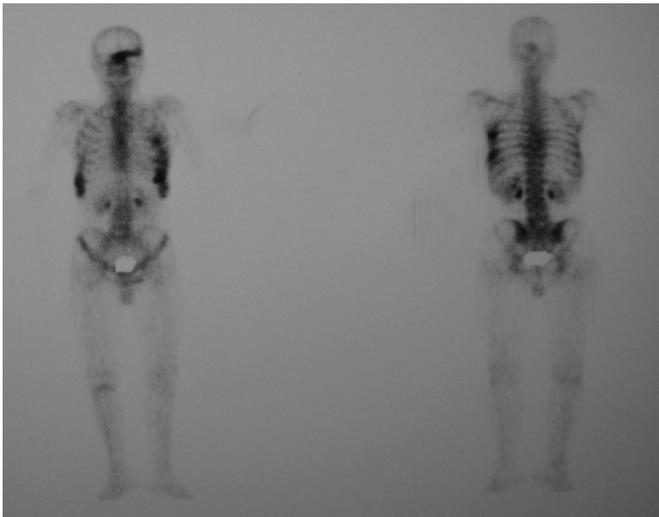


### Conclusion

Le diagnostic de dysplasie fibreuse est fondé sur des constatations cliniques, biologiques, radiologiques et surtout histologiques. Le diagnostic repose sur la biopsie osseuse. Le traitement dépend de la forme poly ou monoostotique. Le risque est celui de la dégénérescence maligne. L'évolution est souvent favorable et ne peut être améliorée que par une meilleure connaissance de la maladie.

**Figure 3 :** Scintigraphie osseuse du troisième patient/ Hyperfixation aux étages antérieurs et moyens de C5, C6, C7 et C8 gauches, C8 et C9 droites et de la base du crâne



*Hamouda Mouna, Ben Fredj Ismail Fatma, Toumi Sarra, Mrad Belgacem, Mhiri Hosni, Laouani Kechrid Chédia*

*Service de Médecine Interne- Hôpital Sahloul –Route de ceinture Sousse – 4054- Tunisie*

*Faculté de Médecine de Sousse, Université de Sousse*

### Uvéite, néphrite interstitielle et hépatite à cytomégalovirus chez un adulte immunocompétent

Le cytomégalovirus (CMV) a été considéré pendant de nombreuses années comme faiblement pathogène. Il est responsable d'un syndrome viral bénin chez le sujet sain, en dehors de quelques exceptions.

Pour les cancérologues, les infectiologues et les médecins transplantateurs, ce virus est redoutable, puisqu'il peut induire une méningo-encéphalite, une pneumopathie gravissime et / ou une hépatite aiguë grave. Toutes ces atteintes peuvent conduire au décès des patients dont le point commun est l'immunodépression. Nous rapportons un cas d'infection à

CMV à localisations multiples chez une patiente immunocompétente.

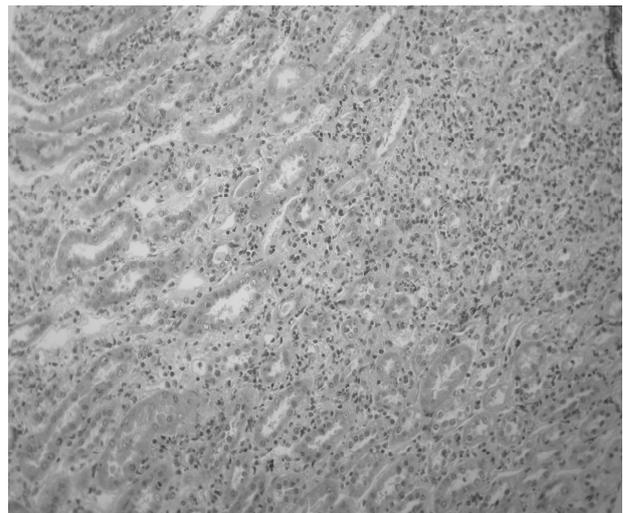
### Observation

Une patiente âgée de 40 ans sans antécédents pathologiques, notamment pas de transfusion sanguine, est hospitalisée pour exploration d'un oeil rouge. La symptomatologie a débuté un mois avant son admission par des épigastralgies, des vomissements et un syndrome pseudo grippal. Elle a été mise sous traitement symptomatique sans amélioration. L'interrogatoire révèle la notion de selles décolorées et d'urines foncées sans ictère. L'examen clinique est normal, notamment il n'y a pas d'atteinte articulaire ou cutanée, l'auscultation cardiaque est normale et la palpation abdominale ne trouve pas de viscéromégalie. Par contre au sédiment urinaire, on découvre une protéinurie à 2 croix et une glucosurie normo glycémique. Le bilan biologique montre une anémie normocytaire arégénérative (Hb à 9g/dl), avec une ferritinémie à 367ng/ml, une hyperleucocytose à 12 700 e/mm<sup>3</sup> avec une lymphopénie à 1 100 e/mm<sup>3</sup> et une éosinophilie à 200 e/mm<sup>3</sup>. Les plaquettes sont à 493 000/mm<sup>3</sup>. La vitesse de sédimentation est à 85 mm à la première heure et la CRP à 59 mg/l. On découvre aussi une insuffisance rénale avec une créatinémie à 231 µmol/l soit une clairance à 31 ml/ min selon la formule Cockcroft. La protéinurie est à 1,5g/24 heures. La recherche de cylindres urinaires est négative.

