

CEREBELLITE AU COURS D'UNE MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Les manifestations neurologiques de la mononucléose infectieuse sont disparates et seules les réactions sérologiques permettent de les rattacher à leur cause précise. Parmi elles, la cérébellite est rarissime. Aussi, nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter un cas récemment observé.

Le patient âgé de 20 ans est hospitalisé pour un syndrome cérébelleux d'apparition brutale. Il n'avait pas d'antécédent pathologique et avait présenté, trois jours avant l'hospitalisation, une angine fébrile qui avait nécessité une antibiothérapie. La veille de son hospitalisation, des troubles de la marche étaient apparus.

A l'admission, le patient avait présenté de la fièvre, une angine rouge, des adénopathies sous-angulo-maxillaires, une splénomégalie. L'examen neurologique mettait en évidence un syndrome cérébelleux intense et des réflexes ostéo-tendineux vifs. Les réflexes cutané-abdominaux étaient présents. Il n'y avait pas de troubles de la conscience ou des fonctions cognitives. L'examen des nerfs crâniens était normal. Il n'y avait pas de nystagmus. Il n'y avait pas de signes méningés. La marche était ataxique avec un élargissement de la base de sustentation.

La formule numération sanguine montre une hyperleucocytose avec hyperlymphocytose. Il n'y avait pas d'anomalies des paramètres inflammatoires, des enzymes hépatiques, de la coagulation. Le liquide céphalo-rachidien était de composition cytochimique normal. La sérologie VIH était négative. Devant ce syndrome mononucléosique, le diagnostic de mononucléose infectieuse est évoqué. Un traitement symptomatique est mis en œuvre.

Quelques jours après, l'apyrexie survient mais le syndrome cérébelleux persiste. Le scanner cérébral réalisé, sans produit de contraste, le jour de l'admission, était normal.

Les sérologies virales étaient négatives pour influenza A et B, parainfluenza, entérovirus, herpèsvirus.

Le diagnostic de mononucléose infectieuse est confirmé par la positivité des réactions de Paul-Bunnell-Davidson, par la mise en évidence des immunoglobulines M anti-VCA et l'absence des anticorps anti-EBNA.

L'évolution est marquée par la disparition du syndrome cérébelleux sans laisser de séquelles.

La mononucléose infectieuse est une affection fréquente dont le caractère dominant est d'être une maladie de l'adolescent et de l'adulte jeune. La sémiologie de la mononucléose infectieuse dans sa forme commune la fait aisément reconnaître. L'apparition aiguë d'une ataxie, précédée par une virose fait poser le diagnostic de cérébellite.

L'absence de modifications des autres sérologies virales effectuées dans le cadre de la cérébellite, la mise en évidence d'anticorps anti-VCA et la négativité des anticorps anti-EBNA ont permis de confirmer la mononucléose infectieuse.

Ainsi, les manifestations neurologiques sont rares et se voient en moyenne 1 à 9 fois sur 100. Sur 239 cas, Raftery et collaborateurs (6) rapportent 5 manifestations neurologiques : 2 méningites lymphocytaires et 3 syndromes de Guillain-Barré. La cérébellite est mal connue (2-5, 7, 8). Bennet (1) décrit un cas de syndrome cérébelleux aigu et régressif comme manifestation unique d'une mononucléose infectieuse à réaction de Paul-Bunnell-Davidson positive. Les troubles apparaissent, généralement, dans les premiers

jours de la maladie et l'évolution s'étale sur 3 à 5 semaines. Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent normal. La régression des signes est lente, elle aboutit à une guérison totale.

A. BENABDELLAH, A. FYAD

• Travail du Service des maladies infectieuses (A.B., Chef d'unité; A.F., Professeur à la Faculté de Médecine d'Oran, Chef de service au CHU d'Oran), CHU, Oran, Algérie.

• Correspondance : A. BENABDELLAH, 49 BD DR, Benzerdjeb, Oran 31000 Algérie • Fax : +213 41 335329 • E-mail: Benabdellah20@yahoo.fr •

1 - BENNETT DR, PETERS HA - Acute cerebellar syndrome secondary to infectious mononucleosis in a fifty-two year old man. *Ann Intern Med* 1961; **55** : 147.

2 - BERGEN D, GROSSMAN H - Letter : acute cerebellar ataxia of childhood associated with infectious mononucleosis. *J Pediatr* 1975; **87** : 832-833.

