

35^{ème} CONGRES NATIONAL DE MEDECINE.**RESUMES DES COMMUNICATIONS****COMMUNICATIONS ORALES : CARCINOLOGIE****MORTALITE PAR CANCER EN TUNISIE : CALCUL DES ANNEES DE VIE PERDUES**

Heger Lazaar-Ben Gobrane, Said Hajjem, Hajer Aounallah-Skhiri, Noureddine Achour, Mohamed Hsairi

Institut National de la Santé Publique, 5/7 rue Khartoum, Immeuble Diplomat, Bloc IV- 10^e étage. Belvédère, 1002 Tunis, Tunisie.

Pré requis : Le cancer est un fléau touchant les pays du monde entier Dans les pays développés, le cancer est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Plusieurs études ont évalué le fardeau que représentent les cancers sur les populations en utilisant des indicateurs qui reflètent la charge de la morbidité des cancers et permettent de mieux monitorer les effets des programmes du dépistage, de suivre les bénéfiques du diagnostic précoce et du traitement

But : Calculer le nombre d'années de vie perdues suite à un décès prématuré causé par les différentes localisations cancéreuses en Tunisie.

Matériel et méthodes : Nous nous sommes basés sur les statistiques de mortalité (année 2006) fournies par le système national de surveillance des causes de décès, en adoptant pour les différents calculs l'approche proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé telle que décrite par Murray et Lopez.

Résultats : Sur un total de 3315 certificats de décès par cancer reçus à l'institut National de la Santé Publique, nous en avons retenu 2924 dont 1847 de sexe masculin et 1077 de sexe féminin. Au total 105205 années de vie perdues à cause des cancers ont été enregistrées : 61550 AVP pour le sexe masculin et 43655 pour le sexe féminin; Soit 12,2 AVP /1000 habitants de sexe masculin et 8,6 AVP /1000 habitants de sexe féminin.

Conclusion : Les résultats des calculs des AVP dus aux cancers montrent que le fardeau que représente cette maladie situe la Tunisie dans une situation intermédiaire entre les pays développés et ceux non développés ceci devrait nous inciter à l'instar de nombreux pays développés qui ont réussi à réduire la charge de la morbidité due aux cancers à accorder plus de place à la lutte anti-tabac, à la promotion d'habitudes alimentaires saines et de l'activité physique ainsi qu'au dépistage des cancers du sein et du col utérin.

CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE : EXPERIENCE DU CENTRE TUNISIEN

Boudagga M.Z¹, Ben Fatma L¹, Chefaai R¹, Gharbi O¹, Hochlef M¹, Landolsi A¹, Bignon YJ², Ben Ahmed S¹.

1-Service de médecine carcinologique, CHU F. Hached, Sousse, Tunisie

2-Laboratoire Diagnostique Génétique Et Moléculaire, Centre JEAN PERRIN, Clermont-Ferrand, France

Pré requis : Les cancers sont des maladies toujours multifactorielles. Ils sont le résultat d'interactions entre des facteurs environnementaux (ou acquis) et génétiques (ou héréditaires). Ce sont les facteurs de risque héréditaires qui ont une valeur prédictive positive assez forte pour permettre des mesures de prise en charge adaptées au risque.

But : Présenter l'expérience du service de Médecine Carcinologique de Sousse dans ce domaine.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur les consultants à la consultation d'oncogénétique à Sousse. Les consultants sont des sujets appartenant à des familles regroupant plusieurs cas de cancers. Il peut s'agir de malades ou de sujets sains. Des prélèvements sanguins sont effectués à la fin de la consultation pour étude génétique pour les sujets désirant se faire dépister. Actuellement ne sont effectués que les recherches de mutations concernant les gènes BRCA1 et BRCA2 prédisposant au cancer du sein. Nos prélèvements sont adressés au Laboratoire diagnostique et moléculaire, centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand, France.

Résultats : Durant la période (Janvier 2002- Juin 2010), 40 familles ont été vues en consultation d'oncogénétique .Il s'agit de : 28 familles avec cancer du sein (dont 4 associées au cancer de l'ovaire).Soit 74 cancers du sein et 7 cancers de l'ovaire diagnostiqués ; 7 familles à cancer du colon dont une qui associe le cancer de l'estomac .Soit 24 cancers coliques ; 5 familles avec des agrégations diverses de cancer. Parmi les 40 familles, il y'en a 17 qui présentent des associations de plus d'un seul type de cancer. Actuellement, nous disposons des résultats de l'étude génétique pour le gène BRCA1 dans 10 familles dont 4 sont positifs, et pour BRCA2 dans 8 familles revenus tous négatifs, et pour les deux gènes (BRCA1 et BRCA2) dans 9 familles revenus tous négatifs.

Conclusion : Actuellement, on ne peut plus méconnaître dans notre pratique l'importance de la prédisposition héréditaire aux cancers compte tenu des implications pratiques que ce diagnostique a pour les sujets à risque familial. Notre expérience montre que la pratique des consultations d'oncogénétique est possible et réalisable dans nos conditions, offrant la possibilité de réaliser un diagnostique moléculaire chez nous, ce qui rend notre tâche encore plus rentable.

CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES PRIMITIFS ET EXPOSITION PROFESSIONNELLE : A PROPOS DE 222 CAS.

Donia GHARBI-KILANI⁽¹⁾, Nizar LADHARI⁽²⁾, Jouda CHERIF -KANOUN⁽³⁾, Mejed BEJI⁽³⁾, Rafik GHARBI⁽²⁾, Noureddine ACHOUR⁽¹⁾.

Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes- Tunis (ONMNE)

Service de Médecine de Travail et de Pathologies Professionnelles (HCN)

Service de Pneumologie et d'Allergologie (La Rabta)

Pré requis : Le cancer broncho-pulmonaire est une maladie multifactorielle, non spécifique et apparaît après une longue période de latence. Ces caractéristiques cliniques contribuent à une imprécision dans l'évaluation d'indicateurs épidémiologiques fiables.

But : Relever l'exposition à des cancérrogènes respiratoires professionnels chez de patients atteints de CBPP et déterminer la fréquence des CBPP ayant une origine professionnelle probable.

Matériels et méthodes : Etude descriptive rétrospective, qui a porté sur 222 cas de CBPP, colligés à partir des dossiers médicaux du Service de pneumologie du CHU de la Rabta de Tunis, durant la période allant du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Mai 2008. L'origine professionnelle a été retenue sur des critères anamnestiques portant sur l'histoire professionnelle des patients en prenant en compte la nature de la profession, l'exposition ou non à des agents cancérrogènes, le secteur professionnel, la durée d'exposition à l'agent cancérrogène et la latence d'apparition du CBPP.

Résultats : Soixante treize cas de CBPP soit 33% (73/222) ont été retenus comme pouvant être attribué à une origine professionnelle. L'âge moyen = 59.7 ans ± 10.20. Sex ratio = 35.5 (71H / 2F). La durée moyenne d'exercice de la profession était de 29.5 ± 9.38 années. Les patients étaient dans la majorité des cas des fumeurs (97.2%), ≥ 20PA pour 90% des patients. Le secteur agricole (27.4%) et le BTP (23.3%) étaient les plus représentés. Une exposition certaine à des produits cancérrogènes classés groupe 1 ou 2A du CIRC a été identifiée chez 31 patients, soit 13.9%. Les principales substances incriminées sont le gaz d'échappement diesel (35.9%), les pesticides arsenicaux (32.2%). La forme histologique était essentiellement le carcinome épidermoïde (39.7%).

Conclusion : L'origine professionnelle d'un CBPP paraît assez fréquente selon cette étude. Elle doit être évoquée systématiquement afin de mieux apprécier sa place sur le plan épidémiologique et de pouvoir garantir les droits de la victime.

PLACE DE LA RADIOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MÉTASTASES CÉRÉBRALES DU CANCER PULMONAIRE

Belajouza S¹, Jebssi M¹, Ben Saïed N¹, Benzarti M², Krifa H³, Bouaouina N¹.

1. Service Radiothérapie Carcinologique, CHU. Farhat Hached Sousse Tunisie.

2. Service Pneumologie, CHU. Farhat Hached Sousse Tunisie.

3. Service Neurochirurgie, CHU. Farhat Hached Sousse Tunisie.

Pré requis : Les métastases cérébrales (MC) des cancers bronchiques primitifs sont fréquentes (40 à 50 % des cas). Les formes asymptomatiques sont en nette augmentation vu le dépistage radiologique devenu quasi systématique. Leur survie conditionne le pronostic qui est malheureusement très réservé, avec des médianes de survie allant de 1 à 12 mois.

But : Rappporter tous les cas de MC d'origine pulmonaire, colligés dans le service de Radiothérapie Carcinologique de Sousse, entre 1995 et 2008.

Matériels et méthodes : Il s'agit de 82 patients dont 78 de sexe masculin (95%). L'âge moyen était de 55 ans (25-76 ans). Soixante douze patients (87,8%) étaient tabagiques. Soixante et un patients (74,4%) étaient classés M1 au moment du diagnostic (toutes métastases confondues). Il s'agissait dans 64,4% de MC dont 40% étaient révélatrices du diagnostic de cancer pulmonaire. Trente trois patients présentaient simultanément d'autres métastases extra cérébrales dont osseuses dans 25,6%.

Résultats : Le type histologique du cancer pulmonaire était représenté majoritairement par l'adénocarcinome (39%), suivi du carcinome épidermoïde (25,6%) et en dernier lieu du carcinome à petites cellules (24,4% des cas). Le traitement des MC a été effectué uniquement dans 80,5%, les 15% restants étaient perdus de vue en mauvais état général. Ce traitement avait consisté en : Corticothérapie systématique chez tous nos patients ; chirurgie type exérèse de métastase cérébrale unique dans 4 cas ; irradiation de l'encéphale in toto à des doses variant de 18 à 30 Gy chez 72 patients (87,8%) ; anti convulsivant dans 39% des cas ; traitement antalgique dans 53,7% des cas, en cas de métastases douloureuses extra cérébrales.

Seulement 27% des patients ayant reçu un ou plusieurs de ces traitements, ont noté une amélioration clinique de leur état neurologique. Cinquante quatre (66,7%) de nos patients étaient décédés, suite à une progression de leur maladie, après un recul moyen de 6 mois (extrêmes 1-72 mois). Les 33% restants étaient perdus de vue en mauvais état général.

Conclusion : Les MC sont considérés comme le tournant évolutif de toute maladie cancéreuse, avec un pronostic sombre et une survie médiane après irradiation cérébrale externe exclusive de 2,5 à 6 mois

CANCER DU REIN LOCALISE : PLACE DU TRAITEMENT CONSERVATEUR RESULTATS SUR UNE ETUDE DE 50 CAS

Ben mihoub mohamed, Hidoussi Adnène, Hmida Wissem, Slama Adel, Jaidane Mehdi, Ben sorba Nabil, Mosbah Faouzi.

Service d'urologie, Hôpital Sahloul, Sousse

But : Evaluer les indications et les résultats de la chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer rénal.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective incluant 50 patients porteurs d'un cancer rénal ayant subi une chirurgie conservatrice entre 1998 et 2010. Il s'agissait de 26 hommes et de 24 femmes, d'âge moyen 62 ans (40 à 89). On a étudié les caractéristiques épidémiologiques, le stade TNM, la taille tumorale, le type histologique et le type de chirurgie. La taille de la tumeur était inférieure ou égale à 7cm dans tous les cas. 33 patients ont subi une énucléation de la tumeur, 17 ont subi une néphrectomie partielle. Le rein controlatéral était sain chez 38 patients (76%).

Résultats : 2 patients ont eu une récurrence locale. 3 patients ont eu des métastases à distance, entre 12 à 58 mois après l'intervention. Une préservation correcte de la fonction rénale a été obtenue chez 40 patients (80%). Le suivi moyen des patients était respectivement de 64,6 mois. La survie à 5 ans était de 80%.

Conclusion : La chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du rein sur rein unique ou en cas de cancer bilatéral est une option valable, dans la mesure où elles n'altèrent pas le contrôle de la maladie, ni le pronostic. Cependant, elle est actuellement bien codifiée dans le traitement du cancer du rein localisé.

LE CARCINOME HEPATOCELLULAIRE SUR FOIE DE CIRRHOSE : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE GASTRO-ENTEROLOGIE

Said Y., Ben ali Z., Trabelsi S., Debbeche R., Bouzaidi S., Moussa A., El jeri K., Mekki H, Ben Rejeb M., Houissa F., Salem M., Najjar T.
Service de Gastroentérologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

But : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la tumeur hépatique primitive la plus fréquente. Il se développe sur un foie de cirrhose dans 90% des cas. Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques du CHC sur foie de cirrhose.

Matériel et méthodes : étude rétrospective portant sur tous les cas de CHC sur cirrhose colligés dans le service de Gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicolle entre Avril 1997 et décembre 2009.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 111 cas de CHC ont été colligés, parmi eux 101 cas de CHC sur foie de cirrhose répartis en 64 hommes et 37 femmes, d'âge moyen de 65.4 ans (31 -88 ans). La cirrhose était d'étiologie virale dans la majorité des cas (post hépatite B ou C dans 19 cas et 46 cas respectivement) et était classée Child A, B et C chez respectivement 31, 51 et 19 patients. Le CHC était inaugural dans 68,3% des cas. le syndrome tumoral était la circonstance de découverte la plus fréquente (39 cas) suivie de la décompensation (23 cas) et du dépistage (20 cas). L'AFP était dosée chez 72 patients et variait de 1 à 6413 ng/mL avec une moyenne de 294,44 ng/mL. Sur le plan imagerie, l'échographie abdominale était réalisée chez tous les patients, la tomographie abdominale chez 64 patients et l'IRM hépatique chez 24 patients. Le diagnostic de CHC était fait de manière non invasive dans 95% des cas. Au terme du bilan d'extension, seuls 17 patients (16,8%) avaient un petit CHC. 8 patients ont été perdus de vue et 2 sont décédés avant la décision thérapeutique. Le traitement curatif concernait 14 patients (résection hépatique dans 1 cas, destruction percutanée dans 13 cas), le traitement palliatif (par chimiothérapie intra artérielle hépatique) concernait 6 patients. l'abstention était de mise chez 71 patients.

Conclusion : Dans notre série, le CHC survient sur foie de cirrhose dans 91% des cas. Le diagnostic repose sur des moyens non invasifs dans 95% des cas. Le traitement curatif n'a pu être proposé qu'à une minorité des patients (14%) puisque le CHC était le plus souvent découvert à un stade avancé.

CANCER ET INVALIDITE. A PROPOS DE 27 DOSSIERS TRAITES PAR LA COMMISSION MEDICALE D'INVALIDITE DE SFAX

Boudabbous J., Cheikhrouhou A., Baccari T, Triki L., Bouzid M.
Caisse Nationale d'Assurance Maladie DISTRICT Sfax

Pré requis : Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans le monde. Il est souvent source d'invalidité permanente et totale. Les demandes de pension d'invalidité sont traitées par une formation médicale régionale dite commission d'invalidité. Le fonctionnement et la composition de la commission médicale sont prévus par décret n°91-487 du 1^{er} avril 1991.

But : Evaluer la prévalence d'invalidité par maladie cancéreuse, étudier certains facteurs épidémiologiques : la répartition des patients en fonction de l'âge, du sexe et du secteur d'activité et identifier une éventuelle corrélation entre la mise en invalidité et le type de cancer.

Patients et méthodes: Etude rétrospective portant sur 662 demandes de pension d'invalidité, colligées par la commission médicale régionale d'invalidité de Sfax durant l'année 2009.

Résultats: Au cours de l'année 2009, la commission médicale de Sfax a statué sur 662 demandes d'invalidité toute pathologie confondue. 27 assurés (22 hommes et 5 femmes) sont atteints d'une maladie cancéreuse soit une prévalence de 4.1 %. L'âge moyen de nos patients était de 53 ± 4.3 ans (42-64 ans). Les malades étaient originaires de Sfax (18 cas), Gabes (3 cas), Djerba (3cas), Kebeli (2 cas) et Gafsa (1 cas). Dans notre série, les patients étaient répartis comme suit: 60 % des salariés non agricoles, 22 % du secteur agricole et 18 % du régime indépendant. Douze patients (44.5 %) provenaient du secteur du bâtiment et travaux publics (BTP). La répartition de notre série en fonction de la localisation du cancer, le délai d'apparition par rapport à la date de la commission, l'extension métastatique ainsi que le protocole thérapeutique sont résumés dans le tableau ci-dessous

Nombre	27
Cancer ORL	6 (22%)
Cancer sein	5 (18%)
Cancer broncho-pulmonaire	5 (18%)
Cancer digestif	3 (11%)
Cancer voies urinaires	2 (7%)
Cancer osseux	2 (7%)
Cancer SNC	1 (3.5%)
Cancer Hématologique	1 (3.5%)
Métastase	M+ 13 (45%) M- 10 (36%) Mx 4 (15%)
Durée d'évolution (ans)	4±2.1(20-0.5)
Chimiothérapie	8 (37%)
Chirurgie	12 (44%)
Radiothérapie	10 (38%)
Arrêt de travail	534j
DCD	0

La décision de la commission médicale était comme suit: pension d'invalidité accordée dans 23 cas (85.1%) ; demande de pension d'invalidité rejetée dans 4 cas (3 cas de cancer du sein et un cas de lymphome). Ces patients étaient totalement guéris sans séquelles avec bilan d'extension négatif. Une majoration de la pension pour tierce personne avait été accordée à deux patients (7.4 %).

Conclusion: Au cours de l'année 2009, les demandes d'admission en invalidité pour pathologie cancéreuse traitées par la commission de Sfax n'ont pas été fréquentes. Cependant les dossiers présentés ont été accordés dans la majorité des cas confirmant ainsi la sévérité de cette affection. Le secteur BTP était le « pourvoyeur » de pathologie cancéreuse dans notre série. Les demandes de pension d'invalidité rejetées pour des cancers du sein et dans un cas de lymphome témoignent du bon pronostic de ces néoplasies diagnostiquées précocement qui répondent très favorablement à une thérapie appropriée.

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET ASPECTS DIAGNOSTIQUES DE LA LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE A PROPOS DE 180 CAS

M.Medhaffar¹, A.Zitoun¹, Ines Jedidi², N.Ben Salah³, H.Elleuch⁴, H.Senana⁵, S.Hdiji¹, H.Bellaaj¹, N.Ajmi¹, O.Kassar¹, Ch.Kalloul², E.Gouider³, R.Hafsia³, J.Gargouri⁴, A.Saad⁵, M.Elloumi¹

1 Service hématologie clinique hopital Hédi Chaker Sfax

2 Laboratoire hématologie hopital Habib Bourguiba Sfax

3 Laboratoire hématologie hopital Aziza Othmana Tunis

4 Centre régionale de transfusion sanguine Sfax

5 Laboratoire cytogénétique Farhat Hached Sousse

Pré requis : La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est l'hémopathie maligne la plus fréquente du sujet âgé.

But : Décrire les caractéristiques épidémiologiques et diagnostiques de la LLC dans le sud tunisien.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective portant sur les observations de LLC suivies au service d'hématologie de l'hôpital Hédi Chaker entre 1991 et 2005. Le diagnostic a été porté devant une lymphocytose sanguine supérieure à 4000/mm³ persistante au-delà de 3 mois associée à une lymphocytose médullaire. Pour ces patients, une fiche a été conçue recueillant les données épidémiologiques (origine, âge, sexe), les données cliniques (adénopathies, splénomégalie...) et les données biologiques (hémogramme, immunophénotypage des lymphocytes réalisable à partir de l'année 2001, cytogénétiques). La stratification pronostique adoptée est celle de Binet (stade A, stade B et stade C).

Résultat : Au total 180 cas ont été colligés. L'âge médian était de 66 ans avec des extrêmes de 33 à 90 ans. Le sexe ratio était de 3,5. La majorité des patients était originaire de Sfax (46%) puis Gabes (17%) et Sidi Bouzid (10%). Un syndrome tumoral a été retrouvé chez 83% des patients, fait essentiellement d'adénopathies (82%) et de splénomégalie (66%). La lymphocytose sanguine variait de 4.000 à

680.000/mm³ avec une médiane de 50.000/mm³. Une anémie a été observée dans 78% des cas et une thrombopénie dans 43% des cas. Un immuno-phénotypage des lymphocytes sanguins a été réalisé pour 34 patients montrant un score de Matutès ≥ 4 dans tous les cas. Une étude cytogénétique conventionnelle a été réalisée chez 28 patients montrant des anomalies dans 36% des touchant essentiellement le chromosome 12. Finalement, selon la classification de Binet, les LLC ont été réparties en stade A, B et C dans respectivement 32, 29 et 39% des cas.

Conclusions : Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients de notre étude rejoignent celles de la littérature. Cependant nous avons plus de formes avancées (stade C) par rapport au pays occidentales du fait du retard diagnostique d'une part et la non réalisation systématique de l'hémogramme lors des bilans de routine.

DE NOVO CHILDHOOD ACUTE MYELOID LEUKAEMIA: ABOUT 54 CASES

Kassar¹ O., Kallel¹ F., Kammoun² Th., Jedidi³ I., Kallel³ Ch., Sennana⁴ H., Hdiji¹ S., Ben Mansour² L., Bellaaj¹ H., Ajmi¹ N., Saad⁴ A., Hachicha² M., Elloumi¹ M.

¹Department of hematology, CHU Hedi Chaker Sfax

²Department of pediatry, CHU Hedi Chaker Sfax

³Hematologic laboratory, CHU Habib Bourguiba Sfax

⁴Cytogenetic laboratory, CHU Farhat Hached Sousse

Background: Childhood acute myeloid leukemia (AML) represents 20% of childhood AL. They remain of bad prognosis, in spite of intensive therapeutic protocols.

Aim: To study diagnostic and therapeutic aspects of children de novo AML in a personal series.

Patients and methods: Retrospective study including 54 children (age ≤ 16 years) affected by de novo AML between 1996 and 2009 followed in Sfax hospital. Diagnosis has been established according to FAB classification. We analyze here epidemiological characteristic and diagnostic (clinic, biology) of these patients.

Results: The series included 31 girls and 23 boys (Sex Ratio=0.64). The median age was of 11 years. Splenomegaly and adenopathies were noted in 57%. Only one patient had a meningeal infiltration in the diagnosis. The median of WBC count at diagnosis was 52000/mm³ and hyperleucocytosis more than 50000/mm³ was noted in 28% of the patients. We noted anemia in all patients; the median count of platelet was 56000/mm³ and severe thrombopenia (platelet < 50000/mm³) was noted in 74%. Distribution according FAB classification was: 13% of AML1; 22% of AML2; 13% of AML3; 11% of AML4; 24% of AML5; 4% of AML6 and 13% unclassified. Cytogenetic of bone marrow cells showed chromosomal abnormalities in 24% of cases; only 7% of patients had favourable abnormalities.

Conclusion: Epidemiologic aspects of our patients showed more girls affected by leukemia than boy unlike to the literature results. The most frequent reason of consultation is anemia. Frequency of Tumoral syndrome (57%), the results of hemogram are similar than reported. Results of distribution according FAB classification showed more frequency of type 2 (22%) and type 5 (24%). However, for cytogenetic results, the most of our karyotype is normal (74%) and this is not the case in the literature in which more than 90% shown chromosomal abnormalities.

LES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES DES LEUCEMIES AIGUES LYMPHOBLASTIQUES DU SUD TUNISIEN A PROPOS DE 157 CAS

M.Medhaffar¹, I.Frikha¹, F.Kallel¹, Ines Jedidi², H.Elleuch³, N.Ben Salah⁴, H.Senana⁵, S.Hdiji¹, N.Ajmi¹, H.Bellaaj¹, O.Kassar¹, Ch.Kalloul², J.Gargouri³, E.Gouider⁴, R.Hafsia⁴, A.Saad⁵, M.Elloumi¹

1 Service hématologie clinique hôpital Hédi Chaker Sfax

2 Laboratoire hématologie hôpital Habib Bourguiba Sfax

3 Centre régionale de transfusion sanguine Sfax

4 Laboratoire hématologie hôpital Aziza Othmana Tunis

5 Laboratoire cytogénétique Farhat Hached Sousse

Pré requis : La leucémie aigue lymphoblastique (LAL) est définie par un envahissement de la moelle osseuse par une prolifération monoclonale de cellules lymphoïdes immatures. Elle atteint essentiellement l'enfant et moins fréquemment l'adulte.

But : Décrire les caractéristiques épidémiologiques et diagnostiques des LAL du sud Tunisien suivis au service d'hématologie de Sfax.

Patients et méthodes : Etude rétrospective ayant concerné les patients atteints de LAL et suivis au service d'hématologie de Sfax de Janvier 2000 jusqu'au Décembre 2007. Une fiche a été conçue recueillant les caractéristiques épidémiologiques, cliniques (signes d'insuffisance médullaire, syndrome tumorale...) et biologiques (hémogramme, myélogramme, immuno-phénotypage des blastes, caryotype).

Résultats : Nous avons colligé 157 cas de LAL : 101 enfants âgés de 1 à 15 ans avec une médiane de 08 ans et 56 adultes âgés de 16 à 56 ans avec une médiane de 23 ans. Le sexe ratio était de 1,8. Un syndrome anémique, un syndrome hémorragique, un syndrome infectieux et un syndrome tumorale ont été notés chez respectivement 54, 27, 43 et 74% des patients. Le taux médian des globules blancs était de 23.000/mm³. Une anémie et une thrombopénie ont été notées dans respectivement dans 94 et 80% des cas. Les LAL étaient de phénotype B dans 56 % et de phénotype T dans 44% des cas. Des anomalies cytogénétiques ont été observées dans 49 % des cas.

Conclusions : La LAL est une pathologie plus fréquente chez l'enfant que l'adulte aussi bien dans notre série que la littérature avec une

prédominance masculine nette quelque soit l'âge. Les caractéristiques cliniques et biologiques de nos patients rejoignent celles de la littérature pendant nous avons noté plus de phénotype T dans notre série.

CA1 - COMMUNICATIONS LIBRES AFFICHEES : PNEUMOLOGIE-ORL

EMBOLE PULMONAIRE AU COURS DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE : A PROPOS DE 7 CAS

M Mayara (1); L Ben Fatma (1); D Touati (1); L Rais (1); W Smaoui (1); M Krid (1); H Ben Maiz (2); S Beji (1); K. Zouaghi (1); F Ben Moussa (1)

(1) service de Néphrologie, Hopital la Rabta,

(2) Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale, Lr00Sp01,

Pré requis : L'embolie pulmonaire (EP) chez l'insuffisant rénal chronique (IRC) peut être favorisée par la néphropathie et constitue une cause de mortalité. Le diagnostic peut être difficile devant des signes cliniques polymorphes. Le pronostic vital et rénal est mis en jeu.

But : Déterminer les particularités cliniques, étiologiques et évolutives de l'EP

Patients et Méthodes : Un groupe de 7 patients atteints d'EP parmi 359 patients IRC hospitalisés dans un service de néphrologie sur une période de 3 ans (juillet 2007- avril 2010).

Résultats : Il s'agit de 5 F et 2 H avec un âge moyen de 56 ans (extrêmes : 35 à 74). La néphropathie initiale est une vascularite de Wegener dans 2 cas, une cryoglobulinémie dans un cas et une néphropathie lupique dans un cas. Le diagnostic d'EP a été confirmé par un angio-scanner dans trois cas et par scintigraphie pulmonaire dans deux cas. Tous les patients ont été mis sous héparine avec relais par anti vitamine K (AVK) pendant 6 mois. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique dans quatre cas et 3 décès. Aucune récurrence n'a été notée après un recul moyen de 57 jours.

Conclusion : L'EP chez les patients IRC est favorisée par le terrain. La clinique peut être polymorphe. Une anti-coagulation est indiquée si forte suspicion. L'EP sur ce terrain met en jeu le pronostic vital d'où la place prépondérante de la prévention.

TUMEURS THYMIQUES : UNE MEME LOCALISATION ET DES PRONOSTICS DIFFERENTS.

