

une épilepsie traitée par phénobarbital 100mg/j et qui nous a consulté pour une altération de l'état général évoluant depuis 8 mois. L'interrogatoire retrouvait la notion de ralentissement psychomoteur avec amnésie des faits récents, une dysphagie aux liquides et aux solides, une diarrhée faite de 2 à 7 selles liquidiennes/ jour, des douleurs abdominales diffuses ainsi qu'une éruption des zones découvertes évoluant depuis 2 mois.

L'examen notait une patiente asthénique, apathique, déshydratée et maigre avec un BMI à 17Kg/m². L'examen cutané muqueux retrouvait une chéilite, une langue décapillée et une hyperpigmentation en plaques associée à une desquamation du dos des mains avec une limite nette au tiers inférieur des avant bras. Il existait de même des placards hyper pigmentés du dos des pieds. L'examen neurologique notait un syndrome démentiel débutant (MMS ou mini mental state à 27/30 et BREF ou batterie rapide d'évaluation frontale à 10/18), un syndrome quadri pyramidal et un syndrome cérébelleux statique. Le reste de l'examen était sans anomalies. A la biologie, la numération formule sanguine ainsi que le bilan hépatique, rénale, phosphocalcique étaient normaux. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique et pas de syndrome de malabsorption. La fibroscopie œsogastroduodénale et la tomodensitométrie thoraco-abdominale étaient sans anomalies. Nous avons retenu le diagnostic de pellagre secondaire au phénobarbital et nous avons entrepris un traitement a base de complexe multivitaminé et de niacine à la dose de 200mg*2/jour. Le phénobarbital a été arrêté et remplacé par du Clobazam. L'évolution à l'arrêt du phénobarbital et après traitement symptomatique était marquée par une nette amélioration des lésions cutanée et des troubles digestifs.

Conclusion : L'association d'une éruption cutanée photosensible à un tableau digestif et neurologique doit faire évoquer le diagnostic de pellagre surtout lorsque le contexte (éthylisme, traitement, carence d'apport) s'y prête. Le dosage de la vitamine B3 n'est pas utile au diagnostic et ne doit pas faire retarder le traitement qui est basé sur l'association de vitamine B3 et de multi vitamines ainsi que sur le traitement étiologique (arrêt d'un médicament ou de l'éthylisme et correction d'une carence d'apport).

LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME JEUNE : PROFILS ANATOMO-CLINIQUE ET MOLECULAIRE. A PROPOS D'UNE SÉRIE DE 25 CAS.

Abdeljaoued S, Bettaieb I, Jaïdane O, Goucha A, Miladi S, Jomaa W, Chabchoub A, Dhiab T, Rahal K, El May A, Gamoudi A.

Introduction : Le cancer du sein chez l'homme est rare, il représente 1% des cancers mammaires. L'âge moyen au moment du diagnostic se situe entre 60 et 70 ans. Malgré que le cancer du sein chez la femme jeune soit connu par son pronostic défavorable, peu est connu sur le cancer du sein chez l'homme jeune (50 ans). Le but de notre étude est de discuter les aspects anatomo-cliniques et immunohistochimiques ainsi que le profil moléculaire du cancer du sein chez l'homme jeune.

Méthodes: Notre étude a porté sur 25 cas de cancer du sein chez l'homme jeune colligés à l'institut Salah Azaïz de Tunis, sur une période de 9 ans (2005-2013). Une étude immunohistochimique de l'expression des RO, RP, Her2 et Ki-67 (indice de prolifération) était réalisée. Pour les cas Her2 douteux, on a complété par une hybridation chromogénique in situ (CISH).

Résultats : L'âge moyen des patients était de 43 ans avec des extrêmes de 38 à 50 ans. Un seul patient avait des antécédents familiaux de cancer du sein. Le motif de consultation le plus commun était un nodule palpable dans 84 % des cas (n= 21). Une mammographie et une échographie mammaire étaient pratiquées chez tous les patients. La taille moyenne de la tumeur était de 3.6 cm avec des extrêmes allant de 1 à 10 cm. Toutes les tumeurs étaient de type carcinome canalaire infiltrant. Les tumeurs de grade II étaient majoritaires, elles représentaient 88% des cas (n=22), suivie par celles de grade III (8% des cas soit n=2) et de grade I (4 % des cas soit n=1). 56 % des patients (n=14) présentaient un envahissement des ganglions axillaires et 64% présentaient des embolies vasculaires (n=16). 60% des patients (n=15) présentaient des métastases à distance. 88% des tumeurs exprimaient les

RO (n=22) et 72% les RP (n=18). Plus que la moitié des tumeurs de notre série avait un index de prolifération Ki67 élevé (14%) (60 % des cas ; n=15). 40 % des cas (n=10) étaient de type Luminal A, 48% des cas (n=12) de type Luminal B et 12 % des cas (n=3) de type triple négatif non basal-like. 32% des patients (n=8) avaient récidivé. La médiane de survie était de 35 mois avec des extrêmes

Conclusion : En matière de présentation clinique et de profil moléculaire, le cancer du sein chez l'homme jeune semble être comparable à celui chez l'homme âgé. Nos résultats en association avec ceux de la littérature plaident en faveur de formes plus évolutives et de pronostic plus défavorable que chez l'homme âgé.