3 - ERZURUM S, KALAVSKY SM, WATAKUNAKORN C - Acute cerebellar ataxia and hearing loss as initial symptoms of infectious mononucleosis. *Arch Neurol* 1983; **40** : 760-762.

4 - KRAMER DS - Acute cerebellar syndrome in infectious mononucleosis: documentation of two cases with Epstein-Barr virus infection. *J Nat Med Assoc* 1985; **77** : 307-308.

5 - MEHROTRA TN - Acute cerebellar syndrome (manifestation of infectious mononucleosis). *J Indian Med Assoc* 1974; **16** : 327-328.

6 - RAFTERY M - Infectious mononucleosis and Guillain-Barré syndrome. Report of three cases. *Arch Intern Med* 1954; **93** : 246.

7 - REILLY PA - Cerebellar ataxia in infectious mononucleosis. *Scott Med J* 1986; **31** : 183-184.

8 - Wadhwa NK - Acute cerebellar ataxia and infectious mononucleosis. *Postgrad Med J* 1983; **59** : 457-458.

URETERE TRIFIDE OBSTRUCTIF (A PROPOS D'UN CAS)

Les triplicités urétérales sont des malformations très rares du tractus urinaire, environ une centaine de cas sont rapportés. Nous avons pu observer un cas de trifidité urétérale associée à un système double controlatéral. Une revue de la littérature nous a permis de faire ressortir les principales notions établies à propos de cette malformation.

Le nourrisson Meryem M. de sexe féminin, âgé de 18 mois a été hospitalisé dans notre structure en août 2000 pour vomissements et fièvre. Depuis l'âge de 2 mois, elle présentait des accès de fièvre inexplicables. L'examen clinique à l'admission trouve un contact lombaire gauche qui oriente vers une pathologie urologique. L'examen cyto-bactériologique des urines met en évidence une infection urinaire à entérobactérie, la fonction rénale est normale.

L'échographie rénale trouve une uetérohydronéphrose bilatérale : modérée à droite avec conservation de l'index cortical ; et très importante à gauche avec diminution de l'épaisseur du cortex. Elle suggère l'existence d'un système urétéral double des deux côtés.

L'urographie intraveineuse montre : à droite une bifidité urétérale à confluence basse, à gauche les cavités pyélocalicielles sont



Figure 1 - Opacification rétrograde urétérale gauche : triplicité urétérale type III.

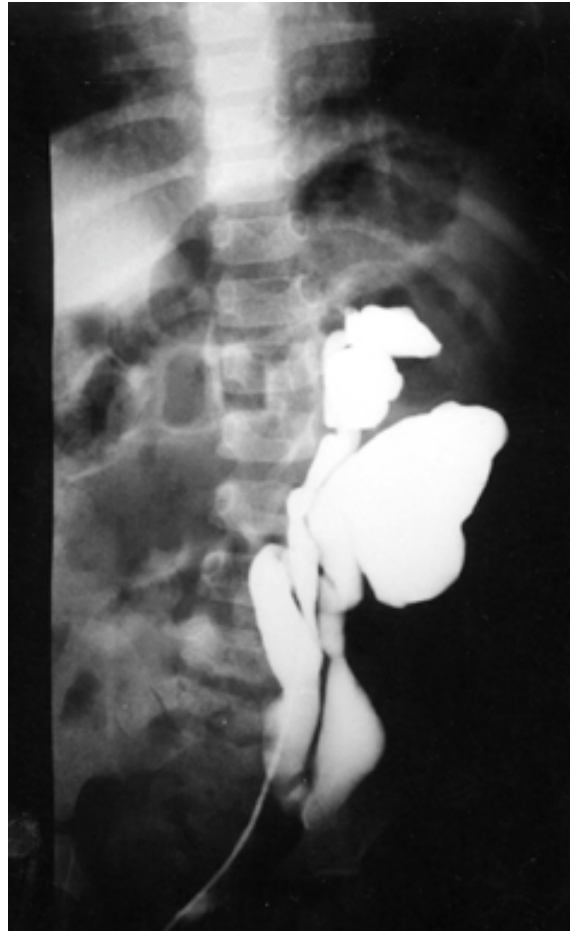


Figure 2 - Opacification rétrograde urétérale gauche : obstruction au niveau de la jonction des trois uretères.

