

## Conclusion

L'actinomycose thoracique est une pathologie infectieuse rare, dont le tableau radio-clinique est souvent trompeur pouvant simuler une pathologie tumorale ou tuberculeuse. Le recours à la chirurgie est le plus souvent nécessaire comme le cas de notre patient. L'évolution spontanée se fait vers l'extension et la destruction des tissus avoisinants mettant en jeu le pronostic vital du patient. Sous traitement, l'évolution est généralement favorable avec guérison radio-clinique.

## Références

1. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J* 2003; 21: 545-51.

*Ourari-Dhahri Besma, Sanai-Raggad S, Ben Ammar J, El Gharbi Leila, Baccar M A, Azzabi S, Aouina Hichem, Mezni Faouzi\*, Bouacha Hend*

*Service de Pneumologie, Centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicolle*

*\*Service d'anatomopathologie, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana*

## Auricular pyoderma gangrenosum associated with Crohn's disease

Pyoderma gangrenosum (PG) is a neutrophilic dermatosis characterised by recurrent painful cutaneous ulcerations. It is frequently associated with inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis and haematological disorders (1-3). Diagnosis is based on a history of underlying disease, evolving clinical features and exclusion of other diseases that would present with ulceration. PG occurs most commonly on the lower legs with preference for the pretibial area (3). PG has been reported on other sites of the body as well, including breast, hand, trunk, head and neck, and peristomal skin. It is difficult to diagnose patients who have lesions of the head and neck region because there are several diseases which imitate the clinical appearance of PG and the histopathology of PG is not diagnostic but only suggestive. (4) About 25% of patients with PG had lesions on the head and neck region. (5, 6) However, auricular or periauricular areas are quite rare anatomical sites for PG. We present a case of retro-auricular pyoderma gangrenosum associated with crohn's disease who responded to conservative treatment.

## Case report

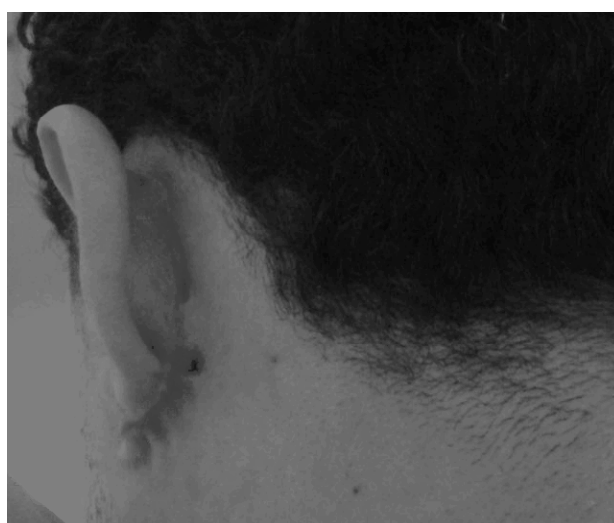
A 28-year-old man with jejunum Crohn's disease diagnosed in 2006 was referred to our Gastrointestinal Unit in November 2009 because of a skin lesion in the left postauricular cleft region. Crohn's disease was in stable remission. This lesion starts as a follicular pustule with rapid growth, tissue necrosis and enlargement of the area. The surrounding skin is erythematous with infiltration and oedema. The ulcer borders are undermined and violaceous (Figure 1). Routine blood chemistry showed slight anaemia (Hb: 10.5 g/dl) and a marked increase in the inflammatory index (erythrocyte sedimentation

rate 80 mm/h, reactive C protein 70 mg/L). Initial examination excluded an otitis externa causing local inflammation from overspill onto the adjacent skin area. A skin swab for culture was taken. Despite negative bacterial cultures, the lesion was treated as a superficial infection and he was given intravenous broad-spectrum antibiotics during one week. During this period, there was gradual deterioration of the lesion, which prompted a biopsy of the periauricular skin lesion. Biopsy showed an acute neutrophilic abscess-like ulcerative skin and subcutaneous inflammation, which was consistent with the diagnosis of PG. Antibiotics were stopped and the patient was treated with parenteral hydrocortisone, 400 mg/day on 7 consecutive days, followed by oral prednisolone (60 mg/day). The violaceous wound edge began to resolve within 72 h, which supported our diagnosis of pyoderma gangrenosum. Three months afterwards, the ulcer had healed completely, leaving a slightly raised but soft linear scar (Figure 2).

