



**SOUS LE PATRONNAGE
DU MINISTRE DE LA SANTE**

**XVI^{ème} CONGRES NATIONAL DE MEDECINE INTERNE
9^{ème} COURS DE PERFECTIONNEMENT EN GERIATRIE**

ORGANISE CONJOINTEMENT PAR

**LA SOCIETE MAROCAINE DE MEDECINE INTERNE
LA SOCIETE MAROCAINE DE GERIATRIE**

Thèmes principaux

Référentiels ALD en Médecine Interne élaborés par la SMMI
Prise en charge du diabète de type 2 en Médecine Interne
Œil et Médecine Interne
Symposiums : Hépatite virale C – Ostéoporose en Médecine Interne

COMMUNICATIONS ORALES

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Salle des Conférences

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Rabat, les 31 Octobre et 01 Novembre 2008

Société Marocaine de Médecine Interne

BP 6551Rabat Instituts

Téléphone 0021237674544

Fax 0021237673140

**RESUMES DES COMMUNICATIONS
ORALES**

**Samedi 1^{er} Novembre 2008
8H30 - 10H30**

CL 1 - Profil étiologique des uvéites en Médecine Interne

Y. Naji, A. Benbouzid, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction : Les uvéites ou inflammations de l'uvée, réalisent des tableaux cliniques variés. Elles peuvent être antérieures, intermédiaires, postérieures ou totales, et mettent en jeu le pronostic visuel. En effet, elles sont responsables de 10% des cas de cécité dans les pays occidentaux. Elles posent un problème de diagnostic étiologique avec un pourcentage élevé d'uvéites idiopathiques.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective pour apprécier les profils étiologiques des uvéites et évaluer les résultats de la prise en charge au service de médecine interne du CHU Mohammed VI de Marrakech. Nous avons analysé les dossiers des patients admis pour uvéite durant la période allant de Janvier 2004 à Avril 2008.

Résultats : Vingt quatre dossiers sont retrouvés. L'âge moyen de nos patients était de 35 ans avec une prédominance du sexe masculin : sexe -ratio de 1,2. Le motif de consultation le plus fréquent était la baisse de l'acuité visuelle retrouvée chez 24% des patients, suivie de la rougeur oculaire. Le délai moyen de consultation était de 1 à 6 ans. L'atteinte était unilatérale dans 68% des cas. Une panuvéite a été retrouvée dans 45% des cas, une uvéite antérieure dans 32% des cas, une uvéite postérieure chez 18% des patients et intermédiaire dans 5%.

Au plan étiologique, 45 % des patients avaient une maladie de Behçet, 9% une syphilis et 9% une sarcoidose. L'uvéite était restée idiopathique chez 37% des patients.

le traitement était à base d'une corticothérapie générale dans 38,76 % des cas, associée aux immunosuppresseurs dans 24,50 % des cas.

Une rémission complète était observée dans 45,45 % des cas, partielle dans 54,55 % des cas. Deux patients (3 yeux) ont évolué vers une cécité.

Discussion : La fréquence élevée de la maladie de Behçet concorde avec les études antérieures rapportées sur la « route de soie » : au moyen orient et dans les pays du bassin méditerranéen. Chez 37% de nos patients l'uvéite était idiopathique. Dans la littérature la fréquence des uvéites idiopathiques est variable allant de 9 à 40 %.

Conclusion : Le diagnostic étiologique des uvéites n'est pas aisé, nécessitant parfois des investigations coûteuses. Sa prise en charge exige une collaboration multidisciplinaire.

CL 2 – L’atteinte oculaire de la maladie de Behçet : Aspects évolutifs et difficultés thérapeutiques. A propos de 25 cas

Charradi H, El Idrissi A, Belmlih M, Naoumi A, Therzaz A.
Service d’Ophtalmologie, HMIMV, Rabat.

INTRODUCTION : La maladie de Behçet est une vascularite multisystémique d’étiopathogénie incertaine. L’atteinte oculaire fait partie des critères diagnostiques majeurs de cette affection. L’évolution reste souvent sévère et compliquée par les difficultés thérapeutiques

OBJECTIF : L’étude des caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de l’atteinte oculaire chez des patients présentant la maladie de Behçet, pris en charge dans un service d’ophtalmologie.

PATIENTS ET METHODES : Il s’agit d’une étude rétrospective portant sur 25 cas de maladie de Behçet avec atteinte oculaire, suivis au service d’ophtalmologie de l’hôpital militaire Mohammed V entre Janvier 2000 et Juin 2007 à Rabat.

RESULTATS : L’étude a montré que l’âge moyen au moment du diagnostic était de 34 ans, avec une nette prédominance masculine (sex ratio de 11,5). L’atteinte oculaire était inaugurale dans 16 cas. La baisse de l’acuité visuelle était le signe fonctionnel ophtalmologique le plus fréquemment retrouvé. Une uvéite postérieure a été remarquée dans 36% des cas, avec 34% de panuvéite contre 18% d’uvéite antérieure dont 3 cas d’uvéite à Hypopion (8%). Une vascularite rétinienne a été notée dans 9 cas et une maculopathie dans 7 cas. Les autres atteintes étaient principalement L’aphtose buccale dans 84% des cas et l’aphtose génitale dans 76% des cas, l’atteinte vasculaire dans 24% des cas et l’atteinte neurologique dans 16% des cas. Sur le plan thérapeutique, tous les malades ont reçus une corticothérapie par voie générale en première intention et 32% ont reçu un traitement immunosuppresseur. Sur un recul de 6 ans, l’évolution était marquée par une amélioration de l’atteinte oculaire dans 44% des cas, une stabilisation dans 24% et une aggravation dans 4% des cas, avec 8% de cécité.

DISCUSSION ET CONCLUSION : L’étude reste globalement comparable aux données de la littérature. L’amélioration du pronostic visuel est tributaire d’une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

CL 3 - Apport du cyclophosphamide dans le traitement d'induction de l'atteinte oculaire sévère au cours de la maladie de Behçet. Une étude ouverte de 24 patients

Z Khammar, R Berrady, S Rabhi, W Bono, Ibnattya Elidrissi*, H Tahri*

Service de médecine interne , Service d'ophtalmologie*, CHU Hassan II –FES-

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une maladie multisystémique caractérisée par une aphtose buccale récidivante, une aphtose génitale et des manifestations oculaires souvent sévères, pouvant aboutir à la cécité. Les manifestations oculaires les plus fréquentes au cours de la MB sont l'uvéïte postérieure et la vascularite rétinienne. Le traitement par les stéroïdes intraveineux à forte dose est recommandé en premier intention dans l'uvéïte. Le cyclophosphamide est habituellement indiquée dans les formes graves de la maladie. Le but de notre étude est d'évaluer l'efficacité des cures de cyclophosphamide dans l'uvéïte postérieure avec ou sans vascularite rétinienne.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 27 patients atteints de la maladie de Behçet colligés au sein du service de médecine interne, CHU HASSAN II, de septembre 2005 à septembre 2007 (2 ans) présentant une uvéïte, associée ou non à une vascularite rétinienne. Tous les patients répondent aux critères du groupe de travail international de la maladie des Behçet, et ont bénéficiés d'un examen ophtalmologique complet avant et entre les cures de cyclophosphamide. Sur le plan thérapeutique, nous avons appliqué le protocole vascularite habituellement utilisé dans le traitement de la granulomatose de Wegener, consistant en l'administration de bolus de cyclophosphamide à raison de 600 mg/m² à J1, J15, J30, puis 3 cures mensuelles. Le traitement d'entretien peut se faire soit par Azathioprine ou des bolus trimestriels de cyclophosphamide. Les corticoïdes sont toujours associés cyclophosphamide sous forme de bolus initialement, puis relais par voie orale 1mg/kg/j.

Résultats :

15 hommes 9 femmes, dont l'âge moyen était de 27.6 ans avec des extrême entre 17 et 62 ans. 8 patients avec pan uvéïte, 7 avec atteinte bilatérale et 6 avaient une vascularite rétinienne. L'évolution était caractérisée par une stabilité des manifestations oculaires sous traitement. Les rechutes étaient observées chez 5 patients et la survenue de cécité dans 5 cas. Les effets secondaires des immunosuppresseurs sont surtout des infections peu sévères.

Conclusion :

Nous avons conclut que notre protocole utilisé pour le traitement des manifestations oculaire grave permet un meilleur pronostic oculaire.

CL 4 – Les manifestations ophtalmologiques au cours de l'infection à VIH.

L. Lamzaf, W. Ammouri, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui, M. Aouni, A. Maaouni.

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction :

Au cours de l'infection à VIH, des manifestations oculaires graves peuvent se voir au stade d'immunodépression sévère. Tous les tissus oculaires peuvent être atteints mais le plus fréquemment touché est la rétine. L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence des complications oculaires et leur évolution clinique chez les patients infectés par le VIH à différents stades de la maladie.

Matériel et méthodes :

Une étude rétrospective réalisée au service de médecine interne du CHU de Rabat entre 1998 et 2008 ayant porté sur les patients atteints par le VIH et chez qui l'examen ophtalmologique a objectivé une anomalie.

Résultats :

L'étude a porté sur 28 patients. L'âge moyen des patients était de 39 ± 7.5 , 14 patients étaient de sexe masculin, et 14 de sexe féminin. Le taux moyen des CD4 était de $86\pm 91/\text{mm}^3$, la charge virale était de 1084964 ± 1706768 copies/ml. Vingt sept patients avaient une infection VIH au stade C, et un patient avait un stade A. Les atteintes ophtalmologiques objectivées étaient : 4 rétinites à CMV (14.3%), 1 infection à toxoplasmose (3.6%), 2 infections à cryptocoque (7.4%), 1 rétinite à VZV (3.6%), 1 lésion dégénérative en périphérie rétinienne (3.6%), 1 kaposi conjonctival (3.6%), 12 nodules cotonneux (42.9%) et 9 micro angiopathies à VIH (32.1%). Parmi ces patients, 18 avaient une infection opportuniste associée (64.3%) dont 5 cas de tuberculose (17.9%), 5 pneumocystoses (17.9%), un cas de toxoplasmose cérébrale (7.1%), 2 cryptococcoses méningées (7.1%), 1 cryptococcose digestive (3.6%), 2 zonos (7.1%) et 2 candidoses œsophagiennes (7.1%). Le taux des CD4 en cas de rétinite à CMV était de $88.5\pm 47.6/\text{mm}^3$, et la charge virale de 1144142 ± 940455 cp/ml. L'évolution était favorable dans tous les cas sauf chez un patient où la rétinite à CMV s'était compliquée d'une cécité.

Conclusion :

L'infection à CMV constitue la principale infection oculaire opportuniste dans notre série et la plus grave. Cependant, grâce à la prise en charge précoce des patients et l'avènement du traitement antirétroviral, le pronostic des atteintes oculaires au cours de l'infection à VIH est devenu meilleur.

CL 5 – Les manifestations oculaires des Spirochètes. A propos de trois cas

O. Berbich, M. Naciri

Les spirochètes sont des bactéries pouvant être responsables chez l'homme de la syphilis et de la maladie de Lyme. Non traitées, ces affections évoluent en plusieurs phases, touchant divers organes, et pouvant aboutir à une morbidité importante.

Les manifestations oculaires sont extrêmement variables. De plus, ces deux simulatrices peuvent prêter à confusion avec des affections inflammatoires et être traitées à tort comme telles, ce qui aggrave encore plus le pronostic.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons trois cas atypiques (deux atteintes syphilitiques et une liée à la maladie de Lyme). La première observation est celle d'un jeune patient ayant présenté des paresthésies, une paralysie oculomotrice et un œdème papillaire ayant fait évoquer dans un premier temps une sclérose en plaque. Le second est celui d'une patiente immunocompétente ayant des vascularites rétiniennes et un foyer chorio-rétinien initialement traité comme une toxoplasmose. Le troisième cas est celui d'une patiente immunodéprimée ayant un œdème papillaire isolé.

Discussion

A travers ces trois observations, nous insistons sur le vaste éventail de manifestations oculaires induites par les spirochètes, sur le risque fréquent d'erreur diagnostique et sur la gravité d'instaurer un traitement cortisonique sans couverture antibiotique adéquate.

Conclusion

En conclusion, les atteintes oculaires de la syphilis et de la maladie de Lyme peuvent intéresser toutes les structures oculaires et peuvent simuler de très nombreuses autres affections. Il est important d'y penser systématiquement et de répéter leur recherche en cas de cortico résistance.

CL 6 – Co-infection VIH et tuberculose. Expérience du Pôle d'Excellence Nord du Maroc

W. Ammouri, H. Harmouche, L. Akkaoui, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui, M. Aouni, A. Maaouni.

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction :

Au Maroc, pays d'endémie tuberculeuse, la tuberculose est souvent révélatrice de l'infection à VIH. L'objectif de notre travail est de souligner: la fréquence de cette pathologie, ses modes d'expression cliniques et para cliniques, son profil évolutif, les facteurs de risques ainsi que les facteurs de mortalité chez les patients Co-infecté VIH-Tuberculose.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre Décembre 1998 et décembre 2007 et incluant les dossiers de 51 patients présentant une infection à VIH compliquée d'une tuberculose. Les résultats obtenus ont été comparés en modèle univarié à un deuxième groupe (n=50) de patients infectés par le VIH et indemne de tuberculose.

Résultats :

L'âge moyen était de $34,7 \pm 9,1$ ans, 52,9% des patients étaient de sexe féminin, le délai de consultation était de 156 jours. Les principales manifestations cliniques étaient dominées par les signes généraux (94%), les troubles digestifs (55%), les troubles neurologiques (49%), les manifestations pulmonaires (47%), les manifestations cutanées (43%) et des manifestations ostéo-articulaires chez 9,8% des cas. La CRP à l'admission était à $43,1 \pm 38,1$ mg/l, la natrémie était à $133,7 \pm 5,3$, le taux de CD4 à 154 ± 181 /mm³ [5, 832] et la charge virale à 1030810 ± 2469432 copies/ml [44, 15063156]. La recherche du bacille de Koch était positive chez 10 patients. Un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire était retrouvé chez 13 patients. La tuberculose dans sa forme pulmonaire était la plus fréquente (67%). La tuberculose était révélatrice de l'infection à VIH chez 41 malades. La durée moyenne du traitement anti-bacillaire était de 8,6 mois [6-12]. Le traitement antirétroviral a été associé chez 49 cas. L'évolution était favorable chez 38 patients, 11 patients étaient perdus de vue, 5 patients sont décédés. Les principaux facteurs de risques significativement associés au risque de survenue de tuberculose au cours de l'infection à VIH étaient : la présence à l'admission, d'un amaigrissement, la fièvre, une diarrhée, des signes neurologiques, une anémie, une hypoalbuminémie et une lymphopénie T CD4. Les facteurs de risques significativement associés à la mortalité étaient : la présence à l'admission de vomissements, une tachycardie, une anémie, une cytolysé hépatique et une hyponatrémie.

Conclusion :

Les manifestations cliniques de la tuberculose chez le patient infecté par le VIH sont souvent atypiques et peuvent survenir à tous les stades de l'infection VIH. D'où l'importance de la connaissance par le clinicien des différents aspects de la co-infection VIH – Tuberculose pour une meilleure prise en charge des malades.

CL 7 – Complications infectieuses des maladies systémiques : A propos de 16 cas

Y. Naji, F. Jghaimi, M.Zahlane, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohamed VI, Marrakech

Les maladies systémiques sont des maladies inflammatoires diffuses d'étiologie encore inconnue parmi lesquelles on distingue les connectivites et les vascularites systémiques. Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge de ces affections au cours de la dernière décennie, les complications infectieuses restent une cause majeure de morbidité. Le risque infectieux peut être exacerbé par les atteintes viscérales et/ou immunologiques propres à certaines maladies systémiques, mais surtout par les corticoïdes et parfois les immunosuppresseurs prescrits dans ce type d'affection.

L'objectif de ce travail est d'étudier les principales caractéristiques des infections survenues chez des patients atteints de maladies systémiques et suivis au service de médecine interne en terme de facteurs favorisants, du type d'infections observées, de la nature de leur prise en charge et de leur pronostic.

CL 8 – Profil clinique de la maladie de Behçet au service de Médecine Interne du CHU Mohamed VI de Marrakech : A propos de 39 observations

S El Biaz, Y.Naji, M.A Kabbaj, L'Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohamed VI, Marrakech

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une maladie systémique inflammatoire chronique, d'étiologie encore inconnue, dont le diagnostic est clinique reposant sur un ensemble de critères constamment réévalués.

Matériels et méthode :

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 39 cas de maladie de Behçet, colligés au service de médecine interne du CHU Mohamed VI de Marrakech sur une période de 3 ans, s'étendant entre janvier 2004 et mars 2007, afin d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la maladie de Behçet dans notre contexte.

Résultats :

L'âge moyen au début des signes cliniques était de 26.5 ± 10.8 ans et il était de 33.4 ± 12.44 ans au moment du diagnostic. Le sex-ratio était de 1,78 avec une prédominance masculine. La fréquence des formes familiales était de 20.5%. L'analyse des différentes manifestations cliniques révèle une aphtose buccale constante, retrouvée chez 100% de nos patients, l'aphtose génitale chez 95% des cas, les manifestations oculaires dans 49% des cas, articulaires dans 36% des cas, vasculaires chez 28% des cas, neurologiques chez 15% des cas, digestives chez 8% des cas, cardiaques chez 2 patients et pleuro pulmonaires chez un patient. Durant une période de suivi moyen de 16 mois, nous déplorons 2 décès.

