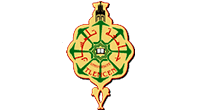
**Université Abou Bekr Belkaid CHU de Tlemcen**

**Faculté de Médecine Service d’Orthopédie** ** **

**Société Algérienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique**

****

**Les 5èmes journées de Chirurgie Orthopédique**

**et Traumatologique de Tlemcen**

**le 28 Septembre 2019**

**Thème : Les sarcomes osseux**



**PROGRAMME ET ABSTRACTS**

**Mot du Président :**

**Comité scientifique :**

Président :

N. Boudjellal

Membres :

F. Korti

M. Riffi

S.A. Bensahla

A. Sahi

L.Benabdella

Z.Cheikh

T.Yles

H. Malti

**Comité d’organisation :**

Equipe du service d’Orthopédie Traumatologie de Tlemcen.

**INFORMATIONS**

**SOMMAIRE**

1. Mot du président ………..……………………………………………………………….... .page 2
2. Membres du comité ………..……………………………………………………………..…... page 2
3. Programme scientifique : …………..…………………………………………………………...page 4

A) Table ronde : les sarcomes oseux…………………………………………………………... page 5

Président de la table ronde : Z.Kara

B) Séances thématiques :

a) 1ère séance thématique : la rupture traumatique des tendons fléchisseurs……...……… page 7

Présidente de la séance : H.Chérifi

b) 2ème séance thématique : les urgences traumatiques de la main dans un service d’orthopédie traumatologie . Problèmes et solutions : ……...……. ………………………….page 8

Président de la séance : A.Menadi

C) Conférences d’enseignement :

a) Proposition de module d'enseignement en chirurgie de la main en post graduation

A. Menadi , Unité de chirurgie de la main, CHU Ibn Rochd Annaba

b) Place d’un guide de repousse nerveuse par greffon veineux dans les pertes de substances des nerfs périphériques

A.Benaida, CHU Blida

c) La ligamentoplastie anatomique de la cheville sous arthroscopie

M. Boussaad EHP Rachid Benmerad Béjaia

d) Fractures des plateaux tibiaux et indications

F. Korti CHU Tlemcen.

e) Le marché de l’ostéosynthèse en Algérie entre controle de qualité et législation

C.Derdous CHU Batna.

D) Communications orales (C1à C17)…………………………..…………………………… page 9

E) Communications affichées (P1à P36)………..………………………………………..…… page 9

a) Abstracts communications orales……………………………………………………. page 11

b) Abstracts communications affichées………………………………………………... page 19

1. Remercienments …………………………..…………………………………………………...page 24
2. Sponsors ………..………………………………………………………………………... page 25

Tables rondes

Séances thématiques

Conférences d’enseignement

Communications orales et affichées

**Auditorium Samedi 28 Septembre 2019**

**08h30 - 09h00** : Accueil des participants :

**1ère séance : 09h00 - 10h30**

**9h00 – 10h30** : **TABLE RONDE : L’OSTEOSARCOME**

Kara( CHU Alger)

.

Introduction. Kara(CHU Alger)

Nouvellesdonnées et littérarture Belaid (CHU Oran)

Epidémiologie. Ladouani (CHU Alger)

Examen Clinique. Korti (CHU Tlemcen)

Radiologie. Kihal (CHU Alger)

* Radio Standard
* Le Scanner
* L’IRM
* Les autres éxamens radiologiques

Le diagnostique positif : la Biopsie. Benfodda(EHU Oran)

Anatomo-pathologie dans l’ostéosarcome. Khelfa (CHU Alger)

Bilan d’éxtension. Boulaioune (CHU Alger)

Evolution. Ali yousfi ( CHU Tizi Ouzou)

Prise en charge thérapeutique.

Chimiothérapie des sarcomes osseux.  Ghomari ,Aliane (CHU Tlemcen**)**

Radiothérapie. Hamed (CPMC Alger)

Chirurgie

1. La chirurgie conservatrice. Kihal CHU Alger
2. La chirurgie radicale. Nemmar CHU Alger

La série et résultat .état actuel. Lemmouchi,Menia (CHU Alger)

Recommandations. Kara (CHU Alger)

Conclusion. Kara( CHU Alger)

**10h30-11h00** : **Pause café, visite des stands et posters**

**2èmeséance :11h00 – 13h00**

**Inauguration :** 11h00

A.Benhabyles :Présidente de la SACOT.

**Communications libres :**

Modérateur: Ghomari , M.Benfodda

**C1. Evolution de l’incidence des cancers des os : évaluation documentée à partir du registre de la wilaya de Sidi Bel abbes**……………………………………………………………………………..….11h15

M.Taleb, Service d’épidémiologie CHU de Sidi bel abbes

**C2. Profil épidémiologique des métastases osseuses dans le cancer du sein dans la wilaya de Tlemcen**………………………………………………………………………………………………….11h25

L.Hennaoui, CHU Tlemcen.

**C3. Les tumeurs osseuses de l’enfant**………………………………………………………………… 11h35

R.Mecifi, H.Ramdani, I.Fkhikher, Service d’oncologie pédiatrique CLCC

**C4. Ostéosarcomes non métastatiques ont ils tous le méme schéma thérapeutique chez l’adulte jeune, notre éxpérience à L’ESH Salim Zemirli**…………………………………………….……………..…11h45

L.Nebchi EHS Salim Zemirli

**C5. Cellules stromales mésenchymateues pour le traitement des sarcomes osseux**……………..….12h05

Z.Lakhal , Service de pharmacovigilance EHU d’Oran

**C6. Place de la médecine nucléaire dans la prise en charge de la pathologie tumorale osseuse**

A. Djelti Service de médecine nucléaire CHU Tlemcen

**C7. Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal**……………………………………….12h15

B.El habachi, Service de Chirurgie générale CHU de Sidi bel abbes

**C8. Le role du Parécoxib dans la prise en charge de la douleur aigue postopératoire en trumatologie. CHU de Tlemcen**…………………………………………………………………………………..……12h25

T.Yles, H.Malti, H.Mefteh, M.Bensnane, M.Bélaidouni, H.Bénarbia, R.Benhaddouche, D.Benhaddouche, N.Boudjelal

**1 ère Conférence d’enseignement :**

**La ligamentoplastie anatomique de la cheville sous arthroscopie** 12h35

M. Boussaad EHP Rachid Benmerad Béjaia .

**Débat** 12h50

**Pause déjeuner** 13h00

**3èmeséance :14h00 – 15h30**

**14h00 - 15h 30 : 1ère Séance thématique : Rupture traumatique des tendons fléchisseurs.**

H.Cherifi CHU Douera

Introduction

Anatomie descriptive Akloul( EHS Salim Zmirli)

Anatomiefonctionnelle Benaida ( CHU Blida)

Anatomie pathologique et classification Benamirouche (EHS Benaknoun)

Cicatrisation tendineuse Nemmar (CHU Mustapha Pacha)

Clinique Menadi (CHU Annaba)

Formes cliniques particulières Rahem ( CHU Ain Naadja)

Priseen charge thérapeutique et indications  CherifI (CHU Douera)

Conclusion

**2ème Conférence d’enseignement :**

Modérateur : M.D Midas , A.Abdi

**Proposition de module d'enseignement en chirurgie de la main en post graduation**………………………………….…..15h30

A. Menadi , Unité de chirurgie de la main,CHU Ibn Rochd Annaba

**3ème Conférence d’enseignement :**

**Place d’un guide de repousse nerveuse par greffon veineux dans les pertes de substances des nerfs périphériques**……15h45

Modérateur: M.D Midas , A.Abdi

A.Benaida, CHU Blida

**Communications libres :**

Modérateur: M.Boussaad.

**C9. La greffe osseuse autologue a toujours une place en chirurgie orthopédique**................................................................16h00

R. Atia Hopital Ibn Rochd 01 Rue Bouhrem Amara Korba

**C10. Retentissements fonctionnels du cubitus varus post traumatique à l’âge adulte à propos de 31 patients dont 7 non opérés**……………………………………………………………………………………………………………………………16h10

R.Atia, S.Remel , R.Lachter Hopital Ibn Rochd 01 Rue Bouhrem Amara Korba

**C11.** Le syndrome du canal carpien chez l'hémodialysé…………………………………………………………………..……16h20

H.Labidi,A.Menadi,Aroussi,R.Boumaiza,C.Lachtar,A.Yahia, Service orthopédie traumatologie CHU Ibn Rochd Annaba

**C12. Ostéotomie 3C dans le traitement des pieds plats valgus sévères réductibles (PPVSR) idiopathiques chez l’adolescent. A propos de 34 pieds ( 21 patients)**…………………………………………………………………………………………...16h30

A.Djerbal,Y.Akloul, S.Tebani Samir, N.Sifi EHS Salim Zemirli

**C13. Place de transfert de graisse dans la prise en charge du pied diabétique**………………………………………….....16h40

B.EL habachiservice de Chirurgie générale CHU de Sidi bel abbes

**16h40 à17h10** :**Pause café, visite des stands et posters**

**4èmeséance :17h10 – 18h10**

**17h10- 18h10 : 2èmeSéance thématique :**

**Les urgences traumatiques de la main dans un service d’Orthopédie Traumatologie**

**Problèmes et solutions :**

Menadi (CHU Annaba)

Introduction

Série de Annaba Menadi (CHU Annaba)

Série de Sidi Bel Abbes Midas (CHU Sidi Bel Abbes)

Série de Blida Benaida ( CHU Blida)

Série d'Alger centre Benamirouche CHU Alger)

Série de Tlemcen Korti (CHU Tlemcen**)**

Série de Batna Khernane ( CHU Batna)

Série de Douéra Chérifi (CHU Douéra)

Série d'El Harrach Akloul(CHU EL Harrach)

Discussion et commentaires Ait Saadi (CHU Blida)

Conclusion Menadi (CHU Annaba)

**3ème Conférence d’enseignement :**

**Le marché de l’ostéosynthèse en Algérie entre controle de qualité et législation………………………….……………...**18h20

C. Derdous CHU Batna.

Modérateur: M.Medjahed

**4ème Conférence d’enseignement :**

**Fractures des plateau tibiaux et indications** 18h30

Pr. Korti.Service d’orthopédie CHU Tlemcen.

**Communications libres :**

**C14. Les tests de concordance de script comme outil d’évaluation des compétences en chirurgie pédiatrique…………**18h40

Y.oudah service de chirurgie pédiatrique, CHU Tlemcen.

**C15. Traitement chirurgical de l’instabilité patellaire, éxpérience du service…………………………………………….**18h50

R.Sellam HMRU Oran

**C16. Les spondylodiscites tuberculeuses à Tlemcen………………………………………………………………………....**19h00

N.Benchouk,N.Chabni,Y.Badla,Brahim , Service des maladies infectieuses, CHU Tlemcen

**C17. Dynamic  Ankle-foot orthosis……………………………………………………………………………………………**19h10

K.Haddam Centre d'Orthopédie EL Habbak Tlemcen

**Débat :** 19h20

**Clôture** 19h30

**COMMUNICATIONS AFFICHEES**

**N. Boudjelal – M. Riffi**

**P1. Sarcome des parties molles développé en territoire irradié . À propos d’un cas**

**A.**Bouchouicha ,H.Abdali, R.Sellam, À.Abdi HMRUO

**P2. Ostéoblastome mimant une tumeur osseuse maligne. À propos d’un cas**

Y.oudah Service de chirurgie pédiatrique CHU Tlemcen

**P3. Tumeur à cellules géantes du genou . Évidement comblement par allogreffe osseuse . À propos d’un cas**

**M.** Ait Saadi,

**P4. Le lymphodème post opératoire chez l’enfant**

Y.Oudah Service de chirurgie pédiatrique CHU Tlemcen

**P5. Sarcome d’’Ewing à l’étude histologique ? discordance anatomoclinique et aspect per-opératoire.**

L.Nebchi EHS Salim Zemirli

**P6. Indication de l’allogreffe osseuse dans le** traitement d’un ostéochondrome du radius . À propos d’un cas

M**.** Ait Saadi, **A.**Mazari , M.Hamidani CHU Blida

**P7. TCG des parties molles : le pied : une localisation très rare. À propos d'un cas**

A**.** Mazari ,M. Ait Saadi, N.alimouche,M. Hamidani CHU Blida

**P8. Tumeur bénigne de la paume de la main à propos d’un cas avec revue de la littérature.**

L.Nebchi EHS Salim Zemirli

**P9. Traitement curatif d’une métastase osseuse unique d’un carcinome papillaire de la thyroide. À propos d’un cas**

S.Merad, A.Djelti, L.Metri Service de médecine nucléaire CHU Tlemcen

**P10. L’ostéosarcome secondaire à un rétinoblastome : intérèt de la génétique**

R.Mecifi, I.Fkhikher ,H.Ramdani Service d’oncologie pédiatrique CLCC

**P11. Gammapathies monoclonales : profil clinico-immunologique**

H.Ramdani, Y.Bouali-youcef Service d’immunologie EHU 1er Novembre Oran

**P12. Ténosynovite de la hanche. À propos d’un cas**

S.Bensahla , A.Mansouri, F.Korti, A.Sahi, M.Riffi, L.Benabdellah, Z.Cheikh, N.Boudjelal., Service d’Orthopédie CHU Tlemcen

**P13. Kyste hydatique de la cuisse. À propos d’un cas**

S.Bensahla , A.Mansouri, F.Korti, A.Sahi, M.Riffi, , L.Benabdellah, Z.Cheikh, N.Boudjelal Service d’Orthopédie CHU Tlemcen

**P14. Réparation chirurgicale par cadrage tendineux demi tendineux d’une rupture du tendon quadiceps.À propos d’un cas** A.Remache EPH Ahmed Médaghri Ain Témouchent

**P15. Réparation chirurgicale d’une rupture massive du tendon d’Achille sur tendinite. À propos d’un cas**

A.Remache EPH Ahmed Médaghri Ain Témouchent

**P16. Le paracétamol entre abus et ignorance : état des lieux**

Y.Allal Pharmacie galénique Faculté de médecine d’Oran

**P17. Anésthésie et sclérose en plaque. À propos de deux cas**

T.Yles, H.Mefteh, M.Bensnane, R.Benhaddouche, N.Boudjelal

**P18. Choc anaphylactique préopératoire sur cardiopathie valvulaire. À propos d’un cas**

H.Mefteh ,T.Yles, , M.Bensnane, R.Benhaddouche, D.Benhaddouche

**P19. Maladie d’os good schlater**

F.Korti, A.Sahi, M.Riffi, S.Bensahla, L.Benabdellah, Z.Cheikh, N.Boudjelal Service d’orthopédie CHU Tlemcen

**P20. Arthrodèse de sauvé-kapandji avec ligamentoplastie**

F.Korti,H.Sahi,S.Bensahla,D.Dar cherif ,M.Riffi,L.Benabdellah,Z.Chikh ,N.Boudjelal Service d’orthopédie CHU Tlemcen

**P21. la tuberculose claviculaire. À propos d’un cas**

**N.**Bentrad, A.Yahia , Labidi CHU Annaba

**P22. L’épisiotomie fait son apparition au 18 ème siècle.** Le taux d’épisiotomie en Algérie est estimé à environ 80% chez la primipare et à 31% chez la multipare .ces taux ont tendance à diminuer ces dernières années du fait d’une reconsidération des indications et des bénéfices de l’épisiotomie.

