

Les ovaires étaient d'aspect macroscopiquement sain. De multiples biopsies péritonéales et épiploïques étaient réalisées. L'examen anatomopathologique confirmait l'existence de granulomes épithéloïdes et giganto-cellulaires avec nécroses caséuses centrales, évoquant ainsi le diagnostic de tuberculose péritonéale. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux.

Observation 3

Mme K, 50 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, G5 P2, ménopausée depuis six ans, adressée pour exploration d'une masse pelvienne avec une ascite évoluant depuis 7 mois dans un contexte d'altération de l'état général avec fièvre et sueurs à recrudescence nocturne et un amaigrissement non chiffré. L'examen avait montré une ascite sans fièvre, un BMI à 26. Le liquide d'ascite était exsudatif stérile sans cellules malignes. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était positive. La recherche de BK était négative aussi bien dans les crachats que dans les urines.

La radiographie de thorax était normale. L'échographie abdomino-pelvienne montrait un épanchement libre intra-péritonéal avec une image latéro-utérine gauche de 6cm cloisonnée. La tomodynamométrie révélait multiples nodules péritonéaux et mésentériques associés à des adénopathies nécrosées mésentériques ainsi que des nodules pleuraux bilatéraux hyper vascularisés évoquant des métastases. La coloscopie montrait une muqueuse d'aspect normal mais déprimés et réduisant la lumière colique par compression extrinsèque par les nodules péritonéaux. Les Ca125 étaient élevés à 80UI/ml.

La coelioscopie retrouvait de multiples granulations péritonéales, digestives, épiploïques, et hépatiques. La masse latéro-utérine correspondait à un cloisonnement pelvien de l'ascite. Les deux ovaires étaient atrophiques, les trompes étaient parsemées de nodules centimétriques.

Plusieurs prélèvements étaient réalisés dont l'examen histologique définitif concluait à l'existence de granulomes épithéloïdes et giganto-cellulaires avec nécroses caséuses centrales, évoquant ainsi le diagnostic de tuberculose péritonéale. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux.

Conclusion

La tuberculose péritonéale pose des difficultés diagnostiques pour le clinicien vu l'absence de tests diagnostiques spécifiques. Il est parfois difficile de trancher entre une localisation péritonéale de la tuberculose et une carcinose, simulant un tableau de cancer à un stade avancé. Le pronostic de la tuberculose péritonéale est favorable sous poly chimiothérapie anti tuberculeuse et en l'absence de conséquence néfaste sur la fertilité. La tuberculose péritonéale représente une entité clinique à évoquer comme diagnostic différentiel d'une masse suspecte abdominopelvienne, permettant ainsi d'éviter des prises en charge chirurgicales excessives inutiles.

Références

1. T.Bilgin, Karabay, E. Dolar and O.H Develioglu, Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated Ca125 mimicking advanced carcinoma : a series of 10 cases. Int J Gynecol Cancer 2001 ; 11: 290-4.

Daaloul Walid, Gharbi Hanène, Ouerdiane Nadia, Masmoudi Abdelwaheb, Ben Hamouda Sonia, Ennine Inès, Bouguerra Badreddine, Sfar Rachida

Service de gynécologie obstétrique B. Hôpital Charles Nicolle de Tunis 1006 boulevard 9 avril 1938.

Endocardite brucellienne sur cœur sain

La survenue d'une endocardite brucellienne (EB) est rare, survenant dans moins de 1% des cas. La bactérie se greffe le plus souvent sur une valve remaniée par une maladie rhumatismale ou par une malformation congénitale. Les signes cliniques d'endocardite sont généralement tardifs par rapport à la phase septicémique de la maladie. L'insuffisance cardiaque gauche est souvent révélatrice de l'atteinte endocardique (1). Le germe le plus retrouvé est la *Brucella melitensis*.

Le but de cette étude est de rapporter un nouveau cas tunisien d'EB.

Observation

Mr K. J ouvrier agricole âgé de 56 ans, sans antécédent pathologique notable, admis dans le service de médecine interne pour bilan étiologique d'une fièvre au long cours. L'examen physique avait trouvé un patient aphasique, fébrile à 39°C, ayant un état général altéré, une orthopnée récente et une paralysie faciale gauche en rapport avec un accident vasculaire cérébral ischémique confirmé à la tomodynamométrie cérébrale. A l'auscultation, il avait un souffle diastolique au foyer aortique avec des signes d'insuffisance cardiaque.

L'électrocardiogramme mettait en évidence des troubles électriques de surcharge diastolique. A l'examen abdominal une splénomégalie était retrouvée. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire biologique avec un hémogramme normal. La protéinurie de 24 heures était de 2,5 g et la clairance de la créatinine à 40 ml/min. Le scanner cérébral a montré des lésions ischémiques. L'échographie cardiaque trans-thoracique pratiquée en urgence devant ce tableau de fièvre associée à un souffle cardiaque avait montré des valves aortiques très remaniées, une insuffisance aortique stade III et un retentissement modéré sur le ventricule gauche. Devant cette forte suspicion d'endocardite, un complément d'examen par échographie cardiaque trans-oesophagienne avait confirmé le diagnostic en objectivant la présence de végétations sur la face ventriculaire des sigmoïdes aortiques.