Discussion :

Les données de notre série rejoignent celles de la littérature quant à la prédominance masculine et à la fréquence des différentes manifestations systémiques avec une prévalence moins importante de l'atteinte articulaire et de l'atteinte pleuro pulmonaire. On note par ailleurs, une grande prévalence des formes familiales.

CL 9 – La maladie cœliaque de l’adulte en Médecine Interne

H.Bennesser Alaoui, Z.Tazi Mezalek, H.Harmouche, M.Aouni, A.Maaouni
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La maladie cœliaque est une entéropathie chronique d’origine auto-immune touchant essentiellement l’enfant, mais peut survenir chez l’adulte, même à un âge avancé. Son profil clinique a changé au cours de ces dernières décennies. Le but de ce travail est d’étudier les particularités de cette affection dans un service de médecine interne.

Matériel et méthodes :

Il s’agit d’une étude rétrospective descriptive réalisée au service de médecine interne du CHU Rabat entre 1985 et 2008, ayant porté sur les patients atteints de maladie cœliaque.

Résultats :

L’étude a répertorié 40 cas de maladie cœliaque dont 9 hommes et 31 femmes. L’âge moyen des patients était de 25 ± 10.5 ans avec des extrêmes allant de 16 à 59 ans. Les signes extra-digestifs représentaient environ 75% des motifs d’hospitalisation. En effet, 16 patients (40%) ont consulté pour un syndrome anémique, 4 patients (10%) pour des douleurs osseuses (dont 2 en rapport avec une ostéomalacie, et 2 avec une ostéoporose), 3 (7.5%) pour une altération de l’état général (dont une en rapport avec une anorexie mentale). Les autres signes d’appel extra-digestif étaient : 2 cas de retard staturo-pondéral, 1 cas de thrombose portale, 1 cas de syndrome fébrile et 1 cas de syndrome œdémateux. Les diarrhées chroniques constituaient un motif de consultation seulement chez 10 patients soit 25%.

A l’admission, l’amaigrissement, les signes digestifs et le syndrome anémique étaient les signes cliniques les plus fréquemment rapportés (respectivement 72.5%, 62.5% et 52.2%).

Sur le plan biologique, une anémie a été retrouvée chez 38 patients (95%), ferriprive chez 32 patients (80%), en rapport avec un déficit en vitamine B12 chez 5 patients et un cas de déficit en folates. Une hypocholestérolémie a été notée chez 27 patients (67.5%), une hypoalbuminémie chez 16 patients (40%), une hypocalcémie chez 7 malades (17.5%), et 5 cas (12%) de cytolyse. Le bilan immunologique réalisé chez 18 patients, était positif chez 14 d’entre eux. L’atrophie villositaire grade V était la lésion histologique la plus retrouvée (60% des cas). L’évolution sous régime sans gluten était favorable dans tous les cas sauf chez une patiente n’adhérant pas au régime.

Conclusion :

La présentation clinique de la maladie cœliaque est caractérisée par la prédominance d’une symptomatologie extra-digestive. La réalisation d’une exploration digestive avec un bilan immunologique devant des manifestations atypiques ou des signes mineurs de malabsorption, permet de poser le diagnostic. Un régime sans gluten bien suivi constitue la base du traitement, et permet de réduire de façon significative la survenue de complications.

CL 10 – La maladie de Still de l’adulte : une étude de 7 cas.

A. Zinebi, K. Ennibi, Y. Akhouad, A. Rkiouak, A. Reggad, M. Rabhi, M. Chems, M. Boudlal, S. Berady, J. Chaari, F. Toloune.
Service de Médecine Interne A, HMIMV, Rabat

Introduction:

La maladie de Still de l’adulte est une affection inflammatoire systémique rare d’étiologie mal connue. Son diagnostic est souvent retardé vu son polymorphisme clinique.

Méthodes d’étude:

Il s’agit d’une étude rétrospective de 07 cas de maladie de Still de l’adulte suivi au service de médecine A2 de l’HMIM V Rabat. Le diagnostic a été retenu selon les critères de Yamaguchi.

Résultats:

Il s’agit de 4 femmes et 3 hommes d’âge moyen de 28 ans ; 30 ans pour les femmes et 25 ans pour les hommes. Le tableau clinique est dominé par la fièvre, l’odynophagie, l’éruption cutanée et l’arthralgie. La péricardite et la pleurésie ont été retrouvées dans 2 cas. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire (VS, CRP, fibrinogène) et une hyperleucocytose dans tous les cas. Le bilan hépatique est perturbé dans 4 cas. La ferritinémie est élevée dans les 7 cas. La ferritine glyquée faite chez 5 patients était inférieure à 20%. Le bilan immunologique : AAN, facteur rhumatoïde était négatif et les marqueurs tumoraux étaient à des taux normaux. Le traitement est basé sur les corticoïdes prescrits dans 5cas et sur les anti-inflammatoires dans 2 cas. L’évolution était favorable avec une cortico-dépendance dans 1 cas et une CIVD chez une patiente mise initialement sous anti-bacillaires.

Discussion :

D’une symptomatologie polymorphe, la maladie de Still est de diagnostic difficile et l’avènement de la ferritine glyquée pourrait être d’un apport considérable. Des complications peuvent survenir au cours de l’évolution et sont dominées par la destruction articulaire, CIVD, syndrome d’hémophagocytose et l’amylose. Le traitement est basé avant tout sur les corticoïdes.

Conclusion :

La maladie de Still de l’adulte est une affection rare, demeurant encore un diagnostic d’élimination posé tardivement. Elle expose à des complications pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital.

RESUMES DES COMMUNICATIONS THEMATIQUES : OSTEOPOROSE

*** Maladie coeliaque et ostéoporose : A propos de 3 cas**

L Benjlali, H Harmouche, J Raffali, Z Tazi Mezalek, M Adnaoui, M Aouni, A Maaouni
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

*** Ostéoporose secondaire en Médecine Interne : Quatre observations commentées**

M. Zyani, S. Kadouri, S. El Jastimi, M. Belarbi, H. Qacif, A. Sahel, R. Niamane, A. kharchafi
Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

**RESUMES DES COMMUNICATIONS
AFFICHEES**

**Vendredi 31 Octobre 2008
14H - 18H**

P 1 - Association maladie de Takayasu et maladie de Crohn: Deux nouvelles observations

J. Raffali, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Aouni, A. Maaouni
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La maladie de Takayasu est une vascularite de l'aorte et de ses principales branches d'étiologie indéterminée. Son association à une maladie de Crohn, bien que rare, ne semble pas être fortuite. A notre connaissance, seulement 29 cas ont été publiés. A ce propos nous en rapportons deux nouvelles observations.

Observations :

Mme E R, âgée de 44 ans, est suivie pour une artérite de Takayasu révélée par une claudication artérielle du membre supérieur gauche et des signes généraux. L'écho-doppler des troncs artériels supra aortiques et l'artériographie avaient montré un épaississement pariétal des carotides primitives et de l'artère sous-clavière gauche qui était le siège d'une sténose modérée dans sa portion post-vertébrale. Le traitement était basé sur une corticothérapie à la dose de 0.8mg/kg/j. Cinq ans après, elle a développé une maladie de Crohn diagnostiquée sur des données endoscopiques et histologiques. Elle a été traitée par salazopyrine, corticothérapie, associées au méthotrexate avec bonne évolution. Le recul est de 20 mois.

Mme A F, âgée de 58 ans, opérée pour fistule digestive et appendicite il y a 18 ans, a été admise pour la prise en charge d'une maladie de Takayasu. Le diagnostic a été retenu devant des arguments cliniques (claudication du membre supérieur gauche) et les données de l'échographie doppler et l'artériographie (sténose modérée de la vertébrale gauche, sténose sub-occlusive de la sous-clavière gauche et de l'artère rénale gauche avec sténose modérée de l'aorte abdominale). Il existait par ailleurs, une anémie ferriprive. Une colonoscopie faite dans le cadre du bilan étiologique de cette anémie a montré un aspect en faveur de la maladie de Crohn, confirmée par l'étude histologique. La patiente a été traitée par corticothérapie à raison de 0.7 mg/kg/j associée à l'azathioprine, avec bonne évolution. Le recul est de 14 mois.

Discussion :

La pathogénie de cette association est encore mal connue. Des arguments épidémiologiques, cliniques, histologiques et étiopathogéniques font penser qu'une telle association n'est pas fortuite. En effet, des mécanismes auto-immuns et la responsabilité de complexes immuns circulants ont été avancés et l'atteinte vasculaire de la maladie de Takayasu a été considérée par certains auteurs comme une des manifestations extra-intestinales de la maladie de Crohn. Chez la première patiente, il est possible que la corticothérapie utilisée pour traiter l'artérite de Takayasu ait retardé la découverte de la maladie de Crohn.

Conclusion:

Ces résultats et les données antérieures suggèrent que cette association de maladies rares n'est pas fortuite. Compte tenu de l'évolution parfois indolente de la maladie de Takayasu, il est souhaitable d'obtenir un diagnostic précoce des éventuelles lésions vasculaires chez les patients porteurs de maladie Crohn.

P 2 - Infection VIH et lymphome : A propos de deux cas

Ammouri W, Harmouche H, Tazi M Z, Adnaoui M, Aouni M, Maaouni A.
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'incidence du lymphome chez les patients infectés par le VIH est plus élevée par rapport à la population générale. Plusieurs facteurs expliquent ce risque : L'état d'immunodépression avec modifications de la production de diverses cytokines, les propriétés oncogènes du virus, et surtout les infections opportunistes par des virus lymphotropes (EBV, HHV8). La survenue du lymphome est observée à tous les stades de la maladie. Nous rapportons à ce propos le cas de deux patients ayant présenté un lymphome de haut grade B au cours de l'évolution d'une infection VIH.

Observations :

Cas 1 : un patient âgé de 38 ans, est admis en mai 2006 pour douleurs abdominales. Dans ces antécédents on note une infection VIH depuis 1998, stade C1 traité par Zidovudine, Lamivudine et Indinavir. L'examen clinique à l'admission objectivait un patient en mauvais état général, un abdomen sensible avec à la palpation d'une masse abdominale ferme du flanc gauche.

Les examens biologiques montraient : Hémoglobine à 12,4 g/dl, leucocytes à 5300, plaquettes à 132000/mm³, VS à 27mm, CRP à 13mg/l, LDH à 564UI/l, CD4 à 480/mm³ et une charge virale à 2119 copies/ml.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a objectivé un magma d'adénopathies ceolio-mésentériques avec un processus lésionnel de la surrenale gauche. La biopsie scanno-guidée était en faveur d'un lymphome B à grandes cellules, CD20+, CD5-, CD3+, la biopsie osteo-médullaire était normale. Le patient est traité par 6 cures de CHOP avec rémission complète.

Cas 2 : un patient âgé de 32 ans, est admis en décembre 2007 pour masse douloureuse axillaire. Dans ces antécédents on note une infection VIH depuis 2003, stade A3 traité par Zidovudine, Lamivudine et Efavirenz. L'examen clinique à l'admission objectivait un patient en mauvais état général, une masse axillaire gauche douloureuse ferme fistulisée à la peau et des adénopathies sous anguillo-maxillaires bilatérales.

Les examens biologiques ont objectivé : un taux d' Hémoglobine à 13,6 g/dl, leucocytes à 6200, plaquettes à 349000/mm³, VS à 14mm, CRP à 16mg/l, LDH à 302UI/l, CD4 à 311/mm³ et une charge virale à 6320 copies/ml.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a objectivé une masse des parties molles de l'hémi thorax gauche étendu au creux axillaire avec nécrose centrale. La biopsie de cette masse est en faveur d'un lymphome B, CD20+, CD5-, CD3+, la biopsie osteo-médullaire était normale. Un traitement par CHOP est débuté avec régression complète de la masse après la deuxième cure.

Conclusion : chez les patients infectés par le VIH, le lymphome se présente souvent sous un mode très agressif avec une forte masse tumorale. Cependant, l'évolution clinique sous traitement reste comparable à la population générale et l'association d'une trithérapie anti-rétrovirale permet d'améliorer de façon significative le pronostic de ces patients.

P 3 - Infection VIH et néoplasies : A propos de six cas

N.Mouatassim, H.Harmouche, K.Ouradi, Z.M.Tazi, M.Adnaoui, M.Aouni, A Maaouni.

Service de Médecine Interne CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction

Le risque de néoplasie est plus élevé chez les patients VIH positifs que chez la population générale. Ceci est dû à la diminution de l'état de l'immunité, à la co-infection virale (EBV, Hépatite, HPV). Nous rapportons à ce propos le cas de six patients infectés par le VIH ayant présenté une néoplasie au cours de l'évolution.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective dans le service de médecine interne, CHU de rabat, entre 1998 et 2008, sur les cas de néoplasies compliquant l'infection à VIH.

Résultats :

L'étude a porté sur six cas, dont l'âge moyen est de 41 ans, avec prédominance masculine (Cinq hommes / une femme).

Les principales manifestations cliniques sont dominées par : des lésions cutanées de kaposi chez trois cas, une masse abdominale chez un cas, des poly-adénopathies chez deux cas, des manifestations pulmonaires à type de râles bronchiques chez un cas, pollakiurie chez un cas et une masse axillaire chez un cas.

Sur le plan biologique, on note un syndrome inflammatoire chez tous les malades, un taux de CD4 moyen de 250 et une charge virale moyenne de 220519 copies/ml.

La tomodensitométrie est réalisée chez tous les cas dont les résultats sont les suivants : poly-adénopathies celiomésentériques et rétro-péritonéales chez deux cas, un processus lésionnel de la surrenale gauche chez un cas, un processus lésionnel du parenchyme pulmonaire chez deux cas, et un processus tumoral vésicale de la paroi latérale de la vessie chez un cas.

Les principales néoplasies trouvées sont : trois cas de kaposi cutané, deux cas de kaposi viscéral, deux cas de lymphome B et un cas de carcinome épidermoïde de la vessie.

Sur le plan thérapeutique, cinq patients ont bénéficié d'une chimiothérapie, la radiothérapie chez un malade et intervention chirurgicale un malade. Dans tous les cas une trithérapie anti-rétrovirale est associée.

L'évolution était favorable avec rémission complète chez trois cas, les trois cas restant sont décédés.

Conclusion :

Les patients infectés par le VIH ont un risque élevé de développer un cancer et qui sont plus agressifs par rapport à la population générale. Mais, depuis l'utilisation de la trithérapie avec une prise en charge précoce, a permis d'améliorer le pronostic.

P 4 - Profil clinique et évolutif des cryptococcoses neuro-méningées chez les patients infectés par le VIH : expérience du Pôle d'Excellence Nord du Maroc

Ainouch K, Ammouri W, Harmouche H, Tazi Mezalek Z, Adnaoui M, Aouni M, Maaouni A.

Service de Médecine Interne, CHU Avicenne, Rabat

Introduction :

Dans les pays en voie de développement, touchés par la pandémie d'infection par le VIH, le *cryptococcus neoformans* est aujourd'hui le pathogène le plus fréquemment responsable de méningite de l'adulte. La cryptococcosse neuroméningée est inaugurale chez 29 % des patients et définit le stade sida chez 58 % des patients. Le but de ce travail est d'étudier les différentes caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de la cryptococcosse neuro-méningée chez les patients infectés par le VIH.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de cryptococcosse neuro-méningée chez des patients infectés par le VIH diagnostiqués entre Avril 2005 et Septembre 2008 dans le service de Médecine Interne CHU Avicenne Rabat.

Résultats : L'étude a porté sur 7 patients, l'âge moyen était de 36,7 ans, 4 patients étaient de sexe masculins et 3 de sexe féminin. La cryptococcosse neuro-méningée était inaugurale de l'infection à VIH dans 7 cas. Les signes cliniques retrouvés chez tous les patients lors du diagnostic étaient principalement : la fièvre, les céphalées et les vomissements. Une patiente s'est présentée à l'admission avec des troubles de la conscience. Tous nos malades avaient une lymphopénie, le taux moyen de CD4 était de 44 éléments / mm³. Le LCR était clair dans tous les cas avec une prédominance lymphocytaire. Trois patients présentaient une hyperpression du LCR. Chez 6 malades l'examen direct à l'encre de chine a permis le diagnostic positif en isolant le *cryptocoque* et la culture était positive dans tous les cas. L'imagerie cérébrale était normale dans tous les cas. Une localisation extra-neurologique (pulmonaire) était notée chez un patient. Le traitement d'induction a consisté en l'Amphotéricine B à dose de 1mg/ kg/j chez 6 malades, un seul malade a reçu le Fluconazole en traitement d'induction. Le traitement de relais était à base de Fluconazole peros à dose de 400 mg /j. Trois malades ont bénéficié en plus d'évacuations itératives du LCR à cause de l'hypertension intracrânienne. L'évolution était favorable dans 6 cas avec négativation du germe dans le LCR, une seule malade est décédée

Conclusion : Dans notre série, le pronostic des méningites à *cryptocoque* chez les patients infectés par le VIH reste très favorable grâce au traitement antifongique et antirétroviral. Cependant, la méningite à *cryptocoque* reste révélatrice de la séropositivité VIH et classe les patients en catégorie SIDA, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce de ces patients afin de pouvoir leur assurer une prise en charge précoce.

