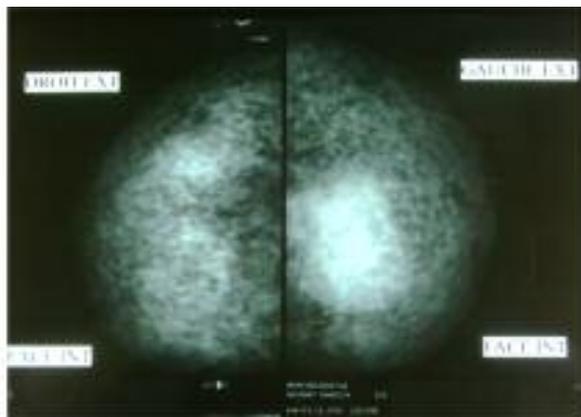


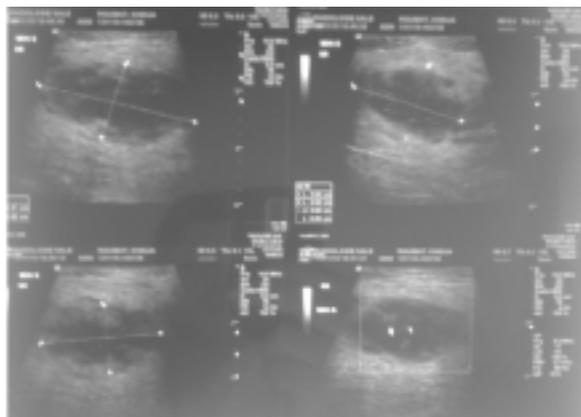
l'apparition d'un nodule du sein gauche sans adénopathies axillaires associées, dans un contexte de conservation de l'état général. La mammographie a objectivé une volumineuse opacité de 7 x 6 cm de diamètre, de la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche (Figure 1).

Figure 1 : Aspect à la mammographie objectivant une volumineuse opacité de 7x6 cm de diamètre, de la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche.



L'aspect échographique correspondait à une formation hypoéchogène de 4,46 x 2,14 cm de grand axe, massivement nécrosée au centre (Figure 2).

Figure 2 : Aspect échographique correspondant à une formation hypoéchogène, de 4,46 x 2,14 cm de grand axe, massivement nécrosée au centre.



La patiente a subi une tumorectomie large sans curage axillaire avec un examen extemporané. L'examen anatomopathologique avec étude immunohistochimique étaient en faveur d'un lymphome diffus à grandes cellules B, CD20+, CD3+, Ki 67+. La biopsie ostéoméduillaire n'a pas retrouvé d'infiltration cellulaire anormale et le bilan d'extension n'a pas montré d'autres localisations. La vitesse de sédimentation et le taux de LDH (lactico-déshydrogénase) étaient normaux. Notre patiente a été classée stade IEAa avec un IPI (International Prognostic Index) à zéro. Quatre cycles de chimiothérapie par R-CHOP

(Rituximab, Cyclophosphamide, Vincristine, Adriamycine, et Prednisone) a été administrée (Tableau 1), suivie d'une radiothérapie sur le lit tumoral. La patiente est en bon contrôle locorégional avec un recul de 18 mois.

Tableau 1 : Protocole de chimiothérapie

| Produit | Dose | Jour : J - Maximum = Max |
|------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Rituximab | 375mg/m ² IV | J1 |
| Cyclophosphamide | 750 mg/m ² IV | J1 |
| Doxorubicine | 50 mg/m ² IV | J1 |
| Vincristine | 1,4 mg/m ² IV | J1 (max = 2 mg) |
| Prednisone | 40 mg/m ² Per os | J1 à J5 |

Conclusion

Le lymphome primitif du sein est exceptionnel. Son traitement est basé sur la combinaison chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. La mastectomie est réalisée seulement lorsque le traitement conservateur est impossible. Le curage axillaire est effectué de sorte à éviter le risque de down-staging, en raison de la possibilité d'un envahissement des ganglions axillaires cliniquement silencieux. Le pronostic est meilleur avec l'avènement de la thérapie ciblée anti-CD20 (Rituximab). Il dépend du grade histologique de la tumeur, de l'IPI adapté à l'âge, du taux de LDH, du performance status, du stade Ann Arbor et de la présence d'atteinte extra ganglionnaire.

Références

1. AVENIA N, SANGUINETTI A, CIROCCHI R et al. Primary breast lymphomas: a multicentric experience. WJSO 2010; 8:53.
2. AVILES A, CASTANEDA C, NERI N, CLETO S, NAMBO MJ. Rituximab and dose dense chemotherapy in primary breast lymphoma. Haematologica 2007 ; 92:1147-1148.

