en charge néonatale. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2003;32:693–704.
2. Fries PD, Katowitz JA. Congenital craniofacial anomalies of ophthalmic importance. Surv Ophthalmol 1990;35:87–119.
3. De Pablo A, Calb I, Jaimovich L. Congenital constriction bands: amniotic band syndrome. J Am Acad Dermatol 1995;32:528–9.
4. J. Bouguila, N. Ben Khoud, A. Ghrissi, et al. Amniotic band syndrome and facial malformations. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2007;108:526-29.

Landolsi Amany, Jbali souheil, Helali hayathem, Jablaoui Yassine, Helali Mouna, Zitouni Karima, Zairi Issam, Adouani Ali
Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, 1006, Tunis, Tunisie

---

L'embolie paradoxale à travers un foramen ovale perméable

L'embolie paradoxale est une pathologie rare. Elle est définie comme le passage d'un thrombus veineux vers la circulation systémique à travers un shunt droit gauche, à l'occasion d'un gradient de pression favorable (élevé). Le foramen ovale perméable constitue dans 70% des cas le shunt droit-gauche (1). Différents phénomènes peuvent favoriser le shunt droit-gauche dont l'embolie pulmonaire. Le but de notre travail est de rapporter le cas d'une embolie paradoxale, pathologie rare, et survenant chez une femme âgée avec évolution favorable.

Observation
Patiente âgée de 82 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente en Mars 2009 une dyspnée d'aggravation progressive. Devant l'apparition de douleurs thoraciques et de signe d'ischémie de l'avant bras gauche (cyanose, douleur et hypoesthésie), la patiente a été hospitalisée. L'examen physique a montré un état hémodynamique stable avec une TA: 137/79, FC: 92/mn, saturation en oxygène à 100% (sous 9l d'oxygène) et une fréquence respiratoire à 20 cycles/min. L'ECG était normal en dehors d'une tachycardie sinusale. Le diagnostic d'embolie pulmonaire a été évoqué et a été confirmé par l'angioscanner thoracique qui objective la présence d'une embolie pulmonaire bilatérale touchant les troncs des deux artères pulmonaires. Le diagnostic d'ischémie aigue de l'avant bras gauche par thrombose de l'artère humérale a été confirmé par l'échographie Doppler artériel. Un traitement anticoagulant par héparine à dose curative au pousse seringue électrique relayée par anti vitamines K a été instauré. Une prise en charge en chirurgie vasculaire de l'ischémie a été rapidement réalisée pour thrombectomie par sonde de Fogarty. L'écho Doppler des membres inférieurs objective une thrombose veineuse proximale d'aspect hypoéchogène, étendue au niveau des veines soléaires, péronières, poplitée et tiers moyen de la fémorale superficielle avec des signes d'insuffisance cardiaque droite. L'échocardiographie cardiaque montre un volumineux thrombus de 6 cm très mobile dans l'oreillette droite avec passage intermittent dans la veine cave inférieure et l'oreillette gauche, puis le thrombus s'enclave dans le foramen ovale. A la fin de l'examen, le thrombus a migré dans les cavités droites. Une hypertension de l'artère pulmonaire (HTAP) à 70 mm Hg est retrouvée. L'échographie des troncs supra-aortiques faite systématiquement retrouve une thrombose sub-occlusive de la carotide interne gauche, asymptomatique, avec un thrombus hypoéchogène et mobile témoignant de son origine embolique. Le scanner cérébral ne met pas en évidence de lésion anormale. Devant ce tableau associant des thromboses artérielles et veineuses, le diagnostic d'embolie paradoxale à travers un foramen ovale perméable est évoqué. Il est confirmé par l'échocardiographie transthoracique et le doppler transcrânien avec épreuve de contraste. L'évolution a été favorable sur le plan clinique (amélioration sur le plan respiratoire et stabilité hémodynamique) et para clinique (régression quasi complète du thrombus et diminution de l'HTAP). Une semaine plus tard, la patiente présente une douleur du mollet gauche. L'échodoppler objective une récidive de la thrombose veineuse. Celle-ci survient malgré un traitement anticoagulant bien conduit. Un filtre cave est mis en place. Les contrôles échographiques successifs montrent une régression de la thrombose veineuse des membres inférieurs, du thrombus intracardiaque, une reperméabilisation partielle de la carotide interne et totale de l'artère humérale de l'avant bras opérée. Les suites sont simples. La patiente a été mise sortante sous traitement anticoagulant au long cours. Aucune cause d'hypercoagulabilité n'est retrouvée. Le bilan étiologique de la maladie thromboembolique est resté négatif.

