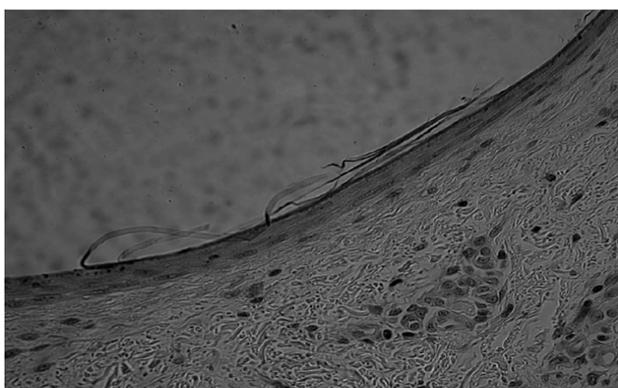
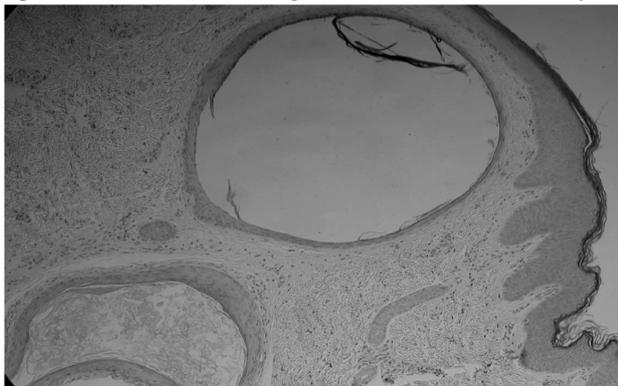


Figure 2a - 2b : Small cysts lined by stratified squamous epithelium with keratin arranged in concentric laminated layers



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 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

27g/l). La fonction rénale était normale. L'échographie abdominale faisait suspecter une collection de la FID. la tomодensitométrie (TDM) abdominale montrait une collection en regard de la FID, de 5x4 cm de diamètre, une dilatation urétéro-pyélo-calicielle droite (figure 1) sans obstacle visible, une infiltration de la graisse mésentérique, des adénopathies mésentériques, un épaississement de la dernière anse iléale sans fistule évidente ce qui faisaient suspecter une MC compliquée d'abcès de la FID.

Figure 1 : TDM initiale montrant la dilatation urétérale droite (flèche)



Une antibiothérapie à large spectre et un drainage percutané scanno- guidé de la collection ainsi qu'une mise au repos du tube digestif avaient été institués. L'iléo coloscopie avait montré des pseudopolypes du colon et une iléite ulcérée et nodulaire et les biopsies étaient en faveur d'une MC. Après une évolution clinicobiologique et radiologique initiale favorable, une récurrence de la collection était notée quelques jours après l'ablation du drain. Il avait été alors décidé de réaliser de nouveau un drainage percutané et une antibiothérapie et d'envisager une chirurgie secondaire. Une sonde double J avait été alors mise en place. La coelioscopie avait été faite au bout de 6 semaines et l'exploration per opératoire trouvait un épaississement inflammatoire de la dernière anse iléale qui était engainée par la sclérolipomatose sans trace de fistule, l'appendice était trouvé cependant abcédé avec un trajet rétro caecal et il était en contact intime avec le muscle psoas, ce qui motivait l'appendicectomie. L'évolution post opératoire était favorable. La sonde double J avait été enlevée 3 mois de l'intervention, après disparition de la dilatation urétéro-pyélo-calicielle sur la TDM de contrôle (Figure2).

Figure 2 : TDM de contrôle montrant la disparition de la dilatation urétérale droite après traitement (flèche)



Patient 2 : Homme âgé de 50 ans, sans antécédents pathologiques notables était hospitalisé pour diarrhée chronique non glairoanglante évoluant depuis 6 mois et associée à un amaigrissement de 9kg environ. L'examen clinique à l'admission était normal en dehors de la constatation d'un orifice fistuleux périnéal productif de pus. Sur le plan biologique, on notait un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 85mg/l, VS à 50mm à la 1ère heure) associé à un syndrome carenciel (hypocholestérolémie à 2,45 mmol/l, hypocalcémie à 2,13 mmol/l et hypo albuminémie à 24g/l). L'iléo-coloscopie montrait une sténose infranchissable de la valvule iléo caecale ainsi qu'un orifice fistuleux au niveau du colon transverse. L'entéroscanner avait mis en évidence un épaississement pariétal de l'iléon terminal avec suspicion d'un trajet fistuleux grêlo-transverse ainsi qu'une infiltration de la graisse mésentérique. L'uretère pelvien droit était pris dans un magma d'anses grêles avec dilatation urétéro-pyélo-calicielle droite. Le diagnostic d'une maladie de Crohn iléale sténosante, fistulisante et compliquée d'une OUNL avait été retenu. L'indication opératoire avait été portée. Une sonde double J avait été mise en place. L'exploration per opératoire avait conclu à une atteinte de deux anses iléales avec présence d'une fistule iléo transverse. Le magma inflammatoire intestinal adhérait de façon intime au rétro péritoine et à l'uretère droit. Une résection iléo-caecale avait été réalisée avec fermeture de la fistule iléo transverse. Les suites opératoires étaient simples et un traitement préventif de la récurrence post opératoire par azathioprine avait été entamé. A 3 mois de l'intervention le patient était asymptomatique. La sonde double J avait été retirée au bout de 3 mois, après disparition de la dilatation urétéro-pyélo-calicielle.

Conclusion

Au cours de la maladie de Crohn, les OUNL restent souvent méconnues à cause de leur relative rareté et leur caractère souvent asymptomatique. Elles devraient être recherchées et traitées à temps afin de prévenir des complications plus graves