

**Insuffisance tricuspide traumatique**

Parmi les lésions cardiaques engendrées par un traumatisme pénétrant ou non, l'atteinte du cœur droit est beaucoup moins fréquente que celle du cœur gauche (1, 2). Connue depuis 1829, par l'observation de Williams, l'insuffisance tricuspide traumatique (l'ITT) est rare mais représente l'anomalie la plus retrouvée au niveau des cavités cardiaques droites (1). Sa fréquence, précédemment sous-estimée, est en augmentation en raison de l'accroissement des accidents de la voie publique et du perfectionnement des techniques diagnostiques. Nous rapportons une nouvelle observation cas d'ITT.

**Observation :**

Un homme âgé de 37 ans, a été victime d'un accident de la voie publique en avril 2005 ayant occasionné un poly-traumatisme à composante double thoracique et abdominale. Le traumatisme thoracique associait des fractures des arcs latéraux de la 3ème à la 5ème côte gauches avec hémopneumothorax homolatéral qui a été drainé en urgence. Le traumatisme abdominal a été à l'origine d'une fracture splénique ayant motivé une splénectomie hémostatique en urgence. Le diagnostic de contusion myocardique a été suspecté devant le traumatisme thoracique, l'instabilité hémodynamique, le bas voltage à l'ECG et l'élévation des enzymes cardiaques de type CPK à 2.8ng/l. La contusion a été confirmée par l'échographie cardiaque transthoracique (ETT) et transoesophagienne (ETO) qui ont montré une insuffisance tricuspide (IT) par rupture de cordages et prolapsus des valves septale et antérieure. Ces dernières passaient complètement dans l'OD en systole avec association à une dilatation des cavités droites et de la veine cave (figures 1 et 2).

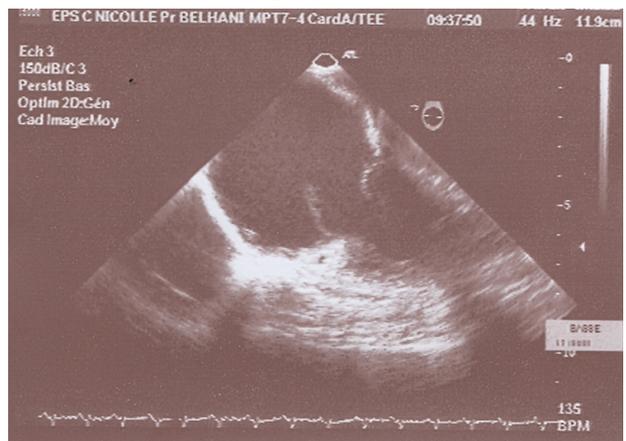
**Figure 1 :** ETT : Coupe parasternale gauche petit axe : Valve tricuspide septale prolabe dans l'OD en systole



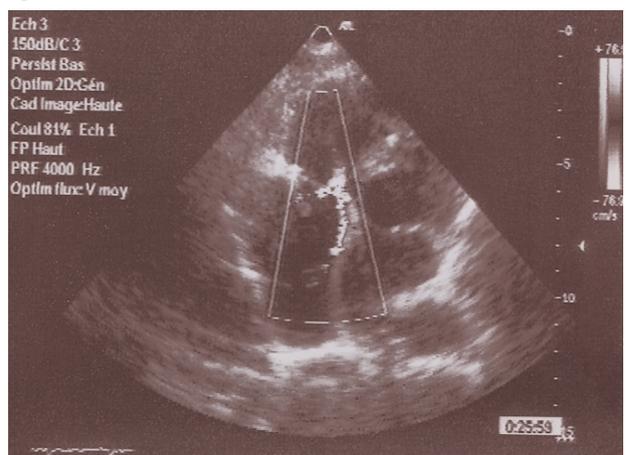
L'évolution ultérieure a été marquée par l'apparition d'une asthénie d'effort avec absence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite. L'ECG, en rythme sinusal, montre un bloc incomplet de la branche droite avec un aspect

d'hypertrophie auriculaire droite. A la radiographie du thorax, il n'y avait pas de cardiomégalie. L'échocardiographie transthoracique de contrôle a montré le même aspect lésionnel de l'appareil tricuspide avec une insuffisance tricuspide importante, une nette dilatation des cavités cardiaques droites (DTDVD à 37mm, Surface OD à 28 cm<sup>2</sup>) et un SIV paradoxal). Le patient a été opéré 18 mois plus tard. La fuite tricuspide est due essentiellement à une rupture des cordages de la valve antérieure et à une ballonnisation de la valve septale. Le chirurgien a réalisé une réparation de l'appareil tricuspide comme suit : réinsertion de la valve antérieure sur le pilier correspondant, raccourcissement des cordages de la valve septale et mise en place d'un anneau de Sorin. Les suites opératoires étaient simples. L'échocardiographie post-opératoire montre la persistance d'une fuite tricuspide modérée (figure 3). Actuellement, avec un recul de 20 mois, le patient est asymptomatique et a repris son activité professionnelle. Le dernier contrôle échographique montrait la même fuite tricuspide avec une régression de la dilatation des cavités cardiaques droites (DTDVD à 27 mm et surface OD à 22 cm<sup>2</sup>).

