

EM SPERANCE Médicale



Urgences urologiques

DOSSIER : Les urgences urologiques chez la femme enceinte

- La goutte : nouvelles recommandations
- Tumeur brune mandibulaire révélatrice d'une hyperparathyroïdie primitive
- Gale en milieu carcéral marocain
- Stress au travail, un problème de santé publique !
- Conduite à tenir devant une ulcération amygdalienne
- Conduite à tenir devant une entorse de la cheville chez l'enfant

Mars 2010
Tome 17 - N° 166

Sommaire

FONDATRICE DE LA REVUE
Dr Siham Benchekroun

COMITE EDITORIAL

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION
Dr El Ghalya Lataoui

REDACTRICE EN CHEF
Dr El Ghalya Lataoui

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
DE LA RÉDACTION
Dr Dalila Benlahcène

COMITE SCIENTIFIQUE
ET DE LECTURE

Pr M. Adnaoui (médecine interne)

Pr Naïma Amrani Hbabi

(gastro-entérologie)

Pr M. Bartal (Pneumologie)

Pr A. Benghalem (O.R.L.)

Pr Saïd Benomar (pédiatrie)

Me Abderrahim Berrada (droit)

Pr Rachid Bezad (gynécologie-obstétrique)

Pr Wafae Bis Bis (gynécologie-obstétrique)

Pr Abdeljalil El Kholti (santé au travail)

Pr Rafik Ismail (gastro-entérologie)

Pr M. Sqalli Houssaini (pédiatrie)

Pr Saïd Louahlia (médecine légale)

Pr Fatima Marouan (endocrinologie)

Pr Asmae Quessar (héματο-oncologie)

Pr Rachida Soulaymani (pharmacologie)

Pr Ali Zaoui (médecine interne)

SPECIAL DENTAIRE

Pr Faïza Abdellaoui (Rabat)

Pr Naji Benzerti (Rabat)

Pr Ali El Hamid (Casablanca)

Pr Hocine Hireche (Rabat)

Pr Fethi Maatouk (Tunis)

COMITE INTERNATIONAL

Pr Aziz El Matri (Tunisie)

Pr Franck Feuillade (France)

Pr Pierre Marès (France)

Pr Patrick Madelenat (France)

Pr Alain Serrie (France)

CORRESPONDANTS

Algérie : Pr Salim Nafti

Tunisie : Pr M. Ridha Kamoun

RESPONSABLE TECHNIQUE

ET COMMERCIALE

Dalila Amarouch

ABONNEMENTS

Lamia El Guerouaoui

Saïd Flahy

EDITION, PUBLICITE

GROUPE DE PRESSE ESPACE SANTE

45, rue de l'Atlas - Maârif. Casablanca. 20100.

Tél : (05 22) 98 85 60 / 25 77 59 - Fax : (05 22) 98 43 80

esperance-medicale@menara.ma

espace-sante@menara.ma

IMPRIMERIE

GRAPHI PRIM

Dépôt légal : 6 P / 1992.

ISSN : 1113 - 8580

Editorial

Stressés par notre travail ?

Professeur Abdeljalil El Kholti

116

Brèves

118

Médecine interne

119

La goutte : nouvelles recommandations

H. Bennesser Alaoui et al

Dossier : Les urgences urologiques chez la femme enceinte

134

• Modifications anatomiques et physiologiques
chez la femme enceinte

135

M. Doublali et al

• Les examens d'imagerie chez la femme enceinte

137

M. Doublali et al

• Antibiothérapie chez la femme enceinte

140

M. Doublali et al

• Traitement de la douleur chez la femme enceinte

142

M. Doublali et al

• Traitement chirurgical et instrumental des obstructions
des voies urinaires chez la femme enceinte

144

M. Doublali et al

• Prise en charge particulière de certaines urgences
urologiques chez la femme enceinte

146

M. Doublali et al

• Prise en charge de la colique néphrétique
chez la femme enceinte

150

A. Khallouk et al

Santé au travail

154

Stress au travail, un problème de santé publique !

