

Plasmocytome solitaire de la fosse nasale

Les plasmocytomes solitaires sont des tumeurs rares qui appartiennent au groupe des dysplasies myéloïdes de type B et se développent assez souvent au niveau des voies aéro-digestives supérieures et des os cranio-faciaux (1). Ils représentent moins de 1% des cancers de la tête et du cou et moins de 0,4% des cancers des voies aéro-digestives supérieures (2). La localisation naso-sinusienne est exceptionnelle (3).

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 66 ans sans antécédents pathologiques ayant consulté pour une obstruction nasale unilatérale gauche évoluant depuis 7 mois associée à des épisodes d'épistaxis intermittentes. L'endoscopie nasale avait révélé une formation tumorale charnue comblant la fosse nasale gauche et saignant au contact.

L'examen cervical n'a pas objectivé d'adénopathies cervicales associées. Le reste de l'examen ORL et général était sans particularités. Une tomодensitométrie (TDM) du massif facial a mis en évidence un processus expansif de la fosse nasale gauche se rehaussant modérément après injection de produit de contraste et entraînant une soufflure des parois osseuses.

La patiente a eu une tumorectomie par voie endonasale. Il s'agissait d'une tumeur très vascularisée présentant une zone d'insertion fibreuse à la jonction cloison nasale-plancher avec lyse osseuse et communication avec la fosse nasale controlatérale.

L'examen anatomopathologique a conclu à un plasmocytome de la fosse nasale gauche. Les suites opératoires étaient simples mais la patiente a été perdue de vue après l'intervention. Sept ans après, elle reconseille pour une récurrence de l'obstruction nasale gauche avec une rhinorrhée sanguinolente.

A l'endoscopie nasale, on a mis en évidence une tumeur comblant la fosse nasale gauche ayant le même aspect macroscopique décrit lors du premier épisode. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du massif facial a montré un processus expansif tissulaire comblant la fosse nasale gauche de 43 x 36 mm, étendu au sinus maxillaire homolatéral, au septum nasal et au plancher osseux de la fosse nasale avec une extension à la fosse nasale controlatérale.

Cette tumeur était en hypersignal T2 hétérogène, hyposignal T1 avec rehaussement intense après injection de Gadolinium (Figure n°1,2,3,4). Un bilan a été demandé en vue d'éliminer un myélome multiple comportant une électrophorèse des protéides, une calcémie, une recherche d'une protéinurie de Bence-Jones, des radiographies du crâne et du bassin et une IRM vertébro-médullaire.

Toutes ces explorations étaient normales. La patiente a été réopérée avec exérèse complète de la tumeur par voie de Degloving. Une confirmation anatomopathologique de la récurrence du plasmocytome a été faite. La patiente a eu une radiothérapie externe à la dose de 45 Gy avec un champ d'irradiation éthmoïdal et latéro-cervical gauche. Le contrôle endoscopique et radiologique (IRM du massif facial) post-radique n'a pas décelé de récurrence tumorale après un recul de 2 ans.

Figure 1 & 2 : IRM du massif facial en coupes axiale et coronale montrant un processus expansif tissulaire comblant la fosse nasale gauche étendu au sinus maxillaire homolatéral, au septum nasal et au plancher osseux de la fosse nasale avec extension à la fosse nasale controlatérale.

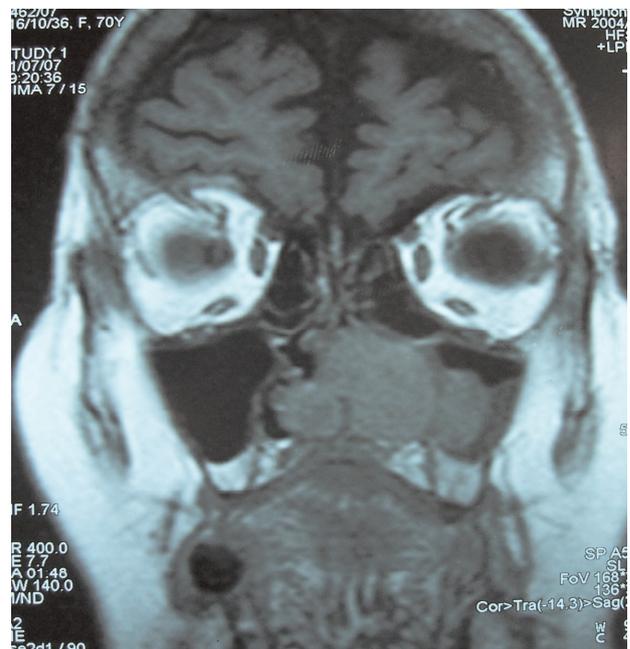
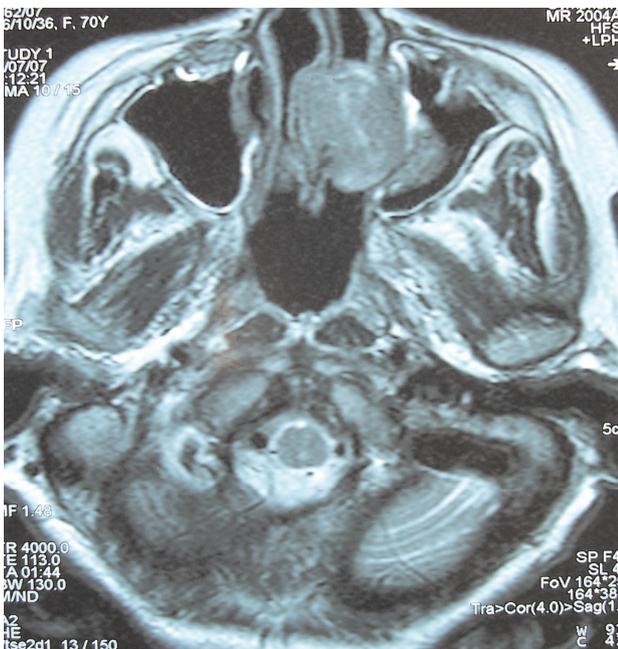
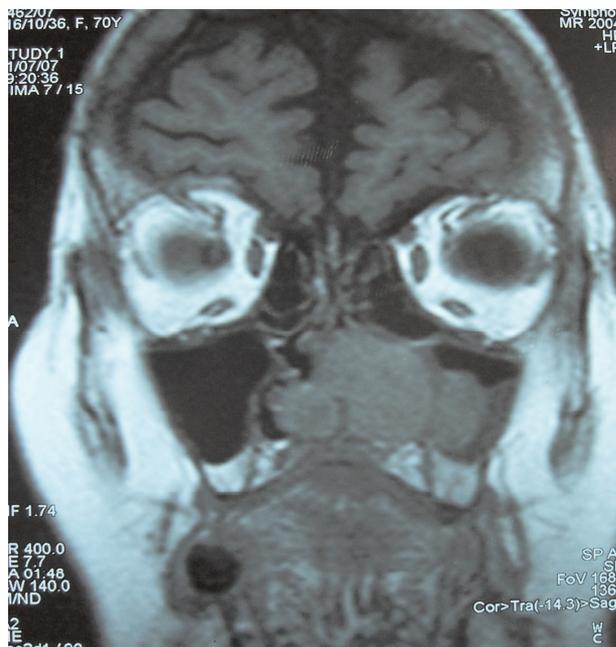
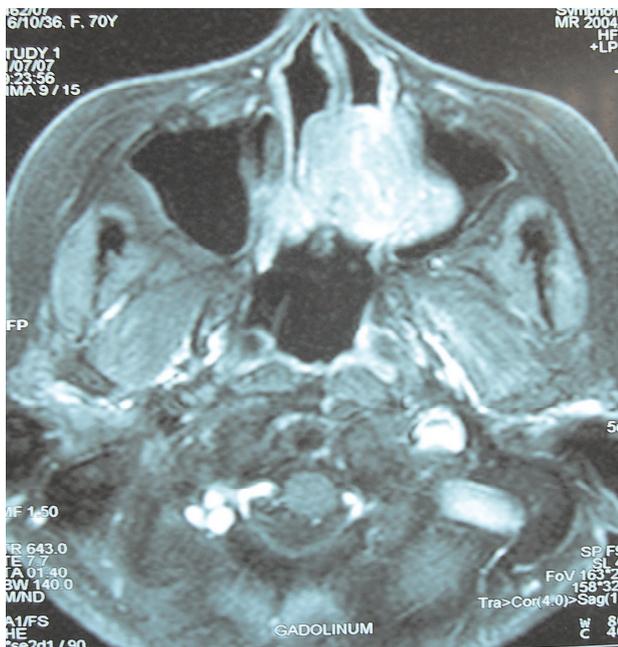


Figure 3 & 4 : IRM du massif facial en coupes axiale et coronale montrant le rehaussement intense de la masse tumorale après injection de Gadolinium



Conclusion

Le plasmocytome des fosses nasales de diagnostic essentiellement histologique, est une tumeur rare. Son traitement repose sur des compétences techniques avancées nécessitant la mise en place d'une multidisciplinarité à toutes les étapes de la prise en charge. La chirurgie complète associée à la radiothérapie postopératoire apporte la meilleure probabilité de contrôle local.

