

PTH=42 pg/ml). Cependant, l'évolution à long terme a été marquée par l'augmentation progressive des chiffres de la PTH qui étaient passés de 100 pg/ml en 2000 à 419 pg/ml (VN : 15-65pg/ml) en Décembre 2003. L'échographie cervicale a mis en évidence la présence au niveau de l'emplacement de la parathyroïde inférieure gauche de deux nodules hypoéchogènes homogènes de 4 mm de grand axe. La scintigraphie au sestamibi a montré deux foyers de fixation situés dans le prolongement inférieur du lobe gauche de la thyroïde. L'IRM cervicale a montré une petite formation ovalaire en arrière et au-dessous du lobe thyroïdien droit. Le diagnostic de récurrence de l'hyperparathyroïdisme primaire a été retenu et le bilan de retentissement a trouvé des lithiases rénales bilatérales avec dilatation des cavités excrétrices droites, une ostéoporose à la densitométrie osseuse et une tumeur brune de l'os maxillaire. Une troisième intervention chirurgicale a été indiquée. Le chirurgien a prélevé des formations tissulaires inférieures gauches, inférieure et supérieure droites avec un curage sus isthmique. L'examen anatomopathologique a trouvé du tissu parathyroïdien uniquement dans le prélèvement inférieur droit. L'évolution en postopératoire a été marquée par la persistance de l'hypercalcémie (calcémie entre 2,74 et 2,92 mmol/l) avec une PTH entre 96 et 318 pg/ml. Devant la persistance de l'hyperparathyroïdisme primaire en rapport avec une parathyromatose et un bilan topographique négatif à plusieurs reprises, nous avons décidé de traiter la patiente médicalement surtout devant la présence de lithiases rénales bilatérales récidivantes, d'une hydronéphrose droite et d'ostéoporose. La patiente a été mise sous calcimimétiques : Cinacalcet (MIMPARA) à la dose de 30 mg/j. Le tableau 1 représente l'évolution de la calcémie et de la PTH sous traitement médical. En 2009 et suite à l'arrêt du traitement pour une durée de 5 jours, la patiente a présenté une ascension rapide et importante de la PTH qui était passée de 141 pg/ml à 551,6 pg/ml avec une calcémie à 2,7 mmol/l et une phosphorémie à 0,7 mmol/l.

## Conclusion

La parathyromatose représente une cause rare d'hyperparathyroïdisme primaire persistante et elle pose surtout un problème de diagnostic topographique et de prise en charge (5).

**Tableau 1:** Variations de la calcémie et de la PTH sous traitement par Cinacalcet

	2007 avant*	2007 1 mois après*	2008	2009	2010	2012	2013
Calcémie (mmol/l)	2,65	2,4	2,35	2,40	2,43	2,12	2,68
PTH (pg/ml)	318	241	198,5	141	141,3	186	217

\*Cinacalcet

## Références

1. Bagul A, Patel HP, Chadwick D, Harrison BJ, Balasubramanian SP. Primary hyperparathyroidism: an analysis of failure of parathyroidectomy. World J Surg

2014;38(3 Suppl):534-41.

2. Scorza AB, Moore AG, Terry M, Bricker LA. Secondary parathyromatosis in a patient with normal kidney function: review of diagnostic modalities and approaches to management. Endocr Pract 2014; 20(1 Suppl):e4-7.
3. Hage MP, Salti I, El-Hajji Fuleihan G. Parathyromatosis: a rare yet problematic etiology of recurrent and persistent hyperparathyroidism. Metabolism 2012;61(6 Suppl):762-75.
4. Meier C. Benefits and place of calcimimetics in the management of primary hyperparathyroidism. Ann Endocrinol 2015;76(2 Suppl):163-4.
5. Twigt BA, van Dalen T, Vroonhoven TJ, Consten EC. Recurrent hyperparathyroidism caused by benign neoplastic seeding: two cases of parathyromatosis and a review of the literature. Acta Chir Belg 2013;113(3 Suppl):228-32.