P 5 – Thrombopénie immunologique : un mode de révélation inhabituel au cours de l'infection VIH

Ammouri W, Harmouche H, Serraj K, Tazi M Z, Adnaoui M, Aouni M, Maaouni A
Service de Médecine Interne CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La thrombopénie est une complication hématologique fréquente chez les patients infectés par le VIH avec une prévalence qui varie entre 5 et 15%. Le mécanisme de la thrombopénie est multifactoriel et elle peut survenir à tous les stades de la maladie mais apparaît souvent 2 à 3 ans après la séroconversion chez un patient asymptomatique. Elle peut révéler l'infection VIH. Nous rapportons à ce propos le cas de trois patientes ayant présenté une thrombopénie immunologique révélant une infection à VIH.

Observations :

Cas 1 : une patiente de 36 ans est admise pour syndrome hémorragique. L'examen clinique à l'admission était normal. Les examens biologiques ont objectivés : une Hémoglobine à 10,4 g/dl, les leucocytes à 9720, le taux de plaquettes à 16000/mm³, VS à 14mm, CRP à 16mg/l, LDH à 102UI/l, bilirubine totale à 8UI/l, TP à 100%, La sérologie de l'hépatite B et C étaient négatives. La sérologie VIH1 était positive en ELISA et Western Blot, le taux des CD4 à 341/mm³ et une charge virale à 1960 copies/ml. L'échographie abdominale était normale. Le médullogramme était en faveur d'une thrombopénie d'origine périphérique. La patiente est traitée par 2 bolus mensuels de Solumédrol puis relais par une corticothérapie orale. L'évolution était marquée par la persistance de la thrombopénie, une splénectomie est réalisée et le traitement anti-rétroviral (Zidovudine, Lamivudine et Efavirenz) est associé avec une bonne évolution clinique et une correction du taux de plaquettes après deux mois.

Cas 2 : une patiente de 45 ans est admise pour syndrome hémorragique. Elle ne présente aucun antécédent particulier. L'examen clinique à l'admission objectivait des ecchymoses aux membres inférieurs. Les examens biologiques ont objectivés : une Hémoglobine à 12,7g/dl, les leucocytes à 14000/mm³, le taux de plaquettes à 9000/mm³, VS à 13mm, CRP à 6mg/l, LDH à 102UI/l, bilirubine totale à 12UI/l, TP à 100%, La sérologie de l'hépatite B et C étaient négatives. La sérologie VIH1 était positive en ELISA et Western Blot, le taux des CD4 à 234/mm³ et une charge virale à 50000 copies/ml. L'échographie abdominale était normale. Le médullogramme était en faveur d'une thrombopénie périphérique. La patiente est traitée par une corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg/j associée au traitement anti-rétroviral (Zidovudine, Lamivudine et Efavirenz) avec une bonne évolution clinique et correction du taux de plaquettes après deux mois.

Cas 3 : une patiente de 54 ans est admise pour syndrome hémorragique. L'examen clinique à l'admission montrait un purpura des membres inférieurs.

Les examens biologiques ont objectivés : une Hémoglobine à 12,9 g/dl, les leucocytes à 4200/mm³, le taux de plaquettes à 10000/mm³, VS à 14mm, CRP à 16mg/l, LDH à 104UI/l, bilirubine totale à 10UI/l, TP à 100%, La sérologie de l'hépatite B et C étaient négatives. La sérologie VIH1 était positive en ELISA et Western Blot, le taux des CD4 à 99/mm³ et une charge virale à 201000 copies/ml. L'échographie abdominale et le médullogramme étaient normaux. La patiente est traitée par une corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg/j associée au traitement anti-rétroviral (Zidovudine, Lamivudine et Efavirenz) avec une bonne évolution clinique et correction du taux de plaquettes après 8 mois.

Conclusion :

la recherche d'une infection VIH doit être systématique devant la découverte d'une thrombopénie immunologique. Le traitement est similaire au PTI classique et nécessite souvent l'introduction d'une thérapie anti-rétrovirale.

P 6 - Association d'un lymphome de type Malt de siège gastrique et une sarcoïdose systémique :

A propos d'un cas

Ammouri w, Kairaouani M, Tazi Mezalek Z, Harmouche H, Aouni M, Maaouni A.
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction : l'association entre la sarcoïdose et un syndrome lymphoprolifératif a été décrite dans la littérature et attribuée aux désordres immunologiques qui peuvent survenir au cours du profil évolutif de la sarcoïdose. Il s'agit essentiellement de lymphome hodgkinien ou non hodgkinien de type B. Cependant, l'association au lymphome de type Malt est rare. Nous rapportons à ce propos l'observation d'une patiente ayant présenté une sarcoïdose compliquée d'un lymphome gastrique de type Malt.

Observation :

Une patiente Marocaine âgée de 70 ans est admise pour syndrome sec et des épigastralgies. Dans ces antécédents, on notait une toux chronique depuis 6 mois. L'examen clinique objectivait, une patiente asthénique, présentant une tuméfaction parotidienne bilatérale. Le bilan biologique montrait, une Hb à 11,4g/dl, hypochrome microcytaire ferriprive, une lymphopénie à 1100/mm³. La VS était à 70mm, la CRP à 90mg/l, les transaminases étaient normales, l'enzyme de conversion de l'angiotensine était à 136ui/l, L'électrophorèse des protéines révélait une hypergamma polyclonale à Ig G et Ig A. Les sérologies de l'hépatite A, B, C et HIV étaient négatives. L'IDR était positive à 20mm, la recherche de BK dans les crachats était négative. Le scanner thoracique a montré des adénopathies médiastinales et une fibrose pulmonaire. La biopsie salivaire a montré une sialadénite granulomateuse et la BOM a objectivé une myélite granulomateuse sans nécrose caséuse. La fibroscopie oeso-gastroduodénale avait montré une antro-fundite congestive et pétéchiiale avec bulbite congestive et à l'examen histologique un Lymphome à petite cellules de type Malt de phénotype B CD20+ infiltrant la muqueuse gastrique et associé à *helicobacterpylori*.

Le diagnostic de sarcoïdose systémique compliqué d'un lymphome de type Malt est retenu et la patiente est traitée par les antibacillaires, une corticothérapie orale, et traitement anti *helicobacterpylori*.

L'évolution clinique était favorable avec régression de la tuméfaction parotidienne, régression du syndrome inflammatoire et disparition des adénopathies médiastinales. La fibroscopie oeso-gastroduodénale de contrôle à 6 mois était normale.

Conclusion : la survenue d'un lymphome gastrique de type Malt est une complication rare au cours de la sarcoïdose. Seuls 5 cas sont rapportés dans la littérature. L'infection par *helicobacterpylori* et la présence d'un nodule sarcoïdique jouent probablement un rôle dans la survenue d'un lymphome malin de type Malt. Cependant, le mécanisme exact qui est incriminée reste inconnu.

P 7 - HTP et sarcoïdose : Cas clinique et revue de littérature

L. Dahiri, H. Harmouche, M. Maamar, Z. Tazi Mezalek, M. Adnaoui, M. Aouni, A. Maaoui.

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

La sarcoïdose est une maladie systémique d'étiologie inconnue, affectant de nombreux organes notamment le foie. Cette atteinte hépatique se traduit rarement par une hypertension portale, dans 1% des cas environ.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 77 ans, suivie pour sarcoïdose médiastino pulmonaire stade I n'ayant pas nécessité un traitement ; qui s'est présenté 7 ans après pour une pancytopenie, avec hépatosplénomégalie à l'examen clinique. L'exploration de la moelle était normale. Le doppler veineux du TP a objectivé une hypertension portale. L'endoscopie digestive a montré des varices oesophagiennes grade II. Les sérologies HVB et HVC étaient négatives. La biopsie hépatique montrait une cirrhose active sans granulome sarcoïdosique décelable. La patiente a été mise sous β bloquants. 37 cas d'HTP au cours d'une sarcoïdose sont rapportés dans la littérature. Son mécanisme physiopathologique n'est pas bien connu, néanmoins, plusieurs hypothèses sont émises. La corticothérapie semble peu efficace sur l'hypertension portale liée à la sarcoïdose ; son traitement est symptomatique faisant appel aux β bloquants cardio sélectifs et un traitement spécifique des varices oesophagiennes.

P 8 - Association hyperparathyroïdie primitive et maladie coeliaque : A propos d'un cas.

L. Dahiri, H. Harmouche, M. Maamar, Z. Tazi Mezalek, M. Adnaoui, M. Aouni, A. Maaouni.

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

L'hyperparathyroïdie primitive est une affection endocrinienne touchant souvent la femme, diagnostiquée devant une hypercalcémie, soit tardivement à l'occasion d'ostéoporose ou de tumeurs brunes.

Nous décrivons l'observation d'une patiente de 33 ans, consultant pour fatigabilité musculaire et rachialgies, et chez qui le bilan a noté des stigmates de malabsorption, avec bilan phospho calcique normal et une hyperparathyroïdie biologique.

Un adénome parathyroïdien droit a été identifié à l'échographie cervicale et à la scintigraphie parathyroïdienne.

Une biopsie jéjunale a noté une lymphocytose intra épithéliale ainsi qu'une atrophie villositaire grade III, et la recherche des anticorps anti gliadine, anti endomysium et anti transglutaminase était positive.

La patiente a été mise sous régime sans gluten et opérée de son adénome parathyroïdien avec bonne réponse clinique.

Dix observations d'association de maladie coeliaque et d'hyperparathyroïdie primitive sont rapportées dans la littérature.

Des études seront nécessaires pour établir le lien entre les deux affections.

P 9 - Association des anévrysmes des artères pulmonaires et thrombose intracardiaque au cours de la maladie de Behçet et efficacité spectaculaire du traitement immunosuppresseur : A propos d'un cas .

Z .Jaja, L.Benjlali, H.Alaoui, Z.Tazi Mezalek, H.Harmouche, M.Aouni, A.Maaouni .
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite systémique à la triade symptomatique princeps décrite par Behçet en 1937 associant aphthose buccogénitale et uvéite à hypopyon peuvent s'associer à des manifestations systémiques diverses dont les plus importantes sont oculaires, cutanée, vasculaires, nerveuses et articulaires . L'atteinte vasculaire se manifeste habituellement par des thromboses veineuses profondes . Les manifestations artérielles sont plus rares et se traduisent classiquement par des anévrysmes notamment au niveau des artères pulmonaires (AAP)

Les détections cardiaques sont exceptionnelles et le plus souvent réduites à des atteintes péricardiques . Ce travail rapporte une observation originale de MB compliquée d'AAP et de thrombose intracardiaque . L'originalité de l'observation est la bonne évolution des anévrysmes et de thrombose cardiaque sous traitement immunosuppresseurs spécifiques et sans anticoagulants .

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans sans antécédents notables qui a été hospitalisé en 2005 pour hypertension intracrânienne associée à des hémoptysies de faible abondance . Le patient a rapporté un passé d'aphthose bipolaire . Une TDM cérébrale a objectivé une thrombophlébite . Un angioscanner thoracique a mis en évidence des AAP . Le bilan biologique a trouvé un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 16 à la première heure, une CRP à 192 mg / l et une ferritinémie à 626 mg / ml . L'examen au fond d'œil a objectivé une uvéite ant bilatérale avec vascularite rétinienne . L'échographie a trouvé un thrombus du ventricule droit (VD) . Le diagnostic retenu est celui d'une maladie de Behçet à déterminisme cutanéomuqueux, oculaire et vasculaire . Le traitement a consisté en une corticothérapie à fortes doses (bolus de méthylprednisolone et prednisone 1 mg / kg / j) associé à des bolus cyclophosphamide . Après 12 bolus mensuels un relais à base d'azathioprine (150 mg / j) est entrepris . Le traitement par colchicine est poursuivi toute la durée de la prise en charge .

Après 2 années d'évolution, le patient est de nouveau hospitalisé pour thrombose veineuse profonde fémoro-poplitée gauche . Avant la mise en place d'un traitement anticoagulant, un angioscanner thoracique est réalisé et note la disparition des AAP . Une échographie cardiaque note également la disparition du thrombus intracardiaque . Le patient est mis sous traitement anticoagulant . Un bilan de thrombophilie est réalisé .

Conclusion :

La MB est une vascularite systémique dont le traitement médical doit rester la base thérapeutique . Ce traitement s'avère souvent efficace et s'associe dans certains cas à des régressions symptomatiques spectaculaires .

P 10 - La drépanocytose chez l'adulte : expérience du service de Médecine Interne de Rabat à propos de 33 cas

K. Serraj, M. Aouni, H. Harmouche, Z. Tazi Mezalek, M. Adnaoui, A. Maaouni
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction : La drépanocytose est la maladie génétique la plus répandue dans le monde. Le Maroc fait partie des pays concernés par cette affection. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les caractéristiques de la drépanocytose chez une population de patients adultes.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur 33 patients marocains adultes suivis au service de médecine interne de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

Résultats : L'âge moyen était de 7 ans au moment du diagnostic et de 23 ans au moment du début du suivi au service. Il y avait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,36 :1. Les phénotypes de la maladie étaient de type SS dans 42,4% des cas, SC dans 15,1% des cas et AS dans 6,1% des cas. Le principal motif d'hospitalisation était les crises vaso-occlusive (53,4%), alors que les complications chroniques les plus fréquentes étaient la lithiase biliaire, l'ulcère de jambe et l'ostéonécrose aseptique. La vaccination n'était à jour que chez le tiers des malades. En analyse univariée, le phénotype SS était corrélé à une fréquence plus élevée d'infections sévères.

Discussion et conclusion : La fréquence et la sévérité des complications chez nos patients illustre la gravité et donc l'importance d'une prise en charge adéquate de la drépanocytose. Laquelle passe obligatoirement, d'une part, par une gestion préventive et curative efficace des crises aiguës et, de l'autre, par la mise en place précoce d'un traitement de fond afin d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients.

P11 - Association polyarthrite rhumatoïde et sarcoïdose : une nouvelle observation

J.Raffali, H.Harmouche, L.Benjlali, Z.Tazi-Mezalek, M.Adnaoui, M.Aouni, A.Maaoui

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction:

L'association polyarthrite rhumatoïde et sarcoïdose est rare, seulement 14 cas ont été rapportés dans la littérature. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation:

Mme C F âgée de 38 ans, est suivie depuis 2003 pour une polyarthrite rhumatoïde, retenue devant une polyarthrite des mains épargnant les articulations interphalangiennes distales, bilatérales et symétriques avec polyarthralgies des grosses articulations associées à une raideur articulaire matinale d'une durée moyenne de 60 minutes. A la radiographie des mains on notait la présence de déminéralisation touchant les poignets, les métacarpophalangiennes et les interphalangiennes proximales et la sérologie rhumatoïde était positive avec des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés positifs à 340 UI/ml. La patiente a été traitée par corticothérapie à la dose de 10 mg/jour avec bonne évolution initiale.

Deux ans après la patiente avait présenté une dyspnée stade II-III de NYHA, avec poussée d'arthralgies intéressant les grosses articulations. La radiographie pulmonaire avait montré des adénopathies médiastinales sans atteinte parenchymateuse, confirmées par le scanner thoracique. L'exploration fonctionnelle respiratoire avait objectivé un syndrome restrictif. Sur le plan biologique, il existait un syndrome inflammatoire sans hypercalcémie et l'enzyme de conversion de l'angiotensine était élevée. La biopsie des glandes salivaires avait montré un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse. Le LBA trouvait une alvéolite lymphocytaire et le rapport CD4/CD8 était augmenté.

Le diagnostic de la sarcoïdose a été retenu et la patiente a été remise sous corticothérapie 0.5 mg/kg/jour associée au méthotrexate à raison de 15mg/semaine avec bonne évolution. Le recul est de 2 ans.

Discussion:

L'association polyarthrite rhumatoïde et sarcoïdose est rare, seulement une dizaine de cas ont été rapportés dans la littérature.

La physiopathologie de cette association n'est pas élucidée, certains auteurs suggèrent que la sarcoïdose pourrait avoir des bases immunologiques communes avec d'autres pathologies auto-immunes telles que le lupus systémique érythémateux et la sclérodermie systémique avec une incidence élevée d'association entre ces maladies et la sarcoïdose, ceci peut aussi être vrai pour l'incidence de la polyarthrite rhumatoïde associée à la sarcoïdose.

La polyarthrite rhumatoïde peut prêter confusion avec une atteinte ostéoarticulaire de la sarcoïdose, cependant les caractéristiques de l'atteinte articulaire et la positivité du bilan immunologique confirme plutôt le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. Toutefois, Le diagnostic formel peut être difficile quand les manifestations pulmonaires cliniques et radiologiques surviennent en même temps que les manifestations ostéoarticulaires.

Conclusion:

L'association polyarthrite rhumatoïde et sarcoïdose est rare et la physiopathologie de cette association est encore mal connue.

P 12 – Infarctus du myocarde : Penser à la maladie de Behçet

J.Raffali, H.Harmouche, K.Ainouch, Z.Tazi-Mezalek, M.Adnaoui, M.Aouni, A.Maaouni.

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction:

L'atteinte vasculaire au cours de la maladie de Behçet est une complication rare, elle intéresse aussi bien les gros que les petits vaisseaux. L'atteinte artérielle est moins fréquente que l'atteinte veineuse. L'atteinte coronarienne est exceptionnelle. Dans la littérature, une vingtaine de cas d'infarctus du myocarde ont été rapportés au cours de la maladie de Behçet, nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation:

IL s'agit d'un patient âgé de 44ans, sans facteurs de risque d'athérosclérose, ayant présenté une thrombophlébite récidivante du membre inférieur, traitée par antivitamines K avec un bilan étiologique initial négatif, trois ans plus tard le patient a présenté un infarctus de myocarde antérieur avec à la coronarographie occlusion de l'interventriculaire antérieure. La reprise de l'interrogatoire a mis en évidence la notion d'une aptose bipolaire récidivante et récurrente.

