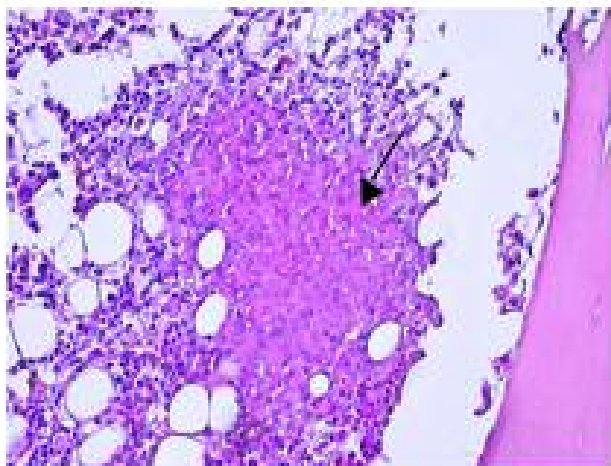


**Figure 4c :** Bone marrow biopsy showing the presence of tuberculous granulomas



### Conclusion

Thirty-seven cases of association between macrophage activation syndrome and tuberculosis were described in the literature with a mortality of 50% [1]. Tuberculosis is an uncommon but important cause of secondary MAS, accounting for about 3% of all cases [2]. It appears that tuberculosis-associated haemophagocytic syndrome carries a poor prognosis with approximately 50% mortality, but antituberculous therapy and immunomodulatory therapy may be associated with improved outcomes [3]. As tuberculosis is endemic in our region, therefore it should be considered early in the differential diagnosis of infectious etiologies associated with haemophagocytic syndrome. Early use of appropriate antituberculous treatment is important in preventing unnecessary morbidity and mortality.

### References

1. Gonzalez F, Vincent F, Cohen Y. Infection-related hemophagocytic syndrome: Aetiologies and management. *Réanimation*. 2009;18:284-90.
2. Shea YF, Chan JFW, Kwok WC and al. Haemophagocytic lymphohistiocytosis: an uncommon clinical presentation of tuberculosis. *Hong Kong Med J*. 2012;18:517-25.
3. Brastianos PK, Swanson JW, Torbenson M, Sperati J, Karakousis P. Tuberculosis-associated haemophagocytic syndrome. *Lancet Infect Dis*. 2006;6:447-54.

---

## Diagnostic et prise en charge des leiomyomes extra-utérins

Moez Kdous, Nour Elhouda Kraiem, Fethi Zhioua, Monia Ferchiou  
Service de gynécologie-obstétrique –Hôpital Aziza Othmana

Les leiomyomes utérins représentent une pathologie très fréquente et dont la physiopathologie est assez bien élucidée ainsi que la prise en charge. En revanche, les leiomyomes extra utérins, une entité nosologique assez rare et mal connue, constituent encore un sujet de controverse en ce qui concerne leur étiopathogénie, leur diagnostic ou leur prise en charge. Dans ce cadre, La leiomyomatose métastasiante bénigne (LMB) ou benign metastasizing leiomyoma

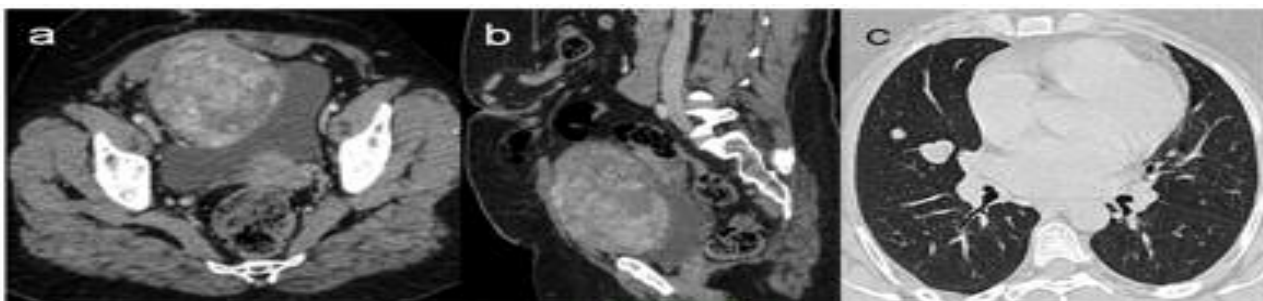
(BML) est une pathologie extrêmement rare, décrite pour la première fois par Steiner en 1939, elle se caractérise par des lésions secondaires issues d'un leiomyome bénin de l'utérus [1]. La localisation pulmonaire qui est de loin la plus fréquente, prête souvent confusion avec un cancer métastatique [2]. La LMB se traduit histologiquement par des lésions nodulaires multiples faite d'une prolifération de cellules musculaires lisses matures. Cliniquement Il s'agit de lésions rarement symptomatiques dont l'évolution est très lente. Nous rapportons un cas de LBM avec localisation simultanée préperitonéale et pulmonaire.