Y.Hammoudi, M.Kefif ,R.Talhi ,M.Raiah , N.Kazi tani , A. Adnane Service de biostatique et d'épidémiologie clinique , faculté de médecine Oran

**P23. Ostéotomie sous-capitale dans l’épiphysiolyse fémorale supérieure stable et sévère de l’adolescent – évaluation radiographique et clinique. À propos d'un cas.**

**A.** Djerbal,Y.Akloul,S.Tebani, N.Sifi EHS Salim Zemirli

**P24. Lambeau inguinal pédiculé de Mac Gregor**

N.Sifi, N.Rouag, A.Djerbal EPH Béni Abbès

**P25. Etude de la ségrégation méiotique des gamètes d’hommes atteints d’oligoAsthénoTératozoospermie par la Fluorescent in situ Hybridization** O.liamani ,L.Labga, S.Moulessehoul, I.Benzeguir Université Djillali Liabès Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie Département de Biologie Sidi Bel Abbes

**P26. Analyse du taux de fragmentation de l’ADN spermatique chez 12 hommes atteints d’OligoAsthénoTératozoospermie par la Terminal Uridine Nick-end Labeling O.** liamani,L.Labga , S.Moulessehoul, I.Benzeguir .Université Djillali Liabès Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie Département de Biologie Sidi Bel Abbes

**P27 . Récidive d'une synovite villon nodulaire de l'épaule. À propos d’un cas**

A.Mazari,M. Ait Saadi, N.alimouche, M.Hamidani CHU Blida

**P28. Liposarcome de la cuisse**

A.Mazari, M.Ait Saadi, N.Alimouche, M.Hamidani CHU Blida

**P29. Tumeur glomique typique. À propos d’un cas**

A.Mokrane, D.A Midas Service Orthopédie-Traumatologie CHU Sidi Bel Abbes

**P30. Myxome intramusculare de la fesse. À propos d’un cas**

A.Mokrane, D.A Midas,S.Mehali Service Orthopédie-Traumatologie CHU Sidi Bel Abbes

**P31. Neurofibrome de la région axillaire . À propos d’un cas**

??NEH.Chergui; A.Belaidi, A.M.Lazar EHS Salim Zemirli ELHarrach

**P32. Les synovites villonodulaires du genou . Prise en charge et résultats. À propos de 20 cas**

NEH.Chergui, A.Belaidi, A.M.Lazar EHS Salim Zemirli ELHarrach

**P33. Sarcome d' ewing adamantinoma like de racine la cuisse. À propos d 'un cas**

M.H.labassi,A.Cherfi,L.Hamdi,M.Rahem I.Ghadi, , K.Amimoussa,A.Belhanafi, MK..Larbaoui.

Service orthopedie A , Hopital Central de l’ Armée, kouba,Alger

**C34. Principes du traitement chirurgical des tumeurs osseuses malignes primitives revue de la littérature**

M.H.labassi ,A.Cherfi ,L.Hamdi, M.Rahem , I.Ghadi, , K.Amimoussa, A.Belhanafi, MK.Larbaoui. Service Orthopédie A , Hopital Central de l’ Armée, kouba, Alger

**C35. Sarcomes de la paroi thoracique : généralités et traitement**

A.Nekhla,H.Hambli, M.Hedjem, T.Ouamara, A.Taleb, K.Benhacine,A.Boudjemaa. Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire CHU de Tizi Ouzou

**P36. Traitement curatif d’une metastase osseuse unique d’un carcinome papillaire de la thyroide. À propos d’un cas**

A.Djelti , L.Metri Latifa,S.Merad CHU Tlemcen

**P37. L’ostéotomie métatarsienne de Weil. À propos d’un cas**

**S.** lemmouchi, R.nemmar, M.derradji, M.kihal, Z.Kara CHU Alger centre Faculté de Médecine d’Alger Université d’Alger

CHU Mustapha Bacha Service Orthopédie Traumatologie Alger Centre

**P38. Tumeur neuro-éctodermique périphérique. À propos d’un cas**

I. Boublenza, A. Rostane, W. Ougdi, S. Ghomari Service d’oncologie médicale, CHU Tlemcen. Laboratoire Toxicomed. Faculté de Médecine Université de Tlemcen

**P39. Que doit je faire devant un traumatisé de la main**

Aroussi, A.Menadi,Tazir, H.Labidi, C.Lachtar, R.Boumaiza, A.Yahia Service Orthopédie Traumatologie CHU Annaba

**P40. Dosage des marqueurs cardiaques chezdes sujets obèses CHUTlemcen ? Service de biochimie**

B. Benallal , Brikci Nigassa Nawel, F.Madani , F.Messaoudi

**P41. Cellules stromales mésenchymateuses pour le traitement du sarcome osseux**

Z.Lakehal , Service de pharmacovigilance à l’EHU d’Oran.

**P42. Le lymphœdème post opératoire chez l’enfant.**

**ABSTRACTS**

**COMMUNICATIONS ORALES**

**C1. Traitement endoscopique de l’instabilité chronique latérale de cheville par ligamentoplastie anatomique de la cheville (technique opératoire et perspectives)**

M. Boussad , EHP DR Rachid Benmerad Amri Bejaia

Introduction : l’entorse de cheville constitue la première cause de traumatisme en milieu sportif soit 1/12OOO par jour soit ¼ responsable de 12% d’arrêt au football, 10 % d’entorse grave. Le traitement est orthopédique ,médical et rééducation, non chirurgical, cependant 20% d’instabilité chronique due à la banalisation de la prise en charge conséquence d’une évolution vers un conflit douloureux dégénérative puis l’arthrose.

Classification de Hamilton et kaikkonen sur patient vu en déféré,

Entorses bénignes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Entorses graves

grade 1 : pas de rupture ,

grade 2 et 3 rupture LTFA et LCF

Examen clinique :la rupture du LTFA se manifeste par l’examen à distance (5 ème jour triade œdème (douleur palpation du LTFA hématome, tiroir antérieur) , Silcus test ,avec une spécificité dans 84%,et une Sensibilité dans 98%.

Examens radioloques : radiographie de face et de profil de premiere intention, les clichés dynamique pas très important à cause des faux négatifs, échographie hyperspécialisé, IRM radiologue dépendant, arthroscanner état du cartilage.

Traitement chirurgical : chirurgie à ciel ouvert , très variés et nombreuses avec des avantages et beaucoup d’inconvénients surtout évolution arthrosique à long terme.

Pourquoi l’arthroscopie : permet le traitement des lésions associées ,les complications sont devise par 10 , (AOFS ) 3x de risque à ciel ouvert ,visualisations des lésions à l’exploration et le traitement par le même temps opératoire par ligamentoplastie. En 2012 mise au point de la technique de réparation et de reconstruction. Naissance d’un nouveau concept 2013 ankle Instabilite group a Bordeau 9 articles. DEC 2017 à Marseille symposium de la SFA sur une Série de 286 patients aboutit à une classification arthroscopique du LTFA :

Stade 0 : ligament normale en tension et en aspect

Stade 1 : ligament distendu mais continu

Stade 2 : désinsertion fibulaire ou talienne mais calibre normale

Stade 3 : ligament fin ou dégénérescence mucoide

Stade 4 : malléole chauve

Reconstruction non anatomique :Castaing, Evans Duquennoy ,Blanchet, ou autres très nombreuses équivalent de Lemaire externe au genou . Bostrom Gould = réparation : utilisant une ancre pour réparer le ligament LTFA et LCF quand il en reste un peu et le renfort par le retinaculum des extenseurs soit all Inside (Dr Stéphane Guillo) ou associer à une mini open, ou percutané.indiquer dans stades 1 et 2

Reconstruction anatomique : 2005 Takaoo M fut le premier a realiser cette ligamentoplastie anatomique au gracilis maintenu par des vis d’interferences. Sous rachis anésthésie, décubitus dorsal , coussin sous la fesse homolatérale , pied débordant en bout de table corrigeant la rotation externe. Garrot à la racine de la cuisse 350 mm d’HG. Traçage au crayon dermographique des voies d’abords, optique médiale ; instrumentale latérale 4 à 6 mm au-dessous de l’interligne articulaire, patte d’oie pour le prélèvement du gracilis. Le tunnel calcanéum un cm au-dessous en arrière d’une tangente à la face postérieure de la malléole latérale. On procède à une arthroscopie exploratrice avant tout prélèvement confirmant la lésion du LTFA et du LCF on définit le stade des lésions anatomiques.Prélèvement du gracilis et tubérisation au fil 2/0 12 cm. Tunnel tibiale diamètre 6 mm à main levé passage du fil relai n1, tunnel malléolaire sous contrôle scopique 6mm sur 20 mm puis passage de l’aiguille à chat et 2eme fil relai. Difficulté à faire le tunnel talien 6mm sur 20mm. Passage du 3eme fil relai et introduction de la plastie sur un endobouton réglable mise en place des 2 vis d’interférences et réglage de l’endobouton cheville en rotation externe. Toilette et fermeture des 4 incitons par des points simples. Botte plâtrée en résine le lendemain pour 2 semaines après radiographie de contrôle. Principe de la réeducation aprés ligamentoplasties de cheville : Lutter contre l’inflammation par une immobilisation pdt 15 jours trouver un équilibre entre trop et peu de stimulation, pour éviter la raideur . Rééducation douce et précoce sans appui qui protège la chirurgie puis appui et mobilisation immédiate à 4 semaines en flexion dorsale et plantaire. Puis varus valgus à 6 semaines , pour lutter contre le syndrome AND, atrophie musculaire déprogrammation neuro musculaire, phlébite.

Résultats : Série de la SFA symposium , Décembre 2017 à Marseille.

Conclusion :l’ arthroscopie est devenue une technique incontournable dans la pise en charge des instabilités chroniques latérales de cheville . Permet de faire un bilan lésionnel ligamentaire, dynamique et des lésions associes et de procéder a leurs traitements simultanés . Faire une classification du type de rupture du LTFA et de choisir le traitement adéquat, réparation ou reconstruction Evitez les complications lies à la chirurgie a ciel ouvert.

**C2. Fractures des plateaux tibiaux**

F.Korti Service d’Orthopédie Traumatologie CHU Tlemcen

Introduction : l’objectif de cette étude est de déterminer les résultats fonctionnels et anatomiques de l’hypercorrection chez les patients présentant une fracture récente unitubérositaire des plateaux tibiaux par enfoncement et séparation-enfoncement et de les comparer avec les résultats de la normocorrection.

Méthodes : c’est une étude prospective réalisée sur un échantillon de 66 patients opérés et suivis au niveau du service d’orthopédie-traumatologie du CHU de Tlemcen. Notre échantillon à été scindé en deux groupes, ceux opérés avec la technique d’hypercorrection de l’enfoncement et ceux avec la technique de normocorrection. Une comparaison entre les deux groupes à été réalisée, concernant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, et le score d’IKS.

Résultats : 97 % des sujets atteints d’une fracture unitubérositaire des plateaux tibiaux avait un enfoncement-séparation, contre 03 % un enfoncement pur. 51 % ont bénéficié d’une technique de relèvement par hypercorrection. 50 % des sujets traités par la normocorrection présentaient un enfoncement résiduel de la surface articulaire versus 00 %, dont 19 % une dégénérescence arthrosique versus 3 %, 12,5 % de raideur du genou versus 3 %, 9 % de cal vicieux versus 3%. Cette comorbidité expose à des risques de reprise chirurgicale par arthrolyse ou par remplacement prothétique. La qualité fonctionnelle du genou est plus altérée chez les patients en normocorrection, avec un mauvais score d’IKS de 8,8 % pour le premier groupe et de 34,4 % pour le deuxième groupe (p = 0,01). Les patients avec hypercorrection ont une meilleure mobilité du genou par rapport à ceux avec normocorrection, avec respectivement des scores de 97 et 87 (p = 0,01).

Conclusion :les résultats très encourageants de l’hyper correction, nous poussent a adopter un consensus, en vue d’améliorer notre technique de relèvement des enfoncements des fractures unitubérositaires des plateaux tibiaux, ce qui améliorerait aussi bien l’anatomie et la fonction du genou ainsi que la qualité de vie du patient.

Mots clés :enfoncement unitubérositaire – hypercorrection versus normocorrection – score IKS.

**C3. La greffe osseuse autologue a toujours une place en chirurgie orthopédique**

R. Atia Hopital Ibn Rochd 01 Rue Bouhrem Amara Korba

**Objectifs :**les greffes osseuses autologues en chirurgie orthopédique sont encore d’actualités malgré l’avènement des allogreffes, des hétérogreffes et les substituts osseux

**Matériels et méthodes :** étude rétrospective, toute pathologie (1986-2015), Adultes / Enfants, greffons libres ,Chirurgie réglée, patient averti

Bilan de la zone prélevée, risques évaluées . Prélèvements : crête iliaque, fémur distal, tibia proximal, corticale tibiale, fabula Même temps opératoire, même chirurgien . Abord anatomique, prévention des aléas esthétiques et fonctionnels. Suivi à court terme, bénéfice et efficacité de la greffe sur la pathologie à moyen terme et complications.

Résultats :publications: 56243opérés dont 9023. Pathologies froides (statistiques 2001-2011). Rachis cervical C3C7 687Arthrodèses antérieures (aucun échec 1986-2007). Rachis cervical C1C2 76 Arthrodèses postérieures (aucun échec 1986-2007). TCG du genou 19Cas, 12Juvara (un échec 1987-2004) . Dislocations radio-ulnaires distales 4Allongement (aucun échec). Scolioses 346Greffes postérieures (un échec 1987-2016). LRE 337Greffes Latarget (aucun échec 2001-2011). LCH 122Ostéotomie de Salter Greffe (aucun échec 1997-2007). Allongement diaphysaires 37Cas Type Wagner Greffe spongieuse (aucun échec 1987-2015). Gonarthroses 204Ostéotomie addition (aucun échec 1995-2015). Tumeurs 8Reconstruction fibula (1humérus, 1fémur, 2tibias, 1ulna, 1col fémoral et 2cotyles (aucun échec 1987-2015). Pseudarthroses diaphysaires 441Greffes (97 reprises 1987-2015). Pseudarthrose scaphoïde carpien 148Matti-Russe (27résorptions 1986-2015). Très peu de complications et d’échec, cicatrices inesthétiques et douleurs du site donneur

Discussion :du point de vue physique les autogreffes corticales sont solides au début et c’est très bien mécaniquement et les spongieuses permettent un meilleur remplissage. Du point de vue caractéristique les autogreffes ont un haut pouvoir ostéogénique et sont intégrées très rapidement surtout si elles sont vascularisées . Du point de vue qualité, l’os iliaque est en tête, à condition de bien installer le patient pour un seul champs et temps opératoires . Du point de vue spécifique la crête iliaque antérieure est surtout corticospongieuse règle les problèmes mécaniques ainsi que la fibula et la crête tibiale antérieure et la crête iliaque postérieure pour le remplissage d’os spongieux. La fibula reste lidéale pour les greffes vascularisées . Du point de vue contamination aucune. Du point de vue tactique opératoire il faut faire le prélèvement après la préparation de la zone receveuse afin d’éviter le problème classique de la quantité et la qualité . Du point de vue technique, en tenir compte dans la formation des chirurgiens . Du point de vu global très peu de complications mais plaintes pour les cicatrices inesthétiques et les douleurs résiduelles dont la raison essentielle réside dans la tactique et la technique opératoires.

Conclusion :il faut continuer à encourager les autogreffes surtout par la formation des chirurgiens.

**C4. Retentissements fonctionnels du cubitus varus post traumatique à l’âge adulte à propos de 31 patients dont 7 non opérés**

R.Atia, S.Remel ; Lachter Rochdi Hopital Ibn Rochd 01 Rue Bouhrem Amara Korba

Objectifs : le cubitus varus est la conséquence des réductions insuffisantes des fractures supracondylaires de l’humérus surtout le décalage ou de l épiphysiodèse médiale. Le phénomène parait beaucoup plus inesthétique que fonctionnel expliquant la réticence des chirurgiens.

Matériels et méthodes : de 1986 à 2015, 31 patients dont 7 non-opérés, 22 féminins / 9 masculins . Les opérés: 24 cas, âge 9-13 ans ; fracture supra condylaire 5 opérées, 19 plâtrées depuis 3-16 ans (moyen 4A6M) . Consultations plusieurs chirurgiens, récusés à la première consultation. La déformation visible, inesthétique, gênante, handicap physiologique, Le coude en varus net, pronation, décalé en avant, mobile, stable. La radiographie montre une déformation de l’humérus distal, une ossification à terme, une atrophie condylaire médial, les fossettes moins visualisées. La déformation mal accepté par tous . Les non-opérés : 7 cas, âge 41-55 ans, même clinique même cause 2 opères à l’enfance et 5 traitements orthopédiques avec l’âge apparition de douleurs et une diminution de la force la L’ostéotomie supra condylaire de soustraction latérale avec un montage par 2 vis parallèles aux 2 traits d’ostéotomie, fermeture par un fil métallique. Plâtre post-opératoire, Rééducation différée.