Ainsi, le diagnostic de la maladie de Behçet a été retenu devant l'aphtose bipolaire, un test pathergique positif, un typage HLAB51 positif et la thrombophlébite récidivante. Le patient a bénéficié d'une angioplastie avec mise en place d'un stent, mis sous un traitement anti-angineux classique, colchicine, anticalciques, antivitamine K et corticothérapie puis un traitement immunosuppresseur à base d'azathioprine a été débuté.

Discussion:

L'atteinte cardiaque au cours de la maladie de Behçet est rare, elle est estimée à 5–10 %. Elle inclut l'endocardite granulomateuse, l'arythmie ventriculaire, la myocardite, l'insuffisance valvulaire, la péricardite et l'insuffisance coronaire. L'atteinte coronarienne est exceptionnelle. En effet, une vingtaine de cas seulement ont été décrits dans la littérature. L'atteinte coronarienne constitue rarement une circonstance de découverte de la maladie de Behçet. Il s'agit le plus souvent d'un infarctus du myocarde, cette atteinte est souvent monotrunculaire, proximale et affecte surtout l'interventriculaire antérieure.

L'étiopathogénie de l'insuffisance coronarienne au cours de la maladie de Behçet est expliquée par la thrombose des coronaires. Le risque thrombogène de la maladie de Behçet est actuellement connu. Son substratum anatomopathologique est une vascularite leucocytoclasique qui peut entraîner des sténoses, des thromboses ou des faux anévrysmes.

L'infarctus du myocarde à coronaires angiographiquement saines est secondaire soit à un spasme soit à des lésions artériolaires distales.

Le pronostic de l'atteinte artérielle et notamment coronarienne est influencé par le type des lésions : occlusives ou anévrysmales, elle impose un traitement à base de corticoïdes et/ou d'immunosuppresseurs.

Conclusion:

L'atteinte coronarienne au cours de la maladie de Behçet reste exceptionnelle. L'étiopathogénie, l'imputabilité diagnostique ainsi que le traitement sont encore difficiles à préciser.

P 13 – Myélite compliquant un LED

Rharrit D, Ammouri W, Serraj S ,Tazi M Z, Harmouche H, Aouni M, Maaouni A
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction

La myélopathie est une atteinte neurologique rare et sévère au cours du LED avec des répercussions fonctionnelles importantes. Une immunosuppression agressive et rapide dans les 2 semaines d'apparition de la myélopathie permet une évolution favorable.

Nous rapportons l'observation de 3 patientes présentant une myélite au cours de l'évolution d'une maladie lupique.

Observations

- Cas n°1 : patiente lupique âgée de 22ans, qui a présenté de façon aiguë une paraparésie spastique sans troubles sphinctériens. L'IRM médullaire révèle une myélite aiguë transverse. Les anticardiolipines sont positifs. La patiente reçoit une anticoagulation curative avec un bolus de solumédrol puis 12 bolus de cyclophosphamide avec une évolution favorable avec récupération progressive du déficit neurologique.

-Cas n°2 : patiente de 23 ans suivie pour un lupus avec atteinte rénale. Elle est admise dans un tableau de confusion fébrile avec diplopie et nystagmus. L'IRM cérébrale et médullaire trouve une vascularite cérébrale avec hypersignal au niveau de la moelle cervicale. La ponction lombaire trouve une méningite lymphocytaire avec hyperprotéinorachie et normoglycorachie. Un traitement antibacillaire + bolus de solumédrol est instauré. Un mois plus tard il y a apparition d'un AVC ischémique. La patiente est mise sous anticoagulation curative avec 12 bolus mensuels de cyclophosphamides. L'évolution était favorable sans séquelles.

-Cas n°3 : patiente âgée de 34 ans suivie pour LED , est admise dans un tableau aigu de section médullaire avec fièvre et céphalées. L'IRM médullaire trouve une myélite dorsale. Les anticardiolipines sont positifs Une antibiothérapie par C3G puis un bolus de solumédrol et une anticoagulation curative sont instaurés. Après 48 heures il y a apyrexie. la patiente reçoit également un bolus d'endoxan et des immunoglobulines polyvalentes. Sur le plan clinique il y a une légère récupération de la motricité et de la sensibilité.

Discussion

La myélite est une complication rare et grave au cours du lupus. La physiopathologie n'est pas élucidée. Plusieurs cas sont associés à des anticorps antiphospholipides.

L'IRM constitue l'examen de choix pour le diagnostic de l'atteinte.

Le traitement repose sur une immunosuppression agressive avec rééducation neurologique précoce. Le pronostic reste très variable avec un risque de séquelles irréversibles.

P 14- Association hémosidérose pulmonaire idiopathique et maladie cœliaque : plus qu'une coïncidence

Rharrit D, Serraj K, Tazi M Z, Harmouche H, Aouni M, Maaouni A
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction :

L'hémosidérose pulmonaire idiopathique est une affection d'étiologie inconnue et de pronostic sévère, caractérisée par la triade : hémoptysie récidivante, dyspnée et anémie ferriprive. L'association HPI et MC a rarement été décrite mais plus fréquemment que ne le voudrait le simple hasard. Le lien pathogénique entre ces deux maladies demeure un sujet de controverse.

Nous rapportons un nouveau cas de coexistence de ces deux affections.

Observation :

Mme H.B. âgée de 35 ans présente une hémoptysie depuis 6 mois accompagnée de dyspnée. Le bilan trouve une anémie ferriprive sans thrombopénie ni trouble de crase, fonction rénale normale. La radiologie thoracique montre un syndrome interstitiel diffus et la scanner thoracique montre un aspect en verre dépoli diffus. La bronchoscopie avec LBA confirme le diagnostic d'hémosidérose pulmonaire. Les différentes étiologies de l'hémosidérose pulmonaire sont passées en revue, et finalement le diagnostic d'hémosidérose pulmonaire idiopathique est retenu. Dans le cadre d'une recherche étiologique, le bilan de maladie cœliaque a été réalisé malgré l'absence de signes digestifs. Les marqueurs sérologiques sont négatifs mais la biopsie duodénale trouve une atrophie villositaire avec hyperplasie cryptique et lymphocytose intra-épithéliale. Un régime sans gluten a été instauré avec disparition des hémoptysies et correction de l'anémie.

Discussion :

L'association HPI et MC a été décrite dans 13 cas dans la littérature. Le lien pathologique demeure inconnu bien que l'hypothèse sur une origine immunologique commune soit émise.

La recherche de MC au cours d'une HPI doit être faite même en l'absence de symptomatologie digestive car ces 2 pathologies peuvent bénéficier d'un même traitement.

P 15 – L’atteinte hépatique au cours du myélome multiple : A ne pas méconnaître

L Benjilali, H Alaoui-Bennesser, Z Tazi Mezalek, H Harmouche, M Adnaoui, M Aouni, A Maaouni

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction

La maladie de Kahler est une prolifération plasmocytaire monoclonale de la moelle hématopoïétique. La localisation hépatique du myélome est décrite essentiellement en post mortem. Nous en rapportons une observation documentée histologiquement chez un patient vivant.

Observation

Mr EJ, âgé de 48 ans, est hospitalisé pour la prise en charge d’une gammopathie monoclonale. Il était initialement hospitalisé en pneumologie pour une pneumopathie. Le scanner thoracique réalisé trouvait un foie multihétéronodulaire, avec sur le plan biologique une hyperprotidémie à 160 g/l. L’électrophorèse et l’immunoélectrophorèse des protides sériques notaient un pic monoclonal à IgG Kappa. L’examen clinique à l’admission était sans anomalies. Le reste du bilan biologique notait des signes d’insuffisance hépatocellulaire, une insuffisance rénale et une hypercalcémie. La biopsie hépatique est revenue en faveur d’une localisation hépatique du myélome multiple. Le myélogramme retrouvait une plasmocytose médullaire à 30%. Le diagnostic de myélome multiple a été ainsi retenu et le patient a été mis sous chimiothérapie selon le protocole VAD. Le recul est de 3 mois.

Discussion

L’atteinte hépatique du myélome multiple est rapportée particulièrement dans les séries autopsiques. Sa documentation chez les patients vivants est rare. Cette atteinte peut être asymptomatique, comme c’est le cas de notre patient, ou se manifester par des signes de souffrance hépatique à type d’hépatite aigue cytolytique ou cholestatique. Elle peut prêter confusion avec un carcinome hépatique ou une métastase hépatique d’une autre néoplasie. L’histologie permet de redresser le diagnostic. En cas d’hépatite aigue cholestatique, certains auteurs préconisent un traitement par corticoïdes.

P 16 - Hypertension portale et uvéite compliquant une sclérodémie systémique : A propos d'un cas

K. Ouradi, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Aouni, A. Maaouni
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

La sclérodémie est une maladie multisystémique d'étiologie indéterminée, nous rapportant dans cette observation deux manifestations rares de cette pathologie.

Cas clinique :

Une patiente de 45 ans atteinte d'une sclérodémie systémique avec fibrose pulmonaire et chez qui un examen ophtalmologique, réalisé à l'occasion d'une baisse de l'acuité visuelle, a objectivé une uvéite antérieure non granulomateuse avec hyalite et œdème papillaire. Par ailleurs l'examen clinique avait retrouvé une splénomégalie. L'échographie et le doppler abdominal ont permis de poser le diagnostic d'hypertension portale dont le bilan étiologique est revenu négatif.

La patiente a été mise sous bolus de méthylprédnisolone avec relais par corticothérapie pleine dose à visée ophtalmologique avec bonne évolution, et sous bolus mensuels de cyclophosphamide pour l'atteinte pulmonaire.

Conclusion :

Il s'agit de l'association chez une patiente atteinte de sclérodémie de deux manifestations inhabituelles de la maladie : l'uvéite et l'hypertension portale, dont le mécanisme physiopathologique est mal élucidé.

P 17 – Les polymyosites paralysantes : A Propos de 2 cas

L Benjlali, N Moatassim, Z Tazi Mezalek, H Harmouche, M Adnaoui, M Aouni, A Maaoui

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction

Les polymyosites font partie des myopathies inflammatoires et se caractérisent par une atteinte inflammatoire dysimmunitaire du muscle strié. Le déficit moteur survient de façon bilatérale, symétrique et non élective et peut toucher tous les muscles de l'organisme. Nous rapportons 2 observations de polymyosites ayant séjourné en réanimation pour hypoventilation par paralysie des muscles respiratoires avec paralysie de tous les muscles dans 1 cas.

Observation 1

Mlle B. N., âgée de 33 ans, sans antécédents notables, est hospitalisée pour une fatigabilité musculaire avec un phénomène de Raynaud évoluant depuis plus d'un an. Le diagnostic de polymyosite est retenu devant l'atteinte musculaire clinique, biologique, histologique et électromyographique et des anticorps antinucléaires à 1/320. Une corticothérapie à 40 mg/j est alors débutée. Quarante huit heures après, elle présente des troubles de déglutition avec un déficit moteur qui se généralise rapidement à tous les muscles de l'organisme générant une détresse respiratoire et une absence totale de réactivité. La patiente est alors intubée en réanimation où elle est mise sous bolus de méthylprédnisolone sans amélioration. Elle est trachéotomisée. Une cure d'immunoglobulines intraveineuses est administrée avec une récupération totale du déficit moteur. La patiente est actuellement sous corticothérapie orale et méthotrexate. Le recul est de 1 an.

Observation 2

Mme A.M., âgée de 25 ans, ayant accouché 6 mois auparavant, est hospitalisée en réanimation pour une détresse respiratoire d'installation brutale. Elle est rapidement intubée. Une pneumopathie confirmée par la radiologie et la biologie est traitée par antibiothérapie avec nette amélioration des stigmates de l'infection. Cependant, la patiente dépend toujours de la ventilation artificielle, nécessitant alors le recours à la trachéotomie. Le bilan enzymatique trouve une lyse musculaire avec des CPK à 2084 UI/l, LDH à 1600 UI/l, GOT à 505 UI/l et GPT à 190 UI/l. Une biopsie musculaire est réalisée et montre des signes de myosite. La patiente est mise sous bolus de méthylprédnisolone avec récupération totale de la fonction respiratoire. Les antinucléaires sont positifs à 1/320. L'interrogatoire trouve à posteriori des myalgies évoluant depuis 6 mois. La patiente est actuellement sous corticothérapie orale. Le recul est de 3 ans.

Discussion

Nos observations présentent 2 particularités. La 1^{ère} particularité concerne l'installation d'une paralysie totale de tous les muscles du corps chez notre 1^{ère} patiente incluant même la musculature oculaire, qui est habituellement épargnée dans les polymyosites. La recherche bibliographique ne retrouve pas de travaux rapportant telle observation. La 2^{ème} particularité est la révélation de la polymyosite par l'atteinte respiratoire. L'hypoventilation est due à l'atteinte inflammatoire des muscles respiratoires (paralysie diaphragmatique, déficit des muscles intercostaux et des muscles respiratoires accessoires). Les corticoïdes et les immunoglobulines intraveineuses représentent des traitements de choix de ces atteintes. Certains auteurs rapportent même les bénéfices des anti-TNF α dans ces situations.

P 18 - Association maladie de Biermer et anémie hémolytique auto-immune: A propos de deux cas.

J.Raffali, S.Hamaz, Z.Tazi-Mezalek, H.Harmouche, M.Adnaoui, M.Aouni, A.Maaouni.

Service de Médecine Interne, Hôpital Ibn Sina. Rabat. Maroc.

Introduction

La maladie de Biermer est une gastrite atrophique auto-immune à l'origine d'une carence en vitamine B12. Elle s'associe fréquemment à d'autres maladies auto-immunes telles que la maladie d'Addison, la thyroïdite d'Hashimoto et le diabète insulino-dépendant. Par contre son association à une anémie hémolytique auto-immune est rarement décrite. Nous rapportons deux observations d'association maladie de Biermer et anémie hémolytique auto-immune. Dans les deux cas le diagnostic de l'anémie hémolytique était suspecté seulement en absence de réponse au traitement par la vitamine B12.

Observations:

Mme J B et Mlle M S, âgées respectivement de 63 ans et de 24 ans, ont été admises pour prise en charge d'un syndrome anémique avec ictère cutaneo-muqueux. Le diagnostic de maladie de Biermer a été retenu devant une anémie macrocytaire, une carence en vitamine B12, la présence d'Ac anti-facteur intrinsèque et d'Ac anti-cellules pariétales avec une fundite atrophique à la fibroscopie oeso-gastro-duodénale. Les patientes ont été mises sous cobalamine par voie parentérale mais sans aucune amélioration. Devant la présence d'ictère cutaneo-muqueux et des stigmates biologiques d'hémolyse ainsi que la non réponse au traitement par la vitamine B12 un test de coombs direct a été réalisé, est revenu positif. Le diagnostic d'anémie hémolytique auto-immune associé à la maladie de Biermer a été retenu et les patientes ont été mises sous corticothérapie 1mg/kg/j avec bonne évolution. Le bilan étiologique de cette anémie hémolytique auto-immune est revenu négatif chez les deux patients. Le recul est respectivement de 12 et 24 mois.

Discussion:

L'association de la maladie de Biermer à des maladies auto-immunes est très fréquente, mais son association à une maladie hémolytique auto-immune semble fortuite supportant ainsi l'hypothèse d'un désordre immunitaire commun aux deux types d'affection.

Le diagnostic de cette association peut être difficile sachant que le test de Coombs direct peut être positif dans l'anémie pernicieuse non traitée. Cependant, cet anticorps positif passager ne semble pas causer l'hémolyse et il devient habituellement négatif après traitement par cobalamine.

Lorsque l'anémie hémolytique auto-immune précède l'anémie de Biermer, cela suggère que cette dernière est due à une plus grande consommation de l'acide folique et de la vitamine B12 lors de l'érythropoïèse faisant face à la destruction des cellules rouges circulants. Par contre, quand l'anémie de Biermer précède l'anémie hémolytique auto-immune, il peut s'agir soit d'une infection virale asymptomatique ayant déclenché cette anémie hémolytique auto-immune, soit c'est un syndrome lymphoprolifératif ayant comme premier signe l'anémie hémolytique auto-immune, soit c'est une association fortuite.

P 19 – Association maladie de Crohn et maladie coeliaque

M. Elqatni, M.Jira, N.Elomri, F.Mekouar, H.Qacif, y.sekkach, A.abouzahir, D. Ghafir

Service de Médecine Interne, HMIMV, Rabat

L'association de la maladie cœliaque à la maladie de Crohn pourrait être une association fortuite, essentiellement en raison de la prévalence probablement importante des formes asymptomatiques de la maladie cœliaque.

Cependant, l'existence des formes familiales et l'étiopathogénie ayant comme support commun un mécanisme immunogénétique pourraient suggérer que cette association n'est pas fortuite et qu'elle doit être suspectée chez les malades ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Nous rapportons le cas d'un patient âgée de 46 ans, présentant une maladie de Crohn à localisation iléale avec des arthrites des chevilles et des IPP traitée par sulfasalazine, répondant partiellement au traitement médical (persistance de diarrhées à raison de 03 selles /jour). Un bilan immunologique a mis en évidence les anticorps anti-gliadine les anticorps anti-endomysium et les anticorps antitranglutaminase. Le diagnostic de maladie cœliaque a été confirmé par les biopsies duodénales qui ont montré une atrophie villositaire subtotala, avec des infiltrats inflammatoires.

