

se fait le plus souvent vers la rupture qui survient généralement au début du deuxième trimestre, qui est responsable d'une hémorragie maternelle pouvant conduire dans certaines situations au décès. Le traitement de cette malformation utérine repose, après extraction du fœtus, sur la résection de la corne rudimentaire et de sa trompe.

### Références

- [1] C. Panayotidis, M. Abdel-Fattah, M. Leggott. Rupture of rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus at 15 weeks' gestation, J Obstet Gynaecol 2004; 24 :323-24.
- [2] Kuscü NK, Lacin S, Kartal O, Koyuncu F. Rupture of rudimentary horn pregnancy at the 15th week of gestation: a case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;102:209-10.
- [3] Heinonen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. Fertil Steril 1997;68:224-30.
- [4] Daskalakis G, Pilalis A, Lykeridou K, Antsaklis A. Rupture of non communicating rudimentary uterine horn pregnancy. Obstet Gynecol 2002;100:1108-10.

**Nabil Mathlouthi, Moez Magroun\*, Olfa Slimani, Riadh Ben Temime, Tahar Makhlof, Leila Attia, Abdellatif Chahia**

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de gynécologie obstétrique "A", Tunis, Tunisie ;

\* Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Bougafra, Service de gynécologie obstétrique, Bizerte, Tunisie

## Succès de la fermeture d'une large perforation œsophagienne iatrogène après mise en place tardive d'une prothèse métallique doublement couverte.

La perforation œsophagienne réalise une solution de continuité au niveau de la paroi faisant communiquer la lumière de l'œsophage avec les tissus péri-œsophagiens. Elle est dite instrumentale lorsqu'elle complique un geste diagnostique ou thérapeutique. Elle est certainement la plus grave des perforations du tractus digestif, associée à un taux de mortalité de 15 à 30%. (1, 2). Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et du traitement.

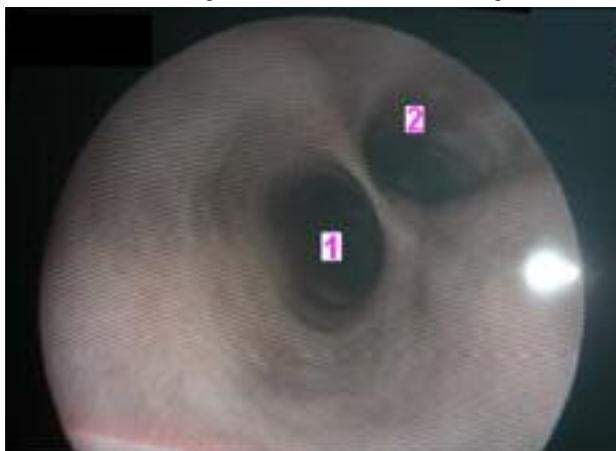
Nous rapportons un cas de perforation instrumentale de l'œsophage à la suite d'une œsophagoscopie traitée avec succès par une prothèse totalement couverte.

### Observation

Monsieur LM, âgé de 75 ans, aux antécédents d'ingestion de soude à l'âge de 5 ans, ancien tabagique, ayant la notion de blocage alimentaire d'un morceau de viande 20 jours avant son hospitalisation ayant nécessité le recours à une œsophagoscopie au tube rigide ; Celle-ci avait conclu à la présence d'une sténose légère annulaire 1 cm sous la bouche œsophagienne. L'extraction du morceau de viande s'est compliquée d'une plaie minime de la muqueuse œsophagienne. La surveillance 24 heures après l'extraction du corps étranger

était sans particularités et le malade était mis sortant. L'évolution était marquée par l'apparition 15 jours après d'une dysphagie mixte d'aggravation progressive associée à une toux productive, un épisode d'hémoptysie, des fausses routes le tout évoluant dans un contexte d'altération manifeste de l'état général, sans fièvre. A l'examen physique, la malade était apyrétique, eupneïque, avait un état général altéré avec un BMI à 17 Kg/m<sup>2</sup>, Il n'y avait pas de crépitation sous cutanée avec à l'auscultation, on notait la présence de râles bronchiques et crépitants diffus. Le patient a bénéficié d'une fibroscopie qui avait conclu à la présence à 30 cm des arcades dentaires de deux lumières, la première en continuité avec l'estomac, la seconde avec une cavité pleine de sécrétion blanchâtre (figure 1).

**Figure 1:** Image per-endoscopique montrant deux lumières :  
1) la première en continuité avec l'estomac  
2) la seconde correspondant à la fistule oeso-bronchique.