**Figure 2 :** ETO : Valve tricuspide passe dans l'OD en systole



**Figure 3 :** ETT : Coupe 4 cavités : fuite tricuspide modérée post opératoire



### Conclusion

Affection relativement rare, l'insuffisance tricuspide traumatique a bénéficié des techniques échocardiographiques pour son diagnostic et son pronostic. L'indication opératoire doit être portée avant la survenue d'une altération irréversible de la fonction contractile ventriculaire droite. Les techniques conservatrices de plastie de l'appareil tricuspide et les bio-prothèses permettent souvent une survie prolongée.

### Références :

- 1- F. Vayre, P. Richard, J.P.Olivier. L'insuffisance tricuspide traumatique. Arch. Mal. Cœur 1996 ; 89 : 459-63.
- 2- J. Dos Santos Jr, C.H. de Marchi, R.B. Bestetti et al. Ruptured chordae tendinae of the posterior leaflet of the tricuspid valve as a cause of tricuspid regurgitation following blunt chest trauma. Cardiovascular pathology 2001; 10: 97-98

*Ouechtati Wedane, Kasri Riadh, Baccar Hedi, Ghodbane Walid\* , Bezdeh Leila, Sidhom Slim, Jemaa Khaled, Hadded Nawel, Belheni Ali*

*Service de Cardiologie Hôpital Charles Nicolle. Tunis*

*\*Service de Chirurgie cardiovasculaire. Hôpital militaire. Tunis*

### Le myxome intra-musculaire

Le myxome intra musculaire est une tumeur bénigne rare des parties molles d'origine mésenchymateuse (1). Sa symptomatologie est non spécifique et son diagnostic est histologique (2). Nous rapportons une nouvelle observation.

### Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 33 ans opérée pour kyste de l'ovaire, qui consulte pour une tuméfaction de la jambe gauche indolore évoluant progressivement depuis 8 mois sans gêne fonctionnelle ni signes généraux. L'examen clinique trouve une patiente apyrétique, en bon état général. La jambe gauche est le siège d'une tuméfaction au niveau de la moitié inférieure de sa face postéro interne ovalaire, de 8 cm de grand axe, indolore à la palpation, de consistance molle et sans signes inflammatoires locaux. Le reste de l'examen somatique est sans particularités. La radiographie de la jambe gauche montre un épaississement des parties molles de la moitié inférieure du mollet sans lésion osseuse. L'échographie montre une formation échogène hétérogène relativement bien limitée mesurant 82 x 54 x 37 mm développée aux dépens du muscle évoquant une tumeur musculaire (Figure n° 1). L'imagerie par résonance magnétique montre une lésion extensive occupant le muscle soléaire à hauteur de la moitié inférieure de la jambe mesurant 13 x 6 x 5 cm, discrètement hétérogène apparaissant en iso signal avec le muscle en T1, en hyper signal intense aussi bien sur le 1er que sur le 2ème écho de T2 mais discrètement hétérogène, parcourue de septas en hypo signal. Elle se rehausse de façon importante mais hétérogène après injection de gadolinium avec des zones non rehaussées. Elle siège à distance de l'axe vasculaire tibial postérieur qui conserve un signal de flux

correct. Elle est bien limitée et arrive au contact de la corticale du péroné qui est de morphologie normale. Il n'existe pas d'anomalie de signal de la médullaire osseuse (Figure n° 2, 3, 4,5). L'écho doppler montre une tumeur vascularisée avec des flux artériels de faible résistance et des flux veineux intramatériels. Elle est indépendante des pédicules vasculaires tibial postérieur et péronier.

**Figure 1 :** Échographie du mollet : Masse hypoéchogène hétérogène relativement bien limitée.



**Figure 2 :** IRM de la jambe : Lésion extensive du muscle soléaire gauche en iso signal T1.



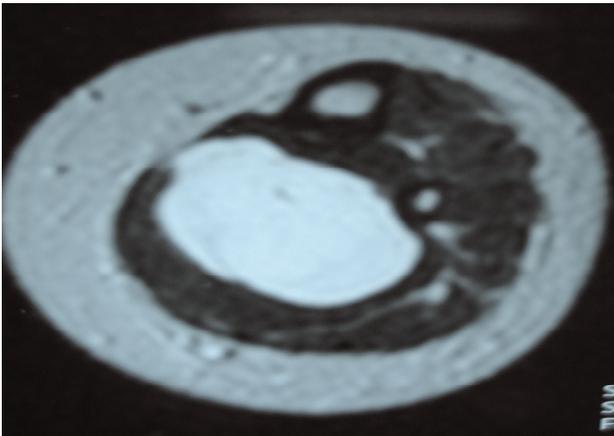
**Figure 3 :** Rehaussement de la tumeur après injection de produit de contraste.



