

References

1. Kara M, Özkan M, Dizbay Sak S, Kuzu I, Kavukçu S. Primary pulmonary non-hodgkin's lymphoma. Journal of Ankara Medical School 2002;24:201-6
2. Jung Han K, Se-Hoon L, Jinny P et al. Primary Pulmonary Non-Hodgkin's Lymphoma. Jpn J Clin Oncol 2004;34:510-4
3. Cadranet J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. Eur Respir J 2002;20:750-62
4. Sirmali M, Kalaç N, Agaçkiran Y, Kaya S. Primary Pulmonary Lymphoma Disguised as Asthma. Acta chir belg 2006;106:127-9
5. Frein D, Lavigne C, Josselin N et al. Hypercalcémie et lymphome. À propos d'un cas. La Revue de médecine interne 2007;28:714-5

Bilateral visual loss in patient with systemic lupus erythematosus

Chebil Ahmed, Chaker Nibrass, Baroudi Belgacem, Falfoul Yosra, El Matri Leila

Service d'ophtalmologie B, Institut Hédi Rais, Tunis.

Valsalva retinopathy describes a condition of hemorrhage to the retina caused by a sudden increase in intraabdominal or intrathoracic venous pressure. Increased venous pressure creates a decreased return to the heart, which in turn results in

increased intracranial venous pressure [1]. Valsalva retinopathy classically presents as sudden visual loss in a healthy individual, caused by a premacular hemorrhage secondary to Valsalva stress [2]. We report a case of sudden bilateral visual loss in patient with a history of systemic lupus erythematosus.

Case report

A 23-year-old female patient presented with sudden bilateral visual loss immediately after a severe bout of vomiting the previous day in acute gastroenteritis. There was no past ocular history. The patient had a history of systemic lupus erythematosus with positive antiphospholipid antibodies for 5 years. Systemically, she was well and was on no medications. Ophthalmic examination of the both eyes noted a dense scotoma and best corrected visual acuity as hand move. Fundoscopy revealed a large pre retinal haemorrhage involving the macula (Fig. 1). Intraocular pressure, anterior segment and pupillary reactions were normal in both eyes.

A fluorescein angiography (FA) and indocyanine green angiography (ICG) were performed. Both examinations showed an area of hypofluorescence corresponding to the haemorrhage but no underlying neovascularization or retinal vasculitis or retinal ischemia or choroidopathy. Optical coherence tomography (OCT) also showed preretinal hemorrhage at the macula (Fig. 2).

Figure 1 : Colour fundus picture on presentation showing bilateral preretinal hemorrhage involving the macula

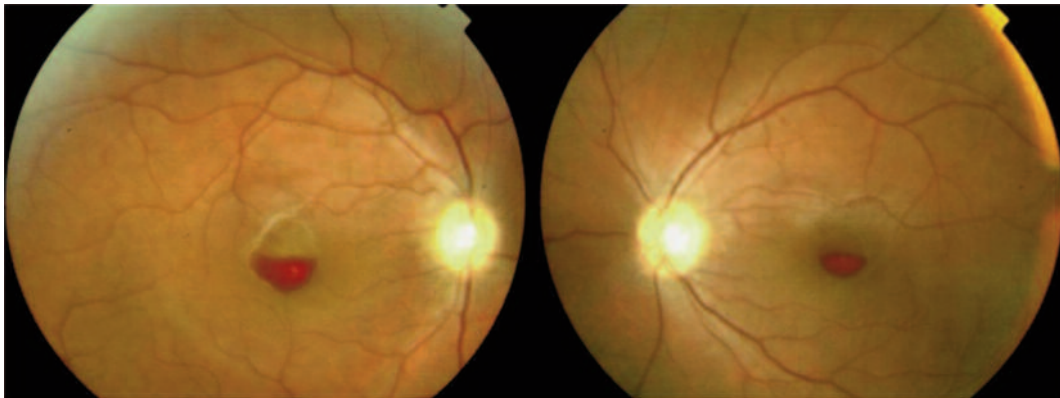


Figure 2 : Optical coherence tomography shows a lesion with high reflectivity at the macula, consistent with preretinal hemorrhage.



The blood pressure was 110/70mmHg on presentation. All blood tests were normal except for raised IgM anticardiolipin antibody consistent with her past medical history. Her platelet count was 205 X 103/mm3.

Investigations were carried out to exclude systemic conditions that could predispose to retinal haemorrhages such as diabetes mellitus, sickle cell disease and other blood dyscrasias or coagulopathies. All results were within the normal range and a diagnosis of Valsalva retinopathy was made on basis of clinical history, examination findings and optical coherence tomography.

No active treatment was recommended. Two months after, funduscopy showed complete resolution of the hemorrhage. The best-corrected visual acuity of the both eyes recovered to 20/20.