M. Triki, M. Abouda, M. Charfi*, J. El Ghoul, MH. Bouhaouala*, MR. Charfi

Service de Pneumologie - *Service d'Imagerie Médicale - Hôpital des FSI La Marsa

Pré requis : Les tumeurs thymiques représentent environ 20% de l'ensemble des tumeurs médiastinales. Elles regroupent un ensemble hétérogène de tumeurs dont les plus fréquentes sont les tumeurs épithéliales. Un diagnostic histologique précis est important du fait des différences de prise en charge et de pronostic.

But : Etudier les particularités cliniques, radiologiques et pronostiques de cinq observations de tumeurs thymiques d'histologie différente.

Observations : Il s'agit de trois hommes et deux femmes âgés en moyenne de 51,6 ans. La découverte était fortuite dans trois cas. Une myasthénie était révélatrice dans un cas et diagnostiquée en cours d'exploration dans un deuxième cas. La suspicion diagnostique était faite par la radiographie thoracique qui montrait un élargissement médiastinal. La preuve histologique a été obtenue par chirurgie dans quatre cas et par biopsie transthoracique dans un cas. Les tumeurs étaient classées en trois thymomes lymphoépithéliaux dont deux étaient invasifs, un lymphome lymphoblastique T et un lymphome hodgkinien. Un traitement chirurgical a été proposé chez quatre patients avec adjonction d'une radio-chimiothérapie dans un cas et de radiothérapie dans deux cas. Un seul patient a bénéficié d'une chimiothérapie isolée. La moyenne de survie était de 1,9 ans avec des extrêmes de 1 mois et de 3 ans. Les meilleures survies ont été observées avec les thymomes.

Conclusion : Notre travail met en évidence le caractère souvent fortuit de la découverte des tumeurs thymiques. Le tableau radio-clinique ne permet pas de prédire le type histologique. Ce diagnostic repose sur la biopsie. Le pronostic des thymomes est meilleur que les autres types histologiques.

LE MESOTHELIOME PLEURAL MALIN : A PROPOS D'UN CAS

A.Baroudi, H.Gannouchi, L.Daly, S.Fehri, M. Chatti, N. Rekik, F. Ben Salah.

Institut de santé et de sécurité au travail, Tunis

Pré requis : Le mésothéliome malin est considéré comme une tumeur presque spécifique d'une exposition à l'amiante. En effet, dans 70 à 80% des cas, on retrouve cette notion. Cependant cette atteinte n'est pas dose dépendante et elle peut se voir chez les agents d'entretien en milieu industriel.

But : Nous rapportons un cas de mésothéliome chez un agent d'entretien à la consultation d'institut de santé et de sécurité au travail.

Observation : Mr. A.Y âgé de 64 ans, électricien, diabétique sous antidiabétiques oraux depuis 10 ans, non fumeur et non alcoolique a consulté au service de pneumologie pour un tableau respiratoire aigu fait de douleurs basi-thoraciques droites, associées à une dyspnée et une toux sèche évoluant depuis 1 mois. La radiographie du thorax a décelé un épanchement pleural droit de grande abondance avec un liquide séro-hématique de type exsudatif à la ponction pleurale. La TDM a objectivé un épanchement abondant associé à un épaississement pleural irrégulier prenant un aspect nodulaire par endroits. Dans le cadre du bilan étiologique, l'analyse anatomo-

pathologique des nodules pleuro-pariétaux, conclut à un aspect histologique et immuno-phénotypique de mésothéliome pleural de type épithélial. L'enquête professionnelle a révélé une exposition à l'amiante pendant 7 ans dans une entreprise de distribution d'électricité et 22 ans dans des usines de production d'amiante ciment. L'origine professionnelle a été retenue et la déclaration en tant que maladie professionnelle a été faite au titre du tableau n°18 « Les poussières d'amiante ».

Conclusion : Les travaux de maintenance ou d'entretien susceptibles à l'inhalation de fibres d'amiante justifient certainement un suivi médical rigoureux et une surveillance post professionnelle afin de préconiser un dépistage et un traitement précoce de la maladie.

LYMPHOME B MEDIASTINAL A GRANDES CELLULES : A PROPOS DE 4 CAS

Bouallegue S¹, Ben youssef y¹, Zaeir M¹, Ben Fredj W¹, Ben Hassen I¹, Ben Said N¹, Korbi S², Khelif A¹

1 service d'hématologie Clinique CHU Farhat Hached Sousse

2 service d'anatomopathologie CHU Farhat Hached Sousse

Pré requis : Le lymphome B médiastinal à grandes cellules constitue une entité anatomoclinique d'individualisation récente. Il représente moins de 3% des lymphomes non hodgkiniens. Il touche volontiers l'adulte jeune de sexe féminin et son origine est probablement thymique. But : Etudier les aspects cliniques, anatomocliniques et thérapeutiques de cette pathologie.

Patients et méthodes : Etude rétrospective de 4 cas colligés entre 2005 à 2009 au service d'hématologie au CHU Farhat Hached Sousse

Résultats : L'âge moyen est de 37 ans, avec des extrêmes allant de 24 à 51 ans. La prédominance féminine n'a pas été notée, avec un sexe Ratio égal à 1. La présentation clinique est marquée par une gêne respiratoire, avec dyspnée, toux, une compression médiastinale (syndrome cave sup) chez les quatre patients. Un patient a présenté en plus une tuméfaction para sternale gauche. Des signes généraux à type d'altération de l'état général, amaigrissement étaient présents chez un patient. Les trois autres ont manifesté des sueurs nocturnes, fièvre et prurit généralisé. La radiographie du thorax a montré un élargissement médiastinal (IMT de 0.4 à 0.6). Le diagnostic était posé par une biopsie de la masse médiastinale prélevée par médiastinoscopie. Il s'agit dans les quatre observations d'une prolifération tumorale de cellules lymphoïdes de grande taille siégeant dans un tissu scléreux marquées par l'anticorps anti CD20. Le bilan d'extension a mis en évidence un stade I dans un cas, un stade II dans un cas et stade IV pulmonaire dans 2 cas. Le taux de LDH a varié de 429 à 1300 UI/l. Trois patients ont été traités selon le protocole GELT2002, par l'association du Rituximab à 4 cures ACVBP (adriamycine, cyclophosphamide, oncovin, bléomycine, prédnisone). Le quatrième a été traité par des cures CHOP de façon non protocolaire. L'évolution était favorable dans 3 cas avec une réponse supérieure à 75%. La prise en charge a été complétée par 2 cures Methotrexate, 4 cures Holoxan-VP16 et 4 séries d'Aracytine. Le quatrième patient est perdu de vue.

Conclusion : Les lymphomes B médiastinaux à grandes cellules constitue une entité clinique qui doit être bien connue. Elle est relativement rare. Le traitement de choix est l'association anti-CD20-poly chimiothérapie.

UN PHENOMENE DE RAYNAUD REVELANT UN ADECARCINOME PULMONAIRE

Dhaoui S, Kooli C, Azzabi S, Cherif E, Kaouech Z, Ben Hassine L, Khalfallah N.

Service de Médecine Interne B – Hôpital Charles Nicolle – Tunis.

Pré requis : Le cancer broncho pulmonaire est caractérisé par un polymorphisme clinique, il doit être évoqué devant toute symptomatologie pleuro-pulmonaire ou médiastinale chez un sujet fumeur. Il est rarement révélé par une symptomatologie extra pulmonaire telle qu'un syndrome paranéoplasique.

But : Rappporter le cas d'un adénocarcinome pulmonaire révélé par un syndrome paranéoplasique qui est le phénomène de Raynaud associé à une altération de l'état général sans aucune manifestation thoracique chez un patient.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 77 ans tabagique à 30 PA, sans antécédents pathologiques notables, admis pour exploration d'un phénomène de Raynaud bilatéral épargnant les deux pouces avec AEG et céphalée évoluant depuis 5 mois associés à un syndrome inflammatoire biologique. Les signes révélés par l'examen physique étaient une ulcération pulpaire au niveau du majeur droit, des râles ronflants à l'auscultation des 2 CP avec une adénopathie sus claviculaire droite, le reste de l'examen était sans particularité. L'étiologie la plus probable pour le phénomène de Raynaud chez ce patient était le syndrome paranéoplasique. Vu la notion de tabagisme, le cancer du poumon était le plus probable. La radio du thorax a montré une opacité hilare gauche rétractile avec des adénopathies médiastinales. Le scanner thoracique a montré une masse tissulaire centrée sur les segments apical et postéro basal du lobe inférieur gauche faisant 8x5 cm, envahissant la veine pulmonaire supérieure gauche qui est le siège d'un thrombus tumoral intraluminal, une lymphangite carcinomateuse, de multiples adénopathies médiastinales et sus claviculaire droite, doute sur un thrombus dans le VD. L'ETT a conduit à une masse tissulaire de 13 mm attachée à la face ventriculaire droite du SIV. La fibroscopie bronchique a montré un aspect infiltratif de la BSG, LSG et LIG complètement sténosés avec aspect bourgeonnant. L'examen anatomopathologique des biopsies bronchiques a confirmé qu'il s'agit d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire. Le scanner cérébral et abdominal était sans anomalies. Devant le stade avancé de la tumeur, avec présence de métastases, il a été mis sous chimiothérapie palliative. L'évolution a été marquée par l'installation de palpitations en rapport avec les extrasystoles pour lesquelles il a été mis sous cordarone. Le bilan biologique à sa sortie a mis une thrombopénie à 54000/ml avec des D-Dimères élevées à 3,05 ug/ml évoquant le début d'une CIVD.

Conclusion : La recherche d'une néoplasie doit être systématique devant tout phénomène de Raynaud bilatéral avec ulcération ou nécrose digitale d'installation récente chez un sujet âgé.

METASTASE INTRA-MEDULLAIRE D'UN CARCINOME EPIDERMOÏDE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

J. El Ghoul, M. Abouda, M. Triki, H. Khouani, MR Charfi
Service de Pneumologie – Hôpital des FSI La Marsa

Pré requis : Dans les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules, la majorité des lésions médullaires secondaires sont extra-durales. L'atteinte métastatique intra-médullaire reste rare et de mauvais pronostic.

But : Rappporter une observation de métastase intra-médullaire d'un cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 71 ans, connu porteur d'un carcinome épidermoïde bronchique droit au stade de métastases cérébrales qui a bénéficié d'une radiothérapie cérébrale palliative et d'une chimiothérapie. Trois mois plus tard, il a présenté un déficit moteur des membres inférieurs, des troubles sphinctériens et une hypoesthésie superficielle allant jusqu'à D8-D9. L'IRM médullaire faite en urgence a conclu à une lésion expansive intra-médullaire située au niveau du cône terminal mesurant 17x11 mm entourée par un important œdème péri-lésionnel, dont l'aspect est fortement évocateur d'une localisation secondaire. Le patient a été mis sous corticothérapie à forte dose, suivie par des séances de radiothérapie médullaire à une dose de 20 Grays en 5 fractions. L'évolution initiale était rapidement favorable au premier mois avec reprise de la marche. Mais, au cours du 3^{ème} mois, le patient s'est aggravé sur le plan neurologique avec installation d'infections urinaires à répétition. Il est décédé 1 mois plus tard.

Conclusion : Les métastases intra-médullaires sont considérées comme des urgences neurologiques et leur pronostic reste péjoratif. Contrairement aux lésions extra-durales qui peuvent bénéficier d'une prise en charges pluridisciplinaires (décompression, radiothérapie, chimiothérapie), les métastases intra-médullaires n'ont pas, jusqu'à présent, de traitement codifié, compte tenu de leur rareté et des difficultés de leur siège.

HYPERSENSIBILITE IGE MEDIEE OU HISTAMINOLIBERATION SECONDAIRE A LA CISPLATINE : DILEME DEVANT UN ANGIOEDEME DE LA FACE.

M. Abouda, M. Triki, J. El Ghoul, W Bouhaoual, Y. Amara*, M. Ben Cheikh*, MR Charfi.
Service de Pneumologie - * Service de Réanimation - Hôpital des FSI La Marsa

Pré requis : Les réactions d'hypersensibilité aux sels de platine sont fréquentes et parfois graves. Ces effets surviennent habituellement après plusieurs cures. Les manifestations cliniques peuvent être sévères et imposer l'arrêt du traitement, privant le patient d'un pilier thérapeutique dans le traitement du cancer du poumon. Il convient donc de s'assurer de la nature immunologique de la réaction avant de prendre la décision d'un arrêt définitif.

But : Rappporter le cas d'un patient âgé de 74 ans traité pour un carcinome à petite cellule localisé du poumon.

Observation : Patient âgé de 74 ans traité pour un carcinome à petite cellule localisé du poumon. Il a bénéficié d'une première cure de cisplatine et d'étoposide qui s'est déroulée sans incidents. Lors de la deuxième cure et au bout de 30 min d'injection de cisplatine, le patient a présenté un angioœdème de la face avec hypertension artérielle à 18/10. L'injection a été immédiatement arrêtée avec administration de 100 mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone. L'état du patient s'est rapidement stabilisé. Les injections d'endasetron et d'étoposide sous surveillance stricte pendant les jours suivants se sont déroulées sans incidents. A quatre semaines de la réaction, le Prick-test et l'intradermoréaction (IDR) à la cisplatine à dose progressivement croissante se sont révélés négatifs. Une épreuve de réintroduction est alors tentée en milieu de réanimation avec une prémédication (antihistaminique et corticoïdes) et un allongement du temps de la perfusion. Aucune manifestation d'hypersensibilité n'est survenue. Le patient a alors reçu le reste des injections de cisplatine sans incidents.

Conclusion : L'allergie vraie à la cisplatine est peu fréquente et les réactions d'histamino-libération peuvent mimer un mécanisme IgE médié. Notre observation montre l'intérêt de s'acharner à confirmer cette allergie par des tests allergologiques, vu les implications thérapeutiques qui peuvent en découler.

ALLERGIE AUX MOISSURES : ASPECTS CLINIQUES ET ASSOCIATIONS ALLERGENIQUES.

J. El Ghoul, M. Triki, M. Abouda, H. Khouani, K. Zehri, MR. Charfi.
Service de Pneumologie. Hôpital des F.S.I. la Marsa.

Pré requis : Les moisissures tiennent une part non négligeable dans l'allergie respiratoire aux pneumallergènes. Le profil clinique de ce type d'allergie et les principaux allergènes impliqués ont rarement été étudiés en Tunisie.

But : Etudier les manifestations cliniques, le profil allergénique et les associations allergéniques de l'allergie aux moisissures.

Matériel et Méthodes : Nous avons colligé à notre consultation d'allergologie 474 patients, soit 11,1% de l'ensemble des patients ayant un prick-test positif, qui présentaient une allergie aux moisissures : 307 adultes dont 123 femmes et 167 enfants.

Résultats : Le profil clinique a montré une prédominance de la rhinite dans 78,4% des cas, suivie de l'asthme dans 59,7%, de la conjonctivite dans 33,3%, et de la dermatose dans 4,8%. Les détails des moisissures ont montré une prédominance de l'alternaria (63,9%), suivie du pénicillium (27,5%) puis du cladosporium (20,6%) et enfin l'aspergillus (14,5%). 70 patients (14,7%) avaient une allergie isolée aux moisissures. Les associations allergéniques concernent en majorité les acariens (57,3%), les pollens (51,2%), les poils d'animaux (28,4%), les blattes (27,9%).

Conclusion : La sensibilisation aux moisissures est retrouvée chez 11,1% des allergiques dans notre pays, dominée par l'alternaria. Le profil clinique de cette allergie montre une fréquence plus faible de la rhino-conjonctivite par rapport à la population générale des

allergiques. Les associations allergéniques sont significativement plus fréquentes avec les pollens, les blattes et les poils d'animaux qu'avec les acariens.

LA CRISE D'ASTHME AIGU GRAVE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 60 OBSERVATIONS

Khémiri M, Ghali N, Yahyaoui S, Ben Romdhane M, Kazdaghli K, Barsaoui S
Service Médecine Infantile A. Hôpital d'Enfants. 1007 Tunis

Pré requis : La prévalence et la sévérité de l'asthme sont d'une augmentation considérable dans le monde entier. La crise d'asthme aigu grave (AAG) est une complication redoutable de la maladie asthmatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

But : Analyser les caractéristique, cliniques et thérapeutiques de la crise d'AAG afin de dégager les facteurs impliqués dans sa survenue et d'en déduire les modalités de prévention.

Méthodes: Étude rétrospective de 60 observations d'AAG colligées entre 1998 et 2006 dans un service de Pédiatrie générale. Ont été inclus les enfants hospitalisés pour crise d'asthme et ayant présenté malgré un traitement broncho-dilatateur bien conduit des signes imminents d'insuffisance respiratoire aiguë

Résultats: L'incidence moyenne était de 2.26 nouveaux cas d'AAG/an/1000 hospitalisations et de 9.56 nouveaux cas d'AAG/an/100 hospitalisations pour asthme. L'âge moyen était de $5 \pm 3,86$ ans (2-14 ans). La moitié des enfants avaient moins de 4 ans. Le sex-ratio était de 0,87. Le niveau socioéconomique était bas ou moyen dans 97% des cas. Quatre vingt pour cent des enfants demeurent au grand Tunis et 20% proviennent de gouvernorats éloignés. La structure sanitaire la plus proche du domicile était un dispensaire dans 75% des cas. L'asthme a été classé persistant modéré à sévère dans 66% des cas. Le suivi médical antérieur a été assuré par un pédiatre dans 81% des cas. Parmi les enfants atteints d'asthme persistant, seuls 65% étaient sous traitement de fond par des corticoïdes inhalés avant la crise d'AAG. Quatre vingt dix pour cent parmi eux, avaient une mauvaise observance thérapeutique et 45% avaient une technique d'inhalation inadéquate. Ainsi, 70% avaient un asthme non contrôlé et 30% partiellement contrôlé. Le délai moyen de consultation était de 1,47 jours (0,5-4 jours). Le retard de consultation était significatif chez les enfants provenant des gouvernorats éloignés (2,08 versus 0,86 jours ceux du Grand Tunis; $p=0,022$). Parmi eux, trois enfants ont été admis dans un tableau de coma et ou d'épuisement respiratoire. Malgré la présence de signes annonciateurs d'exacerbation, 66% de nos malades n'avaient reçu aucun traitement à domicile. La durée moyenne d'observation aux urgences était de 47 ± 20 minutes (0-4 heures) et l'évaluation initiale de la gravité de la crise était incorrecte dans 52% des cas. Sept patients avaient nécessité une ventilation mécanique et 20 avaient nécessité un traitement par salbutamol intraveineux. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 ± 2 jours et la mortalité liée à l'AAG était de 1,6%.

Conclusion: L'âge inférieur à quatre ans, l'inaccessibilité aux soins, l'insuffisance du contrôle de la maladie asthmatique, ainsi qu'une évaluation et un traitement inappropriés d'une crise d'asthme sont les principaux facteurs impliqués dans la survenue d'AAG dans notre série. La prévention de l'AAG nécessite l'amélioration de la prise en charge au long cours avec une éducation intensive des parents d'enfants à risque.

RHINITE ALLERGIQUE EN TUNISIE : A PROPOS DE 4923 CAS.

M. Triki, H. Khouani, M. Abouda, J. El Ghoul, R. Henana, MR. Charfi.
Service de Pneumologie. Hôpital des F.S.I. la Marsa. Tunisie.

Pré requis : Symptôme majeur, la rhinite représente le motif prédominant de consultation en allergologie de part son inconfort et ses répercussions sociales et personnelles pour le patient.

But : Préciser la prévalence de la rhinite allergique et ses associations cliniques et étudier son profil allergénique.

Matériel et Méthodes : Sur 8165 patients qui ont consulté pour suspicion d'allergie à l'hôpital des F.S.I., 6849 avaient une rhinite, soit 83,8% des consultants. Le diagnostic d'allergie a été posé en se basant sur une enquête clinique et allergologique évocatrice.

Résultats : Le diagnostic d'allergie a été retenu chez 4923 patients soit 71,8% des patients rhinitiques, répartis en 1664 enfants et 3259 adultes dont 1468 femmes. Parmi ces patients, la rhinite était isolée dans 25,5% des cas. Les associations les plus fréquentes étaient avec l'asthme dans 33% des cas, puis la conjonctivite dans 20% des cas. L'association asthme-rhinite-conjonctivite a été observée dans 21,4% des cas. Concernant le profil allergénique, les tests cutanés étaient positifs chez 3737 patients (soit 75,9%). Nous avons mis en évidence une prédominance de la sensibilisation aux acariens (69,8% des tests positifs), suivie des pollens (42,5%), des poils d'animaux (25,5%), des blattes (21,3%) et des moisissures (10,8%). Le profil allergénique selon la symptomatologie clinique montre les résultats suivants :

	Acariens	Pollens	P o i l s d'animaux	Blattes	Moisissures
Rhinite	61,1%	38,4%	24,4%	23,2%	10,3%
Rhinite+Asthme	76,2%	37,1%	28,6%	20,4%	12,6%
Rhinite+Conjonctivite	63,4%	51,9%	19,6%	19,1%	9,2%
Rhinite+Asthme +Conjonctivite	75,3%	45%	27,6%	22,8%	10,1%

Conclusion : La rhinite est sans conteste le symptôme majeur en cause dans l'allergie. Elle est souvent associée à l'asthme. Les trois quarts de ces patients présentent des tests cutanés positifs. L'allergie aux acariens est surtout retrouvée dans l'association asthme-rhinite, alors que celle aux pollens est plus fréquente dans la rhino-conjonctivite.

RHUME DES FOINS QUAND TU NOUS TIENS !

M. Abouda, H. Khouani, J. El Ghoul, M. Triki, R. Henana, S. Turki, MR. Charfi.
Service de Pneumologie. Hôpital des F.S.I. la Marsa.

Pré requis : La rhinite pollinique ou rhume des foins représente un motif très fréquent de consultation en allergologie. L'interrogatoire et le caractère saisonnier permettent de cerner l'allergène suspecté.

But : Préciser la prévalence de ce symptôme, les associations cliniques, et le profil allergénique de la rhinite allergique pollinique.

Matériel et Méthodes : Nous avons colligé à l'hôpital des F.S.I. 4923 patients souffrant d'une rhinite et diagnostiqués allergiques représentant 71,8% des consultants. 3737 de ces patients (75,9%) présentaient des tests cutanés positifs. Nous nous sommes intéressés dans cette population à tous les rhinitiques allergiques ayant un test cutané positif pour au moins un allergène pollinique.

Résultats : 1562 (41,8%) présentaient une rhinite pollinique se répartissant en 366 enfants et 1196 adultes (dont 512 femmes). Les associations cliniques montrent une prédominance de la rhinite associée à l'asthme dans 28% des cas, suivie de près de l'association rhinite-conjonctivite dans 26,2% des cas et de la triade asthme-rhinite-conjonctivite dans 25,4% des cas. La rhinite pollinique était isolée dans 20,2% des cas. Le profil allergénique montre une prédominance des herbacées avec 54%, suivies des graminées-céréales 48,5%, puis des arbres 46,8%. Les pollens d'olivier et cyprès se répartissaient respectivement en 66% et 33% des pollens d'arbres.

Conclusion : La rhinite pollinique représente près de la moitié des rhinites allergiques. Il apparaîtrait que la rhinite associée à l'asthme et/ou à la conjonctivite est plus fréquente que la rhinite isolée. Parmi les sensibilisations aux pollens, l'allergie aux herbacées prédomine suivie des graminées.

METASTASES PULMONAIRES REVELATRICES D'UN CARCINOME PAPILLAIRE DE LA THYROÏDE

R.Zainine, S. Sahtout, R. Bachraoui, S. Kharrat, C.El Aoud, S. Tababi, N. Beltaief, G. Besbes
Service ORL et CMF de l'hôpital La Rabta

Pré requis : Les carcinomes différenciés de la thyroïde se développent à partir des cellules vésiculaires (ou folliculaires). Ils constituent 80 à 90 % de l'ensemble des cancers de la thyroïde et sont représentés par deux types histologiques : le carcinome papillaire et le carcinome vésiculaire (ou folliculaire). Les carcinomes papillaires représentent 80 à 85% des carcinomes différenciés. Ils sont généralement révélés par un nodule thyroïdien plus rarement par une métastase à distance observée dans 2 à 10 % des cas.

But : Rapporter l'observation d'un carcinome papillaire révélé par une métastase à distance.

Observation: Il s'agit d'une femme âgée de 67 ans qui présentait un goitre multinodulaire évoluant depuis 1 an avec une dyspnée d'effort d'aggravation progressive sans dysphagie ni dysphonie. Le plus gros nodule était lobaire gauche, dur et fixé. L'examen clinique n'a pas objectivé d'adénopathies cervicales ni de paralysie récurrentielle. A l'échographie les nodules étaient hypoéchogènes, mal limités sièges de micro-calcifications et de vascularisation centrale et périphérique. La radiographie du thorax a montré des images en lâcher de ballon avec au scanner présence d'une opacité ronde droite mal limitée. La fibroscopie bronchique est revenue normale. La cytologie et le lavage bronchique étaient en faveur d'un carcinome non micro cellulaire. La patiente a eu une thyroïdectomie totale avec un curage médiastino-récurrentiel bilatéral. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome papillaire multifocale de toute la glande thyroïde et le curage bilatéral est revenue métastatique. Cette patiente est décédée 1 mois après l'intervention suite à une détresse respiratoire aigüe.

Conclusion :

Les métastases sont rarement révélatrices de carcinomes différenciés de la thyroïde. Ce taux varie entre 2 et 10% dans la littérature. Un diagnostic précoce est nécessaire pour une prise en charge adéquate. La scintigraphie corps entier à dose thérapeutique d'iode 131 (3,7 GBq) est l'examen le plus performant puisqu'elle permet de visualiser ces métastases dans tous les cas.

PLACE DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES CARCINOMES ÉPIDERMOÏDES DES CORDES VOCALES : À propos de 4 cas.

Belajouza S¹, Jebzi M¹, Bouzouita K², Mokni M³, Bouaouina N¹.

1-Service Radiothérapie Carcinologique, CHU. Farhat Hached Sousse Tunisie.

2-Service ORL, CHU. Farhat Hached Sousse Tunisie.

3-Service Anapathologie, CHU. Farhat Hached Sousse Tunisie.

Pré requis : Le carcinome épidermoïde des cordes vocales est guérissable par chirurgie laryngée conservatrice ou radiothérapie externe exclusive.

But : Rapporter 4 cas de carcinome épidermoïde des cordes traités par radiothérapie.

Méthodes : Nous en rapportant 4 cas colligés dans le service de Radiothérapie Carcinologique de Sousse, entre 1995 et 2008.

Résultats : Il s'agit de 4 patients de sexe masculin, d'âge moyen de 71 ans (extrêmes : 62-78 ans). Un seul patient avait des antécédents de

chirurgie laryngée de type conservatrice pour, probablement, pathologie laryngée tumorale bénigne. Le principal motif de consultation, chez nos patients, était une dysphonie. Dans tous les cas, il s'agissait d'un carcinome épidermoïde invasif, moyennement à bien différencié, développé, au dépend de la corde vocale gauche dans deux cas et de la corde vocale droite dans les deux autres cas. Après bilan d'extension comprenant : panendoscopie, radiographie du thorax et échographie abdominale, les tumeurs étaient toutes classées T1a N0 M0 selon la classification TNM 2002. La décision thérapeutique était commune à tous les sujets : Irradiation externe exclusive de l'étage glottique à des doses comprises entre 70 et 74 Gy, en étalement fractionnement classique, par deux champs latéraux dont la taille était en moyenne de 6 x 6 cm, à l'exception du patient traité antérieurement pour problème laryngé, chez qui une irradiation plus large, incluant de manière prophylactique les ganglions cervicaux bilatéraux à la dose de 54 Gy a été décidé, sauf que ce patient est perdu de vue en cours de traitement. L'évolution était bonne dans 2 cas avec une rémission complète, après un recul de 7 et 15 ans. Les 2 autres patients étaient perdus de vue précocement.

Conclusion : La radiothérapie externe, en tant que traitement exclusif des carcinomes épidermoïdes des cordes vocales, est un traitement validé avec des taux de contrôle local et de survie globale à 5 ans avoisinant les 100%.

