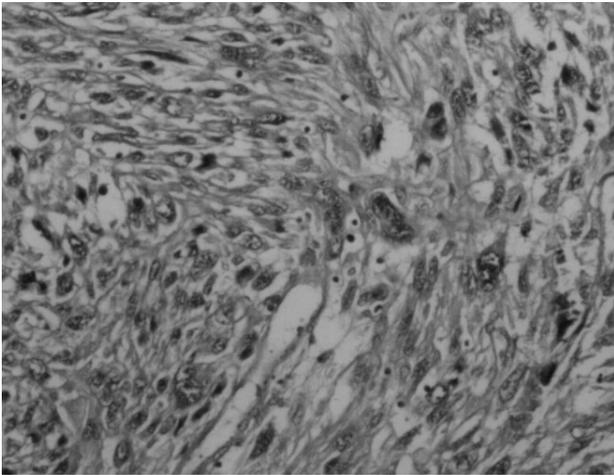


**Figure 3:** Interlacing bundles of neoplastic muscle cells with large nuclei and several mitotic figures admixed with numerous osteoclastic giant cells (HEX400)



**References**

1- Irvin W, Prestley A, Andersen W, Taylor P, Rice L. Leiomyosarcoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 636-42.

*Ramy Ben Salah 1, Amina Mekni2, Hedhili Oueslati3, Moncef Zitouna2, Sami Bouchoucha1*

1Surgical department, Habib Bouguetfa Hospital, Bizerte, Tunisia  
 2Department of pathology, La Rabta Hospital. 1007 Bab Saadoun, Tunis, Tunisia.  
 3Maternity center. Regional hospital of Ben Arous, Tunisia.  
 Faculty of Medicine of Tunis, Tunis El Manar University

**Infarctus du myocarde en cours de grossesse compliqué d'insuffisance surrénalienne aiguë**

L'incidence de l'infarctus du myocarde (IDM) chez la femme enceinte a été estimée à 0.6 à 1 sur 10<sup>4</sup> grossesses [1] ; 4 fois plus importante que chez la femme en âge de procréation. Elle est associée à une lourde mortalité maternelle : 5-37% [1, 2] et fœtale : 12-35% [1, 2]. En phase hospitalière, la survenue d'une insuffisance surrénalienne aiguë est exceptionnelle et particulièrement grave sur ce terrain. Au long cours, l'IDM affecte le pronostic de ces patientes. Si une nouvelle grossesse peut être rendue possible chez les femmes ayant un antécédent d'IDM [3], celle-ci reste à risque materno-fœtal élevé et ne peut être envisagée qu'après concertation pluridisciplinaire et avis éclairé de la patiente [4].

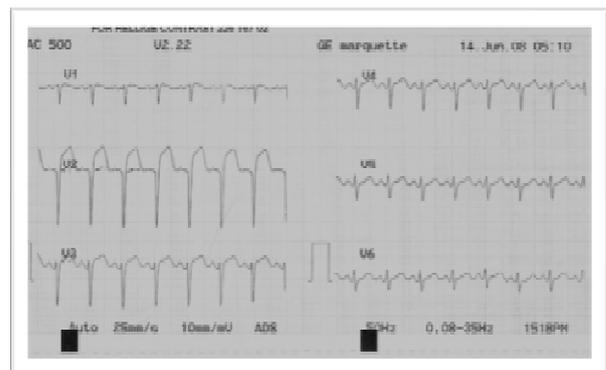
Nous rapportons l'observation d'un IDM compliqué d'une insuffisance surrénalienne aiguë chez une femme enceinte.

**Observation**

Mme BS âgée de 28 ans, sans facteurs de risque coronarien, enceinte à 17 semaines d'aménorrhée, 3<sup>ème</sup> geste nullipare ayant

un antécédent de grossesse arrêtée et d'un avortement spontané tardif. Elle a présenté une douleur thoracique constrictive d'installation brutale et évoluant par paroxysmes pendant 24h mais dont l'origine coronarienne n'a pas été initialement identifiée. La patiente a été transférée dans notre service à J1 et le diagnostic d'IDM antérieur étendu semi-récents a été retenu.