dilatées, on distingue deux uretères très dilatés mais l'interprétation des clichés est très difficile. Une cystographie rétrograde montre une vessie normale et l'absence de reflux. La cystoscopie ne trouve qu'un seul orifice urétéral de chaque côté, normalement situé. On réalise alors une montée de sonde à gauche avec opacification rétrograde, elle montre l'existence de 3 uretères qui quittent séparément les cavités pyéliquies et qui se rejoignent à peu près à mi-chemin de la vessie en formant une anse avec reflux urétéro-urétéral important. De la jonction de ces trois canaux résulte un uretère distal fin suggérant l'existence d'une obstruction au niveau de cette jonction. (Fig. 1, 2)

L'abord chirurgical se fait à travers une incision lomboliquie gauche. Après réclinement du péritoine on découvre trois uretères : les uretères du pyélon moyen et inférieur se rejoignent en une seule branche. Celle-ci fusionne avec l'uretère du pyélon supérieur en formant une anse très dilatée et qui se continue avec un uretère pelvien unique et de calibre normal. La jonction entre ces deux éléments est le siège d'une sténose fibreuse. Après résection de l'anse dilatée et de la zone anastomotique sténosée, on réalise une anastomose termino-latérale entre l'uretère du pyélon supérieur et celui du pyélon moyen. Enfin l'uretère unique ainsi obtenu est anastomosé à l'uretère pelvien.

Une UIV faite après 9 mois montre des cavités pyélo-ur-

térales moins dilatées et un bon passage du produit de contraste jusqu'à la vessie.

La première observation de triplicité urétérale a été rapportée en 1931 par Lau et Henline. (1) C'est à partir de plusieurs observations publiées ensuite que Smith (2) en 1946 propose une classification en 4 types : type I triplicités totales (3 uretères 3 méats urétéraux), type II duplicité dont un uretère est bifide (3 uretères qui drainent 3 groupes caliciels, 2 méats urétéraux) type III trifidité : 3 uretères qui drainent trois pyelons et se réunissent en un segment commun (un seul méat), type IV 2 uretères quittent le rein et l'un se termine en bifurquant en Y inversé (2 uretères 3 méats).

Sur le plan embryologique, les triplicités urétérales semblent s'expliquer par les mêmes hypothèses embryologiques que les duplicités : une multiplication ou une division précoce d'un bourgeon urétéral sur numéraire (3, 4).

L'anomalie la plus souvent associée est une duplicité du côté controlatéral (comme il est retrouvé dans notre cas) et un abouchement ectopique de l'un des uretères ne respectant pas nécessairement la loi « Weiger-Meyer » (3, 4).

La triplicité urétérale semble plus fréquente chez la

filles 4), et survient plus souvent du côté gauche (5), les types I, II, III surviennent à des fréquences similaires : respectivement 35%, 21% et 31% selon Kohri (6) alors que le type IV est rare : 3% (6).

Sur le plan clinique, quelques cas de la littérature étaient asymptomatiques et de découverte radiologique fortuite, la symptomatologie quand elle existe reste non spécifique le plus souvent liée à l'infection urinaire. Il peut exister lors de l'abouchement ectopique de l'un des uretères une incontinence avec conservation de mictions normales (7).

Sur le plan thérapeutique, les indications sont discutées au cas par cas. Pour certaines formes totales (type I), le traitement des épisodes infectieux et la surveillance clinique et radiologique ont été suffisants ; pour le reste, on est souvent amené à faire l'exérèse des pyélon détruits, sinon une dérivation urétéro-urétérale peut être discutée (8).

Le cas présenté ci-dessus est un type III. Il nous a semblé intéressant vu la rareté de la pathologie, mais aussi en raison de l'obstruction associée et du traitement conservateur dont il a bénéficié.

S. MEZZINE, A. BOUHAFS, R. BENKACEM, M. BARHIOUI

• *Travail du Service De Chirurgie Pédiatrique (S.M., Interne chirurgie pédiatrique ; A.B., Professeur assistant chirurgie pédiatrique ; R.B., Professeur agrégé chirurgie pédiatrique ; M.B., Professeur chirurgie pédiatrique) Hôpital Rabat, Maroc*

• *Correspondance : S. MEZZINE, Service de chirurgie pédiatrique viscérale, Hôpital d'Enfants, Rabat, Maroc • Fax : 01 40 488 355 • E-mail : msamy@hotmail.com •*

