

couverte est une alternative efficace offrant une fermeture rapide de la perforation, une reprise précoce de l'alimentation, et évite éventuellement la morbidité potentielle liée au traitement chirurgical. Toutefois, la prise en charge ne serait se limiter à la seule fermeture de l'effraction de la paroi digestive. Le drainage d'éventuelles collections, le traitement systémique de l'infection et l'assistance nutritive sont des adjuvants incontournables. Une coopération étroite entre gastro-entérologues et chirurgiens reste de mise dans la prise en charge des perforations oesophagiennes, qu'il ait ou non traitement endoscopique

Références

- 1- J. Baulieux, O. Philippe, N. Coffy, P. Maillet. Les perforations traumatiques de l'oesophage. Lyon chirurgical, 1997;37: 3-11.
- 2- B. Guerrier, M. Makkeieff, M. Barazer. Perforations oesophagiennes. Encycl. Med. Chir. (Paris. France) Oto-Rhino-Laryngologie, 20845-A10, Gastro-Entérologie, 9-203-A10, 1994, 7p.

Olfa Hellara¹, Nabil Ben Chaabène¹, Wissem Melki¹, Ahmed ZRIG², Rim Smaili¹, Hichem Loghmani¹, Fethia Bdioui¹, Leila Safer¹, Mondher Gollif¹, Hammouda Saffar¹

1-Université du centre, Faculté de Médecine de Monastir, CHU de Monastir, Service de Gastro-entérologie, 5000, Monastir, Tunisie ;

2-Université du centre, Faculté de Médecine de Monastir, CHU de Monastir, Service de Radiologie, 5000, Monastir, Tunisie.

La fièvre boutonneuse méditerranéenne avec insuffisance rénale aiguë

La fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM) est une infection bactérienne due à *Rickettsia conorii* survenant surtout dans les régions du pourtour méditerranéen au printemps ou en été. Elle est transmise par les tiques de chiens *Rhipicephalus sanguineus* (1, 2). Généralement, c'est une maladie d'évolution favorable en une dizaine de jours, caractérisée par une fièvre, une escarre (tache noire) et une éruption maculopapuleuse. Toutefois, des formes sévères ont été décrites pour des terrains fragilisés (3), elles associent aux facteurs prédisposant, une vascularite cutanée, une cytolysse hépatique, une rhabdomyolyse, une atteinte du système nerveux central pouvant aller jusqu'au coma et une insuffisance rénale aiguë (3, 4). L'atteinte rénale est mal connue et est fréquemment considérée comme fonctionnelle ou liée à une nécrose tubulaire et/ou à une vascularite nécrosante.

Nous rapportons l'observation d'une FBM compliquée d'insuffisance rénale aiguë.

Observation:

Patiente âgée de 65 ans, originaire de Tunis et y demeurant, hypertendue depuis 20 ans sous Alpha méthyl dopa et furosémide, a été hospitalisée en Septembre 1999 pour fièvre au long cours. Elle a présenté, un mois avant son admission, une fièvre chiffrée à 39-40°C avec frissons associée à une toux

sèche et des céphalées. Elle a été traitée à plusieurs reprises par des antibiotiques et antipyrétiques sans amélioration. Vingt jours plus tard elle a présenté des arthralgies de type inflammatoire au niveau des poignets et des métacarpophalangiennes (MCP) et une éruption non prurigineuse généralisée à tout le corps. L'examen clinique trouve une patiente fébrile à 39°C, TA : 120/80, rythme cardiaque à 90 bat/mn, une polypnée à 24 c/mn, une hyperhémie conjonctivale bilatérale, une langue saburrale, une éruption maculo-papuleuse non prurigineuse généralisée à tout le corps y compris les paumes et les plantes (figure 1,2), une lésion croûteuse de 1 cm de grand axe au niveau du creux poplité (figure 3), une douleur à la mobilisation des poignets et des MCP, l'examen des urines à la bandelette trouve une croix de protéinurie sans hématurie.

