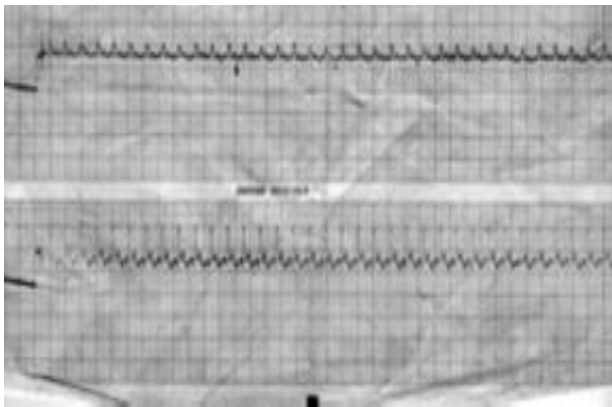


Le flutter atrial et la fibrillation, ainsi que les tachycardies atriales liées à l'activité d'un seul Le but est de préciser les particularités cliniques, électrophysiologiques, et thérapeutiques des TAC .

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 cœur 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

diagnosis of celiac disease was made and the patient was managed with gluten-free diet. She responded nicely and all her symptoms improved and had 10 kilograms gain with Hb level of 13.5g/dl. After one year of adherence to gluten-free diet, serology markers were negative and repeated duodenal biopsy showed normal villous pattern.

Conclusion

Gluten sensitivity is a systemic autoimmune disease with diverse manifestations including coeliac disease which might be only the tip of the iceberg. Indeed, the concept of extraintestinal presentations without enteropathy has only recently been introduced, this case seems to support it and to emphasize the difference between gluten sensitivity and coeliac disease.

References

- 1- Blank M, Gisondi P, Mimouni D et al. New insights into the autoantibody-mediated mechanisms of autoimmune bullous diseases and urticaria. *Clin Exp Rheumatol*. 2006; 24:20-5.
- 2- Vincent A, Crino PB. Systemic and neurologic autoimmune disorders associated with seizures or epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52:12-7.

Implantation de l'appendice sur un diverticule caecal : une variante anatomique rare

Ayari Hichem, Rebii Saber, Rhaïem Rami, Daghfous Alifa, Hasnaoui Anis, Rezgui-Marhouf Lamia, Zoghliami Ayoub

Introduction

L'implantation de l'appendice sur un diverticule caecal est une entité rare faisant du syndrome douloureux de la fosse iliaque droite un piège diagnostique et pose le problème en peropératoire l'appendicectomie seule ou associée à la résection du diverticule caecal.

On se propose de décrire une situation rare de découverte peropératoire d'une appendicite sur un appendice implantée par sa base sur un diverticule caecal.

Cas Clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans sans antécédents pathologiques qui nous a consultés aux urgences pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. A l'examen, sa température est 38°C avec une sensibilité de la fosse iliaque droite, un signe de Rovsing positif et un toucher rectal non douloureux. A la biologie, le patient présentait un syndrome inflammatoire biologique avec des globules blancs à 18000 el/mm³ et une CRP à 25 mg/L.

Devant ce tableau, le diagnostic d'appendicite aiguë a été retenu. Le patient a été opéré par une voie de Mac Burney avec à l'exploration un appendice d'aspect inflammatoire implantée par sa base sur un diverticule caecal non compliqué (Figure 1). On décide d'emporter l'appendice et le diverticule caecal par un coup de GIA 60 (Figure 2). Les suites étaient simples, le patient a été mis sortant à J4 postopératoire. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé l'insertion de la base appendiculaire sur un diverticule caecal.

Figure 1 : aspect de tachycardie atriale chaotique



Figure 1 : aspect de tachycardie atriale chaotique



Conclusion

La découverte d'un appendice implanté par sa base sur un diverticule caecal est rare. Le diagnostic de cette entité se fait le plus souvent en peropératoire lors d'appendicectomies pour syndrome appendiculaire. L'attitude est de réséquer le diverticule caecal avec l'appendice en pratiquant une résection cunéiforme du caecum pour éviter le risque de fistule du moignon appendiculaire (1).

Références

- (1) P. Lè, H. Blondon, C. Billey. Les diverticulites du côlon droit. *J Chir* 2004 ; 141(1) : 11-20.

Localisation rare du synoviosarcome : le médiastin

Ali Gaja¹, Saoussen Hantous-Zannad¹, Asma Zidi¹, Henda Neji¹, Ayda Ayad², Adel Marghl³, Sonia Maalej⁴, Ines Baccouche¹, Khaoula Ben Miled-M'rad¹

¹Service d'Imagerie Médicale

²Service d'Anatomo-Pathologie

³Service de chirurgie cardio-thoracique

⁴Service de Pneumologie

Hôpital Abderrahmen Mami,

Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

Introduction

Le synoviosarcome est une tumeur rare de l'adulte jeune, plus