

Conclusion

La tuberculose pelvienne a une symptomatologie polymorphe et peu spécifique. Dans 15% des cas, comme c'est le cas de nos patientes, elle se manifeste par les mêmes signes d'appel qu'un cancer gynécologique à type de : douleurs pelviennes, masse abdomino-pelvienne, ascite et amaigrissement.

Le traitement de la tuberculose pelvienne est médical basé sur les antituberculeux (4).

Les séquelles gynécologiques sont graves à type d'infertilité et de grossesse extra utérine. La tuberculose pelvienne se complique dans 39% d'infertilité tubo-ovarienne (5).

Face à ces séquelles majorées, dans nos pays, par le retard du diagnostic et une sous-évaluation des lésions, il est essentiel de renforcer la prévention par la vaccination systématique et de rechercher systématiquement une localisation génitale en cas de tuberculose pulmonaire.

Références

- 1- Dubernard G, Ansquer Y, Marcollet A et al. Pseudotumoral tuberculosis of the cervix. *Gynecol Obstet Fert*, 2003, 31, 446-448.
- 2- Gungor T, Keskin HL, Zergeroglu S et al. Tuberculosis salpingitis in two of five primary fallopian tube carcinomas. *J Obstet Gynaecol*, 2003, 23, 193-195.
- 3- Rakoto-ratsimba HN, Samison LH, Razafimahandry HJ et al. Bartholinite tuberculeuse : une observation à Madagascar. *Méd Trop*, 2003, 63, 608-610.
- 4- Tripathi R, Prakash A, Rathore A. Vulval tuberculosis: an unusual case. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003, 82, 769.
- 5- Wise GJ, Marella VK. Genito urinary manifestations of tuberculosis: *Urol Clin North Am*, 2003, 30, 111-121.

Riadh Chargui1, Molka Chemlali, Amira Triki1, Leila Achouri, Bouthayna Laamour1, Olfa Jaidane, Hatem Bouzaïene 1, Jamel Ben Hassouna1, Fethi Khomsi1, Tarak Dhiab 1, Monia Hechich1, Khaled Rahal1.

1 Service de chirurgie carcinologique Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie.

Tamponnade cardiaque révélatrice d'un lupus érythémateux systémique

La survenue d'une péricardite au cours du lupus érythémateux systémique (LES) est fréquente et peut être révélatrice de la maladie dans 10 à 40 % des cas (1,2). En revanche, la survenue d'une tamponnade révélant un LES est une situation exceptionnelle. Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation

Patiente âgée de 27 ans, suivie depuis cinq ans pour syndrome de Raynaud et syndrome de Sjögren, a été admise pour fièvre, douleur thoracique et dyspnée d'aggravation progressive. Par ailleurs, elle rapporte la notion de photosensibilité et d'arthrites. L'examen physique révèle une patiente pale, fébrile à 39°C, la tension artérielle était à 90/65 mm Hg, assourdissement des bruits du cœur, une tachycardie à 120 bat/mn, une polypnée à 32 c/mn, une hépatomégalie avec turgescence des veines jugulaires. Le bilan biologique a montré une anémie à 6g/dl d'hémoglobine, une lymphopénie à 600/mm³, des plaquettes à

312000/mm³, une protéinurie à 1,9 g/j, une C réactive protéine à 27mg/l, des anticorps antinucléaires positifs à 1/2520, des antiDNA positifs, une hypo-complémentémie, des anticorps antiRo positifs, des anticorps anticardiolipines positifs et un facteur rhumatoïde positif à 326 UI. La radiographie du thorax a révélé une cardiomégalie et une pleurésie (figure 1).

Figure 1 : Radiographie du thorax : cardiomégalie et pleurésie gauche



L'électrocardiogramme a montré un microvoltage et une tachycardie sinusale (figure 2).

