

Images radio opaques du thorax et de la face de cause iatrogène!

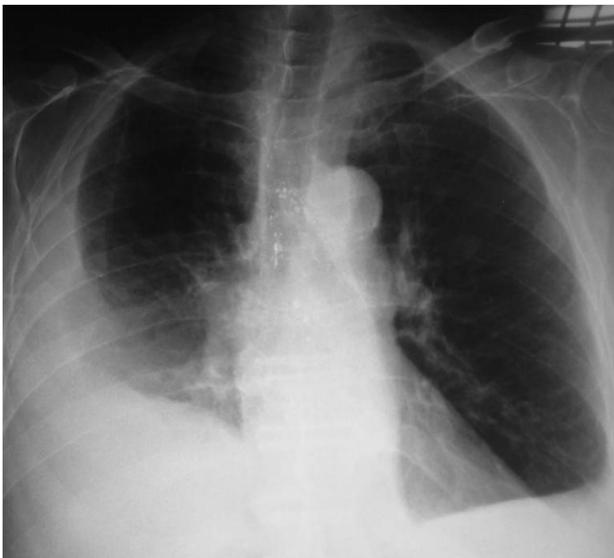
Les différentes techniques d'imagerie des organes sont de nos jours des outils incontournables pour le médecin. En effet, elles peuvent être utilisées à visée diagnostique, thérapeutique et/ou pour la surveillance de nombreuses pathologies. Ce pendant, ces moyens d'exploration ne sont pas sans risque et peuvent être à l'origine de plusieurs complications.

Nous rapportons l'observation d'un patient chez qui nous avons découvert de façon fortuite lors d'un bilan étiologique d'une pleurésie purulente, de multiples opacités du thorax.

Observation

Patient K.H.E âgé de 72 ans, ancien mineur de plomb, opéré en 1978 sur le rachis lombaire pour une pathologie non précisée, aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde sous corticothérapie orale depuis 2 ans, a été admis pour douleurs thoraciques, toux sèche et fièvre. A l'examen physique, il avait une fièvre à 39°C, un syndrome d'épanchement pleural liquidien bilatéral et une cicatrice de bonne qualité au niveau du rachis lombaire. La radiographie du thorax a montré une opacité pleurale des deux bases plus marquée à droite et de multiples opacités médiastinales punctiformes très denses (figure 1).

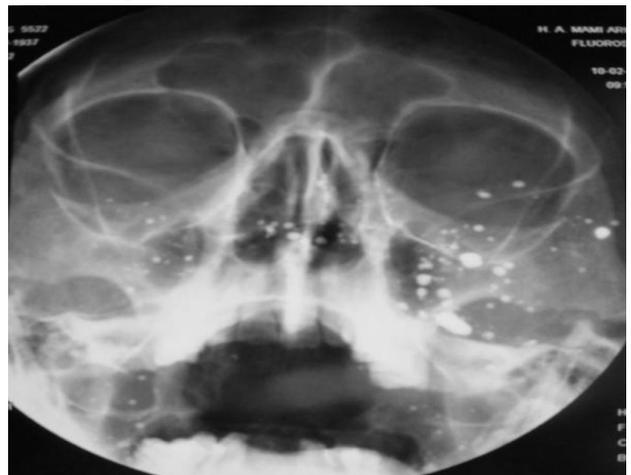
Figure 1 : Radiographie du thorax de face: pleurésie bilatérale plus marquée à droite et opacités médiastinales punctiformes de tonalité calcique.



Le bilan biologique a mis en évidence un syndrome inflammatoire biologique avec une vitesse de sédimentation à 115 et une C réactive protéine à 144 mg/l, ainsi qu'une hyperleucocytose à 18500 éléments/mm³. La ponction pleurale a confirmé le diagnostic de pleurésie purulente en ramenant un liquide

franchement purulent avec 1280 éléments/mm³ dont la majorité est composée de polynucléaires neutrophiles altérés. L'évolution sous triple antibiothérapie (céfotaxim, gentamycine et métronidazole), drainage pleural droit et kinésithérapie pleurale a été favorable. L'examen stomatologique et l'examen otorhinolaryngologique faits à la recherche d'une porte d'entrée infectieuse ont été normaux. La radiographie des sinus n'a pas montré de sinusite et a mis en évidence de multiples images arrondies radio opaques bien limitées de tailles différentes (figure 2).

Figure 2 : Radiographie des sinus : multiples opacités arrondies bien limitées de taille différente plus denses que les structures osseuses se projetant sur la face.