Références

1. Balayre S, Gicquel J J, Mercie M, Dighiero P. Extension orbitaire d'un plasmocytome sinusien secondairement transformé en myélome multiple. J Fr Ophthalmol 2004 ;27,1 :67-71.
2. Merrot O, Fayoux P, Maetz B, Darras J, Chevalier D. diagnostic et prise en charge du plasmocytome endonasal : à propos d'un cas. Ann Otolaryngol chir cervicofac 2002 ;119,5 :296-300.
3. Heß T, Egerer G, Kasper B, Rasul K I, Goldschmidt H, Kauffmann G W. Atypical manifestations of multiple myeloma: Radiological appearance. Eur. J. Radiol. 2006;58: 280-5.

Zainine Rim, Sahtout Samia, Mardassi Ali, Charfeddine Adel, Kharrat Salima, Trabelsi Salem, Tababi Sahbi, Beltaief Najeh, Besbes Ghazi

Service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-Faciale la RABTA

A propos d'une association rare : polyarthrite rhumatoïde, vascularite, myosite et ichtyose

La polyarthrite rhumatoïde (PR), affection souvent bénigne, constitue le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. L'apparition d'une vascularite au cours de son évolution reste rare et peut engager le pronostic vital par les atteintes ischémiques possibles (1,2). L'association à une atteinte cutanée, particulièrement à une ichtyose n'a jamais été rapportée.

Observation

Mr YJ âgé de 64 ans, est suivi pour une PR séropositive érosive évoluant depuis 10 ans mis sous léflunomide à la dose de 20mg /jour. Il a consulté pour un déficit moteur des 4 membres d'aggravation progressive avec des troubles de la déglutition et un prurit généralisé.

A l'examen clinique, le patient était subfébrile avec un état général altéré. On a noté une synovite des petites et des grosses articulations avec un flessum irréductible des coudes à 45°. Le score d'activité de la PR (DAS 28) a été estimé à 8,23.

L'examen neurologique a trouvé des réflexes ostéo-tendineux abolis sans signes extrapyramidaux, une atteinte de la sensibilité profonde et superficielle avec une hypoesthésie tactile et algique. Le testing musculaire a objectivé un déficit moteur proximal et distal des 4 membres. On a noté à l'examen cutané un purpura pétéchial des membres inférieurs et des lésions d'ichtyose acquise diffuse à tout le corps. La biologie a montré un syndrome inflammatoire avec une anémie normochrome normocytaire. L'électro-myogramme (EMG) a

objectivé une polyneuropathie sensitivo-motrice axonale sévère et asymétrique de type multinévrite prédominant au membre inférieur gauche.

Une origine iatrogène par le léflunomide de cette neuropathie a été évoquée motivant l'arrêt de ce traitement de fond. Toutefois, devant l'existence concomitante d'une ichtyose et d'une altération de l'état général, l'origine paranéoplasique a été évoquée. Un bilan exhaustif a été mené et est revenu négatif. Par ailleurs, le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré un aspect hypertrophique et hétérogène du muscle psoas droit. L'IRM pelvienne a confirmé le même résultat avec un discret hypersignal en séquence pondérée T2 du psoas droit et en séquence STIR (figure 1). S'y associe également un réhaussement du muscle psoas avec quelques zones hypo-intenses en séquence pondérée T1 et après injection de Gadolinium (figure 2). Une biopsie musculaire du psoas iliaque a conclu à une myosite inflammatoire avec un infiltrat lymphoplasmocytaire et à polynucléaires neutrophiles. Le diagnostic d'une polyarthrite compliquée d'une vascularite responsable d'une multinévrite, associée à une myosite et une ichtyose a été retenu.

Figure 1 : IRM rachis lombaire et des parties molles en coupe coronale: Aspect hypertrophié du muscle psoas droit en hypersignal T2 et en STIR avec prise de contraste

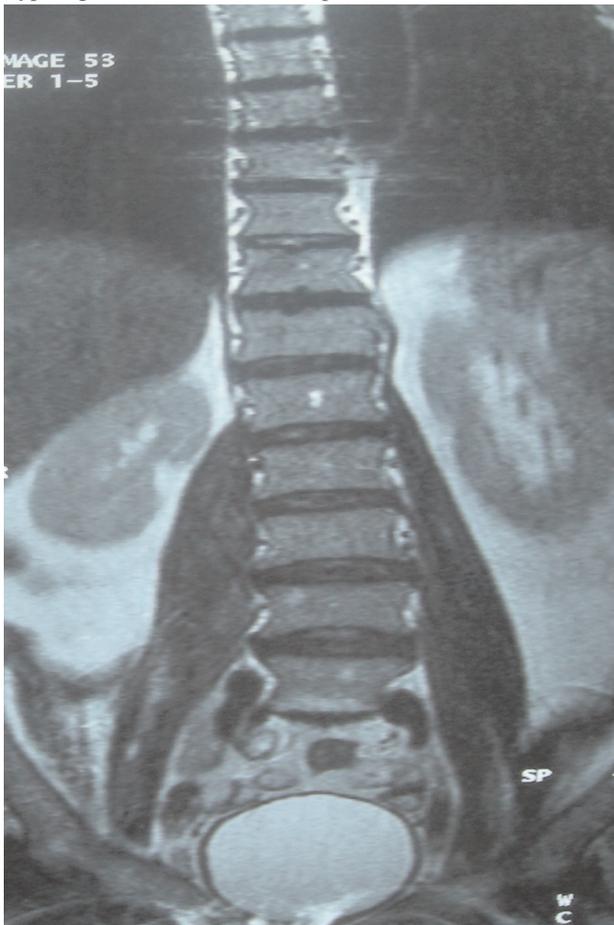
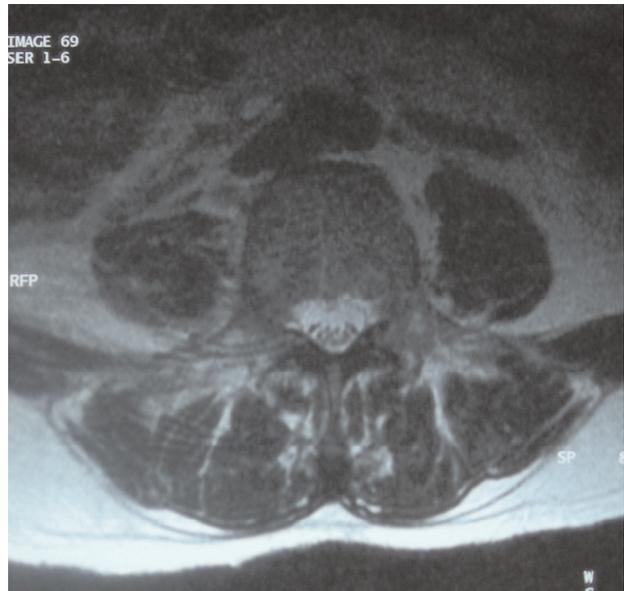


Figure 2 : IRM du rachis lombaire et des parties molles en coupe axiale: Réhaussement du muscle psoas avec quelques zones hypo-intenses en séquence pondérée T1 et après injection de Gadolinium



La décision a été de mettre le patient sous bolus de solumédrol 1g/jour, trois jours de suite, relayé par six bolus mensuels. Une corticothérapie de relais à la dose de 1mg/kg/j a été instaurée associée au méthotrexate à la dose de 15mg/semaine avec une supplémentation en vitamines E et B.

Une amélioration clinique et électro-myographique de sa neuropathie a été constatée ainsi qu'une stabilisation de sa PR avec un DAS 28 à 3,84 au bout de 3 mois de traitement. Un contrôle IRM a mis en évidence une diminution des anomalies de signal du psoas. Le recul est de 12 mois.

Conclusion

La vascularite rhumatoïde complique surtout des PR anciennes, nodulaires et destructrices. L'ichtyose réalise une manifestation cutanée exceptionnelle et l'association à une myosite inflammatoire n'a jamais été décrite à notre connaissance.