Ce cas clinique souligne l'intérêt de penser systématiquement à toute crainte de l'évolution à bas bruit d'une maladie cœliaque sous jacente avec le risque de dégénérescence lymphomateuse.

P 20 – Une association rare : psoriasis et lupus érythémateux disséminé

M. Elqatni, N.Elomri, M.Jira F.mekouar, H.Qacif, y.sekkach, A.abouzahir, D. Ghafir
Service de Médecine Interne, HMIMV, Rabat

L'association psoriasis et lupus érythémateux disséminé (LED) est rare. Nous en rapportons le cas d'une patiente suivie depuis mai 1998 au service de médecine interne pour maladie lupique à manifestations cutanées, articulaires, hématologiques, rénales et immunologique, 02 mois après elle a présenté des lésions érythémato -squameuses sévères évoquant un psoriasis.

Le psoriasis est une affection dermatologique dont la prévalence dans la population générale est de 2 %. L'incidence du LED est variable de 0,2 à 10 pour 100 000 habitants . Cependant l'association psoriasis et LED est peu rapportée dans la littérature. Le psoriasis y est généralement antérieur au diagnostic de LED. Le psoriasis peut aussi s'associer au lupus discoïde. Parfois, le lupus apparaît secondairement à l'utilisation d'ultraviolets pour le psoriasis.

L'association psoriasis/LED ne semble pas présenter de profil immunologique particulier mais peut poser des problèmes thérapeutiques spécifiques. L'hydroxychloroquine est, en effet, susceptible d'exacerber le psoriasis. La corticothérapie par voie générale expose au risque de rebond qui peut s'accompagner soit d'une majoration du psoriasis, soit d'une transformation en Erythrodermie ou en psoriasis pustuleux. Par ailleurs, un rhumatisme psoriasique peut aussi s'intriquer à l'atteinte articulaire du LED. L'intrication psoriasis/LED pourrait être une indication privilégiée du méthotrexate.

P 21 – Thrombose de la veine cave supérieure par mutations du FIIG20210A et de la MTHFR

M. Elqatni, M.Jira F.mekouar, N.Elomri, H.Qacif, y.sekkach, A.abouzahir, D. Ghafir
Service de Médecine Interne, HMIMV, Rabat

La mutation FIIG20210A est considérée comme un facteur de risque de thrombose veineuse, avec un risque multiplié de 2 à 4 par rapport aux sujets sans mutation, La plupart des cas décrits sont hétérozygotes pour la mutation et seuls de rares porteurs homozygotes sont connus.

Dans la littérature, l'âge de survenue du premier épisode de thrombose veineuse est autour de 38 ans. La mutation FIIG20210A est plus fréquemment observée en cas de thrombose veineuse profonde d'un membre inférieur que supérieur.

La mutation de la MTHFR et l'incidence des thromboses veineuses profondes (TVP) est largement débattue. Plusieurs études ont examiné cette relation, avec des résultats contradictoires. Alors que certains trouvent un risque de TVP augmenté chez les homozygotes pour la mutation C677T de la MTHFR, sans ou avec des facteurs de risques biologiques coexistant, d'autres ne l'observent pas.

L'association entre ces 02 mutations jamais décrite , nous rapportons le cas d'un patient de 49 ans, admis pour thrombose de la veine cave supérieur, le bilan étiologique trouve une mutation homozygote du facteur II associée à une mutation hétérozygote de la MTHFR.

Notre cas plaide pour l'intérêt de la recherche de ces mutations dans l'exploration d'un événement thrombotique veineux (thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire), avec ou sans facteurs de risque acquis de thrombose.

P 22 – Sarcoïdose conjonctivale et cornéenne

Abouzahir A, Souhail H, Bouaity B, Amezyane T, FatihiJ, Mahassin F, Ghafir D, Ohayon V.

Service de Médecine B, HMIMV, Rabat

Introduction :

Les manifestations oculaires de la sarcoïdose sont polymorphes, mais évocatrices dans un contexte d'atteinte multisystémique. Nous rapportons un cas d'atteinte conjonctivale et cornéenne confirmée histologiquement.

Observation :

Une patiente de 39 ans était hospitalisée pour lésions nodulaires du visage infiltrant les conjonctives évoluant depuis 4 mois.

L'examen biomicroscopique trouvait en plus des nodules blancs jaunâtres conjonctivaux et episcléreux, des précipités cornéens et une baisse de l'acuité visuelle sans atteinte de la chambre antérieure ou postérieure. Il existait des nodules érythémateux du visage et des paupières avec des petites adénopathies sous maxillaires, occipitales et jugulocarotidiennes bilatérales. Le diagnostic de sarcoïdose était confirmé sur la biopsie cutanée, conjonctivale et d'une adénopathie cervicale. Il n'y avait pas d'atteinte médiastino-pulmonaire. L'évolution était favorable sous corticothérapie, avec la persistance de taies cornéennes.

Discussion :

L'atteinte conjonctivale sarcoïdique est rarement confirmée histologiquement. Le problème diagnostique se pose en l'absence d'atteinte systémique. Il s'agit typiquement de nodules jaunâtres, saillants, localisés dans les culs de sac conjonctivaux. Les précipités cornéens dits en graine de mouton sont très caractéristiques. La biopsie conjonctivale est un geste simple, pratiquée sous anesthésie topique. Le pronostic de cette localisation est habituellement bon, n'affectant pas la fonction visuelle.

P 23 – Maladie d’Erdheim-Chester, une maladie de système rare : A Propos d’une observation révélée par des manifestations neurologiques

Amezyane T¹, Abouzahir A¹, Fatihi J¹, Hammi S¹, Badaoui M¹, Bassou D², Mahassin F¹, Ohayon V¹.

¹Service de Médecine Interne B, ²Service de Radiologie – H.M.I.M.V- Rabat

Introduction :

La maladie d’Erdheim-Chester (MEC) est une histiocytose non langerhansienne rare (environ 300 cas rapportés jusqu’ à ce jour), les manifestations neurologiques étant non spécifiques et s’observent dans 15 à 20 % des cas.

Matériel et Méthodes :

Nous rapportons l’observation d’une patiente de 59 ans qui fut hospitalisée pour bilan d’un syndrome frontal et d’une hémiparésie droite.

Résultats : l’imagerie révéla un processus au niveau du noyau caudé gauche et un aspect d’infarctus cérébral récent. L’enquête étiologique permit de retrouver une atteinte cardio vasculaire et une ostéosclérose bilatérale des os longs fortement évocatrice de la maladie d’Erdheim-Chester ; le diagnostic fut confirmé par l’étude anatomopathologique (prolifération anormale d’histiocytes spumeux marquant de façon constante l’anticorps CD 68, CD1a et protéine S100 négatifs).

Discussion :

Les douleurs osseuses, le syndrome polyuro-polydypsique, l’exophtalmie et les xanthélasmas sont les manifestations cliniques les plus révélatrices de la maladie. Les manifestations neurologiques sont rares et jusqu’alors, il n’a pas été fait mention de syndrome frontal inaugural : cas de notre observation. Le traitement de la MEC est mal codifié et doit être discuté au cas par cas.

Conclusion :

la localisation encéphalique pseudo-tumorale de la MEC est très rare, l’AVCI est inhabituel. Le pronostic dépend largement de l’atteinte des systèmes nerveux central et cardio-vasculaire

P 24 – Leucoencéphalopathie postérieure réversible compliquant un lupus systémique : Apport de l'IRM. A propos d'une observation.

Amezyane T¹, Abouzahir A¹, Fatihi J¹, Badaoui M¹, Hammi S¹, Bassou D², Darbi A², Mahassin F¹, Ohayon V¹.

¹Service de Médecine Interne B, ²Service de Radiologie – H.M.I.M.V- Rabat

Introduction :

Dans la maladie lupique, la Leucoencéphalopathie postérieure réversible (PRES) peut être prise à tort comme une vascularite encéphalique, l'IRM permet aujourd'hui, avec ses différentes séquences, de faire la distinction entre ces 2 entités et d'en adapter la prise en charge.

Matériel et méthodes :

Une patiente âgée de 30 ans suivie pour néphropathie lupique, fut adressée aux urgences pour crise occipitale au décours d'une séance de dialyse. L'examen physique retrouvait une HTA à 180/90 mmHg et des troubles visuels, une IRM encéphalique fut réalisée en urgence avec des séquences FLAIR, T1, T2 et de diffusion, et un traitement antihypertenseur fut instauré.

Résultats :

L'IRM montra en séquences FLAIR et T2, des plages bilatérales en hypersignal, de siège cortical-sous cortical et profond, prédominant dans les territoires occipitaux. En séquence de diffusion il n'y avait pas de réduction du coefficient de diffusion. L'IRM à 2 semaines montra une régression complète des lésions.

Discussion.

La PRES est un désordre de l'autorégulation cérébro-vasculaire due le plus souvent à l'hypertension artérielle, et responsable d'un œdème vasogénique, réversible en cas de traitement rapide. L'aspect caractéristique en IRM permet de faire le diagnostic et d'orienter le traitement.

Conclusion.

Dans l'encéphalopathie lupique aiguë, l'IRM grâce aux séquences de diffusion, permet de différencier la PRES réversible sous traitement de l'HTA de l'infarctus irréversible secondaire à la vascularite lupique

P 25 – Ulcère pénétrant de l'aorte thoracique : étiologie inhabituelle de douleur thoracique, apport de l'angioscanner.

Amezyane T¹, Abouzahir A¹, Fatihi J¹, Hammi S¹, Badaoui M¹, Bassou D², Darbi A², Mahassin F¹, Ohayon V¹.

¹Service de Médecine Interne B, ²Service de Radiologie – H.M.I.M.V- Rabat

Introduction :

L'ulcère pénétrant de l'aorte est une lésion ulcéreuse athéromateuse rare de la paroi aortique, elle se manifeste par un syndrome aortique aigu, commun aux autres pathologies aortiques : dissection aortique vraie et hématome intramural, l'angioscanner est essentiel pour poser le diagnostic.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons l'observation d'un patient de 80 ans admis pour douleur thoracique d'installation brutale. L'électrocardiogramme sans anomalie et les enzymes cardiaques non augmentés ont conduit à la réalisation d'angioscanner.

Résultats :

Ulcère pénétrant de l'aorte thoracique.

Discussion :

A travers cette observation, nous allons revoir la pathogénie et l'évolution naturelle de l'ulcère aortique, les éléments diagnostiques et les facteurs pronostiques en insistant sur le rôle essentiel de l'angioscanner.

Conclusion :

L'ulcère pénétrant de l'aorte thoracique est une étiologie rare de douleur thoracique, de mieux en mieux connue grâce à l'apport de l'imagerie moderne.

P 26 – L’interféron pégylé cause d’anémie autoimmune lors du traitement de l’hépatite virale C

W.Khannoussi, R.Afifi, W. Essamri, I. Benelbarhdadi, FZ.Ajana, M.Benazzouz, A.Essaid

Clinique Médicale d’Hépatogastroentérologie C, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction

La bithérapie à base d’interféron pégylé et de ribavirine est le traitement de référence de l’hépatite virale C, mais expose à des effets secondaires essentiellement hématologiques. L’anémie hémolytique est généralement attribuée à la ribavirine du fait de la toxicité directe sur les globules rouges. L’interféron peut induire des anémies d’origine autoimmune qui peuvent être sévères. Nous rapportons un cas d’anémie autoimmune induite au cours du traitement d’une hépatite C chronique.

Observation

Mme B.F. âgée de 34 ans est suivie pour une hypothyroïdie sous lévothyrox. L’infection chronique par le virus d’hépatite virale C a été découverte lors d’un bilan prénatal. Le mode de transmission présumé était une césarienne 2 ans auparavant. Sa charge virale était de 18700 UI/ml, le génotype viral était 1b et la biopsie hépatique a révélé une hépatite chronique score Métavir A2F2. Le bilan préthérapeutique étant normal, la patiente a été mise sous interféron pégylé 180 µg/semaine et ribavirine 800mg/j. La PCR à S12 était négative témoignant d’une réponse virale précoce. Le traitement devait être poursuivi pendant une année. Après 7mois de traitement le taux d’hémoglobine commençait à baisser alors les doses de ribavirine ont été diminuées mais le taux d’Hb a continué à baisser jusqu’à 5,9g/dl, l’anémie était normochrome normocytaire. La ribavirine a été arrêtée mais le taux d’hémoglobine continuait de chuter. La transfusion n’a pas été réalisée du fait de l’indisponibilité de sang compatible (présence d’agglutinines irrégulières) et l’érythropoïétine n’a pas été introduite du fait d’un problème de prise en charge médicale. Nous avons émis l’hypothèse que l’interféron pouvait être à l’origine de cette anémie, nous l’avons arrêté tout en conduisant un bilan à la recherche de la cause qui n’a révélé que la positivité du test de coombs avec un taux de LDH diminué témoignant d’une anémie autoimmune hémolytique. Nous avons donc incriminé l’interféron dans la genèse de cette anémie. Une corticothérapie (1mg/kg/j de prédnisone) a été démarrée et la patiente a été transfusée. Le taux d’hémoglobine s’est normalisé au bout d’un mois. La corticothérapie a été progressivement diminuée jusqu’à arrêt. La PCR à 6mois était négative marquant une réponse virale soutenue.

Conclusion

L’interféron peut induire une anémie autoimmune hémolytique lors du traitement combiné à la ribavirine lors du traitement de l’hépatite virale C. Cette éventualité doit être gardée à l’esprit des praticiens et doit conduire à un bilan d’autoimmunité devant toute anémie survenant au cours du traitement.

P 27 – Thrombose portale dans les syndromes myéloprolifératifs.

S.El Belloute, I.Benelbarhdadi, F.Z Ajana, W.Essamri, R.Afifi, M.Benazouz A.Essaid.

Clinique Médicale « C », CHU Ibn Sina, Rabat.

La thrombose portale représente 7% de la totalité des causes de l'hypertension portale. Ces thromboses relèvent de causes très variées, on distingue : les causes locales, les causes associées aux hépatopathies et les causes générales. Parmi ces dernières, les syndromes myéloprolifératifs représentent plus des deux tiers des cas. Le but de notre étude est d'analyser les particularités cliniques, biologiques et thérapeutiques des thromboses portales secondaires à un syndrome myéloprolifératif à la lumière de 4 observations.

Méthodes :

Il s'agit d'une série de 4 malades colligés à la clinique médicale « C » atteints de thromboses portales dues à des syndromes myélorolifératifs.

Résultats :

Il s'agissait de 2 hommes et 2 femme, d'âge moyen de 49 ans (extrêmes 40-67 ans). Le signe clinique le plus fréquent était une splénomégalie retrouvée dans les deux tiers des cas. L'échographie abdominale couplée au doppler a permis de poser le diagnostic de thrombose portale chez tous nos patients. La fibroscopie oesogastroduodénale a noté une gastrite hypertensive dans 2 cas et des varices sous cardiales dans 1 cas et était normale dans 1 cas. Nos malades présentaient tous des troubles sur les données de l'hémogramme: il s'agissait d'une hyperleucocytose dans 4 cas, une hyperplaquettose dans 3 cas et d'une anémie microcytaire dans un seul cas. La biopsie ostéo-médullaire a objectivée un syndrome myéloprolifératif à prédominance mégacaryocytaire dans 3 cas et lymphocytaire dans un seul cas. Sur le plan étiologique, il s'agissait de 2 cas de thrombocytémie essentielle et 2 cas de leucémie myéloïde chronique. Seulement 3 patients ont été traités (le troisième est décédé). Le traitement était une chimiothérapie associée à un traitement anticoagulant. L'évolution était bonne avec un recul moyen d'une année.

Conclusion:

La recherche d'un syndrome myéloprolifératif patent ou latent est obligatoire devant toute thrombose portale sur foie histologiquement sain.

P 28 – Thromboses veineuses cérébrales : Etude de 6 observations

D. Rharrit, Z Tazi Mezalek, H Harmouche, M Aouni, A Maaouni

Service de Médecine interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction

La thrombophlébite cérébrale est une pathologie rare mais grave caractérisée par une grande diversité clinique et étiologique.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les particularités de cette affection sur une série de patients suivis dans un service de médecine interne.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'ensemble des patients ayant présenté une thrombophlébite cérébrale sur une période de 10 ans au service de médecine interne du CHU ibn Sina.

Résultats

Il y avait 3 hommes et 3 femmes. L'âge moyen au diagnostic était de 39 ans. Les principales manifestations étaient le déficit focal dans 66% des cas, les crises convulsives et troubles de consciences dans 50% des cas et les signes d'HTIC dans 33% des cas. Les troubles psychiques ont été notés dans 17% des cas. Sur le plan étiologique, un facteur de risque à type de contraception hormonale était retrouvé chez une patiente, une thrombophilie constitutionnelle dans 1 cas, des antiphospholipides dans 2 cas, une maladie de behçet dans 2 cas, une affection locorégionale infectieuse dans 2 cas. Le traitement a consisté en un traitement symptomatique, une anticoagulation curative associé au traitement étiologique en fonction de la cause retrouvée. L'évolution était bonne chez tous les patients, avec une récupération lente et partielle chez 2 patients.

Conclusion

Nos résultats mettent l'accent sur la diversité clinique et étiologique des thromboses veineuses cérébrales. La bonne évolution notée chez tous les patients rend compte de l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée.

P 29 – La fibrose rétropéritonéale : A propos de sept cas

N.Mouatassim, D.Rarrhit, K.Ouradi, H.Harmouche Z.M.Tazi, M.Adnaoui, M.Aouni, A. Maaouni.