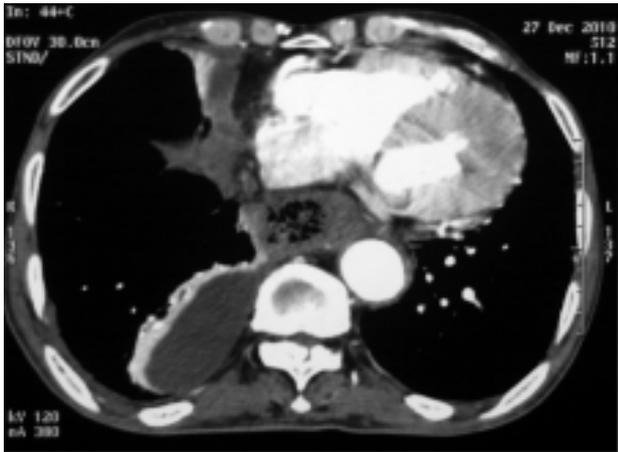
Un complément scannographique thoracique avec opacification œsophagienne était réalisé et avait permis de retenir le diagnostic d'une large fistule sur la face antérolatérale droite de l'œsophage en sous carinaire alimentant un trajet fistuleux borgne mesurant 10 cm de hauteur et environ 1.5 cm de largeur (figure 2) associée à la présence de deux collections médiastinales à contenu mixte hydro-aérique, d'une pleurésie droite, d'un emphysème pulmonaire diffus et d'une infiltration de la graisse médiastinale tout autour de l'œsophage (figures 3 et 4). Cet aspect était compatible avec le diagnostic de perforation œsophagienne compliquée d'une médiastinite avec deux collections. Au bilan biologique, on notait une hyperleucocytose avec une polynucléose à 13400 éléments/mm<sup>3</sup>, une thrombocytose à 888300 éléments/mm<sup>3</sup>, un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 63 mg/L, une hyponatrémie associée à une hyperkaliémie, une hypoalbuminémie à 30 g/L et une alcalose respiratoire non compensée à la gazométrie. Devant la gravité du tableau, le terrain, un traitement médical associé à une tentative de mise en place de prothèse couverte extractible était préconisé. Le patient a bénéficié d'une alimentation parentérale exclusive associée à une triple antibiothérapie à base de céfotaxime, fosfomycine et métronidazole, à une prophylaxie des thromboses par

l'énoxaparine sodique et à une correction des troubles hydro électrolytiques. L'évolution était bonne avec une amélioration de l'état général, une normalisation de la CRP, une correction des troubles hydro électrolytiques et de la gazométrie, avec au contrôle scannographique une disparition des collections médiastinales et de la condensation parenchymateuse.

**Figure 2 :** Large fistule sur la face antéro-latérale droite de l'œsophage alimentant un trajet fistuleux borgne



**Figure 3 :** Aspect de médiastinite avec une infiltration de la graisse médiastinale et un empyème pleural cloisonné

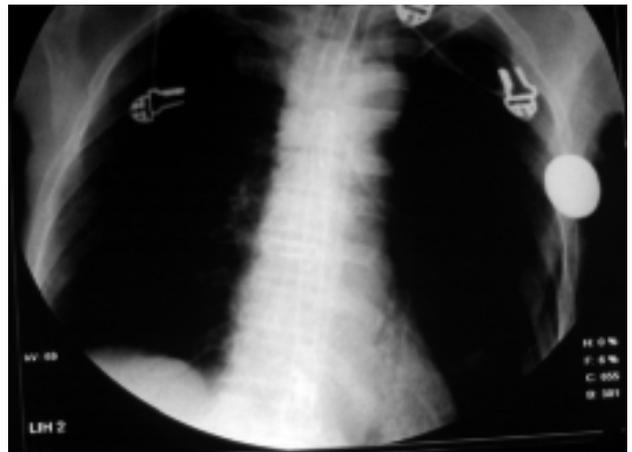


Une prothèse doublement couverte extractible de type HV Stent (ABS-Bolton) était mise en place environ deux mois après la date de la perforation œsophagienne (en raison d'un problème de disponibilité) sous contrôle radiologique avec une bonne tolérance de celle-ci et autorisant une alimentation orale et le retour à domicile du malade (figure 5). Six semaines après la mise en place de la prothèse, et au contrôle endoscopique avant ablation de la prothèse, on constatait la présence d'une sténose ulcérée au niveau du bord supérieure de la prothèse nécessitant le recours à un traitement anti-sécrétoire double dose pendant une semaine suivi d'une dilatation hydrostatique par un ballonnet à diamètre variable (12-15 mm).

**Figure 4 :** Aspect de médiastinite avec une infiltration de la graisse médiastinale associée à 2 collections hydro-aériques dont l'une est en contact de la paroi latérale droite de l'œsophage dont les limites sont mal définies



**Figure 5 :** Radiographie de thorax réalisée juste après la mise en place de la prothèse montrant une prothèse en place



Ainsi un retrait sans difficulté de la prothèse était réalisé par éversion de celle-ci en chaussette avec au contrôle endoscopique et après opacification de l'œsophage une fermeture complète de la fistule.