Références

- 1- Ennibi K et al. Acquired ichthyosis revealing a Hodgkin's disease. Rev Med Interne 2008; 29: 418-20
- 2- Richards BL et al. Effect of leflunomide on the peripheral nerves in rheumatoid arthritis. Intern Med J 2007; 37:101-7

Mrabet Dalila1, Rekik Sonia1, Khiari Hela2, Sahli Hela1, Azaiez Olfa3, Cheour Ilhem1, Elleuch Mohamed1, Mnif Emna3, Mokni Mourad4, Meddeb Nihel1, Sellami Slah1

1 Service de Rhumatologie. CHU La Rabta. 1006 Tunis. Tunisie

2 Service de Neurologie. CHU Charles Nicolle. 1006 Tunis. Tunisie

3 Service de Radiologie. CHU La Rabta. 1006 Tunis. Tunisie

4 Service de Dermatologie. CHU La Rabta. 1006 Tunis. Tunisie

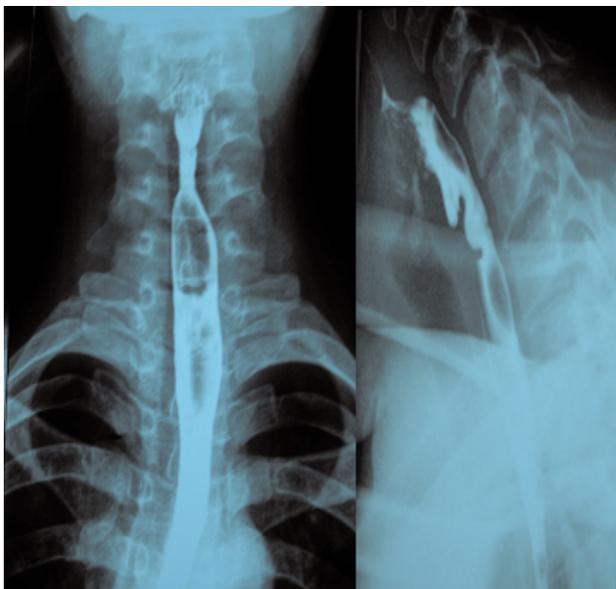
Celiac disease presenting as Plummer-Vinson syndrome

Plummer-Vinson syndrome is defined by the classical triad of dysphagia, iron-deficiency anemia and esophageal webs. Even though the syndrome is very rare nowadays, its occurrence in association with celiac disease has been reported in sporadic cases (1). The first report was published by Dickey and Mc Connell in 1999(2). We report another case in which Plummer-Vinson syndrome was associated with celiac disease.

Case report

A 28-year-old white woman was referred to our department for endoscopic dilation of upper esophageal web revealed on barium swallow (fig 1).

Figure 1 : Esophageal web



Her history note a progressive dysphagia limited to solids for 5 years. She had no other gastrointestinal symptoms. Physical examination was unremarkable except moderate pallor. Her weight and body mass index were 49 kg and 19,1 kg/m², respectively. Laboratory investigations were normal except for severe iron deficiency anemia with decreased values of hemoglobin: 7,6 g/dl (normal range:11,5-14,5 g/dl); hematocrit:25,3% (38-47%); mean corpuscular volume: 61,6 fl (85-95 fl); serum iron: 2 μ mol/l (8-30 μ mol/l); and ferritin: 1,4 ng/ml (11-306 ng/ml). Flexible endoscopy confirmed an upper esophageal web, which yielded to Savary-Gilliard dilators. Endoscopic examination of the rest of the upper gastrointestinal tract showed a mosaic appearance with loss of folds of duodenal mucosa. Biopsy specimens confirmed villous atrophy, stage 3C according to the modified MARSH classification (3), corresponding to celiac disease. Serum immunoglobulin A antitissue transglutaminase were present. No other cause of

anemia was identified. A diagnosis of Plummer-Vinson syndrome associated with celiac disease was made and the patient was put on gluten free diet. Over the next 6 months, she had complete disappearance of dysphagia, her weight increased by 10 kg and her hemoglobin improved to 12,4 g/dl.

Conclusion

This case highlights the importance of looking for correctible causes of anemia in Plummer-Vinson syndrome and emphasizes the need for screening of celiac disease. Given the risk of malignancy, endoscopic surveillance of the upper gastrointestinal tract should be recommended.

Références

1. Novacek G. Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet J of Rare Dis* 2006; 1:36.
2. Dickey W, McConnell B. Celiac disease presenting as the Paterson-Brown Kelly (Plummer-Vinson) syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:527-9.

Leila Mnif, Ali Amouri, Nabil Tahri

Department of gastroenterology, Hedi Chaker University Hospital, Sfax, Tunisia.

La maladie de Forestier

En 1970, Resnik définit l'hyperostose squelettique diffuse idiopathique (DISH) par des critères diagnostiques radiologiques précis (1). L'affection se définit comme une enthésopathie ossifiante non inflammatoire touchant les insertions tendineuses ligamentaires et capsulaires sur l'os, principalement au niveau du rachis (1,2,3). Son étiopathogénie est non encore illucidé, bien que plusieurs facteurs soient incriminés. Le tableau clinique est habituellement évocateur, quoique variable dans son intensité. Le diagnostic repose sur des critères radiologiques bien établis. Le traitement est habituellement symptomatique, médical et hygiéno-diététique.

Observation

Nous en rapportons un cas colligé au service ORL de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

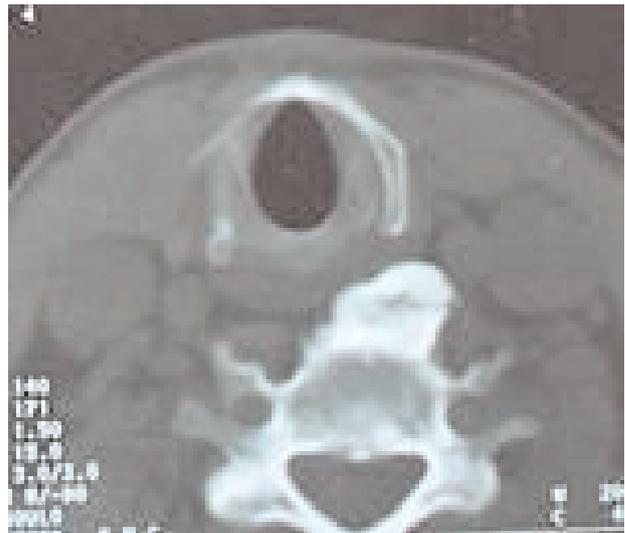
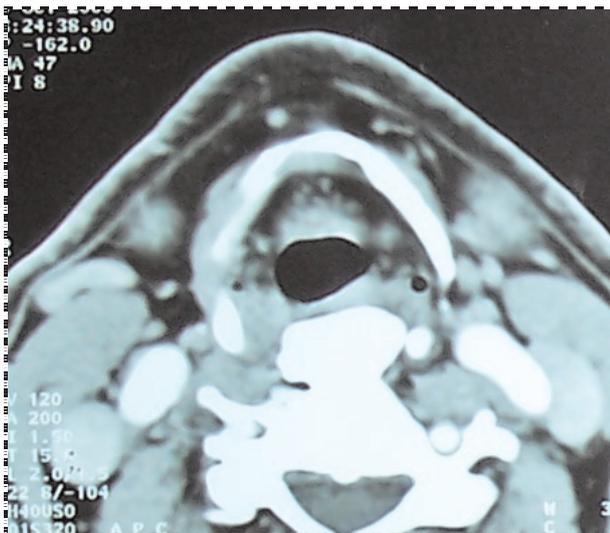
Il s'agit d'un homme âgé de 76 ans consultant pour une dysphagie haute aux solides évoluant progressivement depuis deux ans avec des fausses routes. L'examen trouve un patient bien portant en bon état général. L'examen endoscopique au nasofibroscope souple a mis en évidence un bombement de la paroi postérolatérale gauche de l'hypopharynx sans lésion muqueuse visible. L'œsophagoscopie au tube rigide a confirmé la présence d'une saillie postérolatérale régulière tapissée par une muqueuse saine et réduisant la lumière hypo-pharyngée. Cet aspect faisait évoquer un processus comprimant extrinsèque. L'œsophage exploré dans sa totalité était normal, le larynx était d'aspect et de mobilité normale. Une radiographie du rachis cervical a montré une ostéophytose vertébrale étagée avec en particulier la présence d'un ostéophyte antérieur de 3cm de long provenant de C3 (figure I).