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat.

Introduction :

La fibrose rétro-péritonéale (FRP) se définit par l'existence d'un manchon fibreux péri-aortique qui engaine les structures péri-vasculaire et les uretères pouvant conduire à une obstruction des voies urinaires.

C'est une pathologie qui est très rare avec une incidence estimée à un cas par 10000 patients, avec prédominance masculine, dont l'âge varie entre 40 et 60 ans.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective dans le service de médecine interne, CHU de Rabat, dans la période entre 1997 et 2008, sur les cas de fibrose rétropéritonéale.

Résultats :

Cette étude a porté sur sept cas, dont l'âge moyen est de 48 ans avec prédominance masculine (six hommes /une femme).

Le délai de consultation moyen est d'un an et demi, les principales manifestations cliniques sont dominées par : les douleurs lombaires et l'œdème des membres inférieurs chez quatre cas soit dans 57%, les douleurs abdominales et la fièvre sont présentes chez deux cas soit dans 28%, mais la claudication intermittente des membres inférieurs, le syndrome anémique et le syndrome polyuro-polydipsique ne sont présents que chez un patient soit dans 14 %.

Sur le plan biologique, on a un syndrome inflammatoire (VS entre 60 et 116) avec une anémie inflammatoire dans 57%, l'insuffisance rénale est rencontrée dans 28 %.

L'échographie abdominale est réalisée dans 85.7% montrant une urétéro-hydronephrose (UHN) et un aspect de la FRP, le scanner abdominal est réalisé chez tous les cas permettant de confirmer le diagnostic de la FRP et de faire un bilan étiologique, l'UIV est faite dans 42.8% confirmant UHN et la compression extrinsèque des uretères, l'écho doppler des membres inférieurs a permis d'objectiver une thrombose veineuse dans 28% de cas, le recours à l'IRM lombaire ne se fait que dans 14% de cas.

La biopsie avec étude histologique n'est réalisée que chez deux cas soit dans 28% dont une est réalisée au niveau de la FRP objectivant un aspect de FRP idiopathique, l'autre est faite sur un polype accouché par le col utérin montrant un carcinome du col.

Les principales étiologies trouvées sont un carcinome du col chez un cas soit dans 14% de cas, et dans 85.7% des cas la FRP est idiopathique.

De point de vue thérapeutique, la corticothérapie est instaurée dans 85.7% des cas, dans 42.8% de cas une sonde double j est mise en place alors que les immunosuppresseurs ne sont administrés que dans 14.3% des cas.

L'évolution était favorable dans 71.4% des cas, un malade est perdu de vue et la patiente qui a le carcinome du col est décédée.

Conclusion :

La FRP est une maladie inflammatoire rare, dont les manifestations cliniques sont diverses aboutissant à un retard de diagnostic. Le scanner abdominal reste l'examen clé qui permet de confirmer le diagnostic de la FRP.

La stratégie thérapeutique n'est pas codifiée, et elle nécessite une équipe multidisciplinaire. La corticothérapie est le traitement de référence mais actuellement le tamoxifène avec la dérivation urinaire tendent à remplacer l'urétérolyse.

P 30 – Neurolupus révélé en post-partum : A propos de 2 cas

M. Bourkia, H. Harmouche L. Dahiri, H. Bachir, Z.Tazi-Mezalek, M.Aouni, M. Adnaoui, A. Maaouni
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La survenue de troubles neurologiques au cours du post-partum n'évoque pas d'emblée le diagnostic de maladie lupique. Nous rapportons deux observations de neurolupus découverts en post-partum.

Observation n°1 :

Mme I.H. âgée de 20 ans a présenté en post-partum immédiat des convulsions tonico-cloniques avec une hyperthermie majeure. Le diagnostic de lupus avec atteinte articulaire, hématologique, immunologique, neurologique et péricardique a été retenu. La patiente a été traitée par immunosuppresseurs avec bonne évolution.

Observation n° 2 :

Mme N.E, âgée de 38 ans, a présenté en post-partum immédiat des polyarthralgies inflammatoires auxquelles se sont ajoutées des céphalées, une confusion et une amnésie dans un contexte fébrile. La patiente a été traitée, pour son lupus à tropisme articulaire, hématologique, immunologique rénal et neurologique, par corticothérapie et immunosuppresseurs. L'évolution a été favorable.

Discussion :

Durant la grossesse les poussées lupiques sont plus fréquentes après le deuxième trimestre de gestation. La traduction clinique du lupus est surtout cutanée, rénale ou hématologique. L'atteinte neurologique est rare. La difficulté réside dans la distinction entre poussée lupique et symptomatologie indépendante.

Conclusion :

La grossesse peut représenter un évènement inaugural d'un lupus d'où l'intérêt d'une coopération multidisciplinaire entre interniste et gynécologue.

**RESUMES DES COMMUNICATIONS
AFFICHEES**

**Samedi 01 Novembre 2008
08H - 17H**

P 31 – Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs révélatrice d'un lymphome osseux primitif multifocal

Fatihi J, Amezyane T, Hammi S, Badaoui M, EL Khattabi A, Abouzahir A. Mahassine F, Ohayon V.

Service de Médecine Interne B1, HMIMV, Rabat

INTRODUCTION

Les lymphomes osseux primitifs sont rares, leur fréquence est estimée à 1% de l'ensemble des lymphomes et 3 à 4 % des tumeurs osseuses primitives malignes, leur diagnostic a bénéficié des progrès de l'imagerie médicale et de l'analyse immunohistochimique.

MATERIEL ET METHODES

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 73 ans hospitalisée en décembre 2007 pour une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. L'enquête étiologique, orientée par les données de la clinique, la tomодensitométrie, la scintigraphie osseuse et de l'étude immunohistochimique d'une biopsie osseuse, a révélé un lymphome osseux multifocal à grandes cellules B. L'évolution était favorable sous chimiothérapie.

DISCUSSION ET CONCLUSION

A travers cette observation, nous rappelons les principales caractéristiques de ces lymphomes, leurs manifestations cliniques, l'apport des différents examens complémentaires dans le diagnostic et le bilan d'extension ainsi que les différents moyens thérapeutiques.

P 32 – L'hémophilie acquise de l'adulte à auto-anticorps anti facteur VIII (un cas)

A. El Khattabi, J. Fatihi, M. Baaj, A. Kharchafi, F. Mahassine, V. Ohayon.
Service de Médecine Interne « B », HMIMV, Rabat.

Introduction :

Le but étant de rappeler les principales manifestations cliniques et les complications de cette affection, ainsi que les difficultés thérapeutiques.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons l'observation d'un patient de 60 ans admis pour syndrome hémorragique. L'examen clinique est sans particularités. Le taux de plaquettes est normal. Le temps de céphaline activé est allongé et non corrigé par l'adjonction de plasma témoin. Le dosage des facteurs de la coagulation montre une diminution du Facteur VIII : (1 %). La recherche d'anticoagulants circulants est positive. L'enquête est négative. L'évolution est favorable sous traitement associant perfusions de facteur VIII et corticothérapie orale. Discussion : L'hémophilie acquise est une affection rare, touchant plus volontiers l'adulte, liée au développement d'un anticorps dirigé contre le facteur VIII. Elle se caractérise par des complications hémorragiques souvent sévères. Elle est souvent associée à diverses affections, notamment auto-immunes et à certaines hémopathies lymphoprolifératives. La prise en charge comporte le traitement des complications hémorragiques et l'élimination de l'auto-anticorps.

Conclusion :

la rareté de l'hémophilie acquise, la diversité d'expression et d'évolution de ces inhibiteurs acquis survenant dans des contextes très variables ainsi que l'absence de consensus sur la prise en charge thérapeutique de cette affection rendent indispensable la constitution de cohorte de traitement et de suivi dans le cadre d'études prospectives randomisées de grande envergure visant à aboutir à une meilleure connaissance physiopathologique de cette affection et une meilleure prise en charge de ces patients difficiles.

P 33 – Manifestations systémiques du lupus érythémateux disséminé

S.El biaz, M.Zahlane, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohamed VI, Marrakech

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune d'étiologie encore mal élucidée, mais multifactorielle. Ses aspects cliniques sont très polymorphes. Le but de notre travail était de décrire les manifestations systémiques du lupus érythémateux disséminé. Nous avons mené une étude rétrospective au sein du service de médecine interne du CHU Mohamed VI de Marrakech, durant la période s'étalant entre juin 2003 et décembre 2007. Le diagnostic de LES a été posé selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR). Vingt-huit dossiers de LES ont été colligés ; il s'agissait de 26 femmes et 2 hommes âgés de 13 à 65 ans, la moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 35,5 ans. Le tableau clinique était dominé par l'atteinte articulaire (82,14%), la photosensibilité (67,85%), l'érythème malaire (46,42%) et la néphropathie lupique (39,28%). L'atteinte psychiatrique était observée chez 28,57%, les thromboses chez 25% et la sérite chez 21,42%. Sur le plan hématologique, la numération-formule sanguine a montré une lymphopénie dans 67,85% des cas, une thrombopénie dans 35,7% et une anémie hémolytique dans 17,85%. Les anticorps antinucléaires, anti-DNA et anticardiolipines, dosés respectivement chez 25, 22 et 16 patients, étaient positifs dans 56, 50 et 93,75% des cas. Sur le plan thérapeutique, tous nos patients ont reçu une corticothérapie systémique et 35,1% du cyclophosphamide. Après un suivi moyen de 14 mois, 44,4% des patients sont en rémission complète, 33,3% en rémission partielle et nous avons noté 2 décès (7,4%) de cause infectieuse.

.Notre étude révèle la similitude de la maladie chez nos patients avec d'autres régions du monde, et confirme son polymorphisme clinique.

P 34 – Pachyméningite crânienne révélant un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif.

C. Abouzeid, Y. Naji, N. Kissani, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, Service de Neurologie, CHU Mohamed VI, Marrakech

Les manifestations neurologiques centrales du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SGS) sont très polymorphes, parmi lesquelles les pachyméningites représentent l'une des manifestations les plus rares, elles sont exceptionnellement révélatrices.

Nous rapportons l'observation d'une patiente, admise pour syndrome d'hypertension intracrânienne avec paralysie du III et VII chez qui l'IRM encéphalique a objectivé un aspect de pachyméningite en regard de l'hémisphère cérébrale droit. L'interrogatoire a révélé en outre l'existence d'une xérostomie, xérophtalmie. Le bilan étiologique réalisé était en faveur d'un SGS avec absence d'une autre cause pouvant expliquer la pachyméningite. Le diagnostic de pachyméningite dans le cadre de SGS primitif était retenu. L'évolution sous corticothérapie et bolus d'endoxan a permis l'amélioration de l'atteinte neurologique.

A travers cette observation nous soulignons la rareté des pachyméningites au cours du SGS primitif et leur caractère exceptionnellement révélateur.

P 35 – Le lupus chez l’homme : 3 nouvelles observations

K.Amrani, M. Arrayhani*, T.Skalli Houssaini*, S. Rabhi, W.Bono

Service de Médecine Interne, Service de Néphrologie et d’hémodialyse*, CHU Hassan II Fès

Introduction :

Le lupus est une affection auto-immune touchant les femmes avec Prédilection (9 fois sur 10).C’est une pathologie très polymorphe, pouvant s’exprimer par des atteintes viscérales diverses, évoluant sous forme de poussées parfois déclenchées par des facteurs environnementaux identifiables. Nous rapportons à travers ce travail 3 observations de lupus masculin et leurs particularités diagnostiques et évolutives.

Cas n° 1 : Il s’agit de Mr K.L âgé de 24 ans, tabagique depuis 4 ans, suivi pour une tuberculose pleurale, qui présente depuis 5mois un érythème facial en ailes de papillons, une ascite de grande abondance, évoluant dans un contexte d’amaigrissement chiffré à 10 kg en 3mois. Le bilan biologique avait retrouvé une anémie normochrome normocytaire avec un syndrome inflammatoire, des anticorps anti DNA natifs et des anticorps anti nucléaires positifs. Le diagnostic de lupus érythémateux aigu disséminé est posé à déterminisme cutané, hématologique, immunologique et digestif. Une PBR réalisée a retrouvé une prolifération extra capillaire en faveur d’une activité modérée, pour laquelle des bolus mensuels de méthyl prédnisolone sont démarrés. L’évaluation au bout du 6 ème mois est revenue en faveur d’une maladie lupique stade IV d’où l’introduction des immunosuppresseurs type cyclophosphamide sous forme de bolus mensuel de 1g par mois pendant 6 mois. Devant la persistance d’une protéinurie positive, nous avons décidé de mettre le patient sous Mycophenolate mofetil.

Cas n° 2 : Il s’agit de B.M âgé de 16ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait 4 mois avant son hospitalisation, des poly arthralgies inflammatoires, associées à des lésions érythémateuses du visage, un syndrome de Raynaud. L’examen clinique trouvait des lésions érythémateuses en ailes de papillon, avec des œdèmes rétro malléolaires. Le bilan réalisé retrouvait une anémie normochrome normocytaire à 9g/dl, une protéinurie de 24 h positive à deux reprises avec un bilan immunologique positif notamment les AAN, les anti DNA natifs et les anti phospholipides. La PBR était non concluante. Nous avons démarré chez notre patient un traitement par anti paludéen de synthèse avec des bolus mensuel de solumédrol puis des bolus mensuel de cyclophosphamide.

Cas n° 3 : Il s’agit de mr M.B âgé de 25ans sans antécédents pathologiques particuliers hospitalisé au service de médecine interne pour une éruption cutanée en ailes de papillon associée à des arthralgies et un syndrome néphrotique. Le bilan réalisé au cours de son hospitalisation avait retrouvé une protéinurie positive à 3.24g/24h, une anémie normochrome normocytaire à g/dl avec un bilan immunologique positif notamment les anticorps anti nucléaires et les anti-DNA natifs. La PBR est en faveur d’une néphropathie lupique stade II pour laquelle un bolus de Méthylprednisolone est démarré relayé par voie orale avec bonne évolution.

Conclusion :

S’il est exact que le lupus n’est pas courant chez l’homme, il ne diffère pas tellement de celui observé chez la femme. La thérapeutique du lupus chez l’homme est totalement identique à celle utilisée chez la femme atteinte de la maladie.

P 35 – Association particulière d’une maladie cœliaque, d’un syndrome myélodysplasique et d’une hépatopathie chronique -A propos d’une observation-

L Lamchacht, R Berrady, S Rabhi, M Ouazzani, W Bono

Service de Médecine Interne de CHU Hassan II -Fès-

Introduction :

Les hémopathies myéloïdes, principalement les syndromes myélodysplasiques (SMD), peuvent s’accompagner de maladies systémiques ou de manifestations auto-immunes. L’incidence des maladies auto immunes au cours des SMD est de 10 %. Nous rapportons l’observation médicale illustrant cette association.

Observation :

Il s’agit d’une patiente âgée de 40ans, sans antécédents pathologiques notables, admise au service pour un syndrome anémique qui remonte à 1an. Une NFS réalisée a objectivé une pancytopénie arégénérative avec une anémie hypochrome microcytaire ferriprive. Une biopsie ostéo-médullaire a objectivé un syndrome myélodysplasique. Devant l’anémie ferriprive, un bilan de malabsorption était positif d’où une FOGD avec biopsie jéjunale qui a révélé une maladie coeliaque avec bilan immunologique positif. La patiente est mise sous régime sans gluten avec des transfusions à répétition. Après 3 mois, la patiente a fait apparaître une hépatosplénomégalie confirmée par une échographie abdominale sans signes radiologiques d’HTP. Une biopsie hépatique était en faveur d’une hépatite chronique avec sérologies virales hépatitiques négatives. Le bilan immunologique dans le cadre d’une hépatite autoimmune est négatif.

Conclusion :

L’association maladie auto immune–myélodysplasie n’est pas fortuite. L’hypothèse d’un désordre immunitaire commun aux deux types d’affections est discutée et semble être liée à un pronostic défavorable. Des études plus larges sont nécessaires pour étayer cette hypothèse.

P 36 – Myocardite aiguë au cours du lupus.

M Lahlou, R Berrady, S Rabhi, W Bono

Service de Médecine Interne, CHU Hassan II Fès

Introduction :

Les manifestations cardiaques du lupus érythémateux aigu disséminé sont diverses et peuvent toucher le péricarde, le myocarde, l'endocarde, et les artères coronaires ou pulmonaires. L'atteinte myocardique au cours du lupus reste rare. Nous rapportons à travers ce travail le cas de deux patients présentant une myocardite aigue lupique.

Cas n°1: il s'agit d'une femme âgée de 22 ans, admise en mars 2004 pour des douleurs thoraciques associées à une tachycardie, une orthopnée et des signes d'insuffisance cardiaque globale évoluant dans un contexte fébrile. L'examen clinique de la patiente retrouve des manifestations systémiques à type d'alopecie et d'arthralgies. Une échographie transthoracique réalisée en urgence montre une fraction d'éjection diminuée à moins de 30%. La protéinurie de 24h est positive et la ponction biopsie rénale est donc réalisée après stabilisation clinique de la patiente, qui montre des signes histologiques de glomérulonéphrite lupique classe IV. Les anticorps antinucléaires et anti DNA sont positifs. La patiente a bénéficié d'un bolus de méthylprednisolone, suivi d'une corticothérapie orale et de 6 bolus mensuels de cyclophosphamide. L'évolution était marquée par l'amélioration de la fraction d'éjection 4 semaines plus tard. 3 ans après, la patiente est admise pour une rechute de sa myocardite, elle s'est présentée dans un tableau de choc cardiogénique rapidement responsable du décès de la patiente.