Résultats : la synthèse par broches est à éviter immédiatement 2 corrections baïonnette, 18 cas correction parfaite. Montage : 18 cas vissage, 1 cas vis et broche, 2 cas broches, pas de sepsis, pas d ’atteinte neurologique . A moyens termes la fonction parfaite à deux ans, satisfaction parent enfant. Bilan radiographique morphologie perturbée, profil acceptable.

Discussion : un geste chirurgical bien réglé est sans risque et lève le handicap psychologique de cette déformation. Le repérage n’est pas facile en cas d’épiphysiodèse, Il ne faut jamais opéré à la première consultation, Si insistance de l’enfant ayant un bon QI, il faut bien expliquer que le geste est esthétique, aspect disgracieux, corriger la déformation, fonction conservée et le risque est la perte de la mobilité, l’infection, l’ossification, la paralysie ulnaire, la déformation en baïonnette, la cicatrice chéloïde. Quand opérer et pourquoi : jamais de suite, Laisser la famille « bien réfléchir », Tentative de dissuasion, expliquer les risques, surtout fonctionnels, geste purement esthétique, à opérer si patient et parents acceptent les risques. 7 patients jamais opérés ont consulté à l’âge de 41 à 55 ans pour douleurs du coude présentent des lésions ostéo-articulaires importantes arthrosiques du au déséquilibre articulaire.

Conclusion : le cubitus varus est un échec du traitement (fracture non réduite surtout décalage ou épiphysiodèse post chirurgie). L’abstention pour des raisons fonctionnelles cautionnerait le résultat fonctionnel à long terme.

**C5. Ostéotomie 3C dans le traitement des pieds plats valgus sévères réductibles (PPVSR) idiopathiques chez l’adolescent . À propos de 34 pieds ( 21 patients).**

A. Djerbal ,Y.Akloul , S.Tebani , N.Sifi EHS Salim Zemirli

Objectifs : l’ostéotomie calcanéo-cuboïde-cunéiforme, ostéotomie extra-articulaire est le traitement idéal actuel du pied plat valgus sévère réductible idiopathique (PPVSR) de l’adolescent. La déformation du pied est corrigée tout en conservant la mobilité. résultats cliniques et radiologiques à court terme.

Matériels et méthodes : 34 pieds (21 patients) traités par ostéotomie 3C associant une ostéotomie de valgisation translation médiale du Calcanéus, une ostéotomie d’ouverture du Cuboïde et une ostéotomie de fermeture plantaire du premier Cunéiforme. Etude prospective de 2013 à 2017. tous les patients ont bénéficié d’un allongement du Tendon d’Achille (TA) et du Court Fibulaire (CF) selon la technique de Vulpus, capsulorraphie TN et transposition avec avancement du tibialis postérieur (TP). Les 34 pieds opérés par un seul chirurgien orthopédique qui maîtrise le procédé chirurgical. Les résultats cliniques et radiologiques en fin de croissance ont été analysés et comparés. Les garçons ont été considérés en fin de croissance des membres inférieurs après l’âge de 15 ans et les filles après l’âge de 13 ans. L’examen clinique, l’évaluation subjective de la qualité de vie, selon le score de KITAOKA (AOFAS). Les examens radiographiques pré et postopératoires comportaient des incidences en charge des 2 pieds de face et de profil pour évaluer 5 paramètres radiologiques : la divergence talo-calcanéenne(DTC), l’angle de couverture talo-naviculaire, l’angle talus-M1 ou angle de Méary, la pente du calcanéus (calcaneal pitch) et l’angle du talus avec l’horizontale (talus-sol).

Résultats : les résultats à court terme recul moyen 2 ans, de notre série sont bons et excellents tant sur le plan radiographique que fonctionnel . La disparition complète de la douleur, le creusement de l’arche médial, la correction du valgus de l’arriere pied, la disparition de la proéminence médiale et plantaire de la tête du talus et la facilité du chaussage témoignent de la fiabilité de ce procédé chirurgical.

Discussion : conceptualisé par Rathjen et Mubarak (JPO 1998) . Cette technique est décrite sous le nom d’ostéotomie 3C par les anglo-saxons : une ostéotomie de fermeture (soustraction à base médiale) associée à une translation médiale du Calcaneus, une ostéotomie de fermeture plantaire ou de pronation du Cunéiforme médial et une ostéotomie d'ouverture du Cuboïde pour restaurer l'alignement de l'avant-pied et du médio-pied . Cette intervention semble être le procédé de choix si le talus n’est pas en flexion plantaire excessive et si le naviculum n’est pas translaté en dehors. Nouvelle approche thérapeutique du PPVSR idiopathique, symptomatique de l’enfant et de l’adolescent, qui respecte la croissance et la mobilité articulaire du pied. Les ostéotomies extra-articulaires de correction associées à des gestes sur les parties molles sont le traitement de choix pour rétablir la morphologie et la biomécanique du pied et éviter une détérioration articulaire précoce.

Conclusion **:** dans un souci d’affinement, d’efficacité des gestes chirurgicaux et d’amélioration du résultat final tant sur le plan esthétique que fonctionnel, nous proposons une stratégie chirurgicale moins agressive sur des os immatures encore en croissance. Il est inutile de persévérer sur un traitement orthopédique conservateur, très astreignant, souvent inefficace dans notre contexte même dans les formes dites à réductibilité bonne.

**C6. Les tumeurs osseuses de l’enfant**

R.Mecifi,H.Ramdani,I.Fkhikher .

Introduction :les tumeurs osseuses malignes primitives (TOMP) les plus fréquentes en pédiatrie, sont : l’ostéosarcome, le sarcome d’Ewing et le chondrosarcome; touchent préférentiellement les enfants et les adolescents. Le pronostic vital et fonctionnel des TOMP ont été nettement améliorés grâce à l’association chimiothérapie néo-adjuvante et chirurgie conservatrice. L'évaluation radiologique de la maladie grâce à la tomographie par émission de Positons (TEP) au début du traitement permet la quantification de la réponse à la chimiothérapie (pourcentage de nécrose tumorale). Cette méthode non invasive, a considérablement amélioré la prise en charge de ces tumeurs. Le but de ce travail est de mettre au point la prise en charge des tumeurs osseuses de l'enfant allant du bilan initial jusqu'au suivi de la maladie.

Matériel et méthode : il s’agit d’une étude rétrospective sur deux ans (2015-2016) qui a porté sur 11 garçons (09 cas ostéosarcome et 02 cas Ewing) avec une moyenne d’âge de 11 ans. Nous avons opté pour le protocole OS 2006 traitement des ostéosarcomes et Ewing 99 traitement des Ewing. 03 enfants ont décédé (01 Ewing et 02 ostéosarcomes). 03 enfants avec ostéosarcomes ont développé une progression tumorale dans la première année post traitement et 05 enfants sont vivants (04 ostéosarcomes et 01 Ewing).

Discussion : l'examen clinique, les méthodes d’imagerie, la biopsie chirurgicale qui va permettre d’affirmer le diagnostic de la TOMP et le bilan d’extension restent des étapes élémentaires avant la chimiothérapie et la chirurgie. L'étude histologique sur la pièce de résection chirurgicale permet de connaître l’efficacité du traitement par chimiothérapie, mais celle-ci reste tardive.

Conclusion :il semble intéressant de développer l'imagerie non invasive dans le traitement des TOMP afin d'améliorer leurs pronostics.

**C7. Les spondylodiscites tuberculeuse. À propos de 20 cas au CHUTlemcen**

S. Benchouk1, 2, N. Chabni3, Y. Badla1.H. Brahimi1, N. Sour1, R. Taleb1, Barka1,  F. Bensaha1. S. Bendimerad1, F.Benmrah¹

Service des maladies infectieuses CHU Tlemcen, laboratoire Laamabemicrobiologie appliquée à l'agroalimentaire biomédical et l'environnement ,service d’épidémiologie et prévention CHU Tlemcen

Objectifs: analyser les aspects radio-cliniques, diagnostics,  thérapeutiques et évolutifs de la SPDT.

Introduction : la tuberculose  pose un problème de santé publique à l’échelle mondiale et nationale, car elle touche approximativement le 1/3 de la population mondiale. Elle est endémique dans notre région. La spondylodiscite tuberculeuse est la localisation la plus fréquente de la tuberculose ostéo-articulaire (40 à 50%) . C'est une forme grave par les complications neurologiques qui peuvent être importantes et définitives, mettant en jeu le pronostic fonctionnel.

Matériels et méthodes : étude rétrospective, ayant colligé 20 cas  (janvier 2014 – aout 2017) des  patients hospitalisés au service des malades infectieuses du CHU de Tlemcen. Le diagnostic  est retenu sur un faisceau d’arguments cliniques, bactériologiques, anatomo-pathologiques et surtout radiologiques (Radio Rachis, TDM et IRM).

Résultats :20 cas ont été colligés. Sex-ratio: 0.33. L’âge moyen : 42ans (18-66 ans). La durée moyenne d’évolution est de 07 mois (2-12 mois) , 35 % de nos malades consultent au-delà de 10 mois. La cicatrice vaccinale au BCG est présente chez  8 patients. Autres localisations TBC associées : PP (5 cas), GG (3 cas), miliaire + méningite + tuberculome cérébrale (1 cas).  La douleur rachidienne domine le tableau (75%), suivie par les signes d’imprégnations tuberculeuses : la fièvre (35%), sueurs (30%), anorexie (25%), amaigrissement (20%), 20% avaient une paraplégie et une limitation des mouvements (10%). les complications : à type de gibbosité dorsale (2 cas) et lombaire (1 cas) et un  déficit neurologique  (troubles sphinctériens (2 cas), syndrome de compression médullaire (2 cas), paraplégies (2 cas), paraparésies (2 cas), épidurite (2 cas). L’atteinte la plus fréquente est lombaire (60%). L’imagerie (radio, scanner et L’IRM) : ont objectivé des lésions ostéolytiques dans 65%, 60% d’ostéo-condensations, spondylodiscite associée à des abcès du psoas et des abcès para-vertébraux (35%-30%). 20% sont confirmés par la présence de BK et 30% par l’examen anatomo-pathologie. Le traitement de choix : RHZE avec une durée de 12 à 18 mois. Deux patients ont subit une décompression+laminectomie et un cas d’arthrodèse de la colonne dorsale.   L’évolution :  - Radiculalgies séquellaires (2 cas)  - Anémie hémolytique=>arrêt rifampicine, forme dissociée+streptomycine.

Conclusion : si la politique de vaccination et le traitement systématique  des primo infections ont permis de faire reculer la tuberculose pulmonaire. La TOA reste une préoccupation par sa présentation sournoise. Sa gravité  est liée aux complications neurologiques, d’où l’intérêt d’un  diagnostic précoce.

**C8. Le marché de l’ostéosynthèse en Algérie entre controle de qualité et législation**

C. Derdous CHU Batna. Université Batna 2 Mustafa Benboulaid Faculté de médecine

Les différents moyens d’ostéosynthèses en Algérie représentent un marché très couteux et ceci par l’utilisation quotidienne de ces implants en traumatologie. Leurs acquisitions par le secteur publique est lente et complexe.

Le but de cette conférence est :

- De montrer les caractéristiques biophysiques et biomécaniques des implants et la difficulté de les contrôler en Algérie et par conséquence la création d’un laboratoire d’analyse de la qualité.

- La lourdeur et la lenteur pour l’acquisition des « fournitures » (ostéosynthèses)

- la préparation du jeune spécialiste à la procédure du code des marchés publics

Rappelons que le nombre de fracture nécessitant une stabilisation par un matériel d’ostéosynthèse ne cesse d’augmenter devant d’une part les accidents de circulation ou on note 3639 décès durant l’année 2017, avec un nombre d’environ 36287 de blessés, d’autre part l’augmentation de l’espérance de vie et par conséquent l’augmentation des fractures chez les personnes âgés, l’accroissement des accidents de travail en relation avec l’industrialisation et le secteur du bâtiment et enfin les accidents sportifs.

Il existe plusieurs types de matériel d’ostéosynthèse s’adaptant aux différentes formes et sièges des fractures. Les implants nécessitent une qualité respectant : d’une part la rigidité, l’élasticité et la plasticité et d’autre part le matériau utilisé pour sa fabrication qui doit résister aux forces appliquées, à la corrosion et l’usure. L’acquisition du matériel d’ostéosynthèse par les hôpitaux doit répondre à la réglementation des marchés publics promulgués par décret présidentiel: n° 15-247 du 2 Dhou El Hidja 1436 correspondant au 16 septembre 2015 portant réglementation des marchés publics et des délégations de service public, dont l’application a débuté en Mars 2016, il comporte 220 articles. Chaque hôpital public prépare son cahier des charges, qui est fait en général dans la précipitation n’exigeant pas certains critères de contrôle de la qualité du matériel. Malgré la présence de compétence humaine de haut niveau dans notre pays, nous ne possédant pas de laboratoires de pointe pour le contrôle et l’analyse de ces produits, ce qui ouvert la porte à la contre façon dont les conséquences sont fâcheuses pour les patients.

**C9. Le traitement des ostéosarcomes non métastatiques : est ce que le shéma thérapeutique est toujours bien codifié notre éxpérience à EHS Salim Zemirli**

L.Nebchi , S.Saidi , F.Benkaci , I.Rais , H.Zekri , EHS Salim Zemirli

Bien que l’ostéosarcome soit la tumeur maligne primitive osseuse la plus fréquente, la grande diversité aussi bien clinique, radiologique, histologique qui le caractérise fait de chaque patient un cas particulier. Son pronostic a été radicalement amélioré grâce à l’introduction de la polychimiothérapie. Sa prise en charge, parfaitement codiﬁée, comporte une biopsie chirurgicale à visée diagnostique, une chimiothérapie d’induction, une exérèse chirurgicale suivie d’une chimiothérapie adjuvante et parfois une radiothérapie. Le traitement veille à la conservation de la fonction du membre atteint tout en assurant une exérèse carcinologique satisfaisante. Plus que la qualité propre de chaque discipline médicale impliquée dans sa prise en charge, c’est leur parfaite symbiose qui régit la qualité du résultat. L’ostéosarcome constitue ainsi un modèle de tumeur pour la prise en charge multidisciplinaire d’où l’intérêt d’une télémédecine pour les structures hospitalières qui ne possède pas de RCP.

**C10. Profil épidémiologique des métastases osseuses dans le cancer du sein dans la wilaya de Tlemcen**

L. Henaoui 1,2,3; S. Benbekhti1,2,3 ; K . Meguenni1,2,3

1 : Service Epidémiologie et Médecine Préventive CHU Tlemcen

2 : Unité Epidémiologie Clinique Faculté de Médecine Tlemcen

3 : Cancer LAB N° 30 Faculté de Médecine Tlemcen

Introduction :la métastase caractérise les tumeurs malignes et transforme une maladie locorégionale curable en une maladie généralisée, dont le pronostic vital est définitivement compromis. La métastase osseuse est la cause la plus fréquente des complications, elle se manifeste dans plus de 70% des cas des cancers du sein avancés.

Objectif : décrire le profil épidémiologique des métastases osseuses secondaire au cancer du sein.

Matériel et méthode : étude descriptive, prospective allant du mois de janvier 2011 jusqu’au mois de mars 2013.Toutes les patientes ont été identifiées à l’EHS, consultation de radiothérapie et dans le service de médecine nucléaire. La saisie des données est faite par le logiciel SPSS version 17.

Résultats : 320 cas de cancer du sein ont été colligés durant cette période, 31 patients avaient une métastase osseuse dont 26 était isolée, associée à une métastase hépatique chez 4 cas, et à une métastase pulmonaire chez un cas. Le rachis cervical a représenté la localisation la plus fréquente (41%) suivi par le gril costal (13%), le sternum (10%), la région sacro-iliaque (9%) et le fémur (9%).

Conclusion : les métastases osseuses sont fréquentes chez les patientes atteintes de cancer du sein. La surveillance est la base essentielle de leurs découvertes.