### Observation

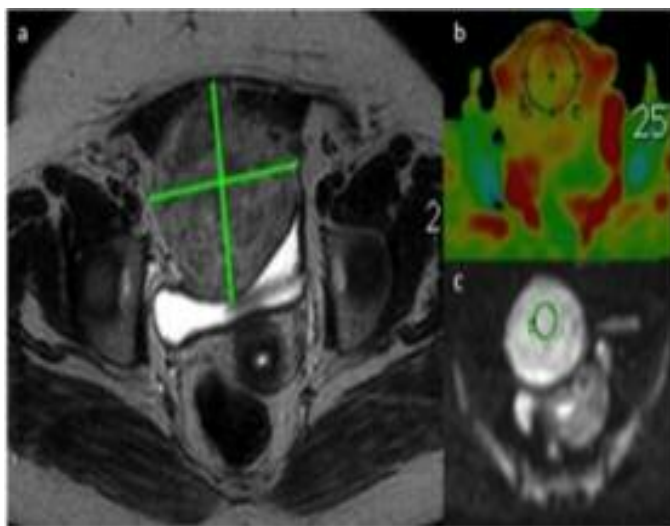
Patiente âgée de 45 ans, nullipare, nulligeste, consulte pour douleurs pelviennes avec perte de poids. Dans ses antécédents une myomectomie réalisée par laparotomie il y a 6 ans, et une notion d'infertilité de 8 ans avec stimulation pour FIV par de la FSH recombinante à 2 reprises. L'examen trouve une masse sus pubienne, ferme, de 10 cm de diamètre. L'échographie montre une formation tissulaire, ovulaire, de contours nets réguliers vascularisée au doppler couleur mesurant 11 x 8 cm située en avant de la vessie et remontant à hauteur de l'ombilic. Les ovaires sont vus et de taille et d'écho structure normale. Les marqueurs tumoraux : CA125, CA19-9, ACE et HCG étaient normaux. La TDM thoraco-abdomino pelvienne montre une tumeur située entre la face antérieure de la vessie et la paroi abdominale, étendue en bas à la symphyse pubienne, en haut à l'ombilic, hétérogène, se rehaussant de façon intense après injection du produit de contraste, avec présence de nodules pulmonaires multiples bilatéraux (Fig1).

L'IRM corps entier montre une masse préperitoneale, tissulaire, en hyposignal hétérogène T2, isosignal T1. Les séquences Diffusion à B800 mettent en évidence un hypersignal global de la masse ; alors que la cartographie ADC montre des chiffres élevés en faveur de la bénignité (Fig2). Au niveau thoracique, les nodules pulmonaires ont la même sémiologie IRM que la masse pelvienne, il n'y a pas d'adénopathies médiastinales ; la lésion la plus volumineuse mesurait 12 mm dans son plus grand diamètre (Fig 3) Une biopsie écho-guidée de la masse pelvienne met en évidence à l'histologie des fibres musculaires lisses groupées en faisceaux entrecroisés, Les facteurs de malignité (mitoses, invasion vasculaire, atypies cytonucléaire, nécrose) n'étaient pas évidents (Le dosage des récepteurs hormonaux a permis de retrouver une forte présence de récepteurs à la progestérone et aux estrogènes. L'examen endoscopique bronchique ne révèle aucune anomalie. Une biopsie pulmonaire trans-thoracique sous contrôle scannographique fut réalisée et les conclusions de l'examen histologique furent identiques à celles de la masse pelvienne. Tous ces arguments ont permis de porter le diagnostic de leiomyome métastatique bénin. La laparotomie retrouve une masse préperitonéale, totalement indépendante de l'utérus, située entre la paroi antérieure de la vessie en arrière et les muscles grand droit de l'abdomen en avant, très vascularisée et bien limitée. Une ablation de la masse associée à une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale ont été réalisés dans le même temps opératoire. L'examen anatomopathologique de la masse retrouve une tumeur solide encapsulée, blanchâtre, fasciculée. L'analyse microscopique conclut à une tumeur musculaire lisse, bien différenciée de type leiomyomateux (Actine muscle lisse + Desmine + récepteurs progestérone et

