intermediate cell population (Figure 2). There was no lymphnode

Figure 1 : right iliac mass with dual cystic and tissue components appended to the appendix tip

A : Ultrasonography B : computed tomography

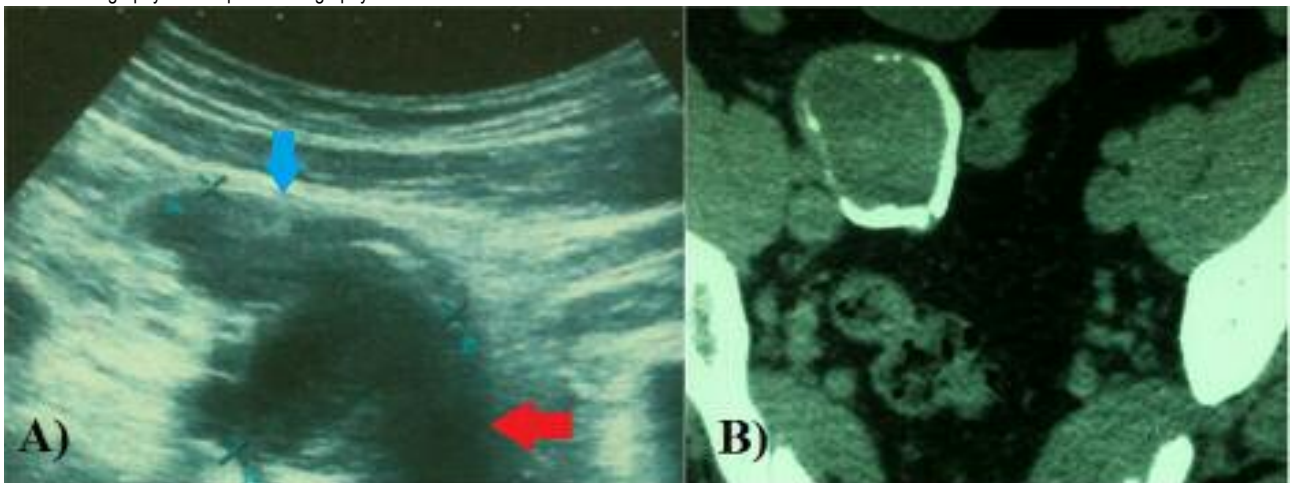
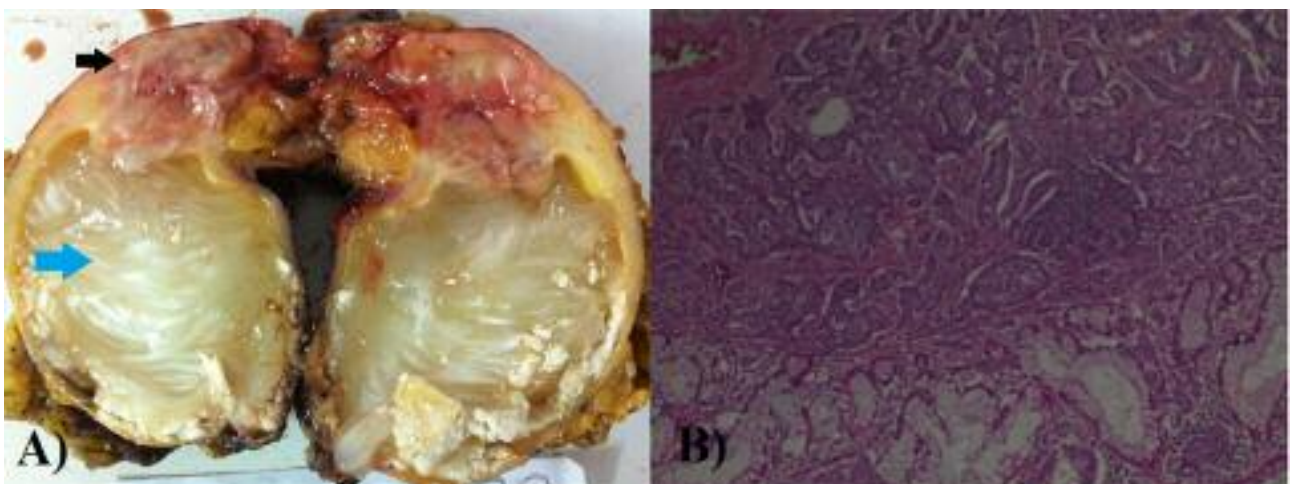


Figure 2 : A : Two separate tumors B : well differentiated endocrine carcinoma



metastasis but vascular invasion and perineural spread were detected. Proliferation index (Ki67) was estimated at 10%. The diagnosis of mucinous and neuroendocrine collision tumor of the appendix was made. Somatostatin receptor scintigraphy and gastrointestinal endoscopy were performed with normal results. Adjuvant chemotherapy on basis of capecitabine regimen was given. There was no recurrence after 10 months of monitoring.

Conclusion

We highlight the importance of a comprehensive histopathologic examination of the whole tumor specimen in order to avoid component misidentification and suboptimal treatment which must take into account the more aggressive tumor. Associated tumors such as colorectal cancer and gastroenteropancreatic endocrine tumors must be excluded. Histologic grade and mesoappendix penetration are the most important prognosis factors. The risk of recurrence is close to that of the most aggressive component generally presented by the carcinomatous one [1,2]. Additional cases of appendiceal collision tumors are probably necessary to understand all the clinical behavior and codify the management.