Mots-clés : Cancer du sein – Métastases osseuses – Surveillance

**C11.Le rôle du Parécoxib  dans la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire en traumatologie.**   
T.Yles ,H.malti ,H. Mefteh,M.Bensnane ,M.Belaidouni, H Benarbia .R,Benhaddouche,D.Benhaddouche ,N.BoudjellalCHU Tlemcen  
Résumé:la chirurgie en traumatologie est un véritable problème de santé  vu la fréquence élevée d’accident et d’incidents, c’ est

une chirurgie essentiellement fonctionnelle et douloureuse .La prise en charge de la douleur post opératoire(DPO) a fait l’objet de nombreux textes parmi lesquels  la conférence du consensus  sur :la prise en charge de la douleur post operatoire chez l’adulte et

l’enfant, par la société française d’anesthésie et réanimation  ( la SFAR)  depuis l’année  1997 ,actualisé en  2008 ,puis en 2014.  
l’objectif  principal de notre travail était d’évaluer le rôle du PARECOXIB dans la prise en charge de la DPO en OTR .  
Il  s’agit d’une étude ,prospective descriptive et transversale  sur une durée de 6mois(novembre 2017-Avril 2018)  réalisée au service d’OTR, portée sur 70 patients ,l’intensité de la douleur était  évaluée par l’échelle visuelle analogue( EVA ) durant les premières 48 heures.Le protocole analgésique au Parecoxib était efficace  pour la majorité des patients  inclus.  
 Mots -clé:  la douleur post operatoire ,analgésie post opératoire ,Parecoxib ,échelle visuelle analogue( EVA)

**C12. Dynamic  Ankle-foot orthosis**

K.Haddam Centre d'Orthopédie EL Habbak Tlemcen

Le DAFO permet un contact intime en enveloppant entièrement le pied par une couche en PP fixe et flexible au niveau de la partie supérieur et une plat forme comme semelle plus épaisse. Au moment de la prise du moule, le pied et la cheville doivent être corriger .Les différents axes du cou du pied doivent être perpendiculaire , la flexibilité de l'orthèse permet un bon déroulement de la marche .Le DAFO est indiqué comme traitement qui permet aux enfants avec un retard de développement neurologique de récupérer un équilibre posturale et de mieux contrôler la marche . Mécanique, un feed-back sensorio-moteur et proprioceptif beaucoup de communications soutiennent le rôle bénéfique du DAFO.

**ABSTRACTS**

**COMMUNICATIONS AFFICHEES**

**P1. Sarcomes des parties molles développés en territoire irradié. À propos d’un cas**

**A.**Bouchouicha , H. Abdali, R.Sellam, A.Abdi. HMRUO

Objectifs : les sarcomes développés en territoire irradié ont été décrits dès les années 1920, pour des patients traités pour des maladies bénignes, cette question concerne actuellement les patients traités par une radiothérapie pour des pathologies malignes.

Matériels et méthodes : les sarcomes des parties molles des membres développés en territoire irradié sont rares, mais de pronostic sombre puisque le taux de survie est de 10 à 35 % a 5 ans.

Résultats : les critères diagnostiques classiquement retenus par Cahan et al. sont au nombre de quatre : Aspect histologique différent à celui de la tumeur primitive. Récidive locale dans le même terrain irradié. Antécédents d'irradiation. Temps de latence de 05 ans.

Discussion : chez un patient traité pour une tumeur par une radiothérapie l'apparition d'une masse d'accroissement rapide de taille supérieur à 5 cm profonde et douloureuse est maligne jusqu'à preuve de contraire, ce qui rendent nécessaire la biopsie, à la recherche de dégénérescence,de récidive ou de second cancer.

Conclusion : un diagnostic précoce et un traitement moderne associant une chirurgie large, lorsqu’elle est possible, et une radiothérapie ou une chimiothérapie devraient permettre d’améliorer les résultats de la chirurgie de ces sarcomes secondaires et leur faire perdre leur réputation très péjorative.

**P2. La tuberculose claviculaire .À propos d’un cas**

**N.**Bentrad, A.Yahia , Labidi. CHU Annaba

Objectifs :inciter les praticiens en zone de prévalence de penser à la tuberculose devant toute ostéite.Recherche de bacils de Koch devant toute abcédation suspecte.

Matériels et méthodes : c'est une étude porté sur un cas de tuberculose claviculaire observé chez un adulte de28ans, incarcéré porté à la consultation pour la prise en charge d'une tuméfaction en regardde la clavicule gauche évoluant depuis un mois.Antécédents de tuberculose pulmonaire, notion d’immunodépression d'originemédicamenteuse (prise chronique de psychotropes).Clinique:une tuméfaction inflammatoire étalé sur le tiers externe de la clavicule douloureuse àla palpation de 8 cm de grand axe.Bilan para clinique: la radiologie:une lyse de tiers externe de la clavicule , l'échographie et le scanner:ostéolyse étendue sur 3cm de la clavicule associée à unecollection liquidienne des partie molles de (80,13,48cm) ,aspect évocateur d'une ostéite.L'intervention faite en urgence confirme la lyse osseuse avec un aspect nacré de la clavicule,la collection effondré contenant un liquide purulent épais et caséifiée.Un prélèvent destiné à la recherche de bacils de koch et la culture confirme le diagnostic.Le patient est orienté en pneumologie pour une chimiothérapie anti tuberculeuse.

Résultats : notre cas illustre parfaitement la forme classique de la tuberculose claviculaire.En effet c'est grâce aux antécédents pulmonaires , le bilan radiologique et le prélèvementbactériologique que l'origine tuberculeuse est confirmé.Les auteurs montrent également que le traitement est simple et se résume le plus souvent aune mise à plat,un curetage ou une séquestrectomie et des pansement humides. Ce traitementest mené conjointement à une chimiothérapie bien codifié.

Discussion **:** deux entités on était décrite dans la littérature :

1- l'ostéo arthrite de la sterno claviculaire:cliniquement se déroule en deux phases,

- la phase de début:principalement la douleurs irradiante

- la phase d'état:l'abcédation et les complications médiastinales.

2- l'ostéite tuberculeuse:

La contamination est d'origine sanguine,touchant au début la métaphyse , la forme spina ventosa dans les os long avec boursoufflure de toute la diaphyse ,infiltration etcaséification et puis séquestration.Cependant le diagnostic différentiel se fait avec:

- l’ostéomyélite ou l'ostéite à germe banale.

- les ostéo-arthrites à germes banales.

- les ostéites post fracturaires ou syphilitiques.

- les ostéosarcomes.

Conclusion :la rareté de la forme claviculaire de la tuberculose doit inciter tout praticien en zone de prévalence de penser a faire:

- un interrogatoire minutieux devant toute lésion suspecte

- faire une radio de la clavicule à la recherche d'une lacune ou une lyse évocatrice.

- un prélèvent destiné à la recherche de Bacills de Koch doit être systématique si aspect macroscopique suspecte.

- la chimiothérapie anti tuberculeuse doit couplée le geste chirurgical.C' est au prix d'un tel comportement clinique que l'on peut améliorer le pronostic de cette affectation par un traitement simple et bien codifié.

**P3. L’épisiotomie fait son apparition au 18 ème siècle.** Le taux d’épisiotomie en Algérie est estimé à environ 80% chez la primipare et à 31% chez la multipare . Ces taux ont tendance à diminuer ces dernières années du fait d’une reconsidération des indications et des bénéfices de l’épisiotomie.

Y.Hammoudi,M.Kefif ,R.Talhi ,M.Raiah ,N.Kazi tani ,A. Adnane

Service de biostatique et d'épidémiologie clinique , facultéde médecine Oran

Objectifs :décrire le profil épidémiologique des femmes subissant une (des) complication(s) de l’épisiotomie afin de pouvoir adopter une meilleure prise en charge thérapeutique et préventive.

Matériels et méthodes **:** il s’agit d’une étude descriptive réalisée au service de gynécologie obstétrique CHU Oran entre18 novembre et 26 février 2019 chez les femmes venant en consultation pour complicationd’épisiotomie .

Résultats :au total 59 femmes ont été enquêtées dont l’âge moyen était de 29±6.01 ans. 52,5% des femmes avaient un âge entre 20 et 30 ans. 52% étaient des primipares . 6,8% ont suivi lescours de préparation à l’accouchement. 66,1% des patientes avaient des infections au cours de la grossesse. 40,7% des patientes avaient comme complication une déchirure périnéale, 25,4% avaient un lâchage de sutures et 13,6% avaient des dyspareunies.

Discussion : selon les données de la littérature, la préparation a l'accouchement et le soutien continu des obstétriciens et des sage femmes pendant la grossesse et l'accouchement pourrait contribuer a la réduction du taux d'épisiotomies.

Conclusion : maîtriser la technique de dégagement mobile foetale, connaitre les techniques de sutures, prendre en compte les résultats des études cliniques et mettre a jour ses connaissances afind’améliorer la qualité, la sécurité des soins et la prise en charge de la santé des femmes.

**P4. Ostéotomie sous-capitale dans l’épiphysiolyse fémorale supérieure stable et sévère de l’adolescent – évaluation radiographique et clinique. À propos d’un cas**

A**.** Djerbal,Akloul yousria, S.Tebani, N.Sifi Ehs salim zemirli

Objectifs : les épiphysiolyses fémorales supérieures (EFS) stables et sévères sont responsables d’une limitation fonctionnelle de hanche, de lésions cartilagineuses, et de coxarthrose précoce. Ces complications sont dues à l’altération morphologique de la jonction tête–col par glissement inférieur et déplacement postérieur, induisant un effet-came antérieur. La place de l’ostéotomie sous-capitale est de restituer une anatomie normale.L'objectif est d'évaluer les résultats cliniques et radiographiques à court terme.

Matériels et méthodes : il s’agit d’un adolescent âgé de 14 ans, opéré en mai 2013, avec un recul de 6 ans. A bénéficiéd’une ostéotomie sous-capitale de raccourcissement pour EFS stable, sévère. Il présentait une limitation articulaire, une boiterie, un signe de Drehmann franc, et une bascule épiphysairepostérieure > 50°. avec un pont d'épiphysiodése inférieur à 50%. La technique utilisait un abord antéro-externe de hanche, sans luxation. L'analyse au dernier recul consistait en une évaluation clinique, fonctionnelle et de qualité de vie a été associée (scores de Postel-Merle d’Aubigné), et en une comparaison de critères morphologiques par rapport au côtécontrolatéral sain.Elle comprenait un protocole radiographique standard (face et profil de Lesquene) .

Résultats : les résultats au dernier recul montraient une correction de la bascule épiphysaire postérieure. Aucune lésion cartilagineuse, ou ostéonécrose n’a été retrouvée. Restitution morphologiquede la hanche. La fonction de hanche était nettement améliorée chez notre patient.

Discussion : l’ostéotomie sous-capitale est une technique efficace pour le traitement de l’épiphysiolyse fémorale supérieure stable et sévère de l’adolescent, mais qui demande une courbe d'apprentissage au chirurgien

Conclusion : l’ostéotomie sous-capitale permet une restitution de la congruence articulaire et une nette amélioration fonctionnelle.

**P5. Tumeur à Cellules Géantes du genou : évidement comblement par allogreffe osseuse. À propos d’un cas**

M.Ait saadi,

Objectifs : les tumeurs à cellules géantes sont des tumeurs bénignes à agressivité locale siégeant préférentiellement en zone métaphyso - épiphysaires des os longs (50% des cas touchent legenou). Leur traitement reste controverse en raison de taux important de récidives.

Matériels et méthodes : il s’agit d’un patient âgé de 19 ans qui présente une volumineuse tuméfaction du genou gauche évoluant depuis plus d’ 01 an. Le bilan paraclinique retrouve une ostéolyse complète de l’extrémité supérieure de tibiagauche. La biopsie était en faveur d’une tumeur à cellule géante du genou .Le traitement chirurgical a été effectué par évidement, comblement avec du ciment acrylique et ostéosynthèse par une plaque vissée. La patiente a été reprise 18 mois après pour comblement par allogreffe osseuse (tête fémorales)

Résultats : l’étude anatomopathologique confirme le diagnostic.Après un recul de 36 mois il n’y a pas eu de récidives.

Discussion : la TCG est une tumeur bénigne assez fréquente, caractérisée par les récidives et dont le diagnostic différentiel pose des pièges avec les autres lésions épiphysaires. Histologiquement la malignité peut s'exprimer d'une façon très variable.

On distingue 3 grades de TCG : le 1er et le 2ème grade correspondant aux formes bénignes alors le 3ème grade regroupe les formes malignes qui peuvent donner des métastases pulmonaires. Il est indispensable d’effectuer une biopsie, un bilan d’extension régional et locorégional avant le traitement définitif de la tumeur.Plusieurs méthodes thérapeutiques ont été proposées : traitement conservateur : curetage –comblement par une greffe osseuse permet la conservation de l’articulation avec un meilleur résultat.La résection - arthrodèse avec une reconstruction permet de traiter la tumeur en réduisant le risque de récidive au prix d’un résultat fonctionnel moins satisfaisant.Il est possible de reconstruire le genou par une prothèse mais exposent à desdescellements.

Conclusion : les tumeurs à cellules géantes sont des tumeurs bénignes à agressivité locale assezfréquente.Les formes malignes de TCG doivent être traitées de façon carcinologique. Le comblement parallogreffe réduit la durée opératoire et le séjour hospitalier. Fiabilité du comblement semble être la meilleure prévention de la récidive.La longueur de l’intégration de la greffe est liés à ses propriétés ostéoconductrice et nonostéoinductrice par rapport à l’autogreffe.

**P6. Le lambeau inguinal pédiculé de Mac Grégor**

N.Sifi Rouag, A.Djerbal EPH Béni Abbès

Objectifs : le lambeau de Mac Grégor est un lambeau inguinal pédiculé axial à distance. C’est un lambeau très fiable pour les grandes pertes de substance de la main (face dorsale ou palmaire), du poignet ou de l’avant-bras, jusqu’au coude. Centré sur un pédiculeartério veineux propre, dépendant d’un système vasculaire constant, pouvant être transféré aisément tout en laissant un préjudice esthétique acceptable, le lambeau de Mac Gregor reste le lambeau de choix dans l’arsenal thérapeutique de la chirurgie de la main en urgence. Au travers du cas d’un patient que nous avons pris en charge nous présentons les basesanatomiques ainsi que les différents temps opératoires avec leurs impératifs techniques permettant la réalisation sure et aisée de ce lambeau.

Matériels et méthodes : patient âgé de 39 ans, tourneur de profession, victime d’un accident de travail occasionnant un traumatisme ouvert de sa main gauche dont le bilan radio-clinique retrouve une amputation traumatique de D2 au niveau de l’articulation métacarpo-phalangienne avec section des tendons extenseurs de D2, D3, D4 et perte de substance cutanée largeintéressant la face dorsale de la main en zone 5 et 6 de Verdan. Nous réalisons un parage et une préparation du site receveur, d’abord par un complément d’amputation à la base du 2e métacarpien selon le procédé de Chase de manière à réaliser l’indexalisation du médius et permettre une meilleure prise pollicidigitale, puis par la réparation des structures tendineuseslésées. Après repérage de l’émergence de l’artère circonflexe iliaque superficielle par palpation de l’artère fémorale commune à 2,5cm en dessous du ligament inguinal, nous procédons au tracé du lambeau dont l’axe joint l’émergence de l’artère circonflexe iliaque superficielle à l’EIAS et dont la longueur a été portée dans notre cas à 20 cm sur 12 cm de largeur. Nous entamons la levée du lambeau de dehors en dedans en emportant tout le tissu sous-cutané et en restant suprafascial. Par contre aux abords du sartorius nous veillons à prendre le fascia dans le lambeau afin de sécuriser la levée et ne pas léser le paquet artérioveineux. Nous procédons ensuite à la fermeture du site donneur avant de réaliser la tubulisation du pédicule. Dans notre cas nous n’avons pas eu besoin de réaliser un dégraissage de la partie distale du lambeau. Nous amenons ensuite la main au niveau de la région inguinale et adaptons le lambeau à la perte de substance avant la fixation de ce dernier sur le site receveur en commençant par le point d’angle. Pansement gras et immobilisation coude au corps, main séparée de l’abdomen, sont de règle. Le sevrage est effectué à 21J post-opératoire.

Résultats : dans les suites opératoires notre patient n’a pas nécessité de geste complémentaire dedégraissage et aucune complication infectieuse ou cutanée ne fut notée. Il a repris son activité professionnelle au 2e mois post-opératoire en étant satisfait des résultats fonctionnelset esthétiques de sa main.