## Une cause exceptionnelle d'hémorragie digestive haute : l'anévrisme de l'aorte thoracique

### An exceptional cause of upper gastrointestinal hemorrhage: Thoracic aorta aneurysm

Mohamed Hichem Loghmari, Mayada Trimeche, Wissem Melki, Wafa Ben Mansour, Wided Bouhleb, Fethia Bdioui, Leila Safer, Hamouda Saffar  
Service d'Hépatogastroentérologie – CHU Fattouma Bourguiba de Monastir / Université de Monastir / Faculté de Médecine de Monastir

L'hémorragie digestive est une manifestation clinique commune à plusieurs maladies du tractus gastro-intestinal. L'anévrisme de l'aorte thoracique est une affection relativement rare à prédominance masculine [1]. Dans certains cas, la rupture de l'anévrisme de l'aorte thoracique se produit dans l'œsophage et constitue une cause exceptionnelle d'hémorragie gastro-intestinale. Très rarement diagnostiquée à temps, cette affection se complique souvent d'une hémorragie cataclysmique fatale [2-5].

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un anévrisme de l'aorte thoracique descendante avec fistule œsophagienne diagnostiquée après un épisode d'hématémèse.

## Observation

Un patient de 72 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle mal équilibrée et de maladie d'Alzheimer, a présenté une dysphagie évoluant depuis 15 jours associée à un amaigrissement de six kg sans symptomatologie de reflux gastro-œsophagien ni douleurs thoraciques. Devant la constatation d'un épisode d'hématémèse de faible abondance le patient a consulté au service des urgences. L'examen physique initial a retrouvé une pâleur cutanéomuqueuse sans signes de choc, une apyrexie, une pression artérielle à 190/120 mmHg, un pouls à 105 battements/min et une saturation en oxygène à 100 %. L'auscultation cardiaque et pulmonaire était sans anomalies. Le toucher rectal a objectivé un méléna. Le bilan biologique a révélé une anémie normochrome normocytaire avec une

hémoglobine à 7,5 g/dL et des plaquettes à 320 000/mm<sup>3</sup>, le taux de prothrombine était normal à 84%. Une endoscopie digestive haute réalisée chez ce patient a montré une sténose œsophagienne à 20 cm des arcades dentaires, difficilement franchissable et recouverte par du sang noirâtre. L'absence de lésions muqueuses évoquait une compression extrinsèque (figure1).

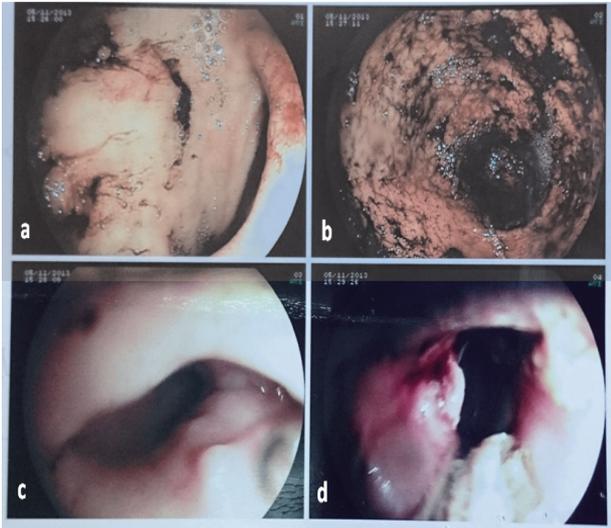


Figure 1 : Images endoscopiques montrant une muqueuse œsophagienne recouverte par du sang noirâtre (a, b) avec un aspect de compression extrinsèque sténosante (c, d).



Figure 2 : Transit baryté œsophagien de face montrant un refoulement évident de l'œsophage thoracique vers l'hémichamp pulmonaire droit avec une sténose étendue sur 4 cm environ.

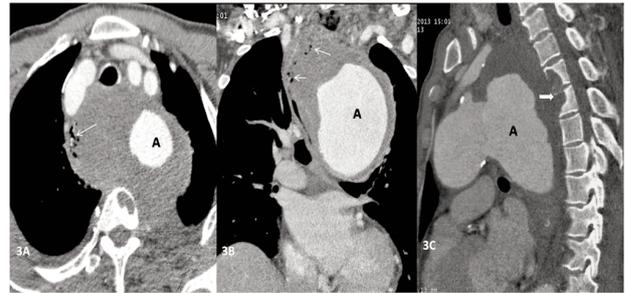


Figure 3 : Tomodensitométrie thoracique montrant un refoulement vers la droite avec compression de l'œsophage thoracique par un large anévrysme de la crosse aortique (A) compliqué de fissuration avec présence de bulles d'air en intra-anévrysmal.

