

Conclusion

La prévalence des glomérulonéphrites et des autres complications rénales au cours de l'EI a diminué avec l'ère et le développement de l'antibiothérapie. Cependant, il importe de souligner l'importance de la prévention des endocardites par la surveillance de toute valvulopathie et encore mieux par leur prophylaxie. De même, il est nécessaire d'évoquer une EI devant toute atteinte glomérulaire ou insuffisance rénale qui n'a pas fait ses preuves.

Références

1. Eggimann P et Francioli P. Endocardite infectieuse. Première partie : Epidémiologie, facteurs prédisposant, pathogénèse, agents étiologiques. Méd Mal Infect 1993 ; 23 : 774-80. Deuxième partie : Manifestations cliniques, diagnostic, traitement, prophylaxie. Méd Mal Infect 1993; 23: 781-90.
2. François D, André M, Marie C, Guy G. Endocardite infectieuse. Revue de Praticien 2005; 55: 765-75.

Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Lilia Baili, Lilia Rokbani

Service de médecine Interne. Hôpital Habib Thameur. Tunis

Faculté de médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Une complication fatale des vomissements gravidiques : L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

L'encéphalopathie de Gayet Wernicke (EGW) est une complication rare mais grave du déficit en vitamine B1, décrite pour la première fois par Wernicke en 1881. Elle est essentiellement rencontrée chez les alcooliques mais plusieurs cas survenus dans un contexte de vomissements gravidiques incoercibles ont été publiés. Sa fréquence est probablement sous-estimée car de nombreux cas autopsiques ont été décrits (1). Son association avec l'hyperhémésis gravidarum était décrite par Sheehan en 1939. L'EGW se manifeste par une triade clinique : syndrome confusionnel d'installation aiguë, des troubles oculomoteurs et ataxie. Le stade ultime est un coma flasque de mauvais pronostic. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de confirmer le diagnostic par la présence d'hyper signaux le plus fréquemment au niveau périaqueducal, des thalami, et des corps mamillaires.

Nous rapportons le cas d'une patiente chez qui le diagnostic d'EGW a été porté dans un contexte de vomissements gravidiques incoercibles.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans, sans antécédents particuliers, troisième geste deuxième pare, enceinte à un terme de 20 semaines d'aménorrhée, admise dans un tableau de confusion avec des troubles de la marche, des troubles oculomoteurs associée à un syndrome polyuropolydésique évoluant dans un contexte de vomissements gravidiques

négligés depuis deux semaines. A l'admission la patiente était somnolente, confuse, polypnéique et déshydratée. L'examen neurologique trouvait : une dysarthrie, un syndrome vestibulaire, un syndrome cérébelleux, un strabisme convergent avec nystagmus et une diplopie par atteinte de la 6^{ème} paire crânienne, les reflexes étaient présents et symétriques et il n'y avait pas de déficit moteur. L'échographie obstétricale montre une grossesse monofoetale évolutive en rapport avec le terme. Le bilan biologique montrait une légère hypokaliémie, pas de cytolyse et la protéinurie de 24h était négative. Devant les troubles neurologiques, un scanner cérébral a été réalisé et s'est révélé normal ; cet examen a été complété par une IRM qui avait montré des plages de démyélinisation péri ventriculaire, autour du 4^{ème} ventricule, de l'aqueduc de Sylvius et s'étendant vers les pédoncules cérébraux. Le diagnostic de l'EGW a été retenu sur le contexte clinique et les images radiologiques évocatrices et la supplémentation en thiamine a été entamée à raison de 900mg /j par voie parentérale. L'évolution était marquée par le décès de la patiente dans un tableau d'arrêt cardio-respiratoire brutal d'origine centrale.

Conclusion

Les vomissements gravidiques peuvent être à l'origine de complications neurologiques graves responsables de séquelles importantes, voire du décès de la patiente. Une surveillance hydro-électrolytique quotidienne associée à une correction adaptée et progressive des troubles doivent être effectuées. En cas de vomissements gravidiques sévères, une supplémentation vitaminique préventive et adaptée doit être mise en route rapidement pour garantir le bon déroulement de la grossesse et le bien être maternel.

Références :

1. C. Eboüé, C. Carlier-Guérin, V. de La Sayette, J.-Y. Grall, M. Herlicoviez. Une complication rare des vomissements gravidiques : l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2006 ; 35: 822-5.

Daaloul Walid, Jlili Latifa, Ouerdiane Nadia, Masmoudi Abdelwaheb, Ben Hamouda Sonia, Bouguerra Badreddine, Sfar Rachida

Service de gynécologie obstétrique B. Hôpital Charles Nicolle. Boulevard 9 Avril. 1006 Tunis. Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Kyste de l'ovaire fœtal

Depuis la première observation d'un kyste de l'ovaire fœtal rapporté par Valenti et al en 1975 (1), la détection échographique des kystes ovariens fœtaux n'a cessé d'augmenter. A la naissance, ces kystes représentent 5% des tumeurs abdominales du nouveau-né de sexe féminin (2). Ces kystes ovariens sont de découverte tardive au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse, leur régression spontanée postnatale est la règle une fois l'ovaire fœtal isolé de l'influence

hormonale maternelle. Toutefois la survenue d'une complication peut venir grever cette évolution favorable, la plus fréquente et la plus redoutable est la torsion spontanée de l'annexe avec un risque non négligeable d'ovariectomie (3). Nous rapportons dans cet article, trois observations de kyste ovarien fœtal.