**Figure 4 :** Tumeur en hyper signal intense T2



**Figure 5 :** Coupe axiale enT2 : Tumeur en hyper signal parcourue de septas en hypo signal



Le bilan biologique (numération de la formule sanguine, vitesse de sédimentation et C réactive protéine) est normal. Une biopsie chirurgicale lui a été faite : macroscopiquement le muscle soléaire est d'aspect normal au sein duquel se développe une tumeur de 10 cm de grand axe non encapsulée avec un contenu d'aspect glaireux. L'examen histologique conclut à un myxome intramusculaire. Une exérèse chirurgicale a été réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce trouve macroscopiquement une tumeur polylobée bien limitée semblant encapsulée, mesurant 10 x 5 cm, de consistance molle, d'aspect translucide, myxoïde, de couleur blanc rosé, sans foyer de nécrose ni de calcification. L'examen histologique montre une prolifération mésoenchymateuse bien limitée semblant encapsulée, peu cellulaire d'aspect franchement myxoïde avec une abondante substance fondamentale alcyanophile. Les cellules sont peu nombreuses d'aspect étoilé avec des limites cytoplasmiques floues et un noyau rond régulier dépourvu de mitoses. La vascularisation est assez marquée avec des vaisseaux capillaires d'aspect parfois branchu. En périphérie, on note la présence de nombreuses fibres musculaires striées incluses dans la tumeur, de nature non tumorale : Aspect fortement évocateur de myxome des parties molles. L'évolution post-opératoire est favorable. Huit ans après, la patiente reconsulte pour une récurrence tumorale sur le trajet de la cicatrice avec à l'échographie une masse hypoéchogène, hétérogène vascularisée de 80 x 32 mm de diamètre au sein du muscle soléaire gauche, une infiltration oedémateuse du plan superficiel sous cutané sans anomalie des structures osseuses. Cette récurrence justifie une reprise chirurgicale.

#### Conclusion

Le myxome intramusculaire est une tumeur bénigne rare. Son diagnostic est histologique et son traitement est exclusivement chirurgical. Son pronostic est bon.

#### Références

1. Abdelwahab Af, Kenan S, Herman G, Lewis Mm, Klein MJ. Intramuscular myxoma: magnetic resonance features. Br J Radiol, 1992, 65: 485-90.
2. Akerman M, Rydholm A: Aspiration cytology of intra-muscular myxoma. A comparative clinical cytologic and histologic study of ten cases. Acta cyto, 1983, 27: 505-10.

*Neïla Ben Slimane\*, Mondher Kooli\*\*, Slim Haouet\*\*\*.*

*\*Policlinique de la CNSS El Khadra Tunis.*

*\*\* Service Orthopédie EPS Charles Nicolle Tunis.*

*\*\*\*Service d'Anatomie pathologique EPS La Rabta Tunis.*

*Université El Manar*

#### Forme clinique rare de la goutte : atteinte du rachis

La goutte est une arthropathie micro-cristalline asymétrique touchant le plus souvent les articulations distales, les coudes et les genoux. Les localisations rachidiennes de la goutte sont rares. Une soixantaine d'observations ont été décrites depuis

1950, le segment vertébral le plus souvent touché est lombaire, puis cervical, enfin thoracique (1). Des antécédents goutteux sont trouvés dans 70% des cas, et dans 30% la localisation rachidienne est inaugurale (2). Les radiographies standards peuvent être normales ou montrer des signes non spécifiques, le scanner permet dans ce cas d'étayer le diagnostic. Nous rapportons l'observation d'un patient ayant une goutte tophacée avec localisation rachidienne au niveau des articulations zygapophysaires.

### Observation

Mr O.A âgé de 27ans, issu d'un mariage consanguin, aux antécédents personnels de débilité mentale sévère, éthylique, a consulté pour des lombalgies inflammatoires chroniques suivies de l'apparition d'une polyarthrite des grosses et des petites articulations évoluant depuis 6 ans. A l'examen, le patient ne se mettait pas debout, le rachis lombaire était raide, il existait une arthrite des genoux, des tophi goutteux au niveau des interphalangiennes proximales et distales des mains. La biologie a montré un syndrome inflammatoire biologique et une hyperuricémie à 97mg/l. Les radiographies standards ont mis en évidence une condensation des articulaires postérieures au niveau de L4 et L5, ainsi que des géodes et des pincements articulaires au niveau des mains et un aspect hérissé du pied. Le scanner du rachis lombaire (figure 1) a conclu à une atteinte des articulaires postérieures en L4 et L5 avec un pseudo élargissement de l'interligne articulaire ainsi qu'une condensation et une irrégularité des berges faisant évoquer une atteinte inflammatoire à ce niveau.

**Figure 1** : Scanner lombaire coupe axiale: Arthrite articulaire postérieure de L4 et L5



Par ailleurs, une IRM rachidienne et des sacroiliaques a été pratiquée et qui n'a pas mis en évidence de signes en faveur d'une spondylarthropathie. Le typage HLA était A24-B8. La biopsie de l'articulaire postérieure, demandée à la recherche de

microcristaux d'acide urique, n'a pu être réalisée en raison du refus du patient. Ainsi, le diagnostic de spondylarthropathie a été écarté et celui de goutte tophacée avec atteinte des articulaires postérieures, retenu. Sur le plan thérapeutique, le malade a été mis sous anti-inflammatoires non stéroïdiens, colchicine et allopurinol avec amélioration de la symptomatologie, reprise de la marche, disparition des lombalgies et régression des arthrites, mais persistance des tophi goutteux.

