

grossesse était une grossesse gémellaire menée sous Aspégic et héparine à bas poids moléculaire (HBPM). L'interrogatoire de la patiente a retrouvé une prise régulière des HBPM depuis le début de la grossesse avec une dernière injection remontant à plus de 6 heures. L'examen général était sans particularités, l'examen obstétrical a montré un col dilaté à 5cm avec des membranes intactes. Le premier jumeau a été en présentation de siège. L'échographie obstétricale a objectivé une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique de 34SA, normalement évolutive. L'accouchement s'est déroulé sans incidents par césarienne, les suites opératoires précoces étaient simple, la patiente a été mise sortante à J3 post opératoire sous HBPM avec un rendez-vous prévu à la consultation externe.

Notre patiente a reconsulté aux urgences, le 5ème jour post opératoire pour vomissement et douleur abdominale. L'examen a montré un état général altéré, une hyperthermie à 38,5°C. La TA a été à 90/60 mmHg, le pouls à 120 BPM. L'abdomen a été distendu, sensible, la cicatrice de césarienne ainsi que les lochies ont été propres, l'utérus était en involution légèrement douloureux à la mobilisation. Une échographie abdominale a été réalisée en urgence, elle a retrouvé un utérus vide, pas de masse latéro utérine mais un épanchement de moyenne abondance. Le bilan biologique a montré une hémoglobine à 10g/dl, des leucocytes à 8000/ml, des plaquettes à 50000/mm3. Le TP a été de 50%, le TCK a été allongé par rapport au témoin. De plus une cytololyse hépatique avec des enzymes à 4fois la normale et une insuffisance rénale aigue avec une créatinine à 130umol/l ont été notées.

Devant ce tableau, une péritonite post opératoire a été le premier diagnostic évoqué, la patiente a eu des prélèvements bactériologiques (ECBU, prélèvement vaginal, hémocultures), elle a été mise sous triple antibiothérapie (céphalosporines 3ème génération, aminosides, metronidazole), une laparotomie exploratrice a été réalisée, la cavité péritonéale a été le siège d'un épanchement liquidien clair, non purulent qui a été prélevé et adressé pour examen bactériologique, aucune lésion digestive ni urinaire n'a été retrouvée mais un aspect ecchymotique diffus aux niveau du grêle et du péritoine pariétal s'est constitué en per opératoire. Une toilette abondante avec drainage ont été réalisés.

La patiente a été gradée en réanimation, elle a développé une insuffisance cardiaque nécessitant l'adjonction de drogues cardiotoniques. Devant l'absence d'amélioration clinique et biologique après 48heures, la négativité des prélèvements bactériologiques et surtout l'antécédent connu du syndrome des antiphospholipides, le diagnostic de péritonite a été révisé, le syndrome des antiphospholipides catastrophique a été évoqué, la patiente a été mise sous anticoagulants à dose curative et corticoïdes, l'antibiothérapie a été maintenue.

L'évolution a été marquée par une amélioration des paramètres cliniques et biologiques ayant permis une dégression des drogues cardiotoniques. La patiente a été extubée au 7ème jour post laparotomie, actuellement elle va bien.

Conclusion

Le diagnostic du SAPC est encore controversé en raison de sa description relativement récente, du faible nombre de cas signalés, et du manque d'expérience clinique. Dans environ 6% des cas le SAPC survient au cours de la grossesse ou en post partum, il est associé à

une mortalité maternofoetale importante. Un facteur favorisant (infection, chirurgie, arrêt d'une anticoagulation...) est parfois retrouvé. La reconnaissance précoce et le traitement approprié du SAPC sont les pierres angulaires pour améliorer le pronostic. La trithérapie basée sur une anticoagulation, une corticothérapie et des immunoglobulines intraveineuses semble avoir le maximum d'efficacité. L'éducation des patientes concernant les facteurs déclenchants est fondamentale pour assurer une prévention.