Conclusion

Valsalva retinopathy is characterized by the presence of a pre-retinal haemorrhage following a Valsalva maneuver and in most cases resolves spontaneously with favorable visual outcome. It is typically unilateral. In our case, Valsalva retinopathy was bilateral, it's probably due to the presence of antiphospholipid antibodies. When there is sudden loss of vision during a diagnostic procedure in patient with systemic lupus erythematosus, the physician may spend considerable time and effort trying to determine the cause. If Valsalva maneuver is noted in the history, however, Valsalva retinopathy should be considered as a possible explanation for vision loss. If Valsalva retinopathy is bilateral, antiphospholipid syndrome will be search.

References

1. Georgiou T, Pearce JA, Taylor RH. Valsalva retinopathy associated with blowing balloons. Eye 1999;13:686-7.
2. Choi SW, Lee SJ, Rah SH. Valsalva retinopathy associated with fiberoptic gastroenteroscopy. Can Ophthalmol 2006;41:491-3.

Microangiopathie thrombotique post pneumococcique : Difficultés diagnostiques. A propos de deux observations

Borgi Aida, Hamdi Asma, Tinsa Faten, Khemiri Monia, Belhadj Sarra, Smaoui Hanen, Kechrid Amel, Bouziri Asma, Ben Jaballah Nejla

Service de réanimation pédiatrique-Hôpital d'enfants, Tunis

Le syndrome de microangiopathie thrombotique (MAT) est caractérisé par l'association d'une anémie hémolytique mécanique avec la présence de schizocytes et d'une thrombopénie périphérique. Les deux principales formes de MAT sont le syndrome hémolytique et urémique (SHU) et le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT). Les tableaux cliniques de ces deux pathologies peuvent se chevaucher et

poser ainsi des problèmes de diagnostic positif. Le SHU est la principale cause d'insuffisance rénale chez l'enfant de moins de 3 ans et associe la triade : anémie hémolytique, thrombopénie périphérique et insuffisance rénale aiguë (IRA). Le SHU post diarrhéique ou typique représente la forme la plus fréquente ; toutefois et depuis quelques années avec l'augmentation de l'incidence des infections invasives à pneumocoque (IIP), nous assistons à une autre présentation atypique du SHU chez l'enfant : le SHU post pneumococcique (SHU sp). Il représente 10-15% de l'ensemble des SHU chez l'enfant (1) et 40% des SHU atypiques (2). Son étiopathogénie reste encore non complètement élucidée faisant intervenir la mise à nu de l'antigène Thomsen- Friedenreich (TF) par la neuraminidase sécrétée par le pneumocoque. Le PTT est rare et associe une anémie hémolytique, une thrombopénie et une atteinte multiviscérale(3). Chez l'enfant, il est le plus souvent congénital faisant suite à un déficit en protéine ADAMTS 13. Le PTT acquis a été décrit dans le cadre de sepsis chez l'adulte et est très rarement rapporté chez l'enfant(4). Nous rapportons deux observations d'enfants présentant une IIP qui s'est compliquée d'une microangiopathie thrombotique en rapport vraisemblablement avec un SHU dans un cas et un PTT dans l'autre cas en insistant sur les difficultés diagnostiques.

Observation 1

Un nourrisson âgé de 11 mois, non vacciné contre le pneumocoque, a été admis en réanimation dans les suites d'un arrêt cardio-respiratoire. Sa maladie a débuté trois jours avant l'admission, par l'installation d'une diarrhée liquidienne, de vomissements incoercibles avec dyspnée d'aggravation progressive. Il s'est présenté aux urgences dans un tableau d'état de choc avec des signes de déshydratation qui s'est compliqué d'un arrêt cardio-respiratoire rapidement récupéré. L'enfant a été ventilé mécaniquement et a été réhydraté sur une voie veineuse centrale. Durant les premières heures d'hospitalisation, l'état hémodynamique s'est altéré nécessitant sa mise sous norépinéphrine, dobutamine et céfotaxime associée à un aminoside, orientant ainsi vers l'origine septique du choc.

La radiographie du thorax initiale était normale. Au 2ème jour d'hospitalisation, l'enfant a développé un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et la radiographie du thorax a montré un infiltrat alvéolaire bilatéral non diffus.

La gazométrie a montré une acidose métabolique avec un pH à 7,03 et des bicarbonates à 5mmol/l. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 46 103/mm3, une thrombopénie à 30000/mm3 une anémie à 5,6g/dl, un taux de réticulocytes à 93000/mm3 et la présence de schizocytes au frottis sanguin. Le test de coombs direct(TCD) était positif. Le bilan d'hémostase était normal avec un TP à 100%, l'urée était à 33 mmol/l et la créatinine à 242µmol/l /l. L'hémoculture a isolé un *Streptococcus pneumoniae* (SP) de sérotype 14 de sensibilité diminuée à la pénicilline (CMI 0,38mg/l). La coproculture était négative. Le diagnostic de SHU compliquant un choc septique à pneumocoque a été retenu devant la triade biologique et le TCD positif. L'évolution s'est compliquée au 4ième jour par la survenue de convulsions hémicorporelle cédant aux