Discussion : le lambeau de Mac Gregor offre l’avantage d’une surface de recouvrement plus grande que celle des lambeaux régionaux de l’avant-bras. S’agissant d’un lambeau à distance, il ne sacrifie pas d’axe vasculaire majeur comme c’est le cas avec le lambeau chinois. Il ne serétracte pas ou peu, pouvant indifféremment recouvrir une perte de substance dorsale ou palmaire. Il peut être trois fois plus long que large ce qui autorise un long pédicule et permet une rééducation précoce et active du poignet et de la main. Fiable, facile à réaliser, aux séquelles esthétiques peu visibles au niveau du site de prélèvement il permet d’apporter une solution efficace et pratique à de grandes problématiques de recouvrement cutané. Son seul inconvénient notable est la nécessité de plusieurs temps opératoires : sevrage, puisdégraissage(s), souvent obligatoire(s) chez les patients ayant un pannicule adipeux important.

Conclusion :le lambeau inguinal de Mac Gregor est une autoplastie au prélèvement et à la pose simples, fiable sur le plan vasculaire autorisant la levée d’un lambeau de grande taille, reproductible, de réalisation rapide et nécessitant un plateau technique standard à la portée de tous leschirurgiens. Il est indiqué dans la couverture des grandes pertes de substances à la main, au poignet et à l’avant-bras, constituant un lambeau de choix dans l’arsenal thérapeutique en urgence. Tout chirurgien orthopédiste doit être en mesure de le réaliser

**P7. Gammapathies monoclonales: profil clinico-immunologique.**

H.Ramdani, H.Bouali,Y.Youcef, Service d'immunologie EHU Oran

Objectifs : les gammapathies monoclonales (GM) sont la conséquence de la prolifération excessive et incontrôlée d’un clone de cellules B et qui peut être bénigne ou maligne. Elles sont associées àdiverses pathologies incluant le myélome multiple (MM), la macroglobulinémie deWaldenström (MW), l’amylose AL et les gammapathies monoclonales de signification indéterminée (MGUS) qui diffèrent sur le plan clinique et biologique. L’objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques biologiques et cliniques des cas de GM dont le diagnostic et le suivie immunologique sont fait au niveau de notre service.

Matériels et méthodes : il s’agit d’une étude rétrospective descriptive portant sur 494 malades ayant une GM et qui ont bénéficié d’une électrophorèse des protéines sériques, d’immunofixation sériques et desdosages de chaines légère libre dans un but de diagnostic et de suivi. La recherche de protéinurie de Bence jones a été effectuée chez certains patients ayant des composants monoclonaux importants ou qui présentaient des atteintes rénales.

Résultats : 494 cas de GM ont été identifiés. Il s'agissait de 277 hommes et 217 femmes. L'âge médian des patients était de 60 ans. La répartition des isotypes était la suivante: IgG 60,32% (298cas), IgA 15,9% (79), IgM 9,1% (45) et 1,01 % (5 cas) de gammapathies biclonales. 66 casde chaînes légères monoclonales isolées (13,36%) ont été identifiés. Le taux du composantmonoclonal médian était 12,2%.

Discussion : les GM prédominent chez les sujets âgés, comme en témoigne l’âge médian de nos patients (60 ans). La fréquence des MGUS dans la population générale est estimée à 3,4 % chez les plus de 50 ans et augmente avec l’âge allant de 1,7 % entre 50 et 59 ans à 6,6 % au-delà de80 ans. Dans notre série les patients diagnostiqués d’avoir une MGUS ne représente que 4%bien que notre service a pu mettre en évidence une GM de découverte fortuite lors de lapratique de l’EPS chez 196 patients mais la majorité de ces derniers sont perdus de vue et nerevenaient plus pour le contrôle de leurs GM, ceci est peut-être du au fait qu’ils n’étaient pas orientés vers un médecin hématologue pour classer leurs GM. Les résultats de la répartitiondes isotypes des GM dans notre série avec la prédominance de l’isotype IgG sont concordantsavec d’autres études. La complication la plus fréquente dans notre série est la douleurosseuse avec une fréquence de 6,88% vient après l’insuffisance rénale (4,25%) cetterépartition de prédominance de complications est comparable avec d’autres séries.

Conclusion : le diagnostic des GM reposent sur des critères cliniques et biologiques. La détection d’immunoglobuline monoclonale et le dosage des chaines légères libres servent debiomarqueurs de la prolifération tumorale, et ils ont un intérêt dans la classification, le suivi et le pronostic des GM.

**P8. Etude de la ségrégation méiotique des gamètes d’hommes atteints d’oligoAsthénoTératozoospermie par la Fluorescent in situ Hybridization**

O.liamani , L.Labga, S.Moulessehoul, I.Benzeguir

Université Djillali Liabès, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie Département de Biologie Sidi Bel Abbes

Objectifs : l’exploration de l’infertilité masculine reste avant tout basée sur l’analyse classique des paramètres du sperme. Néanmoins, d’autres techniques visant à évaluer l’équipementchromosomique, viennent aujourd’hui la compléter.

Matériels et méthodes : notre travail consiste à étudier, par la technique FISH (Fluorescent in situ Hybridization) pour les chromosomes 13, 18, 21, X et Y, l’analyse du taux d’aneuploïdie des gamètes de 12hommes infertiles qui ont été soumis à un examen spermatique.

Résultats : l’analyse du taux d’aneuploïdie dans les spermatozoïdes montre un taux moyen de 11.78% et qui est significativement plus élevé par rapport au groupe témoin.

Discussion : nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature.

Conclusion : en conclusion, la FISH peut être considéré comme un test supplémentaire pour l’explorationde l’infertilité masculine en plus de l'analyse spermatique, jouant ainsi un rôle important pendant le diagnostic et le traitement appropriés de l'infertilité. Comme l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) pour les patients atteints d'OAT, est fréquemment utilisée, il est important d'informer les patients s'ils pourraient avoir un risque accru d'aneuploidies chez les embryons.

**P9. Analyse du taux de fragmentation de l’ADN spermatique chez 12 hommes atteintsd’OligoAsthénoTératozoospermie par la Terminal Uridine Nick-end Labeling**

**O.** liamani,L.Labga , S.Moulessehoul, I.Benzeguir .

Université Djillali Liabès, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie Département de Biologie Sidi Bel Abbes

Objectifs : analyser le taux de fragmentation de l'ADN spermatiques des hommes infertiles par latechnique TUNEL.

Matériels et méthodes : la technique utilisé dans notre étude est la technique la Terminal Uridine Nick-end Labeling,nous avons choisis 12 patients qui avaient une OAT,

Résultats : le taux de fragmentation de l’ADN spermatique est compris entre 3,9% et 16,1% avec unevaleur moyenne de 10,53% et qui reste significativement supérieur à celui du groupe témoin.

Discussion : nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature.

Conclusion : en conclusion, le TUNEL peut être considéré comme un examen supplémentaire pour l'évaluation des spermatozoïdes à côté de l'analyse classique du sperme, elle permet un conseil génétique plus personnalisé et oriente vers la meilleure solution parmi les possibilités qui s’offrent au couple.

**P10. Indication de l’allogreffe osseuse dans le traitement d’un ostéochondrome du radius. Àpropos d’un cas**

M. Ait saadi, A.Mazari ,M.Hamidani CHU Blida

Objectifs : les chondromes, sont des tumeurs bénignes fréquentes, dérivées des tissus chondroformateur., souvent unique, peuvent être multiples (maladie d’OLLIER, syndrome deMAFFUCCI).

Matériels et méthodes : il s’agit d’un jeune patient âgé de 22 ans qui consulte pour des douleurs associée à une tuméfaction au niveau de la face externe de l’avant-bras, évoluant depuis plus d’une année. La radiographie standard : images métaphyso- diaphysaire a contours géographiques plurilobulés avec franche démarcation entre zone lytique et os sain, ne franchit pas la corticale. La tomodensitométrie : image lacunaire centro médullaire étendu depuis le 1/3 supérieur au1/3 distal da la diaphyse radial mesurant 13.82 cm de longueur sans effraction de la corticale.Le patient a bénéficié d’une biopsie suivie d’un évidement comblement par allogreffe osseuse(têtes fémorales).

Résultats : étude anatomie pathologique : confirme le diagnostic de l’ostéochondrome.Après, 48 mois on ne note pas de récidive.

Discussion : les chondromes sont des lésions d’origine cartilagineuse correspondant à une prolifération decartilage hyalin mature dans les régions métaphysaires des os à ossification enchondrale.Le diagnostic est radio-clinique mais l’histologie doit le confirmer.Le risque de dégénérescence maligne impose le traitement chirurgical.

Le comblement de cavités après curetage par l’allogreffe osseuses reste une bonne indication dans les tumeurs bénignes en particulier les chondromes. La longueur de l’intégration de la greffe est liée à ses propriétés ostéoconductrice et non ostéoinductrice par rapport à l’autogreffe.

Conclusion : le comblement par allogreffe réduit la durée opératoire et le séjour hospitalier, avec absencede morbidité des sites donneurs (crête). Fiabilité du comblement semble être la meilleure prévention de la récidive.

**P11. TCG des parties molles : le pied, une localisation très rare. Àpropos d’un cas**

A.Mazari , M. ait saadi, N.alimouche, M. Hamidani CHU Blida

Objectifs : ne pas confondre une TCG des parties molles avec un kyste synovial (examiner toute cytoponction d'un kyste synovial a la recherche d'hemosiderine).

Matériels et méthodes : patiente âgée de 32 ans consultant pour masse indolore entourant le troisième orteil augmentant brusquement de volume. Elle bénéficiera d'une biopsie puis d'une résectionmarginale.

Résultats :anatomo-pathologie : TCG des gaines tendineuses avec présence d'hemosiderine . Absence de récidive après un recul de 12 mois

Discussion : jusqu'où peut on pousser la prescription de l'IRM pour les masses digitales ? Pourrait on se contenter d'une cytoponction affirmant ou pas la présence d'hemosiderine ?

Conclusion :toute tuméfaction indolore des doigts ou des orteils doit faire penser a une TCG quelle quesoit son volume.

**P12. Récidive d'une synovite villon nodulaire de l'epaule. Àpropos d’un cas**

A. Mazari,M. ait saadi, N.alimouche,M.Hamidani CHU Blida

Objectifs : la distinction des formes localisées et diffuses est cruciale d'un point de vue thérapeutique vu le pronostic favorable des formes localisées après traitement chirurgical seul.

Matériels et méthodes : femme âgée de 35 ans consultant pour récidive d'une masse de l'epaule non douleureuse ne limitant pas l'amplitude articulaire.

Résultats : anatomo-pathologie: récidive de la SVN avec faible indexé mitotique et présenced'hemosiderine

Discussion : ou on est-on deu contrôle de la récidive ?

Conclusion : l'utilisation de molécules ciblant la prolifération cellulaire pourraient changer le pronostic dansle futur.

**P13. Liposarcome de la cuisse**

A.Mazari,M.Ait saadi,N.Alimouche,M.Hamidani CHU Blida

Objectifs : le risque essentiel est de méconnaître initialement le diagnostic aboutissant à des gestes inadaptés pouvant compromettre le traitement conservateur ultérieure.

Matériels et méthodes : patient âgé de 56 ans consultant pour masse indolore de la cuisse évolutive avec brusque augmentation de volume. Il bénéficiera d'une biopsie puis d'une résection large en bloc emportant la cicatrice de biopsie.

Résultats : anatomo-pathologie: liposarcome.

Discussion : si l'association chirurgie large-radiootherapie fait l'unanimité dans les sarcomes des membresqu'en ait-il de la chimiothérapie ?

Conclusion **:** toute tumeur dont la taille est supérieure à 5cm est un sarcome des tissus mous jusqu'àpreuve du contraire.

**P14. Tumeur glomique typique. Àpropos d’un cas**

A.Mokrane, D.A Midas , Service Orthopédie-Traumatologie CHU Sidi Bel Abbes

Objectifs : tumeur rare mais de siège fréquent au niveau des extremités .Clinique souvent trés evocatrice.Le traitement est chirurgical.

Matériels et méthodes **:** radiographie standard IRM.

Résultats : après un traitement chirurgical par biopsie exérèse la guerison est complete , pas de symptomatologie après 8 mois

Discussion : Conclusion : les tumeurs glomiques sont des tumeurs benignes intéréssant le glomus neurovasculaire de siège souvent les éxtremités (doigts et orteils). Le diagnostic positif repose sur un cortege de signes : cliniques, radiologiques mais celui decertitude est histologique.Le traitement est chirurgical par biopsie exerese. La recidive n'est pas rare.

**P15. Myxome intramusculare de la fesse. Àpropos d’un cas**

A.Mokrane,D.A Midas,S.Mehali , Service Orthopedie-Traumatologie CHU Sidi Bel Abbes

Objectifs : connaitre les sièges habituels, l'aspect radiologique, connaitre le diagnostic differentiel.

Matériels et méthodes : nous rapportons le cas d'une patiente agée de 83 ans qui depuis 2ans consulte pour une tuméfaction de la fesse gauche avec des tableaux infectieux , prise pour abcès de fesse puis kyste hydatique après IRM et sérologie.

Résultats : l'exérese chirurgicale a été indiqué et le résultat été en faveur d'un myxome intramusculaireau dépens du muscle grand fessier le controle radiologique après 6mois été très bon avec absence de récidive.

Discussion : la tumeur myxoide ou le myxome intramusculaire reste une tumeur rare devant etre connue et évoqué devant toute tuméfaction intramusculairele, cas de notre patiente a été pris a 2 reprises pour un abcès de fesse et meme ponctionné en ambulatoire. Lors de la premiere consultation a notre niveau et avec la sérologie hydatique positive meme si l'aspect IRM n'était pas celui habituel d'un kyste hydatique nos précautions ont été prises lors du geste d'exérese.Seule l'examen histologique nous a permis de récuser ce diagnotic et poser celui d'un myxomeintramusculaire.

Conclusion : tumeur myxoïde très rare qui doit être connue. Elle est parfois confondue avec un liposarcome myxoïde, un myxofibrosarcome de bas grade ou un sarcome fibromyxoïde de bas grade. Elle est bénigne, ne récidive pas après simple énucléation. Age moyen : 50 ans, pratiquement jamais avant 15 ans. Siège : Tumeur profonde se développant dans les muscles principalement de la cuisse, l'épaule, la fesse et le bras.Taille moyenne : 6 cm (rarement plus de 10 cm). Evolution très lente. Quelques cas sont multiples et alors généralement associés à unedysplasie fibreuse le plus souvent monostotique située dans la même région que les myxomes.Evolution : lésion bénigne qui ne récidive pas.

**P16. Neurofibrome de la région axillaire. Àpropos d’un cas**

NEH.Chergui; A.Belaidi.A.M.Lazar,EHS Salim Zemirli ELHarrach

Objectifs : interet de faire le diagnostic précoce de ces tumeurs nerveuses bénignes et de réaliser la resection avant qu'elles deviennent volumineuses et inextipables qui peuvent donner des troubles nerveux.

Matériels et méthodes : nous rapportons le cas d'un patient de 30ans qui a présenté une petite tuméfaction de la région axillaire gauche apparue il y a 10 mois qui a augmenté rapidement de volume .Il n'apas d'antécédents particuliers, notamment néoplasique. A l'examen clinique, on a observé une volumineuse masse au niveau de la région axillaire mesurant 15/10 centimètres de grandaxe.Superficielle , adhérente au plan profond et non mobile sans troubles vasculo-nerveux.Aucune autre masse n'a été décelée ailleurs et les aires ganglionnaires sont libres. Les radiographies standards de l’épaule (face et profil) ont montré l'ombre de l'opacité de la tumeur sans lésions osseuses associées. L'IRM a montré une masse tissulaire respectant les structures musculaires et osseuses en regard. Sténose extrinsèque de la veine axillaire.La biopsie a été en faveur d'un neurofibrome.Une exérèse chirurgicale a été effectuée.

Résultats : les résultats anatomopathologiques ont révélé une formation tumorale bénigne évoquant un neurofibrome.Aprés un recul de 12 mois aucune récidive n'a été notée.