1 - LAU FT, HENLINE RB - Anomalies Urétérales. *JAMA* 1931; **96** : 587-591.
 2 - SMITH I - Triplicate ureter. *Br J Surg* 1946; **182**-83
 3 - JUSKIEWENSKI S, MOULIE M - Triplicité Urétérale. *Chir Ped* 1987; **28** : 314-321.
 4 - MOLLARD P - Précis d'urologie de l'enfant. Masson ed; Paris, 1984, pp : 113-114.
 5 - SANCHEZ-DE-BADAJOS E, RAMOS J, BURGOS R - Ureteral triplication with contralateral ureteral duplication. *Urol Int* 1992; **48** : 217-218.
 6 - KOHRI K - Bilateral trifid ureters associated with fused kidney, ureterovesical stenosis, left cryptorchidism and angioma of the bladder. *J Urol* 1978; **120** : 249-250.
 7 - CUKIERJ J, ABOURACHID H - A propos de trois observations de triplicité et d'un cas de quadriplicité urétérale. *J Uro Neph* 1973; **1-2** : 25-36.
 8 - EMILIO MERLINI MD - Trifid obstructed megaureter. *Urol* 1983; **22** : 62-63.

LE CANCER DU LARYNX CHEZ LA FEMME A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS CONGOLAISES

L'épithélioma du larynx est un cancer fréquent, touchant dans l'immense majorité des cas des sujets d'âge mûr. Il est pratiquement toujours rencontré chez l'homme, la

femme étant atteinte dans moins de 1 % des cas. Le tabagisme est le principal facteur favorisant.

Nous rapportons ici trois observations de cancer du larynx chez la femme congolaise et présentons les différentes particularités.

Entre 1996 et 2001, 28 cas de cancers du larynx ont été observés dans le service d'oto-rhino-laryngologie du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville au Congo. Il s'est agi de 25 hommes et de 3 femmes avec un sex-ratio de 8.

Les patientes étaient âgées de 27, 28 et 35 ans (moyenne d'âge : 30 ans) sans notion d'imprégnation alcool-tabagique, admises pour dysphonie et dyspnée laryngée évoluant en moyenne depuis 2 mois et 6 jours (extrêmes : 1 à 5 mois). L'interrogatoire ne retrouve pas de notion d'antécédent pathologique laryngé, de reflux gastro-oesophagien, de traumatisme vocal chronique d'exposition professionnelle.

L'endoscopie retrouvait une tumeur bourgeonnante de l'hémilarynx droit (1 cas), du sinus piriforme gauche (1 cas) et de la bande ventriculaire droite (1 cas). Le larynx était fixé dans un cas et de mobilité diminuée dans deux cas.

Les aires ganglionnaires cervicales étaient libres dans deux cas et envahies dans un cas (ganglions de Kuttner).

L'examen anatomo-pathologique des biopsies a identifié un carcinome épidermoïde dans tous les cas, associé à une infection à Human Papilloma Virus (HPV) dans deux cas.

La radiographie pulmonaire, l'échographie hépatique et la tomodensitométrie des voies aérodigestives supérieures réalisées chez les trois patientes étaient normales.

La sérologie rétro virale (H.I.V) s'avérait positive par la méthode Elisa, confirmée par le Western-Blott dans un cas.

Dans le même temps, aucun homme n'était porteur de ces virus.

Les tumeurs étaient classées T2NoMo dans deux cas et T3N3Mo dans un cas.

Toutes les patientes ont bénéficié d'une trachéotomie de sauvetage. Le traitement a été palliatif dans deux cas (refus de la laryngectomie) et une chimiothérapie réalisée dans un cas.

Deux patientes ont été perdues de vue, une est régulièrement suivie dans le service et bénéficie notamment des soins de la canule de trachéotomie à demeure.

Le cancer du larynx peut être considéré comme rare chez la femme, au vu des faibles fréquences rapportées dans la littérature (1-3). L'observation dans notre service de trois cas en six ans, soit en moyenne un cas tous les deux ans confirme cette rareté.

Le cancer du larynx est classiquement décrit chez le sujet âgé. Dans notre série, les patientes ont un âge compris entre 27 et 35 ans, la moyenne étant de 30 ans. Ce cancer semble survenir tôt chez la femme congolaise. A ce propos, Diop et Coll (1) soulignent le jeune âge remarquable des sujets porteurs d'un cancer du larynx en milieu tropical, et évoque le rôle de facteurs environnementaux et nutritionnels.