References

1. Naorem G. Singh, Abul Ala. S.R. Mannan, Mirza Kahvic et al. Mixed adenocarcinoma-carcinoid (collision tumor) of the appendix. *Med Princ Pract* 2011; 20: 384-6.
2. M.Barry, C.G.Collins, N.Mc Cawley et al. Synchronous appendiceal tumors. *The Surgeon* 2007; 5 (2): 111-3.

Le Kyste hydatique cérébral calcifié

Sofiène Bouali¹, Adnene Boubaker¹, Asma Bouhoula¹, Khansa Abderrahmen¹, Imed Ben Said¹, Jalel Kallel¹, Nidhameedine Kchir², Hafedh Jemel¹.

1:Service de Neurochirurgie. Institut National de Neurologie «Mongi Ben Hmida». La Rabta.

2: Service d'anatomopathologie. Hôpital La Rabta
Faculté de Tunis El Manar

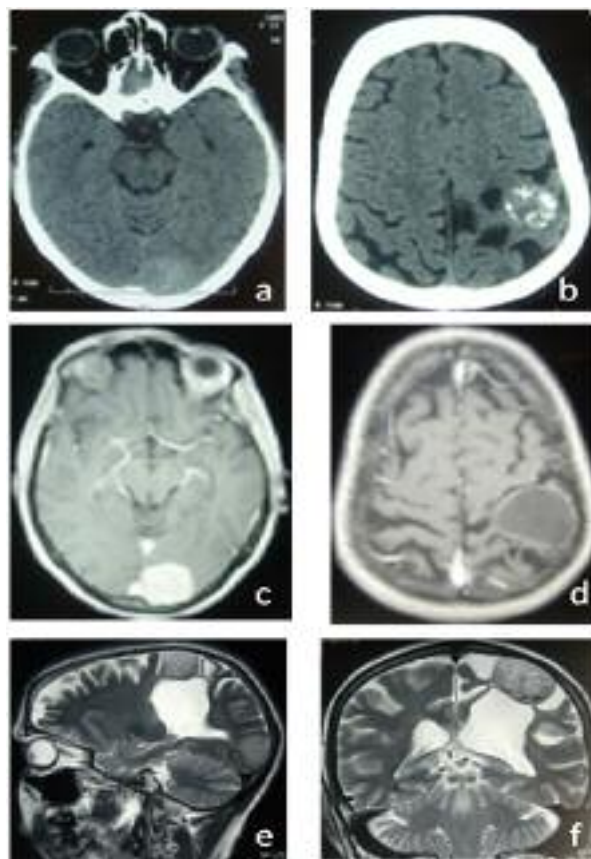
L'hydatidose est une parasitose cosmopolite due au développement chez l'homme de la forme larvaire du taenia *Echinococcus granulosus* [1-3]. Le kyste hydatique cérébral est rare (0,5 à 4,5%) [4], et dans cette localisation, la forme calcifiée est exceptionnelle et ne représente que moins de 1% de l'ensemble des kystes hydatiques cérébraux [2-4]. Le traitement du kyste hydatique cérébral calcifiée est toujours chirurgical [5]. Le but essentiel de ce travail est d'insister sur le fait que le diagnostic doit être évoqué devant une lésion même calcifiée, surtout dans les pays d'endémie hydatique. Nous rapportons l'observation d'une rare localisation d'une calcification du kyste hydatique cérébral

Observation

J.B., âgée de 51ans, est hospitalisée pour des céphalées évoluant depuis 4 ans associées à des crises BJ droites. L'examen neurologique à l'admission est strictement normal, ainsi que l'examen somatique.

Un bilan radiologique comportant une TDM (Fig. 1-a, b) et une IRM (Fig. 1-c, d, e, f) cérébrales conclu à la présence de deux lésions cérébrales de caractéristiques différentes: une lésion occipitale gauche extra axiale cadrant avec un méningiome et une deuxième lésion calcifiée rolandique gauche de 4 cm de grand axe non rehaussée par le produit de contraste. Cette seconde lésion est associée à une atrophie cortico sous corticale localisée et une dilatation et attraction du carrefour ventriculaire. Sur les séquences T2 de l'IRM, on note au centre de cette lésion rolandique une image de membrane collabée à contours festonnés caractéristique du kyste hydatique cérébral calcifié.

Figure 1 : Scanner cérébral sans injection de contraste en coupe axiale (a et b) : lésion occipitale gauche discrètement hyper dense et lésion calcifiée rolandique gauche. IRM cérébrale en coupe axiale, séquence T1 avec injection Gadolinium (c et d) : la lésion occipitale évoque un méningiome tandis que la lésion rolandique n'accuse aucun gain d'intensité après contraste coupe saggitale (e) et cronale (f) séquence T2 : on note l'aspect de membrane à contours festonnés et la rétraction du ventricule.



Les deux lésions ont été abordées durant le même temps opératoire via deux volets osseux différents avec des suites opératoires favorables (Fig. 2).

L'examen anatomopathologique confirme la nature méningée de la lésion occipitale et parasitaire de la lésion rolandique.