

pancréatique a montré une amylasémie à 192 U/l et une lipasémie à 849 U/l. Le scanner abdominal était en faveur d'une pancréatite stade A. Devant ce tableau clinique, et devant la négativité du bilan étiologique, le diagnostic de lupus systémique avec pancréatite lupique était retenu. La patiente a été mise sous prédnisonne à la dose de 1 mg/Kg/j avec évolution favorable.

Observation 6 :

Patiente âgée de 21 ans, sans antécédents pathologiques notables, a présenté en Juin 2009 une fièvre non chiffrée avec une asthénie faisant découvrir une anémie normochrome normocytaire avec leucopénie et une VS élevée. Trois mois plus tard, elle a présenté une éruption cutanée au niveau du visage. La patiente a été admise suite à un 3ème épisode fait de fièvre, asthénie, poly arthralgies des grosses articulations, érythème de la face et nécrose pulpaire au niveau des doigts. Elle était fébrile à 39°C, avec un érythème de la face en vespertilio, des plaques d'alopécie, des nécroses digitales au niveau des deux mains ainsi qu'au niveau des orteils, une candidose buccale, une tachycardie à 120 b/mn, un choc rotulien bilatéral au niveau des genoux et un abdomen souple avec sensibilité épigastrique. A la biologie, on a objectivé une lymphopénie à 1000 els/mm³ et un bilan immunologique positif (AAN et DNA natifs). Le diagnostic de LES a été alors retenu devant les manifestations cutané-articulaires, hématologique et immunologique. L'évolution était marquée par l'apparition de vomissements, avec exacerbation des douleurs épigastriques. L'amylasémie était 3 fois la normale, la lipasémie était à 5 fois la normale. Un scanner abdominale a montré une pancréatite stade D. la patiente a été mise sous diète absolu avec corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j per os avec bonne amélioration clinique et biologique.

Conclusion

Un syndrome douloureux abdominal chez un patient lupique doit faire évoquer une pancréatite lupique et faire compléter par le dosage des enzymes pancréatiques et réaliser une tomodensitométrie abdominale. Cette manifestation est habituellement corticosensible comme cela était le cas dans nos observations.

Références

1. Finkelberg DL, Sahani D, Deshpande V, Brugge WR. Autoimmune pancreatitis. N Engl J Med 2006; 355:2670–6.

Besma Ben Dhaou, Zohra Aydi, Fatma Boussema, Fatma Ben Dahmen, Lilia Baili, Lilia Rokbani

Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur
Faculté de médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

Multiple eruptive milia in a 26 month-old boy

Multiple eruptive milia are a rare described disorder affecting both adults and children. Milia are mostly described as a secondary phenomenon appearing after several bullous and inflammatory disorders and after topical application of steroids. In primary cases, it can be idiopathic or associated with autosomal dominated familial diseases or as part of a genodermatosis (1). We describe, here, a case of an early onset idiopathic multiple eruptive milia in a child.

Case report

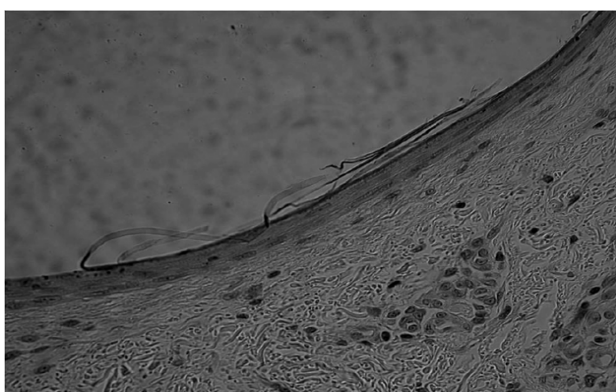
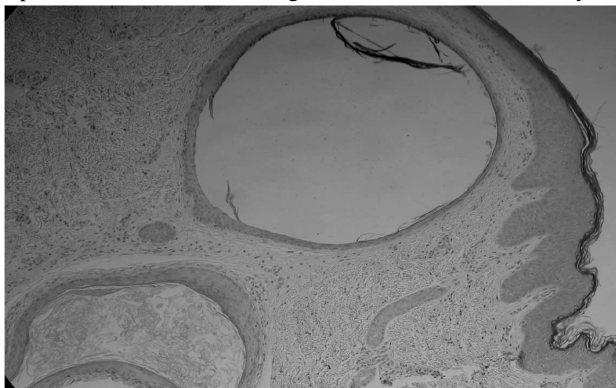
A 26 month-old boy presented with multiple white papules of the face and the trunk, evolving since the age of 40 days. These latter had gradually increased in number without other signs or symptoms. There were no similar familial cases or parental consanguinity. There was no application of steroids or other topical preparations. Cutaneous examination showed multiple, 1 to 2 mm, white, firm and globoid papules, scattered over the face especially on cheeks, nose and eyelids (fig. 1), over the trunk and over the dorsum of the hands.