### Conclusion

Les localisations inhabituelles de la goutte surviennent généralement après une longue durée d'évolution de la maladie et peuvent conduire à des difficultés diagnostiques, si elles constituent l'unique manifestation de la maladie, notamment avec la spondylarthropathie. La physiopathologie des localisations rachidiennes de la goutte n'est pas complètement élucidée. Le traitement de ces formes particulières ne diffère pas de celui de la goutte dans sa forme classique.

Ainsi, la goutte doit être évoquée lors de l'examen d'un malade qui consulte pour des lombalgies, même en l'absence d'antécédent d'arthropathie goutteuse.

### Références

1. Chalés G, Albert JD, Marin F, Guggenbuhl P. Formes cliniques rares de la goutte. *Revue du Rhumatisme* 2007 ; 74 :153-159.
2. Marsaudon E, Bouchard C, Langand D. Compression radiculaire par un tophus goutteux vertébral : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev Med interne* 1999 ; 20 :253-7.

*Dalila Mrabet, Imen Monastiri, Héla Sahli, Habiba Mizouni\*, Kais Nouira\*, Elhem Chéour, Mohamed Elleuch, Emna Mnif\*, Nihel Meddeb, Slaheddine Sellami*

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

*\*Service de Radiologie. CHU La Rabta. 1006 Tunis. Tunisie*

*Université El Manar*

## Carcinosarcome utérin chez une patiente traitée par tamoxifène

Le tamoxifène est un anti estrogène non stéroïdien dérivé du triphényléthylène qui exerce une activité agoniste ou antagoniste des estrogènes en fonction du tissu cible sur lequel il agit. Utilisé depuis des années comme traitement adjuvant des cancers du sein hormonodépendants, il a montré son efficacité quel que soit le stade chez la femme ménopausée ou non. Le tamoxifène exerce toutefois au niveau de l'endomètre une action estrogène-like, responsable de diverses pathologies qui peuvent être bénignes que malignes. Le carcinosarcome ou tumeur mullérienne mixte associe une composante épithéliale glandulaire bénigne à un stroma conjonctif sarcomateux [1, 2, 3]. C'est l'une des entités malignes agressives décrites dans la littérature.

Nous rapportons un cas de carcinosarcome survenue chez une patiente ménopausée traitée par tamoxifène pour cancer de sein.

## Cas clinique

Mme H.J âgée de 68 ans ménopausée depuis 10 ans. Elle a eu en 2004 une mastectomie radicale de type Patey, suivie d'une radio-chimiothérapie pour un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche, sans atteinte ganglionnaire. Les récepteurs hormonaux œstrogéniques sont négatifs et ceux à la progestérone sont positifs. Le tamoxifène a été administré en adjuvant à la dose de 20 mg par jour. Elle est venue consulter en 2007, soit 40 mois après l'administration du tamoxifène pour des métrorragies post ménopausique. Elle a reçu une dose cumulative de tamoxifène égale à 24g.

L'examen gynécologique était normal en dehors d'un saignement minime d'origine endo utérine. L'échographie endo vaginale a montré une image intra cavitaire de 3 cm. Une hystérocopie et une biopsie de l'endomètre ont été pratiquées, confirmant une cavité utérine déformée par une masse intra utérine avec une faible composante intra cavitaire. L'examen histologique a conclu à une tumeur mullérienne mixte type carcinosarcome. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré une cavité utérine distendue par la présence d'un processus de l'endomètre, qui envahit le myomètre sur plus que 50%. La séreuse est respectée et il n'y a pas d'adénopathies suspectes (stade IB de FIGO).

La patiente a été opérée par voie laparotomique médiane. Elle a eu une hystérectomie totale sans conservation des annexes et une lymphadénectomie pelvienne bilatérale. L'histologie de pièces opératoires a conclu à un carcinosarcome de l'endomètre comblant toute la cavité envahissant focalement la moitié inférieure du myomètre et le chorion de l'endocol. Le curage ganglionnaire était négatif. La prolifération tumorale est mixte faite de deux contingent, un carcinosarcome fait de nappes de papilles et de tubules tapissées par des cellules cylindriques basophiles au noyau atypique et mitotique et un contingent sarcomateux fait de cellules fusiformes atypiques avec présence focalement de cellules géantes, d'une métaplasie cartilagineuse et de remaniement myxoides. Aucun traitement adjuvant n'a été instauré, la malade est décédée après un an.

## Conclusion

Le carcinosarcome est une pathologie rare dont le pronostic est péjoratif. En l'absence de consensus de prise en charge thérapeutique, son apparition chez des femmes traitées par tamoxifène, nous incite à mieux étudier ce cancer, afin d'améliorer le pronostic.

