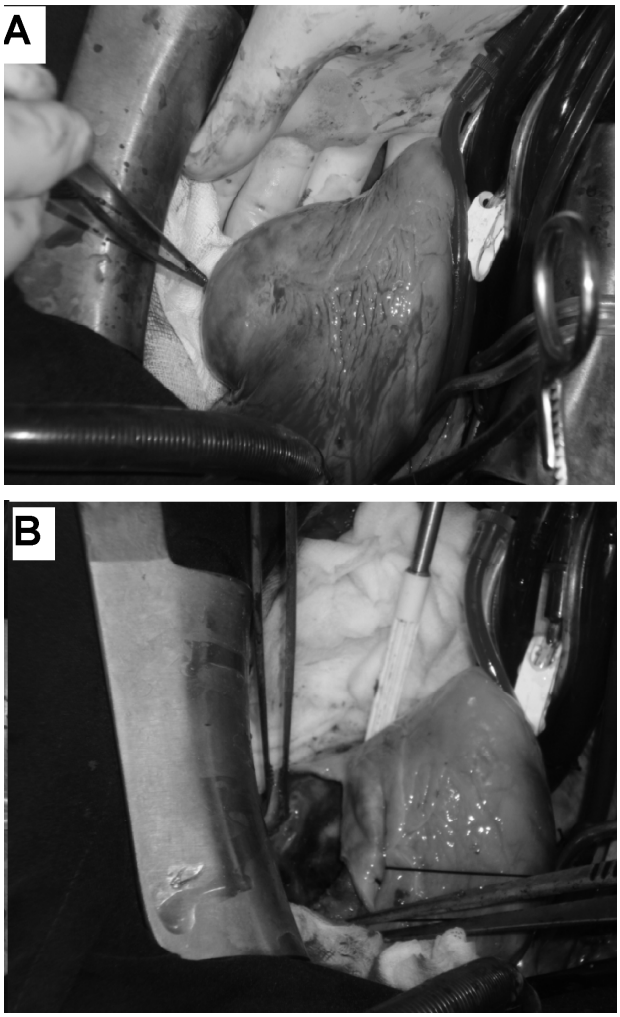
Figure 2 : Le Kyste hydatique cardiaque
A- Avant l'exérèse
B-Après l'exérèse



Conclusion

Le kyste hydatique cardiaque est une pathologie grave et redoutable par ses complications. Il affecte une population relativement jeune. Les tableaux cliniques sont variables et non spécifiques. Le diagnostic est suspecté par les examens d'imagerie et confirmé par l'étude anatomopathologique. Le traitement est essentiellement chirurgical mais les mesures préventives à l'échelle de la population doivent être prioritaires afin de diminuer son incidence.

Références :

1. Haouala H, Rahal N, M'Henni H, Ben Hamadi F, Mechmech R, Guediche M. Hydatid cyst of the heart of multivesicle type. Apropos of a case. Ann Cardiol Angeiol.1989; 38: 83-6.
2. Jerbi S, Romdhani N, Tarmiz A et al. Le kyste hydatique emboligène du cœur droit. Ann Cardiol Angeiol. 2008; 57: 62-5.

Abdeddayem Haggui, Imène saidi, Rana Dahmani, Nadhem Hajlaoui, Dakher Lahidheb, Thouraya Filali, Nadia Barakett, Mehdi Ghmodh, Wafa Fehri, Habib Haouala

Service de cardiologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar, Tunis, Tunisie

---

Actinomycose pelvienne pseudo-tumorale

L'actinomycose est une infection bactérienne, caractérisée par la formation, au sein des tissus infectés, de grains jaunes: les grains actinomycosiques (1). L'agent responsable ou actinomycète, bacille gram positif anaérobie stricte, est un saprophyte endogène des voies aérodigestives ou plus rarement du vagin. Il peut devenir pathogène en cas d'effraction de la muqueuse (2). Depuis l'utilisation croissante des dispositifs intra utérins, l'origine génitale semble être devenue l'origine croissante de cette affection qui reste rare (2, 3). Elle peut simuler dans ses localisations abdominales ou pelviennes une affection néoplasique ou inflammatoire. Affection grave en l'absence de traitement convenable. Son pronostic a été transformé par l'antibiothérapie, essentiellement la pénicilline G (1, 4).