Cas n° 2 : il s'agit d'un jeune patient de 16 ans, admis aux urgences pour une insuffisance cardiaque globale, avec douleurs thoraciques. L'examen clinique retrouve une tension artérielle pincée avec à l'examen cutané une éruption malaire. Une échographie transthoracique réalisée en urgence, montre une fraction d'éjection diminuée à 25%. Les investigations complémentaires ont consisté à réaliser une protéinurie de 24 h et un bilan immunologique notamment un dosage des anticorps anti nucléaires et des anticorps anti DNA natifs qui sont revenus positifs. Le patient a bénéficié d'un bolus de méthylprednisolone relayé par une corticothérapie orale à raison de 1mg/kg/j, et 6 bolus mensuels de cyclophosphamide puis relais par Azathioprine. Le contrôle échographique montre une amélioration de la fraction d'éjection à 60% avec disparition complète des manifestations systémiques. Il y a un mois, le patient st décédé dans le service dans un état de choc cardiogénique d'installation aigue.

Conclusion :

L'atteinte myocardique au cours du lupus est rare, avec un pronostic qui reste grave. Les deux cas cliniques que nous avons rapportés insistent donc sur l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge thérapeutique rapide. Le traitement utilisé dans les deux observations est à base de bolus de méthylprednisolone et d'immunosuppresseur type cyclophosphamide qui en général ont donné de bons résultats. La rechute compliquée de décès était la règle dans les deux cas montrant la sévérité du pronostic de cette atteinte en cas de rechute malgré un traitement bien conduit.

P 37 – Plasmocytome osseux du fémur: A propos d'une observation

H.Khibri, O Dahmani, R Berrady, S Rabhi, W Bono
Service de Médecine Interne, CHU Hassan II -Fès-

Introduction :

Le plasmocytome solitaire est une tumeur maligne rare appartenant à la famille des proliférations plasmocytaires. Il est défini comme une tumeur plasmocytaire isolée, localisée à un segment osseux. La localisation fémorale est extrêmement rare, les auteurs en rapportent une nouvelle observation.

Observation :

Une femme de 46 ans a consulté dans notre service pour une fracture pathologique du fémur associée à une tuméfaction de l'hémimandibule droite. L'examen retrouvait une tumeur mandibulaire de consistance osseuse, recouverte par une muqueuse saine, avec une tuméfaction fémorale gauche et une impotence fonctionnelle. Les examens radiologiques objectivaient un processus tissulaire lysant la mandibule avec une rupture des corticales (sur TDM faciale) ; et une fracture déplacée de la base du fémur gauche.

La patiente a bénéficié d'une ostéosynthèse avec enclouage et une biopsie de la tumeur, dont l'étude histopathologique était en faveur d'un plasmocytome. En parallèle un bilan biologique complet a été demandé pour éliminer un myélome multiple. L'électrophorèse de protide ainsi que l'immunoélectrophorèse sérique ont été normaux, l'immunoélectrophorèse urinaire avec recherche de la protéine de Bence-Jones était négative. La ponction sternale a retrouvé une plasmocytose à 5% seulement. Il s'agit donc d'un plasmocytome à double localisation.

Conclusion :

Les tumeurs plasmocytaires sont rares, et parmi elles, les plasmocytomes solitaires en représentent 10 %. Ils peuvent être intra- ou extramédullaire. La confirmation du diagnostic de plasmocytome osseux est histologique et nécessite un bilan complet afin d'éliminer un myélome multiple. La localisation la plus fréquente est rachidienne. Le traitement de ces tumeurs est radiochirurgical. L'évolution fréquente vers un myélome multiple impose une surveillance étroite de ces patients.

P 38 – Syndrome de Gougerot Sjögren et MGUS

M.Lahlou, N.Kouhen, S Rabhi, T.Harzy*, S.Rabhi, W.Bono

Service de Médecine Interne, Service de Rhumatologie*, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le syndrome de gougerot sjogren (SGS) est une affection inflammatoire chronique caractérisée par un syndrome sec. C'est une maladie systémique auto-immune pouvant être primitive, ou secondaire à d'autres maladies autoimmunes. Nous rapportons une observation illustrant cette association.

Observation clinique :

Patiente de 46 ans, suivie au service de médecine interne pour un syndrome inflammatoire, le bilan biologique retrouve à l'électrophorèse des protides une hyper gammaglobulines à IgG et IgA, le myélogramme retrouve une plasmocytose médullaire à 8%, la calcémie est normale ainsi que la fonction rénale, avec absence de chaînes légères urinaires ou de lésions radiologiques sur les radiographies standards, permettant de retenir le diagnostic d'une MGUS. Par ailleurs, la patiente a présenté une xérophtalmie et une xérostomie, la biopsie des glandes salivaires accessoires revient en faveur d'une sialadénite lymphocytaire stade IV de Chisholm et Masson. Les anticorps anti SSA et anti SSB sont positifs. L'EFR et le scanner thoracique sont normaux.

Discussion :

Le diagnostic de SGS primitif ne peut être retenu qu'après avoir éliminé une connectivite notamment un lupus, une sclérodermie, une vascularite ou une cryoglobulinémie mixte. Le SGS doit être surveillé de près vu le risque d'évolution vers un syndrome lymphoprolifératif estimé à 10% ; l'association à une gammapathie monoclonale indéterminée est très peu retrouvée dans la littérature. Le risque de progression maligne vers un myélome multiple ou une hémopathie associée aux immunoglobulines notamment d'un lymphome est de l'ordre de 1 % par an et de 15 % à 10 ans.

Conclusion :

Le SGS et le MGUS sont deux pathologies très rarement associés, mais qui présente tous les deux un risque d'évolution vers un syndrome lymphoprolifératif notamment d'un lymphome malin.

P 39 – Une présentation atypique d'une leishmaniose viscérale chez l'immunocompétent

S.Rafi, Y. Naji, S. El Biaz, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne- CHU Mohammed VI, Marrakech

Nous rapportons l'observation exceptionnelle d'une jeune patiente de 23 ans, immunocompétente, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisée pour douleurs épigastriques et vomissements post prandiaux, dans un contexte de fièvre et d'amaigrissement non chiffrés.

L'examen clinique trouvait une pâleur cutanéomuqueuse et une splénomégalie.

Le bilan paraclinique objectivait une anémie normochrome normocytaire arégénérative à l'hémogramme, une vitesse de sédimentation érythrocytaire accélérée et une hypergammaglobulinémie polyclonale à l'EPP. La fibroscopie digestive avec biopsies duodénales a montré une duodénite avec présence de nombreuses leishmanies, ce qui a été confirmé par le myélogramme et la biopsie ostéo-médullaire. Les sérologies leishmaniennes étaient positives. L'intérêt de notre observation réside dans les atypies qu'elle présente concernant aussi bien la localisation duodénale rare que la présentation initiale chez une patiente non infectée par le VIH. Nous voudrions discuter ces aspects.

P 40 – L'association maladie de Takayasu et fibrose rétropéritonéale

R.Mouhoub,L.Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Marrakech

La fibrose rétropéritonéale (FRP) est une maladie rare inflammatoire et fibrosante du tissu rétropéritonéal périaortique associée à un engainement des uretères et des organes adjacents. Son incidence est de 0,1/100000.

La fréquence de l'association, synchrone ou métachrone avec les maladies auto-immunes est inconnue,et probablement sous-estimée, son association avec l'artérite de Takayasu a été rapportée dans un nombre restreint d'observations.

Nous rapportons l'observation d'une jeune femme de 38 ans présentant une FRP associée à la maladie de Takayasu. La FRP était diagnostiquée à l'occasion d'un tableau d'insuffisance rénale aigue ayant nécessité la montée d'une sonde en double J avec à la tomodensitométrie abdominale un aspect évocateur de FRP.Le diagnostic de la maladie de Takayasu était posé plus tard devant l'apparition de dysesthésies du membre supérieur droit. L'angiographie aortique visualisait des lésions typiques d'artérite inflammatoire caractérisées par une sténose concentrique et régulière localisée aux artères axillaires droite et gauche,une carotide primitive grêle,ainsi qu'une occlusion au niveau de l'artère rénale gauche.La patiente était traitée par prednisonne à la dose de 0,5mg/Kg/jr avec une nette amélioration.

L'association FRP et maladie de Takayasu est très rare, seulement quelques observations sont retrouvées dans la littérature.Des analogies pathogéniques et anatomiques rapprochent ces deux affections.

P 41 – L’insuffisance rénale au cours du myélome multiple, A propos de 13 cas

H.Khibri, M Arrayhani*, T Skalli Houssaini*, S Rabhi, W Bono

Service de Médecine Interne, Service de Néphrologie et d’hémodialyse*, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le myélome multiple est une prolifération monoclonale maligne de plasmocytes dans la moelle osseuse avec une infiltration médullaire plasmocytaire et une sécrétion d’une immunoglobuline monoclonale.

L’insuffisance rénale au cours du myélome multiple est multifactorielle, secondaires soit au dépôt de la paraprotéine dans les tubules rénaux, soit à l’apparition d’une amylose, soit compliquant une chimiothérapie. Le but de ce travail est d’estimer la fréquence de l’atteinte rénale dans une série de myélome multiple de 42 cas et de préciser ses caractéristiques.

Matériels et méthodes :

Il s’agit d’une étude rétrospective de 42 cas de myélome multiple colligés au sein du service de médecine interne du CHU Hassan II de Fès, étalée sur une période de 4 ans. L’insuffisance rénale chez ces patients a été recherchée par des explorations biologiques systématiques comprenant le dosage de la créatininémie, la clairance de la créatinine, la protéinurie de 24h et l’ionogramme : natrémie, calcémie, uricémie, phosphorémie.

Résultats :

La fréquence de l’insuffisance rénale dans notre série était de 30 %, l’âge moyen des insuffisants rénaux était de 60,4 ans [45-70] avec une prédominance masculine, le sex-ratio était de 1,16 (7 H/6 F), l’hypercalcémie n’était retrouvée que chez 38,4 % des cas, l’hyper uricémie chez 15,3 %, l’hyperkaliémie chez 30,7 %. La natrémie était correcte chez 84,6 % la protéinurie de 24h était positive dans 46,1 % des cas et l’anémie était présente à 100 % des cas. L’immunoélectrophorèse plasmatique avait mis en évidence un pic à IgG dans 61,5 % des cas, IgA et IgD respectivement à 15,3 % et 7,6 % des cas. La prédominance des chaînes légères a été notée dans 61,1 % des cas.

Conclusion :

L’insuffisance rénale dans notre série est souvent secondaire aux dépôts des chaînes légères dans les tubules rénaux. La déshydratation et l’hypercalcémie aggravent l’insuffisance rénale c’est pourquoi une hyperhydratation est nécessaire avec un traitement à base de bisphosphonates.

P 42 – Douleurs abdominales aiguës chez une patiente lupique : Pancréatite auto-immune ou vascularite mésentérique

N Kouhen, S Rabhi, R. Berrady, T. Sqalli-Houssaini¹, M . Arrayhani¹, T. Harzy², W Bono

Service de Médecine Interne CHU Hassan II, Fès

Service de Néphrologie et d'hémodialyse¹ CHU Hassan II, Fès

Service Rhumatologie² CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'apparition de douleurs abdominales aiguës chez un patient lupique, peuvent être secondaires à une vascularite digestive avec ischémie mésentérique, une thrombose des veines abdominales ou une pancréatite aiguë. La pancréatite aiguë auto-immune est une affection rare, pouvant être révélatrice, décrite pour la première fois par Reifenstein en 1939. Depuis, moins de 80 cas ont été rapportés dans la littérature. Elle est souvent d'origine multifactorielle, nécessitant d'écartier les autres étiologies. L'imputabilité de la maladie auto-immune est de ce fait un diagnostic d'élimination. Nous rapportons une observation illustrant cette association.

Observation :

Madame A. âgée de 30ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant un lupus érythémateux aigu disséminé à déterminisme articulaire, cutané avec un érythro-œdème palpébral, musculaire et immunologique avec des AAN à 1/1280 et des anticorps antinucléosomes positifs. La fonction rénale est normale avec une protéinurie de 24 heures négative.

Au cours de son hospitalisation la malade a présenté des douleurs abdominales intenses diffuses d'installation aiguë avec des vomissements bilieux de grande abondance et une diarrhée liquidienne, contrastant avec la pauvreté de l'examen clinique avec un abdomen souple. Une échographie abdominale en urgence a montré une hypertrophie caudale pancréatique, un épaissement digestif diffus et un épanchement intra-abdominal de moyenne abondance. Cependant, le dosage de l'amylasémie et la lipasémie est normal à 2 reprises. L'angioscanner abdominal a montré que le pancréas est globalement augmenté de taille dans sa portion corporeo-caudale, avec absence de signes de vascularite digestive ou de thrombose des veines abdominales. La patiente a reçu un bolus de méthylprednisolone avec relais par voie orale suivi d'une amélioration spectaculaire des douleurs abdominales et de l'érythro-œdème.

Conclusion:

Le mécanisme de la pancréatite au cours du lupus n'est pas univoque, plusieurs mécanismes peuvent être évoqués. L'élimination des autres causes de pancréatite et l'amélioration de la symptomatologie sous traitement anti-inflammatoire, permettent le diagnostic rétrospectif.

P 43 – Mucocèle appendiculaire au cours du lupus érythémateux aigu disséminé

M. Lahlou, S. Rabhi, M. Arrayhani*, T. Skalli Houssaini, W. Bono

Service de Médecine Interne CHU Hassan II, Fès

Service de Néphrologie et d'hémodialyse* CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La mucocèle appendiculaire (MA) est une entité rare et potentiellement maligne liée à une dilatation de l'appendice et l'accumulation anormale de mucus dans sa lumière. Sa révélation au cours d'un lupus apparaît exceptionnelle.

Observation :

Une femme de 54 ans, sans antécédents, a consulté au service de médecine interne pour manifestations systémiques à type de polyarthralgies inflammatoires, une photosensibilité et une alopécie diffuse. Le bilan immunologique était en faveur d'un lupus érythémateux aigu disséminé ayant comme tropisme : une atteinte cutanée, articulaire, rénale, et hématologique, avec probable association à une sclérodémie systémique devant les troubles de la pigmentation cutanée type atteinte monomélique sclérodermique, la fibrose pulmonaire au scanner thoracique et un syndrome restrictif sévère à l'exploration fonctionnelle respiratoire. Une échographie abdomino-pelvienne, réalisée dans le cadre du bilan de terrain, retrouvait une formation liquidienne de 03/07 cm de diamètre ; une mucocèle appendiculaire était évoquée et le complément par TDM a confirmé cette hypothèse. Après appendicectomie, l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un cystadénome mucineux sans signes de malignité. Par ailleurs, la patiente présente une atteinte rénale sévère justifiant un traitement immunosuppresseur.

Discussion :

La MA représente 0,3 % des pièces d'appendicectomie. Histologiquement, elles se divisent en hyperplasie muqueuse et cystadénome mucineux qui sont des lésions bénignes et le cystadénocarcinome mucineux. L'âge moyen est de 55 ans avec une prédominance féminine. Leur découverte est fortuite dans 50 % des cas. Sinon, les signes révélateurs les plus fréquents sont des douleurs abdominales, une masse abdominale, un amaigrissement, un tableau d'appendicite aiguë, des troubles du transit. L'examen de référence est la TDM abdominale. Le pronostic est lié à l'existence d'une perforation avec dissémination de mucine et de cellules potentiellement malignes dans la cavité péritonéale, l'évolution étant mortelle sans traitement. Ce dernier est chirurgical en tenant compte de la précision du diagnostic préopératoire et de l'examen histologique extemporané.

Conclusion :

Le mode de révélation des MA est variable et non spécifique, Le diagnostic préopératoire reste possible grâce à une exploration radiologique bien conduite basée surtout sur le couple écho-TDM.

P 44 – Fièvre au long cours révélatrice d'une maladie des griffes du chat

Z Khammar, R Berrady, S Rabhi, T Harzy*, W Bono

Service de Médecine Interne, Service de Rhumatologie*, CHU Hassan II Fès

Introduction:

La maladie des griffes du chat (MGC) ou lympho-reticulocytose bénigne est une infection humaine émergente due à une bactérie *bartonella henselae*, se manifestant le plus souvent par une adénopathie, exceptionnellement une pneumopathie atypique, une atteinte neurologique, une ostéite et rarement une hépato splénomégalie.

Le diagnostic paraclinique repose sur les sérologies et l'étude anatomopathologique des adénopathies. La MGC dans sa forme typique guérit spontanément, cependant une antibiothérapie est souvent indiquée dans les formes atypiques.

Observation :

Patiente âgée de 63ans, ayant comme antécédent un diabète insulino-dépendant depuis 7ans, une recto colite hémorragique depuis 3ans sous Pentasa, présente depuis un an une fièvre au long cours non chiffrée avec sueur nocturne et altération de l'état général et depuis un mois, apparition d'adénopathies cervicale dont la biopsie montre des micro abcès suppurés avec aspect typique de la MGC. Sur plan biologique, on retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP très augmentée. Sur le plan radiologique, le scanner thoraco-abdominal a mis en évidence de multiples nodules splénique, des adénopathies médiastinales et intra abdominales. La patiente est mise sous cycline pendant 3mois avec bonne amélioration clinique, biologique et radiologique.

Conclusion:

Les formes atypiques de la MGC sont devenues de plus en plus fréquentes, incitant à les reconnaître et évoquer ce diagnostic devant toute fièvre au long court inexplicée.