Le reste de l'exploration endoscopique était sans anomalies. La radiographie du thorax a révélé un élargissement médiastinal avec effacement du bouton aortique et une déviation vers la droite de la trachée.

Le transit baryté œsophagien a montré un refoulement évident de l'œsophage cervical vers l'hémichamp pulmonaire droit avec une sténose étendue sur 4 cm environ (figure 2). La tomodensitométrie thoracique a objectivé un large anévrysme de l'aorte thoracique de 10 cm de diamètre avec une fissuration pariétale droite et présence de bulles d'air en intra-anévrysmal. Par ailleurs, il montre la présence d'une échancrure au niveau du mur antérieur de la 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> vertèbre thoracique témoignant de la chronicité de l'anévrysme en regard (figure 3). Ainsi le diagnostic d'un anévrysme de l'aorte thoracique compliqué d'une fistule aorto-œsophagienne a été retenu. Un traitement chirurgical en urgence a été indiqué mais le patient est décédé suite à une hémorragie cataclysmique causée par la rupture de l'anévrysme.

### Conclusion

La prise en charge d'un anévrysme de l'aorte thoracique compliqué d'une fistule oeso-aortique requiert un diagnostic rapide et une évaluation prudente de la perforation œsophagienne ainsi que de la lésion aortique afin de prévenir une hémorragie cataclysmique souvent fatale. Le traitement repose sur la combinaison d'une chirurgie aortique et œsophagienne [6, 7, 8].

### Références

1. Delahaye JP, Villard J, Revel D. Anévrysmes de l'aorte thoracique. *Encycl Méd Chir (Paris, France), Cardiologie. Angéologie* 1991; 11500 :A 10.
2. Villard J. Anévrysmes athéromateux de l'aorte thoracique. *Arch Mal Coeur* 1997 ; 90, (12 suppl) : 1741-49.
3. Fuentes P, Ottomani R, Giucellu R, et al. Hémorragie digestive de cause rare : rupture intraœsophagienne d'un anévrysme aortique. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1979; 15:101-103.
4. Kieffer E, Chiche L, Gomes D. Aorto-œsophageal fistula: value of in situ aortic allograft replacement. *Ann Surg* 2003; 238: 283-290.
5. Mete A, Tolga Y, Erhan, Gokhan A, Yasar T, Bulent Y. A Cause of mortal massive upper gastrointestinal bleeding: Aortoesophageal Fistula. *Med Arch.* 2016 ; 70(1): 79-81.

6. Snyder DM, Crawford ES. Successful treatment of primary aorta-esophageal fistula resulting from aortic aneurysm. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983 ; 85 : 457-463.
7. Vogt PR, Pfammatter T, Schlumpf R, et al. In situ repair of aortobronchial, aorto-esophageal, and aortoenteric fistula with cryopreserved aortic homografts. *J Vasc Surg* 1997; 26:11-17.
8. Kawamoto S, Sato M, Motoyoshi N, Kumagai K, et al. Outcomes of a staged surgical treatment strategy for aorto-esophageal fistula. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2015; 63(3):147-52.

-----

**Lung herniation: a case report of a spontaneous cervical hernia**  
**Hernie pulmonaire : à propos d'un cas de hernie cervicale spontanée**

*Kamel Mraidha<sup>1</sup>, Najoua Mallat<sup>2</sup>, Salem Bouabidi<sup>1</sup>, Houneida Zaghouani Ben Alaya<sup>2</sup>, Senda Majdoub<sup>2</sup>, Thouraya Rezigua<sup>2</sup>, Habib Amara<sup>2</sup>, Dejla Bekir<sup>2</sup>, Chekib Kraiem<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>-Service d'imagerie médicale CHU Farhat Hached Sousse / faculté de médecine de Monastir

<sup>2</sup>-Service d'imagerie médicale CHU Farhat Hached Sousse / faculté de médecine de Sousse

Lung herniation is rare. It is defined as a protrusion of pulmonary tissue beyond the confines of the thoracic cage [1]. It most commonly occurs through the thoracic intercostal space as a consequence of thoracic trauma or after a thoracotomy incision [1]. Lung herniations were later classified by Morel-Lavallee [2] on the basis of their location and cause. Anatomically, they are subdivided into cervical, intercostal and diaphragmatic hernias. Each of these types can be either congenital or acquired. Acquired hernias can be classified further as traumatic, spontaneous, or pathologic as a result of neoplastic or inflammatory processes. In cervical cases, this disorder is usually due to abnormalities in the suprpleural membrane (Sibson's fascia) or neck musculature [3]. Through this observation, we illustrate the rare cervical location of lung herniation in a patient complaining about an intermittent cervical mass.