Figure 1 : Radiographie du Rachis Cervical de Profil : Ostéophytose étagée avec notamment un ostéophyte antérieur en provenance de C3



Au transit gastro-œsophagien, il a été objectivé une compression de la paroi œsophagienne postérieure au niveau de la bouche de Killian par une coulée d'ossification prévertébrale s'étendant sur trois vertèbres continues de C3 à C5. L'examen tomodynamométrique de la région cervicale a confirmé la prolifération osseuse antérieure comprimant l'hypopharynx (figures 2).

Figure 2 : Différents niveaux de coupes axiales tomodynamométriques, en fenêtres osseuses et parenchymateuses, montrant l'ostéophytose antérieure comprimant l'hypopharynx.



Il a mis en évidence par ailleurs un clivage entre le corps vertébral et la coulée d'ossification affirmant ainsi l'atteinte ligamentaire (ligament longitudinal antérieur). Vu le faible retentissement sur l'état général ; le traitement était médical et surtout hygiénodietétique recommandant une alimentation pâteuse.

Conclusion

La maladie de Forestier reste un diagnostic d'élimination devant une dysphagie isolée et inexpliquée du sujet âgé. Elle sera affirmée sur des clichés radiologiques simples. Son traitement est avant tout médical et diététique. La chirurgie garde sa place dans des indications bien précises.

Références

1. Marrakchi M. , Turki S. , Kooli H. et Al. Hyperostose squelettique diffuse ou maladie de Forestier. J Tun ORL 1998. 1 : 40-43.

- 2. Kristensen S. , Sander K. M. , Pedersen P. R. -Cervical involvment of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with dysphagia and rhinolalia. Arch Otorhinolaryngol. 1988 ; 245 : 330 -334.
- 3. Trabelsi W. - Dysphagie sur osteophytose cervicale antérieure : à propos de 3 cas. Thèse de Médecine. Faculté de Tunis 2003.

*Sethom Anissa, Dridi Ines, Tmimi Safa, Akkari Khemaïes,
Benzarti Sonia, Miled Imed, Chebbi Med Kamel*
Service Oto-rhino-laryngologie
Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Métastase cardiaque d'un ostéosarcome du fémur

La localisation cardiaque métastatique des ostéosarcomes est rare si non exceptionnelle (1,2). Nous en rapportons un cas avec métastase à l'oreillette gauche et au ventricule gauche secondaire à un ostéosarcome du fémur chez une jeune femme de 33 ans.

Observation

Une femme de 33 ans a été admise pour une fracture pathologique médio-diaphysaire du fémur droit après un accident domestique (figure 1). Elle a eu une biopsie osseuse et une stabilisation par fixateur externe type orthofix. L'examen anatomopathologique a conclu au diagnostic d'ostéosarcome de forme commune avec envahissement des parties molles. La patiente a reçu quatre cures de chimiothérapie, puis elle est perdue de vue pendant huit mois.

Le scanner thoraco-abdominal a montré des métastases pulmonaires et hépatiques. Elle est de nouveau perdue de vue et revient quelques mois plus tard avec son fixateur externe encore en place et un état général relativement conservé. Le nouveau bilan radiologique a objectivé une extension locale et régionale de la tumeur intéressant la totalité du fémur avec extension au bassin (figure 2). La TDM thoraco-abominale a montré une métastase cardiaque de l'oreillette gauche et du ventricule gauche (figure 3 et 4).

La patiente a refusé toute mesure thérapeutique. La patiente est décédée deux mois après la découverte de cette atteinte cardiaque.

Conclusion

L'ostéosarcome est la tumeur maligne primitive la plus fréquente de l'adolescent et de l'adulte jeune. Ses métastases se font surtout aux poumons et plus rarement par le filtre pulmonaire au cœur par voie hématogène. L'atteinte cardiaque constitue une complication terminale et peut rester longtemps asymptomatique. La localisation au cœur d'une métastase d'un ostéosarcome constitue un stade évolutif avancé où le pronostic devient réservé. La chirurgie des métastases cardiaque ne modifie pas le pronostic péjoratif de cette localisation.

Figure 1 : Radio postopératoire, fracture pathologique stabilisée par Orthofix.



Figure 2 : Radio une année après la fracture, extension locorégionale de la tumeur



Figure 3 : Scanner thoracique : une année après la fracture pathologique, montrant la métastase intracardiaque.

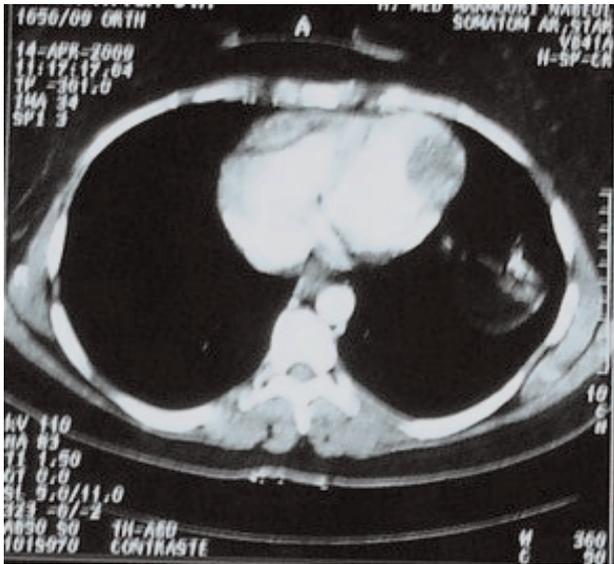
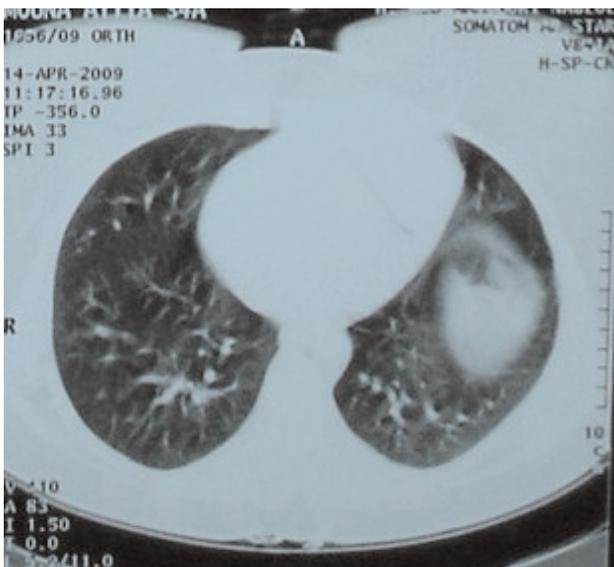


Figure 4 : Scanner thoracique, une année après la fracture pathologique montrant la métastase pulmonaire.



Références

1. James CL, Byard RW, Knight WB, Rice SP. Métastatique ostéogénique sarcome au cœur présentant comme une endocardite bactérienne. *Pathologie* 1993;25:190-2.
2. Giuliano AE, Feig S, Eilber FR. Giuliano AE, Feig S, Eilber FR. Changement de l'évolution métastatique des ostéosarcome. *Cancer* 1984;54:2160-4.

Mohamed Ali Sbaj, Nassim Ben Hmida, Salim Daas, Adel Khorbi, Mohamed Souissi, Rafik Marzouk, Messaoud Tebib.

Service d'orthopédie, hôpital Mohamed Tahar Maamouri de Nabeul.

Lymphome B à grandes cellules de localisation bulbaire primitive

Les lymphomes primitifs du grêle représentent 19 à 38% des tumeurs malignes primitives du grêle [1]. Le lymphome primitif duodénal B à grandes cellules s'observe très rarement, et la documentation ne fait état que de très peu de cas avec une localisation périampullaire prédominante (2,3). Nous rapportons, à notre connaissance, le premier cas de lymphome B à grandes cellules de localisation bulbaire primitive isolée.

Observation

Un homme âgé de 74 ans, sans antécédants pathologiques particuliers était hospitalisé pour l'exploration de douleurs de l'épigastre et de l'hypochondre droit qui évoluaient depuis 3 mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen physique à l'admission était sans particularité en dehors d'un indice de masse corporelle à 19kg / m². A la biologie, on notait un syndrome inflammatoire biologique avec une vitesse de sédimentation à 70mm à la 1ère heure, une CRP à 17mg/l ainsi qu'une anémie normochrome normocytaire à 9g/dl et une hypoalbuminémie à 25g /l. Le bilan hépatique et la fonction rénale étaient normaux. La fibroscopie œsogastroduodénale révélait un processus infiltrant et ulcéré limité au bulbe, dur à la pince à biopsies. La muqueuse gastrique et duodénale étaient normales par ailleurs. Sur les biopsies bulbaires, il existait une prolifération constituée de cellules d'allure lymphomateuse de grandes taille à noyaux pléomorphes très irréguliers (figure1). Ces cellules exprimaient en immunohistochimie le CD20, le CD79a (figure2), mais n'exprimaient pas le CD5, le CD10, le CD3, la chromogranine et la cytokeratine. Les biopsies duodénales réalisées au-delà du bulbe et les biopsies gastriques ne montraient pas de prolifération lymphomateuse. L'examen anatomo-pathologique permettait de retenir le diagnostic de lymphome B à grandes cellules du bulbe. Dans le cadre du bilan d'extension de cette néoplasie, la tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM) montrait un kyste hydatique calcifié type V du segment IV, une masse de 14 cm du foie droit de réhaussement hétérogène au temps tardif (figure3) ainsi que de multiples adénopathies intra abdominales et médiastinales.

