

à la visite d'admission et les contrôles réguliers en visite révisionnelle et où les mesures d'éducation sanitaire et de sensibilisation doivent être prises en compte afin de préserver la sécurité en vol.

Tableau 1 : Récapitulatif des observations

	Age	Algie	Facteur favorisant	Conduite à tenir	Aptitude
Barotraumatisme de l'oreille moyenne					
Pilote d'hélicoptère	43	Otalgie droite OBT stade II Surdité mixte (Rinne 20dB)	Ronchopathie Oropharynx hypotonique voile pléthonique	<ul style="list-style-type: none"> • ATB + corticoïde • Polysonnographie : SAS 	Inaptitude définitive (S)
Pilote de chasse	28	Otalgie gauche OBT stade III Surdité de transmission 30dB Otalgies gauches	Poussée de rhinite allergique	<ul style="list-style-type: none"> • ATB + corticoïde locale et générale • aérosols • ATB + corticoïde • Tri B + Torental • Oxygénothérapie hyperbare : 5 séances 	Inaptitude temporaire 2 jours
Barotraumatisme mixte : Oreille moyenne et interne (Pilote de transport)	46	Vertiges + BO Surdité mixte fluctuante puis cophose gauche - Sinusalgie gauche - Otalgies gauche	Rhinite virale	<ul style="list-style-type: none"> • Tri B + Torental • Oxygénothérapie hyperbare : 5 séances 	Inaptitude définitive (Cophose)
Barotraumatisme bipolaire Oreille moyenne et sinus maxillaire gauche (Pilote de transport)	38	OBT stade IV + Barotraumatisme sinusien maxillaire gauche	Pansinusite gauche	<ul style="list-style-type: none"> • ATB + corticoïde locale et générale Mucolytique 	Inaptitude temporaire 2
Barodontalgies (3 mécaniciens navigants)	42	Odontalgies vives	Caries : 36 et 45 x 2	<ul style="list-style-type: none"> • Extraction : 3 cas 	Inaptes temporaires 1. mois

OBT : barotraumatisme de l'oreille moyenne BO: bourdonnement d'oreille
ATB : antibiotiques
SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil

Références

- MARTIN H. Barotrauma. Inj 2004 ; 39 : 359-370.
- ESTERE D. Physiologie et physiopathologie de la fonction d'ouverture de la trompe auditive. J Fr ORL 2001;50 : 223-232.

Sethom Anissa¹, Ben Dhia Imeddine¹, Souissi Amel¹, Mrabet Ali², Dkhal Ibtissem¹, Mehdi F¹, Allani R¹, Khelifi Touhami¹, Ben Salem Samir¹, Bouattour Rim¹, Ben Othmen Chokri¹, Guermazi Nabil¹, Chebbi M Kamef²

¹Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique

²Direction Générale de la Santé Militaire

Université Tunis El Manar

Le lymphome T/NK nasal

Le lymphome T/NK nasal est une tumeur agressive réputée de mauvais pronostic (1), exceptionnelle en Tunisie. Le but de ce travail est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histo-pathologiques des lymphomes T/NK extra ganglionnaires de siège nasal.

Patients et méthodes

Il s'agit une étude rétrospective portant sur 16 cas de lymphome T/NK nasal diagnostiqués sur biopsies colligées à notre laboratoire sur une période de 19 ans allant de janvier 1990 à Décembre 2008. La classification histologique utilisée est celle de l'OMS 2008. Nous nous sommes proposés dans ce travail d'étudier le profil épidémiologique, clinique, histopathologique de ces lymphomes, et discuter les différentes modalités thérapeutiques. Les comparaisons ont été effectuées par le test du Log-rank et le taux de survie a été calculé par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats

Notre série comportait 14 hommes et 2 femmes (sex-ratio= 7).

L'âge moyen était de 50,8 ans. Le symptôme le plus fréquent était représenté par l'obstruction nasale et la rhinorrhée purulente (73%), suivi par l'épistaxis (60%). La tuméfaction mandibulaire ou jugale a été retrouvée dans 20% des cas. Une néoformation tumorale des fosses nasales était observée chez 12 patients. L'examen histologique des prélèvements effectués au niveau de cette néoformation, couplé à l'immunohistochimie, confirmait le diagnostic de lymphome T/NK. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen tomodensitométrique du massif facial complété d'un examen d'imagerie par résonance magnétique chez 4 malades. Ces lymphomes, de localisation nasale essentiellement, présentaient un envahissement des parties molles dans 5 cas, une extension orbitaire dans 4 cas associée à une extension endocrânienne dans 2 cas. Les lyses osseuses ont été objectivées chez 11 patients. Nos malades étaient classés en stade IE dans 12 cas (75%) et stade IIE dans 5 cas (25%). 3 de nos patients sont décédés avant toute démarche thérapeutique. Un 4^{ème} patient a été perdu de vue. Le traitement n'a donc concerné que 12 patients. Ces derniers ont été traités par radiothérapie +/- chimiothérapie pour les stades IE et par chimiothérapie exclusive pour les stades IIE. Le taux de survie à 38 mois était de 37% avec un pronostic plus favorable pour les patients classés stade IE.

Conclusion

Le lymphome T/NK nasal est réputé de mauvais pronostic avec une survie moyenne de 6 à 25 mois. Toutefois au stade localisé, le lymphome T/NK nasal est radiosensible et le pronostic est meilleur. Dans notre série, le taux de survie à 38 mois était de 37%. Aux stades plus avancés, une chimiothérapie concomitante et/ou exclusive est indiquée. La survenue d'un syndrome d'activation macrophagique grève le pronostic.

Références

1. J Lee, W S Kim, Y H Park et al. Nasal-type NK/T cell lymphoma: clinical features and treatment outcome. *Br J Cancer*. 2005; 92: 1226-30.

Haïfa Nfoussi¹, Ines Chelly¹, Salima Kharraf², Samia Sahtout², Slim Haouet², Nidhameddine Kchi², M Moncef Zitouna¹

¹Service d'Anatomie Pathologique.

²Service d'Oto-Rhino-Laryngologie. Hôpital La Rabta, '007 Bab Saadoun. Tunis. Faculté de Médecine. Tunis. Université Tunis El Manar

Les tumeurs malignes de la parotide

Les tumeurs malignes des glandes salivaires constituent une entité relativement rare. La majorité de ces tumeurs touchent la parotide (1). Elles suscitent un grand intérêt de par la variété de leur expression clinique et de leurs caractéristiques histologiques et évolutives qui sont à l'origine de difficultés diagnostiques et des controverses quant à leur prise en charge thérapeutique.

Nous rapportons une série de tumeurs malignes des glandes salivaires colligées dans un service d'ORL à Tunis.

Matériel et méthodes

Nous rapportons rétrospectivement une série de 13 patients présentant une tumeur parotidienne maligne, opérés dans le service d'ORL de l'hôpital Charles Nicole entre 2005 et 2009. Ces tumeurs incluent les tumeurs épithéliales et non épithéliales. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan clinique et d'une exploration radiologique préopératoire, complétée par un bilan d'extension général en post opératoire. Nous avons analysé à travers les dossiers cliniques des patients les différentes modalités thérapeutiques.

Résultats

L'âge moyen des 13 patients présentant une tumeur parotidienne maligne, est de 51 ans avec des extrêmes allant de 16 à 86 ans et un pic de fréquence à la 6^{ème} décennie de vie. Pas de prédominance sexuelle n'a été retrouvée : 7 hommes pour 6 femmes. Le motif de consultation principal était une tuméfaction de la région parotidienne dont la taille variait entre 2 et 10 cm (taille moyenne = 5,8 cm). Cette tuméfaction était dure et fixée dans 8 cas et en perméation cutanée dans 2 cas (Figure 1). Cette tuméfaction s'associe à une douleur dans 4

cas, une paralysie faciale (PF) dans trois cas et des adénopathies cervicales dans 3 cas. Le délai moyen d'évolution des plaintes fonctionnelles était de 45 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 16 ans.

Figure 1 : Tumeur parotidienne droite en perméation cutanée



L'examen de la cavité buccale et de l'orifice du canal de Sténon en particulier était sans anomalie avec une salive claire dans tous les cas. Les glandes sub-mandibulaires et thyroïdiennes étaient normales dans tous les cas. L'examen du cavum a été systématique chez tous les patients, il est revenu normal dans tous les cas. L'échographie a été pratiquée chez 11/13 patients; la malignité a été suspectée en pré-opératoire dans 5 cas devant la taille de la masse, son aspect hétérogène, ses limites irrégulières et la présence d'adénopathies locorégionales homolatérales. Six patients ont bénéficié d'une exploration tomodensitométrique (Figure 2) et 8 patients ont eu une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) après avoir eu une échographie cervicale.

Figure 2 : TDM injectée en coupe axiale : importante masse tissulaire de la région massétérine gauche.