## Références

- 1- Clément PB, Scully RE. Müllerian adenosarcoma of the uterus. A clinicopathologic analysis of ten cases of a distinctive type of müllerian mixed tumor. *Cancer* 1984; 34:1138-49.
- 2- Bobin JY, Jaquot A, Lafont A, Rivoire M, Shisheboran M, Dolbeau D. L'adénosarcome utérin. À propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993; 22:245-8.
- 3- Pautier P. Sarcomes utérins. *Oncologie* 2007; 9: 137-143.

*Chaouki Mbarki, Asma Jnifen, Marouen Mrad, Rached Ben Jemaa, Hsayaoui Najeh, Hadj Med Imen, Hedhili Oueslati*

*Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital régional de Ben Arous, Tunis, Tunisie  
Université El Manar*

## Grossesse extra utérine bilatérale spontanée

La fréquence de la grossesse extra utérine, (GEU) a doublé au cours des 15 dernières années (2 % des grossesses soit 14 .000 par an, en France) [1,2]. La forme bilatérale est rare [3]. L'étude des quelques cas décrits dans la littérature montre une étroite corrélation entre cette entité et les techniques d'aide médicale à la procréation (PMA).

Nous rapportons dans cet article, un cas de grossesse extra utérine bilatérale spontanée diagnostiquée et prise en charge au service de gynécologie obstétrique, de l'Hôpital Ben Arous.

## Observation

Mme S.A âgée de 33ans, nulligeste, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers. Elle présente une hypofertilité primaire de 4 ans, non explorée, ni traitée, avec notion d'infections génitales basses récidivantes. Cette patiente a consulté pour douleurs pelviennes et des métrorragies avec une aménorrhée de 8 semaines.

A l'admission, l'état hémodynamique était stable. L'examen trouvait une sensibilité hypogastrique diffuse. Au toucher vaginal, on a objectivé une sensibilité aux niveaux des culs de sacs vaginaux. Par ailleurs l'examen clinique n'a pas objectivé une masse pelvienne.

Le dosage des ,HCG était à 7765 mUI /ml. L'échographie endo vaginale a montré un utérus vide, un endomètre épais à 13mm, un épanchement dans le douglas de 36mm. En latéro utérin gauche, il y avait une masse de 4cm avec image en cocarde comportant une vésicule vitelline et un embryon avec activité cardiaque. A droite il y a eu un doute sur une masse latéro utérine hétérogène de 3cm.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine a été retenu et une forme bilatérale a été suspectée. La patiente a été opérée en urgence par voie coelioscopique. L'exploration per opératoire a trouvé des multiples adhérences péritonéales lâches, un syndrome de Fitz-Hugh- Curtis et un hémopéritoine de faible abondance. La trompe droite était le siège d'un hématosalpinx isthmique de 3cm. La paroi tubaire est fissurée. La trompe gauche était le siège d'un hématosalpinx de 3,5cm. Le diagnostic d'une grossesse extra utérine bilatérale a été retenu. La patiente a eu une salpingectomie droite étant donnée le siège isthmique de la grossesse et une salpingotomie gauche, à fin de préserver le pronostic de fertilité.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de l'ectopie bilatérale, en montrant la présence d'une zone de nidation évidente avec trophoblaste intermédiaire à droite et des villosités choriales à gauche. La surveillance en post opératoire a été clinique et biologique par une cinétique de , HCG jusqu'à la négativation.

## Conclusion

La grossesse extra utérine bilatérale est rare, elle peut se survenir en dehors d'une aide médicale à la procréation. Son diagnostic est difficile et le clinicien doit y alors penser devant toute grossesse ectopique.

## Références

- Centers for Disease Control. Ectopic pregnancy, United States, 1988–1989. *MMWR* 1992; 41:591.
- Nederlof KP, Lawson HW, Saftlas AF et al: Ectopic pregnancy surveillance, United States, 1970–1987. *MMWR* 1990; 39:9.

*Chaouki Mbarki, Asma Jnifen, Marouen Mrad, Rached Ben jema, Hsayaoui N, Hedhili Oueslati.*

*Hôpital de Ben Arous El yesminette service de gynécologie obstétrique, route de Mornègue Ben Arous Tunisie*

*Université El Manar*

## Localisation rare d'un rhabdomyosarcome

Le rhabdomyosarcome est une tumeur maligne d'origine mésenchymateuse, pouvant provenir de la dégénérescence d'une cellule musculaire striée ou d'une souche cellulaire mésenchymateuse (1). Il siège essentiellement au niveau de la tête et du cou. Il représente 10 à 25 % des tumeurs des tissus mous et atteint préférentiellement l'enfant et l'adolescent (2) avec cependant un deuxième pic d'incidence entre la 5<sup>ème</sup> et la 7<sup>ème</sup> décennie (3).