Figure 1 : Numerous milia of the face at 26 month-old



He had hypotrichosis with sparse hair, rarefied eyebrows and eyelashes. Physical examination was otherwise normal. Biopsy specimens showed several small cysts lined by stratified squamous epithelium with keratin arranged in concentric laminated layers, consistent with the diagnosis of Milium (fig.2a, 2b).

Figure 2a - 2b : Small cysts lined by stratified squamous epithelium with keratin arranged in concentric laminated layers



No treatment was proposed, but we have noticed that their number had gradually decreased. The patient was examined when aged 3 years old, cutaneous examination showed a dramatic decrease of lesions with only rare milium on the central facial area (most noticeably on the cheeks and the nose (fig. 3)), on the dorsum of the hands and on the trunk.

Figure 3 : Dramatic decrease of milia on the face at 3 year-old



Conclusion

In front of primary non regressive eruptive and numerous milia in an infant, a genodermatosis should be eliminated by a familial screening. When genodermatosis is eliminated, idiopathic MEM can then be the final diagnosis.

References

1. Langley RG, Walsh NM, Ross JB. Multiple eruptive milia: report of a case, review of the literature, and a classification. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37: 353-6.

*Aida Khaled **, *Faten Zeglaoui **, *Abdelmoti Hawilo**, *Becima Fazaa **, *Kamel Baccouche ***, *Mohamed Ridha Kamoun **

** Department of Dermatology, Charles Nicolle Hospital – Tunis, Tunisia*
Tunis El Manar University

*** Dermatologist – Nabeul, Tunisia*

Obstruction urétérale non lithiasique et maladie de Crohn

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Son histoire naturelle est émaillée par des poussées de durée et d'intensité variables entrecoupées par des périodes de rémission avec la survenue de plusieurs complications et de manifestations extradiigestives, dont les complications urologiques[1] ; Celles-ci peuvent être la conséquence de l'atteinte inflammatoire digestive comme les fistules entéro-vésicales, les abcès péri vésicaux et l'obstruction urétérale non lithiasique (OUNL) ou résulter d'une anomalie métabolique responsable de la formation d'urolithiase [2, 3]. Les OUNL restent méconnues dans la majorité des cas du fait de leur caractère souvent asymptomatique. Si leur diagnostic a bénéficié des progrès de l'imagerie et est relativement aisé dans le contexte de d'une maladie de Crohn connue, leur traitement reste encore controversé. Nous rapportons les observations de deux patients présentant des OUNL et recensés parmi 184 cas de maladie de Crohn diagnostiqués dans le service entre 2000 et 2010.

Observations

Patient1 : Homme âgé de 25 ans sans antécédents pathologiques particuliers était hospitalisé pour un syndrome douloureux et fébrile de la fosse iliaque droite (FID), installé une semaine auparavant. Il rapportait une diarrhée non glairo-sanglante intermittente et un amaigrissement modéré non chiffré. L'examen clinique à l'admission trouvait un patient subfébrile à 37,8°C avec une sensibilité de la fosse iliaque droite. A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 10200 /mm³ avec polynucléose neutrophile, un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 144 mg/l, VS à 100mm à la 1ère heure) et un syndrome carenciel (anémie ferriprive à 8g/dl, hypocholestérolémie à 2,79 mmol/l, hypo albuminémie à