

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 Aicha, 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 Elloumi¹; Mongia Hachicha²; Abdelmajid Mahfoudh¹

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

² Service de pédiatrie. CHU Hédi Chaker.

Introduction

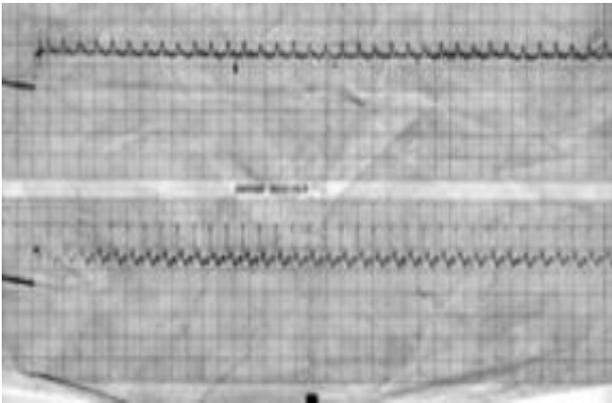
La tachycardie atriale chaotique (TAC) est une pathologie rare, représentant 10% des tachycardies supra ventriculaires du nourrisson. Le diagnostic est facile reposant sur l'électrocardiogramme de surface. Le pronostic est bon dans la plupart des cas.

Le flutter atrial et la fibrillation, ainsi que les tachycardies atriales liées à l'activité d'un seul Le but est de préciser les particularités cliniques, électrophysiologiques, et thérapeutiques des TAC .

Observation

H..., né par césarienne pour tachycardie foetale. Hospitalisé à l'âge de trois jours pour accès de cyanose avec refus de tétée sans vomissement ni fièvre ni trouble de conscience. Devant la constatation d'une tachycardie à l'auscultation cardiaque arrivant jusqu'à 300 bpm, un électrocardiogramme a été réalisé objectivant l'aspect d'une tachycardie atriale chaotique (fig1).

Figure 1 : aspect de tachycardie atriale chaotique



L'échographie cardiaque faite à la recherche de cardiopathie sous-jacente a montré une dilatation modérée des cavités droites et de l'oreillette gauche. La conduite à tenir initiale était de mettre le nouveau-né sous Digoxine® à la dose de 5 µ/kg/j avec une surveillance biquotidienne du rythme cardiaque. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique, une diminution de la fréquence cardiaque et une normalisation du tracé ECG. La dose de digoxine a été ainsi réduite à 2,5 µ/kg/j à J 4 de traitement. L'évolution a été marquée par la récurrence de la symptomatologie au bout de 15 jours avec l'installation d'un état d'agitation nécessitant sa ré hospitalisation Le nouveau-né a été traité par la digoxine (10 µ/kg/j) et Cédilanide (7 µ/kg/j) mais sans amélioration. Secondairement ,l'amiodarone (Cordarone®) à la dose de 5 mg/kg/j associée à la digoxine (8 µ/kg/j) a permis la réduction de cette tachycardie avec le retour à un tracé sinusal. L'amiodarone a été arrêtée au bout de 4 jours alors que la digoxine a été maintenue pendant 4 mois. L'échographie cardiaque de contrôle était sans anomalies.

Conclusion

Les tachycardies atriales chaotiques affectent le plus souvent les nouveaux nés ou nourrissons ayant un coeur normal. Le diagnostic est facile, il repose sur la pratique d'un ECG de surface. Le tableau clinique varie d'une tachycardie tout à fait asymptomatique à une défaillance cardiaque sévère. Seule l'amiodarone seule ou en association avec les autres anti-arythmiques permet la réduction de la tachycardie.

Références

1. Lucet V. Les tachycardies primitives de l'enfant. Arch Pediatr 2005 ; 12 : 498-502.

Epilepsy, pemphigus and celiac disease: an exceptional association

Asma Labidi , Meriem Serghini , Sami Karoui, Nadia Ben Mustapha, Jalel Boubaker , Azza Filali.

Department of Gastroenterology A. La Rabta Hospital. Tunis.

Introduction :

Celiac disease (CD) is an immune mediated enteropathy dependent on gluten protein. It results in malabsorptive symptoms and villous atrophy. Gluten free diet for life is the cornerstone of treatment. However, gluten sensitivity seems to be a complex problem since it could be associated with other autoimmune disease processes. Skin, being the target of numerous cellular and/or antibody mediated pathological immune responses, could be variably affected during celiac disease. Pemphigoids, pemphigus vulgaris and dermatitis herpetiformis are bullous disease that could be encountered in celiac patients (1). Likewise, a wider spectrum of neurologic syndromes is increasingly recognised to be associated with celiac disease as either a complication or an initial symptom (2). Epilepsy is one of the documented neurological manifestations of celiac disease. To our knowledge, we report the first case of celiac patient in whom pemphigus and epilepsy were the prime presentation of CD.

Case Report

A 24-year old woman presented in 1988 in dermatology clinics with bullous lesions in lingual and jugal mucosae. Histopathology showed spongiosis and lymphocytic exocytosis with oedema and inflammatory infiltrate in the superficial dermis. Direct immunofluorescence disclosed a pemphigus-like deposition of IgG in the epidermal intercellular space (ICS). No other immunoglobulins or complement components were deposited. Circulating anti-ICS IgG was also demonstrated by indirect immunofluorescence at a titer of 1/90. ELISA testing for antidesmoglein 1 and 3 was positive. Diagnosis of Pemphigus Vulgaris was made and patient was put on corticosteroids. Circulating anti-ICS IgG decreased at 1/10 after 3-month corticosteroid therapy. Since 2007, she was in complete remission under low doses of corticosteroids (10mg/day). Indirect immunofluorescence performed in 2011 was negative. In 2001, patient developed recurrent episodes of brief and sudden lapse of consciousness; cerebral CT scan showed no abnormalities. Electroencephalography showed generalized spike-and- slow-wave discharges. Diagnosis of absence seizures was made in her and patient was put on carbamazepine. Thereafter, she never had other episodes of absence seizure.

Six years later, the patient presented in our clinics complaining of watery diarrhea. She reported 4 watery stools per day over the previous six years, with an important weight loss and anorexia. She had no mucus neither blood in stools and she did not complain of abdominal pain. Physical examination revealed skin and mucous pallor. On laboratory investigation, she was found to be anaemic (Hb:8g/dl, MCV:65fl). Erythrocyte sedimentation rate, serum levels of albumin, calcium, phosphorus, cholesterol and ferritin were all within the normal range. There was no hyperthyroidism.

Esogastroduodenoscopy and colonoscopy were normal. Histopathology of systematic duodenal biopsies revealed partial villous atrophy. Positive IgG anti-gliadin antibodies (80 IU/mL) transglutaminase antibodies (20IU/mL) were detected. Based on the above findings, the