## Observation

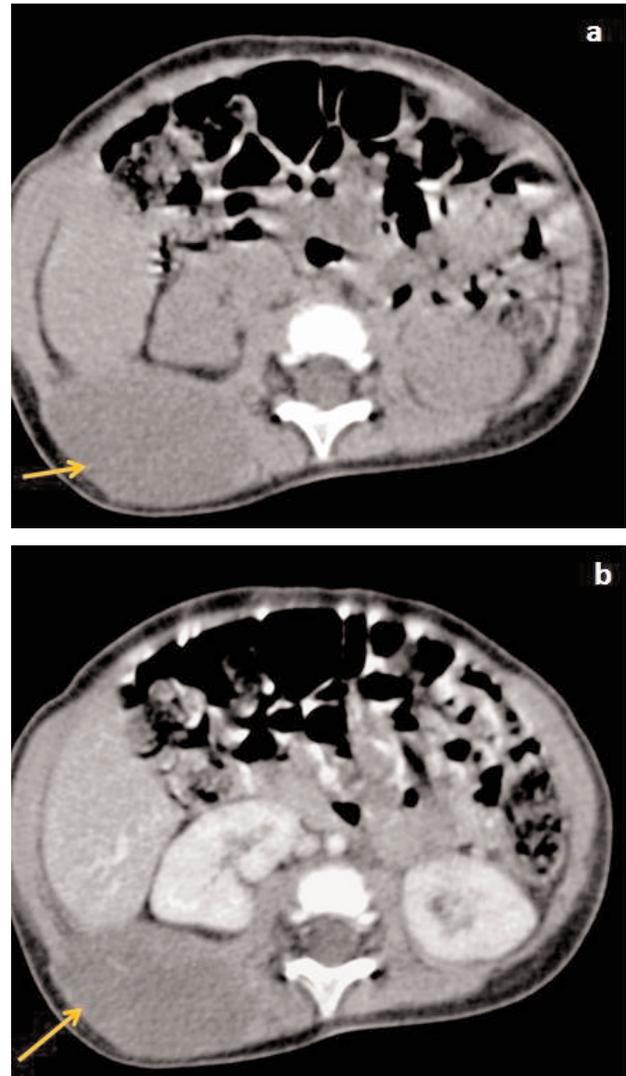
Nous rapportons le cas d'un nourrisson de huit mois, issu d'une grossesse bien suivie, chez qui la mère a découvert de manière fortuite une masse lombaire droite pour laquelle elle a consulté. A l'examen, le nourrisson avait une masse lombaire droite de 4 cm de grand axe, de consistance molle, indolore à la palpation et fixe par rapport aux plans profonds. Une échographie des parties molles avait montré une formation tissulaire lombaire pariétale droite, bien limitée, de 5 cm de grand axe, contenant des plages hypoéchogènes et des zones hyperéchogènes ainsi que des septas vascularisés.

Un complément scannographique (Figures 1a, 1b) avait permis de mettre en évidence une masse pariétale centrée sur le muscle grand dorsal droit mesurant 5.3 x 3.3 x 5.3 cm, spontanément hypodense, se rehaussant de manière hétérogène après injection intraveineuse de produit de contraste, ménageant des zones liquidiennes, sans calcifications en regard. Cette masse présentait un développement pariétal occupant la graisse sous-cutanée et un développement rétropéritonéal arrivant au contact du fascia para-rénal postérieur avec discrète infiltration de la graisse et refoulement du rein droit en avant. Devant cet aspect clinico-radiologique plusieurs diagnostics ont été évoqués. Tout d'abord, une hernie lombaire devant l'aspect clinique, un hématome pariétal mais l'aspect radiologique et l'absence de contexte traumatique n'ont pas permis de retenir le diagnostic. Autres diagnostics à évoquer également, les tumeurs intramusculaires bénignes type leiomyome ou rhabdomyome mais aussi les tumeurs malignes type sarcome dont le diagnostic n'a pas été discuté vu les limites nettes et la localisation de la tumeur. Devant le doute diagnostique, une biopsie chirurgicale a été indiquée mais devant l'aspect très bien limité de la tumeur en per-opératoire une résection chirurgicale complète a été décidée sans biopsie préalable. La

patiente a donc été opérée avec exérèse complète de la masse.

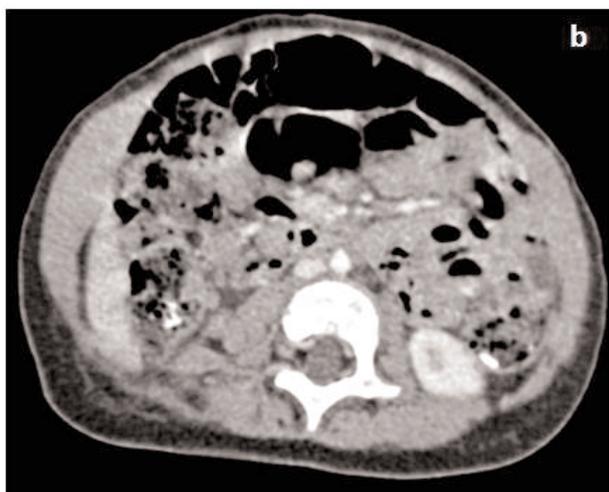
## Figure 1 : TDM Coupes axiales sans (a) et avec (b) injection de produit de contraste

Masse pariétale centrée sur le muscle grand dorsal droit spontanément hypodense, se rehaussant faiblement et de manière hétérogène après injection.