CONFRONTATION DES RÉSULTATS DU FROTTIS, DE LA COLPOSCOPIE ET DE LA BIOPSIE CERVICALE : A PROPOS DE 120 CAS.

Slimani O, Ben Temim R, Zghaier M, Tiili N, Makhlouf T, Mathlouni N, Attia L.

Introduction : type de l'étude : Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer gynécologique de la femme en Tunisie après celui du sein. Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible dont le rôle du virus HPV a été prouvé. Le dépistage du cancer du col est possible vu l'accessibilité du col à l'examen au spéculum et à la réalisation du frottis cervico-utérin.

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective

Méthodes : Nous avons colligés 120 observations de patientes ayant bénéficié d'une colposcopie et d'une biopsie du col sur une période de sept ans allant de Janvier 2006 à Décembre 2012.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 46,6 ans. La gestité moyenne était de 4,99. La parité moyenne était de 4,07. L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 24 ans. 95,83% des patientes étaient mariées. Quatre patientes avaient des partenaires multiples, soit 3, 33%. Quatre vingt une patientes soit 67,5% étaient en activité génitale. Deux patientes avaient des antécédents d'infection génitale haute soit 1,66%. Des antécédents d'infection génitale basse à répétition ont été retrouvés chez 20 patientes, soit 16,66%. Un test HPV a été demandé pour deux patientes. Les génotypes trouvés étaient le 16, 35 et 53. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient essentiellement un frottis pathologique, des douleurs pelviennes et l'exploration des métrorragies. Le FCU a été réalisé chez 98 patientes soit dans 81,66% des cas. Le frottis était pathologique chez 83 patientes soit 84,69% des frottis. Il a montré : un frottis inflammatoire persistant chez 64 femmes, soit 65,30 % des cas, 6 ASCUS, soit 6,12 % des cas, 13 dysplasies cervicales soit 13,26% des cas : 8 CIN1 soit 8,16%des cas ; 1 CIN2 soit 1,02 % et 4 CIN 3, soit 4,08% des cas.

La colposcopie a été indiquée devant un frottis anormal : Chez 83 patientes soit dans 69,16% des cas. La colposcopie a été réalisée devant un aspect anormal du col chez 37 patientes. La colposcopie a conduit à : un col normal chez 28 patientes soit 23,33% des cas, un aspect de cervicite chez 15 patientes soit 12,5% des cas, un ectropion chez 23 patientes soit 19,2% des cas, TAG1 chez 47 patientes soit 39,2 %des cas, une TAG2 chez 6 patientes soit 5 % des cas, une ulcération chez une patiente soit 0,83% des cas. La biopsie cervicale a objectivé une muqueuse normale chez 19 patientes, soit 15,8% des cas. Elle a objectivé une métaplasie cervicale chez 11 patientes, soit 9,2% des cas, un ectropion chez une patiente, soit 0,8% des cas, une cervicite chez 56 patientes, soit 46,7% des cas, un condylome chez 2 patientes, soit 1,7% des cas, un CIN1 chez 6 patientes, soit 5% des cas, un CIN2 chez 4 patientes, soit 3,3% des cas et un CIN3 chez 3 patientes, soit 2,5% des cas.

Le FCU avait une sensibilité de 60%, une spécificité de 95,18%, une valeur prédictive positive de 69% et une valeur prédictive négative de 93%. La sensibilité de la colposcopie était de 66% et la spécificité de 59%. Une valeur prédictive positive de 18% et une valeur prédictive négative de 92%. Pour les dysplasies de haut grade, la colposcopie avait une sensibilité de 85%, une spécificité de 58%, une valeur prédictive positive de 11,3% et une valeur

prédictive négative de 98%. La biopsie cervicale a conduit à un carcinome in situ dans deux cas et à un carcinome épidermoïde micro-invasif dans un cas. Les traitements réalisés étaient essentiellement une électrocoagulation du col chez 8 patientes, une conisation chez 7 patientes et une hystérectomie post conisation chez 2 patientes.