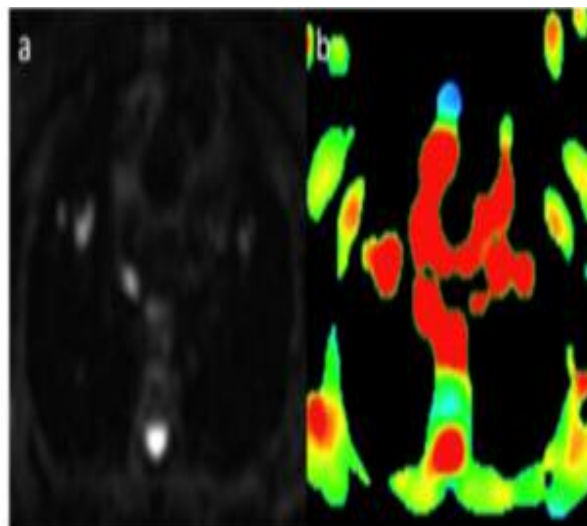
**Figure 1. TDM :** (a, b) tumeur preperitoneale extra-utérine se rehaussant de façon intense et hétérogène après injection du produit de contraste. (c) Présence de nodules pulmonaires multiples bilatéraux.



**Figure 2 : IRM :** (a) masse à développement extra utérin, hyposignal hétérogène T2. (b) séquence Diffusion: hypersignal global de la masse ; (c)Cartographie : ADC élevé en faveur de la bénignité



**Figure 3 : IRM :** (a) séquence diffusion : nodules pulmonaires bilatéraux en hypersignal, (b) Cartographie : ADC franchement élevé.



œstrogène positifs), un index de prolifération (Ki67) inférieur à 2% et un index mitotique évalué à 2/10 HPF avec incapacité d'évaluer un potentiel évolutif de cette tumeur extra-utérine. Devant cette incertitude, il a été décidé de mettre en place une surveillance (clinique + échographie + radio Thorax) semestrielle pendant 3 ans, avec une surveillance par IRM thoraco-abdomino-pelvienne annuelle pendant 3 ans. L'évolution était favorable, L'IRM réalisée à 3 ans ne montre pas de récurrence du processus tumoral avec une stabilité des lésions pulmonaires parenchymateuses.

### Conclusion

Le léiomyome bénin métastatique est une entité pathologique rare qui ne cesse de surprendre les cliniciens par le paradoxe qu'elle crée : le potentiel métastatique d'une tumeur bénigne. Les hypothèses étiopathogéniques se sont multipliées, mais restent toujours incertaines. Une meilleure connaissance de cette pathologie suggère une approche multidisciplinaire notamment génétique et immunohistochimique des cas recensés. Après revue des cas publiés

dans la littérature, notre patiente représente le premier cas de léiomyome bénin métastatique associant une localisation préperitonéale à des lésions pulmonaires multiples synchrones.

### Références

1. Moon H, Park SJ, Lee HB, Kim SR, Choe YH, Chung MJ, et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma in a postmenopausal woman. *Am J Med Sci* 2009;338:72-74.
2. Rong-juan Li, Chuan-chen Zhang, Ya Yang, Li Song, Zheng Wang, Xiang-hong Luo, Rui-juan Su. Echocardiographic Study of Intravenous Leiomyomatosis with Intracardiac Extension: Two Case Reports and Review of the Literature. *Heart Lung and Circulation* 2013; 22:690-692.