L'examen anatomopathologique avec étude immunohistochimique a conclu à un rhabdomyosarcome de type embryonnaire avec résection macroscopiquement complète mais microscopiquement incomplète. Une chimiothérapie post-opératoire a ensuite été administrée consistant en huit cures d'actinomycine et huit cures de vincristine intercalaire. Un bilan d'extension a été pratiqué (scanner thoracique, scintigraphie osseuse) et est revenu négatif. L'évolution a été marquée par l'absence de récurrence de la tumeur avec un scanner à trois mois et une IRM de contrôle à huit mois sans anomalie (Figures 2a, 2b et 3).

**Figure 2 (a, b) :** TDM Coupes axiales injectées post opératoires  
Absence de reliquat ou de récurrence tumorale



**Figure 3 :** IRM Coupe axiale post opératoire  
Absence de reliquat ou de récurrence tumorale



## Conclusion

Le rhabdomyosarcome est la tumeur des tissus mous la plus fréquente chez l'enfant. Sa localisation au niveau de la paroi abdominale est rare, mais n'est pas à méconnaître afin d'assurer une prise en charge rapide et efficace.

## Références

1. Ghosez JP, Himmer O, Lootvoet L, Beugnies A, Devyver B. Rhabdomyosarcome osseux primitif : à propos d'une localisation vertébrale. Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur 1993 ; 79 : 70-73.
2. Raissouni N, Faiz S, Benyahia O, Bennis R, Mkinsi O. Rhabdomyosarcome poplité associé à une spondylarthropathie (A propos d'un cas). Rev Maroc chir orthop Traumat 2002 : 42-45.
3. Ayadi L, Chaabouni S, Chabchoub I, Ayadi A, Kallel R, Fakhfakh I, Hachicha M, Boudawara T. Pneumothorax récidivant révélateur d'un rhabdomyosarcome primitif de la plèvre. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 333-337.

*Héla Louati1, Amira Dhoub1, Wiem Douira1, Lilia Ben Hassine1, Lilia Lahmar1, Faouzi Nouira2, Faten Fdhila3, Sofiene Ghorbel2, Béji Chaouachi2, Ibtissem Bellagha1*

*1 : Service de Radiopédiatrie de l'hôpital d'Enfants de Tunis, Place Bab Saadoun, 1007 Jabbari, Tunis, Tunisie*

*2 : Service de Chirurgie pédiatrique de l'hôpital d'Enfants de Tunis, Place Bab Saadoun, 1007 Jabbari, Tunis, Tunisie*

*3 : Service de Pédiatrie, 3ème étage de l'hôpital d'Enfants de Tunis, Place Bab Saadoun, 1007 Jabbari, Tunis, Tunisie*  
*Université El Manar*

## Thyroïde basilinguale

L'ectopie thyroïdienne correspond à une anomalie du développement embryologique de la thyroïde. Elle se définit par une localisation aberrante du tissu thyroïdien située en dehors de la loge thyroïdienne. C'est une pathologie rare. Sa fréquence est estimée à 1/4 000 à 1/8 000 parmi les patients hypothyroïdiens [1] et 0,3% de toutes les affections de la glande thyroïde.

Elle touche particulièrement les femmes jeunes. Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique et l'imagerie. Le traitement demeure surtout médical et doit tenir compte des besoins physiologiques en hormones thyroïdiennes. Les indications et les techniques de la chirurgie sont discutées.

Nous rapportons un cas de thyroïde basi-linguale colligée au service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale du CHU Charles Nicolle.

## Observation

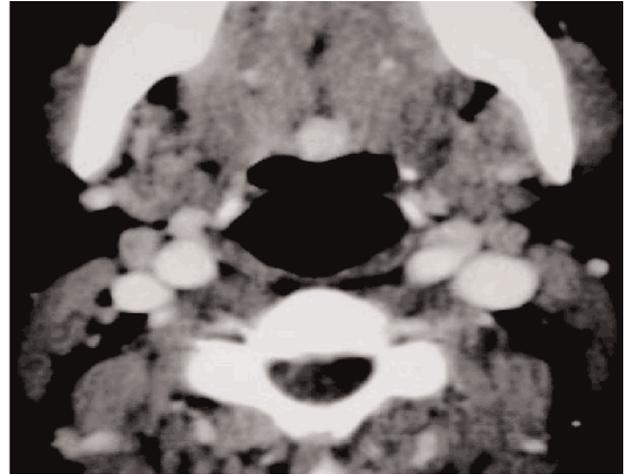
Il s'agit d'une patiente âgée de 15 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a consulté pour une dysphagie haute aux solides évoluant depuis trois ans. La dysphagie s'était aggravée depuis deux mois et elle était accompagnée d'une dyspnée intermittente à recrudescence nocturne. L'interrogatoire n'a pas relevé de signes de dysthyroïdie ni

d'altération de l'état général. A l'examen oropharyngé, il y avait une formation ovalaire rougeâtre de 2 cm de diamètre, située en arrière du V lingual et faisant corps avec la base de la langue. Au toucher, cette masse était ferme, lisse, homogène et indolore, ne saignant pas au contact. La loge thyroïdienne était libre. Le reste de l'examen était sans particularités. Devant cette formation, une imagerie a été demandée. Un scanner cervical a été réalisé et a confirmé la présence au niveau de la base de la langue d'une formation arrondie, bien limitée de 4,5cm de diamètre, se rehaussant de façon hétérogène après injection de produit de contraste, avec vacuité de la loge thyroïdienne (Figures 1 et 2).

