

Surgical treatment was indicated but the patient refused. To date, the patient has been symptom free for two years, because of dietary modification and symptomatic treatment including vessel dilator. Surgery therefore became unnecessary.

Conclusion

Median arcuate ligament syndrome is a controversial entity. It should be included in the differential diagnosis of chronic abdominal pain, weight loss, and diarrhoea especially in young patients, after a thorough investigation. Diagnosis of MALS is based on clinical symptoms and radiological findings, using doppler ultrasound and CT angiography. The goal of treatment is to relieve the extrinsic compression of the celiac artery.

References

- [1] Harjola PT. A rare obstruction of the coeliac artery. *Ann Chir Gynaecol Fenn* 1963;52:547-50
- [2] Gander S, Mulder DJ, Jones S et al. Recurrent abdominal pain and weight loss in an adolescent: Celiac artery compression syndrome. *Can J Gastroenterol* 2010; 24: 91-3
- [3] Levin DC, Baltaxe HA. High Incidence of celiac axis narrowing in asymptomatic individuals. *Am J Radiol* 1972; 116: 426-9
- [4] Yu-Chi Tseng, Tseng CK, Chou JW et al. A Rare Cause of Mesenteric Ischemia: Celiac Axis Compression Syndrome. *Intern Med.* 2007;46:1187-90
- [5] Petrella S, Rodriguez CFS, Sgrott EA et al. Relationship of the Celiac Trunk with Median Arcuate Ligament of the Diaphragm. *Int. J. Morphol.* 2006 ; 24 :263-74.

Houissa Fatma, Dachraoui Asma, Mouelhi Leila, Bouzaïdi Slim, Debbech Radhouene, Najjar Taoufik

University Tunis El Manar, Faculty of Medicine of Tunis, Charles Nicolle Hospital, Hepatology and Gastroenterology department, Tunis, Tunisia;

Tachycardie fœtale supra ventriculaire

La tachycardie fœtale supra ventriculaire (TSV) est une arythmie grave définie par un rythme cardiaque fœtal supérieur à 180 battements par minute (bpm). Elle est à l'origine de 4,3 à 12,4 % des anasarques fœtaux non immunologiques [1,2] et d'une morbidité et mortalité fœtale et périnatale non négligeable : 60 % des cas [3]. Cette pathologie constitue un modèle de Médecine fœtale grâce aux différentes thérapies anti-arythmiques efficaces administrées à la mère ou directement au fœtus [4].

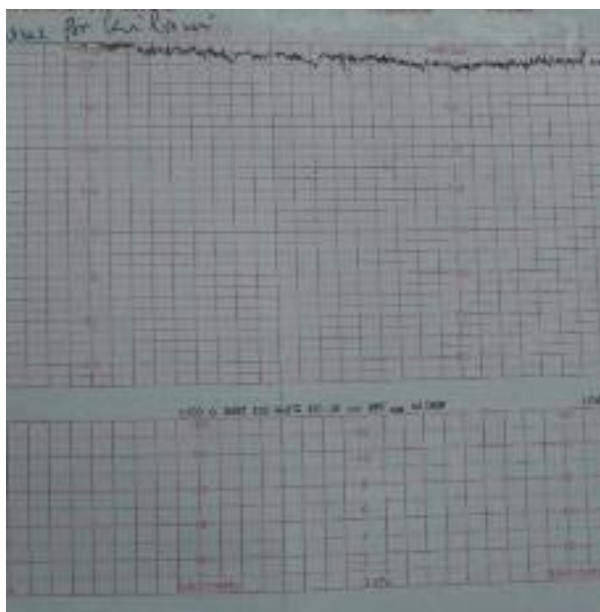
Nous rapportons l'observation d'une TSV avec anasarque fœtale traité in utero avec succès par la digoxine.

Observation

Mme X primipare, âgée de 35 ans, de groupe sanguin O Rhésus positif. Elle s'est présentée à un terme de 35 SA à notre consultation prénatale. La parturiente n'avait pas d'antécédents familiaux ou personnels pathologiques ainsi que son mari. Le suivi de la grossesse était jusqu'au la normal, sa dernière consultation remontait à 28 SA. L'examen clinique trouvait une hauteur utérine (HU) excessive par rapport au terme (HU = 34

cm), les pôles fœtaux étaient mal perceptibles et l'auscultation des bruits du cœur fœtaux trouvait un rythme très accéléré, incomptable par sa rapidité. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal trouvait un rythme de base à 200 bpm aréactif (Figure 1). L'échographie obstétricale objectivait une grossesse mono fœtale évolutive avec un hydramnios et une anasarque fœtale (épanchement pleural bilatéral, épanchement péricardique minime, une ascite et une hydrocèle bilatérale). La morphologie cardiaque était par ailleurs normale avec une fréquence cardiaque de 210 bpm. L'étude du reste de la morphologie fœtale paraissait sans anomalies.

Figure 1 : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal avec un rythme de base à 200bpm.



L'échographie cardiaque fœtale couplée au doppler a confirmé le diagnostic de TSV à l'origine de l'insuffisance cardiaque et de l'anasarque foeto-placentaire.