Figure 1 : Prolifération d'allure lymphomateuse à grandes cellules de la muqueuse bulbaire (hématoxiline éosine x250)

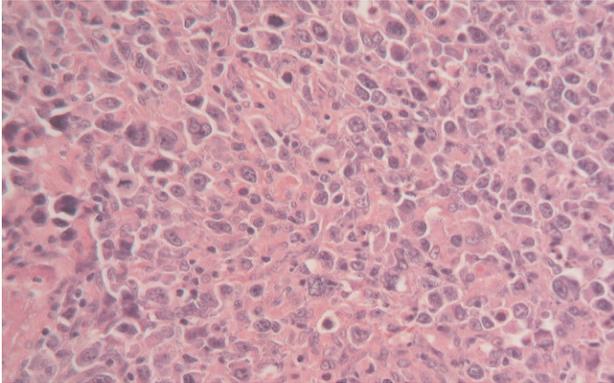


Figure 2 : En immunohistochimie: infiltrat lymphocytaire de type B CD79a+ (x400)

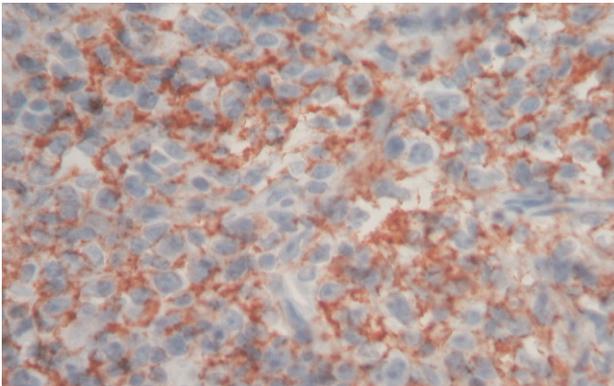


Figure 3 : TDM abdominale : Masse hépatique infiltrante prenant les segments V, VI, VII et VIII



La biopsie percutanée de la masse hépatique retrouvait l'infiltration du foie par le même lymphome B à grandes cellules. la coloscopie avec iléoscopie, l'entéroscanner, la nasofibroscope étaient sans anomalies. La biopsie médullaire montrait par contre une infiltration de la moelle osseuse à 80%. Le taux sérique des lactico-déshydrogénases (LDH) était élevé à 4671 UI/l (N : 125-243). Le diagnostic d'un lymphome B à grandes cellules du bulbe au stade IV de la classification d'Ann-Arbor modifiée par Musshoff était retenu et une chimiothérapie (CHOP) à base de cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone était conduite. Après 6 cures, une rémission clinique complète était constatée avec cicatrisation des lésions endoscopiques du bulbe, régression de la prolifération lymphomateuse sur les biopsies bulbaires et médullaire, régression des adénopathies profondes et de la lésion hépatique, normalisation du taux sérique des LDH. Une surveillance trimestrielle était préconisée et le patient restait en rémission après un recul de 12 mois.

Références

1. Dragoș B, Bauer P, Radaszkiewicz T. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas. A retrospective clinicopathologic study of 150 cases. *Cancer* 1985;55: 1060-73.
2. Kohno S, Ohshima K, Yoneda S, Kodama T, Shirakusa T, Kikuchi M. Clinicopathological analysis of 143 primary malignant lymphomas in the small and large intestines based on the new WHO classification. *Histopathology* 2003; 43:135-1434.
3. Kondo N, Furuya H, Yamamoto S, Nakano A, Sakashita Y. Diffuse large B-cell lymphoma in the ampulla of Vater causing obstructive jaundice: report of a case. *Surg Today* 2008;38:76-80.

Yosra Said 1, Leila Abbès1, Senda Trabelsi 1, Nadia Kourda2, Radhouane Debbeche1, Slim Bouzaidi1, Taoufik Najjar1.

Service de Gastro-entérologie(1) Service d'anatomie pathologique(2). Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie

Artère pulmonaire gauche aberrante simulant un asthme

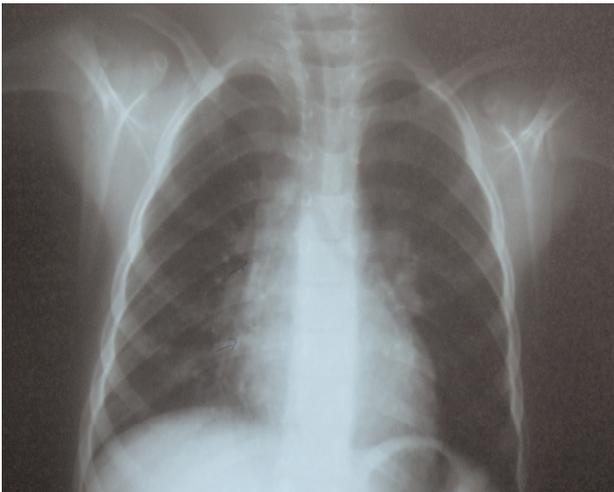
Les anomalies vasculaires constituent une cause rare de râles sibilants chez le nourrisson. Parmi, ces anomalies l'artère pulmonaire gauche aberrante peut simuler un tableau d'asthme et doit être recherchée systématiquement par la radiographie thoracique et mieux par l'Angioscanner ou l'Angio IRM, surtout en l'absence de réversibilité aux bêta-2-mimétiques.

Observation

Notre patiente est une fillette âgée de 9 ans, suivie régulièrement depuis 5 ans, en ambulatoire, pour « asthme » traitée par Salméterol-Fluticasone (SERETIDE®) 100 µg/jour par voie inhalée et des Béta 2 mimétiques à la demande. En mars 2006, elle fût hospitalisée pour dyspnée aigüe ; l'examen physique trouve une patiente, subfébrile, angoissée et polypnéique (la fréquence respiratoire est à 30 cycles/ minute). Sa dyspnée est essentiellement expiratoire avec quelques signes

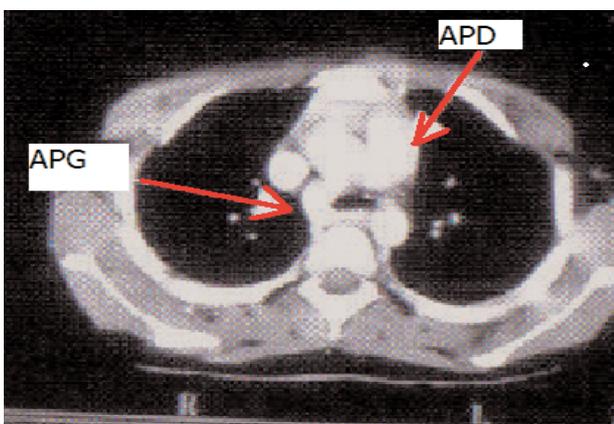
de lutte. La saturation périphérique en oxygène (SPO2) est à 92%. L'auscultation cardiaque montre des bruits du cœur rapides et réguliers sans souffle. A l'auscultation pulmonaire, on retrouve des râles sibilants diffus aux deux champs pulmonaires. La radiographie du thorax (Fig. 1) montre une distension thoracique du poumon gauche, une légère rétraction du médiastin vers la droite avec discrète atélectasie du lobe moyen droit, on ne retrouve pas de foyer de pneumopathie. La taille du cœur est normale et la silhouette cardiaque présente une saillie de l'arc supérieur droit faisant évoquer la possibilité d'une malformation vasculaire. L'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque sont revenus normaux.

Figure 1 : Radiographie du thorax montrant un débord droit



L'angioscanner thoracique (fig. 2) montre une artère pulmonaire gauche à trajet aberrant ; elle prend naissance au niveau de l'artère pulmonaire droite, en avant de la bronche principale droite, ensuite, elle passe en arrière de la trachée réalisant une cravate de la bronche principale droite et de la trachée. Elle exerce une compression sur la partie distale de la trachée ce qui pourrait expliquer la symptomatologie clinique.