K. Kahlain et al

ORL

158

Conduite à tenir devant une ulcération amygdalienne

B. Bouaity et al

Endocrinologie

162

Tumeur brune mandibulaire révélatrice
d'une hyperparathyroïdie primitive

A. Kerekou et al

Orthopédie

165

Conduite à tenir devant une entorse de la cheville
chez l'enfant

MA. Dendane et al

Dermatologie

170

Gale en milieu carcéral marocain

N. El Kihal et al

Nouvelles sur les médicaments

173

Revue de presse

174

Agenda

175

Tumeur brune mandibulaire révélatrice d'une hyperparathyroïdie primitive

Drs A. Kerekou*, A. Chadli**,
H. El Gbomari***, A. Farouqi****

* Résidente, ** Professeur agrégée
*** Professeur, **** Chef de service
Service d'Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Une tumeur brune est une tumeur osseuse bénigne, localisée, qui complique l'hyperparathyroïdie primitive ou secondaire.

L'hyperparathyroïdie primitive est une affection rare dans notre contexte du fait des formes asymptomatiques non diagnostiquées qui sont les plus fréquentes.

Les manifestations osseuses, à type de douleurs et de fractures pathologiques, sont souvent les signes cliniques de découverte.

Les complications exceptionnelles sont parfois révélatrices de l'hyperparathyroïdie primitive.

Nous rapportons l'histoire clinique d'une patiente qui a présenté une tumeur brune mandibulaire en rapport avec une hyperparathyroïdie primitive.

OBSERVATION

C'est une patiente âgée de 24 ans, qui présente dans ses antécédents des douleurs chroniques, évoluant depuis 3 ans, au niveau de la cheville gauche de l'épaule gauche et de l'aile iliaque gauche. Depuis un an et demi, elle est sous traitement symptomatique.

On note également la notion de coliques néphrétiques avec émission de calculs.

Il y a un an, cette patiente a consulté en service de chirurgie maxillofaciale pour une **tuméfaction jugale basse faisant corps avec la mandibule**, indolore, augmentant progressivement de volume, asphyxiante et refoulant la langue en arrière. La biopsie de la tuméfaction mandibulaire a alors révélé une tumeur brune.

Le bilan pré-opératoire pour traitement chirurgical de cette tumeur a révélé une augmentation de la calcémie, 159 mg/l (taux normaux : 88-105 mg/l), de la parathormonémie, 689 pg/l (taux normaux : 3-51 pg/l) et des phosphatases à 22 mg/l (taux normaux : 15-45 mg/l).

L'échographie cervicale a montré un gros nodule de 36 mm sur 40 mm de la parathyroïde supérieure droite.

La TDM cérébrale a objectivé une tumeur mandibulaire à localisation pariétale gauche (Fig. 1).

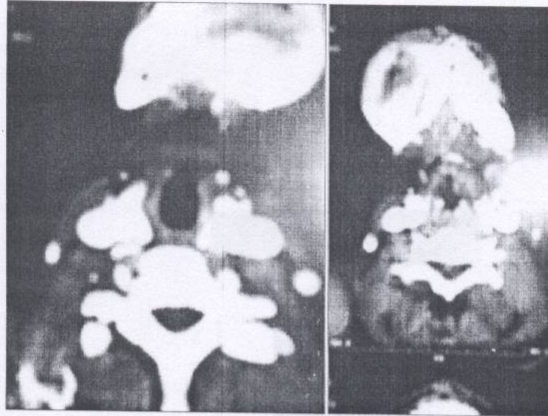
La scintigraphie osseuse a mis en évidence des foyers hyperfixants de la calotte des 2 sacro-iliaques, de l'humérus gauche et de la cheville gauche.

L'échographie abdomino-pelvienne a visualisé un rein droit, siège d'une dilatation pyélocalicielle avec la présence de multiples lithiases calicielles et la réduction de l'index parenchymateux.

La patiente a bénéficié d'une tumorectomie mandibulaire, d'une exérèse du nodule parathyroïdien supérieur droit et de la parathyroïde inférieure droite.

TUMEUR BRUNE MANDIBULAIRE REVELATRICE D'UNE HYPERPARATHYROIDIE PRIMITIVE

Fig.1 : TDM cérébrale : processus lésionnel mandibulaire hypodense prenant le contraste de façon hétérogène



L'étude anatomopathologique de la tumeur mandibulaire et du nodule parathyroïdien a révélé respectivement, **une tumeur brune mandibulaire et un adénome parathyroïdien sans signe de malignité.**

Au 7^{ème} jour post-opératoire, la malade a présenté une tétanie et un trouble de la conscience faisant évoquer une hypoparathyroïdie iatrogène. Un traitement par calcitriol a été institué et l'évolution a été satisfaisante.