AMYLOSE OROPHARYNGEE. A PROPOS D'UN CAS

Zainine R, Hachicha A, Charfeddine A, Kharrat S, Tababi S, Beltaief N, Sahtout S, Besbes G

Service d'ORL et CMF La Rabta

Pré requis : L'amylose est une maladie caractérisée par le dépôt au niveau des organes d'une substance insoluble dite amyloïde agencée en fibrilles. L'amylose peut être primitive ou secondaire, systémique ou localisée. Les amyloses localisées isolées sont rares et représentent moins de 10% des amyloses. Les localisations ORL sont exceptionnelles. L'atteinte de l'oropharynx est encore plus rare.

But : Rappporter une nouvelle observation d'amylose oropharyngée.

Observation : Il s'agit d'un homme, âgé de 52 ans sans antécédents pathologiques, qui nous a consulté pour une tuméfaction basicervicale antérieure augmentant progressivement de volume associée à une dysphagie aux solides et une dysphonie évoluant depuis 3 ans.

L'examen clinique trouvait un nodule lobaire droit de la thyroïde de 3 cm de diamètre. Les aires ganglionnaires cervicales étaient libres à la palpation. A la nasofibroskopie laryngée, Il existe une formation bien limitée régulière recouverte d'une muqueuse saine faisant 3 cm de grand axe siégeant au niveau de la vallécule gauche s'étendant à la région sous amygdalienne homolatérale. La TDM cervicale avait montré un processus tissulaire de l'hypopharynx mal limité mesurant 30 mm hétérogène avec des calcifications focalisées. Le larynx était normal.

Le malade a été opéré. Il a eu une exérèse par voie endobuccale de la formation valléculaire avec un contrôle endoscopique. Ce geste a été complété par une loboisthméctomie droite.

L'examen anatomopathologique définitif a conclu à une amylose oropharyngée associée à un adénome thyroïdien. Le patient a été adressé en médecine interne où un bilan général a été pratiqué et était négatif concluant à une amylose localisée. Les suites étaient favorables. Le recul est de 12 mois.

Conclusion : La localisation oropharyngée des tumeurs amyloïdes est rare. La symptomatologie fonctionnelle n'est pas spécifique. Le diagnostic est histopathologique. Un bilan général est nécessaire pour rechercher une autre localisation de l'amylose.

MUCORMYCOSE RHINOFACIALE : A PROPOS DE 2 CAS

R. Zainine, M. Sellami, W. Hannachi, S. Kharrat, S. Tabebi, N. Beltaief,

S. Sahtout, G. Besbes, Service d'ORL et CMF -hôpital La Rabta

Pré requis : Exceptionnellement observée, la mucormycose est une infection fongique aiguë gravissime qui survient chez les sujets immunodéprimés. Elle est due à un agent fongique ubiquitaire appartenant à l'ordre des mucorales. Les localisations rhinofaciales et cérébrales sont les plus fréquentes.

But : Préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette affection.

Observation : Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, aux antécédents de diabète insulino-dépendant, qui a consulté pour une tuméfaction génienne inflammatoire gauche douloureuse évoluant dans un contexte fébrile depuis huit jours et qui n'a pas cédé sous traitement médical. A l'examen, on a noté une tuméfaction jugale gauche étendue à la paupière inférieure et à la lèvre supérieure avec des caries dentaires multiples.

L'endoscopie nasale retrouvait des sécrétions purulentes au niveau de la cavité nasale gauche.

Une tomodynamométrie du massif facial avait révélé une pan-sinusite gauche associée à une infiltration des parties molles. La patiente a été alors mise sous traitement antibiotique à large spectre. L'évolution était marquée par une extension des lésions à l'hémiface avec l'apparition d'une ulcération nécrotique de l'hémipalais gauche, d'un chémosis d'une cécité gauche et l'installation d'un coma acido-cétosique. Le diagnostic de mucormycose était posé sur le tableau clinique et la découverte à l'examen mycologique de filaments mycéliens de l'ordre des mucorales. La patiente a été mise sous traitement antifongique (Amphotéricine B) et a eu un débridement chirurgical des lésions naso-sinusienne par voie paralatéronasale et transférée en milieu de réanimation. L'évolution était défavorable avec aggravation de l'état général et extension des lésions nécrotiques aboutissant au décès en quelques jours.

Conclusion : La mucormycose rhinofaciale est une infection fongique opportuniste, rare, rapidement extensive, responsable d'un taux élevé de mortalité. Elle nécessite un diagnostic précoce et doit être évoquée devant toute rhinosinusite traînante, une inflammation de

la région péri-orbitaire, uni ou bilatérale chez un patient à haut risque d'immunodépression, surtout s'il est diabétique. La rapidité du traitement permet seule d'espérer un succès dans une infection dont la mortalité reste encore élevée.

CA2 - COMMUNICATIONS LIBRES AFFICHEES : NEPHROLOGIE-UROLOGIE-GYNECOLOGIE

SYNDROME HEMOLYTIQUE ET UREMIE INHABITUEL : A PROPOS DE UN CAS

Mohamed Chermiti, Lamia Rais, Dorra Ben Aich, Ben Fatma Lilia, Krid Madiha, Smaoui Wided, Hédi Ben Maiz, Mohamed Karim Zouaghi, Soumaya Béji, Fatma Ben Moussa

Service de Néphrologie. Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.

Laboratoire de recherche en pathologie rénale LR 00 SP 01

Pré requis : L'incidence du SHU post-diarrhéique est particulièrement importante chez l'enfant. Cette forme post infectieuse existe néanmoins chez l'adulte et même chez le sujet âgé.

But : Rapporter une observation inhabituelle de SHU chez l'adulte.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 23 ans qui a présenté un syndrome hémolytique et urémique post-diarrhéique, avec insuffisance rénale oligo-anurique, anémie hémolytique et thrombopénie. La symptomatologie était particulière par l'absence d'hypertension artérielle et l'importance des signes neurologiques en rapport avec un œdème cérébral confirmé au scanner et à l'IRM cérébrale. A noter sur le plan biologique une hyponatrémie à 132 mmol/l. Sous traitement par PFC + traitement symptomatique, l'évolution était favorable, avec normalisation de la fonction rénale et des chiffres de plaquettes au bout de 15 jours et du taux d'hémoglobine au bout de 4 semaines.

Conclusion : L'HTA n'est pas un signe constant au cours du SHU de l'adulte. Si les signes neurologiques sont habituellement au second plan au cours du SHU de l'adulte, il faut toujours rechercher et corriger les facteurs aggravants.

HEPATITE VIRALE C ET REIN

S Aridhi, B Ben Dhaou, F Boussema, L Baili, S Ktari, O Cherif, L Rokbani

Service de médecine interne Hopital Habib Thameur.TUNIS

Pré requis : Les maladies hépatiques peuvent être responsables directement ou indirectement de maladies rénales. Parmi les atteintes rénales décrites associées au VHC, les glomérulonéphrites membranoprolifératives (GNMP) avec cryoglobulinémie est la plus fréquente, suivie des GNMP non cryoglobulinémiques et des glomérulonéphrites extra membraneuses(GEM).

But : Rapporter une observation d'un patient âgé de 69 ans ayant une hépatite virale C avec atteinte rénale.

Observation : Il s'agit d'un homme ayant comme antécédents un ulcère gastroduodéal opéré à 3 reprises et des scarifications une fois par mois, il est hospitalisé dans le service de médecine interne à deux reprises pour anémie hypochrome microcytaire. L'évolution était marquée par la récurrence de son anémie (malade indiscipliné) et l'apparition d'un syndrome œdémateux. L'examen clinique a trouvé une hépatomégalie homogène. La biologie a objectivé un syndrome néphrotique et une insuffisance rénale à diurèse conservée (clairance à 18ml/mn). La sérologie de l'hépatite B négative et la sérologie de l'hépatite C était positive. La cryoglobulinémie était négative. Une ponction biopsie rénale réalisée a trouvé une glomérulonéphrite GNMP. Le patient a eu un traitement symptomatique à base de Lasilix et régime sans sel avec régression des œdèmes et amélioration de la clairance rénale à 25 ml/mn. Le traitement par ribavirine et interféron n'a pas pu être instauré.

Conclusion : Tout patient porteur d'une hépatopathie et présentant une altération de la fonction rénale doit bénéficier d'un bilan étiologique complet en vue d'un traitement spécifique.

NEPHROPATHIE PRIMITIVE A IGA A PROPOS DE 8 CAS

H El Gaied (1); L Ben Fatma (1); D Ben Aich (1); L Rais (1); W Smaoui (1); M Krid (1); H Ben Maiz (2); S Beji (1); K Zouaghi (1); F Ben Moussa (1);

(1) service de Néphrologie, Hopital la Rabta

(2)Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale, Lr00Sp01

Pré requis : La néphropathie primitive à IgA (maladie de Berger) est une glomérulonéphrite définie par la présence en immunofluorescence de dépôts mésangiaux d'IgA associée à différents degrés de prolifération mésangiale et d'expansion de la matrice mésangiale.

But : Etudier les caractéristiques cliniques, histologiques et l'évolution sous traitement de la néphropathie primitive à IgA.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de huit cas de néphropathie primitive à IgA retrouvée à la ponction biopsie rénale (PBR).

Résultats : Il s'agit de 5 H, 3 F dont l'âge moyen est de 38 ans. Cinq malades avaient une insuffisance rénale. Le dosage des IgA fait dans 5 cas est revenu normal dans tous les cas. Le diagnostic était confirmé par PBR chez tous nos malades. Aucune cause secondaire à cette néphropathie à IgA n'a été retrouvée chez nos patients. Le traitement instauré chez nos malades était des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) seuls dans 3 cas, IEC associés à une corticothérapie dans 2 cas. L'évolution s'est faite vers une négativation de la protéinurie dans un cas, une baisse de la protéinurie à 0.7 g/24H dans 4 cas. La fonction rénale s'est améliorée dans un cas et 2 patients sont en hémodialyse périodique d'emblée.

Conclusion : La néphropathie primitive à IgA est une maladie de l'homme jeune à évolution lente. La présence de l'insuffisance rénale justifie le traitement par corticoïdes avec une évolution favorable.

INFECTION CHEZ LES MALADES EN HEMODIALYSE CHRONIQUE CONVENTIONNELLE ET EN DIALYSE PERITONEALE : A PROPOS DE 81 CAS.

L. Rais, D. Touati, D. Ben aich, L. Ben Fatma, M. Krid, W. Smaoui, H. Ben Maiz¹, S. Beji, K. Zouaghi, F. Ben Moussa.

Service de Néphrologie. Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.

Laboratoire de recherche en pathologie rénale LR 00 SP 01

Pré requis : Les infections chez les malades dialysés sont fréquentes et représentent la seconde cause de mortalité.

But : Décrire les particularités cliniques, biologiques, bactériologiques et évolutives des infections survenant chez des malades dialysés chroniques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, descriptive, réalisée sur une période de 3 ans [Avril 2007 – Avril 2010] et ayant inclus les malades dialysés par hémodialyse chronique (HMD) ou par dialyse péritonéale (DP) et hospitalisés en raison d'une infection.

Résultats : La population étudiée a comporté 35 hommes et 32 femmes, d'âge moyen 53,7 ans, dialysés en moyenne depuis 21,8 ans par HMD (91%) et par DP (9%). La néphropathie initiale était diabétique (25%), indéterminée (18%), secondaire à une vascularite (13,5%), à une amylose (10,5%), à une tubulopathie myélomateuse (9%). 81 infections ont été notées (prévalence 36,5%) nécessitant une durée d'hospitalisation moyenne de 27 jours. Les manifestations révélatrices étaient : un syndrome inflammatoire biologique, une altération de l'état général, des signes d'appel, une fièvre et un état de choc dans respectivement 64%, 63%, 76,5%, 67,5% et 11%. L'infection était en rapport avec : infections de la voie d'abord (N=20), infections respiratoires basses (N=19), infections urinaires (N=19), infections cutanées (N=6), tuberculose (N=5), infections digestives (N=5), infections ORL (N=3), septicémie (N=3) et méningo-encéphalite à listéria (N=1). L'évolution sous traitement spécifiques était défavorable dans 16% des cas avec décès (N=5), endocardite infectieuse (N=2), SDRA (N=1), thrombophlébite septique (N=1), perte de l'ultrafiltration (N=2).

Conclusion : Le déficit immunitaire lié à l'insuffisance rénale ; l'abord vasculaire, porte d'entrée permanente ; le dialysat, potentiel vecteur d'endotoxines ; l'exposition plus grande par rapport à la population générale à certains germes et l'état nutritionnel sont autant de facteurs contribuant à cette vulnérabilité.

ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE L'INSUFFISANCE SURRENALIENNE

Khammassi N, Ben Mansour A, Mohsen D, Makni N, Hamza M.

Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien est particulièrement impliqué dans les réponses de l'organisme face à une situation stressante.

But : Attirer l'attention sur l'interaction entre le déficit en hormones corticotropes et l'apparition de troubles psychiatriques.

Patients et Méthodes : Notre étude porte sur 8 cas d'hypocortisolisme (5 cas d'hypocortisolisme primaire, 2 cas de syndrome de Sheehan et 1 cas d'hypopituitarisme), compliqués de manifestations psychiatriques rapportés rétrospectivement entre 1992 et 2000.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 50 ans. Le sexe ratio est de 5 femmes pour 3 hommes. 3 patients ont présenté un syndrome dépressif, 2 patients ont présenté des troubles du comportement, 2 patients ont présenté un syndrome hallucinatoire et 1 patient a présenté une psychose chronique à type de mutisme akinétique et négativisme.

Conclusion : Cette étude permet de rappeler les manifestations psychiatriques survenant à un moment ou à un autre au cours de l'évolution d'un déficit en hormones corticotropes ainsi que les difficultés du diagnostic et du traitement. En effet, ces désordres psychiatriques peuvent être au premier plan des manifestations cliniques à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique parfois important.

LES DYSTHYROÏDIÉS AU COURS DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE : A PROPOS DE 30 CAS

D Ben Aich (1); L Ben Fatma (1); Z El Ati (1); L Rais (1); M Krid (1); W Smaoui (1); H Ben Maiz (2); K Zouaghi (1); S Beji (1); F Ben Moussa (1)

(1) service de Néphrologie, Hôpital la Rabta,

(2), Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale, Lr00Sp01

Pré requis : La pathologie thyroïdienne au cours de l'insuffisance rénale chronique (IRC) est fréquente. Dans ce contexte, elle présente certaines particularités comme son mécanisme étiopathogénique ainsi que certaines particularités thérapeutiques.

But : Déterminer les particularités cliniques, biologiques et thérapeutiques dans un groupe de patients insuffisants rénaux chroniques atteints de dysthyroïdie.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective sur une période de 3 ans a concerné 30 patients atteints de dysthyroïdie parmi 359 patients hospitalisés pour une IRC. Résultats : Il s'agit de 12 H et 28 F d'âge moyen 55,9 ans classés CKD4 dans 6 cas et CKD5 dans 20 cas. Une hypothyroïdie a été retrouvée dans 27 cas avec un taux moyen de FT4 : 0.85 ng/dl (normes : 0.7 à 1.5) et TSH à 13,53 µUI/ml (normes : 0.1 à 4.5) cadrant avec une hypothyroïdie fruste dans 19 cas (TSH : 5.74 µUI/ml) et une hypothyroïdie franche dans 8 cas (FT4 : 0.56 ng/dl). Le traitement a été L-thyroxine dans 23 cas. L'hyperthyroïdie a été retrouvée dans 3 cas. Les taux moyens de FT4

et TSH sont à 8.11 ng/dl et à 2.6 µUI/ml. Le traitement a été basé sur l'iode radioactif dans 2 cas et le Benzothiouracile relayé par le Carbimazole dans un cas.

Conclusion : Les dysthyroïdies et surtout les hypothyroïdies sont très fréquentes au cours de l'IRC. Chez ces sujets, un dosage de TSH doit être systématique. Bien que le trouble biologique peut être mineur, il peut être responsable de complications cardio-vasculaires que le traitement substitutif peut éviter.

LYSE OSSEUSE SPONTANEE DES COTYLES EN CAS D'INSUFFISANCE RENALE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

M Mayara (1); L Ben Fatma (1); D Ben Aich (1); L Rais (1); D Touati (1); M Krid (1); W Smaoui (1); H Ben Maiz (2); S Beji (1); K Zouaghi (1); F Ben Moussa (1)

Service de Néphrologie, Hôpital la Rabta(2)

Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale Lr00Sp01

Pré requis : L'insuffisance rénale au cours de la polykystose rénale (PKR) est d'origine tubulo interstitielle. L'hyperparathyroïdie secondaire est fréquente et peut donner une fragilité osseuse responsable de fracture osseuse. La lyse spontanée des cotyles est une lésion très rare considérée comme une fracture spontanée.

But : Rapporter le cas d'une patiente insuffisante rénale chronique et qui a présenté une lyse osseuse bilatérale des cotyles.

Observation : Patiente C.H âgée de 60 ans suivie pour PKR associée à une insuffisance rénale chronique (créatinine 45 mg/l et clairance de la créatinine à 20 ml/min). Elle a présenté brutalement et sans aucun traumatisme des algies brutales de la hanche avec une impotence fonctionnelle deux membres inférieurs sans déficit sensitivo-moteur. La radiographie du bassin montre une luxation bilatérale de la hanche avec rupture des deux têtes des cotyles. Un scanner du bassin montre une fracture des deux parois antérieures des deux cotyles avec luxation centrale. A noter que la patiente présente une PTH : 400 ng/ml. L'indication d'une ostéosynthèse avec traction préalable au bloc a été posée mais la patiente est décédée dans les suites de la traction.

Conclusion : La lyse osseuse bilatérale des cotyles est une atteinte rare et considérée comme une fracture spontanée. Elle peut se voir en cas d'hyperparathyroïdie ou de fragilité osseuse importante et être associée à une luxation de la tête fémorale. Le traitement est basé sur l'ostéosynthèse après traction avec une longue période de rééducation fonctionnelle.

IgG4 RELATED SCLEROSIS : UNE ETIOLOGIE RARE D'INSUFFISANCE RENALE: A PROPOS D'UN CAS

D Touati (1); L Ben Fatma (1); Z El Ati (1); L Rais (1); W Smaoui (1); M Krid (1); H Ben Maiz (2); K Zouaghi (1); S Beji (1); F Ben Moussa (1)

(1) service de Néphrologie, Hopital la Rabta, Tunis,

(2) Laboratoire de Recherche en Pathologie Rénale

Pré requis : L'« IgG4 related sclerosis » est une entité pathologique très rare de description récente et dont l'étiopathogénie est non encore claire. Elle représente une maladie inflammatoire chronique. Le taux sérique des IgG4 est élevé et représente un marqueur diagnostique. L'insuffisance rénale chronique (IRC) associée à cette pathologie n'a pas été rapportée jusque là dans la littérature.

But : Rapporter l'observation originale d'une patiente chez qui le diagnostic de « IgG 4 related sclerosis » a été retenu et qui présente une IRC.

Observation : Il s'agit de la patiente M.A. Suivie depuis 3 ans pour une vessie neurologique et qui présente une altération de l'état général. A la biologie, une cholestase anictérique une lipasémie à 10 fois la normale avec anémie à 5 g/dl et thrombopénie avec un myélogramme normal. Par ailleurs, elle présentait une insuffisance rénale sévère par néphropathie interstitielle. Le diagnostic de l'« IgG4 related sclerosis » est confirmé par le dosage élevé des IgG4 sériques. Par ailleurs, la patiente a été traitée pour son « IgG4 related sclerosis » par une corticothérapie associée à l'hémodialyse chronique. A deux mois d'évolution, on assiste à une rémission de la pancréatite et une persistance de la cholestase.

Conclusion : L'« IgG4 related sclerosis » est une maladie très rare mais qui doit être évoquée devant des éléments cliniques et biologiques. Le pronostic dépend de la sévérité du tableau initial et de la précocité du traitement.

APPROCHE DIAGNOSTIQUE THERAPEUTIQUE DU PYONEPHROSE LITHIASIQUE. A PROPOS DE 16 CAS

Khouni Hassen, Bouchiba Nizar, Jemai Radhia, Ben Ali Moez, Charfi Mehdi, El Kateb Faycel, Chouchene Adnene, Bouhaouala Habib, Balti Med Hedi.

Service de chirurgie générale, Hôpital des F.S.I La Marsa.

Service de Radiologie, Hôpital des F.S.I La Marsa

Pré requis : Malgré l'apport incontestable des moyens d'imagerie moderne dans le diagnostic et le traitement, la pyonéphrose demeure encore une affection fréquente et grave, et qui conduit dans la majorité des cas à la néphrectomie, réduisant ainsi, le capital néphronique. Sous nos cieux, c'est l'un des principaux motifs d'hospitalisation en milieu d'urologie, du fait soit de l'insouciance du malade ou du fait d'un retard diagnostique ou thérapeutique.

Buts : Etayer les tableaux cliniques, qui peuvent être non spécifiques de cette affection grave et décrire les différentes alternatives diagnostiques et thérapeutiques des pyonéphroses, ainsi que le pronostic à court et à long terme.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective étudiant 16 cas de pyonéphrose lithiasique colligés au service sur une période de 9 ans,

s'étalant de Février 2001 jusqu'au Septembre 2009.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 45 ans (18- 67 ans). Il s'agit de 11 hommes et 5 femmes. La pyonéphrose lithiasique était de coté droit dans 9 cas, et à gauche dans 7 cas.

Le principal motif de consultation était les lombalgies signalées par 14 malades, suivi par l'altération de l'état général dans 9 cas. La fièvre (>38°C) était objectivée chez 13 malades, avec une sensibilité de la fosse lombaire dans tous les cas. Le syndrome inflammatoire non spécifique était présent dans tous les cas. L'ECBU (urine par voie basse ou prélèvement par la sonde de Néphrostomie) a isolé un germe dans 9 cas : 7 cas E. Coli et deux cas de Klebsiella Pneumonia. L'échographie rénale (pratiquée dans tous les cas) et l'Uroscanner, étaient de grand apport aussi bien pour le diagnostic que pour le drainage percutané des voies excrétrices (NPC). Le traitement a consisté en une antibiothérapie, indiquée dans tous les cas, suivie d'une néphrectomie immédiate (dans deux cas) ou en urgence différée dans sept (5) cas, et à distance dans neuf (9) cas. Avec un recul moyen de 15 mois (10-25 mois), nous n'avons pas recensé de complications immédiates ou secondaires graves.

Conclusion : Malgré l'apport incontestable des moyens d'imagerie moderne dans le diagnostic et le traitement, la pyonéphrose demeure encore une affection fréquente et grave, et qui conduit dans la majorité des cas à la néphrectomie, réduisant ainsi, le capital néphronique.

LA RUPTURE SPONTANEE DE LA VOIE EXCRETRICE SUPERIEURE : A PROPOS DE 12 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Pré requis : La rupture spontanée de la voie excrétrice urinaire (VE) est une pathologie rare, de diagnostic généralement aisé. Elle représente une urgence diagnostique et thérapeutique car elle peut exposer à des complications parfois redoutables surtout d'ordre infectieux.

But : Rapporter une série de rupture spontanée de la VE.

Patients et Méthodes : Revue rétrospective des dossiers de 12 patients hospitalisés pour rupture de la VE au service d'urologie Sahloul de Sousse entre 1991 et 2010.

Résultats : Il s'agissait de 8 hommes et 4 femmes. L'âge moyen a été de 56 ans. Les circonstances de découverte ont été des coliques néphrétiques hyper algiques dans tous les cas associés à une oligoanurie dans 5 cas. L'examen physique a noté une fièvre > à 38° c dans 4cas, on n'a pas noté de masses lombaires palpables. L'AUSP a montré une ou plusieurs opacités radio opaques sur le trajet de la VE homolatérale à la douleur. L'échographie a objectivé un épanchement péri rénal d'importance variable associé à une dilatation des cavités dans 12 cas. Un obstacle de nature lithiasique a été mis en évidence dans 8 cas. L'UIV et l'uroscanner ont été pratiqués dans 10 cas venant confirmer le diagnostic en montrant l'extravasation du produit de contraste. Le traitement a consisté à prescrire des antispasmodiques, des antalgiques et des antibiotiques dans tous les cas, suivie par la levée de l'obstacle dans un délai moyen des 24 h. La levée de l'obstacle a été réalisée par voie endoscopique dans 8 cas et par voie chirurgicale dans 4 cas. Le drainage par sonde JJ courte durée n'a été nécessaire dans 9 cas. L'évolution a été favorable sans aucune complication.

Conclusion : La nature de la VE urinaire est une pathologie rare de diagnostic facile. L'échographie est l'examen clé pour le diagnostic. Son traitement a largement bénéficié des progrès de l'endoscopie. L'évolution est souvent favorable, cependant des complications redoutables sont possibles.

HEMATOME SPONTANE DU CORDON SPERMATIQUE : A PROPOS D'UN CAS

Khouni Hassen, Bouchiba Nizar, Ben Ali Moez, Jemai Radhia, Charfi Mehdi, El Kateb Faycel, Chouchene Adnene, Bouhaouala Habib, Balti Med Hedi.

Service de chirurgie générale, Hôpital des F.S.I La Marsa.

Service de Radiologie, Hôpital des F.S.I La Marsa

Pré requis : L'hématome spontané du cordon spermatique est une entité bénigne rare de diagnostic souvent clinique, aidé au besoin par l'imagerie. Le traitement est souvent chirurgical.

But : Rapporter une nouvelle observation d'hématome spontané du cordon spermatique.

Observation : Un jeune homme de 25 ans, qui consulte pour des douleurs scrotales gauches d'installation brutale, sans notion de traumatisme. A l'examen, on note une masse sensible de l'orifice inguinal gauche de 4 cm de diamètre dépendante du cordon gauche. A l'échographie, présence masse kystique hétérogène contenant des fins échos à l'intérieur. L'exploration chirurgicale a révélé un hématome encapsulé du cordon gauche, confirmé à l'examen anatomo-pathologique. Il n'y a pas eu de récurrence avec un recul de 18 mois.

Conclusion : L'hématome spontané du cordon et une pathologie rare bénigne. Le diagnostic de certitude, ne pouvant être établi par l'examen clinique et l'échographie, nécessite généralement le recours à une exploration chirurgicale.

FISTULES VESICO-VAGINALES : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA PRISE EN CHARGE : A PROPOS DE 62 CAS

Ben mihoub mohamed, Hidoussi Adnène, Hmida Wissem, Slama Adel, Jaidane Mehdi, Ben sorba Nabil, Mosbah Faouzi. Service d'urologie Sahloul.

Pré requis : La fistule vésico-vaginale (FVV) qui est une affection très ancienne, d'étiologies diverses, voit son profil épidémiologique en train de changer dans notre pays par rapport aux autres pays africains.

But : Illustrer la stratégie Tunisienne de prise en charge des FVV.

Patients et méthodes : Etude rétrospective sur 62 cas colligés dans notre service d'urologie durant 29 ans (1982 – 2010). Pour mieux mettre en évidence l'évolution au fil des années, on détermine 6 périodes de 5 ans et l'incidence au cours de chacune d'elle. Le diagnostic est posé sur la clinique et paraclinique (UIV, UCR, Urethrocystoscopie, Epreuve au bleu de méthylène).

Résultats : L'âge de nos patientes varie entre 18 et 77 ans avec un âge moyen de 41 ans. Le nombre des patientes est 18 cas entre 1982 à 1986, 14 cas entre 1987 à 1991, 10 cas entre 1992 à 1996, 8 cas entre 1997 à 2001, 7 cas entre 2002 à 2005 et 5 cas entre 2006 à 2010. Les étiologies obstétricales dominent avec 42 cas (68%) et non obstétricales dans 20 cas (32%). Le nombre de fistules simples est de 45 cas (77 %) et de fistules complexes est de 17 cas (23%). Les voies d'abord chirurgicales préconisées sont la voie basse vaginale, la voie haute sous péritonéale transvésicale et la voie haute trans-péritonéo-vésicale. On a noté 10 cas de récurrences nécessitant une reprise et 3 cas ont nécessité une cystectomie avec une dérivation urinaire type Bricker.

Conclusion : En Tunisie la FVV est en nette décroissance sur le plan quantitatif et gravité grâce à l'éducation de la population féminine cible et aux progrès de la prise en charge, cependant on est encore un peu loin des pays occidentaux. On doit par conséquent promouvoir encore plus notre stratégie.