**Figure 1 :** Tomodensitométrie cervicale sans injection ; coupe sagittale. Flèche blanche : masse hyperdense de la base de la langue.

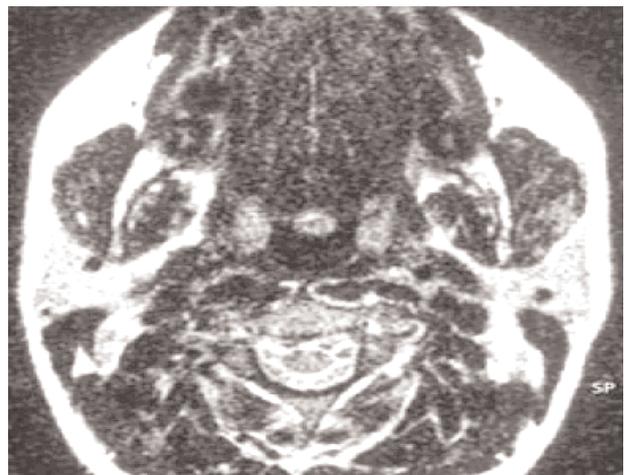


**Figure 2 :** TDM cervicale Coupe axiale après injection de produit de contraste. Flèche blanche : La thyroïde ectopique se rehausse de façon homogène et intense.



Nous avons complété les explorations par une imagerie par résonance magnétique qui a confirmé qu'il s'agissait d'une glande thyroïde de siège basi-lingual sans anomalie parenchymateuse focale décelable. La loge thyroïdienne était vide (Figures 3 et 4). La scintigraphie thyroïdienne à l'iode131 a montré une fixation intense et élective du radio traceur au niveau de la région basi-linguale sans fixation cervicale. (Figure 5). Le bilan hormonal a montré une hypothyroïdie fruste avec un dosage des FT4 normale à 15,4 pmol/l et une légère augmentation de la TSH à 5,2 IU/ml. Le traitement a consisté en une opothérapie à base de L-thyroxine à la dose de 75 microgrammes/j. L'évolution sous hormonothérapie substitutive a été favorable avec une amélioration de la dysphagie et de la dyspnée, et une normalisation du bilan hormonal thyroïdien. Le recul est, actuellement de cinq ans.

**Figure 3 :** IRM cervicale en pondération T2. Coupe axiale : la thyroïde ectopique sublinguale est en hypersignal T2.



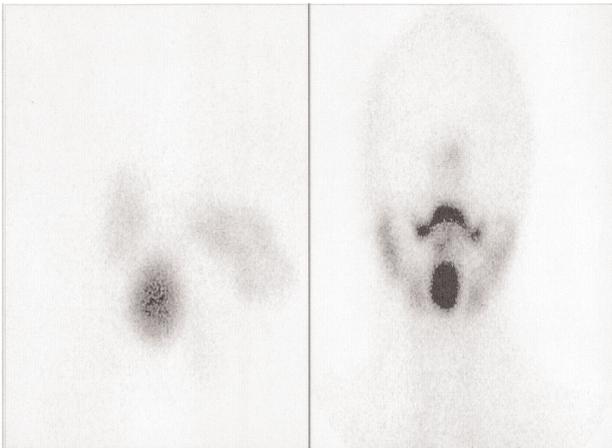
**Figure 4 :** IRM cervicale: coupes sagittales

a- T1-gadolinium

b- T2 Masse glandulaire à contours bien délimités à la base de la langue.



**Figure 5 :** Scintigraphie thyroïdienne: fixation basi-linguale du traceur Iode 131, loge thyroïdienne vide.



### Conclusion

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare, qui peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel. Diagnostiquée précocement, la thyroïde basi-linguale a une évolution le plus souvent favorable, notamment sous traitement hormonal substitutif. Une surveillance annuelle régulière clinique et biologique est indispensable. La gravité de cette pathologie concerne les formes tumorales avec des signes compressifs et hémorragiques nécessitant la chirurgie, ainsi que l'évolution dégénérative de la tumeur. Dans la plupart des cas, les patients restent asymptomatiques et l'ectopie thyroïdienne passe inaperçue.

Actuellement grâce au progrès de l'imagerie et au dépistage néonatal de l'hypothyroïdie, le pronostic de l'ectopie thyroïdienne, quand elle est correctement prise en charge, est considéré comme bon.

### Références

- 1- Trabelsi S, Ouertatani L, Ben Ali S et al. Thyroïde Basi-linguale: A propos de deux cas. Revue maghrébine d'endocrinologie : Diabèteet reproduction 2006; 11:119-23.

*Kaffel Nadia., Selmi Zied., Marrakchi Jihene., Ellouz Malek., Lahiani Rym., Ben Salah Mamia., Hajri Hela., Ferjaoui Mohamed*

*Service ORL – Hôpital Charles Nicolle. Tunis*

*Université El Manar*