Références

1. Asherson RA. The catastrophic antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1992;19:508-12.
2. Bucciarelli S, Cervera R, Espinosa G, Gomez-Puerta JA, Ramos-Casals M, Font J. Mortality in the catastrophic antiphospholipid syndrome: causes of death and prognostic factors. *Autoimmun Rev* 2006;6:72-5.

Hématome sous-périosté orbitaire post-traumatique révélé par des troubles oculomoteurs

Belghith Ahmed¹, Touil Hajer¹, Njah Hanen², Bouzaïene Montacer¹

1 : Service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, Hôpital de Mahdia

2: Service de radiologie, Hôpital Habib Bourguiba - Sfax

L'hématome sous-périosté orbitaire est rare et se produit le plus souvent après un traumatisme orbitaire ou facial direct ou après un geste chirurgical (1). Il intéresse généralement le toit de l'orbite, où les attaches entre l'os frontal et la péricorbite sont de plus en plus solides avec l'âge, ce qui explique que la majorité des cas rapportés intéresse les sujets jeunes (1). Le tableau clinique est, dans la plupart des cas, tardif et peu évocateur et c'est généralement l'imagerie qui permet de poser le diagnostic (1-3). Le pronostic est excellent après le traitement chirurgical (1, 4). Nous rapportons le cas d'un hématome orbitaire sous-périosté révélé par des troubles oculomoteurs, suite à un traumatisme à point d'impact orbitaire.

Observation

Un garçon âgé de 11 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présenté aux urgences pour une diplopie et des douleurs oculaires droites, cinq jours après un traumatisme facial, à point d'impact orbitaire droit.

L'examen clinique a noté une diplopie verticale avec une limitation de l'élévation du globe oculaire droit et une dislocation oculaire vers le bas (Figure 1 et 2). Par ailleurs, le patient ne présentait pas d'exophtalmie ni d'hémorragie sous conjonctivale. L'acuité visuelle, les réflexes photomoteurs direct et consensuel étaient conservés. La palpation du cadre orbitaire n'a pas détecté de décrochage osseux et a juste réveillé une douleur au niveau du rebord supérieur. L'examen du fond d'œil n'a pas détecté d'anomalies papillaires. Devant ce tableau clinique, nous avons évoqué une fracture isolée du plancher de l'orbite de type « blow-out ».

La tomodensitométrie orbitaire a montré une fracture non déplacée du toit orbitaire avec, à son contact, une formation bien circonscrite, de densité liquidienne épaisse et refoulant le globe oculaire vers le bas

(Figure 3). Le nerf optique était d'aspect normal. Cet aspect radiologique nous a permis de poser le diagnostic d'un hématome sous-périosté de l'orbite.

Un drainage par voie transconjonctivale a été réalisé. Une tomодensitométrie de contrôle a confirmé l'évacuation complète de la collection. L'évolution clinique a été marquée par une correction de la dislocation oculaire et une récupération progressive de l'oculomotricité (Figures 4 et 5).

Figure 1 : Déplacement du globe oculaire droit vers le bas



Figure 2 : Déficit de l'élévation du regard du côté droit



Figure 3a : Aspect tomодensitométrique montrant la collection sanguine supéro-latérale



Figure 3b : fracture non déplacée du toit de l'orbite



Figure 4 : Photo postopératoire montrant la correction de la dislocation orbitaire



Figure 5 : Récupération de l'élévation du globe oculaire



Conclusion

L'hématome sous-périosté de l'orbite est une cause rare de diplopie verticale post traumatique. Contrairement à l'hématome rétrobulbaire qui se manifeste par une baisse rapide de l'acuité visuelle et qui impose une décompression en urgence, l'hématome sous périosté ne nécessite pas d'intervention urgente dans la plupart des cas. Cependant, un drainage chirurgical s'impose pour éviter les séquelles oculomotrices et/ou morphologiques.