Conclusion : La colposcopie est un examen anodin et fiable pour orienter la biopsie cervicale. Le frottis dépiste, la colposcopie oriente et la biopsie confirme.

TRAITEMENT COELIOSCOPIQUE DES TUMEURS OVARIENNES : A PROPOS DE 100 CAS.

Slamani O, Mathlouni N, Benani S, Tili N, Makhoul T, Ben Temim R, Attia L.

Objectif : Définir les limites et les risques du traitement coelioscopique des tumeurs ovariennes.

Méthode : série rétrospective de tumeurs annexielles prises en charge initialement par coelioscopie de janvier 2005 à décembre 2013.

Résultats : Cent masses annexielles étaient opérées par coelioscopie première : 12 tumeurs borderline et 88 lésions bénignes. Nous avons traité 9 kystes fonctionnels, 16 cystadénomes séreux, 25 kystes dermoïdes, 20 cystadénomes mucineux, 2 fibrothécomes, 15 kystes paratubaires, 1 grossesse ovarienne. Il existe une grande diversité d'aspects échographiques possibles pour un même type histologique, notamment pour les kystes fonctionnels et les borderline. L'exploration coelioscopique a méconnu deux cancers et 10 tumeurs borderline et considéré à tort comme suspectes 19 lésions bénignes. 714 interventions ont été menées à terme par voie coelioscopique, 89 ont été terminées par laparotomie dont 26 pour suspicion de malignité et 50 pour des échecs de dissection. 27 complications post-opératoires ont été recensées dont 2 greffes pariétales après extraction non protégée d'un kyste dermoïde et d'une tumeur borderline.

Conclusion : L'exploration coelioscopique minutieuse des tumeurs ovariennes peut méconnaître des lésions malignes débutantes et plus encore des tumeurs borderline. Si la découverte d'une tumeur maligne au cours ou au décours d'une coelioscopie impose le recours à la laparotomie, certaines tumeurs borderline peuvent être prises en charge par voie coelioscopique exclusive. Les techniques intrapéritonéales et transpariétales ont une morbidité minime et permettent une faisabilité de plus de 90 %. La prise en charge des tumeurs ovariennes post-ménopausiques ne diffère que par le recours à l'ovariectomie systématique en cas d'intervention.

IMPACT D'UNE SÉANCE DE FORMATION CIBLÉE EN ÉCHOGRAPHIE DU PREMIER TRIMESTRE SUR LA QUALITÉ DES ÉCHOGRAPHIES RÉALISÉES PAR UN ÉCHANTILLON DE RÉSIDENTS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE.

Halouani A, Dimassi K, Chelli D, Triki A, Channoufi MB, Gara MF.

Objectifs : Evaluer l'impact d'une séance de formation ciblée en échographie du premier trimestre sur la qualité des échographies réalisées par un échantillon de résidents en gynécologie-obstétrique.

Méthodes : 30 résidents ont eu à réaliser deux séries de 10 échographies du premier trimestre consécutives (un cliché de clarté nucale et un cliché de longueur craniocaudale) à un intervalle moyen de 3 mois. Deux échographistes universitaires avaient procédé à la correction anonyme des clichés sans qu'il y ait de double correction, en se basant sur le score Herman et sur le calcul des médianes des mesures de CN exprimées en MoM selon Nikolaidis et al. Avant leur deuxième évaluation, tous les participants avaient suivi une séance de formation ciblée au cours de laquelle ils ont eu chacun un rapport détaillé et personnalisé de l'évaluation de leur première série d'images.

Résultats : Le contrôle qualité de la première série de clichés a mis en évidence : un score de Herman moyen de 4,1 [0-8]. La médiane des mesures de CN exprimées en MoM était de 0,70 [0,27- 2,11]. Après la séance de formation nous avons mis en évidence une amélioration significative sur le plan qualitatif : Le score de Herman est passé à 5,4 ($P < 0,0001$). Le taux d'obtention d'un score de Herman acceptable est passé de 57% à 75%. La maîtrise du plan sagittal stricte s'est améliorée en passant de 2,9 à 6,6% ainsi que la maîtrise de la mise en place des calipers qui est passé de 21 à 57%. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de modification significative lors de l'évaluation quantitative (la médiane des mesures de CN est passée à 0,69 MoM avec $p = 0,07$).

Conclusion : Il existe un impact positif d'une séance de formation ciblée en échographie du premier trimestre pour les résidents de spécialité. Cependant une séance unique s'avère insuffisante pour la maîtrise de cet examen de dépistage. Il faudrait discuter l'intégration de l'apprentissage des mesures de nuques dans le cursus de l'internat.