Conclusion
L'embolie paradoxale est une pathologie rare. Elle doit être évoquée devant une embolie artérielle sans autre cause, associée à une embolie pulmonaire ou une thrombose veineuse profonde. Le diagnostic est confirmé par l'échocardiographie avec épreuve de contraste

Références

1. Cabanes L, Mas JL, Cohen A, et al. Atrial septal aneurysm and patent foramen ovale as risk factors for cryptogenic stroke in patients less than 55 years of age. A study using trans esophageal echocardiography. Stroke 1993; 24:1865-73.

Besma Ben Dhaou, Zohra Aydi, Fatma Boussema, Lazhar Hmaidi, Lilia Rokbani
Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Habib Thameur, Service de médecine interne, Tunis, Tunisie

---

Carcinoïde bronchique sécrétant l'ACTH diagnostiqué après 22 ans

L'hypercorticisme au cours du syndrome de cushing paranéoplasique est généralement sévère et rapidement évolutif. Toutefois, le tableau clinique peut être plus modéré et le profil hormonal trompeur.
Nous rapportons l'observation d'une jeune patiente de 19 ans présentant un syndrome de Cushing paranéoplasique.
Observation :
M^{elle} H.F. a été admise en 1987, à l'âge de 19 ans, pour

exploration d'un d'hypercorticisme. Le bilan hormonal était en faveur d'un syndrome de Cushing ACTH dépendant : stéroïdes urinaires de base élevés avec absence de freination au test de Liddle. Les stéroïdes urinaires étaient freinables au test fort. L'ACTH était à 156 pg/ml. A cette époque, le diagnostic de maladie de Cushing avait été retenu et la patiente a subi une hypophysectomie partielle par voie trans-sphénoïdale. L'examen anatomo-pathologique n'a pas montré d'adénome. L'évolution clinique et biologique post opératoire a été marquée par la persistance du syndrome de Cushing. Compte tenu de la sévérité clinique et de l'impossibilité d'avancer un diagnostic de certitude, une surrénalectomie bilatérale a été pratiquée en 1989 après préparation par le mitotane. La patiente a par la suite été mise sous traitement substitutif et une radiothérapie hypophysaire a été réalisée en prévention du syndrome de Nelson. L'évolution a été marquée par l'amendement des signes d'hypercorticisme et par l'apparition progressive d'une hyperpigmentation cutanée associée à une élévation de l'ACTH jusqu'à atteindre 842 pg/ml en 2009. L'IRM hypophysaire montrait une selle turcique vide. L'évaluation radiologique thoraco-abdominale périodique à la recherche d'une tumeur qui serait responsable de cette hypersécrétion d'ACTH a permis de révéler en Juin 2009 une opacité médiothoracique droite (Figure 1) confirmée par le scanner thoracique (Figure 2). Une lobectomie inférieure droite avec curage ganglionnaire a alors été réalisée en décembre 2009. L'étude anatomopathologique a conclu à une tumeur carcinoïde typique de 5 cm sans envahissement locorégional avec positivité à la chromogranine (Figure 3a). L'immuno-histochimie a montré une fixation intense et diffuse de l'ACTH (Figure 3b). L'évolution post opératoire a été marquée par la disparition rapide de l'hyperpigmentation et la chute du taux d'ACTH à 11pg/ml.

*Sirine Hadj Ali, Melika Chihaoui, Faouzi Kanoun, Faiza Lamine, Aida Ayadi *, Faouzi El Mezni*, Mohamed Nidhameddine Kchir **, Tarek Kilani***, Hedia Slimane*

Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service Endocrinologie, 1007, Tunis, Tunisie

** Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital hôpital Abderrahmen Mami, Service d' Anatomo-pathologie, Ariana, Tunisie*

*** Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital hôpital La Rabta, Service d' Anatomo-pathologie, 1007, Tunis, Tunisie*

**** Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital hôpital Abderrahmen Mami, Service de Chirurgie thoracique, Ariana, Tunisie*

Figure 1 : Radiographie thoracique: opacité lobaire moyenne droite.