Plusieurs facteurs de risque sont connus dans la survenue du cancer du larynx :

- tabac ;
- alcool : rôle de cocarcinogène du larynx ;
- lésions laryngées dysplasiques précancéreuses des laryngites chroniques : kératoses planes ou leucoplasies, kératoses exophytiques, papillomatoses ;
- reflux gastro-oesophagien : éventuel rôle dans les

carcinomes épidermoïdes de la partie postérieure du larynx (1/3 postérieure des cordes vocales et aryénoïdes) ;

- autres : traumatisme vocal chronique (tumeurs du plan glottique), expositions professionnelles (amiante, acide sulfurique, fer, nickel et chrome).

A côté de ces différents facteurs, le cancer du larynx est fortement lié à l'intoxication tabagique (4).

L'âge relativement jeune de nos patientes et l'absence de facteurs de risque, surtout tabagique, constituent ainsi une particularité par rapport à la forme communément décrite du cancer du larynx.

Une patiente présentait une sérologie positive au VIH et deux un cancer évoluant sur une infection à HPV. L'HPV est rarement mis en avant pour les cancers du larynx. L'infection à HPV a été décrite comme lésion précancéreuse dans ces cancers. Le mécanisme physiopathologique n'est pas précisément identifié. Cette infection serait en rapport avec une mutation d'un gène p53 au niveau de l'épithélium des tissus infectés par le HPV (5). De même pouvons nous concevoir que par les troubles immunitaires qu'il entraîne, avec comme corollaire la fragilisation de tout le système tissulaire de l'organisme, le VIH soit un facilitateur de l'installation du cancer du larynx.

En définitif, ces observations sont tout à fait intéressantes, car elles mettent en évidence l'âge jeune de nos patientes et surtout le rôle des virus dans la carcinogénèse du

cancer du larynx, ce qui est très peu décrit dans la littérature. L'accent sur la virologie dans les cancers du larynx mériterait d'être étayé, argumenté par des études prospectives à grande échelle.

G. ONDZOTTO, J.B. NKOUA-MBON, T. FOUEMINA, J. GALIBA

• *Travail du service d'ORL (G.O : Chef de clinique Assistant ; T.F : Assistant hospitalier ; J.G : Maître Assistant, Chef de service) et du service de cancérologie (J.B.NM : Chef de clinique Assistant).*

• *Correspondance : G. ONDZOTTO. BP : 13356 Brazzaville, Congo. • E-mail : gondzotto@yahoo.fr •*

- 1 - DIOP EM, DIOUF R, NDIAYE IC *et Coll* - Maladies tropicales otorhino-laryngologiques. *Encycl Med Chir - ORL*, n°20-95-A-10, 2000, 16p.
- 2 - HAMDY-CHERIF M, SEKFALI N, BENLATRECHE K *et Coll* - Données sur l'incidence et la survie du registre du cancer de Sétif : 1990-1997. *Carcino Prat Afrique* 2000; 3 : 16-21.
- 3 - MOUELE SONE A, ESSOMBA BIWOLA M, NDJOCK R *et Coll* - Les cancers ORL traités à l'hôpital général de Douala. *Carcino Prat Afrique*, 2000 ; 3 : 4-6.
- 4 - MUSCAT JE, WINDER EL - Tobacco, alcohol, asbestosis and occupational risk factors for laryngeal cancer. *Cancer* 1992; 69 : 2244-2250.
- 5 - FOURET P, DABIT D, SIBONY M *et Coll* - Expression of p53 protein related to the presence of human papilloma virus infection in pre-cancer lesions of the larynx. *BMJ* 1998; 317 : 245-252.

ERRATUM

M. BAHJI, M. SBITI, A. AGOUMI *et Coll* - Otomyiase bilatérale à *Lucilia Sericata*. *Med Trop* 2002; 62 : 565-566.

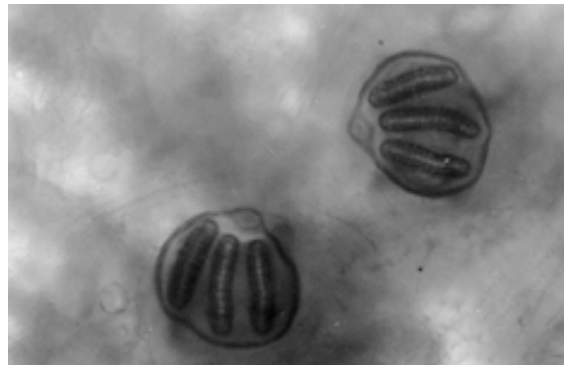


Figure 2 - Stigmates postérieures de *Lucilia sericata*.