Le patient a été traité de première intention par Totapen® à la dose de 8 g/ jour à visée d'anti streptocoque D. L'évolution était initialement favorable faite d'une apyrexie de 15 jours suivie d'une rechute fébrile motivant l'association de la vancomycine à la dose de 500 mg/jour. Ensuite devant des hémocultures

positives à *Brucella melitensis* et une sérologie de wright positive, le diagnostic d'EB a été retenu. Le patient a reçu une antibiothérapie adaptée faite d'une association de rifampicine et de Doxycycline avec une bonne évolution clinique. Un remplacement valvulaire aortique a ensuite été réalisé avec succès, la culture de la valve avait confirmé le diagnostic d'EB.

Conclusion

L'EB est une affection rare mais grave, elle peut être responsable d'une destruction valvulaire sévère, elle représente la principale cause de mortalité au cours de la brucellose. Elle nécessite un diagnostic précoce et une attitude urgente et agressive. L'échocardiographie permet souvent de suspecter le diagnostic devant un contexte clinique évocateur mais la confirmation est toujours bactériologique. Le traitement repose sur une association d'une antibiothérapie adaptée et d'un remplacement valvulaire.

Références :

1. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circ* 1998; 98: 2936-48.

Samira Azzabi, Imène Boukhris, Eya Chérif, Fatma Derbali, Lamia Ben Hassine, Chékib Kooli, Zouleikha Kaouech, Narjess Khalfallah

*Service de Médecine Interne B. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.
Faculté de Médecine de Tunis
Université de Tunis El Manar*

Acidurie pyroglutamique

L'acidurie pyroglutamique ou déficit en glutathion synthétase est une cause rare d'anémie hémolytique. Au cours de ce déficit, l'anémie hémolytique peut être isolée ou associée à une acidose métabolique et des anomalies neurologiques (1). Nous rapportons une nouvelle observation de cette pathologie.

Observation

O T âgé de 7 ans et demi, est adressé pour prise en charge d'une insuffisance rénale. Il est issu d'un mariage consanguin de premier degré et d'une grossesse menée à terme. Il a été hospitalisé à H36 de vie pour ictère néonatal ayant nécessité une exsanguino-transfusion. Le diagnostic retenu était une incompatibilité dans le système ABO. Depuis, il garde une anémie hémolytique bien tolérée. Les explorations faites à l'âge de 4 ans et 7 ans étaient : un test de Coombs direct négatif et une électrophorèse de l'hémoglobine normale. Par ailleurs, il a été hospitalisé à deux reprises pour une symptomatologie faite d'ictère et de vomissements évoluant dans un contexte fébrile avec une cytolysé hépatique modérée non explorée. Son histoire actuelle remonte à 7 jours, marquée par l'apparition d'une symptomatologie respiratoire traitée par Zithromax®, Maxilase® et Efferalgan®. Trois jours avant l'admission, l'évolution s'est faite vers l'apparition d'un ictère et de

vomissements. L'examen à l'admission montrait un ictère cutanéomuqueux franc, une protéinurie et une hématurie au Labstix®. A la biologie, une anémie normochrome normocytaire à 10,7g/dl a été notée ainsi qu'une hyperbilirubinémie à 97 µmol/l. Devant l'installation d'une dyspnée, d'une oligurie et d'une altération de l'état de conscience, le patient nous a été transféré. L'examen dans notre service a objectivé un enfant agité, déshydraté, dyspnéique et un état hémodynamique stable. Les explorations biologiques ont noté une anémie à 7,3 g/dl ; une acidose métabolique avec un pH à 7,25, PCO₂ à 9,6 et HCO₃⁻ à 4,2. Par ailleurs, une insuffisance rénale a été notée avec créatininémie à 150 µmol/l ainsi qu'une cytolysé hépatique : ASAT : 1669 U/L, ALAT : 2441 U/L. Le patient a nécessité 2 séances d'hémodialyse et une transfusion par 2 culots globulaires. La chromatographie des acides organiques a objectivé une accumulation massive d'acide pyroglutamique représentant 56% des acides organiques urinaires. Le diagnostic d'acidurie pyroglutamique a été retenu et l'enfant a été mis sous bicarbonate de sodium 42 %° 1 ampoule x 3/j , vitamine C 1cp x 2/j et vitamine E 1cp x 2/j. Par ailleurs, l'examen ophtalmologique a objectivé une rétinite pigmentaire. L'évolution après huit ans , est marquée par un taux d'hémoglobine stable oscillant entre 9,5 g/dl et 11 g/dl, en dehors d'un épisode d'hémolyse en 2006.

Conclusion

Le diagnostic d'acidurie pyroglutamique doit être évoqué devant l'association d'une anémie hémolytique à une acidose métabolique. Son pronostic dépend de la sévérité du déficit et de la précocité du traitement.

Références

1. Njalsson R, Norgren S. Physiological and pathological aspects of GSH metabolism. *Acta Paediatrica* 2005; 94:132-137.

Ouns Najja, Neziha Kaabachi**, Mohamed Rachid Lakhoua**

** Service de Pédiatrie, Hôpital Charles Nicolle*

***Service de Biochimie, Hôpital la Rabta*

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Idiopathic aeroportia and gastric pneumatosis

The appearance of gas within the wall of the stomach is an extremely rare occurrence and can be infectious or noninfectious in origin (1). We report a patient with gastric pneumatosis of unknown origin who was managed non-operatively.

Case Report

A 56-year-old male presented to the emergency department