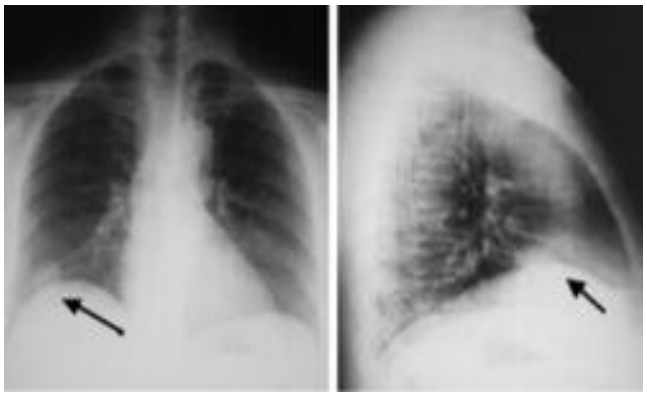

Figure 2 : Scanner thoracique : formation tissulaire du lobe moyen droit.

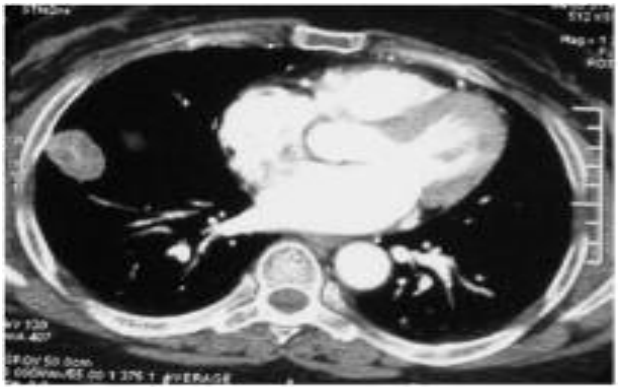

Figure 3a : Les cellules tumorales expriment la chromogranine

Figure 3b : Immunohistochimie positive à l'ACTH.
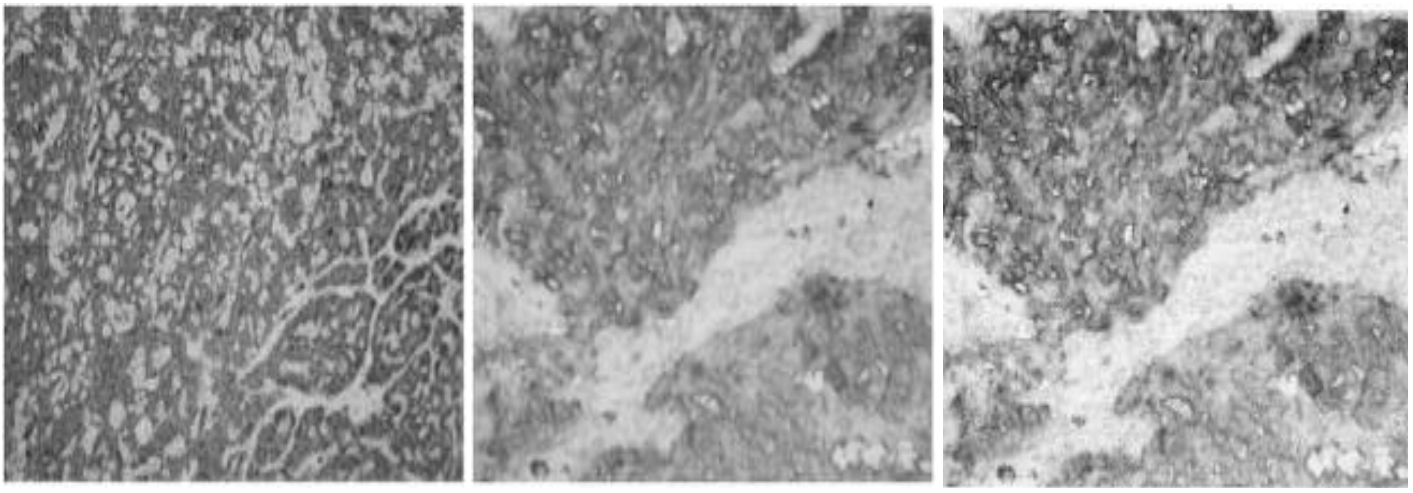
Figure 3c : Fixation intense et diffuse de l'ACTH