Figure 2 : Angioscanner montrant l'artère pulmonaire gauche (APG) à trajet aberrant et l'artère pulmonaire droite (APD)



Un traitement chirurgical a été proposé et il a consisté à une réimplantation de l'artère pulmonaire gauche sur la face antérieure du tronc de l'artère pulmonaire. Les suites opératoires étaient simples.

Après un recul de deux ans, sur le plan clinique, elle demeure toujours asymptomatique et aux épreuves fonctionnelles respiratoires, elle a des valeurs normales.

Conclusion

L'artère pulmonaire gauche aberrante est une malformation vasculaire rare pouvant être à l'origine d'un tableau clinique simulant un asthme authentique d'où le risque de la méconnaître. Seule, une recherche systématique et l'analyse minutieuse des différents examens complémentaires, notamment la radiographie thoracique, peuvent garantir un diagnostic précoce et ainsi un meilleur pronostic.

Abdeddayem Haggui 1, Abdelmajid Sakhri2, Nadhem Hajlaoui, Dakher Lahidheb 1, Mondher Belhaj 3, Habib Haouala1,

(1) Service de cardiologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

(2) Service de Pneumologie, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie

(3) Service d'anesthésie réanimation, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

Lithiase parotidienne

La lithiase salivaire est définie par l'obstruction d'une glande salivaire ou de son canal excréteur par la formation d'un calcul calcique, entraînant une ectasie salivaire et une dilatation de la glande salivaire en amont de l'obstacle. Il s'agit d'une pathologie fréquente puisqu'elle touche plus de 1 % de la population (1, 2). La sialolithiase représente plus de 30% des pathologies des glandes salivaires mais l'atteinte parotidienne est plus rare (4 à 10% des cas) 1. Elle atteint généralement les sujets âgés de 40 ans et de sexe masculin (3).

Le maître symptôme de la lithiase parotidienne est le syndrome de rétention salivaire qui associe hernie et colique salivaire avec des douleurs de la glande parotide en début de repas. Ailleurs, la pathologie lithiasique peut se révéler par des épisodes infectieux à type de parotidite subaiguë récidivante, après une phase de latence qui peut être longue. Le bilan paraclinique est indispensable pour mettre en évidence le calcul, signant ainsi le diagnostic et éliminant les autres diagnostics : syndrome de rétention salivaire sans lithiase, ou calcification salivaire sans syndrome rétentionnel. Il comprend les clichés sans préparation, l'échographie et le scanner.

Nous rapportons 5 observations de parotidite lithiasique, colligés au service ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Charles Nicole sur une période de 5 ans.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 5 patients présentant une parotidite lithiasique colligé au service ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Charles Nicole sur une période de 5 ans (2005-2009). Tous les patients ont bénéficié d'une exploration radiologique diagnostique. Un traitement médical a été instauré chez tous nos patients.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 56,8 ans (44 à 78 ans). Dans ce travail nous avons relevé une légère prédominance féminine : 3 femmes et 2 hommes.

Des antécédents médicaux à type d'hypercholestérolémie (2 cas) ou d'hypertension artérielle (1cas) ont été retrouvés chez 3 de nos patients. Un autre patient a eu une cholécystectomie pour une lithiasie vésiculaire, il présentait un bilan phosphocalcique et une parathormonémie normaux.

Tous nos patients présentaient une hernie et une colique salivaire qui évoluait depuis quelques jours à quelques années. Tous nos patients se sont présentés avec une tuméfaction de la

région parotidienne douloureuse évoluant depuis quelques jours et deux d'entre eux étaient fébriles. La localisation était droite dans 2 cas et gauche dans 3 cas.

A l'examen, on a retrouvé une tuméfaction inflammatoire de 5 cm de grand axe en moyenne (3 à 8 cm) de consistance dure, fixe par rapport au plan profond sans fistulisation cutanée chez tous nos patients. Un trismus était noté dans 1 cas. L'orifice de Sténon était inflammatoire avec issue de sécrétions purulentes dans tous les cas. On n'a pas noté de bombement parapharyngé ni de paralysie faciale ni d'adénopathie cervicale dans notre série. Le bilan biologique a retrouvé un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose et une CRP élevée dans 100% des cas.

Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie cervicale (Fig1) qui a retrouvé une glande parotide augmentée de volume, hétérogène avec calculs intracanaux et un Sténon dilaté dans tous les cas. La taille des calculs a pu être mesurée dans 3 cas révélant une moyenne de 5,5 mm (3 à 7,7 mm). On a retrouvé dans 2 cas une infiltration des tissus mous et dans un autre cas une parotidite lithiasique bilatérale.

Figure 1 : Echographie parotidienne gauche. A : Parotide augmentée de volume. B : Importante dilatation canalaire. C : Flèche : Calcul intracanaux faisant 3,2 cm.

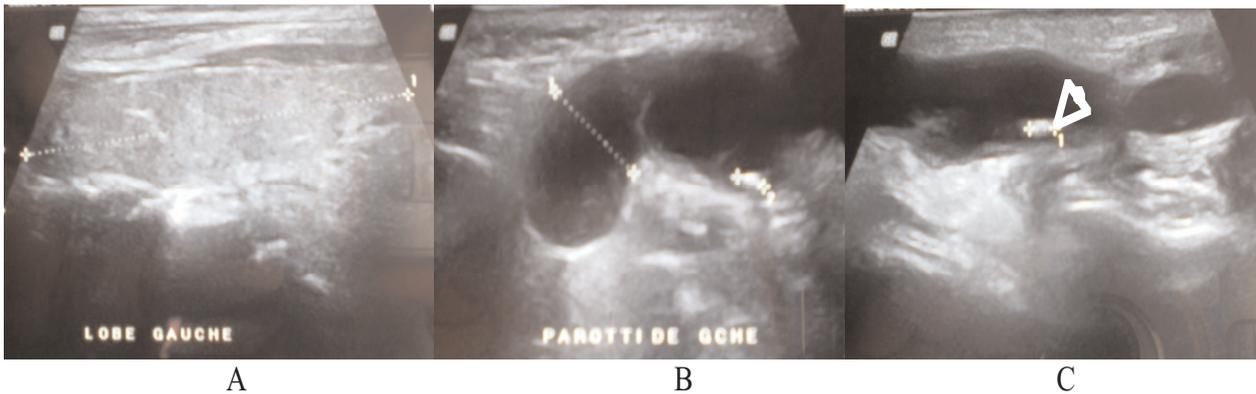


Figure 2 : TDM en coupe axiale (A) et frontale (B) montrant une importante augmentation du volume de la glande parotidienne gauche. Dilatation du canal de Sténon qui est le siège en aval d'un calcul hyperdense au niveau de sa partie distale.

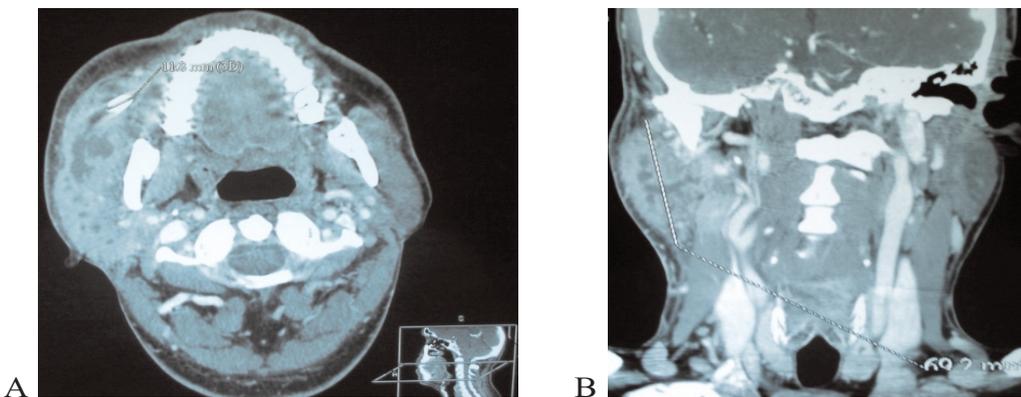
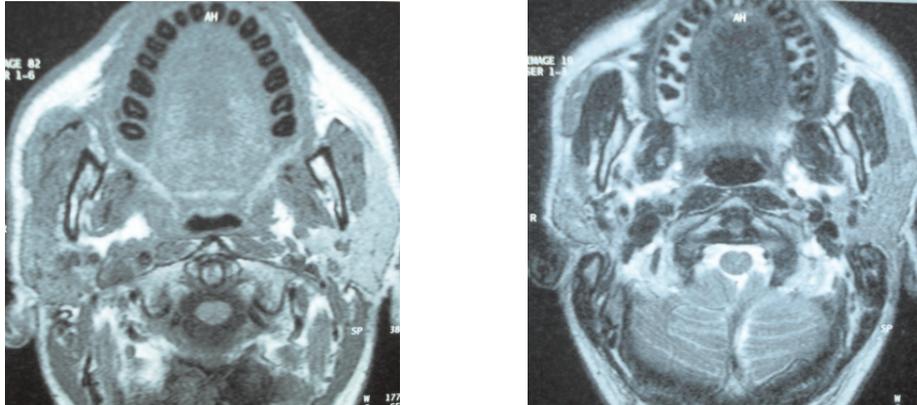


Figure 3 : IRM coupe axiale : Glande parotidienne droite augmentée de volume, hypo T1 se rehaussant de façon hétérogène après injection de gado, siège de microkystes qui correspondent au canalicules intraglandulaires dilatés .