**Figures 1 :** Clinical findings of the back aspects of the left ear lobe. Necrotic exudative lesion of the left ear lobe.



**Figure 2 :** The resultant scar following three months.



## Conclusion

Our case illustrates the rare presentation of auricular PG. Apparent wound infections and nonhealing wounds that do not respond to treatment with antibiotics must raise suspicion toward a noninfectious etiology such as PG.

## References

1. Powell FC, Schroeter AL, Perry HO. Pyoderma gangrenosum: a review of 86 patients. *Q J Med* 1985; 55: 173-86.
2. Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:273-83.
3. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. *BMJ* 2006; 333:181-4.5
4. Weenig RH, Davis MD, Dahl PR et al. Skin ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. *N Engl J Med* 2002; 347:1412-8.6
5. Snyder RA. Pyoderma gangrenosum involving the head and neck. *Arch Dermatol* 1986; 122: 295-302.7
6. Powell FC, Perry HO. Pyoderma gangrenosum in childhood. *Arch Dermatol* 1984; 120: 757-61.

*Nabil Ben Chaabane, Olfa Hellara, Wafa Ben Mansour, Imed Ben Mansour, Wissem Melki, Hichem Lghmeri, Leila Safer, Fethia Bdioui, Hammouda Saffar*

*Service de gastroentérologie. Monastir. Tunisie  
Faculté de médecine de Monastir.*

## Masse cervicale révélant une duplication kystique de l'œsophage

Les duplications œsophagiennes représentent 10 à 15 % des duplications digestives [1] et la seconde localisation après les duplications du grêle [1, 2]. Elles siègent le plus souvent au niveau du thorax. La localisation cervicale est rare. Cette rareté ne doit pas omettre le diagnostic devant une masse cervicale. Nous rapportons l'observation d'une duplication œsophagienne découverte devant une masse cervicale.

## Observation

T.F. est une fille âgée de 3 ans, sans antécédents pathologiques notables, chez qui la mère a découvert fortuitement 2 mois auparavant une masse latéro-cervicale droite isolée, sans dysphagie ni signes respiratoires associés. A l'examen, la masse était de consistance molle, indolore, à limites nettes, immobile à la déglutition, sans signes inflammatoires locaux. Il n'existait pas d'adénopathies satellites. La radiographie cervicale a montré un épaississement postérieur des parties molles sans calcification, ni lyse osseuse ou malformations vertébrales associées. La radiographie pulmonaire était normale. A l'échographie, la masse était trans sonore, discrètement hétérogène avec un léger renforcement postérieur, limitée par une membrane propre au contact intime avec le bord interne de l'œsophage cervical. L'imagerie par résonance magnétique (figure 1) a montré une formation cervicale latéro-œsophagienne droite, ovalaire, mesurant 55x30x25 mm, présentant un hyper signal T2 avec un rehaussement

périphérique linéaire et irrégulier évoquant une origine liquidienne riche en protéines. Elle se projetait, en haut en regard de C3-C4, et en bas en regard de T1-T2. Son bord gauche est au contact de la trachée et de l'œsophage qu'elle refoule vers l'avant et la gauche sans communication évidente.

**Figures 1 :** IRM de la région cervicale montrant la duplication œsophagienne (a -b)



A travers une cervicotomie droite, était identifiée une duplication kystique intra musculaire, mesurant 70 x 40 mm, attachée au mur latéral droit de l'œsophage cervical. Une exérèse complète était réalisée. L'ouverture de la pièce a trouvé un contenu brunâtre dont la culture était négative. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de duplication en montrant une paroi kystique revêtue par un épithélium malpighien régulier reposant sur deux couches musculaires lisses sans hétérotopie muqueuse (figure 2). Les suites opératoires étaient simples avec un recul de 2 ans.