

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 récives. 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



Devant l'aspect très évocateur de textilome sur la tomодensitométrie abdominale, le patient a été retransféré au service de chirurgie pédiatrique où il a été opéré. Le diagnostic de textilome est alors confirmé.

Conclusion

Le textilome est une complication rare, mais grave par ses conséquences cliniques et ses répercussions médico-légales. Sa découverte est généralement tardive. La clinique manque de spécificité. La prévention est pratiquement le meilleur moyen pour réduire son incidence.

Références

1. Chorvat G, Kahn J, Camelot G, Henriot P, Gillet JY, Gillet M. L'évolution des corps étrangers oubliés dans l'abdomen. Ann Chir 1976;30:643-9.

Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Fatma Ben Dahmen, Lilia Baili, Lilia Rokbani

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Habib Thameur, Service de Médecine Interne, Tunis, Tunisie

Angioplastie vertébrale dans la maladie de Takayasu

La maladie de Takayasu est une aorto-artérite inflammatoire d'étiologie non encore élucidée. Elle atteint préférentiellement l'aorte et ses branches principales, les artères pulmonaires et les artères coronaires [1]. L'atteinte des artères vertébrales s'associe à un taux de mortalité et de déficits neurologiques importants surtout quand les lésions sont bilatérales. La revascularisation des troncs supra-aortiques est indiquée en cas de retentissement cérébral sévère malgré un traitement médical bien conduit (corticoïdes et immunosuppresseurs) avec une sténose de plus de 70 % d'une ou de plusieurs artères à destinée cérébrale [2]. Le pontage aorto-carotidien ; technique la plus fréquemment utilisée, comporte une morbi-mortalité non négligeable de l'ordre de 14 % et expose à long terme aux complications anastomotiques tels que les sténoses et les faux anévrismes qui sont rapportés respectivement dans 8.4 % des cas à 10 ans et 13.8 % des cas à 20ans [3]. Durant les dix dernières années l'angioplastie transluminale des troncs supra aortiques a été assez largement utilisée comme alternative à la chirurgie conventionnelle dans le traitement des lésions carotidiennes, sous clavières et rénales avec une moindre morbi-mortalité [4]. Les sténoses courtes et serrées constituent la meilleure indication.

Nous rapportons le cas d'une femme de 30 ans atteinte d'une maladie de la crosse aortique avec retentissement cérébral sévère chez qui nous avons réalisé une angioplastie de l'artère vertébrale.

Observation

Patiente R.K âgée de 30 ans, suivie en médecine interne pour maladie de Takayasu. Au cours de l'évolution elle a présenté une symptomatologie faite de céphalées hémicrâniennes nocturnes, convulsions tonico-cloniques généralisées mal contrôlées par le traitement médical et une baisse de l'acuité visuelle. L'origine ischémique de ces symptômes a été confirmée par un angioscanner des troncs supra aortiques qui a montré : une thrombose des deux artères carotides primitives et des deux artères sous clavières (figure 1).

Figure 1 : Scanner préopératoire montrant une sténose serrée au niveau de l'artère vertébrale droite



La vascularisation cérébrale est assurée seulement par une artère vertébrale droite de gros calibre mais siège d'une sténose serrée à son origine. Les coupes cérébrales montrent des lésions ischémiques bilatérales peu étendues. Nous avons posé chez cette femme l'indication d'une revascularisation endovasculaire par une angioplastie de l'artère vertébrale droite. L'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale en raison de la survenue d'une crise convulsive au moment de l'anesthésie locale au niveau du Scarpa droit. Par ponction fémorale droite, nous avons cathétérisé le tronc artériel brachio-céphalique à l'aide d'une sonde vertébrale. Après franchissement de la lésion vertébrale par un guide hydrophile 0,0035, nous avons dilaté la lésion à l'aide d'un ballonnet de 8 mm de diamètre. La mise en place du stent a été secondaire ; en raison du résultat incomplet de l'angioplastie seule. Le résultat angiographique était satisfaisant avec opacification totale et immédiate des artères intracrâniennes. L'évolution post opératoire a été favorable avec récupération d'un pool carotidien droit (par revascularisation rétrograde) et disparition des convulsions. Le contrôle scannographique à J 15 (figure 2) est satisfaisant.