Discussion : entre 60 et 90% des neurofibromes (toutes formes confondues), surviennent chez des patients indemnes de neurofibromatoses type 1 (ou maladie de Von Recklinghausen). Plusieurs formes de neurofibrome existent: - le neurofibrome localisé solitaire représente 90% de ces formes et dans la majorité des cas n'est pas associé à une NF1.Ces tumeurs sont de taille variable pouvant si on les laisse évoluer, devenir monstrueuses/ces tuméfactions peuvent siéger sur n'importe quel trajet nerveux. La symptomatologie fonctionnelle est variable proportionnelle au volume de la tumeur.Souvent absente, ailleurs marquée par des douleurs et des signes distaux à type de paresthésies ou de signes déficitaires qui prennent souvent l'aspect d'une névralgie. L'imagerie en résonance magnétique est l'examen de choix pour le diagnostic des tumeurs des nerfs périphériques.Les neurofibromes sont classiquement considérés comme des tumeurs inextirpables. L'idéal serait de procéder à l'exérèse complète de la tumeur, sans dégât nerveux.

Conclusion :il est bien impératif d'enlever tout neurofibrome suspect de malignité, alors que les lésionsbénignes ne doivent être opérées que s'ils sont gênants.

**P17. Les synovites villonodulaires du genouPrise en charge et résultats . À propos de 20 cas**

NEH.Chergui; A.Belaidi. A.M.Lazar, EHS Salim Zemirli ELHarrach

Objectifs : l'interet de faire le diagnostic precoce devant une douleur et tumefaction du genou par larealisation d'une IRM qui recherchera le depot d'hemosiderinela resection de la synoviale doit etre la plus totale.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de traumato-orthopédie de l'hôpitalcentral de l’Armée Mohamed Seguir Nekkache portant sur une série de 20 cas de SVN dugenou. Ce travail s'est basé sur les données des dossiers médicaux des patients et l'analysed'une fiche d'exploitation (données anamnestiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques etévolutives).

Resultats : L'âge des patients est entre 20 et 45 ans, Les patients se répartissaient en15 hommes et 5femmes Le coté droit était atteint dans11 cas (55%) contre 9 cas pour le coté gauche, Dansnotre série, le délai moyen avant la consultation était de 15 mois, le tableau clinique étaitvarié : la douleur et la tuméfaction étaient présentes dans 80% des cas, d'installationchronique. A l'examen clinique, l'épanchement articulaire a été présent dans 65% des cas, lalimitation de la mobilité dans 6 cas tous nos patients ont réalisés une l'IRMLa synovectomie était le traitement envisagé chez tous les patients. On a déploré 3 récidivescompliquant 3 formes diffuses,

Discussion : La synovite villo-nodulaire, pathologie rare ,touche le plus souvent des adultes jeunes. Deuxthéories sont avancées pour son éthiopathogénie : une tumeur bénigne de la synoviale,d’origine histiocytaire ou fibroblastique, à potentiel de récidive locale élevé; un processusinflammatoire réactionnel à un agent inconnuLa sémiologie, dans les formes diffuses et mixtes, est faite de douleurs et d’épanchements.Les formes tumorales ont une symptomatologie mécanique souvent trompeuse, et conduisent au diagnostic de lésion méniscale, L’IRM réalise une carto¬graphie très précise des lésions. Le signe le plus caractéristique est la présence de dépôts d’hémosidérine. Les formes diffuses ont un risque de récidive qui varie de 8 à 50 % selon les séries.. Une synovectomie aussi complète que possible est le seul facteur qui en diminue le risque de façon significative.

Conclusion : la SVN est donc une maladie rare du jeune adulte à laquelle il faut penser devant un patient avec des douleurs et une tuméfaction articulaire persistante sans autre explication. Le délai diagnostique reste toutefois important et une meilleure connaissance de la maladie pourrait permettre de le raccourcir. Le traitement reste difficile, surtout en cas de forme diffuse, notamment en raison d’une évolution récidivante. Des avancées récentes dans la compréhension du mécanisme physiopathologique et l’utilisation de molécules ciblant la prolifération céllulaire pourraient toutefois changer le pronostic dans le futur.

**P18. Sarcome d' ewing adamantinoma like de racine la cuisse. Àpropos d’un cas**

M.H.labassi, A.Cherfi, L.Hamdi, M.Rahem, I.GhadI, K..Amimoussa,A.Belhanafi, MK..Larbaoui.

Service orthopédie A , hopital central de l’armée, kouba,Alger

Objectifs : l' objectif principal est d’abord de poser le diagnostic anatomo-pathologique exact afin d'entamer rapidement les différentes étapes du traitement.

Matériels et méthodes : il s’ agit d' un jeune homme agé de 28 ans qui a été opéré pour une formation tumorale de laface latérale de la cuisse gauche et dont l' examen anatomo-pathologique conclue à une métastase d 'un adénocarcinome, mais dont le bilan d' extension loco-régional est revenu négatif.

Résultats : devant ce tableau clinique contradictoire, une deuxième biopsie a été pratiquée. Aprés des coloration immunologiques et cyto-chimiques qui revient en faveur d' un sarcome d’ Ewing Grade 3 et dont l' aspect histologique et immunohistochimique sont en faveur d un sarcomed’ Ewing adamantinoma like.

Discussion : devant ce type anatomo-pathologique rare la démarche thérapeutique a complètement changé puisque cette tumeur est très chimio-sensible et donne de meilleurs résultats si lediagnostic était fait précocement.

Conclusion : la prise en charge des tumeurs de la racine de la cuisse reste un problème thérapeutique redoutable d’ autant plus difficile à opérer si la tumeur est infiltrante et volumineuse et même la désarticulation comme dans notre cas est loin d' être carcinologique.

**P19. Les Tumeurs osseuses de l’enfant**

R.Mecifi , H.Ramdani,I.Fkhikher, Centre de lutte contre le cancer de Tlemcen

Objectifs : les tumeurs osseuses malignes primitives (TOMP) les plus fréquentes en pédiatrie, sont : l’ostéosarcome, le sarcome d’Ewing et le chondrosarcome; touchent préférentiellement les enfants et les adolescents. Le pronostic vital et fonctionnel des TOMP ont été nettement améliorés grâce à l’association chimiothérapie néo-adjuvante et chirurgie conservatrice. L'évaluation radiologique de la maladie grâce à la tomographie par émission de Positons (TEP) au début du traitement permet la quantification de la réponse à la chimiothérapie (pourcentage de nécrose tumorale). Cette méthode non invasive, a considérablement amélioré la prise en charge de ces tumeurs. Le but de ce travail est de mettre au point laprise en charge des tumeurs osseuses de l'enfant allant du bilan initial jusqu'au suivi de lamaladie.

Matériels et méthodes : il s’agit d’une étude rétrospective sur deux ans (2015-2016) qui a porté sur 11 garçons (09cas ostéosarcome et 02 cas Ewing) avec une moyenne d’âge de 11 ans. Nous avons opté pour le protocole OS 2006 traitement des ostéosarcomes et Ewing 99 traitement des Ewing.

Résultats : 03 enfants ont décédé (01 Ewing et 02 ostéosarcomes). 03 enfants avec ostéosarcomes ont développé une progression tumorale dans la première année post traitement, et 05 enfantssont vivants (04 ostéosarcomes/ 01 Ewing).

Discussion : l'examen clinique, les méthodes d’imagerie, la biopsie chirurgicale qui va permettre d’affirmer le diagnostic de la TOMP et le bilan d’extension restent des étapes élémentaires avant lachimiothérapie et la chirurgie. L'étude histologique sur la pièce de résection chirurgicale permet de connaître l’efficacité du traitement de chimiothérapie, mais reste tardif.

Conclusion : il semble intéressant de développer l'imagerie non invasive dans le traitement des TOMP afin d'améliorer leurs pronostics.

**P20. L'ostéosarcome secondaire à un rétinoblastome : intérêt de la génétique**

R.Mecifi, I.Fkhikher, H.Ramdani , Centre de lutte contre le cancer de Tlemcen

Objectifs : un certain nombre de syndromes de prédisposition génétique peuvent être associés à lasurvenue de tumeur osseuse. Chez les enfants présentant un rétinoblastome héréditaire, l’ostéosarcome est la plus fréquente des secondes tumeurs. Il peut s’agir d’ostéosarcomeradio-induit mais également de tumeur survenant indépendamment du traitement. Le but de notre travail est de montrer la place de la génétique en oncologie pédiatrique.

Matériels et méthodes : nous rapportons les cas de deux enfants traités par chimiothérapie complémentaire d’un rétinoblastome dans leurs bas âges sans radio thérapie. Les deux enfants ont développé un ostéosarcome comme cancer secondaire après plus de huit ans de rémission.

Résultats : les deux enfants décèdent dans un cadre de complication du traitement secondaire

Discussion : bien qu'il soit impossible de déterminer l'origine exacte d'ostéosarcome osseux, plusieurs facteurs de risque peuvent influencer sa survenue: le sexe, la vitesse de croissance des os mais aussi le terrain génétique et certains gènes de prédisposition majeure telle que le gène RB dont les mutations sont associées à la fois au développement du rétinoblastome et ostéosarcome secondaire.

Conclusion : de ce fait l'analyse génétique chez cette catégorie de patient est un élément essentiel dans la prise en charge du patient.

**P21. Principes du traitement chirurgical des tumeurs osseuses malignes primitives : revue de la littérature**

M.H.labassi, A.Cherfi, L.Hamdi, M.Rahem, I.Ghadi, K.Amimoussa,A.Belhanafi, MK..Larbaoui.

Service orthopedie A , hopital central de l’armée, kouba,Alger

Objectifs : le traitement des tumeurs osseuses malignes primitives, ne peut s’envisager que dans des structures spécialisées pluridisciplinaires regroupant des anatomopathologistes, des chirurgiens orthopédistes, des oncologues, des radiologues et des radiothérapeutes, tous habitués au diagnostic et au traitement de ces tumeurs.

Matériels et méthodes : en cas de suspicion de tumeur maligne, le patient doit être pris en charge dans ce type de structure dès la biopsie, qui doit être réalisée avant de démarrer le traitement, elle fait partiedu traitement et doit être effectuée par un chirurgien expérimenté . En effet, une biopsie faite de façon inadéquate peut compromettre le pronostic fonctionnel, voire le pronostic vital, dupatient.

Résultats : dans la majorité des publications, les résultats sont évalués à l’aide du score de la MusculoSqueletal Tumor Society (score MTS) qui évalue de 0 à 5 la douleur, la fonction, l’acceptation, l’utilisation d’une canne, la marche. Le TESS score de qualité de vie est aussi largement utilisé.

Discussion : les taux de complication des résections-reconstructions en chirurgie tumorale sont quatre fois plus élevés que celui des amputations et dix à vingt fois plus élevés que ceux observés enchirurgie prothétique pour arthrose .

Conclusion : le traitement chirurgical reste le pilier du traitement des tumeurs osseuses, il s’intègre cependant dans une stratégie multidisciplinaire associant anatomopathologistes, chirurgiens,oncologues et radiologues. La biopsie fait partie intégrante du traitement. Le traitement des tumeurs malignes primitives osseuses ne peut s’envisager que dans des centres spécialisés.

**P22. Sarcomes de la paroi thoracique : généralités et traitement**

A.Nekhla,H.Hambli, M.Hedjem, T.Ouamara, A.Taleb, K.Benhacine,A.Boudjemaa.

Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire CHU de Tizi Ouzou

Objectifs : l’objectif de ce travail est de montrer les différents aspects de ces tumeurs, leur approche diagnostique et thérapeutique, et ceci à la lumière de notre éxpérience et de la revue de lalittérature.

Matériels et méthodes : de janvier 2013 à janvier 2019, 29 patients présentant une tumeur type sarcome touchant laparoi thoracique ont été pris en charge dans notre service, dont 18 sont de sexe féminin.L'âge moyen est de 46 ans.Tous les patients avaient un diagnostic histologique pré-opératoire par biopsie.03 types de lambeaux musculo-cutanés , ont été utilisés notamment le grand pectoral, legrand dorsal et le grand droit.

Résultats : 03 patients ont récidivé: 01 sarcome d'Ewing, 01 ostéoarcome et 01 tumeur phyllode du sein ayant envahit les côtes et le sternum ayant abouti au décès des 03 patients à distanfce .01 patient opéré pour un fibrosarcome de toute la partie antérieure du thorax, est décédé à J15 par troubles du rythme.05 patients ont été perdus de vue.

Discussion : les sarcomes de la paroi thoracique représentent un véritable challenge pour tout chirurgien thoracique, car, non seulement elles posent le problème impératif de la résection large, mais posent le problème surtout du recouvrement de la perte de substance, qui peut être conséquente, mettant en jeu le pronostic vital. Le traitement de ces tumeurs repose en fait sur quatre principes :

- La chirurgie est le seul traitement curatif de la maladie et de la douleur.

- Le bilan pré opératoire doit définir les patients pouvant relever d’une chirurgie.

- Les progrès réalisés en réanimation et dans les matériaux de substitution ont repoussé les limites de résection.

- Enfin, le résultat final relève plus d’un travail multidisciplinaire que des prouesses techniques d’un seul opérateur.

Sur le plan étiologique, ces tumeurs représentent un ensemble hétérogène : tumeursprimitives , métastases, ou extension par contiguïté.

Conclusion : les sarcomes de la paroi thoracique sont rares, et tout retard au diagnostic peut aboutir à des situations catastrophiques à cause de l'étendue de la résection nécessaire.

**P23.** L**a synovite villonodulaire de la cheville, une localisation rare . À propos d'une observation.**

A.Belaidi,Chergui N H, Lazar M A ( HCA) Alger Service orthopedie H C A kouba Alger

Objectifs : l'objectif de cette étude est de rapporter les particularités épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de la synovite villonodulaire localisée au niveau de la cheville.

Matériels et méthodes : il s'agit d'un jeune de 32 ans aux antécédents d'entorse à répétition de de la cheville, qui présentait des douleurs mécaniques invalidantes de sa cheville droite d'installation progressive, évoluant depuis 9 mois, rebelles au traitement antalgique, et une tuméfaction rétro malléolaire externe qui augmentait progressivement de volume. L'examen clinique retrouvait une masse de consistance ferme, mesurant 4 cm sur 3 cm, peu mobile à lapalpation et sans signes inflammatoires en regard. L' examen vasculo-nerveux était sans particularité. La radiographie conventionnelle de la cheville droite de face et de profil étaient normales en dehors d'une augmentation de la densité des parties molles. L’échographie révélait une formation hypoéchogène. L'imagerie par résonance magnétique(IRM) montrait la présence d'une masse hétérogène intra -articulaire sous talienne envahissant la gouttière postérolatérale de la cheville droite.Une biopsie chirurgicale a été réalisée, et l'étude anatomo-pathologique confirmait le diagnostique de SVN. Le patient a bénéficié d'une résection de la masse par voie postérolatérale avec une synovectomie subtotale.

Résultats : à trois ans de recul, il n'y avait pas de récidive clinique et la gène fonctionnelle était modérée.Cependant une rechute locale ne peut être écartée, imposant une surveillance clinique etradiologique.

Discussion : décrite pour la première fois par Chassignac puis par Jaffe et Al, en 1941 la SVN est unetumeur fibre- histiocytaire responsable d'une hyperplasie des villosités synoviales, le siège auniveau de la cheville est rare. L'étiopathogénie de la SVN est mal connue et encore discutée,la symptomatologie clinique est non spécifique, sans signe pathognomonique, rendant le diagnostic difficile.Les radiographies standards sont en général normales, l'IRM reste l'examen de choix. Dans notre cas c'est l'IRM qui nous a permis d'évoquer fortement le diagnostic, mais l'étude histologique reste indispensable pour confirmer le diagnostic; il n'y apas de stratégie thérapeutique uniforme du fait de la rareté de cette affection. Il repose en premier lieu sur une synovectomie chirurgicale soigneuse, la plus complète possible.

Conclusion : la SVN dans sa forme localisée touche avec prédilection le genou (75% des cas), la hanche et rarement la cheville. Le tableau clinique est le plus souvent non spécifique. L'IRM reste l'examen clé dans cette pathologie aussi bien pour le diagnostic, que pour le suivi. Lediagnostic final est posé après étude histologique de la biopsie synoviale.