Figures 1 et 2 : Eruption cutanée maculo-papuleuse



Figure 3 : Creux poplité : chancre d'inoculation



Le reste de l'examen physique est sans particularités. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique avec une VS à 45 mm la 1^{ère} heure, une Fibrinémie à 6 g/l, une CRP à 60 mg/l, une protidémie à 60 g/l, une hypoalbuminémie à 25.2 g/l et une hyper α 2 à 9.1 g/l, une hyperleucocytose à 15700/mm³, une anémie hypochrome microcytaire à 8.8 g/dl d'hémoglobine et des plaquettes normales à 221000/mm³, une insuffisance rénale avec urée à 50.6 mmol/l, une créatinine à 308 μ mol/l, ionogramme sanguin normal et une protéinurie des 24h négative. L'ASAT à 61 U/l (1.52 fois normale), ALAT à 20 U/l, γ GT à 33 U/l, PAL à 150 U/l, bilan d'hémostase correcte. La Sérologie de la Rickettsiose était positive à R Conori (IgG : 1/160 ; IgM : 1/80), C Burnettii : négative, R Mooseri : négative. La biopsie cutanée a révélé une vasculite avec des éléments inflammatoires lymphocytaires prédominant accompagnés de foyers de suffusion hémorragique interstitielle compatible avec une rickettsiose. La radiographie du thorax a montré une cardiomégalie et l'examen ophtalmologique avec angiographie rétinienne une hémorragie rétinienne bilatérale évolutive. Le score de la FBM était à 35 et le diagnostic retenu était une Rickettsiose sévère avec atteinte oculaire et rénale. La patiente a été mise sous Ofloxacin à la dose de 200 mg par jour pendant 15 jours. L'évolution était favorable avec disparition de la fièvre, de l'éruption cutanée et une amélioration de la fonction rénale avec une créatinine à 149 μ mol/l après 7 jours de traitement. La patiente est suivie régulièrement à la consultation externe avec nette amélioration de la fonction rénale.

Conclusion

Les atteintes rénales au cours de la FBM sont de plus en plus documentées, leurs mécanismes sont différents, leur pathogénie reste mal élucidée et le pronostic est conditionné par le type de l'atteinte rénale et par la précocité du traitement. De ce fait, la rickettsiose devrait être recherchée devant l'association d'une insuffisance rénale aiguë à une cytolysé hépatique et à une thrombopénie, afin de commencer rapidement un traitement spécifique.

Références

1. Parola P, Raoult D. Les rickettsioses éruptives. In «Encyclopédie médico-chirurgicale - Maladies infectieuses». Elsevier ed, Paris, 1994, 8-037-1-20,24 p.
2. Raoult D, Roux V. Rickettsioses as paradigms of new or emerging infectious diseases. Clin Microbiol Rev 1997; 10: 694-719.
3. Raoult D, Gallais H, Ottomani A et al. Malignant form of Mediterranean boutonneuse fever 6 cases. Presse Med 1983; 12: 2375-78.
4. Raoult D, Zuchelli P, Weiller PJ et al. Incidence, clinical observations and risk factors in the severe form of Mediterranean spotted fever among patients admitted to hospital in Marseille 1983-1984. J Infect 1986; 12: 111-16.

Besma Ben Dhaou, Zohra Aydi, Fatma Boussema, Samir Kochbati, Lilia Baili, Lilia Rokhani

Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Habib Thameur, Service de médecine interne, 1008, Tunis, Tunisie

Sarcoïdose révélée par une dacryoadénite bilatérale

La sarcoïdose est une affection granulomateuse généralisée chronique de cause inconnue. Elle touche préférentiellement l'adulte jeune, mais peut survenir à tout âge. La sarcoïdose se caractérise sur le plan histologique par l'existence dans les tissus atteints de granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse. Dans le cadre des manifestations ophtalmologiques de cette maladie, la coexistence d'autres atteintes systémiques parmi lesquelles la découverte de polyadénopathies médiastinales non compressives ou d'une élévation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine permet souvent de suspecter le diagnostic. Cependant ces manifestations ophtalmologiques sont parfois inaugurales et peuvent ainsi poser d'importants problèmes diagnostiques. Nous rapportons un cas de sarcoïdose systémique révélée par une hypertrophie bilatérale des glandes lacrymales.

Observation

Patiente âgée de 50 ans, diabétique non-insulino-dépendante qui consultait pour une tuméfaction douloureuse, mobile de consistance ferme au niveau de la partie externe des deux paupières supérieures (figures 1 et 2).

Figure 1 : Dacryoadénite bilatérale



Figure 2 : Tuméfaction palpébrale supéro-externe



L'examen ophtalmologique aux deux yeux mettait en évidence une exophtalmie modérée aux deux yeux, une acuité visuelle conservée à 10/10, une oculomotricité normale, un segment antérieur calme et un fond d'œil normal. Un bilan biologique était mis en route révélant une intradermoréaction à la