

#### 70 HAMARTOCHONDROMES BRONCHO-PULMONAIRES ETUDE RÉTROSPECTIVE DE 54 CAS

I. Helal<sup>1</sup>, A. Ayadi-Kaddour<sup>1</sup>, E. Braham<sup>1</sup>, O. Ismail<sup>1</sup>, A. Marghlī<sup>2</sup>, M. Mlika<sup>1</sup>, T. Kilani<sup>2</sup>, F. El Meznī<sup>1</sup>

1 : Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, Hôpital Abderrahman Mami - Ariana- Tunisie

2 : Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire, Hôpital AbderrahmanMami – Ariana- Tunisie

**Introduction :** L'hamartochondrome broncho-pulmonaire est une tumeur bénigne dérivée du tissu mésenchymateux péri bronchique. Son histogénèse est encore discutée mais la théorie dysembryoplasique semble la plus séduisante. Bien que relativement rare, il représente la plus fréquente des tumeurs bénignes du poumon (77%). L'hamartochondrome peut être divisé en deux entités : l'hamartochondrome intra parenchymateux et l'hamartochondrome endobronchique beaucoup plus rare, différentes tant par leurs manifestations cliniques que par leurs traitements et leurs histologies.

**But :** Etudier les particularités anatomocliniques de ces tumeurs rares.

**Matériel et Méthodes :** Etude rétrospective de 54 cas colligés au service d'Anatomie Pathologique et opérés au service de Chirurgie Thoracique de l'hôpital Abderrahman Mami de l'Ariana sur une période de 18 ans (1995-2012).

**Résultats :** La localisation était endobronchique dans 9 cas et intraparenchymateuse dans 45 cas. L'âge moyen était de 54, 87 ans avec un sex ratio Homme/Femme de 2.65. Parmi nos patients, 36 étaient symptomatiques au moment du diagnostic se plaignant surtout de douleur thoracique, alors que pour les autres, la découverte était fortuite. L'imagerie montrait le plus souvent une opacité bien limitée. La fibroscopie bronchique révélait dans les formes endobronchiques une masse arrondie saillante dans la lumière. Le traitement chirurgical a consisté en une énucléation dans 40 cas, une résection en wedge dans 3 cas, une lobectomie dans 9 cas et une pneumonectomie dans 2 cas. L'examen anatomopathologique avait permis de poser le diagnostic positif, le principal élément tissulaire étant le cartilage. Les formes endobronchiques se distinguent par l'absence de tissu épithélial et la présence plus abondante de tissu adipeux. Une association avec un adénocarcinome pulmonaire et avec un carcinome épidermoïde a été observée chez deux malades de notre série. Aucune récurrence n'a été notée.

**Conclusion :** Nous insistons, enfin sur l'importance du traitement chirurgical de cette tumeur bénigne qui pose parfois des difficultés diagnostiques en pré-opératoire, afin de permettre un examen anatomopathologique soigneux, seul capable de fournir le diagnostic positif.

#### 71 L'EMBOLIE PULMONAIRE AVEC CŒUR PULMONAIRE AIGU AUX URGENCES : ÉVALUATION PROSPECTIVE DE L'ÉCHO-CARDIOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE PRATIQUÉE PAR L'URGENTISTE.

M. Ben Lassoued<sup>1</sup>, K. Taamallah<sup>2</sup>, H. Mahfoudhi<sup>2</sup>, R. Jebri<sup>1</sup>, R. Daouadi<sup>1</sup>, H. Melki<sup>1</sup>, O. Djebbi<sup>1</sup>, I. Bennouri<sup>1</sup>, M. Haggui<sup>1</sup>, A. Haggui<sup>2</sup>, W. Fehri<sup>2</sup>, H. Haouala<sup>2</sup>, K. Lamine<sup>1</sup>.

1 : Service d'Accueil des Urgences, Hôpital Militaire de Tunis.,

2 : Service de Cardiologie, Hôpital Militaire de Tunis.

**Introduction :** L'embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire aigu est une situation fréquente aux urgences. L'échocardiographie transthoracique est un instrument d'imagerie permettant en quelques minutes de confirmer ou d'exclure la pathologie.

**But :** Evaluer la performance de l'échocardiographie pratiquée au lit du malade par le médecin urgentiste dans le cadre du diagnostic positif d'embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire aigu.

**Matériel et Méthodes :** Etude prospective réalisée aux urgences de l'Hôpital Militaire de Tunis, menée sur une période de huit mois (de septembre 2012 au mois d'avril 2013) incluant tous les patients ayant une suspicion d'embolie pulmonaire à risque élevée (choc ou hypotension) et à risque « non élevé » avec un score de prédiction clinique de Wells supérieure à 7. Cet examen échocardiographique a été pratiqué avant la réalisation de l'angi scanner thoracique. Les patients inclus dans l'étude ont bénéficié d'une double exploration échocardiographique : une première exploration échocardiographique aux urgences pratiquée par un médecin urgentiste ayant reçu une formation pratique de 3 mois en échocardiographie et doppler préalable à l'étude et un deuxième examen pratiqué par un médecin cardiologue expérimenté en échocardiographie et doppler. Les signes échocardiographiques suivants ont été recherchés : une surcharge diastolique du ventricule droit en mesurant en coupe parasternale gauche grand -axe en mode TM le rapport des diamètres des ventricules (DTD VD/DTDVG 0.6 et en coupe 4 cavités le rapport des surfaces télédiastoliques des ventricules (STS VD /STD VG 0, 6), une présence de septum paradoxal, une pression artérielle pulmonaire systolique (PAPS) supérieure à 35 mm Hg et une dilatation de la veine cave inférieure (diamètre supérieur à 20 mm) . La concordance entre les deux opérateurs a été évaluée par le test de concordance kappa.

**Résultats :** Soixante- deux patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen est 52 +/- 18 ans, sexe ratio 5H/ 3 F. L'incidence du cœur pulmonaire aigu dans la population étudiée est de 52, 31%. La concordance entre l'urgentiste et le cardiologue pour la présence de dilatation du ventricule droit est kappa = 0, 92 [95% IC 0, 59 -1] avec un agrément = 0, 92 [95% IC 0, 74 - 0, 91], la concordance entre l'urgentiste et le cardiologue pour la présence de septum paradoxal est kappa = 1 avec un agrément = 1. La concordance entre l'urgentiste et le cardiologue pour la présence d'une hypertension artérielle pulmonaire systolique est kappa = 0, 81 [95% IC 0, 59 -0, 87] avec un agrément = 0, 94 [95% IC 0, 74 - 0, 99], la concordance entre l'urgentiste et