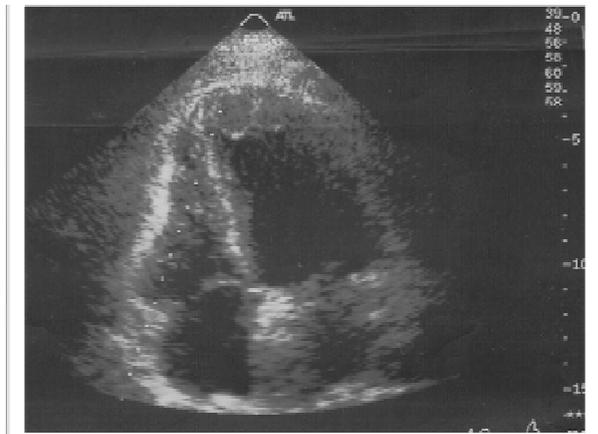
**Figure 1 :** Electrocardiogramme 12 dérivation : Onde Q de nécrose et élévation du segment ST en antérieur étendu.



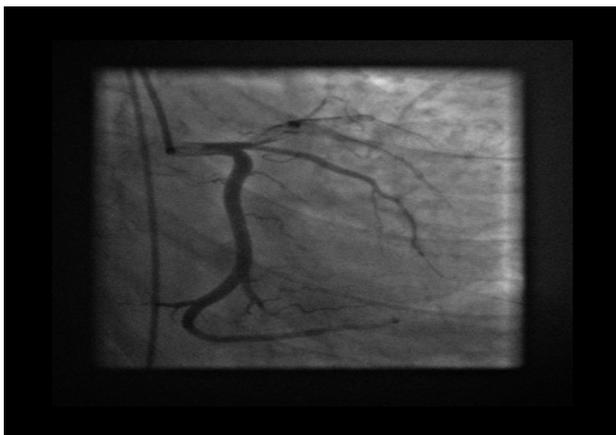
L'examen à l'admission a noté une pression artérielle : 10/7cmHg, une tachycardie régulière à 160 bpm et l'absence de congestion pulmonaire. A L'électrocardiogramme (Figure1), une tachycardie sinusale et un sus-décalage de ST en antérieur étendu avec une image en miroir en inférieur. L'échographie trans-thoracique (Figure 2) a objectivé une akinésie des parois septales et antérieure, une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à 37% et un thrombus apical de 2.3 cm. Devant une récurrence angineuse, la coronarographie (Figure3) a été réalisée en urgence montrant une atteinte monotronculaire : un thrombus de l'inter ventriculaire antérieure proximale avec un flux TIMI 2. La patiente a reçu un triple traitement antiagrégant ; l'Acide acétyl salicylique, le Clopidogrel et le Tirofiban (pendant 48 heures), une héparinothérapie, un inhibiteur de l'enzyme de conversion et une statine. L'évolution initiale a été favorable. A J4 d'hospitalisation, il a été découvert l'arrêt de la grossesse avec disparition de l'activité cardiaque fœtale à l'échographie pelvienne. A J9, la patiente a développé un état de choc réfractaire aux inotropes et au remplissage par les

macromolécules associé une douleur abdominale, une asthénie profonde et une hyponatrémie. Après avoir éliminé son origine cardiogénique, hypovolémique ou une urgence abdomino-pelvienne, une insuffisance surrénalienne aigüe a été évoquée.