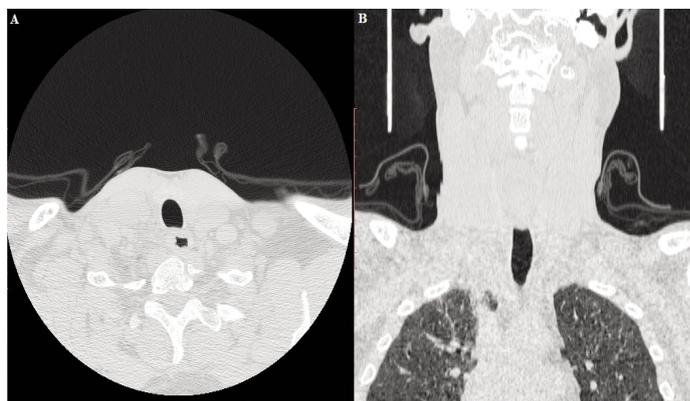
**Observation**

We report a case of 48-year-old man complaining about a neck swelling while coughing. He had a 1-year history of dry cough. He was an ex-smoker with a 15 pack-year history. Examination of his chest at rest was normal. No cervical lymphadenopathy was detected. Examination while coughing revealed a visible swelling on the right side of the neck. Chest radiograph was normal. Chest CT was normal during inspiration (figure 1A-B) and was performed during a Valsalva manoeuvre, showing a right apical lung hernia (figure 2A-B).

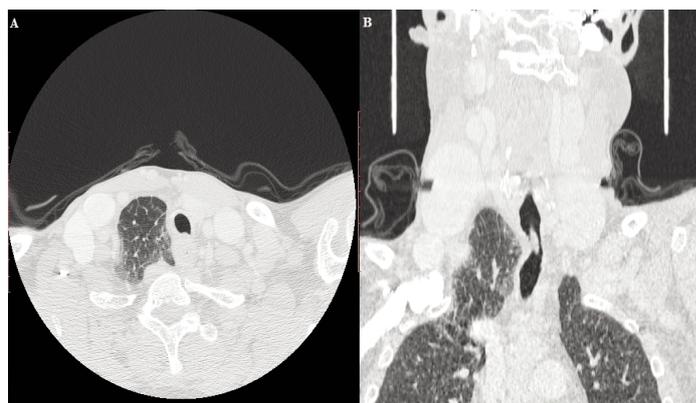
**Conclusion**

Cervical lung herniation in adults is rare particularly in the absence of penetrating lung injury or chest wall disease [2, 4]. It is due to a defect in the Sibson's fascia [3, 4]. The

defect is usually large enough to prevent trapping and incarceration of the lung. Repair may be necessary in patients with incarceration, symptoms of local compression, for example, dysphagia from oesophageal compression, or for cosmetic purposes [3]. The diagnosis can be easily missed both clinically and radiologically if examination is not made during a Valsalva manoeuvre [4].



**Figure 1 (A, B):** Chest CT scan performed during inspiration shows no evidence of lung herniation. (A : axial view in parenchymal window, B: coronal view in parenchymal window)



**Figure 2 (A, B):** Chest CT scan performed during a Valsalva manoeuvre shows herniated lung at the right apex. (A : axial view in parenchymal window, B: coronal view in parenchymal window)

**References**

1. Bhalla M, Leitman BS, Forcade C, et al. Lung hernia: radiographic features. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:51-3
2. Sukkarieh F, Vanmeerhaeghe A et Brasseur P. Post traumatic intercostal lung herniation: a case report. *Journal de radiologie* 2002;83:1085-7
3. Galetta D, Serra M et Gossot D. Apical parietal pleural holes: what are they? *Thorac Cardiovasc Surg* 2010;58:237-8
4. Harpreet R et Jackson M. Apical lung herniation. *Thorax* 2011;66(8):740