

References

- 1) Gupta LK, Khare AK, Mittal A, Kuldeep CM. Herpes zoster in infancy. Indian Dermatol Online J. 2013;4:252-4.
- 2) Bogomolov BP, Bakhur EG. Diagnostic difficulties in herpes zoster. Ter Arkh. 1984;56:138-40.
- 3) Koch P, Diedrich O, Pennekamp PH, Schmitz A. Rare differential diagnosis of a radicular spine syndrome: herpes zoster radiculitis. Z Orthop Ihre Grenzgeb. 2006;144:583-6.

Simultaneous bilateral tibial stress fractures in a handball player

Sayed Walid, Kedous Mohamed Ali, Ben Salah Mohamed, Zoghalmi Mohamed, Dridi Moez, Annabi Hédi, Hadj Salah Mehdi, Trabelsi Mohsen, M'Barek Mondher

Service d'orthopédie. Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous. Tunis

A stress fracture is defined as a fracture of a bone caused by repeated mechanical stress which over time exceeds the bone's intrinsic ability to repair itself. The site of occurrence is most commonly the weight-bearing lower limb (1, 2). Stress fractures have become an increasing cause of morbidity because of the increasing participation of the population in sporting activities (3). In this report, we describe an unusual case of simultaneous bilateral stress fractures of the tibial shafts in a young handball player, exposed to a sudden increase in joint loading due to his part-time occupation.

Case report

A twenty-year-old national handball player presented a bilateral leg pain evolving for two months. The onset of symptoms was gradual and occurred after a sharp increase in the rate of training.

Clinical examination revealed a young man walking normally, without pain. However, there was marked tenderness over the anterior and posteromedial aspects of both tibial shafts. There were no local inflammatory signs. Initial radiographs and CT scan of both legs were normal. A full blood count, plasma viscosity, CRP and renal biochemistry were all normal.

Despite a period of rest and given the persistence of symptoms, a new radiological assessment was requested including Tc-99m scintigraphy showing two mid-diaphyseal tibial foci of intense uptake suggestive of stress fractures. The new radiographs of legs face and profile showed a patchy multi-appearance of the anterior cortex of the right tibia in its middle part and a fracture of the anterior cortex of the left tibia in its middle part (Fig 1, 2).

The patient was then operated.. He had a bilateral tibial nailing after intramedullary reaming and without Buckle (Fig 3). The postoperative course was uneventful. Full support has been enabled in immediate postoperative. The resumption of training was done at 3 weeks post-operative.

Figure 1 : Radiograph of the right tibia showing multi-appearance of the anterior cortex



Figure 2 : Radiograph of the left tibia showing a fracture of the anterior cortex in the middle part of the tibia



The player returned to action at 2 months post-operative. Plain radiographs performed 6 months later were normal.

Figure 3 : Radiographs of right (3.a) and left (3.b) legs after bilateral tibial nailing.



Conclusion

This case of simultaneous bilateral stress fractures of the proximal tibial shaft in a young man highlights the effects of a sudden increase in unaccustomed joint loading on a developing skeleton. The lower limb is the major site for stress fractures, particularly of the tibia, fibula, calcaneum and metatarsals. A number of predisposing factors have been identified, related to bone dimensions and the characteristics of the force applied. Most authors recognize the importance of training errors being the major attributer of overuse injury risk in runners. The incidence of symptomatic bilateral lower limb stress fractures is exceptional. While tibial shaft stress fractures are well recognized, the occurrence of simultaneous bilateral stress fractures at this site is rare. Repeat radiographs often confirm the diagnosis of stress fracture, but they are still only diagnostic in 50% of cases.

References:

1. M Animashawun, G Bhattee, K Ravikumar. Bilateral tibial stress fractures: a Case report. Eur J Orthop Surg Traumatol 2012; 22: S189-S191.
2. Milgrom C, Giladi M, Stein M et al. Stress fractures in military recruits. J Bone Joint Surg 1985; 67B: 732-5.
3. Hulkko A, Orava S. Stress fractures in athletes. Int J Sports Med 1987; 8:221-6.

Association sarcoïdose-lupus érythémateux systémique : une nouvelle observation

Khammassi Naziha, Abdelhedi Haykel, Hergli Ilhem, Cherif Ismail, Ladeb Mohamed fethi, Cherif Ouahida

Service de médecine interne- Hôpital Razi- Manouba

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse multisystémique de cause indéterminée. Les descriptions d'associations de la sarcoïdose avec d'autres affections qu'elles soient inflammatoires, immunologiques, cancéreuses ou infectieuses, plaident pour un mécanisme réactionnel à des antigènes divers à l'origine de la sarcoïdose. L'association avec le lupus érythémateux systémique (LES) est rarement décrite [1, 2,3]. Ces deux pathologies ont certaines anomalies cliniques et biologiques en commun. Nous rapportons une observation de sarcoïdose qui s'est manifestée par de polyadénopathies périphériques, des atteintes hépatique, cutanée et pulmonaire associées à des perturbations immunologiques et une péricardite faisant évoquer un LES.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 45 ans, hospitalisée dans notre service en 2008 pour exploration de polyadénopathies périphériques.

L'examen somatique notait des adénopathies faisant 1cm de grand axe de la chaîne jugulo-carotidienne droite fermes, mobiles et indolores, des adénopathies inguinales bilatérales sans hépatomégalie ni splénomégalie, le reste de l'examen était sans particularité.

A la biologie on notait un syndrome inflammatoire biologique (vitesse de sédimentation à 108 mm la première heure, une CRP à 38 mg/l) et une hypergammaglobulinémie polyclonale à 25g/l. La fonction rénale, le taux de l'enzyme de conversion, le bilan hépatique et phosphocalcique étaient normaux. Les hémocultures et l'examen cytot bactériologique des urines étaient négatifs. Le frottis sanguin était sans anomalies. L'intradermoréaction à la tuberculine, la recherche de bacille de koch (BK) dans les crachats et les urines et les cultures étaient négatives.

Les sérologies (HIV, CMV, EBV, rubéole, herpès, brucellose, hépatites B et C, syphilis, Chlamydia) étaient négatives. Le bilan immunologique (anticorps antinucléaires et anti-DNAntifs) était négatif. L'échographie cervicale avait montré une thyroïde de taille et d'écho-structure normales, de multiples adénopathies cervicales jugulo-carotidiennes, sous angulo-maxillaires et parotidiennes bilatérales hypo-échogène à centre hyper-échogène. A la nasofibroscopie le cavum est régulier sans anomalies décelables. La biopsie ganglionnaire avait objectivé une adénite inflammatoire non spécifique.

La radiographie du thorax était normale. L'échographie cardiaque montrait une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique et un épanchement péricardique concentrique modéré non compressif. La patiente resta asymptomatique jusqu'à septembre 2011, date à laquelle apparut un tableau clinique associant : une dyspnée au moindre effort, de polyarthralgies diffuses d'horaires inflammatoires, des myalgies