**P24. Traitement curatif d’une metastase osseuse unique d’un carcinome papillaire de la thyroide. À propos d’un cas.**

A.Djelti , L.Metri Latifa,S.Merad CHU Tlemcen

Objectifs : intérêt de la scintigraphie corps entier à l’Iode 131 dans le bilan d’extension initial et le suividu carcinome différencié de la thyroïde.Intérêt du traitement chirurgical dans le traitement curatif des métastases osseuses uniques du carcinome différencié de la thyroïde, en association à un traitement par Iode 131.

Matériels et méthodes : nous rapportons le cas d’une patiente âgée de 30 ans suivie au niveau du service de médecine nucléaire du CHU Tlemcen pour un carcinome papillaire de la thyroïde opérée.La patiente est traitée par Iode 131 à 4 reprises, après un arrêt du traitement hormonalfrénateur (LT4) de 6 semaines, avec réalisation d’une scintigraphie corps entier et un dosage de la Thyroglobuline sérique (Tg), des Anticorps anti Tg (ACT) et de la TSH lors de chaquehospitalisation.Une TDM du bassin est réalisée en complément à la scintigraphie à l’Iode 131, ainsi qu’une biopsie osseuse avant la chirurgie de la métastase.

Résultats : après chirurgie thyroïdienne, l’étude anatomopathologique révèle un carcinome papillaire de la thyroïde, classé initialement pT2N0Mx. La première IRA thérapie montre une Tg à 3 chiffres, avec une fixation cervicale en rapport avec un reliquat thyroïdien et une fixation intense en regard de l’extrémité supérieure du fémur gauche, en rapport avec une métastase osseuse. La TDM du bassin met en évidenceune image lacunaire du grand trochanter gauche.

Deux autres IRA thérapies sont faite permettant une réponse biologique et scintigraphiquein complète mais satisfaisante (baisse significative du taux de Tg et persistance de la fixationosseuse). Après biopsie de la lésion osseuse et la confirmation de sa nature métastatique, une chirurgie est faite (curetage avec cimentoplastie, suivie d’une 4eme IRA thérapie), permettant une excellente réponse biologique avec disparition de la fixation à la scintigraphie.

Discussion : lors de la première IRA thérapie, la scintigraphie corps entier à l’Iode 131 a clairement montrer son intérêt dans la reclassification de la patiente qui était initialement pT2N0Mx etdevenue M1. Le traitement chirurgical associé au traitement par Iode 131 a nettement amélioré la réponsethérapeutique et est considéré comme curatif, car l’exérèse chirurgicale de la masse métastatique permet une meilleure action de l’Iode 131 sur le reliquat tumoral restant et donc une facilitation de la réponse thérapeutique. Nous notons l’importance de reclasser la patiente après cette réponse thérapeutique, qui devient M0, et dont le pronostic rejoint celui des carcinomes à faible risque de récidive (amélioration de la survie sans récidive sur 10 ans).

Conclusion : la scintigraphie corps entier à l’Iode 131 est considérée comme un examen très sensible et spécifique pour le bilan d’extension initial des carcinomes différenciés de la thyroïde. L’association IRA thérapie-chirurgie pour le traitemnt des métastases osseuses ,et notamment uniques des carcinomes différenciés de la thyroïde, est une redoutable arme thérapeutique curative, permettant de reclasser le risque de récidive de la tumeur et d’améliorer la survie sans récidives sur 10 ans .

**P25. L’ostéotomie Métatarsienne de Weil. À propos d’un cas**

**S.** lemmouchi, R.nemmar, M.derradji, M.kihal, Z.Kara CHU Alger centre, Faculté de Médecine d’Alger Université d’Alger

CHU Mustapha Bacha ,Service orthopédie traumatologie Alger centre

Objectifs : toute anomalie de la répartition des pressions plantaires du pied est source de métatarsalgies et déformation en griffe des orteils. Le rétablissement de la parabole métatarsienne fait appel aux ostéotomies dont il existe de nombreuses variétés en fonction de la localisation et de l’orientation du trait ; nous avons choisi la technique d’ostéotomie de Weil sous-capitale et horizontale. Le but de ce dossier est d’apprécier le résultat clinique et radiologique de cette intervention.

Matériels et méthodes : il s’agit d’un patient âgé de 33ans suivie pour maladie de Behcet qui consulte pour des métatrsalgies a la marche associé à une déformation en griffe de ces orteils et un halluxvalgus du premier rayons , après une exostosectomie de l’hallux et section de l’abducteur du gros orteil. La technique de Weil consistait à réaliser une ostéotomie cervicale métatarsienne par deux abords dorsal intermétatarsiens entre le 1er et 2ème rayons et entre le 3ème et 4ème rayons orientée à 45° par rapport au plan horizontal a été réaliser sans ostéosynthèse;suivie d’un pansement compressif.

Résultats : à 23 mois de recul, le résultat a été évalués selon le score objectif fonctionnel de Kitaokaqui est passé de 42 à 75 considéré comme bon.

Discussion : la technique d’ostéotomie de Weil des métatarsiens demande une pratique rigoureuse. Les résultats à court terme sont encourageants. Les complications limitées essentiellement sur les troubles cutanées et les métatarsalgies . Cette technique réduisant la durée d’hospitalisation, ne nécessitant pas d’ostéosynthèse doit être réservée aux patients jeunes sans luxation métatarso-phalangienne.

Conclusion : l’ostéotomie sous-capitale horizontale de Weil représente une intervention parfaitement adaptée au traitement des métatarsalgies, c’est une technique simple et permet de régler la longueur des métatarsiens pour obtenir un clavier métatarsien harmonieux , elle ne modifie pas la morphologie des métatarsiens comme les ostéotomies diaphysaires ou métaphysaires proximales et évite ainsi les éventuels conflits nerveux dans les espaces intermétatarsiens

**P26. Maladie d’Osgood-Schlatter**

F.Korti, H.Sahi, S.Bensahla,D.Dar Cherif ,M.Riffi, L.Benabdellah, Z.Chikh ,N.Boudjelal

Objectif : la maladie d’Osgood-Schlatter est une affection douloureuse du genou qui touche les adolescents, particulièrement les sportifs. L’étiologie de cette affection fréquente n’est pas connue. Cette maladie, dont le diagnostic est surtout clinique, se manifeste par des douleurs et une tuméfaction de la tubérosité tibiale déclenchées et aggravées par les activités sportives. Dans notre cas on va voir une forme négligée avec pseudarthrose d’un gros pave emportant plus de tiére des plateaux.

Matériels et Méthodes : un patient de sexe masculin âgé de 18 ans opéré pour pseudarthrose de la tubérosité tibiale Opérer après exploration radiographique avancé et consentement sur le geste. Geste réalisé sous rachi - anésthésie avec avivement et double vissage.

Résultat : sans complication non spécifique à ce type de chirurgie et consolidation .Disparition de la douleur. Un appui monopodal correcte. Malade satisfait avec reprise sportif.

Conclusion : parmi ces adolescents sportifs souffrant de la maladie d’Osgood-Schlatter, environ 20% vont développer une excroissance osseuse sur la tubérosité tibiale. L’apparition d’une pseudarthrose d’un gros pavé est une première dans notre service. Sur le plan clinique, seuls les patients avec une tubérosité tibiale proéminente ou avec un ossicule séparé (environ un quart de patients) peuvent être gênés à moyen terme. Le résultat de cette chirurgie est inconstant. La majorité des patients reste complètement asymptomatique à la fin de la croissance .

**P27. Arthrodèse de sauvé-kapandji avec ligamentoplastie**

F.Korti,H.Sahi,S.Bensahla,D.Dar cherif ,M.Riffi,L.Benabdellah,Z.Chikh ,N.Boudjelal

Objectif :l'arthrodèse est la technique chirurgicale la plus fiable et la plus durable de traitement d'un dysfonctionnement de l'articulation, avec comme principal inconvénient la perte des mouvements de l'articulation fusionnée. L'articulation radio-ulnaire distale peut être traitée par une arthrodèse, la pronation de l'avant-bras et la supination étant maintenues ou même améliorées en créant une pseudarthrose de l'ulna à proximité immédiate de l'arthrodèse. Ce geste est connu sous le nom de procédure de Sauvé-Kapandji (S-K). Cette opération diffère de la technique de Darrach en ce qu'elle conserve le support ulnaire du poignet car les ligaments radio-ulnaires et ulno-carpiens distaux sont conservés. Le bâillement de la partie proximale de la pseudarthrose nous a pousser à renforcer ce dernier par une ligamentoplastie.

Matériels et Méthodes :Un patient de sexe masculin âgé de 38 ans opéré pour cal vicieu extrémité inferieur du radius avec douleur de la tête cubitale. Opérer après consentement sur le geste qui n’agis pas directement sur le cal vicieu. Geste réalisé sous anesthésie générale avec double vissage et ostéotomie cubital avec renforcement par le cubital antérieur.

Résultat : sans complication non spécifique à ce type de chirurgie avec absence de consolidation. Disparition de la douleur.Une force de préhension correcte.Malade satisfait.

Conclusion :aprés consolidation de la dèse on constate ésthétiquement en pronation une proéminence normale de la tête ulnaire et fonctionnellement une partie proximale du cubitus stable en prono - supination. Toutes les complications peuvent être évitées si une technique chirurgicale rigoureuse est utilisée.

**P28. Tumeur neuro-ectodermique périphérique. À propos d’un cas**

I. Boublenza1, A. Rostane1, 2, W. Ougdi1, S. Ghomari1,2

Service d’Oncologie Médicale, CHU Tlemcen.Laboratoire Toxicomed. Faculté de Médecine de Tlemcen

Introduction :les tumeurs neuro-ectodermiques primitives appartiennent à la famille des tumeurs sarcomateuses d’Ewing qui dérivent toutes de la même cellule souches. Les cellules de la crête neurale sont soupçonnées d’être à l’origine de ces tumeurs. Les sites de prédilections de ces sarcomes sont: la région para vertébrale, la paroi thoracique et les extrémités distales.

Le diagnostic positif des tumeurs neuro-ectodermiques primitives nécessite la contribution de l’histopathologie, de l’immunohistochimie et de la cytogénétique. Nous rapportons le cas d’une patiente traitée pour une tumeur neuro-ectodermique périphérique.

Présentation du cas :patiente XX, âgée de 20 ans, sans antécédent particulier, consulte pour une tuméfaction du 2eme orteil du pied droit, d’environ 3cm sur son grand axe englobant et infiltrant l’os évoluant après 4mois vers un début de nécrose et saignement important.une biopsie faite qui n’était pas concluante.la patiente a subit une amputation du gros orteil, l’étude histologigue à mis en évidence une prolifération néoplasique maligne à cellules ronde englobant et infiltrant l’os, les limites d’exérèses étaient intact, l’etude immuno-histochimique oriente vers une tumeur neuro-ectodermique péripherique avec marquage intense du CD99.une chimiothérapie à base d’adriamycine endoxan a été proposée, elle a reçu 7 cures. Actuellement, elle est toujours suivie en consultation de contrôle depuis 2015.

Conclusion : les PNET restent une maladie relativement rare. Le diagnostic repose actuellement sur l’histologie et sur les données de l’immuno- histochimie. Le pronostic est sombre a été significativement amélioré grâce aux thérapeutiques modernes. Le traitement repose sur l’association d’une chimiothérapie entourant la résection chirurgicale complète de la tumeur.

**P29. Cellules stromales mésenchymateuses pour le traitement du sarcome osseux**

Z.Lakehal ,service de pharmacovigilance à l’EHU d’Oran.

Au cours des dernières décennies, il y a eu un intérêt croissant pour comprendre les mécanismes moléculaires de pathogenèse et progression du cancer, vu qu’il est toujours associé à une morbidité et une mortalité élevées. La gestion actuelle des sarcomes osseux de grande taille inclut généralement une approche thérapeutique complexe du sauvetage ou du sacrifice des membres combinée à une chimiothérapie et / ou une radiothérapie multi drogues pré et postopératoire, et est toujours associée à taux de récurrence élevé. Le développement de stratégies cellulaires contre les caractéristiques spécifiques des cellules tumorales semble prometteur, car ils peuvent cibler les cellules cancéreuses de manière sélective. Récemment, les cellules stromales mésenchymateuses (CSM) ont fait l’objet de nombreuses recherches en pratique clinique orthopédique par leur utilisation en médecine régénérative. Des recherches supplémentaires ont été menées sur l’utilisation des CSM pour des traitements plus personnalisés du sarcome osseux, tirer parti de leur vaste gamme de fonctions biologiques potentielles, qui peuvent être augmentées en utilisant des approches techniques pour favoriser la guérison des gros défauts. Dans cette étude, nous explorons l’utilisation des CSM dans les os le traitement du sarcome, en analysant les interactions entre cellules souches tumorales et cellules souches tumorales, la transduction de ces cellules pour cibler le sarcome, et leurs applications cliniques sur l'homme concernant la régénération osseuse après l'extraction d'un sarcome osseux.

Mots clés : sarcome osseux, médecine régénérative, orthopédie, CSM

**P30. Sarcome d'Ewing à l’étude histologique ?  Discordance anatomoclinique et aspect peropératoires.**

L.Nebchi , C.Touati , I.Rai , Service de chirurgie orthopédique - N.Chahar , Service anatomopathologique EHS Salim Zemirli

Résumé: la conduite à tenir devant une tumeur des parties molles est dominée par la nécessité de ne pas méconnaître un sarcome des tissus mous. II résulte de cette hantise des règles de prises en charge qui par certains aspects sont similaires à celles bien connues de prise en charge des tumeurs osseuses. La forme de sarcome d’Ewing : extra osseux (parties molles) siège au niveau du coude droit.

Matériels et Méthodes : en 2019 nous avons colligés 01 atteinte de sarcome d’Ewingextra osseux (parties molles). L’âge de notre patient est de 39 ans. La démarche diagnostic était se basait sur les données radiologiques. La preuve du sarcome d’Ewing était histologique chez notre patient. Le traitement reposait sur la poly-chimiothérapie associée à une exérèse chirurgicale de la tumeur. Conclusion : Le sarcome d’Ewing reste une maladie relativement rare. Son diagnostic repose actuellement sur l’histologie et sur les données de la biologie moléculaire. Son pronostic a été significativement amélioré grâce a l’association de la poly-chimiothérapie et de la chirurgie.

**P31. Tumeur bénigne de la main à propos d'un cas avec revue de la littérature**

L.Nebchi ; H.Zekri ; Smati EHS Salim Zemirli

Introduction: les tumeurs glomiques sont des hamartomes développés au dépend des glomus neuromyoartériels du tissu dermo-épidermique ; elles se localisent surtout au niveau de la phalange distale des doigts et plus particulièrement sous les ongles. Leur caractère principal est la douleur vive. La confirmation est histologique. Nous rapportons 1cas.

### Matériel et méthodes : La patiente âgée de 45ans enseignante ayant consulté en décembre 2018 pour une douleur exquise handicapante du pouce droit à irradiation ascendante rebelle au traitement médical évoluant depuis plus de un an demandant l’amputation de son pouce droit. Un examen histologique de la pièce d’exérèse pour confirmation du diagnostic était systématique.

### Résultats : on a eu à voir un seul cas Le motif de consultation était une douleur spontanée intense et fulgurante. Cette douleur était caractérisée par une irradiation locorégionale, avec une limitation de l’activité fonctionnelle. La localisation était sous-unguéale. La radiographie osseuse avait montré une encoche osseuse. L’IRM, réalisée chez notre patiente de peur d’une tumeur nerveuse, était normale. L’évolution après biopsie exérése était marquée par la disparition totale de la douleur.

### Discussion : les tumeurs glomiques sont des tumeurs rares représentant 1,6 % à 5 % des tumeurs des parties molles. Elles sont plus fréquentes chez les femmes. Le siège sous-unguéal digital représente 85 % des cas, avec une localisation plus fréquente au niveau du pouce : C’est le cas de notre patiente. Son diagnostic est principalement clinique et s’appuie sur la triade : douleur, sensibilité au froid et test de Love. Le recours aux examens complémentaires n’est pas systématique. La radiographie standard peut montrer une encoche osseuse ou un épaississement des parties molles en regard. Le diagnostic différentiel se pose avec le névrome, le schwannome ou le mélanome sous-unguéal mais l’histologie permet de trancher. Le traitement est chirurgical. La voie d’abord réalisée était directe transunguéale.