L'origine immunologique de l'anasarque a été éliminée par le groupe sanguin de la mère rhésus positif et le test de coombs indirect (TCI) négatif. Le dépistage de diabète est revenu négatif. A la recherche d'une étiologie de la tachycardie fœtale; l'interrogatoire précis n'a pas trouvé la notion de prise médicamenteuse durant la grossesse (β mimétiques, atropine). La numération formule sanguine a éliminé une anémie maternelle. Le bilan thyroïdien était normal ainsi que les sérologies infectieuses (syphilis, toxoplasmose, rubéole, herpès) qui sont revenues négatives. L'examen cardiovasculaire maternel pré thérapeutique et l'électrocardiogramme sont revenus sans anomalies. Un traitement in utero, à base de digoxine, à la dose de 0,5 mg/j a été débuté sans tarder. Le rythme cardiaque fœtal s'est ralenti à J4 du traitement. Il est devenu stable et régulier à 140 bpm. Après 7 jours de la normalisation du rythme cardiaque fœtal, la disparition complète de l'anasarque a été constatée à l'échographie, la

surveillance maternelle reposant sur l'examen clinique et l'électrocardiogramme n'a pas montré d'anomalies ou de signes d'intolérance au traitement digitalique. Ce traitement était maintenu à la même dose jusqu'à l'accouchement. Ce dernier s'est fait par césarienne à 38 SA devant l'installation d'une souffrance fœtale aiguë permettant l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin de poids de naissance 3500 grammes avec une bonne adaptation à la vie extra utérine. L'examen du nouveau-né trouvait un rythme cardiaque à 120 bpm, une auscultation cardiaque normale et des pouls périphériques présents.

L'électrocardiogramme et l'écho-cardiaque doppler à J2 de vie étaient normaux. L'enfant est mis sortant au 5ème jour de vie, sous traitement digitalique à la dose de 10 µg/kg/j pour éviter les récides. Les examens aux visites de contrôle étaient l'âge d'un an.

Conclusion

La TSV pose un problème réel en termes d'incidence, de diagnostic et de prise en charge qui doit être multidisciplinaire. L'échographie a le mérite de confirmer le diagnostic, rechercher l'étiologie, évaluer le retentissement, guider un éventuel geste thérapeutique et de suivre l'efficacité du traitement. La prise en charge s'impose dès le diagnostic, classiquement la digoxine est la molécule de choix, d'autres traitements sont de plus en plus utilisés de 1ère intention. Une évaluation par des études cliniques comparatives avec un effectif plus important est nécessaire.

Références

- 1/ Simpson JM, Sharland GK. Fetal tachycardia: management and outcome of 127 consecutive cases. Heart, 1998; 79, 576-81.
- 2/ Pézard PG, Boussion F, Sentilhes L et al. Fetal tachycardia: a role for amiodarone as first- or second-line therapy? Arch Cardiovasc Dis 2008; 101:619-27.
- 3/ Hahurij ND, Blom NA, Lopriore E et al. Perinatal management and long-term cardiac outcome in fetal arrhythmia. Early Hum Dev 2011;87:83-7.
- 4/ Kamberi L, Citaku H, Hoxha-Kamberi T. Supraventricular tachycardia in pregnancy. Med Arh 2010;64:305-6.

Malek-mellouli Monia, Néji khaled, Ben Amara Fethi, Reziga Hédi

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Centre de maternité et de néonatalogie, Service de gynécologie obstétrique "B", 1007, Tunis, Tunisie

Cause inhabituelle de fièvre au long cours : textilome

Le textilome, ou gossypiboma des Anglo-Saxons, se définit comme un corps étranger, en coton ou autre tissu, oublié dans un foyer opératoire, auquel s'associe un granulome en rapport avec une réaction inflammatoire (1). C'est une complication iatrogène pouvant être lourde de conséquences aussi bien pour le patient que pour le chirurgien (1).

Nous rapportons le cas d'un textilome abdominal découvert six mois après résection d'un kyste hydatique du foie, à l'occasion d'une fièvre au long cours.

Observation

Patient âgé de 17 ans, opéré en Avril 2005 pour kyste hydatique du foie, est hospitalisé en septembre 2005 pour exploration d'une fièvre au long cours. Le patient présente depuis trois semaines avant son admission une fièvre non chiffrée associée à des douleurs basi-thoraciques gauches. L'examen clinique montre un patient altéré, fébrile à 38°5 avec une douleur à la palpation de l'hypochondre droit. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire biologique avec VS à 110 mm, CRP à 182 mg/l, fibrinémie à 5,85 g/l, une hypo-albuminémie à 28 g/l et une anémie inflammatoire à 10,8 g/dl d'hémoglobine. La radiographie de l'abdomen sans préparation n'était pas contributive. La radiographie du thorax était normale. L'échographie abdominale faite à deux reprises était sans anomalies en dehors d'un sludge vésiculaire. La tomodensitométrie abdominale a révélé une formation arrondie assez bien limitée par une paroi d'épaisseur variable, à contenu hétérogène et présentant des densités gazeuses prédominantes comprimant l'estomac en arrière et venant au contact avec la paroi abdominale antérieure et la rate et à distance de l'angle colique gauche (figures 1, 2).

Figure 1, 2 : Formation arrondie assez bien limitée par une paroi d'épaisseur variable, à contenu hétérogène et présentant des densités gazeuses prédominantes

