

(1): Department of Surgery, Habib Bougatfa Hospital. Bizerte, Tunisia
 (2): Department of Pathology, La Rabta Hospital.
 (3): Department of Oto-Rhino-Laryngology, La Rabta Hospital. Tunis, Tunisia.
 Tunis Medical School
 Tunis El Manar University

Chondrosarcome du bassin révélée par une thrombophlébite récidivante de la jambe

Le chondrosarcome fait partie des cancers des os, mais cette tumeur a la particularité de se développer à partir des cellules du cartilage. Le bassin représente une localisation fréquente (40%). Les complications vasculaires qui peuvent être d'ordre veineux ou artériel sont rares (1).

Nous rapportons un cas de thrombophlébite profonde récidivante de la jambe gauche survenue à suite d'une compression de la veine iliaque externe par un chondrosarcome se développant au dépend de la branche ilio-pubienne ipsilatérale.

Observation

Mme H.J âgée de 33ans, aux antécédents de phlébite surale gauche, a consulté pour récurrence d'œdème du membre inférieur gauche prédominant au niveau de la racine de la cuisse. Le diagnostic de thrombophlébite récidivante a été évoqué et lors de l'exploration échographique vasculaire, le radiologue a palpé, par la sonde, une masse de consistance dure, fixe, douloureuse, allant du pubis à l'hypogastre sans signe inflammatoire. Une radiographie du bassin a objectivé une ostéolyse de la branche ilio-pubienne gauche avec multiples calcifications juxta corticales à limites imprécises donnant un aspect en «choux-fleurs» (figure 1).

Figure 1 : Radiographie du bassin de face
 Ostéolyse de la branche ilio-pubienne gauche avec multiples calcifications juxta-corticales à limites imprécises donnant un aspect en «choux- fleurs »



L'IRM a objectivé une volumineuse masse tumorale polylobée à coiffe cartilagineuse très évocatrice d'un chondrosarcome, le tout engainant l'artère iliaque externe gauche depuis la bifurcation iliaque primitive jusqu'à la région inguinale (figure 2). Le bilan d'extension a été sans anomalie. Une biopsie chirurgicale a confirmé le diagnostic de chondrosarcome bien différenciée de grade 1. Après re- perméabilisation de l'axe veineux par héparine à bas poids moléculaire, une résection extra-marginale de la tumeur avec dissection du paquet fémoral a été pratiquée. Les suites opératoires ont été simples. Au recul de 3ans, les mollets étaient souples. La radiographie du bassin à montré l'absence de récurrence tumorale (figure 3).

Figure 2 : IRM : Volumineuse coiffe cartilagineuse polylobée très évocatrice d'un chondrosarcome

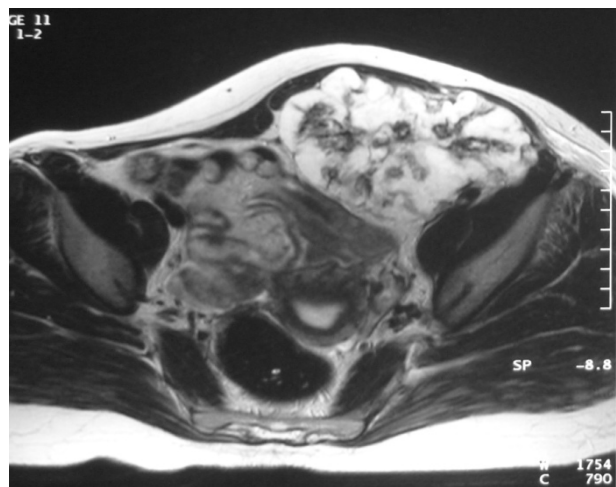


Figure 3 : Radiographie au recul montrant une résection complète du chondrosarcome



Conclusion

Les tumeurs cartilagineuses peuvent être à l'origine de rares complications vasculaires, le plus souvent artérielles (Faux anévrisme, compression ou rupture artérielle, thrombose artérielle) et plus rarement veineuses. La thrombophlébite récidivante est une complication exceptionnelle, comme elle peut être révélatrice. Ainsi devant une thrombophlébite sans étiologie évidente, une cause mécanique, en particulier tumorale, doit être évoquée. Pour confirmer le diagnostic, une exploration vasculaire par échographie doppler est nécessaire. Outre un traitement anticoagulant, le traitement de base passera par une résection carcinologique du chondrosarcome. Seule la résection tumorale permettra de prévenir les récurrences.

Références

1. Navadgi BC, Davies N, Beale AM, Arya R, Williamson DM. Deep venous thrombosis in a child: an unusual presentation of an osteochondroma. J Pediatr Orthop 2009; 29:312-4

Bouabdellah Mohamed, Miri R, Bouzidi Ramzi, Karray Bechir, Nouira Ramzi*, Kooli Mondher

Service d'orthopédie traumatologie

*Service de chirurgie générale B23. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Syndrome de Cornélia De Lange

Le syndrome de Cornelia de Lange (CdLS) est une maladie secondaire à une anomalie génétique. Sa fréquence est de

l'ordre de 1 pour 20 000 naissances. Ce syndrome a été décrit pour la première fois en 1933 par le Docteur Cornelia de Lange (1). Il n'existe pas de critère unique pour établir un diagnostic définitif. La variabilité en est telle que seul un médecin familiarisé avec le syndrome peut l'évoquer. Le phénotype du CdLS est cliniquement évident associant un visage caractéristique, un retard de croissance intra utérin avec microcéphalie, un hirsutisme et des anomalies des membres supérieurs atteignant surtout les doigts. Le retard intellectuel est constant. Les enfants atteints souffrent d'autisme ou ont des tendances auto-destructives. Ce syndrome est certes compatible avec la vie, mais au prix d'une qualité très médiocre. Son incidence sporadique sans véritable mode de transmission identifié, expose à l'apparition, bien que rare, de nouveaux cas en raison notamment de l'absence de moyens de diagnostics anténatals fiables (2). Cependant, l'association de plusieurs signes échographiques pourrait orienter vers ce syndrome et indiquer une interruption médicale de la grossesse.

Observation

Mme J.G, 25 ans, sans antécédents familiaux ni personnels particuliers, mariage non consanguin sans notions de pathologies congénitales dans les antécédents familiaux du conjoint, cinquième geste, unipare avec un enfant vivant de 04 ans en bonne santé apparente et 3 interruptions volontaires de grossesse. Au cours de la grossesse actuelle, l'échographie du premier trimestre n'a pas montré d'anomalies avec une clarté nucale à 1.5 mm. Le triple test a été refusé par la patiente. L'échographie morphologique faite à 23 SA a retrouvé les anomalies suivantes (figures 1-4) : une biométrie fœtale entre le 3^{ème} et le 10^{ème} Percentile, un nez recourbé et bombé, un philtrum

Figure 1 : Pieds mal posés



Figure 2 : Nez recourbé



Figure 3 : Philtrum long



Figure 4 : Micro-rétrognathisme



Figure 5 : Synophris, cils longs, lèvres minces



Figure 6 : Orteils mal posés