### Conclusion

La particularité de notre observation est qu'il s'agisse d'un cas de perforation œsophagienne instrumentale iatrogène traité avec succès malgré le retard diagnostique par un traitement médical et endoscopique. Les perforations instrumentales de l'œsophage restent un accident grave, entaché d'une lourde mortalité dont est responsable le retard diagnostique. Toute douleur ou symptôme anormal au cours ou dans les suites d'une manœuvre instrumentale œsophagienne doit faire évoquer une perforation. Le diagnostic peut être assuré par un transit aux hydrosolubles. La prise en charge thérapeutique doit être rapide et adaptée. La mise en place d'une prothèse extractible et

couverte est une alternative efficace offrant une fermeture rapide de la perforation, une reprise précoce de l'alimentation, et évite éventuellement la morbidité potentielle liée au traitement chirurgical. Toutefois, la prise en charge ne serait se limiter à la seule fermeture de l'effraction de la paroi digestive. Le drainage d'éventuelles collections, le traitement systémique de l'infection et l'assistance nutritive sont des adjuvants incontournables. Une coopération étroite entre gastro-entérologues et chirurgiens reste de mise dans la prise en charge des perforations oesophagiennes, qu'il ait ou non traitement endoscopique

### Références

- 1- J. Baulieux, O. Philippe, N. Coffy, P. Mailet. Les perforations traumatiques de l'oesophage. Lyon chirurgical, 1997;37: 3-11.
- 2- B. Guerrier, M. Makkeieff, M. Barazer. Perforations oesophagiennes. Encycl. Med. Chir. (Paris. France) Oto-Rhino-Laryngologie, 20845-A10, Gastro-Entérologie, 9-203-A10, 1994, 7p.

*Olfa Hellara<sup>1</sup>, Nabil Ben Chaabène<sup>1</sup>, Wissem Melki<sup>1</sup>, Ahmed ZRIG<sup>2</sup>, Rim Smaili<sup>1</sup>, Hichem Loghmani<sup>1</sup>, Fethia Bdioui<sup>1</sup>, Leila Safer<sup>1</sup>, Mondher Gollif<sup>1</sup>, Hammouda Saffar<sup>1</sup>*

*1-Université du centre, Faculté de Médecine de Monastir, CHU de Monastir, Service de Gastro-entérologie, 5000, Monastir, Tunisie ;  
2-Université du centre, Faculté de Médecine de Monastir, CHU de Monastir, Service de Radiologie, 5000, Monastir, Tunisie.*

## La fièvre boutonneuse méditerranéenne avec insuffisance rénale aiguë

La fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM) est une infection bactérienne due à *Rickettsia conorii* survenant surtout dans les régions du pourtour méditerranéen au printemps ou en été. Elle est transmise par les tiques de chiens *Rhipicephalus sanguineus* (1, 2). Généralement, c'est une maladie d'évolution favorable en une dizaine de jours, caractérisée par une fièvre, une escarre (tache noire) et une éruption maculopapuleuse. Toutefois, des formes sévères ont été décrites pour des terrains fragilisés (3), elles associent aux facteurs prédisposant, une vascularite cutanée, une cytolysé hépatique, une rhabdomyolyse, une atteinte du système nerveux central pouvant aller jusqu'au coma et une insuffisance rénale aiguë (3, 4). L'atteinte rénale est mal connue et est fréquemment considérée comme fonctionnelle ou liée à une nécrose tubulaire et/ou à une vascularite nécrosante.

Nous rapportons l'observation d'une FBM compliquée d'insuffisance rénale aiguë.

### Observation:

Patiente âgée de 65 ans, originaire de Tunis et y demeurant, hypertendue depuis 20 ans sous Alpha méthyl dopa et furosémide, a été hospitalisée en Septembre 1999 pour fièvre au long cours. Elle a présenté, un mois avant son admission, une fièvre chiffrée à 39-40°C avec frissons associée à une toux

sèche et des céphalées. Elle a été traitée à plusieurs reprises par des antibiotiques et antipyrétiques sans amélioration. Vingt jours plus tard elle a présenté des arthralgies de type inflammatoire au niveau des poignets et des métacarpophalangiennes (MCP) et une éruption non prurigineuse généralisée à tout le corps. L'examen clinique trouve une patiente fébrile à 39°C, TA : 120/80, rythme cardiaque à 90 bat/mn, une polypnée à 24 c/mn, une hyperhémie conjonctivale bilatérale, une langue saburrale, une éruption maculo-papuleuse non prurigineuse généralisée à tout le corps y compris les paumes et les plantes (figure 1,2), une lésion croûteuse de 1 cm de grand axe au niveau du creux poplité (figure 3), une douleur à la mobilisation des poignets et des MCP, l'examen des urines à la bandelette trouve une croix de protéinurie sans hématurie.

Figures 1 et 2 : Eruption cutanée maculo-papuleuse



Figure 3 : Creux poplité : chancre d'inoculation