ABCES PROSTATIQUE : A PROPOS DE 9 CAS

Khouni Hassen, Bouchiba Nizar, Jemai Radhia, Ben Ali Moez, Charfi Mehdi, El Kateb Faycel, Chouchene Adnene, Bouhaouala Habib, Balti Med Hedi.

Service de chirurgie générale, Hôpital des F.S.I La Marsa.

Service de Radiologie, Hôpital des F.S.I La Marsa

Pré requis : L'abcès prostatique est une pathologie rare qui complique le plus souvent une prostatite aiguë. Le diabète est un des facteurs favorisants cette entité, et dont le diagnostic est souvent difficile en l'absence de symptomatologie clinique évocatrice.

But : Etudier les aspects clinique, paraclinique et thérapeutique des abcès prostatiques chez le sujet diabétique en s'aidant d'une revue de la littérature récente.

Patients et méthodes : Etude descriptive rétrospective de neuf (9) cas d'abcès prostatiques colligés au service depuis Mars 2002 jusqu'à Juin 2010.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 58,5 ans (42-81 ans). Tous nos patients avaient antécédent de diabète : dans 6 cas type I, dans deux cas type II et un cas d'insulino-nécessitant. Le principal motif de consultation était les troubles urinaires du bas appareil rapportés par 6 patients. A l'examen physique, la fièvre était objectivée chez 7 malades, et le TR a révélé une prostate douloureuse dans tous les cas. L'échographie prostatique sus pubienne a objectivé l'abcès dans 9 cas, dont la taille variait de 10 à 54 mm avec une moyenne de 18 mm. L'ECBU était positif dans 8 cas : 6 cas E. Coli, un cas de Klebsiella pneumoniae et un cas de Pseudomonas aeruginosa. L'antibiothérapie était instaurée dans tous les cas. On a eu recours au drainage de la collection chez 6 malades : deux cas par voie rectale (rectotomie) et dans quatre cas par voie trans urétrale endoscopique. L'évolution était favorable, et avec un recul moyen de 11 mois nous n'avons pas recensé de complications graves.

Conclusion : Les abcès prostatiques, pathologie actuellement rare mais grave, en particulier chez les diabétiques, nécessitent une prise en charge thérapeutique rapide et efficace chez ces patients potentiellement immunodéprimés.

LA STIMULATION NERVEUSE ELECTRIQUE TRANSCUTANEE (TENS) DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE NEUROGENE ET IDIOPATHIQUE : A PROPOS DE 24 CAS

Ben Mihoub Mohamed ; ; Bel hadj salah N ; Slama A ; Hidoussi A ; Hmida W ; Jaidane M ; Ben Sorba N ; Mosbah A T.

But : Démontrer l'efficacité du TENS dans le traitement de l'hyperactivité vésicale neurogène (HAVN) et idiopathique (HAVI).

Patients et méthodes : Etude rétrospective comportant 24 patients souffrant de symptômes d'hyperactivité vésicale n'ayant pas répondu aux anti-cholinergiques. Les patients étaient divisés en deux groupes selon l'étiologie : groupe 1 : HAVN post traumatique et groupe 2 : HAVI. Tous ces patients étaient traités par TENS en regard du S3. Le protocole adopté comportait une application d'une heure par séance, 3 séances par semaine durant 12 semaines sans utilisation concomitante d'anticholinergiques. Les patients étaient revus à l'arrêt du protocole puis à 3 mois et à 9 mois. L'évaluation était basée sur le catalogue mictionnel : volume de vidange mictionnel, intervalle inter-mictionnel diurne et nocturne, et fréquence de fuites urinaires (entre les auto-sondages pour les HAVN).

Résultats : *Groupe 1* comportait 15 patients (1 femme et 14 hommes), L'âge moyen était de 40 ans (27-63 ans). Une disparition des fuites urinaires entre les auto-sondages a été constatée chez tous nos patients avec diminution de la fréquence des auto sondages diurnes de 7-8 à 3-4 fois. Les résultats à 3 et 9 mois restaient stables. *Groupe 2* comportait 9 femmes, l'âge moyen était de 31 ans (27- 35 ans). La plupart des patientes (6, soit 66,6 %) étaient parfaitement continentes avec diminution de la fréquence mictionnelle et augmentation

du volume mictionnel à l'arrêt du protocole. Ce résultat s'est maintenu à 3 et 9 mois. Seulement 3 patientes avaient récidivé leurs symptômes et était peu satisfaites à l'arrêt du protocole nécessitant une autre alternative thérapeutique.

Conclusion : Les premiers résultats de la TENS chez des patients affectés d'hyperactivité vésicale idiopathique et neurogène sont encourageants. Il s'agit d'une technique efficace, simple, non invasive et peu coûteuse. Reste à confirmer ces résultats à long terme.

TUMEUR VESICALE ET HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

Ben Mihoub Mohamed, Bouaicha Taoufik , Hidoussi Adnène, Hmida Wissem, Slama Adel ,Jaidane Mehdi, Ben Sorba Nabil, Mosbah A . T. Service d'urologie Sahloul.

Pré requis : Eu égard aux prévalences élevées des tumeurs vésicales superficielles (TV) et de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) dans la population générale, leur association est une éventualité assez fréquemment rencontrée dans la pratique urologique courante. Le traitement simultané par voie endoscopique des tumeurs vésicales superficielles et de l'hypertrophie bénigne de la prostate a longtemps été un sujet de controverses.

But : Etudier le risque spécifique de récurrence prostatique lors de ce traitement endoscopique simultané.

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur l'ensemble des patients hospitalisés au Service d'Urologie du CHU Sahloul entre Janvier 1986 et Décembre 2009 et ayant eu un traitement endoscopique simultané d'une hypertrophie bénigne de prostate et d'une tumeur vésicale superficielle. 105 patients ont ainsi été colligés et constituent le groupe d'étude. Un groupe témoin a été constitué par tirage au sort de 105 patients ayant été hospitalisés pendant la même période dans le même service et ayant subi une résection endoscopique seule de tumeur vésicale superficielle. Les différentes variables cliniques, biologiques, opératoires, radiologiques, histologiques et évolutives ont été recueillies à travers le dossier médical. Les deux groupes ont été comparés pour les variables les plus importantes au moyen du test de Chi-deux, du test de Fisher et du test U de Mann-Whitney. L'examen clinique urologique comportait toujours un toucher rectal permettant d'estimer le poids de la prostate et d'apprécier l'état du plancher vésical.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 71 ans avec des extrêmes allant de 56 à 90 ans. L'hématurie (81%) et les troubles mictionnels étaient les principaux symptômes révélateurs.

La prostate était estimée petite chez 45% des patients, moyenne chez 50%, et grosse chez seulement 5% des patients. Le plancher vésical était jugé normal chez tous les patients. L'échographie était l'examen de première intention, réalisée chez 72,9% des patients. La cystoscopie permet d'évaluer très précisément la multifocalité, la taille et les localisations des tumeurs dans la vessie. Dans notre série, 82% des patients avaient une tumeur vésicale unique. La résection de la tumeur vésicale précédait la résection de la prostate chez 97,6% des nos patients ; 89,4% des patients du groupe d'étude avaient une tumeur au stade T1. Les autres avaient une tumeur au stade Ta. Les grades G1 et G2 étaient les grades les plus fréquemment retrouvés. Tous nos patients avaient une hypertrophie bénigne de la prostate. Le poids de résection de la prostate était entre 40 g et 60 g chez 70 % des patients. Une BCG thérapie post-opératoire est réalisée chez 80 %. Le recul moyen était de 28 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 11 ans. 21 patients du groupe d'étude soit 20% des cas avaient présenté au cours du suivi une ou plusieurs récurrences tumorales vésicales. Le délai moyen de récurrence était 18 mois avec une médiane de 13 mois et des extrêmes allant de 5 mois à 5 ans. Seulement 2 patients (soit 1,9 %) ont présenté au cours du suivi une récurrence tumorale au niveau de la loge de résection prostatique.

Conclusion : En cas d'association d'une tumeur vésicale superficielle et d'une HBP nécessitant un traitement chirurgical, la résection endoscopique simultanée peut être réalisée sans augmentation du risque de récurrence urothéliale prostatique et avec tous les avantages d'une seule hospitalisation.

COMPLICATIONS DES COELIOSCOPIES

Trabelsi. F ; Khedhiri. Z ; Fadhlaoui. A ; Kdous. M ; Ferchiou. M ; Zhioua. F ; Chaker. A

Service de Gynécologie Obstétrique et médecine de la reproduction-Hôpital Aziza Othmana-Tunis

Pré requis : La coelioscopie est une technique opératoire qui présente des avantages incontestables. Toutefois, elle reste émaillée de complications qu'il faut prévenir et juguler.

But : Rappeler les complications de la coelioscopie, leurs facteurs de risque et les moyens de prévention.

Patients et méthodes : Etude rétrospective colligeant 1127 patientes opérées dans notre service par coelioscopie durant une période de 6 ans allant du 1/01/03 au 31/12/08.

Résultats : Nous avons déploré 9 complications : 6 difficultés d'hémostase, 1 plaie vésicale, 1 perforation digestive et 1 hypercapnie résolutive. Aucun décès n'est survenu. Pas de complications anesthésiques majeures, pas de complications digestives et pas de complications infectieuses.

Conclusion : Le respect des contre indications, la préparation digestive préopératoire, le sondage vésical ainsi que la rigueur dans les gestes opératoires devraient réduire sensiblement le risque de complications liés à la coelioscopie.

COMPLICATIONS DE L'HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE

Trabelsi. F ; Khedhiri. Z ; Fadhlaoui. A ; Kdous. M ; Ferchiou. M ; Zhioua. F ; Chaker. A

Service de Gynécologie Obstétrique et médecine de la reproduction-Hôpital Aziza Othmana-Tunis

Pré requis : Avec l'expansion des techniques hystéroscopiques et la mise au point d'instruments sophistiqués conçus pour des actes

opérateurs spécialisés, l'hystérocopie chirurgicale a maintenant conquis une place importante dans le domaine de l'endoscopie gynécologique. Cependant, il s'agit d'une technique chirurgicale à part entière qui expose à des complications particulières.

But : Etudier les complications de l'hystérocopie opératoire, ses facteurs de risque, le traitement et les moyens de prévention.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 147 patientes qui ont eu une hystérocopie opératoire dans notre service durant une période de 2 ans allant du 1/01/07 au 31/12/08.

Résultats : La répartition des actes : 43 cures de synéchie, 40 myomectomies, 35 polypectomies, 26 cures de cloison utérine et 3 retraits de dispositif intra utérin. Nous avons déploré 6 complications : 4 complications mécaniques avec suites simples (2 dilacérations cervicales au cours de deux myomectomies et 2 perforations utérines l'une lors d'une de synéchie l'autre lors d'une cure de cloison utérine) ; 2 complications métaboliques mineures. Aucune complication hémorragique et aucune complication infectieuse.

Conclusion : L'hystérocopie opératoire est une technique anodine. Les complications possibles doivent être connues des opérateurs et seul le respect des règles de sécurité permet d'éviter la transformation d'incidents mineurs en accidents graves.

EFFICACITE ET ACCEPTABILITE DU MISOPROSTOL DANS LE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE L'AVORTEMENT INCOMPLET : A PROPOS DE 30 CAS.

NAJJAR M, BEN AMOR A, KOUKA L, BOULAARES A, NEJI K

Service des urgences gynéco-obstétricales – CMNT

But : Décrire l'efficacité et l'acceptabilité du traitement de l'avortement incomplet par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation.

Patients et méthodes : Trente patientes présentant un avortement spontané avant 12 SA avec persistance d'une partie du produit de conception objectivé par l'échographie endovaginale ont été incluses dans notre étude entre le 1er avril 2010 et le 10 juillet 2010. La distribution des comprimés s'effectue au service : la patiente absorbe en présence du résident trois comprimés de misoprostol (600 µg). En cas de problèmes ou de complications intercurrentes, la patiente consultera aux urgences du CMNT. Dans tous les cas, une consultation de contrôle est pratiquée après 7 jours pour vérifier la vacuité de l'utérus et l'absence de complications et pour une éventuelle contraception.

Résultats : Le succès de la méthode est évalué sur 27 patientes revues par un médecin du service des urgences dans un délai de 7 jours après l'absorption de misoprostol car 03 patientes ont été perdues de vues (10%). L'efficacité est de 92,59% (15/17). Deux aspirations chirurgicales ont été pratiquées (7,4% des cas) en raison d'un échec de la méthode (une rétention peu hémorragique et une hémorragie importante avec transfusion). Les questionnaires sur l'acceptabilité ont été récupérés pour 21 patientes (77,7%) ; 8 patientes (29,62%) jugent que le déroulement du traitement était globalement acceptable.

Conclusion : Le Misoprostol est aujourd'hui considéré comme une option pour un traitement adéquat de l'avortement incomplet car il s'agit d'une technique efficace et sûre qui contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle tout en limitant un tant soit peu l'encombrement des services de gynécologie.

CA3 - COMMUNICATIONS LIBRES AFFICHEES : GASTRO-ENTEROLOGIE-CHIRURGIE

LA CIRRHOSE BILIAIRE PRIMITIVE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

Y. Saïd, S.Khchira, A.Dabbabi, R.Debbeche, S.Trabelsi, S.Bouzaidi, A.Moussa, K.Eljeri, H.Mekki, M.Ben Rejeb, F.Houissa, M.Salem, T.Najjar

Service de Gastroentérologie. Hôpital Charles Nicolle Tunis.

Pré requis : La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une cholangite chronique destructrice non suppurée d'origine auto-immune caractérisée par une atteinte des petites voies biliaires.

But : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette hépatopathie.

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur tous les cas de CBP colligés dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicolle sur une période de 19 ans (1991-2009). Les syndromes de chevauchement CBP-hépatite auto-immune ont été inclus (N=3).

Résultats : 24 patients ont été inclus. Le suivi moyen était de 52 mois [1-168mois]. Les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de nos patients sont résumées dans le tableau suivant :

	Nombre des patients N=24
Sex-ratio H/F	2/22
Age du diagnostic	57,25 ans [28-75]
Signes fonctionnels :	
Prurit	12/24 (54,5%)
Ictère	10/24 (45,5%)
Asthénie	6/24 (27,3%)
Amaigrissement	4/24 (18%)
Découverte au stade de cirrhose	18/24(75%)
Biologie :	
-Cholestase	24/24 (100%)
-Cytolyse	18/24 (75%)
-Anticorps anti mitochondries positifs	21/24 (87,5%)
Maladies auto-immunes associés	12/24(50%)
Traitement :	
- AUDC	12/24
-AUDC+corticoïdes+azathioprine	1/24
-Traitement non spécifique	19/24
-Réponse au traitement spécifique	11/13

Conclusion : La CBP est une maladie rare qui touche la femme d'âge moyen. L'association à d'autres maladies auto-immunes est fréquente. Notre série se caractérise par la fréquence des formes diagnostiquées tardivement au stade de cirrhose.

LES TUMEURS ENDOCRINES DIGESTIVES : ASPECTS CLINIQUES ET MODALITES THERAPEUTIQUES A PROPOS DE NEUF CAS

Rjiba R¹, Bouzguenda R¹, Chafai R¹, Zaied S¹, Boudagga MZ¹, Landolsi A¹, Gharbi O¹, Hochlef M¹, Ben Fatma L¹, Mokni M², Ben Ahmed S¹.

1-Service de médecine carcinologique CHU Farhat Hached Sousse

2-Laboratoire d'anatomie pathologie CHU Farhat Hached Sousse

Pré requis : les tumeurs endocrines digestives (TED) constituent les plus fréquents de tumeurs endocrines (75%).Elles sont rares et ne représentent que 2% des tumeurs malignes digestives. C'est un groupe très hétérogène de tumeurs de pronostic très différent. On distingue les TED bien différenciés dont l'évolution est généralement lente et les TED peu différenciés caractérisées par leur agressivité et leur rapidité d'évolution.

Buts : Préciser les particularités cliniques, évolutives et thérapeutiques ainsi que les facteurs pronostiques de cette pathologie.

Patients et méthodes : Nous rapportons une série de 9 patients traités dans le service de médecine carcinologique du CHU Farhat Hached de Sousse entre janvier 2003 et juillet 2009. Tous les patients ont eu une confirmation histologique d'une tumeur endocrine, dont la localisation primaire digestive est confirmée par l'imagerie et/ou l'endoscopie .La mise à jour des dossiers a été effectuée en juin 2010.

Résultats : L'âge moyen était de 48,5 ans avec une nette prédominance masculine (7 hommes pour 3 femmes).La tumeur endocrine était fonctionnelle chez 3 de nos patients (flush syndrome). Elle était localisée au niveau de l'intestin grêle (n=3), estomac (n=3), pancréas (n=2) et la vésicule biliaire (n=1, localisation exceptionnelle). La TED était peu différenciée pour 7 de nos malades, bien différenciée pour le reste. Tous les patients avaient initialement des métastases hépatiques. Une chirurgie digestive palliative a été pratiquée chez la moitié de nos patients, sans chirurgie sur les métastases hépatiques. Sept malades avaient bénéficié d'une chimiothérapie palliative, un seul avait eu un traitement médical à base de l'analogue de la somatostatine. Trois patients sont encore en vie et sont en cours de traitement. Le reste de nos malades sont décédés avec une survie médiane de 14 mois.

Conclusion : Les TED sont rares et de pronostic différent. En cas de TED bien différenciée, la chirurgie est la seule modalité curative. Les TED peu différenciées conservent un pronostic effroyable, le traitement de référence reste la chimiothérapie.

EPIDEMIOLOGIE DE LA LITHIASSE BILIAIRE DANS UNE COHORTE HOSPITALIERE

Y. Said, M. Bouammoud, S. Trabelsi, R. Debbeche, S. Bouzaidi, A. Moussa, K. El jeri, H. Mekki, M. Ben Rejeb, F. Houissa, M.Salem, T. Najjar

Service de Gastroentérologie. Hôpital Charles Nicolle.Tunis

Pré requis : La lithiasse biliaire est une pathologie fréquente et souvent bénigne, qui se voit notamment chez les femmes, âgées entre 50 et 60 ans, obèses et aux facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète).

But : Décrire les facteurs de risque de la lithiasse biliaire chez des patients hospitalisés dans un service de gastro-entérologie.

Patients et méthodes : Etude prospective descriptive menée sur 6 mois (février -juillet 2010) colligeant les patients hospitalisés dans notre service, quelque soit leurs motifs d'hospitalisation, ayant subi une cholécystectomie ou qui présentaient une lithiase biliaire identifiée sur un examen d'imagerie.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 31 patients ont été colligés ; 19 femmes et 12 hommes, d'âge moyen de 57 ans ; 16 étaient cholécystectomisés et 15 étaient porteurs de lithiase biliaire .la lithiase était vésiculaire chez les 31 patients. Les facteurs de risque associés à la lithiase étaient la cirrhose (n=15), l'hypothyroïdie (n=6), le diabète et l'hypertension artérielle (n=7), la dyslipidémie (n=5), la maladie de Crohn iléale (n=2), la maladie de Caroli (n=1).

Conclusion : Notre série est particulière par la fréquence de l'association lithiase biliaire-hypothyroïdie qui mérite d'être confirmée par des études plus larges.

TUMEUR STROMALE DU GRELE DOUBLEMENT COMPLIQUEE D'UNE HEMORRAGIE ET D'UNE FISTULE GRELIQUE

Baraket O, Feki MN, Saidani A, Charri M, Bouchoucha S
Service de Chirurgie digestive - Hôpital régional de Bizerte

Pré requis : Les tumeurs stromales sont des tumeurs non épithéliales développées aux dépens du tissu conjonctif de la parmi des organes du tube digestif

But : Rapporter un cas de tumeur stromale grêlique doublement compliquée d'une hémorragie et d'une fistule grêlique.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 62 ans, hospitalisée en février 2007 pour hémorragie digestive haute de moyenne abondance. L'examen clinique était strictement. La fibroscopie digestive a montré deux polypes médiogastriques, sans stigmates de saignement. La patiente a été ensuite perdue de vue. Elle a été réadmise une année après pour masse épigastrique. A l'examen il s'agit d'une masse profonde fixe par rapport aux plans superficiel et profond. La fibroscopie ainsi que la coloscopie étaient normales. Le TOGD est en faveur d'une masse grêlique fistulisée. Le scanner abdominal a révélé un processus tumoral circonférentiel intestinal iléal gauche réduisant la lumière digestive. La patiente a été opérée ; en per opératoire il s'agit d'une grosse masse polylobée qui se développe au dépens de l'anse jéjunale et qui adhère au colon transverse. La patiente a eu une résection en monobloc de la tumeur emportant l'anse jéjunale et le colon transverse gauche. L'examen anatomopathologique a conclu à une tumeur stromale. Conclusion : Les tumeurs stromales ont vu leur incidence augmenter ces dernières années. Le traitement des GIST est chirurgical consistant en une résection R0 de la lésion. Cependant dans les formes non résécables ou métastatiques le Glivec est d'un grand apport.

LES ADENOCARCINOMES DE L'INTESTIN GRELE : ASPECTS CLINIQUES ET MODALITES THERAPEUTIQUES A PROPOS DE HUIT CAS

Rjiba R¹, Chafai R¹, Zaied S¹, Bouzguenda R¹, Makhloufi M¹, Landolsi A¹, Gharbi O¹, Hochlef M¹, Ben Fatma L¹, Mokni M², Zakhama A³, Ben Ahmed S¹.

1-Service de médecine carcinologique CHU Farhat Hached Sousse

2-Laboratoire d'anatomo-pathologie CHU Farhat Hached Sousse

3-Laboratoire d'anatomo-pathologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Pré requis : Les adénocarcinomes de l'intestin grêle sont des tumeurs malignes rares qui représentent moins de 2% des tumeurs digestives et elles sont de mauvais pronostic. La localisation la plus fréquente est le duodénum (50%), puis le jéjunum (30%) et l'iléon (20%).

Buts : Préciser les particularités cliniques, évolutives et thérapeutiques ainsi que les facteurs pronostiques de cette pathologie.

Patients et Méthodes : Nous rapportons une série de 8 patients traités dans le service de médecine carcinologique du CHU Farhat Hached de Sousse entre janvier 2003 et juillet 2009. Tous les patients ont eu une confirmation histologique d'un adénocarcinome intestinal. La mise à jour des dossiers a été effectuée en juin 2010.

Résultats : l'âge moyen était de 55 ans avec une nette prédominance masculine (6 hommes pour 2 femmes). La tumeur primitive était duodénale (n=4), jéjunale (n=2) ou iléale (n=2). L'adénocarcinome était peu différencié chez 6 de nos malades. Il était localement avancé (T3 ou T4) chez tous les patients avec une atteinte ganglionnaire (N+) confirmée histologiquement chez 2 malades. La tumeur était initialement métastatique dans la moitié des cas, tous étaient des métastases hépatiques. La chirurgie était soit palliative (n=4), complète (n=2) ou à visée biopsique (n=2). Tous les patients ont bénéficié d'une chimiothérapie : palliative (n=6) ou adjuvante (n=2). La surie médiane était de 14 mois tous stades confondus.

Conclusion : L'adénocarcinome de l'intestin grêle est un cancer rare de mauvais pronostic. Le traitement chirurgical reste le seul traitement potentiellement curatif. La chimiothérapie adjuvante est destinée pour les patients à haut risque de récurrence, considérés de mauvais pronostic. En situation palliative, la chimiothérapie palliative est le traitement de référence.

MALADIE DE CROHN COMPLIQUEE D'AMYLOSE RENALE : DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE

Y. Said, L. Hamzaoui, M. Lounissi*, S. Trabelsi, R. Debbeche, A. Moussa, S. Bouzaïdi, M. Salem, T. Najjar
Service de Gastroentérologie. Service de néphrologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Pré requis : L'amylose est une complication rare des maladies inflammatoires intestinales (MICI), en particulier de la maladie de Crohn. L'atteinte rénale peut conduire à une insuffisance rénale terminale et menacer le pronostic vital.

But : Illustrer à travers une observation les difficultés de prise en charge d'une MICI compliquée d'amylose rénale.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient, âgé de 30 ans, aux antécédents de rhumatisme articulaire aigu sans cardite au jeune âge et d'une maladie de Crohn (MC) iléo-coecale sténosante diagnostiquée 6 ans auparavant dans le cadre de l'exploration d'une spondylarthropathie ankylosante (SPA). Le patient présentait des poussées intestinales modérées traitées par corticothérapie orale et était mis sous salazopyrine pour son SPA. On avait noté la survenue d'une cortico dépendance lors de la dernière poussée digestive qui était concomitante à une poussée articulaire. Au même moment, le malade avait présenté un tableau d'anasarque et une protéinurie rattachés à un syndrome néphrotique. La fonction rénale était normale. Une ponction-biopsie rénale avait conclu à une amylose rénale de type AA. Le malade a été mis sous colchicine, diurétiques et anti-vitamine K (AVK). Les corticoïdes, les dérivés de la 6 mercaptopurine étaient à éviter en présence d'une atteinte rénale amyloïde et la salazopyrine était déconseillée chez les patients sous AVK ; un traitement à base d'anti-TNF α était envisagé mais le patient présentait un syndrome subocclusif en rapport avec des formations polyploïdes sténosantes de la dernière anse iléale. Une résection iléo-coecale était à proposer en premier après amélioration de l'atteinte rénale.

Conclusion : Chez les patients présentant une MICI, l'arsenal thérapeutique est limité en présence d'une atteinte rénale amyloïde avec actuellement une place privilégiée pour les anti-TNF α . Les interventions chirurgicales réalisées chez ces patients s'accompagnent d'une mortalité élevée.

L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE DE L'ADULTE. A PROPOS DE 4 CAS

Baraket O, Feki MN, Chaari M, Saidani A, Moussa M, Bouchoucha S
Service de chirurgie digestive - Hôpital régional de Bizerte

Pré requis : L'invagination intestinale est une cause rare d'occlusion intestinale chez l'adulte, représentant 1 à 5% des étiologies d'occlusion intestinale. Chez l'adulte, une cause organique doit être recherchée dans 70 à 90% des cas. Le traitement est chirurgical fondé sur la résection intestinale.

But : Décrire les difficultés diagnostiques et thérapeutiques des invaginations intestinales aiguës de l'adulte.

Patients et Méthodes : Nous rapportons quatre observations d'invaginations intestinales aiguës colligées dans notre service entre le Janvier 2005 et Décembre 2009. Il s'agissait de 3 hommes et une femme avec des âges respectifs de 38, 47 et 45 et 50 ans.

Résultats : Sur le plan clinique un syndrome occlusif franc était présent dans 3 cas et des douleurs abdominales récurrentes chez un patient. Le tableau clinico-radiologique était évocateur de syndrome occlusif chez les trois patients. Le diagnostique préopératoire d'invagination intestinale aiguë était posé chez deux malades, grâce aux données du scanner. A la laparotomie, l'invagination était iléo-coeco-colique dans 3 cas et iléo-iléale dans un cas. Une hémicolectomie droite avec anastomose immédiate était réalisée chez les trois patients et dans un cas une résection grêlique. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion : Les invaginations intestinales de l'adulte sont rares. Elles sont le plus souvent diagnostiquées en per opératoire. La résection intestinale sans désinvagination est le traitement de référence du fait de la fréquence élevée des tumeurs responsables de l'invagination et de la nécrose

LES ANOMALIES BILIAIRES AU COURS DU CAVERNOME PORTE. A PROPOS D'UN CAS

B. Ben Slimen, W. Bougassas, T. Jomni, B. Arfaoui, L. Ben Yaghlène, MH. Douggui
Service de Médecine Interne Hôpital des Forces de Sécurité Intérieure. La Marsa

Pré requis : Les anomalies biliaires au cours du cavernome porte est une entité définie par des anomalies morphologiques de l'arbre biliaire pouvant aller jusqu'à l'obstruction.

But : Rapporter une observation d'un cavernome porte avec anomalies biliaires.

Observation : Patient âgé de 52 ans, connu porteur d'un cavernome porte depuis 1995. Le bilan étiologique du cavernome porte était négatif. En 1998, le patient a présenté un ictère cholestatique avec une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques sans obstacle sur les voies biliaires, des varices œsophagiennes grade III avec des signes rouges et des varices gastriques. Devant ce contexte une compression de la voie biliaire principale par le cavernome porte était la plus probable. Une CPRE diagnostic et thérapeutique a été indiquée objectivant des irrégularités de l'hépatocholédoque par compression ainsi que des dilatations et des sténoses sur les voies biliaires intra-hépatiques. La mise en place d'une prothèse était jugée non bénéfique vu que les sténoses étaient multiples et portaient sur les voies biliaires intra-hépatiques. Devant ces deux problèmes présentés par le malade qui sont l'HTP avec des VO grade III et des signes rouges et l'ictère cholestatique, une dérivation méso-cave ou spléno-rénale semblait la mieux adaptée mais a été différée vu le risque opératoire et le fait que le patient n'a jamais saigné de ses VO. En 2002 le patient a bénéficié d'une dérivation porto-systémique suite à une rupture des Vo, ce qui a permis une résolution de l'ictère, une diminution du volume des varices gastriques et un passage d'un grade III des VO à un grade II, néanmoins des varices duodénales se sont apparues. Actuellement le patient va bien.

Conclusion : Les anomalies biliaires au cours du cavernome porte sont relativement rares.

L'ASCITE CHYLEUSE : CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE RARE D'UN SYNDROME NEPHROTIQUE

Y. Said, L. Hamzaoui, M. Lounissi*, S. Trabelsi, R. Debbeche, A. Moussa, S. Bouzaïdi, M. Salem, T. Najjar
Service de Gastroentérologie. Service de néphrologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Pré requis : L'ascite chyleuse est une forme rare d'ascite caractérisée par un liquide lactescent, riche en triglycérides dont le taux est supérieur à 1,10 g/L. Sa composition est identique à celle du canal thoracique, avec un taux de triglycérides 2 à 8 fois plus élevé que celui du plasma. Elle est liée à l'interruption du système lymphatique due soit à un obstacle soit à une plaie post traumatique.

But : Rapporter l'observation d'une ascite chyleuse révélatrice d'un syndrome néphrotique.

Observation : Patient, âgé de 51 ans, aux antécédents médicaux de cardiopathie ischémique, de diabète insulino nécessitant, d'hypothyroïdie et aux antécédents chirurgicaux de kyste hydatique du poumon et de hernie inguinale s'est présenté dans un tableau d'anasarque avec des œdèmes des membres inférieurs, une ascite et une hydrocèle bilatérale. La ponction exploratrice du liquide d'ascite révélait un liquide lactescent, exsudatif, pauvre en cellules (153 de lymphocytes), de type chyleux (Triglycérides à 2,8 g/L). Au labstix®, on notait une protéinurie à 2 croix. Par ailleurs, il n'y avait pas de signes d'hypertension portale, d'insuffisance hépatocellulaire et d'insuffisance cardiaque droite. Un syndrome néphrotique (protidémie à 41g/L, albuminémie à 16 g/L, protéinurie de 24h à 3,7 g/24h) compliquant une néphropathie diabétique a été retenu comme étiologie de l'ascite chyleuse après avoir éliminé les autres causes notamment les néoplasies (Scanner thoraco-abdomino-pelvien normal), la cirrhose, la tuberculose et les causes inflammatoires. Un traitement à base d'albumine et de furosémide a été prescrit. L'évolution clinique était favorable avec une régression de l'ascite et des œdèmes des membres inférieurs.

Conclusion : une ascite chyleuse doit faire rechercher avant tout une néoplasie abdominale, plus particulièrement un lymphome, une cirrhose et une tuberculose. Parmi les causes rares, la possibilité d'un syndrome néphrotique peut être envisagée.

HYPERPLASIE NODULAIRE LYMPHOÏDE PSEUDO - TUMORALE DUODENALE

Baraket O, Feki MN, Chari M, Saidani A, Bouchoucha
Service de Chirurgie digestive, Hôpital régional de Bizerte

Pré requis : L'hyperplasie nodulaire lymphoïde pseudo - tumorale duodénale est rare chez l'adulte. Le diagnostic de ces formes est le plus souvent chirurgical.

But : Rapporter une nouvelle observation d'hyperplasie nodulaire duodénale en insistant sur les difficultés diagnostiques et les différentes modalités thérapeutiques.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans sans ATCDs pathologiques notables admise pour exploration d'une anémie microcytaire associée à un amaigrissement très important sans notion de méléna ni d'hématémèse. Une fibroscopie digestive bute a montré une formation ulcéro-bourgeonnante de DI dont la biopsie était négative. Une 2^{ème} fibroscopie de contrôle après 2 mois a montré une formation ulcéro-bourgeonnante circonférentielle développée au niveau du premier duodénum rétrécissant la lumière. La TOGD a montré une rétraction du bulbe qui est rétrécit avec un effet de masse refoulement le cadre duodénal vers la droite. La TDM a révélé des adénopathies rétro péritonéales. La patiente a eu une laparotomie exploratrice en per opératoire. L'estomac était dilaté en rapport avec un ulcère post bulbaire doublement compliqué : sténosant et perforé. La perforation est colmatée par la vésicule biliaire. La patiente a eu une cholécystectomie antrectomie emportant DI avec une anastomose type Finsterer. Les suites opératoires étaient simples et l'histologie de la pièce a conclu à une hyperplasie nodulaire lymphoïde pseudo - tumorale duodénale

Conclusion : L'hyperplasie nodulaire lymphoïde pseudo - tumorale duodénale est une lésion bénigne de l'intestin grêle dont le diagnostic est possible par endoscopie. Le risque de dégénérescence certes minime mais réel impose souvent le recours à la chirurgie

PANCREATITE AIGUE A LA SULFASALAZINE : UNE COMPLICATION RARE

Y. Said, A. Dabbabi, R. Debbeche, S. Trabelsi, A. Moussa, S. Bouzaïdi, M. Salem, T. Najjar
Service de Gastroentérologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Pré requis : Au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la survenue d'une pancréatite aiguë (PA) est rare et peut correspondre à une manifestation extra-intestinale de la maladie ou à une complication du traitement médical.

But : Rapporter le cas d'une PA à la sulfasalazine (Salazopyrine®) survenue lors du traitement d'une poussée de rectocolite hémorragique (RCH).

Observation : Il s'agit d'un homme de 36 ans, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisé pour une première poussée de RCH. Un traitement par Salazopyrine® lui a été prescrit. Au septième jour du traitement, le patient signalait des épigastralgies non rythmées par les repas, sans irradiation particulière. La biologie révélait une hyperamylasémie à 2,3fois la normale et une lipasémie élevée à 11 fois la normale. Il s'agissait d'une PA non lithiasique stade B de Balthazar. A l'arrêt de la Salazopyrine®, le patient gardait des épigastralgies modérées alors qu'on notait une normalisation du bilan pancréatique. Un ulcère du bulbe expliquait cette symptomatologie. Le diagnostic de pancréatite aiguë à la salazopyrine® a été retenu, une corticothérapie a été prescrite afin de juguler la poussée de RCH et l'azathioprine a été démarrée en traitement d'entretien.

Conclusion : La pancréatite aiguë est un effet secondaire rare de la Salazopyrine® lié à un phénomène allergique. Elle contre indique définitivement la réintroduction de ce traitement. Son évolution est souvent favorable à l'arrêt du traitement.

L'ILEUS BILIAIRE : UNE CAUSE RARE D'OCCLUSION INTESTINALE

Baraket O, Neji MF, Charri M, Saidani A, Bouchoucha S
Service de chirurgie digestive - Hôpital régional de Bizerte

Pré requis : L'iléus biliaire est une occlusion digestive rare, liée au passage d'un calcul biliaire dans l'intestin, le plus souvent à travers une fistule cholécysto-duodénale, constituée à bas bruit (80 %des cas). Plus rarement le passage du calcul se fait à travers une fistule cholécysto-colique ou cholécysto-gastrique.

But : Rapporter une observation d'iléus biliaire en insistant sur les difficultés diagnostiques et les différentes modalités thérapeutiques.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 73 ans, ASA II, non opérée de l'abdomen, admise en urgence pour occlusion intestinale haute. L'ASP a montré des NHA type grêlique et une aérobie. A l'interrogatoire, notion de colique hépatique il y a 2 ans. Le diagnostic d'une occlusion en rapport avec un iléus biliaire a été retenu. La patiente a été opérée par une médiane sus et sous ombilicale. En per opératoire on trouve le calcul enclavé dans les dernières anses jéjunales. La vésicule biliaire est atrophique et recouverte d'adhérences inflammatoires, la vésicule était lithiasique à la palpation. La patiente a eu un traitement radical en un seul temps: cholécystectomie avec fermeture de la fistule cholécysto duodénale, entérotomie et extraction du calcul

Conclusion : L'iléus biliaire est une urgence chirurgicale grave. Le traitement est toujours chirurgical permettant de lever l'obstacle et traiter la maladie biliaire dans le même temps opératoire

NEUROPATHIE OPTIQUE REVELANT UNE MALADIE COELIAQUE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

B. Arfaoui, T. Jomni, B. Ben Slimen, W. Bougassas, L. Ben Yaghlene, A. Hadjkacem,
A. Mestiri, MH. Dougui.

Service de Médecine Interne - Hôpital des Forces de Sécurité Intérieure. La Marsa

Pré requis : La maladie coeliaque est une entéropathie chronique auto-immune caractérisée par une intolérance alimentaire au gluten. C'est une entité clinique polymorphe impliquant plusieurs organes. L'atteinte oculaire y est rare et sa gravité est variable.

But : Rapporter l'observation d'une maladie coeliaque révélée par une neuropathie périphérique.

Observation : Patient âgé de 28 ans aux antécédents pathologiques de sciatalgie L5 S1 et d'aphtose buccale récidivante non explorée, qui a consulté pour des épisodes de flou visuel récidivants avec baisse de l'acuité visuelle évoluant depuis 12 mois. L'examen ophtalmologique a montré au niveau de l'œil gauche une baisse de l'acuité visuelle, un fond d'œil normal et une altération du champ visuel de type fasciculaire ce qui a permis de retenir le diagnostic de neuropathie optique gauche. L'examen physique était normal. A la biologie on avait objectivé une hypocholestérolémie, hypotriglycéridémie ainsi qu'une hypocalcémie. La TDM et l'IRM cérébrales étaient sans anomalies. Un bilan infectieux à la recherche d'une syphilis, tuberculose est revenu négatif. Un bilan immunologique à recherche d'une maladie systémique était également négatif. Devant le syndrome carenciel biologique, une FOGD avec biopsies duodénales a été réalisé, montrant une diminution de la hauteur des valvules conniventes avec à l'histologie une atrophie villositaire duodénale subtotale à totale grade IV – V de Marsh permettant de retenir le diagnostic d'une maladie coeliaque. Un régime sans gluten a été initié.

Conclusion : Les atteintes oculaires survenant dans le cadre de la maladie coeliaque sont rares. Elles peuvent survenir après une certaine évolution ou être révélatrice de la maladie comme le cas de notre malade. La neuropathie optique serait secondaire à un déficit vitaminiq, à une vascularite associée ou rentrer dans le cadre d'une neuromyéélite optique de DEVIC. Leur évolution sous régime sans gluten est variable. Un diagnostic et une prise en charge rapide peuvent éviter l'apparition de séquelles engageant le pronostic fonctionnel visuel.

RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE ET THROMBOSE VEINEUSE CEREBRALE

Y.Said, L. Hamzaoui, S. Trabelsi, A. Moussa, M. Salem, R. Debeche, S. Bouzaidi, T. Najjar
Service de Gastroentérologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Pré requis : Au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les complications thromboemboliques sont fréquentes et représentent une cause importante de morbidité et de mortalité. Leur origine est multifactorielle ; elles sont liées à des facteurs de risque acquis ou constitutionnels mais aussi à la maladie elle-même.

Nous rapportons deux observations de rectocolite hémorragique (RCH) compliquée de thrombose veineuse cérébrale.

Observation 1 : Une patiente de 15 ans, sans antécédent pathologique personnel ou familial particulier était hospitalisée pour une poussée inaugurale modérée de RCH gauche. Elle a présenté des céphalées intenses associées à un flou visuel et à un syndrome confusionnel. L'angio-IRM cérébrale avait montré une thrombophlébite cérébrale du sinus latéral gauche. Le bilan de thrombophilie était normal. L'évolution était favorable sur le plan neurologique sous anticoagulation curative, de même que sur le plan intestinal sous sulfasalazine.

Observation 2 : Un patient de 17 ans, ayant un antécédent familial de RCH chez le père, était suivi pour une RCH gauche depuis 8 mois. Il avait présenté deux poussées légères à modérées auparavant, traitées par sulfasalazine et corticothérapie orale et était hospitalisé pour une 3^{ème} poussée sévère. A J 30 d'hospitalisation, alors qu'il était sous héparinothérapie préventive, il a présenté un syndrome

confusionnel associé à un flou visuel, d'installation brutale, avec une altération rapide de l'état de conscience. Le scanner cérébral avait trouvé une thrombose veineuse cérébrale profonde. L'évolution était rapidement fatale dans les suites d'une colectomie totale.
Conclusion : Les thromboses veineuses cérébrales sont des complications rares et méconnues des MICI pouvant engager le pronostic vital. Les rares cas décrits dans la littérature étaient concomitants à la poussée digestive tels ceux de nos patients.

HERNIE DE BOCHDALEK DE L'ADULTE REVELEE PAR UNE HEMORRAGIE DIGESTIVE

Baraket O, Chaari M, feki MN, Jaiidane O, Mnassri H , Kort I Bouchoucha S
Service de chirurgie générale. Hôpital Mahmoud Bouguetfa .Bizerte

Pré requis : La hernie diaphragmatique de Bochdalek est une malformation congénitale rare résultant d'un défaut de développement de la portion postéro latérale de la coupole diaphragmatique au niveau du foramen de Bochdalek. Elles sont souvent découvertes au jeune âge. Elles sont diagnostiquées exceptionnellement à l'âge adulte.

But : Rapporter une nouvelle observation de hernie diaphragmatique diagnostiquée chez un patient de 81 ans.

Observation : Mr M D âgé de 83 ans sans antécédents pathologiques notables était hospitalisé pour la prise en charge d'une hémorragie digestive haute de faible abondance. L'examen physique était sans particularités ainsi que le bilan biologique. La fibroscopie digestive avait montré une œsophagite par reflux associé à une malposition gastrique. La radiographie du thorax avait montré un niveau hydroaérique intra-thoracique. Le TOGD a montré un estomac en intra-thoracique. Le scanner abdominal avait montré un estomac en intra-thoracique en rapport avec une brèche diaphragmatique postéro-latérale gauche signant une hernie de Bochdalek. Devant le caractère symptomatique de la hernie et le risque d'étranglement l'indication chirurgicale a été retenue. En per opératoire le diagnostic de hernie diaphragmatique de Bochdalek a été confirmé avec un sac herniaire contenant la grosse tubérosité gastrique. Il a été réalisé une réduction du contenu herniaire avec résection partielle du sac. La brèche diaphragmatique a été réparée par une raphie simple ; une fundoplicature complète type Nissen a été réalisé. Les suites opératoires étaient simples. Le patient a été mis sortant au 5^{ème} jour opératoire. Actuellement avec un recul de 6mois le patient est asymptomatique.

Conclusion : La hernie de Bochdalek est rare chez l'adulte à cause de son caractère souvent asymptomatique ou la présence d'une symptomatologie non spécifique. Le diagnostic positif est souvent fait grâce aux explorations radiologiques. L'indication chirurgicale doit être posée devant toute HB même en l'absence de symptôme, pour prévenir les complications.

LA HERNIE DE SPIEGEL : UNE ENTITE RARE.

Baraket O, Chaari M, Feki MN , Saidani A, Mnassri H ,Moussa M, Ben Moussa M, Kort I Bouchoucha S
Service de Chirurgie générale. Hôpital Habib Bouguetfa Bizerte

Pré requis : La hernie de Spiegel est une déhiscence inhabituelle apparaissant sur la jonction des aponévroses et muscles larges. Elles sont rare (0,1 à 1% hernies) et souvent diagnostiquée au stade de complication.

But : Rapporter une nouvelle observation de hernie de Spiegel diagnostiquée chez une patiente de 56 ans.

Observation : Mme K S âgée de 56 ans à l'antécédent de hernie ombilicale opérée il y a un an, thyroïdectomie il y a 3 ans sous traitement substitutif, qui a présenté une tuméfaction para-ombilicale gauche non douloureuse apparue depuis un moi et qui augmentant progressivement de taille. A l'examen il s'agissait d'une masse d'environ 9 cm de diamètre, molle, non douloureuse réductible et impulsive à la toux, sans signes inflammatoires en regard, faisant évoquer une hernie de Spiegel non compliqué. L'échographie était normale. L'exploration chirurgicale, par voie para-rectale gauche, trouvait un sac herniaire de 6 cm avec un collet de 4 cm situé à la réunion du bord latéral du muscle grand droit et des muscles transverses gauches de l'abdomen qu'on réintègre. Réparation du défaut pariétal et mise en place d'une plaque de Mercylène. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : La hernie de Spiegel est une affection rare qui pose parfois un problème de diagnostic positif. La réparation chirurgicale peut poser des problèmes dans les grands défauts pariétaux.

LE TRICHOBEZOARD GASTRIQUE. À PROPOS D'UN CAS

Baraket O, Chaari M, Feki MN , Saidani A, Moussa M, Mnassri H, Kort I. Bouchoucha S
Service de chirurgie générale. Hôpital Habib Bouguetfa Bizerte

Pré requis : Le trichobézoard gastrique est une affection rare désignant la présence inhabituelle de cheveux, sous forme de masse solide, au niveau de l'estomac. Le plus souvent asymptomatique, son diagnostic repose essentiellement sur la fibroscopie.

But : Rapporter une nouvelle observation de trichobézoard gastrique en insistant sur les difficultés diagnostiques et les différentes modalités thérapeutiques de cette pathologie.

Observation : Mlle D R âgée de 17 ans, consultait pour des douleurs para-ombilicales gauches intermittentes évoluant depuis 2 ans. À l'examen, il existait une masse épigastrique, dure et mobile, de 5 cm de grand axe. Le bilan biologique objectivait une anémie hypochrome microcytaire. La fibroscopie œsogastrique révélait une formation gastrique intraluminale faite de cheveux entrelacés occupant la presque totalité de la lumière gastrique associée à 2 polypes elle a été opérée par une laparotomie médiane. Une gastrotomie permet l'extraction d'un trichobézoart faisant 25 à 30 cm de grand axe avec découverte d'une ulcération gastrique centimétrique et 3 polypes antrales de 5mm. On a complété par une gastrectomie partielle emportant les polypes et l'ulcère. Les suites opératoires étaient simples et la fillette a été adressée en consultation psychiatrique. L'examen anatomopathologique définitif confirmait la bénignité.

Conclusion : Le trichobézoard est une pathologie rare survenant habituellement chez des adolescents présentant des troubles psychiques. La symptomatologie est variée, le diagnostic, souvent suspecté par la radiologie est endoscopique. Son traitement est essentiellement chirurgical associée à une prise en charge psychologique.

CA4 - COMMUNICATIONS LIBRES AFFICHEES : MEDECINE INTERNE

L'OBESITE CENTRALE EST ELLE UNE NOTION ESSENTIELLE DANS LE SYNDROME METABOLIQUE ?

S. ABBES, CH. KTARI, F. KCHAOU, N.MHIRI, N.MAKNI, I.GADDOUR, M. ALOUI, M. ZRIBI, R.TRABELSI, M. BACCOUR, Circonscription Manzel Chaker, Sfax

Pré requis : Syndrome émergent, le syndrome métabolique (SM) désigne l'association d'une série de problèmes de santé ayant en commun un mauvais métabolisme corporel et augmentant de façon marquée le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2.

Buts : En utilisant la définition américaine du NCEP (National Cholesterol Education Program), on se propose de démontrer que l'obésité est un critère essentiel dans la définition du syndrome métabolique, d'évaluer le risque cardiovasculaire chez les malades chroniques de la région de Manzel Chaker et d'adapter la prise en charge préventive en fonction du niveau de risque de chaque individu

Patients et méthodes : Enquête intéressant 125 malades hypertendus et/ou diabétiques suivis à la consultation individualisée pour malades chroniques au centre de santé de base (CSB) de Manzel Chaker durant les deux mois de mai et juin 2010 (le nombre total de malades HTA-diabète suivis à cette consultation = 500 en 2009)

Résultats : Notre échantillon est formé de 85 femmes et 40 hommes, l'âge est compris entre 29 et 87 ans avec une moyenne d'âge de 66 ans. L'obésité centrale définie par un tour de taille supérieur à 102 cm pour les hommes, 88 cm pour les femmes est retrouvée chez 50,4% de la population avec une prédominance féminine : 76%. Cette population a été divisée en deux groupes : groupe des non obèses = 62(37F + 25H) ; groupe des obèses = 63(48F + 15H). Une répartition de chaque groupe a été établie selon le nombre de critères définissant le syndrome métabolique sans tenir compte de l'obésité

- Groupe des non obèses : nombre de malades présentant 1,2 ou 3 critères

1 critère	2 critères	≥3 critères = SM	total	Prévalence du SM
35	19	8	62	12,9%

- Groupe des obèses : nombre de malades présentant 1,2 ou 3 critères (obésité exclue)

1 critère	2 critères	≥3 critères	total	Prévalence du SM
31	26	6	63	9,52%

Si on exclut le critère obésité on remarque que la prévalence du syndrome métabolique est très proche dans les deux groupes : 12,9% chez les maigres et 9,52% chez les obèses. L'introduction du facteur obésité bouleverse toutes les données et fait que la prévalence du syndrome métabolique devient = 50,7 % chez les sujets obèses (26+6) /63. La prévalence du SM dans notre population = 32%

Conclusion : le facteur obésité est un critère essentiel dans la définition du syndrome métabolique.

EPAISSEUR DE L'INTIMA MEDIA CHEZ DES DIABETIQUES DE TYPE 2 ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Ben Ahmed I, Bouzaidi KH, Kchaou I, Ben Amor A, Ben Dahman F, Ben Brahim A, Jezi R, Azzabi S, Ben Youssef K, Marzougui F, Reziga TH

Service de médecine interne et service de radiologie, hôpital Mohamed Taher el Maamouri de Nabeul

Pré requis : Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'environ 75% de la mortalité chez les diabétiques.

But : Mesurer l'épaisseur intima media (EIM) chez un groupe de diabétiques de type 2 et d'établir une relation avec l'hypertension, la dyslipidémie, l'obésité, les antécédents cardiovasculaires et la présence ou non de complications macrovasculaires.

Patients et méthodes : Etude prospective intéressant 63 patients (24hommes et 39 femmes) diabétiques de type 2 pris en charge durant la période (mars-juillet 2010) dans les services de médecine interne et de radiologie de l'hôpital Mohamed Taher el Maamouri de Nabeul. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, un bilan de retentissement comprenant : ECG et un doppler des troncs supra-aortiques avec calcul de l'EIM au niveau de la carotide commune, de la bifurcation carotidienne avec recherche de plaques d'athérome.

Résultats : L'âge de nos patients est de 55,5 ± 9,2 ans. L'ancienneté du diabète est de 9,45±7,7 ans et le taux d'HbA1c moyen est de

9,1 ± 2,01%. L'hypertension artérielle a été retrouvée dans 71,4%, la dyslipidémie dans 50,7 %, une histoire familiale de maladies vasculaires est notée dans 26,9% des cas. Le tour de taille est fortement corrélé à l'EIM ($r=0,41$; $p=0,01$). L'EIM est augmentée chez les diabétiques de type 2 hypertendus (1,57 ± 1,96mm) versus (0,87 ± 1,09mm) chez les normotendus mais sans différence statistiquement significative. Les diabétiques dyslipidémiques ont une EIM (1,71 ± 2,17 mm) significativement ($p=0,05$) plus élevée que les non dyslipidémiques (0,9±1,12 mm). L'EIM est élevée sans différence statistiquement significative, en présence et en l'absence des antécédents d'AVC (1,48 ± 2,14mm), d'infarctus du myocarde (1,41 ± 1,65 mm) et en cas d'histoire familiale de maladies vasculaires (1,65 ± 1,92 mm)

Conclusion : La mesure de l'épaisseur intima media (EIM) permet de visualiser les divers stades d'athérosclérose de la paroi artérielle chez le diabétique et implique une prise en charge optimisée des multiples facteurs de risque vasculaires.

ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRES CHEZ LES HYPERTENDUS D'UN MILIEU SEMI URBAIN.

Kchaou Fekria, Abbès S, Kchaou H.

Direction RSP Sfax. Dispensaire Sidi Mansour.

Pré requis : La propagation des facteurs de risque cardiovasculaires dans notre population constitue un problème sérieux de santé publique dont il faut s'occuper.

But : Décrire le profil de l'HTA et les facteurs de risques cardiovasculaires associées chez les patients hypertendus suivis à la consultation des maladies chroniques de 1^{ère} ligne afin d'élaborer une stratégie de prévention primaire.

Patients et méthodes : C'est une enquête anonyme qui a intéressé les patients venus au rendez vous de consultation des malades chroniques pendant 3 mois pour 140 patients.

Résultats : L'âge est compris entre 40 et 93 ans. Sex ratio H/f = 0.4

Les principaux facteurs de risque associés étaient : le diabète de type 2 dans 69/140 des cas soit 49% ; une hyperlipémie dans 66/140 des cas soit 47% ; un excès pondéral dans 70/140 des cas soit 50% ; tabagisme chez 11/140 des cas soit 40% ; une HTA légère dans 61 /140 des cas, modéré dans 29% et sévère dans 10% des cas. Les complications cardiaques étaient de 26%. Elle est plus fréquente chez les diabétiques et les tabagiques.

Conclusion : Le développement d'un programme de prise en charge globale et multidisciplinaire est garant de réduire au maximum les facteurs de risque cardiovasculaire et d'assurer par conséquent une prévention primaire efficace et prouvée.

INFECTION CONGENITALE SEVERE A CYTOMEGALOVIRUS : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

L. Dekhil, A. Benzarti, L. Gharsallah, O. Bouyahya, S. Mazigh, S. Boukthir, A. Sammoud

Service de Médecine infantile C. Hôpital d'enfants. 1007 Tunis

Pré requis : Le cytomégalovirus (CMV) est la cause la plus commune des infections virales intra-utérines, survenant dans 1 à 2% des naissances vivantes dans le monde. Approximativement 90% de ces infections sont asymptomatiques et ne se compliquent pas de séquelles à long terme. Mais l'infection congénitale à CMV peut, dans de rares cas, être sévère et mettre en jeu le pronostic vital.

But : Rapporter une observation d'infection congénitale sévère à CMV.

Observation : MR, prématuré de 35 SA, PN= 2400 gr, transféré à j5 de vie pour sepsis sévère néonatal, compliquée de deux localisations secondaires au niveau du bras droit et de la hanche droite ayant nécessité une mise à plat chirurgicale. Il a présenté un ictère cholestatique prolongé à un mois de vie, avec des selles décolorées et des urines foncées avec à la biologie, une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée, une hypergammaglobulinémie et une cytolyse à six fois la normale. L'échographie doppler hépatique a mis en évidence un kyste congénital du segment VII bénin, les voies biliaires sont sans anomalies. L'échographie transfontanellaire a montré une hyperéchogénéicité périventriculaire et l'échographie cardiaque a trouvé une insuffisance mitrale minime. Le bilan d'hémostase a montré une altération de la voie extrinsèque de l'hémostase secondaire. Le bilan thyroïdien, le test de la sueur et le bilan immunitaire sont revenus normaux. La sérologie anti CMV est revenue positive de type IgM et les Ig G sont à 16 UI/ml. Les autres prélèvements virologiques, parasitaires et bactériologiques sont négatifs. Devant ce tableau d'infection congénitale sévère à CMV, le nouveau né a été mis sous gancyclovir avec une bonne évolution clinique ; disparition de l'ictère et normalisation de la courbe pondérale, et biologique avec disparition de la cytolyse et de la cholestase.

Conclusion : L'infection congénitale à CMV est certes rare, mais, quand elle est symptomatique, elle peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel du nouveau né. Un dépistage néonatal de ces infections permet un diagnostic rapide et une prise en charge optimale évitant ainsi les complications à court et long terme.

DEMENCE VASCULAIRE SECONDAIRE A UNE CARDIOMYOPATHIE HYPERTROPHIQUE

Khammassi N, Ben Mansour A, Mohsen D, Ben Sassi M, Hamza M.

Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : La cardiomyopathie hypertrophique est une affection souvent asymptomatique; mais peut se révéler, dans certains cas, par des accidents emboliques cérébraux répétés et une démence vasculaire d'installation rapide, secondaire (multi-infarct dementia) .

But : Rapporter une nouvelle observation d'une démence vasculaire secondaire à une cardiomyopathie hypertrophique.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans, tabagique, artéritique, ayant des antécédents d'accident ischémique transitoire, occasionnant une hémiparésie gauche qui s'est améliorée. Trois mois plus tard, il présente une aphasie, une hémiparésie gauche avec état d'agitation et troubles cognitifs. Le diagnostic de démence vasculaire débutante est porté. Dans le cadre du bilan étiologique, malgré l'absence d'antécédents cardiaques, l'échographie trans-oesophagienne révèle une cardiomyopathie hypertrophique avec présence de petit thrombus auriculaire gauche ; l'holter rythmique a mis en évidence une tachycardie ventriculaire paroxystique. Ces accidents ischémiques cérébraux sont probablement de mécanisme embolique à point de départ cardiaque.

Conclusion : La cardiomyopathie hypertrophique est une cause possible de démence vasculaire chez le sujet jeune qu'il faut évoquer et dépister par un examen échocardiographique systématique devant tout accident vasculaire cérébral ischémique en l'absence de facteurs de risque classique.

COMPLICATIONS INDUITES PAR LES NEUROLEPTIQUES : DIVERSITE, GRAVITE ET EVOLUTIVITE

Khammassi N, Sanai S, Makni N, Mohsen D, Ben Mansour A, Hamza M.

Service de Médecine Interne- Hôpital Razi – Manouba.

Pré requis : Les effets indésirables des neuroleptiques sont graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient.

But : Déterminer les complications des neuroleptiques les plus fréquemment rencontrées dans un service de Médecine Interne ainsi que leur gravité et leur évolution.

Patients et méthodes : Etude rétrospective des dossiers de patients présentant une symptomatologie imputée aux neuroleptiques et hospitalisés au service de Médecine Interne de l'hôpital Razi durant la période 2002-2009.

Résultats : 16 patients hospitalisés pour effets indésirables des neuroleptiques. Les molécules les plus incriminées sont le Largactil®, le Nozinan®, l'Haldol®, le Melleril® et le Moditen®. Les complications liées aux neuroleptiques sont par ordre de fréquence : les atteintes musculaires à type de rhabdomyolyse chez 7 patients, une hépatite cytolytique chez 5 patients, le syndrome malin des neuroleptiques chez 4 patients, les complications neurologiques chez 4 patients (syndrome extra pyramidal: 3 cas, dyskinésies tardive : 1 cas), les complications hématologiques à type de leucopénie chez deux malades, une toxidermie chez un patient et des troubles de rythme cardiaque chez un autre. Trois patients parmi ceux présentant un syndrome malin des neuroleptiques étaient en état de choc lors de leur admission et ont nécessité un séjour en réanimation médicale. La durée moyenne d'hospitalisation était de quinze jours. L'évolution était bonne dans la majorité des cas avec régression de la symptomatologie après réhydratation et arrêt ou dégression des doses des neuroleptiques.

Conclusion : La gravité des complications induites par les neuroleptiques en fait une classe thérapeutique qui doit être maniée avec une grande prudence pesant à chaque prescription les risques et les bénéfices.

LES ECHANGES TRANSFUSIONNELS PARTIELS DANS LA PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES DREPANOCYTAIRES MAJEURS COMPLIQUEES D'ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX. A PROPOS DE 20 CAS PEDIATRIQUES

Kouki R., Mellouli F., Bejaoui N.

Centre National de Greffe de Moelle Osseuse, Bab Saadoun, Tunis

Pré requis : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent des complications graves et fréquentes au cours de la drépanocytose homozygote. Leur fréquence de survenue est estimée à 10% de la population des drépanocytaires et ses risques de récurrence sont élevés.

But : Etudier la place des échanges transfusionnels partiels (ETP) dans la prévention secondaire des AVC du drépanocytair et d'évaluer sa faisabilité, sa tolérance et les complications qui lui sont liées.

Patients et méthodes : Etude longitudinale sur une période de 10 ans (1-01-2000 au 31-12-2009). Ont été inclus dans cette étude, tous les drépanocytaires homozygotes, chez qui la maladie s'est compliquée d'un ou de plusieurs AVC, qui sont sous programme d'échange transfusionnel et qui ont subi au moins 3 ETP. Ces échanges sont faits à intervalles réguliers de 3 à 4 semaines pour baisser le taux d'HbS à moins de 30%. Tous ces échanges sont réalisés de façon manuelle. Ils sont faits en 3 temps : une saignée au cours de laquelle on retire du sang du malade compensé par de l'albumine- un échange proprement dit où le sang du malade est remplacé par du sang phénotypé filtré et reconstitué en albumine 4%. Un bilan biologique est pratiqué (NFS, une EPHb, un bilan d'hémostase et une calcémie) avant et après chaque ETP. Tous les échanges sont faits par du sang phénotypé filtré compatibilisé au laboratoire. Une RAI est demandée avant chaque transfusion. Chaque malade bénéficie d'un bilan trimestriel comportant une ferritinémie et un bilan hépatique, un bilan semestriel comportant des sérologies des hépatites virales B et C, du VIH et un test de Coombs direct. Tous les 2 ans, une évaluation neurocognitive est effectuée à chacun de nos malades ainsi qu'une imagerie d'évaluation par IRM et angio MR.

Résultats : Il s'agit de 20 malades, répartis en 8 garçons et 12 filles. Leurs âges moyen est de 13 ans \pm 4 DS (7 – 22). Au cours de notre période d'étude, 891 ETP ont été faits en prévention secondaire de l'AVC chez le drépanocytair. Le délai moyen entre la survenue de l'AVC et le début de la thérapie transfusionnelle est de 13 mois (1 – 108). Quatorze (14) malades ont déjà plus de 1 AVC lors du début de leurs ETP. La voie d'abord a été une fistule artérioveineuse dans 7 cas, un cathéter à chambre dans 13 cas. Les difficultés des échanges se voient surtout avec les cathéters à chambre : l'arrêt de l'échange est survenu dans 20 fois. On a eu recours à un remplacement du cathéter à chambre chez 4 malades. 2 malades ont bénéficiés chacun d'une confection d'une autre FAV. Pour une durée moyenne de 90 mn pour chaque ETP, la tolérance est bonne dans tous les cas. Le taux moyen d'HbS avant échange est de 35,45%.

Ce taux a été réduit après échange atteignant en moyenne 18,5% soit une réduction moyenne de -16,95%. Le taux moyen d'Hb avant échange était de 8,65g/dl, en post échange ce taux moyen est de 9,8g/dl représentant un gain moyen de +1,15g/dl. Le volume moyen des échanges transfusionnels avec du sang reconstitué est de 972 ml soit 27,6 ml/kg. Le volume moyen des transfusions est de 226 ml. La récurrence de l'AVC a été observée chez 4 malades. Deux malades ont fait un incident transfusionnel à type de frisson hyperthermie et un malade a développé une allo immunisation anti-érythrocytaire. Aucune séroconversion de l'hépatite B ou C n'a été signalé. Toutes les sérologies du VIH sont négatives. Les tests de coombs sont tous négatifs. Le taux moyen de la ferritinémie est de 812 ng/ml (41 – 2083). Six malades ont des chiffres de ferritinémie supérieure à 1000 ng/ml et sont sous traitement chélateur. Seize malades ont bénéficié d'une évaluation neurocognitive initiale et au moins une autre évaluation après le démarrage du programme des ETP. Un retard de développement intellectuel a été objectivé chez 11 malades et des troubles d'acquisition verbales chez 6 malades lors de la 1^{ère} évaluation.

Conclusion : Les échanges transfusionnels partiels de concentrés érythrocytaires déleucocytés et phénotypé permet de prévenir les récurrences d'AVC dans 80% des cas dans notre série, c'est une méthode facilement réalisable qui permet une réduction efficace du taux d'HbS, cependant elle n'est pas dénuée de risque de manipulation de produit sanguin et de surcharge en fer.

LES ANEMIES MEGALOBLASTIQUES CARENTIELLES DE L'ADULTE

F Ben Dahmen, B Ben Dhaou*, F Boussema*, S Azzabi, A Ben Amor, A Ben Brahim, O Cherif*, L Rokbani*

Service de médecine interne. Hôpital Mohamed Tahar Mâamouri Nabeul .Tunisie.

*Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur Tunis Tunisie

Pré requis : Les carences en vitamine B12 et/ou en folates sont habituellement caractérisées par une anémie macrocytaire arégnérative associée à une mégaloblastose médullaire.

But : Préciser les profils épidémiologique, clinique, étiologique et évolutif de cette affection dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes : Etude rétrospective ayant concerné 30 patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Mohamed Tahar Maamouri de Nabeul durant une période de deux ans et huit mois (janvier 2004 -septembre 2006).

Résultats : 30 patients âgés entre 22 et 85 ans avec un âge moyen de 59 ans et une prédominance des sujets de plus de 50 ans (70%). Il s'agissait de 18 femmes et de 12 hommes. Le syndrome anémique était retrouvé chez 26,7% des cas. Les signes neurologiques étaient observés dans 16,7 % des cas. Sur le plan biologique, une anémie profonde (taux d'hémoglobine <6 g/dl) était signalée dans 53,4 % des cas. Le VGM moyen était égale à 111,9 (il était supérieur à 120 chez 26,7 % des patients). L'hémogramme a révélé la présence d'une thrombopénie dans 60% des cas, d'une leucopénie dans 43,3 % des cas et d'une pancytopénie dans 36,7 % des cas. Les tests thérapeutiques et les dosages vitaminiques ont permis d'identifier une carence en vitamine B12 chez 28 de nos patients et un déficit en folates chez 2 patients. Les étiologies identifiées étaient une gastrite chronique atrophique chez 9 patients, une anémie de Biermer dans 7 cas et une gastrectomie partielle chez un patient. 9 patients présentaient une anémie ferriprive associée. La réponse au traitement vitaminique était favorable sur le plan hématologique chez 29 patients. Une patiente hospitalisée pour trouble neurologique sans aucun signe hématologique, était décédée avant l'obtention des résultats du dosage vitaminique et l'instauration du traitement.

Conclusion : Les anémies mégaloblastiques carencielles sont représentées essentiellement par les carences en vitamines B12. La gastrite chronique atrophique et l'anémie de Biermer dominent les étiologies.

TAKAYASU'S DISEASE IN ELDERLY WOMEN REVEALED BY AN INFLAMMATORY SYNDROME

B Ben Dhaou, Z Aydi, F Boussema, L Baili, S Ketari, S Kochbati, O Cherif, L Rokbani

Department of Internal Medicine Habib Thameur Hospital Tunis

Background: Takayasu's arteritis (TA) is a chronic vasculitis mainly involving the aorta and its main branches. It commonly affects patients in 2nd and 3rd decade of life. Females are affected more commonly than males. The onset of symptoms occurs before 30 years of age in most patients. It is rare in the elderly and it is a rare cause of fever of unknown origin.

Aim: To report two cases of Takayasu's disease occurring in elderly women and revealed by fever and biological inflammatory syndrome.

Case 1: A 61-year-old woman, without notable medical history, was followed for 3 years for joint pain associated with an inflammatory syndrome. Physical examination was normal except for blood pressure asymmetry of upper limbs. Biology was objectifying a biological inflammatory syndrome. Etiological explorations of this inflammatory syndrome were negative: Chest X ray, bacterial culture of the urine, lumbar puncture, myelogram, viral serology, tumour marker, immunological investigations and echocardiography. A thoracic and abdominopelvic CT showed circumferential wall thickening of the aorta, the supra aortic and iliac arteries. An additional angiographic had found a Takayasu's arteritis. Therapeutic abstention was appropriate and symptomatic treatment was initiated.

Case 2: A 66-year-old woman, without notable medical history, was admitted for impaired general condition, joint pain and fever. Physical examination was normal except. Biology was objectifying a biological inflammatory syndrome. Etiological explorations of this inflammatory syndrome and fever were negative: Chest X ray, bacterial culture of the urine, lumbar puncture, myelogram, viral serology, tumour marker, immunological investigations and echocardiography. A thoracic and abdominopelvic CT showed circumferential wall thickening of the aorta. An additional angiographic had found a Takayasu's arteritis. Therapeutic abstention was appropriate and symptomatic treatment was initiated.

Conclusion: Takayasu's disease is rare in the elderly, its diagnosis is difficult. TA should be considered in the differential diagnosis of fever of unknown origin and chronic biological inflammatory syndrome, especially in elderly women.

LA PAN ENCEPHALITE SCLEROSANTE SUBAIGUË : UNE CAUSE MECONNUE DE DEMENCE CHEZ LE SUJET JEUNE

Khammassi N, Ben Mansour A, Mohsen D, Ben Sassi M, Hamza M.
Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : La pan encéphalite sclérosante subaiguë est une complication tardive de la rougeole qui survient plusieurs années après l'infection. Sa fréquence est d'environ 1 cas sur 100000. C'est une maladie neurologique progressive provoquée par le virus morbilleux, qui atteint les différentes structures du cerveau et cause des séquelles et une mortalité très importantes.

But : Rapporter une observation de pan encéphalite sclérosante subaiguë responsable de démence chez un sujet jeune

Observation : Patiente âgée de 34 ans, qui a contracté la rougeole à l'âge de 06 ans. Elle s'est présentée pour des troubles cognitifs et du comportement, une incontinence sphinctérienne, une hypertonie généralisée avec hémiparésie faciale. Elle a bénéficié d'une ponction lombaire, d'un scanner cérébral, d'une sérologie virale dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien qui a montré une élévation importante des anticorps anti-rougeole de type IgG, confirmant ainsi le diagnostic d'une PESS.

Conclusion : La pan encéphalite sclérosante subaiguë est une complication grave de la rougeole voire mortelle. Elle survient chez les personnes non ou incomplètement vaccinées, d'où la nécessité d'une prévention vaccinale complète.

DYSTHYROIDIES ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Khammassi N, Ben Mansour A, Mohsen D, Sanai S, Hamza M.
Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : La survenue de troubles mentaux, en particulier de l'humeur, au cours des affections thyroïdiennes est connue depuis plus d'un siècle.

But : Insister sur la fréquence de l'association entre dysthyroïdie et manifestations psychiatriques et d'analyser l'interaction entre ces deux pathologies.

Patients et méthodes : 13 cas de dysthyroïdies (8 cas d'hyperthyroïdie, 5 cas d'hypothyroïdie) associées à des manifestations psychiatriques hospitalisés entre 1992 et 2008 sont rapportés rétrospectivement.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 42 ans. Le sexe ratio F/H est de 7/6. Les troubles psychiatriques sont à type de syndrome dépressif dans 3 cas, de troubles du comportement et du caractère dans 3 cas, d'état d'agitation psychomotrice dans 2 cas, de syndrome délirant et hallucinatoire dans 2 cas, de psychose maniaco-dépressive dans 2 cas et de schizophrénie dans 1 cas.

Conclusion : L'association fréquente entre (hyper- et hypothyroïdies) et pathologies thymiques (uni- ou bipolaires) a conduit à l'hypothèse que les hormones thyroïdiennes pouvaient jouer un rôle dans la régulation de l'humeur, et donc être impliquées dans la physiopathologie des troubles affectifs. Ces désordres psychiques régressent habituellement avec le traitement hormonal. Dans certains cas, un traitement psychotrope est nécessaire devant la gravité des manifestations psychiatriques.

LA CONFUSION MENTALE EN MEDECINE INTERNE : ETUDE RETROSPECTIVE DE 20 CAS

Khammassi N, Mohsen D, Ben Mansour A, Ben Sassi M, Hamza M.
Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : La confusion mentale est la manifestation la plus fréquente, après la démence, d'un dysfonctionnement des fonctions cognitives. Faute d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce et adéquate, elle est à l'origine, chez le sujet âgé, d'un excès de morbidité, de mortalité, de prolongation d'hospitalisation et d'entrée en institution.

But : Préciser les facteurs de risque d'un syndrome confusionnel (SC) et de proposer une approche de prise en charge diagnostique et thérapeutique principalement préventive visant à réduire la morbi-mortalité chez la personne âgée.

Patients et méthodes : Série de 20 cas de syndrome confusionnel (SC) : 12 femmes et 8 hommes d'âge moyen : 71 ans, colligés sur une période de 17 ans (1992- 2009).

Résultats : Les facteurs de risque prédisposant au (SC) étaient une démence préexistante dans (12) cas, une maladie cérébrale organique dans (7) cas et un déficit sensoriel dans un tiers des cas. Les éléments précipitants étaient par ordre de fréquence décroissante les infections (53%), les troubles hydroelectrolytiques (40%), les causes métaboliques (acidocétose diabétique) et les causes iatrogènes médicamenteuses en particulier les neuroleptiques et les benzodiazépines. L'évolution a été favorable dans 9 cas. Nous avons noté une altération cognitive résiduelle chez 5 patients qui n'avaient pas de déficit cognitif préexistant. Une aggravation du (SC) a été constatée chez 2 patients. Nous déplorons 4 décès.

Conclusion : La prise en charge optimale d'un tel syndrome doit exiger une pertinence dans les étapes diagnostiques et thérapeutiques.

L'ATTEINTE MULTISYSTEMIQUE AU COURS DE LA SCLEROSETUBEREUSE DE BOURNEVILLE : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS.

Khammassi N, Bel Lakhel S, Ben Sassi M, Mohsen D, Hamza M.
Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : La sclérose tubéreuse de Bourneville (STB) est une maladie génétique rare de transmission autosomique dominante, sa prévalence est estimée à 1/10 000. Elle est caractérisée par le développement de tumeurs bénignes (hamartomes) dans plusieurs tissus et organes. Ces hamartomes concernent préférentiellement la peau, le SNC, le rein, les yeux, et le cœur.

But : Rapporter deux observations de patientes atteintes de STB dans sa forme multi-systémique.

Observation 1 : Patient âgé de 34 ans, aux antécédents de crises tonico-cloniques généralisées depuis l'âge de 2 ans. L'examen révèle de multiples angiofibromes du visage, des fibromes péri unguéaux « tumeurs de Koënen » au niveau du 4^{ème}, du 2^{ème} orteils et du 4^{ème} doigt. L'oculomotricité est normale, pas de troubles de la sensibilité, TA 120/70 mm Hg, Pouls : 70 bpm. Fond d'œil : pas de nodules de Leish. Echo abdominale : angiomyolipomes rénaux multiples bilatéraux, angiomes hépatiques multiples. TDM cérébrale : calcifications péri ventriculaires sous épendymaires caractéristiques.

Observation 2 : Patient âgé de 42 ans, crises épileptiques de type grand mal depuis l'âge de un an, néphrectomie gauche à l'âge de 27 ans, suivie en psychiatrie pour débilité légère.

A l'examen : dysmorphie faciale, angiofibromes du visage, neurofibromes de la joue, du dos et du cou, quatre taches achromiques au niveau des cuisses, fibromes péri unguéaux des orteils. Nystagmus dans le regard latéral, pas de troubles de la sensibilité. TDM cérébrale : calcifications sous épendymaires visibles autour des ventricules latéraux.

Conclusion : Le diagnostic de la STB repose sur des éléments radio cliniques, la prise en charge des patients nécessite une approche multidisciplinaire, le traitement est symptomatique visant à améliorer la qualité de vie des malades, une surveillance régulière est recommandée pour améliorer le pronostic essentiellement lié à l'atteinte neurologique.

SYNDROME CONFUSIONNEL : UNE CAUSE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

Khammassi N, Mohsen D, Ben Mansour A, Hamza M.
Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : Le syndrome confusionnel est une affection toujours grave chez le sujet âgé source de morbi-mortalité. Il est souvent d'origine multifactorielle. L'enquête étiologique doit être dans tous les cas exhaustive et complète.

But : Rapporter l'observation d'un syndrome confusionnel d'origine multifactorielle.

Observation : Patiente âgée de 57 ans psychotique chronique, hospitalisée pour syndrome confusionnel avec apathie et mutisme. A l'examen, malade confuse et agitée, pâleur cutanéomuqueuse. A la biologie, leucocytes à 3800/mm³, taux d'hémoglobine à 8,9g/dl, VGM à 107. Devant ce tableau chez une patiente sous traitement psychotrope, associant une confusion mentale et une anémie macrocytaire; une carence en vitamine B12 a été évoquée et confirmée. Le traitement psychotrope a été arrêté et une vitaminothérapie B12 a été entamée, sans amélioration notable de l'état de la malade. Un examen TDM cérébral a été alors pratiqué et a objectivé un hématorne sous-dural bilatéral. L'interrogatoire retrouve une notion d'un traumatisme crânien méconnu remontant à trois semaines. L'intervention neurochirurgicale a amené une amélioration spectaculaire de l'état de la malade et une régression du syndrome confusionnel.

Conclusion : Le syndrome confusionnel chez notre malade était donc, certes, en rapport avec l'hématorne sous dural et la carence en vit B12 n'était qu'un facteur prédisposant. A travers cette observation, les auteurs soulignent l'intérêt d'un bilan étiologique exhaustif devant toute confusion mentale chez le sujet âgé.

LE SYNDROME CYSTO-CEREBRAL: UNE CAUSE A NE PAS MECONNAITRE DU SYNDROME CONFUSIONNEL

Khammassi N, Mohsen D, Ben Mansour A, Ben Sassi M, Hamza M.
Service de Médecine Interne - Hôpital Razi- Manouba.

Pré requis : Le cystocérébral syndrome se définit comme un syndrome confusionnel secondaire à une rétention d'urine ou globe vésical. Encore méconnu, il serait l'apanage des malades de sexe masculin ayant une altération des fonctions cognitives.

But : Rapporter l'observation d'un syndrome confusionnel secondaire à une rétention d'urine ou globe vésical

Observation : Mr K B âgé de 74 ans hospitalisé en janvier 2010 pour un AVC ischémique. A J4 d'hospitalisation le malade a présenté une confusion fébrile avec à l'examen une fièvre à 39°C, des troubles de la conscience, des rales ronflants à l'auscultation pulmonaire. A la biologie on notait des globules blancs à 11900/mm³, une CRP à 67 mg/l. La radio du thorax a montré un foyer de pneumopathie droite. Le diagnostic de pneumopathie d'inhalation a été retenu et l'évolution a été favorable sous antibiothérapie. A j7 du traitement, l'évolution a été marquée par l'installation de nouveau d'une confusion mentale mais cette fois sans fièvre. Les constantes vitales étaient correctes. L'examen abdominal a mis en évidence un globe vésical. Une sonde urinaire a été mise en place permettant l'évacuation de 1,5 litre d'urine. La biologie montrait une amélioration par rapport au bilan initial : globules blancs à 9200 élément/mm³, CRP à 39 mg/l. L'évolution a été spectaculaire marquée par un rétablissement de l'état de conscience en moins de 24 heures.

Conclusion : Nous soulignons l'intérêt d'un examen clinique minutieux en présence d'une confusion mentale chez une personne âgée avant de se lancer dans des investigations para cliniques le plus souvent couteuses et entraînant un retard diagnostique et thérapeutique.

SOUS TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET SOUS PRESCRIPTION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Azzabi S, BEN Dahmen F, Ben Ahmed I, Ben Amor A, Ben Brahim A., Jazi R Marzougui F, Ben Youssef K, Harran H.
Service de Médecine Interne – Hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul

Pré requis : Dans le cadre des préoccupations actuelles sur l'optimisation du traitement chez la personne âgée, le sous traitement est une notion nouvelle. Il correspond à l'absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets pour lesquels une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité.

But : Etudier la fréquence du sous traitement chez la personne âgée

Patients et méthodes : Etude d'observation rétrospective portant sur 186 patients hospitalisés entre 2007 et 2008 au service de Médecine interne de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul. La présence de sous traitement a été recherchée pour des pathologies déclarées à l'entrée pour lesquelles les recommandations sont précises : arythmie complète par fibrillation auriculaire chronique, accident vasculaire cérébral ischémique, coronaropathie et ostéoporose.

Résultats : Nous avons retrouvé un sous traitement pour chacune d'elles, avec un pourcentage respectif de 27,2% dans le cas de fibrillation auriculaire chronique, 28% pour la coronaropathie, 35,4% pour l'accident vasculaire cérébral et 70,6% dans le cas de l'ostéoporose. Parmi les facteurs associés au sous traitement, l'absence d'aide au domicile ou les troubles psycho cognitifs étaient retrouvés quelque soit la pathologie.

Conclusion : Le sous traitement est lié à la fois à l'imprécision du diagnostic et à la sous prescription. Il constitue une perte de chance pour le patient âgé en termes de morbidité et de mortalité. Sa recherche devrait être systématique au même titre que celle de l'excès de traitement ou de prescriptions de médicaments inappropriés.

VASCULARITE MEDICAMENTEUSE : DEUX OBSERVATIONS

Khammassi N, Makni N, Sanai S, Mohsen D, Ben Mansour A, Hamza M.
Service de Médecine Interne- Hôpital Razi - Manouba.

Pré requis : La vascularite à l'Acébutolol est souvent décrite contrairement à celle à la Rifampicine qui reste exceptionnelle.

But : Rappporter deux cas de vascularite cutanée d'origine médicamenteuse l'une à la Rifampicine et l'autre à l'Acébutolol.

Observations :

Observation 1 : Patiente âgée de 45 ans, hospitalisée pour arthrite tuberculeuse du genou droit. Une quadrithérapie antituberculeuse a été débutée associant Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide et Streptomycine. A J15 du traitement antituberculeux, l'évolution a été marquée par l'installation d'un purpura vasculaire déclive infiltré. Le bilan immunologique était négatif. Une biopsie cutanée avait conclu à une vascularite leucocytoclasique dont l'origine toxique est probable. La streptomycine était arrêtée en premier lieu mais sans amélioration. Cependant à l'arrêt de la Rifampicine, l'évolution était favorable avec disparition complète des lésions purpuriques. Le diagnostic de vascularite secondaire à la Rifampicine était alors retenu.

Observation 2 : Patiente âgée de 70 ans, suivie pour une hypertension artérielle traitée par Acébutolol hospitalisée pour exploration d'un lupus induit et un purpura pétéchial des membres inférieurs dont la biopsie a objectivé une vascularite leucocytoclasique. L'origine médicamenteuse (Acébutolol) de l'ensemble de la symptomatologie a été retenue.

Conclusion : Bien que la vascularite cutanée soit idiopathique dans 50%, elle est d'origine médicamenteuse dans 10% des cas. La vascularite cutanée à la Rifampicine est rarement rapportée dans la littérature cependant celle induite par l'Acébutolol est classique. L'originalité de la 2^{ème} observation est l'association d'une vascularite leucocytoclasique avec un lupus induit.

CA5 - Communications Libres Affichées : Carcinologie**MEDECINS GENERALISTES FACE AU CANCER**

Abbes Sayed I, Ben Fatma L, Chefal R, Gharbi O, Hochlef M, Landolsi A, Knani H, Ben Ahmed S.

Pré requis : Le dépistage des cancers constitue une étape primordiale dans l'amélioration du pronostic en permettant un diagnostic précoce.

But : Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes face au dépistage de cancer.

Patients et méthodes : Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire réalisé auprès de 163 médecins généralistes de la région du centre tunisien entre octobre 2008 et janvier 2009. L'étude statistique a été faite à l'aide du logiciel SEM.

Résultats : L'âge moyen des médecins était de 46 ans avec des extrêmes allant de 25 à 59 ans. Le sexe ratio était de 1. 23% des médecins ont eu une formation post universitaire en cancérologie. Dans cette étude, la majorité des médecins (52%) parlent des facteurs de risque liés au cancer avec leurs patients et 60% d'entre eux sont en mesure d'informer souvent de manière satisfaisante leurs consultants sur le cancer et ces facteurs de risque. Concernant le dépistage, 96% des médecins ont une opinion favorable concernant la place du médecin généraliste et 77% d'entre eux souhaitent participer à des campagnes d'incitation. Ces campagnes sont jugées efficaces par 42% des médecins contre 36% qui la trouve d'efficacité moyenne. Enfin concernant la prise en charge, leurs places paraissent limitées puisque 36% d'entre eux participe uniquement à l'observance du traitement, 25% à la surveillance et 25% aux soins palliatifs. De ce fait, 82% d'entre eux ont exprimé leurs souhaits d'avoir une formation en soins palliatifs et 58% souhaitent adhérer à un réseau de cancérologie.

Conclusion : L'adhésion des médecins généralistes au dépistage des cancers paraît insuffisante. Plusieurs facteurs entrent en jeu (manque de formation continue, charge de travail, manque de moyens). L'amélioration des conditions de travail et l'offre de possibilités de formation continue pourraient contribuer à une meilleure participation des médecins généralistes au dépistage.

ACTIVITE PHYSIQUE ET CANCER DU SEIN : RESULTATS D'UNE ETUDE CAS-TEMOINS DANS LE CENTRE TUNISIEN. A PROPOS DE 400 MALADES ET 400 TEMOINS

Sayed I¹, Gharbi O¹, Msolli A¹, Chafai R¹, Hochlef M¹, Ben Fatma L¹, Landolsi A¹, Khairi H², Ben Ahmed S¹.

1-Service de Médecine Carcinologique CHU Farhat Hached Sousse

2-Service de Gynéco-obstétrique CHU Farhat Hached Sousse

Pré requis : Le cancer du sein représente le premier cancer de la femme dans le monde et en Tunisie, Plusieurs facteurs de risque acquis ont été incriminés.

But : Etudier le rôle de l'activité physique dans le développement du cancer du sein chez des femmes tunisiennes.

Patients et méthodes : Etude cas-témoins. 400 cas de cancer du sein confirmé histologiquement ont été recrutés et interrogés dans le service de carcinologie médicale de l'hôpital Farhat Hached Sousse entre novembre 2006 et avril 2009. 400 témoins indemnes de toute pathologie cancéreuse étaient interrogés dans la même période. L'activité physique a été quantifiée en termes d'équivalent métabolique (MET) qui représente le nombre de calories par heure et par kilo de poids corporel dépensé dans l'activité physique. L'analyse des résultats a été faite par le logiciel SPSS.

Résultats : Les cas avaient une activité physique moyenne inférieure à celle des témoins et ceci pour les 2 types de mesure de l'activité (Heure /semaine/an et MET heure/semaine/an) avec des valeurs de p respectifs $p < 0.001$ et $p = 0.002$. Le risque de cancer du sein associé à l'activité physique était d'autant plus bas pour un niveau plus haut d'activité physique pour les 2 types de mesure avec des p respectifs 0.001 et 0.004.

Conclusion : Des études plus larges méritent d'être menées afin de confirmer les résultats retrouvés dans notre étude.

TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN

K.Mahjoubi¹, S.K.Belajouza¹, H.Khairi², M.Souissi³, M.Mokni⁴, S.Korbi⁴, N.Bouaouina¹

Service de Carcinologie Radiothérapie CHU Farhat Hached Sousse

Service de Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached Sousse

Service de Gynécologie Obstétrique CHU Taher Sfar Mahdia

Service d'anatomo-pathologie CHU Farhat Hached Sousse

Pré requis : Les tumeurs phylloides malignes du sein sont des tumeurs fibro-épithéliales qui rares (<1% des cancers du sein). On distingue, selon la classification de 2003 de l'OMS des tumeurs mammaires, trois sous-types histologiques : les tumeurs phylloides bénignes, intermédiaires et malignes. Les tumeurs phylloides malignes sont le sous-type histologique le plus agressif.

But : Souligner les particularités de ce sous-type de tumeur

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur 6 cas de tumeurs phylloides malignes (ou sarcome phylloide), colligés dans le Service de Carcinologie Radiothérapie du CHU F. Hached de Sousse, entre 1995 et 2009.

Résultats : Il s'agissait de 6 femmes dont l'âge moyen était de 35,6 ans (extrêmes 19- 43 ans). Des antécédents de fibroadénome ont été retrouvés dans 3 cas et de tumeur phylloide de grade II dans 2 autres cas. La taille clinique moyenne était de 15 cm (extrêmes: 5-20 cm). Le traitement avait consisté en une mastectomie simple dans 3 cas, une mastectomie plus curage axillaire dans 2 cas et une tumorectomie large dans un autre cas. Les limites d'exérèse étaient tumorales dans un cas et le curage axillaire positif dans un autre cas. Seule la patiente qui avait des limites tumorales a eu un traitement adjuvant de type chimiothérapie (CT) suivie d'une radiothérapie (RT) postopératoire de la paroi thoracique, à la dose de 70 Gy. Trois patientes avaient présenté des récurrences locales traitées par chirurgie, RT et CT. Deux patientes ont présenté des métastases pulmonaires et en sont décédées. Après un recul moyen de 3 ans et demi (extrêmes : 6mois et 9 ans et demi), 4 patientes sont encore en vie, en rémission.

Conclusion: Le traitement des tumeurs phylloides malignes du sein repose avant tout sur la chirurgie mammaire, qu'elle soit conservatrice ou non. Le curage ganglionnaire axillaire n'est pas de réalisation systématique. La RT ainsi que la CT adjuvantes se discutent en réunion de concertation multidisciplinaire en cas de marges tumorales et en fonction de la taille tumorale initiale.

DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL CHEZ LES FEMMES EN REMISSION COMPLETE D'UN CANCER DU SEIN TRAITÉ PAR CHIMIOThÉRAPIE A PROPOS DE 44 PATIENTES TRAITÉES AU CHU F. HACHED DE SOUSSE

Zaied.S¹, Ben Fatma.L¹, Laadhari.A¹, Chafai.R¹, Gabbiche.S¹, Gharbi.O¹, Hochlef.M¹, Landolsi.A¹, Ben Ahmed.S¹

¹Service de médecine carcinologique CHU Farhat Hached Sousse

Pré requis : Le traumatisme d'être diagnostiquée et traitée pour un cancer du sein peut avoir un impact sur le fonctionnement sexuel des patientes. Les traitements utilisés sont susceptibles d'altérer la qualité de vie et la sexualité des patientes à court et à long terme.

But : Etudier les séquelles sur le dysfonctionnement sexuel et la relation du couple chez les femmes en rémission d'un cancer du sein

Patients et méthodes: Etude transversale portant sur des patientes colligées au service de médecine carcinologique au CHU Farhat Hached de Sousse en rémission d'un cancer du sein non métastatique, en cours de surveillance. Sont incluses dans ce travail les femmes

âgées de 60 ans ou moins vivant en couple. Le recueil des données a été effectué à l'aide du questionnaire RSS (Relationship and Sexuality) entre Février 2010 et Juin 2010

Résultats : Le questionnaire a été administré à 44 patientes. L'âge moyen au moment du diagnostic du cancer du sein est de 44,45 ans avec des extrêmes de 27 ans et 60 ans. Les femmes étaient ménopausées dans 29,5% des cas. 84% des femmes ont bénéficié d'une chirurgie radicale type Patey. Toutes les patientes ont reçu une chimiothérapie et une hormonothérapie orale a été administrée chez 70,45% des cas. L'image du corps était altérée chez 6 femmes. 18% des patientes se sentaient éloignées du conjoint. Des troubles de l'orgasme avec diminution du désir sexuel étaient constatés chez 54,5% des patientes dont 2 femmes étaient en séparation de corps. 27% des femmes avaient mentionné une dyspareunie et des troubles de l'humidification.

Conclusion : Si le cancer du sein est pour la moitié de nos patientes une expérience de vie, beaucoup de femmes touchées par cette maladie font face à cette crise sans développer de troubles sexuels sévères. Néanmoins, les professionnels de la santé prenant en charge ces patientes doivent être préparés à être confrontés aux difficultés sexuelles ressenties par les femmes à la suite du diagnostic de cancer du sein ainsi qu'à ses traitements.

SARCOMES PRIMITIFS DU SEIN

S.K.Belajouza¹, K.Mahjoubi¹, S.Hidar², H.Khairi², M.Souissi³, B.Sriha⁴, M.Mokni⁴, S.Korbi⁴, N.Bouaouina¹

1. Service de Cancérologie Radiothérapie CHU F HACHED SOUSSE

2. Service de Gynécologie Obstétrique CHU F HACHED SOUSSE

3. Service de Gynécologie Obstétrique CHU Tahar SFAR MAHDIA

4. Service d'anatomopathologie CHU F HACHED SOUSSE

But : Souligner les aspects histologiques, épidémiologiques et thérapeutiques des sarcomes mammaires primitifs.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 11 cas de sarcomes primitifs du sein, traités au service de Cancérologie Radiothérapie du CHU F. HACHED de Sousse, entre 1995 et 2009.

Résultats : Il s'agit de 11 femmes, d'âge moyen de 41,5 ans (19 à 55 ans). Des antécédents de fibroadénome ont été retrouvés dans 3 cas, de tumeur phylloïde de grade II dans 3 cas et de carcinome mammaire homolatéral chez une patiente. La taille clinique moyenne était de 11,4 cm (2,5 à 20 cm). Le bilan d'extension initial était négatif dans les 11 cas. Les tumeurs se répartissaient en sarcome phylloïde dans 7 cas, un angiosarcome de novo, un fibrosarcome, un ostéosarcome et un sarcome indifférencié étiqueté radio-induit car survenu chez une patiente irradiée pour carcinome mammaire. Le traitement avait consisté en une mastectomie simple dans 6 cas, une mastectomie plus curage ganglionnaire axillaire homolatéral dans 4 cas et une tumorectomie simple dans un cas. Les limites d'exérèse étaient tumorales dans 3 cas et le curage axillaire positif dans un cas. Quatre patientes ont eu une irradiation post-opératoire de la paroi thoracique et 3 une chimiothérapie adjuvante. Quatre de nos patientes ont présenté une récurrence locale. Quatre autres ont développé des métastases pulmonaires. Après un recul moyen de 5 ans et demi, 6 de nos patientes sont en rémission.

Conclusion : La chirurgie est le Gold Standard du traitement des sarcomes mammaires primitifs. La qualité des marges d'exérèse constitue le principal facteur prédictif de récurrence locale. Un traitement adjuvant de type radiothérapie et/ou chimiothérapie se discute au sein d'un comité multidisciplinaire.

LE SYNDROME PARANEOPLASIQUE NEUROLOGIQUE

Khammassi N, Sanai S, Makni N, Mohsen D, Hamza M.

Service de Médecine Interne- Hôpital Razi – Manouba.

Pré requis : Les syndromes neurologiques paranéoplasiques sont des affections rares, définis par la survenue d'un trouble neurologique chez des patients souffrant de cancer en l'absence de complications d'origine métastatique, iatrogène, infectieuse, métabolique ou carencielle. But : Rappporter l'observation d'un patient atteint d'un syndrome paranéoplasique neurologique.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 59 ans, sans antécédents pathologiques notables, exploré dans notre service pour une symptomatologie évoluant depuis 13 ans faite de troubles de la marche d'aggravation progressive avec tremblement des extrémités, douleurs des membres inférieurs et une baisse de l'acuité visuelle. L'examen physique objective un syndrome quadripyramidal, un syndrome cérébelleux statique et cinétique ainsi qu'un syndrome neurogène sensitivo-moteur. La biologie objective un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 80 mm. Les dosages de la vitamine B et de la vitamine E ne montraient pas de carence. Le scanner cérébral ainsi que l'IRM cérébro-médullaire étaient normaux. Le bilan immunologique a trouvé des anticorps antinucléaires et anti DNA natif négatifs mais des anticorps anti-neuronaux (anti Ma2) positifs. Le diagnostic de syndrome paranéoplasique neurologique a été donc retenu. L'enquête étiologique comprenant un examen physique, une radiographie du thorax, des marqueurs tumoraux, des fibroscopies bronchique et digestive, une colonoscopie, un scanner thoraco-abdominal était négatif. Le patient a été mis sous traitement symptomatique et un contrôle scannographique est prévu dans 3 mois.

Conclusion : Les syndromes paranéoplasiques neurologiques sont des affections rares et sévères retrouvées chez 0,001% des patients atteints de cancers et qui précèdent souvent de plusieurs mois ou années la découverte du cancer. L'origine paranéoplasique du trouble neurologique est affirmée par la présence dans le sérum d'auto-anticorps onco-neuronaux. La tumeur primitive n'est pas toujours retrouvée. L'atteinte neurologique peut être sévère, mettant en jeu le pronostic vital du patient qui peut décéder de son syndrome paranéoplasique avant même la découverte de la tumeur.

LE SARCOMES RENAL A CELLULES CLAIRES : A PROPOS DE DEUX CAS PEDIATRIQUES

F. Fedhila Ben Ayed - N. Ghali - S. Ben Jemaa – B. Chaouachi – M. Ben Romdhane – F. Oubich - S. Barsaoui
Service de médecine infantile A - Hôpital d'Enfants de Tunis

Pré requis : Le sarcome rénal à cellules claires (SRCC) est une tumeur rare qui occupe la deuxième place après le néphroblastome. C'est une des tumeurs rénales les plus agressives, dites à histologie défavorable. Elle est associée à un taux élevé de rechutes et de métastases.

But : Rapporter deux observations pédiatriques de SRCC.

Observations : Il s'agit de deux enfants de sexe masculin âgés respectivement de 12 mois et de 42 mois. La masse abdominale était le signe révélateur dans les deux cas. Les masses étaient localisées dans les deux cas. Les patients ont été traités selon le protocole GFAOP par 4 cures de A/AV en préopératoire. L'histologie a révélé un sarcome à cellules claires dans les deux cas (stade 3).

Les deux patients ont été traités selon le haut risque du protocole Néphroblastome – SIOOP 01. L'évolution était marquée par une rechute locale et osseuse chez un malade et une rémission complète chez le deuxième après un recul de 52 mois.

Conclusion : La survie dans le sarcome à cellules claires du rein était de 50% dans notre série alors que celle rapportée dans la littérature était de 69%.

Une prise en charge plus agressive pourrait améliorer ces résultats, par une radiothérapie associée à une chimiothérapie plus intensive.

CANCERS DES REINS AVEC THROMBOSES DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE : RESULTATS DE PRISE EN CHARGE A PROPOS DE 5 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ben mihoub Mohamed. Hmida W. Hidoussi A. Slama A. Jedaine M. Ben sorba N. Mosbah A.T. Service d'urologie Sahloul Sousse.

But : Etudier les principaux facteurs à prendre en considération dans la prise en charge (PEC) des cancers des reins avec thromboses de la veine cave inférieure (VCI) pour atteindre des résultats satisfaisants.

Patients et méthodes : Etude rétrospective comportant 5 cas pris en charge dans notre service durant les dix dernières années (2000 à 2010). Tous nos malades ont subi un examen clinique et ont été explorés par une échographie, une tomodensitométrie abdominale, IRM, écho- doppler. Tous nos malades ont subi une néphrectomie élargie et extraction du thrombus.

Résultats : On a opéré 2 adolescents, une fille de 13 ans et un enfant de 18 ans pour un néphroblastome avec extension du thrombus à la VCI et 2 adultes l'un âgé de 48 ans et l'autre de 55 ans et une femme de 50 ans pour un carcinome à cellules rénales avec envahissement de la VCI. Tous nos patients sont T3c N0 M0. Selon la classification de Kearney, 3 sont de stade C et 2 de stade B. Les deux adolescents ont eu une chimiothérapie néo adjuvante avec une réponse relative. Une néphrectomie élargie a été pratiquée en premier temps opératoire puis l'extraction du thrombus est réalisée en deuxième temps sous une circulation extra-corporelle. La durée moyenne de l'intervention est de 5 heures et demi. La mortalité péri-opératoire est obtenue dans 1 cas (1/5) par une embolie pulmonaire grave. La co-morbidité est représentée par un abcès de la paroi dans 1 cas (1/5), un sepsis dans 1 cas (1/5), une hémorragie dans 3 cas (3/5) et une insuffisance hépatique dans 3 cas (3/5). Le recul maximum dans notre série est de 5 ans.

Conclusion : Les facteurs influençant le pronostic sont : anatomiques, histologiques, cliniques et moléculaires. La stratégie opératoire des cancers du rein avec extension à la veine cave inférieure doit être établie le plus précisément possible en pré-opératoire. Les principaux facteurs à prendre en considération sont le niveau du thrombus, le rapport du thrombus avec les veines sus-hépatiques, l'envahissement pariétal cave, l'existence d'une extension d'amont et l'importance d'une circulation collatérale. Les résultats de notre série nous encouragent à une telle prise en charge.

PLACE DE LA RADIOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES SEMINOMES TESTICULAIRES PURS STADE I

Belajouza.K.S ; Ben Abdallah J ; Bouaouina N.
Service de Cancérologie Radiothérapie Sousse

Pré requis : Les séminomes testiculaires purs (STP) représentent 40 à 45% des tumeurs germinales des testicules, dont 70 à 90 % sont découverts à un stade localisé (stade I). Leur pronostic à long terme est très favorable avec une survie globale proche de 100%. Ce sont des tumeurs à la fois radiosensibles et chimiosensibles. La radiothérapie (RT) reste considérée comme le traitement adjuvant de référence pour ces tumeurs localisées ; même si plusieurs alternatives notamment chimiothérapie (CT) adjuvante ou surveillance « armée » tendent à gagner du terrain.

But : Souligner la place de la RT dans le traitement de cette tumeur à partir de 10 cas colligés dans le service de Cancérologie Radiothérapie de Sousse et d'une revue de la littérature.

Matériel et méthodes : Il s'agissait de 10 hommes d'âge moyen de 36 ans (23 à 57ans). Un antécédent de cryptorchidie chez 2 d'entre eux a été retrouvé comme facteur de risque. La tumeur testiculaire siégeait à droite dans tous les cas. La principale circonstance de découverte était une augmentation du volume d'une bourse (8 sur 10). Tous ont eu une orchidectomie ; par voie inguinale chez 7 patients. L'étude anatomopathologique a classé les tumeurs en pT1 dans 9 cas et pT2 dans un cas. Neuf d'entre eux ont eu une RT adjuvante prophylactique lombo-aortique à des doses allant de 20 à 36 Gy. Le patient restant a refusé la RT par crainte de stérilité.

Résultats : L'évolution a été marquée par une rémission complète chez 5 des patients irradiés avec un recul moyen de 124mois (81 à 162 mois), les 4 autres ont été perdus de vue précocement après la fin de leur RT. Celui n'ayant pas été irradié, a développé une récurrence

lombo-aortique 3 ans plus tard, rattrapée par CT et RT permettant d'obtenir une rémission complète avec un recul de 6 ans.

Conclusion : Les séminomes testiculaires de stade I sont réputés de bon pronostic, avec des taux de guérison avoisinant les 100%. Leur prise en charge après orchidectomie a évolué ces dernières années en faveur d'une désescalade thérapeutique ; mais il est clair que la RT garde toute sa place en tant que traitement adjuvant de référence.

LES TUMEURS CERVICO-FACIALES DE L'ENFANT. A PROPOS DE 8 CAS

F. Fedhila, M. Ben Romdhane, K. Ben Romdhane, I. Bellagha, S. Barsaoui*

* Unité d'oncologie pédiatrique. Service de médecine infantile A. Hôpital d'enfants de Tunis

Pré requis : Les masses cervico-faciales chez l'enfant sont souvent de nature bénigne, néanmoins il existe des formes malignes, celles-ci représentent environ 5 % de toutes les néoplasies pédiatriques. Ces tumeurs présentent un polymorphisme anatomo-clinique et évolutif très important. La survie de ces tumeurs dépend non seulement de leur type histologique mais aussi de la qualité de leur exérèse.

But : Rapporter une série de tumeurs cervico-faciales malignes chez l'enfant.

Patients et méthodes : 8 observations de tumeurs cervico-faciales malignes observées chez des enfants hospitalisés à l'unité d'oncologie de l'hôpital d'enfants de Tunis de 2004 -2009. Le diagnostic de tumeur maligne a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique chez tous les patients, le bilan d'extension était pratiqué selon la nature histologique de la tumeur. Les malades ont été tous traités selon les protocoles internationaux adaptés à nos moyens.

Résultats : Nous avons colligé : 2 filles et 6 garçons, l'âge moyen de découverte était de 3 ans 4 mois (6 mois – 15 ans). La localisation était cervicale dans deux cas et faciale dans 6 cas. Les types de tumeurs observées étaient ganglio-neuroblastome dans deux cas, un sarcome d'Ewing dans un cas, un rhabdomyosarcome dans un cas, un sarcome non rhabdomyosarcomateux dans deux cas, un lymphome dans un cas et un astrocytome dans un cas. Tous les malades ont reçu une chimiothérapie, deux malades ont été opérés et deux malades ont eu une radiothérapie. L'évolution était marquée par le décès de deux patients par progression tumorale. Une rémission complète observée chez deux patients après un recul respectif d'un an et demi et 6 mois. 4 patients sont en rémission incomplète.

Conclusion : Les tumeurs malignes cervico-faciales sont de pronostic souvent réservé du fait de leur localisation qui empêche une chirurgie radicale.

LEUCEMIE AIGUE MYELOÏDE DE NOVO A CHROMOSOME PHILADELPHIE POSITIF

S Hdiji Mseddi * (1); I Ben Amor (1); I Frikha (1); N Ajmi (1); H Sennana (2); S Mnif (3); I Safra (3); I Jedidi (4); O Kassar (1); M Mdhaffar (1); H Bellaaj (1); E Moez (1).

(1) Hématologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Cytogénétique, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie; (3) Hématologie, Institut Pasteur, Tunis, Tunisie; (4) Hématologie, Hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Pré requis : La présence de chromosome Philadelphie est exceptionnelle dans les LAM de novo et dans ce cas elle pose un problème de diagnostic différentiel avec une transformation aigue myéloïde d'une LMC.

But : Rapporter un cas d'une LAM à chromosome Philadelphie positif.

Observation : Patiente âgée de 54 ans sans antécédents pathologique particuliers, qui consulte pour fièvre et toux évoluant depuis 15 jours. A l'examen, elle avait une pointe de rate un abcès sous mandibulaire gauche et une hypertrophie gingivale. NFS : une hyperleucocytose à 112300/mm³ avec 70% de blastes, 7% de monocytes, 1% de myélocytes, sans polynucléaires basophiles, une anémie normocytaire à 5, 5 g/dl d' Hb et une thrombopénie à 132000/mm³. Au myélogramme et immunophénotypage : aspect de LAM5. La recherche du transcrit bcr-abl au diagnostic n'a pas été faite. La patiente a été traitée par chimiothérapie aracytine et Idarubicine (3+7). Le caryotype médullaire, récupéré à J10 de la cure, a conclu à la présence de translocation (9,22) (q34, q11) sur les 15 mitoses analysées avec en plus sur 2 clones des anomalies de structure du chromosome 7. L'Imatinib a été introduit alors à la dose de 800 mg /j à partir de J47 de la cure (problème de disponibilité du produit). Cette cure d'induction été compliquée d'une aspergillose pulmonaire prouvée à aspergillus flavus et d'une septicémie à Géotrichum Capitatum traités par une association Ampho B et Voriconazole. Sortie d'aplasie à J23 de la cure avec rémission hématologique et cytogénétique, la recherche du transcrit bcr-abl au niveau du sang et de la moelle en post induction est négative. La patiente est mise sous Imatinib seul à la dose de 800 mg et elle est actuellement en rémission persistante après 3 mois.

Conclusion : La LAM phi+ de novo est une entité rare, son incidence est de 0,35% des LAM de novo. Faire la part entre LMC en transformation aigue myéloïde et LAM phi+ de novo reste difficile. Certains critères permettent de faire la différence. Dans notre cas, la symptomatologie récente, la myélémie modérée sans basophilie, la rémission cytogénétique rapide après chimiothérapie d'induction sans Imatinib, sont plusieurs arguments en faveur du caractère de novo de la LAM. Différentes stratégies thérapeutiques ont été essayés (Chimio et/ou Imatinib) mais le pronostic est mauvais. Notre patiente a eu une chimiothérapie d'induction type LAM avec obtention de rémission hématologique et cytogénétique, la consolidation est poursuivie par Imatinib seul.

CHILDHOOD ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA: ABOUT 6 CASES

S. Hdiji¹, M. Ghorbel¹, O.Kassar¹, I. Jdiji², H. Bellaaj¹, M. Medhaffar¹, N. Ajmi¹, H.Sennana³, S. Mnif⁴, Ch. Kallel², A. Saad³, M. Elloumi¹.

¹ Service d'Hématologie, CHU Hédi Chaker - Sfax

² Laboratoire d'hématologie CHU Habib Bourguiba - Sfax

³ Laboratoire de cytogénétique CHU Farhat Hached Sousse

⁴ Laboratoire d'hématologie Institut Pasteur Tunis

Background: Acute promyelocytic leukemia (APL) is a relatively rare form of acute myeloid leukemia (AML). APL constitutes only 5% to 10% of AML of children. The incorporation of ATRA into frontline regimens with chemotherapy has taken this form of AML from a disease with significant morbidity and mortality to one with an excellent outcome.

Aim: To report the results of our APL paediatric series.

Patients and methods: Between January 1999 and December 2008, 6 children (< 16 years) with newly diagnosed APL were included. The diagnosis was based on the FAB classification, presence of t (15, 17) and detection of PML-RAR alpha rearrangement. Therapeutic protocol adopted was APL 93 (French protocol). We analyse rate of haematological, cytogenetic and molecular response. We analyse, else, toxicity and death in our patients.

Results: Our study was concerned 4 boys and 2 girls. The median age was 8 years (15 months-16 years). WBC counts greater than 10,000/microL was concerned the two 15 months aged children. The disseminated intravascular coagulation was constant in our patients. The marrow karyotype confirmed the diagnosis of APL showing the t (15, 17) in 4 children. Molecular biology has been needed to keep the diagnosis in the fifth child. Therapeutically, induction chemotherapy (ATRA45 mg/m², Daunorubicin, Aracytin) combined with symptomatic treatment (transfusion, antibiotics) and a substitutive therapy (FFP, platelet) were permitted 5 remissions of six patients. A girl was dead after a pulmonary haemorrhage. One patient had an ATRA syndrome, requiring a transient suspension of ATRA. No relapses were noted after a median follow up of 4 years and 5 months.

Conclusion: APL constitutes a diagnostic and therapeutic emergency. Despite the use of ATRA at dose of 45 mg/m², we don't observe an increase of toxicity in children. Our series confirms that APL of children is currently with good results.

APPORT DE LA CHIMIOTHERAPIE DANS LES GLIOMES DE BAS GRADE DE MALIGNITE : A PROPOS DE 5 CAS PEDIATRIQUES

F. Fedhila, A. Ben Othman, S. Rehaïm, K. Kazdaghli, M. Khemiri, F. Oubich, I. Bellagha, S. Barsaoui

Pré requis : Les gliomes de bas grade représentent la première cause de tumeurs cérébrales chez l'enfant. L'exérèse chirurgicale complète est la meilleure alternative ; mais si la tumeur est inopérable ou l'exérèse est incomplète, une chimiothérapie adjuvante ou une radiothérapie est indiquée.

But : Montrer l'efficacité de la chimiothérapie dans les gliomes de bas grade symptomatiques quand l'exérèse est incomplète.

Patients et méthodes: Rapporter une série de 5 cas de gliomes de bas grade suivis dans notre unité d'oncologie pédiatrique et traités selon le protocole de la société internationale d'oncologie pédiatrique LGG 2004.

Résultats : Il s'agit de 3 filles et 2 garçons âgés en moyenne de 3 ans et demi (extrêmes : 3 mois – 7ans et 11 mois). Le diagnostic a été révélé par un déficit visuel sévère dans deux cas, un nystagmus dans un cas, une exophtalmie dans un cas et une macrocrânie dans un cas. Deux patients ont bénéficié d'une exérèse incomplète et trois autres d'une simple biopsie étant donné le volume important et la localisation de la tumeur. L'examen anatomopathologique a conclu à un astrocytome pilocytique dans trois cas, un gangliocytome grade 1 dans un cas et un astrocytome pilomyxoïde grade 2 dans un cas. La chimiothérapie a été instaurée chez tous nos patients devant l'insuffisance du traitement chirurgical. Tous les patients ont répondu favorablement au traitement avec une amélioration neurologique manifeste ainsi que radiologique. La chimiothérapie a été bien tolérée cliniquement avec principalement une toxicité hématologique dans trois cas et une toxicité neurologique d'évolution favorable dans un cas. Après un recul moyen de 15,7 mois, tous les malades sont vivants et en rémission partielle, aucune progression tumorale n'a été observée.