Références

1. Moumou H, Fikri M, Ech-cherif El Kettani N, El Hassani MR, Chakir N, Jiddane M. Hématome sous-périosté orbitaire post-traumatique à propos d'un cas. Archives de pédiatrie. 2011;18:443-5.
2. Ben Hammouda S, Ben Brahim F, Ben Zina H. L'hématome sous-périosté de l'orbite au cours de l'accouchement. J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2006;35:513-6.
3. Le Bourdon E, Riffaud L, Godey B. Hématome subpériosté de l'orbite associé à un hématome extradural frontal. J Fr Ophtalm. 1999;22:659-61.
4. Ibbahoin K, Naja A, Ouboukhlik A, El Kama A, El Azhari A. Hématome sous-périosté orbitaire associé à un hématome extradural : une observation. Neurochirurgie. 2011;57:121-4.

Réaction de Jarisch-Herxheimer après traitement antituberculeux d'une tuberculose intraoculaire

Abroug Nesrine, Khoctali Sana, Ksiaa Imen, Mahmoud Anis, Zaouali Sonia, Ben Yahia Salim, Khairallah Moncef
Service d'Ophtalmologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir
Faculté de Médecine et Université de Monastir

Le diagnostic d'uvéite tuberculeuse est le plus souvent un diagnostic de présomption, basé sur une présentation clinique compatible, une intradermoréaction à la tuberculine (IDR) positive, un « interféron gamma releasing assay » (IGRA) positif ou une tuberculose active extraoculaire concomitante, avec exclusion des autres étiologies possibles de l'uvéite et une bonne réponse au traitement antituberculeux [1].

Devant la progression de l'uvéite, après la mise en route du traitement antituberculeux, trois principales éventualités sont évoquées. Il peut s'agir d'une erreur diagnostique, impliquant la recherche d'autres causes de l'uvéite, d'une résistance au traitement, ou d'une réaction de Jarisch-Herxheimer. Celle-ci s'explique par une réponse immunitaire à la libération des antigènes du bacille de Koch, suite au traitement antituberculeux [2,3].

L'aggravation paradoxale des uvéites tuberculeuses liée à la réaction de Jarisch-Herxheimer répond à l'adjonction de corticoïdes et/ou d'immunosuppresseurs, avec poursuite du traitement antituberculeux, mais elle peut persister quelques semaines [1-4]

Nous rapportons deux cas d'uvéite tuberculeuse ayant présenté une

réaction de Jarisch-Herxheimer lors de l'introduction du traitement antituberculeux.

Observation 1

Patient âgé de 26 ans, sans antécédents notables, consulte pour une baisse de la vision de l'œil droit (OD). L'acuité visuelle (AV) corrigée était de 1/10 au niveau de l'OD et de 10/10 au niveau de l'œil gauche (OG). L'examen ophtalmologique a révélé au niveau de l'OD une hyalite minime avec un foyer de choroïdite d'aspect pseudo-serpigneux, localisé au pôle postérieur, ayant un centre cicatrisé et un bord jaunâtre actif en supérieur et en inférieur (Figure 1A).

Figure 1A: Photographie du fond d'œil droit montrant une lésion de choroïdite pseudo-serpigneuse ayant un centre cicatrisé (tête de flèche) et un bord actif (flèches) en supérieur et en inférieur.

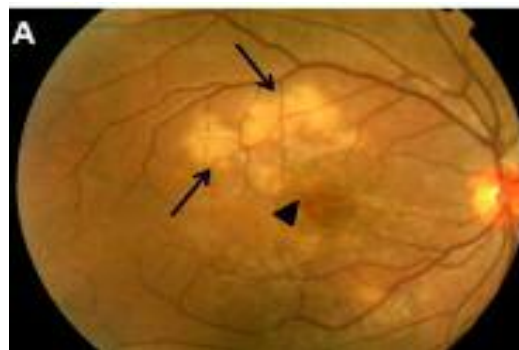


Figure 1B : Progression de la lésion de choroïdite pseudo-serpigneuse, 48 heures après l'instauration de la quadrithérapie anti-tuberculeuse (flèches), avec en particulier rapprochement du bord actif en supérieur de la veine rétinienne temporale supérieure.



Figure 1C : Aspect cicatriciel de la choroïdite pseudo-serpigneuse, après traitement antituberculeux et corticoïde.