Nous rapportons un cas d'actinomycose abdomino-pelvienne avec extension vésicale chez une femme de 39 ans illustrant la difficulté du diagnostic de l'actinomycose abdomino-pelvienne.

Observation

Mme KH, âgée de 39 ans, G3P4, diabétique sous insuline, ayant eu une contraception par DIU pendant 4 ans enlevé 1 an avant sa consultation, était hospitalisée dans notre service pour exploration d'une masse latéro-utérine. La masse a été découverte à une échographie pelvienne faite dans le cadre d'exploration de douleurs abdominales associées à des infections urinaires à répétition évoluant depuis 2 ans. La patiente était apyrétique, en bon état général. L'examen a objectivé un blindage sous ombilical mal limité adhérent au plan profond. L'ECBU était positif à E. COLI. L'échographie pelvienne a montré une image latéro-utérine de 5,5 cm de diamètre et une image inter vésico- utérine de 4,8 cm comprimant la vessie associées à un épaississement de la paroi vésicale avec bourgeons intravésicaux. La cystoscopie trouvait une lésion sessile de 4 cm de grand axe sur la face antérieure de la vessie dont l'examen anatomopathologique a conclu à une cystite interstitielle chronique sans signe de spécificité ni de malignité. Une IRM pelvienne a montré une lésion infiltrante au niveau de l'espace pré vésical envahissant la vessie et responsable de végétations endoluminales envahissant les muscles grand obliques. L'aspect était donc évocateur d'une actinomycose pelvienne (figures 1 et 2). Elle a bénéficié d'une coelioscopie diagnostique qui a montré un magma adhérentiel épiplo-utéro-vésical et un faux kyste de l'espace inter-utéro-vésical qu'on a ponctionné avec un utérus et des annexes sans anomalies. La patiente a eu un traitement symptomatique et

devant l'amélioration clinique elle n'a pas reconsulté. Elle reconsulte 7 mois après pour exacerbation des algies pelviennes. Les urines étaient troubles et l'ECBU était positif à E. *coli*. L'échographie pelvienne a montré une vessie à paroi épaissie par endroit présentant des micro végétations à contenu finement échogène, un utérus de taille normale avec 2 collections pelviennes la 1ère au dessus de la vessie faisant 11 x 3, 5 cm et la 2ème en arrière de l'utérus faisant 9x2cm. Une IRM a objectivé une aggravation des lésions pelviennes avec une collection pré vésicale et épanchement enkysté rétro et latéro-utérin droit. Une laparotomie exploratrice a montré un blindage pariétal avec une tumeur nécrosée sous le plan musculaire. Des biopsies multiples au niveau pariétal et tumoral ont permis de conclure à une actinomycose pelvienne. La patiente a été mise alors sous Pénicilline G avec une bonne évolution clinique et disparition des signes d'appel urinaires.

Figure 1 : Coupe transversale d'IRM montrant une actinomycose pelvienne avec envahissement de la paroi vésicale.

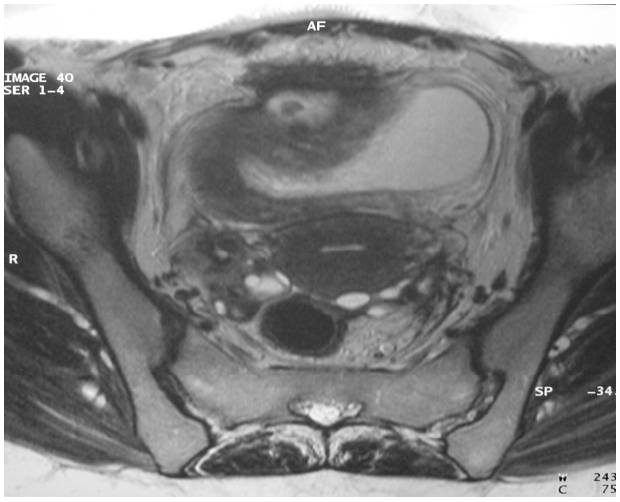
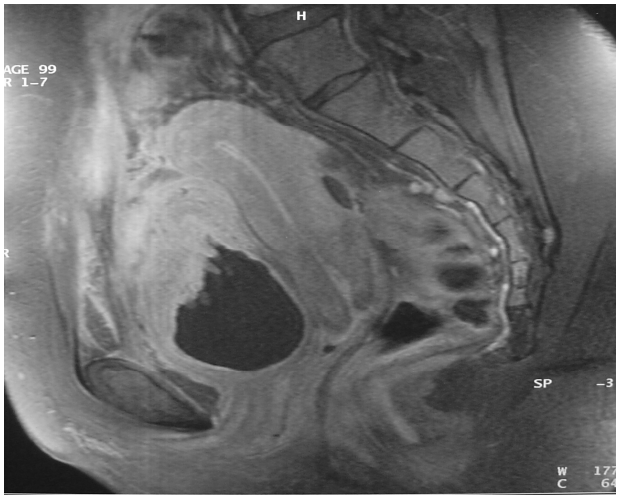


Figure 2 : Coupe sagittale d'IRM montrant une actinomycose pelvienne avec envahissement de la paroi vésicale



Conclusion

L'actinomycose est une maladie rare. Sa localisation pelvienne est encore plus rare et souvent associée à un DIU. Les tableaux cliniques sont polymorphes et trompeurs. Les aspects radiologiques sont peu spécifiques. Son diagnostic est essentiellement histologique. La laparotomie est souvent indispensable devant un syndrome tumoral. Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée par la pénicilline G. Une chirurgie d'exérèse la complète avantageusement. Elle accélère la guérison, diminue la durée et les doses de l'antibiothérapie postopératoire et minimise la fréquence des rechutes.

Références

1.P. Heudier, B. Taillan, E. Ferrari, J.F. Michiels, P. Dujardin. Actinomycose abdomino-pelvienne à forme pseudo tumorale : diagnostic par ponction sous échographie. Rev Med Interne 1992 ; 13 : 364-66.
2. M.H. Mtaallah, J. Ben Hassouna, T. Bouzid et al. Actinomycose pelvienne pseudo tumorale avec atteinte multi radiculaire lombosacrée. A propos d'un cas. Gynécol Obstét Fertil 2005 ; 33 : 586-89.
3. P. Michel. Actinomycose pelvienne révélée par une pelvipéritonite. Ann Chir 2004 ; 129 : 96-9.
4. I. Bittar, J. L. Cohen Solal, P. Cabanis. L'actinomycose abdominopelvienne Ann Chir 2001 ; 126 : 494-96.

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

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

Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar, Tunis, Tunisie

---

Syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial et scanner multidétecteurs

Le diagnostic positif du syndrome du défilé thoraco-brachial est essentiellement clinique. L'angio-scanner multi détecteurs, avec des réformations multi planaires et des reconstructions tridimensionnelles étudie les structures osseuses et vasculaires à partir de la même acquisition. Il permet d'objectiver les compressions vasculaires et les anomalies osseuses compressives sous jacentes, orientant ainsi le traitement et notamment la voie d'abord optimale si un traitement chirurgical s'avère nécessaire (1, 2).

Observation

Nous rapportons l'observation d'un patient de sexe masculin, âgé de 40 ans sans antécédents notables qui consulte dans un tableau d'ischémie aiguë du membre supérieur gauche. Le patient a été exploré en urgence, vu la notion d'ischémie aigue, par un angio-scanner du membre supérieur gauche réalisé avec injection d'emblée de produit de contraste. Au cours de l'examen, il a été placé en décubitus dorsal, le membre exploré surélevé à 180° pour sensibiliser la mise en évidence de conflit. L'interprétation a été réalisée sur consoles de post traitement dédiée avec reconstructions 2D et 3D en rendu osseux et