Réduction spontanée d'une luxation d'une Prothèse totale de hanche associée à une Dislocation entre la tête et le col prothétique

Sayed Walid, Zaraa Mourad, Oueslati Zied, Chenguel Zied, Dridi Moez, Annabi Hédi, Haj Salah Mehdi, Trabelsi Mohsen, M'barek Mondher
Centre de Traumatologie et des Grands Brulés Ben Arous

La luxation de l'arthroplastie totale de la hanche est une complication bien connue. Sa fréquence est comprise entre 2 et 4%. Par contre, l'association de la luxation à une dissociation entre la tête fémorale et le col prothétique est rare (1,2).

Nous rapportons le cas exceptionnel d'une réduction spontanée d'une luxation d'une tête prothétique, associée à une désolidarisation ente la

tête et le col prothétique, chez un patient de 24 ans présentant une hydatidose de l'extrémité supérieure du fémur.

Observation

Mr X âgé 24 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour des douleurs de la hanche gauche d'horaire mécanique, sans altération de l'état général.

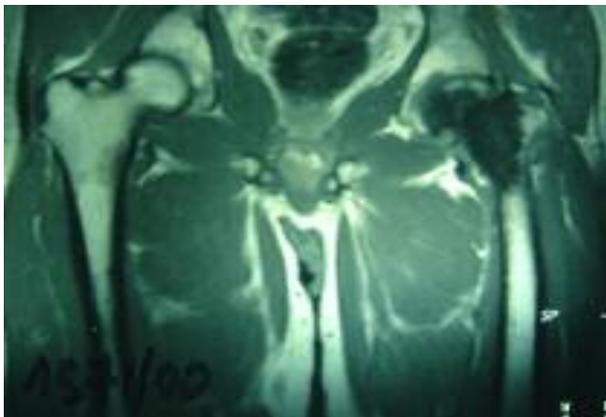
La radiographie du bassin de face a montré une lacune hétérogène de contours polycycliques du col fémoral gauche étendue à la région trochantérienne (Figure 1).

Figure 1 : Radiographie du bassin de face montrant une lacune hétérogène de contours polycycliques du col fémoral gauche étendue à la région trochantérienne



L'imagerie par résonance magnétique a montré une masse tumorale du col et de la tête fémorale s'étendant à la région inter-trochantérienne, de signal hétérogène (Figure 2).

Figure 2 : Masse tumorale du col et de la tête fémorale s'étendant à la région inter-trochantérienne de signal hétérogène à l'IRM



Une biopsie chirurgicale de la masse a été réalisée. L'examen anatomopathologique a conclu à une hydatidose de l'extrémité supérieure du fémur. Le patient a eu une résection carcinologique du kyste hydatique de l'extrémité supérieure du fémur. La reconstruction a été réalisée par une prothèse totale de la hanche gauche, avec un

cotyle en polyéthylène cimenté, une tête fémorale en céramique de 28 millimètres de diamètre, un col cône morse et une tige fémorale longue verrouillée non cimentée (Figure 3).

Figure 3 : Radiographie post-opératoire montrant la prothèse totale de reconstruction de la hanche gauche



Les suites opératoires immédiates ont été simples. Un mois plus tard, le patient a présenté une douleur avec une impotence fonctionnelle de la hanche opérée. La radiographie du bassin a révélé une luxation de la tête prothétique avec une désolidarisation complète entre la tête et le col prothétique (Figure 4).

Figure 4 : Radiographie du bassin à 1 mois post-opératoire montrant la luxation de la tête prothétique avec une désolidarisation complète entre la tête et le col prothétique



Vu la dissociation tête-col prothétiques, le patient a été programmé pour une réduction de sa prothèse à ciel ouvert. Une semaine plus tard et avant la reprise chirurgicale, le patient pouvait marcher sans boiterie ni douleur de sa hanche gauche. Une nouvelle radiographie du bassin a alors été faite et a révélé une réduction spontanée de la tête prothétique dans le cotyle et sur le col prothétique (Figure 5).

Figure 5 : Réduction spontanée de la tête prothétique dans le cotyle et sur le col prothétique.



Conclusion

La réduction spontanée d'une luxation d'une prothèse totale de hanche associée à une dissociation tête-col prothétique est un phénomène exceptionnel dont le mécanisme n'est pas encore élucidé. Certains auteurs pensent que cette réduction peut survenir pendant le sommeil du patient en flexion rotation interne de la hanche concernée.

Références

1. Raviraj A, Anand A, Chakravarthy M, Pai S. Spontaneous reduction in both dislocated head and dissociation of head-neck in a modular total hip arthroplasty. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2012; 22: 127-30.
2. Tins B. Dislocation and spontaneous reduction of the femoral implant against the femoral neck in an infected metal on metal hip resurfacing with complex collection. *Eur J Radiol* 2011; 79:136-9.