L'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque ne montrent pas d'anomalies en faveur d'une myocardite, péricardite, ou d'autres lésions. L'échographie abdominale et rénale est normale, de même que la fibroscopie digestive faite devant la symptomatologie abdominale.

La ponction biopsie rénale (PBR) effectuée montre un aspect en faveur d'une néphrite interstitielle aiguë (NIA) avec un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire séparant les tubes les uns des autres (Figure 1).

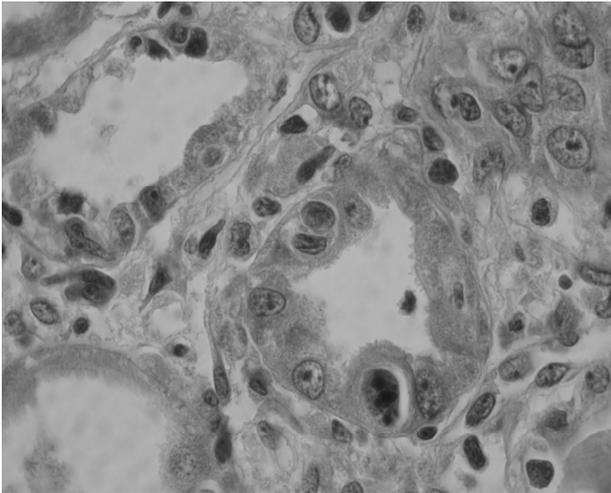
**Figure 1 :** Infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire



L'examen ophtalmologique trouve une uvéite antérieure non granulomateuse sans rétinite. Le fond de l'œil est normal excluant une uvéite postérieure associée. L'angiographie n'a donc pas été réalisée. Le diagnostic de sarcoïdose est éliminé : le bilan phosphocalcique et le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont normaux, le scanner thoraco-abdominal ne montre pas d'adénopathies profondes, la spirométrie ne révèle pas de syndrome restrictif et la scintigraphie au Gallium est normale.

Les AAN, le Facteur Rhumatoïde, les ANCA, la cryoglobulinémie sont négatifs et le dosage du complément sérique est normal. Le bilan hépatique montre une cytolysse avec des transaminases à 3 fois la normale et une cholestase avec gamma glutamyl transpeptidase (GGT) à 3 fois la normale. La recherche de BK à l'examen direct et en culture au niveau du tubage gastrique et des urines est négative. Les sérologies des hépatites B et C, de la toxoplasmose, de l'herpès simplex virus, du parvovirus B19, du zona et du HIV sont négatives. Par contre la sérologie du CMV découvre une infection récente avec des IgM à 128 UI/ml et des IgG négatifs. La relecture de la PBR met en évidence des inclusions virales au niveau des cellules épithéliales tubulaires (Figure 2).

**Figure 2 :** Inclusion virale au niveau des cellules épithéliales tubulaires



Le diagnostic d'uvéite antérieure associée à une NIA et à une hépatite secondaire à une infection à CMV est donc retenu. L'enquête étiologique à la recherche d'un déficit immunitaire est négative. La patiente est mise sous ganciclovir par voie veineuse à la posologie de 5m/kg/j pendant 14 jours et sous corticothérapie locale pour l'uvéite. Une corticothérapie orale est introduite secondairement à la dose de 0,5 mg/kg/j pour l'atteinte rénale avec une dégression progressive sur une durée de 4 semaines. L'évolution est marquée par une amélioration des signes ophtalmologiques, une normalisation du bilan hépatique et de la fonction rénale après 10 jours de traitement et une négativation de la protéinurie et de la glycosurie après 22 jours de traitement. La sérologie de CMV contrôlée à 30 jours montre une IgM à 28 UI/ml et des IgG à 124 UI/ml

### Conclusion

L'infection à CMV symptomatique chez les sujets immunocompétents est très rare. Elle peut engager le pronostic fonctionnel (atteinte oculaire, rénale) et même le pronostic vital (atteinte cardiaque, hépatique, digestive). Son diagnostic repose sur la sérologie, la PCR et l'étude histologique. L'évolution est généralement favorable sous traitement spécifique.

*Khaoula Ben Abdelghani, Saida Hajri, Samia Barbouch, Rym Gaoucha, Anis Hriz, Sami Turki, Adel Kheder*

*Service de Médecine Interne A. Hôpital Charles Nicolle  
Bd 9 Avril '006 Bab Saadoun. Tunisie  
Faculté de Médecine de Tunis  
Université Tunis El Manar*