Le bilan biologique a alors montré une calcémie à 75 mg/l, une phosphorémie à 41 mg/l (taux normaux : 25-45), une parathormonémie à 121 pg/ml et une calciurie à 40 mg/l (taux normaux : 28-40).

Le bilan de NEM1 (néoplasie endocrinienne multiple de type 1) est revenu négatif. L'enquête familiale, à la recherche d'une hyperparathyroïdie familiale associée à une tumeur mandibulaire, n'a pas pu être réalisée par faute de moyens.

La patiente a bénéficié d'une pyélotomie droite en urologie pour lithiases avec bonne évolution.

DISCUSSION

Le diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire résulte le plus souvent de **la découverte fortuite d'une hypercalcémie.**

La tumeur brune se présente souvent sous forme de masse au niveau de la mandibule, du maxillaire supérieur, de la clavicule, du rachis, des côtes, des cavités orbitaires,

des os de la voûte crânienne, du bassin, du fémur ou du sternum⁽¹⁾.

La mandibule est l'os le plus souvent impliqué dans la région de la tête et du cou⁽¹⁾.

La tumeur brune peut être **une manifestation squelettique de l'hyperparathyroïdie avancée**, y compris le cancer de la parathyroïde. Elle peut imiter les maladies métastatiques des os, particulièrement chez un malade présentant une histoire de cancer.

La tumeur brune représente **l'étape terminale du processus de remaniement osseux** pendant l'hyperparathyroïdie primaire ou secondaire⁽¹⁾.

En raison de l'hyperparathyroïdie, des

microfractures osseuses localisées et des hémorragies secondaires surviennent et provoquent localement l'afflux de macrophages multinucléés (ostéoclastes) et l'apparition d'une fibrose médullaire réactionnelle (constituée par un stroma de fibroblastes), localisée ou plus diffuse, formant ainsi une masse tumorale⁽²⁾. Cette tumeur est appelée parfois ostéoclastome à cause de la présence d'ostéoclastes.

La couleur brunâtre de la tumeur est due à la présence de nombreux vaisseaux sanguins, aux hémorragies, aux remaniements kystiques localisés d'où également le nom d'ostéite fibrosante kystique⁽¹⁾.

Sur le plan thérapeutique, la tumeur brune ne nécessite une prise en charge chirurgicale que si elle est symptomatique car cette tumeur est toujours bénigne.

Dans la grande majorité des cas, le traitement étiologique par **parathyroïdectomie subtotale** s'impose en première intention car beaucoup plus exceptionnellement, une supplémentation en vitamine D et une chélation efficace du phosphate permettent de faire régresser la tumeur en quelques mois⁽¹⁾.

Les quelques cas de tumeurs brunes rapportés dans la littérature sont présentés

TABLEAU I : Tumeurs brunes rapportées dans la littérature

| Auteurs | Localisation de la tumeur | Traitement | Evolution |
|--------------------------|---|------------------------------|-----------|
| Selcuk ⁽³⁾ | Sellaire-suprasellaire | Parathyroïdectomie partielle | Bonne |
| Marcus ⁽⁴⁾ | Fosse nasale droite et mandibule droite | Parathyroïdectomie partielle | Bonne |
| Erem C ⁽⁵⁻⁹⁾ | Sphénoïde, occiput | Parathyroïdectomie partielle | Bonne |
| Zubal ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ | Sinus maxillaire | Parathyroïdectomie partielle | Bonne |
| Kocer ⁽¹⁵⁾ | Mandibulaire | Parathyroïdectomie partielle | Bonne |

dans le *tableau I*. Après une parathyroïdectomie partielle, l'évolution s'est avérée le plus souvent favorable.

En cas de localisation rachidienne de la tumeur brune avec des signes de compression et une atteinte du nerf optique, la parathyroïdectomie partielle n'est pas suffisante. Il faut alors lever la compression.

Le succès après intervention sur les structures nerveuses n'est pas toujours observé^(18,19,20).

Pour les autres localisations, lorsque la tumeur est symptomatique, l'intervention chirurgicale donne de bons résultats.