**Figure 2 :** Echocardiographie Doppler :Thrombus apical du ventricule gauche



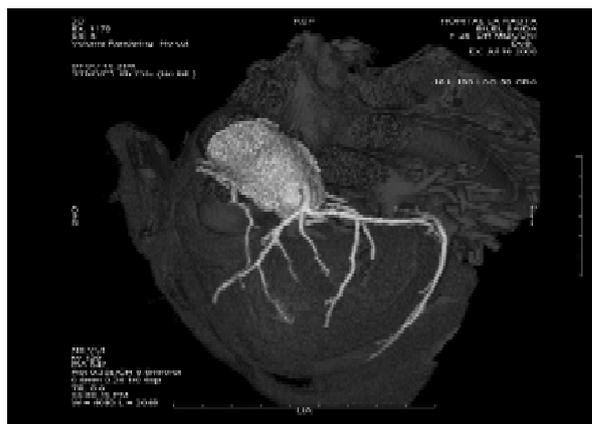
**Figure 3 :** Coronarographie :Thrombose de l'inter ventriculaire antérieure



L'évolution a été rapidement favorable sous corticothérapie intraveineuse : 300mg d'hémi-succinate d'hydrocortisone/j (relayée à J17 par une corticothérapie orale maintenue pendant 3 mois). La tomodensitométrie abdominale n'a pas objectivé d'hématome des glandes surrénales ni de thrombose artérielle ou veineuse surrénalienne. A J20, l'expulsion du fœtus mort à J4 a été réalisée sans incidents après induction par du Misoprostol. Un coroscanner (figure 4) réalisé à 1 mois a montré l'intégrité du réseau coronaire, une FEVG à 35% et l'absence de thrombus ventriculaire. Le bilan étiologique de la thrombose coronaire a été négatif, notamment la recherche d'un syndrome des anticorps anti-phospholipides, d'un déficit en antithrombine, protéine C, ou protéine S ou d'une résistance à la protéine C. La patiente a été mise à sa sortie sous contraception par microprogestatifs en implant sous-cutané et antivitamine K oral outre la corticothérapie et le traitement anti-

ischémique. L'insuffisance surrénalienne aigüe a été totalement régressive et le bilan hormonal, après l'arrêt de la corticothérapie a été normal. A la dernière consultation de cardiologie, 3 ans après l'IDM, la patiente rapportait une dyspnée stade 2-3 NYHA et sa FEVG était à 39%. Elle a manifesté une nouvelle fois, son désir de grossesse. Après concertation pluridisciplinaire, les conditions de sécurité ont été jugées insuffisantes et l'autorisation d'une grossesse n'a pas été acceptée par le staff médical.

**Figure 4:** Angioscanner coronaire (contrôle à 1 mois) Disparition du thrombus de l'artère interventriculaire antérieure, réseau sans lésions.



## Conclusion

L'infarctus du myocarde est une pathologie certes rare chez la femme enceinte mais associée à une morbi-mortalité maternelle et fœtale lourde. Une prise en charge immédiate et adéquate est nécessaire pour en limiter les complications qui peuvent condamner l'avenir vital, fonctionnel et/ou obstétrical de ces patientes.

## Références

1. Roth A, Elkayam U. Acute myocardial infarction associated with pregnancy. Ann Intern Med 1996; 125:751-62.
2. Hankins GD, Wendel GD Jr, Leveno KJ, Stoneham J. Myocardial infarction during pregnancy: A review. Obstet Gynecol 1985; 65:139-46.
3. Faivre J, Verroust N, Ghiglione S, Mignon A. Cardiopathies et grossesse. Réanimation 2009 ; 18,215-22.
4. Remoue P, Vannier C, Catala L, Gillard Ph, Fournie A, Descamps Ph. Grossesse après infarctus du myocarde : à propos de deux cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32:5-16.

*Fathia Mghaiehi1, Jihen Ayari1, Sihem Mbarki1, Habiba Mizouni2, Ezzedine Sfar3, Mohamed Sami Mourali1, Emna Mnif2, Hela Chelli3, Rachid Mechmeche1*  
 1: Service des Explorations Fonctionnelles et de Réanimation Cardiologiques, Hôpital la Rabta ; Tunis  
 2: Service de Radiologie, Hôpital la Rabta de Tunis  
 3: Service de Gynécologie-Obstétrique A, Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis.

Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar