

Abcès récidivants du psoas révélant un déficit immunitaire commun variable

Le déficit immunitaire commun variable (DICV) est un déficit immunitaire primitif portant sur l'immunité humorale et caractérisé par une diminution de la concentration sérique d'au moins deux classes d'immunoglobulines (Ig) circulantes et par la survenue d'infections bactériennes récidivantes essentiellement des voies aériennes, une incidence accrue de lymphoprolifération et de néoplasies, de maladies auto-immunes et de granulomatoses [1-2].

Nous rapportons un cas inhabituel de DICV révélé par des abcès récidivants du psoas d'origine appendiculaire.

Observation

Un patient âgé de 43 ans, sans antécédents pathologiques particuliers était hospitalisé dans un tableau de fièvre, douleur lombaire droite et psoïtis. L'examen physique à l'admission trouvait un patient fébrile à 38.7°C, une sensibilité du flanc droit et de la fosse iliaque droite (FID) et des lésions de vitiligo diffuses à tout le corps. A la biologie, on notait une C-réactive protéine (CRP) élevée à 153mg/L et une hyperleucocytose à 13000/mm³ avec polynucléose neutrophile. La tomodensitométrie (TDM) abdominale pratiquée en urgence montrait un abcès du psoas droit avec des anses agglutinées au niveau de la FID. Les hémocultures étaient négatives. Le drainage percutané de la collection ramenait un liquide purulent positif à *Escherichia coli* et l'évolution a été favorable sous antibiothérapie à large spectre et sous drainage percutané. Dans le cadre du bilan étiologique de cet abcès, la TDM abdominale n'a pas révélé de foyer infectieux de contiguïté digestif, rénal ou ostéoarticulaire. L'iléo coloscopie ainsi que le transit du grêle étaient normaux. Le patient a été mis sortant et n'a consulté que 8 mois plus tard, dans un tableau douloureux et fébrile de la FID. Une récurrence de l'abcès du psoas droit était retenue sur la TDM abdominale et l'évolution était également favorable sous antibiothérapie et drainage percutané. A l'occasion de cette deuxième hospitalisation, un bilan biologique exhaustif révélait une hypogammaglobulinémie à 0.9 g/l (normale: 5-16 g/l). Le dosage pondéral des immunoglobulines (Ig) montrait un déficit portant sur toutes les classes d'Ig (Ig G, Ig A et Ig M). Le reste du bilan biologique était normal. Le phénotype lymphocytaire révélait une baisse des lymphocytes B mémoire et des anomalies lymphocytaires T à type d'inversion du ratio CD4/CD8. Le diagnostic d'un déficit immunitaire commun variable a été retenu après avoir éliminé les déficits immunitaires secondaires en particulier à un lymphome et à une infection par le VIH. Un traitement substitutif par Ig a été alors débuté. Neuf mois plus tard, le patient consultait pour un 3^{ème} épisode d'abcès du psoas droit traité par drainage percutané et antibiothérapie. Une cœlioscopie diagnostique pratiquée à froid montrait un appendice rétrocoecal avec une pointe en rétro péritonéal et de

la fibrose tout autour. Une appendicectomie a été alors réalisée. Le patient restait asymptomatique après un recul de 2 ans et consultait mensuellement pour une perfusion d'Ig.

Références

1. Park MA, Li JT, Hagan JB, Maddox DE, Abraham RS. Common variable immunodeficiency: a new look at an old disease. *Lancet* 2008; 372: 489-502.
2. Oksenhendler E, Gérard L, Fieschi C, et al. Infections in 252 patients with common variable immunodeficiency. *Clin Infect Dis* 2008; 46:1547-54.

Yosra Said, L. Hamzaoui, Radhouane Debbeche, Senda Trabelsi, Slim Bouzaidi, Mohammed Salem, Chedly Dziri, Taoufik Najjar*

Service de Gastro-entérologie

**Service de Chirurgie générale B. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie
Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar*

Eclampsie tardive du post-partum

L'éclampsie est une complication grave de la grossesse responsable d'une morbidité et d'une mortalité maternelle importante. Elle peut survenir dans le post partum et représente 11 à 44% des éclampsies [1]. Le taux de mortalité lié à l'éclampsie est stable depuis une trentaine d'année aux alentours de 2% alors qu'il atteint 14% dans les pays en voie de développement [1]. Parmi les éclampsies du post partum on distingue les formes précoces et tardives selon que la crise convulsive survient avant ou au-delà de 48h après l'accouchement [1]. Plus la crise survient à distance de l'accouchement, plus le diagnostic d'éclampsie est difficile à retenir.

Nous rapportons le cas rare d'une patiente ayant présenté une éclampsie tardive du post-partum au décours d'une grossesse non compliquée.

Observation

Mme D, 18 ans, G1P1, ayant une grossesse de déroulement normal sans dysgravie ni prise de poids excessive. Le travail et l'accouchement à 39SA se sont déroulés sans incidents. Le nouveau né pesait 3750g. Devant l'absence de tout facteur de risque de pathologie gravidique, la patiente a bénéficié d'une sortie précoce à j1 du post-partum. Elle reconseille en urgence à j27 du post partum pour flou visuel et céphalée. L'examen avait trouvé une TA à 15/9, une protéinurie à une croix, une apyrexie avec un examen neurologique normal. Trente minutes après son arrivée, la patiente avait présenté un épisode convulsif tonico-clonique généralisé sans déficit post critique avec un examen neurologique normal. La tension artérielle était à 19/11 et la protéinurie à 2 croix avec une diurèse conservée. Une réanimation médicale était entamée, la patiente était mise sous inhibiteur calcique type nicardipine au pousse seringue électrique et un anti-convulsivant périphérique type sulfate de magnésium. Elle a bénéficié d'un scanner cérébral en urgence revenu normal. Deux autres crises convulsives se sont

succédées à trente minutes d'intervalle avec toujours une bonne récupération post critique. La biologie était normale. Une échographie doppler des membres inférieurs ainsi qu'une échographie abdomino-pelvienne sont revenue normales. Le diagnostic d'éclampsie du post-partum a été retenu. Vu la bonne évolution avec normalisation de la tension artérielle, la patiente était mise sortante six jours après son admission.

Conclusion

L'éclampsie tardive du post partum est rare. Elle est associée à un tableau prodromique le plus souvent atypique. Elle peut compliquer une grossesse de déroulement normal et peut survenir jusqu'à quatre semaines du post partum. Ce qui incite à surveiller systématiquement la pression artérielle en post partum et informer les patientes sur les symptômes devant amener à consulter ce qui peut améliorer le pronostic de cette forme atypique d'éclampsie.

Références :

- [1] B.M. Sibai. Diagnosis, Prevention and Management of Eclampsia, Obstet Gynecol 2005; 105: 402-10.

Daaloul Walid, Belgharbi Arwa, Oueslati Mondher, Overdiane Nadia, Masmoudi Abdelwaheb, Ennine Inès, Ben Hamouda Sonia, Houissa Mohamed, Bouguerra Badreddine, Sfar Rachida

Service de gynécologie obstétrique

Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Charles Nicolle, Boulevard 9 Avril, 1006 TUNIS

Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

Isolated torsion of the fallopian tube in a woman of reproductive age

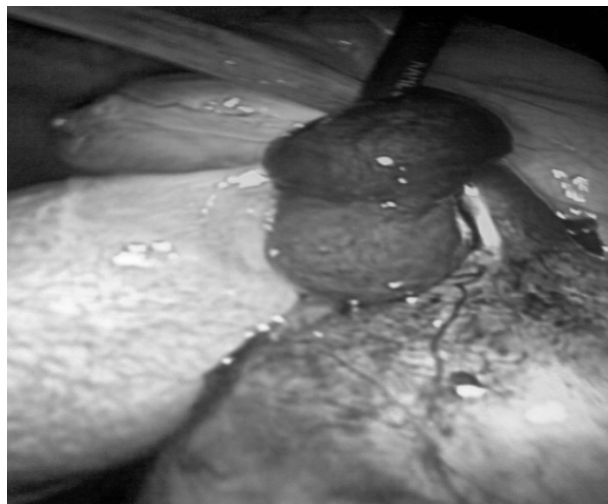
Isolated torsion of the fallopian tube is an uncommon gynecologic pathology, even more rare in adolescent females. The overall incidence in the literature is approximately as 1 in 1.5 million women (1). No particular or pathognomonic clinical signs, nor specific images or laboratory data are found (2). Thus, preoperative diagnosis is rarely made. It is usually made during surgical intervention, preferably by coelioscopy (3). We report a new case of isolated torsion of the fallopian tube in a woman of reproductive age.

Case report

A 16-year-old woman, admitted in the emergency for a 2-days pelvic pain, especially in the right iliac fosse. No associated digestive or urinary symptoms were neither found nor recent gynecological complaints. She had previously regular menstruation and menarche at 13 years old. General examination noticed a 38°C temperature, a blood pressure about 100/70 mm Hg, a pulse rate about 82 beats per minute and an evident tenderness on palpation of the left lower abdominal quadrant with a palpable painful mass of 4-5 cm in the right iliac fosse. The

trans-abdominal ultrasound scan showed a 6.5 cm cystic mass annexed to the right part of uterus.

Figure 1: Isolated torsion of the right fallopian tube



The b-human chorionic gonadotropin was negative. Diagnosis of left ovarian cyst torsion was made. An urgent laparoscopy was performed revealing the presence of isolated torsion of the right fallopian tube with resultant hemorrhage and necrosis. This torsion was related to a giant hydatid of Morgani cyst. The uterus, left ovary and tube, and left ovary were normal. Right laparoscopic salpingectomy was performed. Histological examination showed a 12-cm-long uterine tube, 5-cm dilated in the central portion, with extensive hemorrhage and edema of the tube wall associated with neutrophilic infiltrate. The patient had an acceptable postoperative evolution, and was allowed to live the hospital 48 hours later.

Figure 2: Isolated torsion of the right fallopian tube with giant hydatid of Morgani cyst