Conclusion : devant toute douleur exquise sous-unguéale penser à une tumeur glomique

**P32. Traitement curatif d’une metastase osseuse unique d’un carcinome papillaire de la thyroide . À propos d’un cas**

S.Merad , A.Djelti, L.Metri , Service de médecine nucléaire CHU Tlemcen

Objectifs : intérêt de la scintigraphie corps entier à l’Iode 131 dans le bilan d’extension initial et le suivi du carcinome différencié de la thyroïde. Intérêt du traitement chirurgical dans le traitement curatif des métastases osseuses uniques du carcinome différencié de la thyroïde, en association à un traitement par Iode 131.

Matériel et méthode : nous rapportons le cas d’une patiente âgée de 30 ans suivie au niveau du service de médecine nucléaire du CHU Tlemcen pour un carcinome papillaire de la thyroïde opérée. La patiente est traitée par Iode 131 à 4 reprises, après un arrêt du traitement hormonal frénateur (LT4) de 6 semaines, avec réalisation d’une scintigraphie corps entier et un dosage de la Thyroglobuline sérique (Tg), des Anticorps anti Tg (ACT) et de la TSH lors de chaque hospitalisation. Une TDM du bassin est réalisée en complément à la scintigraphie à l’Iode 131, ainsi qu’une biopsie osseuse avant la chirurgie de la métastase.

Résultats : après chirurgie thyroïdienne, l’étude anatomopathologique révèle un carcinome papillaire de la thyroïde, classé initialement pT2N0Mx. La première IRA thérapie montre une Tg à 3 chiffres, avec une fixation cervicale en rapport avec un reliquat thyroïdien et une fixation intense en regard de l’extrémité supérieure du fémur gauche, en rapport avec une métastase osseuse. La TDM du bassin met en évidence une image lacunaire du grand trochanter gauche. Deux autres IRA thérapies sont faite permettant une réponse biologique et scintigraphique incomplète mais satisfaisante (baisse significative du taux de Tg et persistance de la fixation osseuse). Après biopsie de la lésion osseuse et la confirmation de sa nature métastatique, une chirurgie est faite (curetage avec cimentoplastie, suivie d’une 4eme IRA thérapie), permettant une excellente réponse biologique avec disparition de la fixation à la scintigraphie.

Discussion : lors de la première IRA thérapie, la scintigraphie corps entier à l’Iode 131 a clairement montrer son intérêt dans la reclassification de la patiente qui était initialement pT2N0Mx et devenue M1. Le traitement chirurgical associé au traitement par Iode 131 a nettement amélioré la réponse thérapeutique et est considéré comme curatif, car l’exérèse chirurgicale de la masse métastatique permet une meilleure action de l’Iode 131 sur le reliquat tumoral restant et donc une facilitation de la réponse thérapeutique. Nous notons l’importance de reclasser la patiente après cette réponse thérapeutique, qui devient M0, et dont le pronostic rejoint celui des carcinomes à faible risque de récidive (amélioration de la survie sans récidive sur 10 ans).

Conclusion : la scintigraphie corps entier à l’Iode 131 est considérée comme un examen très sensible et spécifique pour le bilan d’extension initial des carcinomes différenciés de la thyroïde. L’association IRA thérapie-chirurgie pour le traitemnt des métastases osseuses ,et notamment uniques des carcinomes différenciés de la thyroïde, est une redoutable arme thérapeutique curative, permettant de reclasser le risque de récidive de la tumeur et d’améliorer la survie sans récidives sur 10 ans .

**P33. Lipome géant de l’éminence hypo thénar de la main . À propos d’un cas**

MA Belkralladi, A.D.Midas, Service d’Orthopédie Traumatologie CHU Sidi Bel Abbés

Objectifs : le premier lipome de la main a été décrit par STEIN en 1959; des cas similaires ont ensuite été décrits par certains auteurs, ce sont des tumeurs mésenchymateuses bénignes qui se développent dans les zones abondantes du tissu adipeux. Les localisations fréquentes dans les mains concernent les éminences thénars et hypothénar. Les localisations digitales sont rares. La symptomatologie clinique varie en fonction de sa localisation, de sa taille progressivement croissante entrainant un retentissement sur la mobilité des doigts et un risque de complications neurologiques Nous présentons un lipome géant de l’éminence hypothénar de la main droite.

Matériels et méthodes : patient de 48 ans en consultation de chirurgie orthopédique avec une masse indolore et gênante de l’éminence hypo thénar de la main droite évoluant progressivement depuis cinq mois A l’examen , la masse était de consistance mobile, bien limitée fixée selon le plan profond mesurant 06 cm de grand axe , la flexion des doigts était conservée, Les sensibilités, la coloration et la chaleur distale étaient conservées Une radiographie de la main objectivait un épaississement des parties molles sans lésions osseuses Une échographie de la masse avait noté une formation nodulaire en regard de l’éminence hypothénar , nodulaire hyper échogène homogène à limites nettes et régulières mesurant 80\*56mm avec une vascularisation centrale en doppler Le patient a été opéré par un abord en cartier d’orange électif pour biopsie exérèse sous anesthésie locorégionale (masse jaunâtre molle respectant les tendons fléchisseurs sous jacents et leurs gaines.

Résultats : l’étude anatomo pathologique a permis de décrire une masse d’aspect ,graisseux faite d’adipocytes à cytoplasme vacuolaire et à noyaux périphérique se disposant en lobules, séparé de septa fibreux sans signe de malignité ce qui a permis de conclure à un lipome

Discussion : les lipomes constituent environ 16% des tumeurs mésenchymateuses des tissus mous Ils ont été classés

en 09 entités selon le comité de l’OMS pour la classification des tumeurs des tissus mous Ils sont néanmoins rarement rencontrés dans les mains, la lésion étant bénigne , elle a des conséquences fonctionnelles nécessitant une prise en charge chirurgicale rapide L’imagerie permet le diagnostic dans 71% des cas avec notamment une simple échographie ou au plus une IRM L’éxérèse chirurgicale du lipome est le seul traitement qui permet la récupération fonctionnelle

Conclusion : les lipomes de l’éminence hypo thénar sont rares mais non négligeables en raison de leur retentissement fonctionnel. Le pronostic est excellent après une exérèse chirurgicale complète et réussite

**P34. Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand de la Cuisse . À propos d’un cas**

MA Belkralladi, AD Midas, Service d’Orthopédie Traumatologie CHU Sidi Bel Abbes

Objectifs : le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand (DFS) est une tumeur cutanée maligne décrite par Jean Darier et Marcel Ferrand en 1924, et fait partie des sarcomes cutanés. C'est une tumeur fibreuse cutanée rare. Le DFS touche préférentiellement les adultes jeunes entre 20 et 50 ans. Son agressivité est avant tout locale, il n'existe pas de dissémination lymphatique et le taux de métastases générales est inférieur à 5%. La prise en charge thérapeutique fait appel à la chirurgie avec des marges larges de 3 à 5 cm pour réduire le taux de récidives.

Matériels et méthodes : patient âgé de 52 ans hospitalisé pour une volumineuse tuméfaction de la face postérieure de la cuisse au niveau de son 1/3 inferieur évoluant depuis 15ans.l’examen clinique retrouve une tuméfaction indolore,dure,mobile par rapport aux plans profonds,parcemée de nodules télengiectasiques,mesurait plus de 10cm sur son axe horizontal, aires ganglionnaires libres, l’état général conservé, L’IRM de la cuisse a mis en évidence un volumineux processus lésionnel tissulaire hypo intense sur la séquence T1 et T2 renfermant des foyers nécrotiques multiples intra lésionnelles à contour défini polylobé par endroit siégeant au niveau du plan cutané superficiel mesurant 55 cm de largeur,98mm de diamètre antéropostérieur sur 111.8.6mm de hauteur,

sans signe d’infiltration ni d’extension vers le tissu graisseux ou les parties molles de la cuisse, restant à distance du réseau artérioveineux fémoral et fémoropoplité,l’os spongieux a un aspect normal notamment des deux fémurs.

Résultats : l'évolution de la tumeur étant lente, consulté suite à une croissance soudaine de la tumeur. Pour évaluer l'extension locorégionale, un télé thorax et une échographie hépatique réalisés étaient sans particularités. L'exérèse chirurgicale de la tumeur était large, avec des marges de sécurité de 04 cm.les suites opératoires ont été simples, l’histologie a conclu à un dermato fibrosarcome de Darier et Ferrand, aucun traitement complémentaire n’a été fait.

Discussion : le DFS est une tumeur rare représentant 0,1 % des tumeurs cutanées malignes. L’âge de survenue du DFS se situe généralement entre 20 et 50 ans. Le DFS intéresse les deux sexes avec une légère prédominance masculine. Aucune relation de cause à effet n'a été démontrée. Sur le plan histopathogenique, l'origine histologique du DFS reste incertaine et discutée. Différentes origines sont évoquées par confrontation des données de l'immunohistochimie et de l'analyse en microscopie électronique : fibroblastique, histiocytaire, neuroectodermale. L'immunohistochimie est indispensable au diagnostic, ainsi le DFS exprime l'antigène CD34 et la vimentine. La forme clinique classiquement décrite, protubérante, correspond à un stade avancé de la tumeur. C'est une masse ferme, multi nodulaire, fixée à la peau en regard mais mobile par rapport aux plans sous-jacents. La tumeur n'est pas douloureuse, sauf en cas d'ulcération. La diversité des formes cliniques est une source du retard diagnostique. Le DFS peut survenir sur n'importe quelle partie du corps avec une prédominance au niveau du tronc et des extrémités. La chirurgie tient un rôle majeur dans le traitement curatif du DFS. Deux techniques d'exérèse permettent d'obtenir le contrôle tumoral dans plus de 90 % des cas : l'exérèse large classique et la chirurgie micrographique de Mohs qui permet une exérèse tumorale avec réduction de la marge sous contrôle histologique de l'absence de cellules tumorales des berges d'exérèse. L'exérèse classique consiste à effectuer nécessairement des excisions larges et profondes en emportant une marge périphérique en peau saine de 3 à 5 cm et en profondeur une barrière anatomique saine. La reconstruction se fait par suture directe, cicatrisation dirigée ou par greffe cutanée ou lambeaux cutanés ou musculo-cutanés en fonction de la taille des lésions et leurs localisations. Le curage ganglionnaire systématique n'a aucun intérêt. La plupart des auteurs rapportent le DFS comme une tumeur radiorésistante. Toutefois, d'autres ont affirmé que la radiothérapie diminuait le taux de récidives locales et permettait une chirurgie plus limitée, elle est préconisée dans les récidives multiples, les marges d'exérèse insuffisantes ou envahies, les tumeurs de très grande taille et les localisations empêchant une chirurgie large. L'association chirurgie radiothérapie semble avoir une efficacité sur la prévention des récidives, quant à la radiothérapie exclusive, elle peut être tentée dans les tumeurs inextirpables, en cas de patients inopérables ou refusant tout traitement chirurgical. La Chimiothérapie est utilisée en palliatif en association avec la radiothérapie, mais elle ne semble pas être efficace. En effet, les multiples protocoles antinéoplasiques utilisant la doxorubicine, l'ifosfamide, le méthotrexate et la dacarbazine, n'ont montré aucune amélioration significative en terme de survie. La thérapie ciblée à base d'Imatinib Mesylate a été testée in vivo sur des tumeurs non résécables et dans des cas de DFS métastatiques. Son efficacité n'est pas totale et peut être nulle. Le pronostic du DFS est caractérisé par son fort potentiel de récidives. Le DFS ne métastase que rarement.

Conclusion : le DFS de Darier et Ferrand est une tumeur cutanée rare, à évolution locale lente s'effectuant sur plusieurs années. Elle se distingue par sa difficulté diagnostic, sa tendance à la récidive et la rareté de ses métastases qui sont essentiellement pulmonaires. Le diagnostic est souvent évoqué cliniquement et confirmé histologiquement, le recours à l'immunohistochimie se fait en cas de doute diagnostic (marquage de l'antigène CD34). Le traitement du DFS est chirurgical et doit répondre à un double objectif: pratiquer d'emblée une exérèse large passant entre 3 et 5 cm des berges selon la localisation et selon le caractère primaire ou récidivant de la tumeur, tout en s'efforçant d'emporter un plan sain en profondeur quel qu'il soit, et réaliser une couverture de la perte de substance engendrée par l'exérèse. Ce n'est qu'à ce prix que l'on peut espérer une guérison définitive.

**P35.**  **Ostéoblastome mimant une tumeur osseuse maligne : A propos d'un cas.**

Y.Ouadah, Aboubakr, Azzouni, Baba Ahmed Service de chirurgie pédiatrique CHU Tlemcen

Introduction : l'ostéoblastome est une tumeur rare de l'enfant, il représente 1 % de l'ensemble des tumeurs osseuses bénignes, se voit essentiellement entre 10 et 30 ans, sa localisation au fémur proximal est rare á l'origine d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques fréquentes. Le but est de faire prendre conscience au clinicien de l'importance de l'interprétation des examens complémentaires et leur hiérarchisation.

Matériels et Méthodes : nous rapportons le cas d'une fillette agée de 07 ans, qui a consulté pour douleur projetée au genou initialement nocturne puis continue ne cédant pas à l'aspirine, associée à une tuméfaction de la racine de la cuisse homolatérale. Une série d'examens complémentaires à été faite dont une IRM en deuxième intention qui a conduit à une erreur diagnostique.

Résultats : la radiographie du fémur de face et de profil à montré une importante apposition périostée en sous trochanterien étendue au tiers moyen. L'IRM a montré un processus lésionnel d'allure néoplasique métaphyso diaphysaire de l'extrémité supérieure du fémur mesurant 80 mm de grand axe en hyposignal T1, hyepersignal STIR et infiltration des structures musculaires avoisinantes. Au scanner une lyse osseuse de 30mm bien limitée, entourée d'une condensation périphérique. La biopsie n'a pas retrouvé de signe de malignité. L'enfant a bénéficié d'une résection en bloc de la tumeur emportant le nidus avec stabilisation par plaque vissée.

Discussion : l'ostéoblastome est une tumeur qui se voit principalement au cours de la deuxième décennie de la vie, la localisation préférentielle est le rachis (40 %). Il se distingue de l'ostéome ostéoide cliniquement par la douleur continue sans horaire nocturne et la non réponse à l'aspirine et radiologiquement par la taille de la lésion qui dépasse 20mm. Il est souvent agréssif localement ce qui peux induire en erreur. Le scanner suivi de la scitigraphie posent à eux seul le diagnostic. L'IRM garde son intérêt dans les formes avec réaction des parties molles pour apprécier l'oedème péri lésionnel.

**P36.Dosage des marqueurs cardiaques chez des sujets obèses**Benallal.B1 . Brikci Nigassa .N1.Madani.F2,Messaoudi.F2  
1.Laboratoire de Biochimie, CHU Tlemcen  
2.Département de Pharmacie, Université Abou Bekr Belkaid Tlemcen  
Résumé :Il est admis que l'obésité est associée à une augmentation du risque de cardiopathie ischémique. Comme cela a souvent été souligné, cette relation est expliquée en grande partie par le fait que l'obésité est associée à différents facteurs de risque cardiovasculaire, en particulier le diabète, l'hypertension artérielle et certaines dyslipidémies. L'AHA(American Heart Association) a toutefois récemment identifié l'obésité comme facteur de risque indépendant.  
Deux mécanismes soustendent l’apparition de  cardiopathies, un mécanisme infiltratif qui se traduit par l’accumulation de dépôts adipeux entre les fibres myocardiques conduisant à la survenue d’une dysfonction. À ceci s’ajoute la lipotoxicité des acides gras

 libres circulants dont les effets sur le cardiomyocyte se traduisent par une apoptose qui potentialise le risquede dysfonction cardiaque  . À côté de ces mécanismes directs, les modifications hémodynamiques (augmentation du volume sanguin circulant, augmentation de la pré et postcharge, dysfonction diastolique, présence d’une hypertrophie ventriculaire gauche) augmentent encore le risque cardiovasculaire pour un sujet obèse.Ce travail a pour objectif d'évaluer chez un groupe de patients obèses les concentrations circulantes dedivers marqueurs cardiaques tel que  le LDH, CPK, Myoglobine et TNF alpha.  
Mots -clé: Inflammation, Obésité, Myoglobine, Risque cardiovasculaire