

Conclusion

L'*Aspergillus* est une cause rare d'OEM. L'origine fongique doit être suspectée devant la négativité des prélèvements bactériologiques répétés et l'absence d'amélioration malgré un traitement antibiotique bien conduit. Le traitement repose de plus en plus sur les nouveaux antifongiques qui représentent une alternative très intéressante grâce à leur bonne diffusion tissulaire et l'excellente tolérance.

Références

1. Rubin Grandis J, Branstetter BF 4th, Yu VL. The changing face of malignant (necrotising) external otitis: clinical, radiological, and anatomic correlations. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 34-9.
2. Hamzany Y, Soudry E, Preis M et coll. Fungal malignant external otitis. *J Infect* 2011; 62:226-31.

Dermatomyosite de l'adulte compliquée d'une calcinose étendue

Mahfoudhi Madiha, Bacha Mohamed Mongi, Turki Sami, Ben Abdelghani Khaoula, Kheder Adel.

Service de médecine interne A - Hôpital Charles Nicolle

Introduction

La dermatomyosite de l'adulte s'associe rarement à une calcinose sous cutanée, contrairement à la forme juvénile. Le diagnostic est le plus souvent clinique, la symptomatologie dépend de la localisation cutanée ou musculaire de la calcinose (1, 2).

L'imagerie permet de déterminer toutes les localisations de la calcinose ainsi que son retentissement sur les structures avoisinantes. Le scanner a une sensibilité supérieure à l'IRM dans le diagnostic de la calcinose sous cutanée (1, 2).

La physiopathologie de la calcinose n'est pas identifiée. Certaines études ont révélé la présence d'auto-anticorps anti-protéiques favorisant la survenue de calcinose dans les formes juvéniles de dermatomyosite, et récemment dans les formes adultes (3).

La calcinose chez l'adulte est étendue et réfractaire à plusieurs traitements (inhibiteurs calciques (diltiazem), bisphosphonates (étidronate), probénicid, corticoïdes locaux et lithotripte extra-corporelle. Le pronostic de la calcinose sous cutanée chez l'adulte est réservé par rapport à la forme juvénile (1, 2).

Le but de ce travail est de mettre le point à travers notre cas et les cas sporadiques publiés dans la littérature, sur la rareté de la calcinose dans la dermatomyosite de l'adulte, l'efficacité minime des thérapeutiques proposées actuellement aggravant le pronostic, et nécessitant une meilleure compréhension de l'étiopathogénie de la calcinose.

Observation

Patient âgé de 41ans, sans antécédents pathologiques particuliers, suivi dans notre service pour une dermatomyosite.

Le diagnostic de dermatomyosite a été évoqué devant l'association d'un déficit moteur des ceintures scapulaires et pelviennes, à des lésions cutanées spécifiques (érythème lilac des paupières, papules de Gottron et signe de la manucure).

L'examen biologique a objectivé une élévation des CPK et LDH à 10 fois normale.

L'électromyogramme a confirmé l'origine myogène du déficit moteur et le résultat de l'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'une myosite inflammatoire.

Le bilan immunologique était négatif.

Le diagnostic de dermatomyosite a été retenu.

La recherche d'une néoplasie sous jacente était négative.

Il a été traité initialement par trois boli de solumédrol relayés par une corticothérapie à 1mg/kg/j et méthotrexate à 15 mg/semaine. Devant le caractère réfractaire de la dermatomyosite, il a eu une cure d'immunoglobuline à 2g/kg. L'évolution a été marquée par une amélioration aussi bien sur le plan clinique que biologique.

Au bout de 8 mois d'évolution, le patient a présenté des dorsalgies, des sciatgies gauches devenant de plus en plus intenses et invalidantes avec une impossibilité de s'accroupir.

L'examen neurologique était normal, ainsi que le testing musculaire. Une induration érythémateuse, non chaude, étendue en regard de L5-S1, atteignant les deux flancs, a été objectivée.

Les radiographies standards du rachis dorso-lombaire ont objectivé des calcifications para-rachidiennes.

Une IRM rachidienne et des parties molles para-rachidiennes a montré une infiltration calcique en T1 et T2 correspondant à une calcinose de la région dorso-lombaire associée à une infiltration oedémateuse sous jacente en regard des apophyses épineuses ; il n'y avait pas de lésions disco-vertébrales ou des structures intra-canalaires du rachis dorso-lombaire.

Un scanner rachidien a révélé de multiples calcifications sous cutanées dorso-lombo-sacrées et des parties molles para-rachidiennes (Figure 1).

Figure 1 : Scanner lombo-sacré. Calcinose sous cutanée de la région lombo-sacrée



Le diagnostic de dermatomyosite compliquée d'une calcinose a été retenu. Il a été traité par un inhibiteur calcique (diltiazem) pendant 6 mois, mais la symptomatologie ne s'est pas améliorée, témoignant de la difficulté thérapeutique des calcinose étendues compliquant une dermatomyosite de l'adulte.