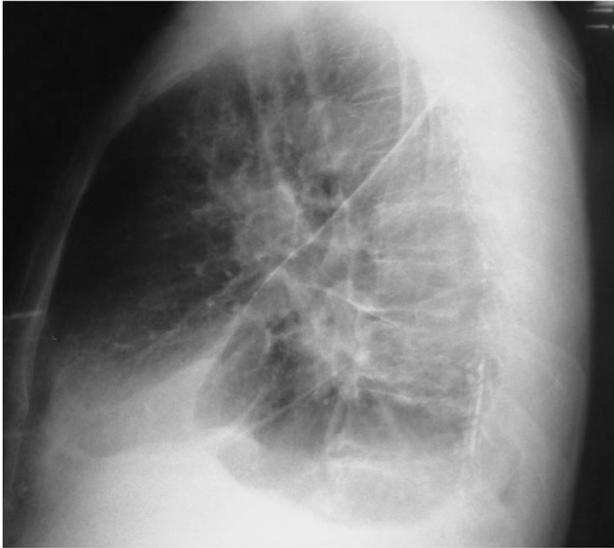


Devant ces images radiologiques plusieurs diagnostics ont été évoqués. Un accident de chasse a été rapidement éliminé par l'interrogatoire. Une pneumoconiose ou des séquelles de tuberculoses pouvaient expliquer les opacités du thorax mais pas celles de la face. Les radiographies du crâne et du thorax de profil ont montré une projection respective des opacités sur la base du crâne et le rachis dorsal (figures 3 et 4).

Figure 3 : Radiographie du crâne de profil : multiples opacités se projetant sur la base du crâne.



Figure 4 : Radiographie du thorax de profil : multiples opacités superposées se projetant sur le rachis dorsal.



La tonalité caractéristique de ces opacités, leur association à des opacités similaires de la face, leur projection sur le trajet d'écoulement du liquide céphalorachidien et les antécédents de myélographie ont permis de retenir le diagnostic de résidu de lipiodol.

Conclusion

La découverte de résidu de lipiodol dans le cadre du bilan étiologique d'une pleurésie purulente et 32 ans après la myélographie est une situation extrêmement rare et déroutante. La présence d'antécédent de myélographie, la tonalité caractéristique des opacités et leur projection sur le trajet d'écoulement du liquide céphalorachidien sont suffisants pour poser le diagnostic et permettent d'éviter des explorations inutiles.

Nawel Chaouch¹, Manel Kaabi¹, Mourad Zarrouk¹, Miriam Mjid¹, Sana Cheikh Rouhou¹, Imène Ridene², Hajer Racil¹, Khaoula Ben Miled², Abdellatif Chabbou¹

1Service de Pneumologie hôpital A. Mami Ariana, Tunisie

2Service de Radiologie hôpital A. Mami Ariana, Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Family Dilated Cardiomyopathy associated to Celiac Disease

Celiac disease is a secondary enteropathy to gluten intolerance. It creates a chronic malabsorption in genetically predisposed subjects. Its prevalence in the general population is estimated in

some studies to 0, 2 to 1% [1, 2] and it is frequently associated to other extra intestinal co-morbidities. Its association to dilated cardiomyopathy (DCM) is not common. The discovery of celiac disease in subjects presenting a DCM of non determined etiology raises the question of its possible relation of cause and effect in particular when the situation occurs in the same family. We report the case of two brothers and their sister presenting a DCM, and for whom the celiac disease was discovered whereas they presented no digestive symptoms.

Observation

A patient of 25 years, with family antecedents of a sister who died at 14 and a mother who died at 40 in postpartum in circumstances which are not determined, came for a dyspnea of effort stage III of NYHA having evolved for 9 months. The thorax X-ray shows a cardiomegaly with a cardio-thorax relation of 0, 60 (figure 1) and a normal electrocardiography. The trans thoracic echography shows a dilated left ventricle, a global hypokinesia with a systolic dysfunction attested by a low rate of an ejection fraction (EF) of left ventricular at 35% (figures 2, 3) without valvular problem and an elevated pressure filling of the left heart. The pulmonary arterial pressures were also elevated.

Figure 1 : Cardiomegaly with a cardio-thorax relation of 0, 60



The biological investigation shows a hypochrome microcytary anemia with a decreased ferritinemy without biologic inflammatory syndrome. Within the framework of etiologic investigation of this anemia the dosage of endomysium antibodies were positive. Celiac disease was diagnosed in spite of the absence of manifest digestive symptoms. The anatomopathologic exam of duodenal biopsy shows the aspect of a villous atrophy stage V thus confirming the diagnosis (figures 4, 5). The diagnosis of dilated cardiomyopathy associated to celiac disease has been kept. The patient has been given a gluten free regimen as well as a treatment based on