Quatre patients ont eu une TDM parotidienne (Fig 2) qui a montré une lithiasie avec dilatation canalaire, une infiltration massétérienne dans 2 cas et une concrétion intracanaulaire bilatérale dans 1 cas. L'IRM a été faite dans un cas (Fig 3) objectivant une parotide augmentée de taille siège de multiples microkystes canaliculaires intraglandulaires avec présence d'un calcul dans la portion extraglandulaire du sténon et dilatation régulière en amont.

Tous nos patients ont eu une bi-antibiothérapie à base d'Acide clavulanique 6g/j et de Métronidazole 1,5g/j par voie veineuse. Un patient a eu une mise à plat d'une collection parotidienne par voie endobuccale avec évacuation d'une grande quantité de pus entraînant une nette amélioration clinique. Une expulsion spontanée a été notée chez les 4 autres patients. L'évolution s'est faite dans tous les cas vers l'amélioration clinique (disparition des douleurs et de la fièvre) et la normalisation biologique. Le suivi moyen chez nos patients était de 19 mois. Une récurrence a été notée chez un patient après 1 an de suivi. La patiente était âgée de 78 ans et présentait une parotidite multi lithiasique bilatérale, récidivante malgré les différents traitements prescrits. Vu l'âge avancé et l'atteinte bilatérale on a opté pour l'abstention et la surveillance.

Conclusion

Les lithiasies parotidiennes se distinguent des autres lithiasies salivaires par leur moindre prévalence et par le caractère souvent unique et petit du calcul.

La pathologie lithiasique parotidienne se révèle soit par des signes d'obstacle mécanique, soit par des épisodes infectieux à type de parotidite subaiguë récidivante, après une phase de latence qui peut être longue. La parotidite constitue l'aboutissement de cette infection par voie ascendante. Souvent révélatrice, elle doit inciter à rechercher une lithiasie sous-jacente chez le sujet non débilisé, a fortiori en cas de répétition des épisodes infectieux.

Les lithiasies sont rarement palpables et leur faible densité rend leur diagnostic difficile sur les clichés standards. L'échographie et la TDM, restent les examens complémentaires les plus

indiqués. Dans le cas de calculs de petites tailles, le traitement médical garde son intérêt mais la thérapeutique repose essentiellement sur l'expulsion spontanée ou l'exérèse chirurgicale du calcul.

Références

- 1- Daniel Torres Lagares and al. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11: E80-4.
- 2- James P S Thomson. Parotid Duct Calculus. Proc roy. Soc. Med. Volume 66 April 1973.
- 3- Lustran J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis: a survey on 245 patients and review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg 1990; 19: 135-8.

Kaffel Nadia, Selmi Ziad, Marrakchi Jihene, Lahiani Rim, Ben Salah Mammia, Hajri Hela, Ferjaoui Mohamed

Service ORL – Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Tuberculose du Coude : Problème diagnostique d'une localisation rare

La tuberculose ostéo-articulaire représente 2 à 5 % de l'ensemble des tuberculoses et 11 à 15 % des tuberculoses extra pulmonaires [1]. Les membres sont atteints dans un tiers des cas et la localisation au coude se voit dans 1 à 5 % des cas représentant l'atteinte la plus fréquente au niveau du membre supérieur [2]. L'origine tuberculeuse est suspectée devant une mono arthrite d'évolution insidieuse notamment en présence de facteurs de risque [2]. L'imagerie notamment l'IRM peut évoquer l'origine infectieuse devant l'importance de l'atteinte synoviale et la tuberculose devant le type de signal de cette synovite. Cependant, elle reste non spécifique et d'autres diagnostics doivent être discutés telle que la synovite villonodulaire. Le diagnostic est confirmé par l'étude bactériologique et histologique du produit de ponction biopsie.

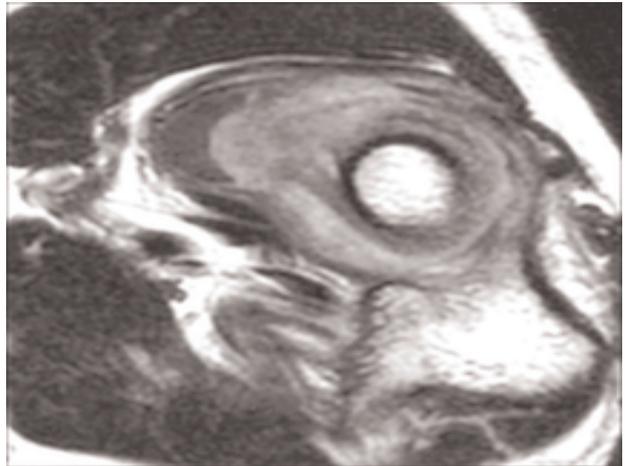
Observation

Une femme de 34 ans, sans antécédents pathologiques, présentant une douleur du coude droit ayant augmenté progressivement d'intensité sur deux ans. L'examen clinique a trouvé une raideur du coude (flexion-extension à 0/80/100 et pronation-supination à 70/100) avec une tuméfaction modérée sans signes inflammatoires locaux. Le bilan biologique a révélé une vitesse de sédimentation très accélérée à 114 mm la première heure. La radiographie standard du coude a montré des signes d'épanchement intra-articulaire sans anomalie osseuse ni des interlignes articulaires. L'échographie a confirmé l'épanchement intra articulaire qui était échogène hétérogène. Le scanner a retrouvé l'épanchement intra-articulaire de grande abondance avec un contenu dense par endroit sans anomalie osseuse associée. La scintigraphie a mis en évidence un foyer d'hyperfixation au niveau du coude avec un reste de squelette de fixation normale. Une IRM (Fig. 1 et 2) a objectivé un important épaissement synovial irrégulier rehaussé fortement par le gadolinium, un épanchement articulaire abondant hétérogène avec des zones en hyposignal T1 et T2 non rehaussées par le contraste, un pincement articulaire avec un cartilage aminci notamment huméro-cubital et un hypersignal T2 de l'os régional évoquant un œdème médullaire. Une pathologie synoviale a été ainsi évoquée et une biopsie synoviale a été programmée. Au décours de cette présentation clinique et radiologique, la patiente a développé des manifestations respiratoires et le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été posé sur des arguments radiologiques et bactériologiques. L'évolution favorable de l'ostéo-arthrite sous traitement, antituberculeux a permis de retenir l'origine tuberculeuse.

Figure 1 : IRM en SpT1 après saturation du signal de la graisse et injection de gadolinium dans les plans axial (a) et coronal (b): synoviale épaisse et irrégulière fortement rehaussée par le produit de contraste.



Figure 2 : IRM en SpT2 dans le plan axial : épanchement intra-articulaire renfermant des débris en hyposignal caractéristiques du caséum.

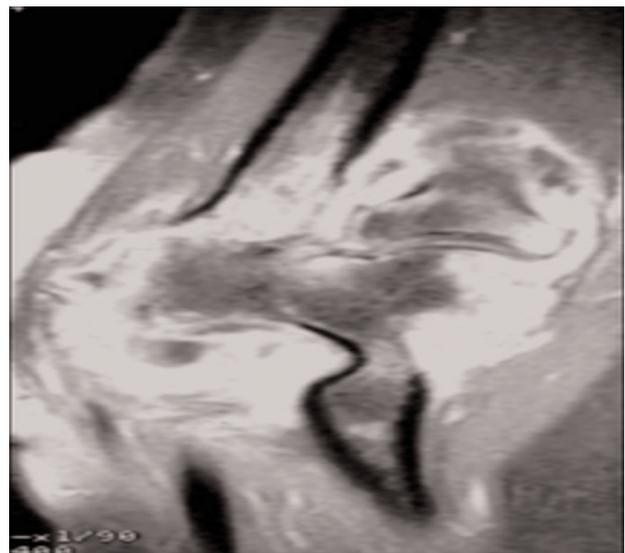


Références

1. Pertuiset E. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Appareil locomoteur, 14-185-A-10, 2004.
2. Domingo A, Nomdedeu M, Tomás X, García S. Elbow tuberculosis: an unusual location and diagnostic problem. Arch Orthop Trauma Surg. 2005 Feb;125(1):56-8.