La conduite était de lui administrer un bisphosphonate (Pamidronate de sodium : Arédia®). Le recul n'est pas assez suffisant pour juger l'efficacité de ce traitement.

Conclusion

Des calcifications étendues et ectopiques peuvent compliquer la dermatomyosite et être parfois invalidantes malgré la rémission de la myosite. L'éthiopathogénie de la calcinose est mal élucidée d'où la difficulté d'instaurer un traitement adéquat.

Références

- 1-Liao HT, Chen CH, Chen H et al. Diffuse subcutaneous calcinosis as the initial presentation of dermatomyositis in a patient with large-cell lung carcinoma. *Semin Arthritis Rheum.* 2005; 34 (6): 805-12.
- 2- Bayou F, Belajouza C, Boussofara L et al. Aggressive universal calcinosis complicating dermatomyositis. *Ann Dermatol Venerol.* 2011; 138(11): 758-60.
- 3- Sugiura K, Muro Y, Akiyama M. Autoantibodies to nuclear matrix protein 2/MJ in adult-onset dermatomyositis with severe calcinosis. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67(4): e167-8.

Exemple de pathologie du voyageur : les furoncles atypiques

Kallel Aïcha, Kaouech Emira, Fakhfakh Najla, Belhadj Slah, Kallel Kalthoum, Chaker Emna.

Laboratoire de Parasitologie Hôpital la Rabta

Introduction

Les myiases furunculoides sont des affections parasitaires secondaires à l'infestation des tissus sous cutanés des mammifères et accidentellement de l'homme par des larves de mouches ou 'asticots' (1). Elles sont engendrées par les larves de *Cordylobia anthropophaga* ou ver de Cayor en Afrique sub-saharienne et en Afrique centrale, et par les larves de *Dermatobia hominis* ou ver macaque en Amérique du Sud et aux Caraïbes (2).

Nous avons déjà décrit le premier cas importé en Tunisie de myiase furunculose à *Dermatobia hominis*.

Nous rapportons dans ce travail la première observation tunisienne d'une myiase à *Cordylobia anthropophaga* contractée à Abidjan.

Observation

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, originaire de Tunisie et qui a travaillé dans le secteur administratif des travaux publics pendant deux ans à Abidjan.

Il a consulté pour des lésions furunculoides douloureuses, prurigineuses, apparues 10 jours avant son retour en Tunisie.

L'interrogatoire a retrouvé la notion de veillées sur le gazon, torse nu, pendant son séjour.

L'examen a mis en évidence des lésions multiples siégeant au niveau du thorax, du dos, de l'avant-bras droit et de la fesse droite.

Le diagnostic d'une myiase à *Cordylobia anthropophaga* a été conforté après extraction manuelle d'une larve au stade II, de 8 mm de long, avec deux plaques stigmatiques contenant chacune deux fentes sinueuses (voir Figure).

L'évolution a été favorable après soins locaux.

Figure 1 : Larve de *Cordylobia anthropophaga* au stade II



Conclusion

La myiase furunculose est une parasitose volontiers méconnue au retour d'une zone tropicale, en raison de son aspect initialement peu spécifique mais elle doit être évoquée devant toute personne rentrant d'un pays en zone d'endémie et présentant des lésions cutanées à type de papules ou de nodules avec un petit orifice central. Le diagnostic est confirmé par l'extraction des larves dont l'identification s'effectue sur les stigmates respiratoires à son extrémité postérieure. Son traitement consiste en l'extraction mécanique de la larve et sa prévention repose sur l'éviction de s'étendre à même le sol et sur le repassage du linge séché à l'extérieur (3).

Références

- (1) Kaouech E, Kallel K, Belhadj S, Chaker E. Myiase furunculose à *Dermatobia hominis* au retour d'Amérique du Sud : premier cas importé en Tunisie. *Med Trop* 2010;70:135-6.
- (2) Cardot-Leccia N, Ambrosetti D, Haudebourg J et al. Un curieux furoncle. *Presse Med* 2008;37:1342-5.
- (3) Poinier P, Foulet F, Bonoua M et al. Myiase à *Cordylobia anthropophaga* d'origine sud-Africaine. *Med Trop* 2008;68:102-3.

Tachycardie atriale chaotique : à propos d'une observation

Rim Ben Abdallah Chabchoub¹; Sana Elloumi ¹; Mongia Hachicha²; Abdelmajid Mahfoudh¹

¹ Service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatrique. CHU Hédi Chaker.

² Service de pédiatrie. CHU Hédi Chaker.

Introduction

La tachycardie atriale chaotique (TAC) est une pathologie rare, représentant 10% des tachycardies supra ventriculaires du nourrisson. Le diagnostic est facile reposant sur l'électrocardiogramme de surface. Le pronostic est bon dans la plupart des cas.