Figure 2 : ECG : Microvoltage et tachycardie sinusale



L'échocardiographie a révélé un épanchement péricardique de grande abondance avec collapsus diastolique du ventricule droit, une insuffisance mitrale et tricuspide modérée, une hypokinésie du ventricule gauche avec une fraction d'éjection à 29,8%, un thrombus du ventricule gauche et une hypertension artérielle pulmonaire. La biopsie labiale a montré une sialadénite grade IV de Chisholm. La biopsie rénale a révélé une glomérulonéphrite lupique type IV. Le diagnostic de lupus érythémateux systémique (LES) a été retenu devant l'association pleurésie, péricardite, photosensibilité,

lymphopénie, arthrites, atteinte rénale, présence d'anticorps antinucléaires et d'antiDNA. Ce LES était associé à un syndrome de Sjögren secondaire et était révélé par une péricardite compliquée de tamponnade. Un drainage péricardique a été réalisé en urgence. L'examen bactériologique du liquide péricardique et la recherche de mycobactéries était négatif, de même que les cultures. L'examen cytologique de ce liquide n'a pas montré de cellules néoplasiques. Cette péricardite était associée à une myocardite évoquée à l'échocardiographie. La patiente a été traitée par des boli de Méthylprédnisolone (1g/j trois jours de suite) relayés par la prédnisone par voie orale à la dose de 1mg/kg/j associée à des boli mensuels de cyclophosphamide (1g par bolus). Ce traitement était aussi associé à une anti-coagulation, un traitement diurétique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion et la digitaline. L'évolution était favorable avec normalisation du sédiment urinaire et disparition de l'épanchement péricardique ainsi que des signes de myocardite. La patiente est régulièrement suivie, et trois ans après cet épisode, elle est toujours en rémission.

Conclusion

La tamponnade est une complication redoutable très rare et exceptionnellement révélatrice du LES. La diminution des taux sériques de C4, le sexe féminin, en même temps qu'une atteinte rénale, d'une anémie hémolytique et d'une pleurésie peuvent être tous des signes prédictifs potentiels de tamponnade chez les patients lupiques avec péricardite.

Références

1. Ansari A, Larson PH, Bates HD. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus: current perspective. *Prog Cardiovasc* 1985; 27:421-34.
2. Mandell BF. Cardiovascular involvement in systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1987; 17:126-41.

Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zahra Aydi, Lilia Baili, Lilia Rokbani
Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur Tunis Tunisie
Faculté de Tunis ElManar ; Faculté de médecine de Tunis

Tuberculose pseudo tumorale du pancréas

La tuberculose pancréatique est une pathologie rare de présentation clinique et radiologique polymorphe qui peut être confondue avec une tumeur du pancréas et conduire alors à un geste chirurgical inutile et potentiellement morbide. Le diagnostic reste difficile d'où l'intérêt de la biopsie percutanée. Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose pancréatique pseudo tumorale.

Observation

Mr TF âgé de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour des douleurs épigastriques évoluant 2 mois, dans un contexte d'altération de l'état général. L'interrogatoire ne notait pas d'antécédent particulier.

L'examen clinique était sans particularité en dehors d'une sensibilité de la région épigastrique. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalie en particulier des marqueurs tumoraux (ACE, CA 19-9) et un bilan hépatique normal. Les examens morphologiques (échographie abdominale et scanner abdominopelvien) montraient (figures 1+2) un processus tumoral du petit pancréas infiltrant le duodénum. Cette lésion fait 6 cm de diamètre avec une double composante tissulaire et liquidienne. Il s'y associe des adénopathies coeliomesenteriques et latéroaortiques. Une IRM abdominale (figures 3) a été réalisée confirmant la présence d'une masse tissulaire nécrosée à développement retropancréatique dont l'épicentre se situe au niveau du petit pancréas de Winslow. Une biopsie scanno guidée a été effectuée permettant de ramener un liquide casséux. L'examen anatomopathologique de ces prélèvements confirmait la présence de granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse concluant à une tuberculose caséofolliculaire. Le patient a reçu sa quadri-thérapie avec une évolution favorable.

Figure 1 : Scanner abdominale montrant le processus tumoral du petit pancréas infiltrant le duodénum



Figure 2 : Scanner abdominale montrant le processus tumoral