*Fatma Elouni **, *Mehdi Gaha **, *Nadia Mama **, *Jalel Dahmene ***, *Kalthoum Tlili **

*Services d'imagerie médicale * et d'orthopédie ** – CHU Sahloul – Sousse – TUNISIE*



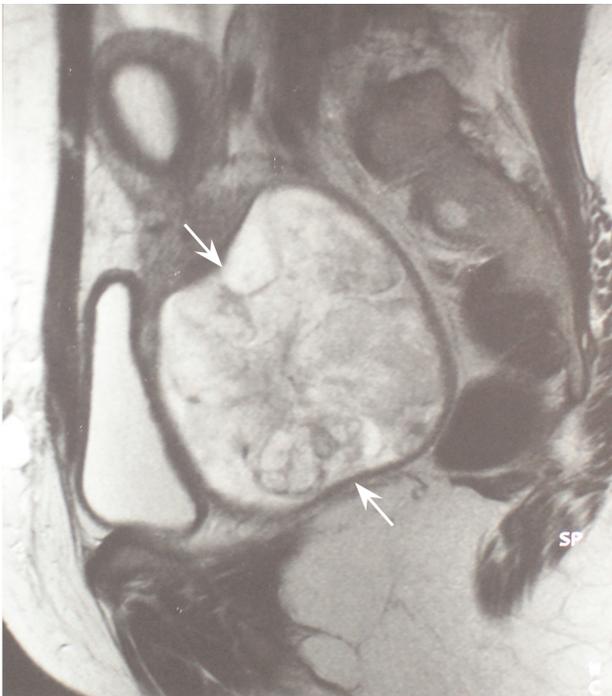
Sarcome Botryoïde du Col Utérin

Le rhabdomyosarcome (RMS) est une tumeur mésoenchymateuse maligne. Dans sa localisation cervicale, c'est une tumeur rare de la jeune fille et de la femme en activité génitale qui se manifeste le plus souvent par des hémorragies génitales. L'aspect macroscopique est celui d'une tumeur polypoïde appendue au col utérin. Le traitement repose sur l'association d'une chirurgie parfois limitée à une simple conisation à une chimiothérapie pré ou post opératoire. Le pronostic habituellement sombre a bénéficié des progrès accomplis dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques, améliorant ainsi nettement la survie de ces patientes [1, 2]. Nous rapportons un nouveau cas de localisation cervicale primitive d'un sarcome botryoïde du col utérin.

Observation

Une jeune fille âgée de 20 ans, a été admise pour rétention urinaire aigue. L'interrogatoire a révélé par ailleurs la notion de métrorragies évoluant depuis deux mois. L'examen abdominal était sans particularités, mais le toucher rectal a trouvé une masse rénitente de 10 cm de diamètre, bombant dans la face antérieure du rectum. L'examen gynécologique n'a pas pu être réalisé, la patiente étant vierge. L'échographie pelvienne a montré une masse hétérogène de 8 cm de diamètre siégeant au niveau du vagin. L'utérus était de taille et d'aspect normal. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la région pelvienne a conclu à une masse vaginale charnue bien limitée refoulant la vessie en avant, comprimant le rectum en arrière et les uretères latéralement sans signes d'extension (figure 1).

Figure 1: imagerie par résonance magnétique : masse vaginale charnue



Une exploration chirurgicale a été décidée et l'examen gynécologique sous anesthésie générale, après défloration de l'hymen, a révélé une tumeur appendue au col utérin de 8 cm de diamètre d'aspect friable et vésiculaire. Une tumorectomie a été réalisée et l'examen histologique a conclu à un sarcome botryoïde (Figure 2). L'étude immunohistochimique a montré la positivité des cellules tumorales à la desmine (figure 3).

Figure 2 : coupe histologique montrant une prolifération tumorale réalisant une couche cambiale avec revêtement endocervical régulier (grossissement 40)

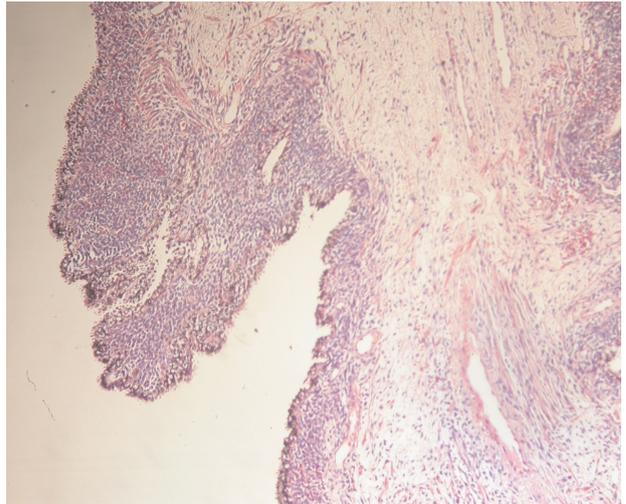
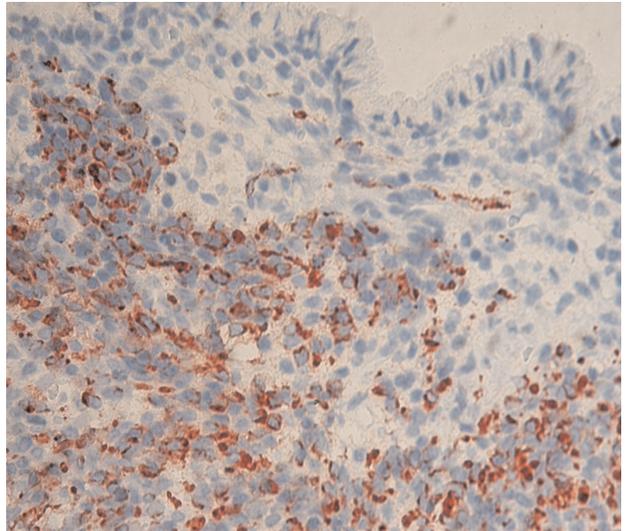


Figure 3 : immunohistochimie : cellules tumorales positives à la desmine (grossissement 200)



Le bilan d'extension comprenant un examen gynécologique sous anesthésie générale, une cystoscopie, une IRM pelvienne, une échographie abdominale, une radiographie du thorax et une scintigraphie osseuse étant et la patiente étant jeune, un traitement conservateur par conisation a été réalisé. L'examen

histologique de la pièce n'a pas révélé de reliquat tumoral. D'après l'Intergroup Rhabdomyosarcoma Study la maladie a été classée dans le groupe IA, une polychimiothérapie adjuvante a été instaurée selon le protocole IVA associant Ifosfamide avec un uroprotecteur, la Vincristine et l'Actinomycine. Six cures ont été pratiquées au bout desquelles l'IRM de contrôle était normale (figure 4). Après un recul de onze mois, la patiente ne présente pas de récurrence locale.

Figure 4 : imagerie par résonance magnétique de contrôle : absence de récurrence tumorale



Conclusion

Le RMS du col utérin est une tumeur rare, qui survient essentiellement chez la jeune fille, et dont l'extension est surtout locorégionale. Le traitement consiste en un geste chirurgical à minima, surtout dans les formes localisées, associé à une chimiothérapie adjuvante.

Références

1. Zrara I, Mounzil C.D., Rimani M., Bouzidi A., Labraimi A., Ben Omar C. Sarcome botryoïde du col utérin. À propos d'un cas. Gynecol Obstet Fertil. 2002;30:784-6
2. Saadi I, Errihani H, Haddadi K, Amaoui B, Benjaafar B, El Gueddari BK. Sarcome botryoïde of the uterine cervix: report of a case. Cancer Radiother. 2002;6:363-5.

*Daaloul Walid**, *Farah Faten***, *Bouguerra Badreddine**, *Ben Hamouda Sonia**, *Overdiane Nadia**, *Masmoudi Abdelwaheb**, *Ben Jilani Sarra***, *Sfar Rachida**.

*Service de gynécologie obstétrique B, Hôpital Charles Nicolle

**Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, Hôpital Charles Nicolle