Observations

Observation 1 :

Mme A âgée de 19 ans, primipare, primigeste est enceinte à 38 semaines d'aménorrhée (SA).

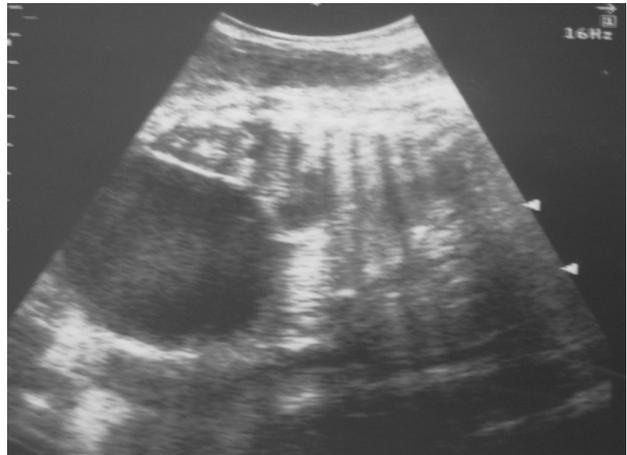
Sa grossesse est mal suivie avec trois consultations prénatales et une seule échographie faite au 1^{er} trimestre. Elle s'est présentée à notre service en début de travail spontané à terme. L'examen initial trouve une hauteur utérine à 31 cm, avec des contractions utérines régulières et des bruits de cœur du fœtus présents. Au toucher vaginal, le col était ouvert à 2 doigts larges, effacé à 80 % avec une présentation céphalique. Le bassin était jugé, cliniquement transversalement rétréci, aucune pathologie maternelle obstétricale n'a été retrouvée. L'échographie obstétricale objective une énorme masse abdomino-pelvienne de 9,2 cm de grand axe chez le fœtus de sexe féminin. La masse est totalement anéchogène à paroi fine et aux contours réguliers (figures 1 et 2). Les 2 reins et la vessie ont été visualisés. Il n'existe pas de dilatation digestive. Le kyste de l'ovaire fœtal était fortement suspecté et une césarienne a été décidée, devant le bassin pathologique et l'échec de l'épreuve de travail par stagnation de la dilatation, permettant l'extraction d'un nouveau né de sexe féminin pesant 3 kg présentant une voussure abdomino-pelvienne évidente. L'échographie postnatale retrouve les mêmes caractéristiques de la masse. Le bébé a bénéficié d'une laparotomie à J4, vu la taille importante du kyste, permettant une kystectomie avec des suites opératoires simples.

Figure 1 : Coupe échographique transverse de l'abdomen fœtal à 38 SA.

Image kystique annexielle anéchogène à paroi fine évoquant un kyste non compliqué.



Figure 2: La même image qu'en figure 1, en coupe longitudinale montrant le kyste qui occupe la totalité de la cavité abdominale basse.



Observation 2 :

Mme L âgée de 32 ans, mère de deux enfants vivants nés par voie basse en bon état de santé. Elle est enceinte à 32 SA, sa grossesse est bien suivie et s'est déroulée normalement. Une échographie obstétricale a objectivé la présence d'une image pelvienne totalement anéchogène plaquée contre la vessie du côté gauche faisant 6 cm de diamètre, avec des contours réguliers chez un fœtus de sexe féminin. La vessie et les 2 reins sont visualisés sans anomalies. La surveillance échographique a montré le caractère mobile de cette masse et sa persistance jusqu'à terme. L'accouchement par les voies naturelles s'est déroulé sans incidents et l'échographie post natale retrouve les mêmes caractéristiques du kyste. Une surveillance échographique a été instaurée et l'évolution a été marquée par la régression progressive du kyste jusqu'à sa disparition complète au cinquième mois de vie.

Observation 3 :

Mme Z est âgée de 35 ans, c'est une troisième geste, deuxième pare, ayant un enfant vivant né par césarienne, et une fausse couche spontanée. Sa grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'à 35 SA où une échographie obstétricale a mis en évidence une masse abdomino-pelvienne de 5 cm totalement anéchogène, apéristaltique et indépendante du tractus urinaire, faisant évoquer un kyste de l'ovaire chez un fœtus de sexe féminin. La surveillance échographique a montré la régression spontanée de l'image kystique à un terme de 39 SA. L'accouchement s'est déroulé par voie basse sans anomalies. Le contrôle échographique chez le nouveau-né a confirmé l'absence de la masse abdomino-pelvienne.

Conclusion

Le kyste de l'ovaire fœtal est une pathologie en apparence bénigne mais qui peut être grevée d'un nombre considérable de complications périnatales. A cause de son hormono-dépendance, une régression spontanée du kyste est fréquente.