Soulignons que ce type de tumeur pose un problème de diagnostic différentiel avec les cancers métastatiques.

La recherche d'une NEM1 s'impose.

CONCLUSION

La tumeur brune est toujours bénigne, son exérèse n'est nécessaire que si elle est symptomatique.

La prise en charge de l'hyperparathyroïdie primitive est cruciale pour stopper la progression des lésions osseuses.

RÉSUMÉ :

Le développement d'une tumeur brune constitue une complication de l'hyperparathyroïdie primitive ou secondaire. Sa survenue est fonction de la sévérité de l'hyperparathyroïdie. Le diagnostic de l'hyperparathyroïdie primitive doit être précoce, ainsi que sa prise en charge avant l'installation des complications osseuses.

SUMMARY :

The development of a brown tumour represents a complication of the primary or secondary hyperthyroidism. Its discovery is fortuitous in an asymptomatic patient. The diagnosis of the primitive hyperthyroidism must be precocious as well as its management before the supervene of osseous complications.

RÉFÉRENCES

1. **Altavizta Bahel Fish.** Cas rapportés de l'hyperostose frontale interne. Look-fordiagnosis. Traduction du 3 avril 2008.
2. **Naziens N, Van Mreghrem et al.** Tumeur brune a localisation costale université catholique de louvain 2006 ; 125(6) :183-187.
3. **Selcuk Yilmazhar, Erham Arslam et al.** Sellar-parasellar Brown Tumor. Case report and review of litterature. Skull base 2004; 14 (3): 163-8.
4. **Marcus M. Lessa Flavio A et al.** Brown tumor of the facial bones: case report ant litterature review. Ear Nose set troat Journal 2005.
5. **Erem C, Hacıhassanoghi A, Curel A et al.** Sphenoidal sinus Brown Tumor, a man lesion of occipital and primary hyperparathyroidism. J Endocrinol Invest 2004; 27 (4): 366-915, 233-558.
6. **Jouan Anne, Zahraniecki Laurent et al.** An unusual presentation of primary hyperparathyroidism: severe hyperparathyroidism. Joint-Bone Spine 2007; 4(18): 222-720.
7. **Lanismik Bottjan, Didanovic Vojka.** Sphenoclivial intreasseus lipoma: case report and literature review. Skull Base 2007;17(3):211-4.
8. **Guleser Saylam, Dursun Engin, Albayak et al.** Ordontogenic myxoma of the maxilla a case report. J. Med case reports 2007; 17(1) : 139-180 .
9. **Diniker Ad, Sahai S, M. Shaima.** Primary hyperparathyroidism presen-tery as an exophytic mandibular, BMC Cancer 2007;7 (1).
10. **Zuhal Erden C, Oktay Erden L et al.** Brown Tumor of the maxillary sinus a case report. Kulak Burun Boyaz Ilitis Derg 2003; 11 (4) : 121-415.
11. **Lim M, Lew-Gor S, Beab T et al.** Maxillary Sinus Haematoma. AJR Am J Roentgenol 2007; 188 (4): W 370-317 .
12. **Wrong Tracie, Russo Pierre, Manuela Petar et al.** A 10- year-old boy with a 6 month history of gingival bleeding and epistaxis. Ear Nose Throat J. 2007; 86 (6): 351.
13. **Kyw Ho Lee, Smoker Wendy RK et al.** Organized hematoma of the maxil-lary sinus: CT Findings. Med-Clin (Barc) 2007; 128 (5) : 197.
14. **Cusco. Albers Silvia, Aeranzy Obispo Carlos et al.** Brown Tumor of the mandible: first clinical presentation of primary hypaparathyroidism. Joral Maxillofac Surg 2007;65(2):323-617.
15. **Kocer U, Percin AK, Sensoz O et al.** Brown Tumor in normacalcémie child. European Journal of plastic Surgery janvier 1994;17(1).
19. **Kashkari S, Kelly TR, Betham D et al.** Osteitis fibrosa ajstica (Brown Tumor) of the spine with cord copression : reaspiration 'biopsy fundings. Diagn Cytopathol 1990; 6:349-353 (Pub Med).
20. **Puman TM, Alvarez M, Betallon AP et al.** Brown Tumor in secondary hyperparathydism cosing. Neuroradiology 1990; 32: 343 (Pub Med).