Conclusion : La chimiothérapie reste une alternative intéressante dans le traitement des gliomes de bas grade inopérables ou à exérèse incomplète.

LES ADENOMES PLEOMORPHES CANCERISES: A PROPOS DE DEUX CAS

Belajouza.S, Zaïed.S, Abdelkafi.M, Ommezzine.M, Khochtali , Sriha.B, Bouaouina.N

Service de Radiothérapie CHU Farhat Hached Sousse, Tunisie

Service d'ORL CHU Farhat Hached Sousse, Tunisie

Service de Chirurgie maxillo-faciale CHU Sahloul, Tunisie

Service d'Anatomopathologie CHU Farhat Hached, Tunisie

Pré requis : L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires accessoires. Bien que bénigne, elle présente un potentiel de dégénérescence maligne.

But : Préciser les aspects diagnostiques et thérapeutiques des adénomes pléomorphes cancérisés.

Patients et méthodes : Nous rapportons deux cas d'adénomes pléomorphes cancérisés colligés au service de Cancérologie Radiothérapie du CHU Farhat Hached.

Observation 1 : N.A, 48 ans a consulté pour une tuméfaction du palais osseux. Biopsie : Adénome pléomorphe avec foyers carcinomateux. Reprise chirurgicale décidée mais le patient était perdu de vue pendant 6 ans. Reconsulte pour la même symptomatologie. Bilan d'extension refait : métastases pulmonaires bilatérales. Vu l'état général conservé, une Radiothérapie à doses complètes incluant la tumeur, ses extensions et les ganglions cervicaux bilatéraux a été faite sans traitement systémique. Evolution : métastases cérébrales multiples non irradiables vu le recouvrement des champs. Patient toujours en vie moyennant un traitement corticoïde et antiépileptique.

Observation 2 : K, M, 37ans a consulté pour une tuméfaction de la face interne de la joue gauche. Exérèse : Adénome pléomorphe avec limites saines. Evolution : récurrence locale. Biopsie : Adénocarcinome moyennement différencié. Réopérée avec exérèse large sans curage : limites saines. Radiothérapie adjuvante du lit tumoral et des aires ganglionnaires cervicales terminée en Février 2010

Conclusion : L'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne pouvant dégénérer. Le traitement des formes cancérisées est avant tout chirurgical. La radiothérapie adjuvante diminue nettement le risque de récurrence locale.

OSTEONECROSIS OF THE JAW: 2CASES REPORT

S. Hdiji¹, M. Ghorbel¹, O.Kassar¹, E. Daoud², H. Bellaaj¹, M. Medhaffar¹, N. Ajmi¹, Z.Mnif², M.Elloumi¹.

¹ Department of hematology, CHU Hedi Chaker - Sfax

² Department of radiology, CHU Hedi Chaker - Sfax

Background: Osteonecrosis of the jaws has emerged as a significant complication in a subset of patients receiving bisphosphonates, a drug that have been increasingly recommended for use in patients with multiple myeloma.

Aim: To report 2 cases of osteonecrosis of the jaw that occurred in patients receiving therapy with zoledronic acid.

Observation 1: A 67-year-old man with a history of ischemic heart disease (IHD) was diagnosed with multiple myeloma stage IIIA in January 2007. Treatment with zoledronic acid, Melphalan and prednisone (MP) was initiated. After 12 monthly injections of Zoledronate, with a total dose received of 96 mg, the patient complained of mucous ulceration in the right mandibular region, resistant to 4 months antibiotic treatment. The patient underwent biopsy of the exposed bone, which was confirming osteonecrosis. An implant was placed and Zoledronate was discontinued. Currently, after 11 months following period, the patient still suffers from jaw pain with no evidence of active disease (plateau).

Observation 2: A 67 year-old man, smoker, with history of IHD, followed for stage IIA multiple myeloma. Under treatment with MP and Zoledronate (total dose received of 48 mg), the patient suffered from gingivostomatitis. Five weeks later, he developed an ulceration of his lower jaw with purulent regions. Panoramic X ray showed osteolysis. Zoledronate was discontinued and the patient underwent dental surgery with a good evolution. Then, the patient remains free of lesions and symptoms.

Conclusion: Our analysis provides more evidence that further investigations should be performed to determine which patients are at increased risk for osteonecrosis of the jaw, what is the optimal and safe duration of treatment, and what recommendations should be made for the follow-up of patients being treated with bisphosphonates.

HEMANGIOENDOTHELIOME HEPATIQUE INFANTILE A PROPOS D'UNE OBSERVATION

F. Fedhila Ben Ayed - S. Ben Jemâa - N. Ghali - K. Kazdaghli, L. Ben Hassine - M. Khemiri - S. Barsaoui

Service de Médecine infantile A – Hôpital d'Enfants. Tunis

Pré requis : L'hémangioendothéliome hépatique infantile est l'une des tumeurs primitives les plus fréquentes du foie. Elle représente 2% de toutes les néoplasies de l'enfant et 5% de toutes les tumeurs hépatiques.

But : Rapporter l'observation d'un enfant porteur d'hémangioendothéliome hépatique et rappeler les difficultés thérapeutiques de cette tumeur.

Observation : Il s'agit de la patiente Oumaima, âgée de 4 ans ayant été admise dans notre service en l'an 2000 pour prise en charge d'une hépatomégalie isolée dont l'exploration radiologique a conclu à une grosse tumeur hyper-vascularisée. Le dosage de l' α Foeto-protéine est normal. L'histologie a confirmée le diagnostic d'Hémangioendothéliome infantile. Devant l'inopérabilité de la tumeur, elle a été traitée de façon consécutive par une corticothérapie à forte dose, une embolisation suivie d'une chimiothérapie CO (Vincristine, Endoxan), suivie d'une radiothérapie et d'une cure d'Interferan α . Malgré cette escalade thérapeutique, la malade est décédée par progression de la tumeur.

Conclusion : Nous insistons sur les difficultés rencontrées dans le traitement de l'hémangioendothéliome infantile.

CA6 - COMMUNICATIONS LIBRES AFFICHEES : RHUMATOLOGIE

LES MOTIFS D'HOSPITALISATION AU COURS DE LA GOUTTE : A PROPOS DE 16 CAS

Z Alaya, Ben Haj Slama K, Zeglaoui H, Ben Fredj H, Jamel A, Ben Abdesslem H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Pré requis : La goutte est la plus fréquente des arthropathies microcristallines. Le diagnostic est généralement facile et le traitement est instauré en ambulatoire. Cependant, il faut souligner dans certains cas des difficultés diagnostiques ou thérapeutiques nécessitant une hospitalisation en milieu rhumatologique.

But : Etudier les motifs d'hospitalisation de la goutte.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 16 dossiers de patients hospitalisés en rhumatologie entre 1997 et 2009 chez qui le diagnostic de goutte a été retenu.

Résultats : Il s'agit de 12 hommes et 4 femmes d'un âge moyen de 63.8 ans [39-87]. Le motif d'hospitalisation était une monoarthrite aiguë dans 2 cas (poignet, cheville), une oligoarthrite dans un cas et une polyarthrite chronique dans 13 cas. Une fièvre associée était présente dans un cas et un syndrome inflammatoire biologique dans tous les cas. L'hyperuricémie était constante avec une moyenne de 610 $\mu\text{mol/l}$. Une insuffisance rénale (IR) était notée dans 6 cas. Des tophi goutteux étaient présents dans 6 cas. Des signes radiologiques évocateurs de goutte étaient présents dans 13 cas et des cristaux d'urate de sodium dans le liquide de ponction articulaire dans 2 cas. L'échographie a montré des calculs rénaux dans 3 cas et une néphropathie chronique dans 4 cas. La goutte était secondaire aux diurétiques et à l'IR chronique dans 11 cas. Un traitement par colchicine et allopurinol a été instauré chez tous les malades avec régression des arthrites.

Conclusion : Une enquête étiologique exhaustive s'impose devant certaines présentations cliniques de goutte (poly ou monoarthrite) pour éliminer surtout une arthrite septique ou un rhumatisme inflammatoire chronique.

TUBERCULOSE MULTIFOCALE SURVENANT CHEZ DES SUJETS IMMUNOCOMPÉTENTS: A PROPOS DE 7 CAS

Z. Alaya, D. Mrabet, H. Sahli, Ch. Amira, E. Chéour, M. Elleuch, N. Meddeb, S. Sellami

Service de Rhumatologie - EPS La Rabta, Tunis

ré requis : La tuberculose multifocale est de plus en plus fréquente en Tunisie. Elle se voit surtout chez les sujets immunodéprimés.

But : Rappporter 7 observations de tuberculose multifocale survenant chez des patients immunocompétents.

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur les dossiers de patients immunocompétents hospitalisés en Rhumatologie pour une tuberculose multifocale entre 2001 et 2009.

Résultats : Il s'agit de quatre hommes et de trois femmes d'un âge moyen de 57 ans [32-76], sans antécédents pathologiques particuliers hormis un contage tuberculeux chez un patient. La tuberculose intéressait deux localisations chez quatre patients et trois localisations chez trois patients. Les atteintes tuberculeuses observées étaient représentées par : une spondylodiscite infectieuse (7 cas), une tuberculose pulmonaire (2 cas), une tuberculose de l'épaule (1 cas), une sacroiliite tuberculeuse (1 cas), une atteinte costale (1 cas) et une tuberculose cérébrale (1 cas). Le diagnostic a été confirmé par l'histologie ou la bactériologie dans 3 cas et a été retenu sur des éléments de présomption dans 4 cas. Nos patients étaient tous correctement vaccinés par le BCG et n'étaient sous aucun traitement immunosuppresseur. Ils ont tous bénéficié d'un bilan à la recherche d'une immunodépression qui s'est révélé négatif. Un traitement anti-tuberculeux d'une durée moyenne de douze mois a été instauré dans tous les cas avec une bonne évolution clinique, biologique et radiologique.

Conclusion: La tuberculose multifocale est une forme grave pouvant toucher même des sujets immunocompétents d'où la nécessité de faire systématiquement un bilan de dissémination exhaustif pour une meilleure prise en charge. L'étude de la sensibilité du BK aux antituberculeux doit être aussi réalisée afin de déceler les résistances. Ce traitement doit être institué le plus rapidement possible pour éviter les séquelles.

MOTIFS D'HOSPITALISATION AU COURS DE LA FIBROMYALGIE: A PROPOS DE 8 CAS

Alaya Z, Zeglouli H, Ben Haj Slama K, Ben Fredj H, Ben Smida I, Bagané N, Amara N, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Pré requis : La fibromyalgie est caractérisée par des douleurs musculo-squelettiques diffuses, bénignes et chroniques.

But : Rappporter les observations de huit patients ayant posé un problème diagnostique imposant ainsi leur hospitalisation.

Patients et méthodes : Etude rétrospective concernant 8 patients atteints de fibromyalgie selon les critères de l'ACR, colligés dans un service de Rhumatologie entre 1999 et 2009.

Résultats : Il s'agit de 7 femmes et d'un homme âgés en moyenne de 41.6 ans. Le motif d'hospitalisation était : une polyarthralgie (6 cas), des douleurs osseuses diffuses (1 cas) et une cervicalgie avec scapalgies (1 cas). L'interrogatoire a révélé : des troubles psychosomatiques avec troubles du sommeil (8 cas) et une fatigabilité (4 cas). L'examen a montré un nombre de zones tendinomusculaires sensibles à la pression entre 11 et 18 dans tous les cas, sans arthrites ou synovites. Les examens biologiques, immunologiques et les radiographies étaient normaux dans tous les cas. Le diagnostic de fibromyalgie a été porté après avoir éliminé toute autre étiologie pouvant entraîner cette symptomatologie. Les traitements instaurés étaient : des antalgiques (8 cas), des antidépresseurs tricycliques (7 cas) et un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (1 cas). L'évolution était favorable dans 93 % des cas.

Conclusion : La fibromyalgie est difficile à diagnostiquer (symptomatologie variable, coexistence avec de nombreuses pathologies organiques ou fonctionnelles). D'où l'intérêt d'un interrogatoire, d'un examen clinique minutieux et des examens complémentaires qui doivent être rassurants avant de porter ce diagnostic.

RESULTATS THERAPEUTIQUES ET FACTEURS PRONOSTIQUES DES OSTEOSARCOMES TRAITES DANS LE CENTRE TUNISIEN : ETUDE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 51 PATIENTS.

Gharbi O1, Chafai R1, Sayed I1, Sedik R1, Hochlef M1, Ben Fatma L1, Landolsi A1, Ben Ayache M2, Mokni M3, Ben Ahmed S1.

Service de Médecine Carcinologique CHU Farhat Hached Sousse.

Service d'Orthopédie CHU Sahloul Sousse.

Service d'Anatomopathologie CHU Farhat Hached Sousse.

Pré requis : L'ostéosarcome est une tumeur maligne primitive osseuse dont la survie a été améliorée grâce à la polychimiothérapie, avec augmentation des taux de conservation du membre et de la qualité de vie.

But : Rapporter les résultats thérapeutiques et les facteurs pronostiques des ostéosarcomes traités dans notre région.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 51 patients atteints d'ostéosarcome quelque soit la localisation, prouvé histologiquement et colligés dans le service de carcinologie du CHU Farhat- Hached Sousse sur une période de 9 ans comprise entre 2000 et 2008.

Résultats : L'âge moyen était de 18 ans avec des extrêmes allant de 7 à 60 ans. Le délai moyen de consultation était de 3 mois, la tumeur siégeait préférentiellement au niveau des os longs (84%), huit patients (17.6%) étaient porteurs des métastases au moment du diagnostic.

La chimiothérapie néo adjuvante a été administrée chez 43 patients (84%) ; La chirurgie a été réalisée chez 42 patients (82%). Elle était radicale chez 19 patients et conservatrice chez 22 patients. Onze patients étaient considérés comme bons répondeurs et 22 patients étaient mauvais répondeurs. La survie globale des 51 patients était de 68% à 1 an, de 47% à 3 ans et de 35 % à 5 ans. Les facteurs influençant négativement la survie de manière significative étaient : la présence de métastases au moment du diagnostic ($p < 10^{-6}$), les mauvais répondeurs histologiques ($p < 0.01$), l'absence de traitement de la rechute ($p < 0.03$).

Conclusion : l'ostéosarcome étant un exemple de tumeur maligne justiciable toujours d'une chimiothérapie néoadjuvante, dont il est intéressant d'étudier les facteurs prédictifs de cette chimiosensibilité afin d'améliorer d'avantage les résultats thérapeutiques.

LA SYNOVITE VILLONODULAIRE: A PROPOS DE 6 CAS

Alaya Z, Zeglaoui H, Ben Haj Slama K, Ben Fredj H, Khalfallah B, Jamel A, Ben Abdesslem MH, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Pré requis : La synovite villonodulaire (SVN) est caractérisée par une prolifération de la synoviale qui vient faire saillie dans une cavité articulaire, une gaine tendineuse ou une bourse séreuse.

But : Rappeler les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques de la SVN.

Patients et méthodes : Six observations de SVN du genou ont été colligées au service de Rhumatologie de Sousse sur une période de 12 ans (1997-2009). Le diagnostic a été confirmé à l'histologie dans les 6 cas. Ces malades ont été tous explorés par des radiographies et une IRM du genou.

Résultats : Il s'agit de 3 hommes et 3 femmes d'un âge moyen de 24.6 ans [13-43]. Le délai de consultation était de 3.08 ans [1.5-5]. Tous les patients présentaient un épanchement récidivant du genou avec à la ponction articulaire un liquide sérohématique. Le diagnostic de SVN a été confirmé à l'IRM dans tous les cas. La biopsie synoviale a montré dans 3 cas un aspect histologique cadrant avec une SVN. Une synovectomie a été faite chez tous les patients suivie par une synoviorthèse à l'acide osmique dans 2 cas. L'évolution était favorable dans 4 cas et marquée par des récurrences fréquentes dans 2 cas.

Conclusion : L'IRM représente l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan d'extension de SVN. Son traitement est basé sur la synovectomie qui doit être la plus complète possible et ce pour limiter le risque de récurrence pouvant atteindre les 45%.

SYMPHYSITE INFECTIEUSE: A PROPOS DE TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS

Z.Alaya, D.Mrabet, H.Sahli, L. Fendri, E.Chéour, M.Elleuch, N.Meddeb, S.Sellami

Service de Rhumatologie - EPS La Rabta, Tunis

Pré requis : La symphysite infectieuse est rare, de diagnostic difficile. Elle fait suite dans la majorité des cas à une intervention sur le petit bassin, chez les sportifs ou chez les toxicomanes. Le diagnostic est évoqué devant une pubalgie fébrile compliquée d'une impotence fonctionnelle.

But : Relever les particularités cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la symphysite infectieuse.

Patients et méthodes : Etude rétrospective menée au service de Rhumatologie de La Rabta, sur une période de 9 ans [2000-2009] des observations de patients atteints de symphysite infectieuse.

Résultats : Il s'agit de 3 femmes d'âge moyen de 50 ans. Le délai diagnostique moyen était de 4 mois. Le motif de consultation était une douleur inguino-crurale dans les trois cas, associée à une fièvre dans deux cas et à une tuméfaction sous-cutanée hypogastrique d'installation progressive dans un cas. L'interrogatoire a retrouvé la notion d'intervention chirurgicale représentée par un curetage biopsique de l'endomètre dans un cas et un contexte de post-partum dans un cas. La mobilisation des hanches et la pression en regard de la symphyse pubienne étaient douloureuses dans tous les cas. Un syndrome inflammatoire biologique était noté chez toutes les patientes. Les radiographies du bassin ont objectivé un élargissement de l'interligne articulaire associé à des érosions des berges dans tous les cas. Le scanner du bassin pratiqué chez toutes nos patientes était en faveur du diagnostic de symphysite infectieuse. L'IDR à la

tuberculine était positive dans un cas. La biopsie sous scanner de la symphyse pubienne avec ponction des collections des parties molles en regard a été pratiquée dans tous les cas. Le diagnostic de symphysite d'origine tuberculeuse a été retenu chez deux patientes avec mise en évidence de granulome géant-cellulaire avec nécrose caséuse à l'histologie dans un cas et isolement de BAAR à l'examen direct du liquide de ponction dans le 2^{ème} cas. Pour la dernière patiente, l'histologie a montré un aspect en faveur d'une symphysite infectieuse non spécifique. Sous traitement anti-tuberculeux prescrit chez 2 patientes et sous antibiothérapie probabiliste administrée dans un cas, l'évolution clinique était favorable chez tous les malades.

Conclusion : La symphysite infectieuse est rare, de symptomatologie trompeuse. Les circonstances étiologiques sont variables. La tomographie reste un examen essentiel pour le diagnostic dont la confirmation est apportée par les prélèvements bactériologiques et histologiques radioguidés. Son pronostic est bon dans l'ensemble.

UNE LOCALISATION RARE DES ARTHRITES SEPTIQUES CHEZ L'ADULTE : LA CHEVILLE. A PROPOS DE 5 CAS

Alaya Z, Ben Haj Slama K, Zeglaoui H, Ben Fredj H, Ben Smida I, Bagané N, Amara N, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Pré requis : L'arthrite septique (AS), définie par une infection du tissu synovial par des micro-organismes vivants, est une urgence vitale et fonctionnelle. Etant rare, la fréquence de l'AS de la cheville est probablement sous estimée, posant ainsi le problème du diagnostic positif.

But : Préciser les caractéristiques cliniques, bactériologiques et radiologiques de l'AS.

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur les dossiers de 5 patients hospitalisés pour AS de la cheville dans un service de Rhumatologie entre 1997 et 2009.

Résultats : Il s'agit d'un homme et de 4 femmes d'âge moyen de 49.6 ans [43-64]. Les antécédents retrouvés étaient : un diabète (3 cas) et une polyarthrite rhumatoïde (1 cas). Les signes cliniques observés étaient : une monoarthrite (5 cas) et une fièvre (1 cas). Trois malades avaient un syndrome inflammatoire. La porte d'entrée était : cutanée (1 cas) et urinaire (1 cas). Le germe identifié était : le staphylocoque (2 cas) et le BK (1 cas). Les radiographies montraient : un pincement tibio-talien (4 cas) et des signes d'ostéite associée (3 cas). Une TDM et une IRM de la cheville, réalisées dans 4 cas, étaient en faveur d'AS. Tous les malades ont été mis sous antibiothérapie : antituberculeux (3 cas) et association rifampicine/ ciprofloxacine ou oxacilline/rifampicine (2 cas). L'évolution était favorable dans 4 cas.

Conclusion : Bien que rare, l'AS doit faire partie des diagnostics à évoquer en premier lieu devant une monoarthrite de la cheville.

A PROPOS D'UNE ARTHROPATHIE DEFORMANTE DISTALE PSEUDO-RHUMATOÏDE CHEZ UNE DIABÉTIQUE

Ben Fredj H, Alaya Z, Zeglaoui H, Karaa N, Ben Haj Slama K, Jamel A, Ben Abdesslem H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Pré requis : Les complications osseuses et articulaires du diabète sont fréquentes et diverses. Certaines sont la conséquence directe de l'hyperglycémie chronique et de son effet sur le collagène telles que la chéiroarthropathie diabétique.

But : Rapporter une nouvelle observation de chéiroarthropathie diabétique.

Observation : Z.M, âgée de 23 ans, diabétique type 1 depuis 14 ans au stade de complications dégénératives (rétinopathie, gastroparésie diabétique), présente depuis 3 ans une déformation indolore des doigts et des orteils sans synovites. L'examen a montré une déformation en maillets des mains et en griffe des orteils, des réflexes ostéotendineux abolis aux quatre membres, une hypoesthésie en chaussettes et des lésions de lipodystrophies au niveau des bras. La biologie a montré des chiffres glycémiques élevés sans syndrome inflammatoire et sans protéinurie. Le bilan immunologique (FR, anti CCP et AAN) était négatif. Les radiographies des mains et avants pieds n'ont pas objectivé d'érosions ou de pincements. Un EMG des quatre membres a révélé des signes de polyneuropathie sensitive diffuse asymétrique de mécanisme axonal probable. La patiente a bénéficié d'une éducation nutritionnelle, d'une adaptation des doses d'insuline et d'une rééducation mobilisatrice.

Conclusion: L'incidence de la chéiroarthropathie diabétique augmente avec l'âge et la durée du diabète. Elle s'associe aux autres complications du diabète comme la rétinopathie, la néphropathie et la neuropathie. Elle semble annonciatrice de complications futures de la microcirculation, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce du diabète avec un meilleur contrôle des chiffres glycémiques.

A PROPOS D'UNE FORME EXCEPTIONNELLE DE MYOPATHIES INFLAMMATOIRES : LA MYOSITE FOCALE D'HEFFNER

Alaya Z, Ben Fredj H, Zeglaoui H, Salah S, Ben Haj Slama K, Khalfallah B, Jamel A, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Pré requis : La myosite focale est une lésion inflammatoire douloureuse et nodulaire d'un muscle squelettique ou d'un groupe de muscles. Depuis sa description en 1977 par Heffner, un peu plus d'une centaine de cas ont été publiés.

But : Rapporter une nouvelle observation de myosite focale.

Observation : Madame M.S âgée de 55 ans, a consulté pour tuméfaction douloureuse de la cuisse droite évoluant depuis six mois faisant suite à une chute de sa propre hauteur. L'examen clinique a montré une cuisse droite tendue sans signes inflammatoires locaux avec

une circonférence augmentée de 5 cm par rapport au coté gauche. Le bilan inflammatoire et les enzymes musculaires étaient corrects et les AAN étaient négatifs. La radiographie du fémur droit n'a pas montré d'anomalies en dehors de l'épaississement des parties molles. L'écho-doppler des membres inférieurs était normal. L'IRM de la cuisse droite a montré une discrète atrophie musculaire portant sur le muscle quadriceps essentiellement au niveau du 1/3 moyen et inférieur en T1 avec une plage d'hyper signal STIR hétérogène des vastes médial et latéral qui prend le contraste. L'histologie de la biopsie musculaire a confirmé le diagnostic de myosite focale. La patiente a été mise sous antalgiques avec une corticothérapie à faible dose avec amélioration des myalgies et de la différence de circonférence des 2 cuisses de 2 cm à 3 mois de suivi.

Conclusion : L'étiologie de la myosite focale reste inconnue. En l'absence d'une thérapeutique spécifique, son traitement reste symptomatique (AINS, antalgiques et parfois corticothérapie).

LES ARTHRITES SEPTIQUES (AS) DE L'ADULTE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PARACLINIQUE : A PROPOS DE 14 CAS

Z Alaya, Zeglaoui H, Ben Haj Slama K, Ben Fredj H, Khalfallah B, Bagané N, Bouajina E
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Pré requis : L'arthrite septique (AS) de l'adulte est peu fréquente. Toutefois, elle demeure une urgence vitale et fonctionnelle.

But : Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques de l'AS.

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur les dossiers de 14 patients hospitalisés en rhumatologie pour AS entre 1997 et 2009.

Résultats : Il s'agit de 7 hommes et 7 femmes d'un âge moyen de 50.5 ans [23-95]. Cinq patients étaient diabétiques. Le genou était touché dans 10 cas, la cheville dans 3 cas et le coude dans 1 cas. Une fièvre était présente dans 12 cas et un syndrome inflammatoire biologique dans 13 cas. Une porte d'entrée cutanée a été identifiée dans 7 cas. Les germes identifiés étaient le staphylocoque aureus dans 7 cas, le streptocoque B dans un cas, le BK dans 5 cas et Actinomyces dans un cas. Les radiographies étaient normales dans 6 cas. Tous les malades ont été mis sous antibiothérapie par voie parentérale sauf ceux qui avaient une atteinte tuberculeuse. Un lavage articulaire a été fait dans 9 cas. Un traitement chirurgical par arthrotomie a été nécessaire dans 3 cas après échec du traitement médical. L'évolution était favorable dans 13 cas. Un patient a présenté une hépatite médicamenteuse avec polynevrite aux membres supérieurs sous antituberculeux.

Conclusion : L'AS survient souvent sur un terrain de débilite. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments. Son pronostic dépend de la rapidité de prise en charge thérapeutique.

LA MAIN DE JACCOUD EN MILIEU RHUMATOLOGIQUE

Alaya Z, Ben Haj Slama K, Zeglaoui H, Ben Fredj H, Khalfallah B, Jamel A, Ben Abdesslem MH, Bouajina E
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Pré requis : Le rhumatisme de Jaccoud est une pathologie rare, caractérisée par une dislocation progressive et indolore des doigts avec luxation cubitale des tendons extenseurs dans les vallées métacarpiennes sans aucune lésion articulaire de voisinage.

But : Rapporter notre expérience personnelle du rhumatisme de Jaccoud.

Patients et méthodes : Etude rétrospective de trois observations de patients présentant une main de Jaccoud. L'absence d'érosion osseuse a été documentée par des radiographies standard.

Résultats : Il s'agit de 2 femmes et d'un homme d'un âge moyen de 27 ans. Le motif d'hospitalisation était une polyarthrite (100%). Tous les patients présentaient un coup de vent cubital avec en plus une déformation en col de cygne dans un cas, une déformation en maillet dans un cas et un pouce en Z dans un cas. Une patiente présentait également des avant-pieds triangulaires. Toutes ces déformations étaient facilement réductibles et indolores. Les radiographies des mains étaient normales en dehors d'un seul cas où une subluxation métacarpo-phalangienne était décelée. Le facteur rhumatoïde était négatif dans tous les cas. Après bilan étiologique, les diagnostics retenus étaient : un LES (2 cas) et un rhumatisme post-streptococcique (1 cas). Un traitement symptomatique ainsi que des attelles correctrices ont été prescrits chez tous les patients.

Conclusion : Les déformations au cours du rhumatisme de Jaccoud sont la conséquence de l'atteinte des structures capsulo-ligamentaires. La prescription d'attelles correctrices peut être proposée. Cependant dans les formes invalidantes, la chirurgie avec reconstruction capsulaire et réaxation de l'appareil capsulaire doit être discutée.