P 45 – Anévrisme veineux au cours de la maladie de Behçet

S. Erras, F. Jhrami, Y. Naji, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Marrakech

Les anévrismes veineux sont des dilatations localisées d'un segment veineux. Ce sont des lésions rares. Ils peuvent être primitifs ou secondaire à un traumatisme, cathétérisme, chirurgie, fistule artério-veineuse, une pancréatite, une hypertension portale ou une inflammation localisée. Nous rapportons une observation exceptionnelle d'un homme de 50 ans suivi pour maladie de Behçet avec aphtose bipolaire et une atteinte vasculaire à type de thrombose des deux veines caves supérieure et inférieure. Il est hospitalisé pour des douleurs abdominales vagues et non spécifiques. L'examen clinique était sans particularité et l'échographie abdominale ainsi que la TDM ont mis en évidence un anévrisme du système porte. En raison de l'absence de complications et du terrain un traitement par immunosuppresseurs a été instauré avec une surveillance étroite. A travers cette observation nous soulevons l'hypothèse que les anévrismes veineux peuvent faire partie des manifestations vasculaires au cours de la maladie de Behçet tout comme les anévrismes artériels.

P 46 – Endocardites infectieuses de révélation inhabituelle

S. Erras, Y. Naji, M. Zahlane, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Marrakech

L'endocardite infectieuse (EI) est une affection systémique caractérisée par un polymorphisme clinique important. Le diagnostic est typiquement suspecté devant l'association d'une fièvre et un souffle valvulaire cardiaque. Toutefois des modes de révélation inhabituels peuvent rendre le diagnostic difficile. Nous rapportons deux observations d'EI révélées par un déficit neurologique hémicorporel secondaire à un accident vasculaire cérébral chez le premier patient et à des abcès cérébraux chez le deuxième. Le diagnostic était orienté par l'existence d'anomalies auscultatoires cardiaques et par les données de l'échocardiographie. Les prélèvements microbiologiques étaient négatifs dans les deux cas. L'évolution était favorable chez les deux patients sous antibiothérapie et chirurgie cardiaque associée dans un cas. A travers ces deux observations nous rappelons les modes de révélation inhabituels des EI.

P 47 – Le syndrome d’APECED et la lymphangiectasie intestinale : une association pas si fortuite

Y. Naji, F. Jhrami, S. El Biaz, L. Essaadouni

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI, Marrakech

Le syndrome APECED (Auto-immune Polyendocrinopathy-Candidiasis-Ectodermal Dystrophy) est une maladie autosomique récessive due à une mutation du gène AIRE (Auto-immune regulator) codant pour un facteur de transcription. La malabsorption est observée dans 24 % des cas mais sa physiopathologie reste mal comprise. La lymphangiectasie intestinale en constitue une cause rarissime, d'où l'intérêt de cette observation.

Une jeune femme âgée de 33 ans, présentait depuis l'âge de 13 ans une candidose buccale et vulvaire chronique, des crises de tétanie sans troubles digestifs. L'examen clinique montrait une dystrophie des ongles, un signe de Chvostek et une manoeuvre de Trousseau positifs ainsi qu'un discret oedème des 2 membres inférieurs.

Le bilan biologique était en faveur d'une hypoparathyroïdie. En outre, le bilan retrouvait une entéropathie exsudative. La fibroscopie œsogastroduodénale montra un aspect de tâches blanchâtres diffuses du duodénum avec à la biopsie une dilatation moniliforme des lymphatiques villositaires sans atrophie villositaire associée, compatible avec une lymphangiectasie intestinale.

La normocalcémie a été obtenue à 3 ug/j de 1 (OH)D3 et à 2 g de calcium élément.

Le diagnostic du syndrome d'APECED était donc retenu avec lymphangiectasie intestinale qui peut être une manifestation non endocrinienne de ce syndrome dont on doit suspecter l'existence surtout devant un tableau d'entéropathie exsudative associé, ou la non réponse à un traitement médical bien conduit.

P 48 – Association maladie de Horton et pachyméningite : Etude d’une observation

A. Zinebi, K. Ennibi, Y. Akhouad, A. Rkiouak, A. Reggad, M. Rabhi, M. Chemsî, M. Boudlal, S. Berady, J. Chaari, F. Toloune.

Service de Médecine Interne A, HMIMV, Rabat

Introduction: La maladie de Horton est la plus fréquente des vascularites du sujet âgé. Ses complications neurologiques sont multiples. La pachyméningite en est exceptionnellement associée.

Observation: Nous rapportons le cas d’une patiente âgée de 71 ans, sans antécédents pathologiques, présentant des céphalées d’exacerbation récente avec hyperesthésie du cuir chevelu et une atteinte des nerfs mixtes évoluant dans un contexte d’amaigrissement avec un syndrome inflammatoire biologique et un épaissement méningé à l’IRM avec une prise intense de gadolinium. La pachyméningite secondaire à la maladie de Horton a été retenue après avoir éliminé les principales causes. La patiente fut mise sous corticothérapie avec une bonne évolution clinique, biologique et radiologique après un recul de 28 mois.

Discussion: Les complications neurologiques communes des artérites temporales se trouvaient dominées par la cécité, les accidents vasculaires cérébraux et les crises comitiales. La survenue d’une pachyméningite en association avec la maladie de Horton n’est rapportée que dans quelques observations. Notre observation se particularise, en plus de la pachyméningite, par l’atteinte des nerfs mixtes et la bonne réponse aux corticoïdes.

Conclusion: La maladie de Horton doit être évoquée chez toute personne âgée présentant une pachyméningite avec un syndrome inflammatoire et impose la réalisation d’une biopsie de l’artère temporale et instauration d’une corticothérapie d’urgence après avoir éliminé les autres étiologies notamment les infections.

P 49 – Anémie hémolytique compliquant la maladie de Castelman : A propos d'un cas.

A. Zinebi, K. Ennibi, Y. Akhouad, A. Rkiouak, A. Reggad, M. Rabhi, M. Chems, M. Boudlal, S. Berady, J. Chaari, F. Toloune.
Service de Médecine Interne A, HMIMV, Rabat

Introduction:

La maladie de Castelman est une affection rare, de cause encore inconnue. Elle peut s'accompagner d'anémie d'origine multifactorielle. L'origine auto-immune est rarement en cause.

Observation:

Nous rapportons le cas d'un patient de 49 ans connu porteur de la maladie de Castelman unicentrique depuis 12ans ayant bien évolué après exérèse chirurgicale. Quelques jours avant son hospitalisation, le patient présentait un syndrome anémique sévère avec pâleur, ictère conjonctival, dyspnée et urines foncées. L'examen montrait une pâleur manifeste, un subictère conjonctival, une adénopathie latéro-cervicale gauche et une splénomégalie à 2 TDD. Le bilan biologique montrait une anémie à 6g/dl, avec une hyper bilirubinémie à prédominance de bilirubine non conjuguée, une haptoglobine effondrée, un syndrome inflammatoire biologique en plus d'un test de coombs positif. L'étude anatomopathologique de l'adénopathie cervicale confirme la maladie de Castelman. Sous corticoïde, l'évolution était favorable avec amélioration des signes généraux.

Discussion:

La présence d'anémie hémolytique auto-immune clinique au cours de la maladie de Castelman est rare en dépit du test de coombs relativement fréquent. Elle peut s'associer à une thrombopénie réalisant un syndrome d'Evans. Elle résultait d'une dysrégulation profonde du système immunitaire. Son diagnostic est biologique et le traitement est basé avant tout sur les corticoïdes et dans certains cas, il fait appel à une polychimiothérapie notamment dans les formes multicentriques.

Conclusion:

L'anémie hémolytique auto-immune au cours de la maladie de Castelman résulterait d'un désordre immunoprolifératif primaire.

P 50 – Transformation lymphomateuse de la maladie de Castelman : Etude d'une observation.

A. Zinebi, K. Ennibi, El Bouzidi*, Y. Akhouad, A. Rkiouak, A. Reggad, M. Rabhi, M. Chemsy, M. Boudlal, S. Berady, J. Chaari, F. Toloune.

Service de Médecine Interne A, Service d'anatomo-pathologie, HMIMV, Rabat

Introduction :

La maladie de Castelman est une affection rare de physiopathologie encore obscure. Elle se caractérise par l'existence de 02 formes anatomo-cliniques. A la forme localisée, d'évolution favorable après chirurgie d'exérèse, s'oppose la forme diffuse multicentrique au pronostic péjoratif justifié par l'émergence de tumeurs malignes en cours d'évolution. Nous rapportons une observation de maladie de Hodgkin compliquant la maladie de castelman.

Observation :

Patient âgé de 57ans, suivi pour maladie de castelman localisée depuis 20ans avec 4 récurrences après chirurgie d'exérèse, compliquée il y a 10 ans d'une anémie hémolytique ayant bien évolué sous corticoïdes, et qui présentait un syndrome anémique sévère évoluant dans un contexte d'apyrexie. L'examen retrouvait une pâleur cutaneo-muqueuse avec des adénopathies axillaires bilatérales et sus claviculaire droit en plus d'une splénomégalie à 2 travers de doigts. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire (VS à 52 mm à la première heure, CRP à 192,3 mg/l, la ferritine à 525 ng/ml et l'haptoglobine à 6,64 g/l), une anémie à 7,7g/dl hypochrome microcytaire, une cholestase anictérique à 3 fois la valeur normale, béta 2microglobuline à 2 fois la normale. LDH était normale de même que l'électrophorèse des protéines sériques. La sérologie du VIH était négative. L'exploration morphologique retrouvait des adénopathies sous claviculaire droit et axillaires bilatérales en plus d'une splénomégalie de 15 cm. La biopsie de l'adénopathie axillaire droite retrouvait à l'étude histopathologique et immunohistochimique un lymphome de Hodgkin classique riche en lymphocyte.

Discussion :

L'évolution naturelle de la maladie de Castelman localisée est caractérisée par une croissance tumorale lente sur plusieurs années. La guérison est de règle dans presque tous les cas après exérèse chirurgicale. Cependant des récurrences sont possibles après résection incomplète. Les complications malignes à type de lymphome malin non hodgkinien, sarcome de Kaposi ou maladie de Hodgkin ont été rapportées comme chez notre patient.

Conclusion :

L'apparition de signes généraux clinique et biologique chez un patient suivi pour la maladie de Castelman doit faire rechercher une transformation maligne ou une forme multicentrique.

P 51 – L'état des lieux de la douleur chronique chez les hémodialysés chroniques

T. Bouattar, Z. Skalli, H. Rhou, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, L. Benamar

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction : la douleur (DL) est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions. Sa prise en charge est une obligation dans toutes les structures de soin. Cependant, l'épidémiologie et les caractéristiques de la DL chez les hémodialysés chroniques sont mal connues.

But du travail : évaluer la prévalence, les caractéristiques, l'impact et le traitement de la DL chronique chez nos hémodialysés chroniques.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude transversale incluant 67 hémodialysés chroniques au centre d'hémodialyse de l'hôpital Ibn Sina de Rabat. Nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques des patients et les caractéristiques de la DL. La réponse aux antalgiques a été déterminée. La DL est chronique s'elle persiste plus de 3 mois. L'intensité de la DL était précisée en utilisant l'échelle verbale. Les facteurs favorisant la DL ont été étudiés.

Résultats : l'âge moyen de nos patients est de 43,5 ans avec une prédominance féminine. La néphropathie initiale était indéterminée dans 41,8 % des cas. La durée moyenne en hémodialyse était de 122±67mois. L'hyperparathyroïdie a été notée chez 52,2 % des patients. La prévalence de la DL était de 50,7 %. La durée médiane de l'ancienneté de la DL était de 21 mois [6 – 60]. Cette DL était continue, fréquente, intermittente et rare respectivement dans 20,6%, 17,6%, 47,1% et 14,7% des cas. La DL était faible dans 2,9 % des cas, modérée dans 41,1% des cas, sévère dans 44,1% des cas et très sévère dans 11,8% . La DL était d'origine ostéo-articulaire dans 76,5% des cas. L'anxiété était notée chez 23,5% des patients et la gêne de l'activité quotidienne dans 67,6 % des cas. La moitié des patients prennent des antalgiques. Cette prise était quotidienne dans 23,5% des cas, la plupart des jours dans 29,7% des cas, et rare dans 47,1 % des cas. Ces antalgiques étaient de niveau 1 dans 47,1 % des cas et de niveau 2 dans 52,9 % des cas. L'amélioration de la DL était obtenue dans 47,1 % des cas. En per dialyse, l'intensité de la DL ne change pas chez 79,4% des patients. La DL a été favorisée par l'âge avancé et l'ancienneté en dialyse.

Discussion : dans notre étude, la DL avait une prévalence de 50,7 %. L'ancienneté en hémodialyse a été significativement associée à l'apparition de la DL chez nos patients. Par contre, aucun effet de l'hyperparathyroïdie n'a été noté. Vu l'impact négatif de la DL sur la qualité de vie de nos patients, une prise en charge diagnostique et thérapeutique adéquate est imposée.

Conclusion : une évaluation systématique de la DL chez les hémodialysés est indispensable pour une meilleure prise en charge généralement pluridisciplinaire.

P 52 – L’hypertension artérielle chez le diabétique en milieu néphrologique

T. Bouattar, S. Benasila, M. Mattous, H. Rhou, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, L. Benamar

Service de Néphrologie- Dialyse – Transplantation Rénale. CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction : l’hypertension artérielle (HTA) est une complication fréquente chez les diabétiques. C’est un facteur de progression de néphropathie diabétique et de risque cardiovasculaire.

But du travail : évaluer la prévalence de l’HTA chez les diabétiques suivis en milieu néphrologique et déterminer ses facteurs favorisants.

Patients et méthodes : il s’agit d’une étude rétrospective incluant tous les patients diabétiques type 1 et 2 suivis en consultation de néphrologie depuis Janvier 2000 à Décembre 2007. Nous avons déterminé les caractéristiques démographiques, biologiques [l’hémoglobine glyquée, l’excrétion urinaire d’albumine, la créatininémie]. L’hypertension artérielle a été définie par une tension artérielle systolique (TAS) ≥ 140 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique (TAD) ≥ 90 mmHg.

Résultats : nous avons colligé durant 8 ans 859 diabétiques dont 84,7% de type 2. L’âge moyen de nos patients est de $56,5 \pm 16,4$ ans avec sex-ratio H/F de 0,7. L’HTA avait une prévalence de 74,9 % avec une tension artérielle moyenne systolique de $156,3 \pm 30,7$ mmHg et diastolique de $85,1 \pm 14,7$ mmHg . L’ancienneté du diabète est de $13,7 \pm 8,7$ ans. 72,6% des patients ont un diabète déséquilibré. En fonction du stade de l’atteinte rénale, l’HTA est retrouvée chez 56,8 % des patients sans microalbuminurie, chez 55,2 % des patients ayant une microalbuminurie , chez 78,2 % des patients ayant une macroalbuminurie et chez 82,6% des patients ayant une insuffisance rénale(IR). Tous les patients hypertendus étaient mis sous un bloqueur du système rénine angiotensine associé à un diurétique dans 57,3%. L’analyse univariée montre que l’HTA est favorisée par l’âge avancé, le diabète type 2, le diabète déséquilibré et le stade avancé de la néphropathie diabétique. En régression logistique, les facteurs de risque de l’HTA dans notre travail sont l’âge avancé et le stade avancé de la néphropathie diabétique.

Discussion : L’HTA est un facteur de risque indépendant de progression de l’IR. Au moment du diagnostic du diabète type 2, 80 % des patients ont une HTA. Dans notre étude, l’HTA est notée chez 79,3% des diabétiques type2. Le contrôle de l’HTA est une priorité dans la prise en charge thérapeutique de tout patient diabétique. Les associations médicamenteuses synergiques sont la règle pour obtenir un équilibre tensionnel optimal. Une bithérapie à base d’un bloqueur du système rénine angiotensine et un diurétique est la règle. 57,3% de nos patients ont été sous cette bithérapie.

Conclusion : L’HTA est une complication fréquente du diabète favorisée par plusieurs facteurs. Elle constitue un facteur de progression de l’atteinte rénale. Sa meilleure prise en charge précoce est indispensable.

P 53 – Le rhumatisme destructeur lupique

N. Akasbi ¹, T. Harzy ¹, N. Ghani ¹, H. Baybay ², F.Z. Mernissi ², W. Bono ³.

¹ Service de Rhumatologie, ² Service de Dermatologie, ³ Service de Médecine Interne.
CHU Hassan II, Fès.

Introduction

Le rhumatisme lupique destructeur est une évolution rare de la polyarthrite lupique, il représente 1% des manifestations articulaires au cours du lupus. Nous en présentons un cas.

Observation

Patiente âgée de 58 ans, suivie au service de dermatologie depuis 5 ans pour un lupus érythémateux systémique à tropisme cutané, articulaire, hématologique et immunologique retenu selon les critères de l'ACR. La patiente avait présenté depuis 2 mois une polyarthrite bilatérale et symétrique touchant les grosses et les petites articulations. L'examen clinique avait trouvé des synovites au niveau des métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales avec des déformations réductibles des doigts. Sur le plan biologique, la VS était à 44mm à la 1^{ère} heure, les anticorps anti nucléaires, les Ac anti SSA-SSB, les anti DNA natifs étaient positifs et les anticorps anti CCP négatifs. La radiographie des mains avait montré une déminéralisation épiphysaire en bande, un pincement marginal des IPP, des géodes et des érosions. Le diagnostic d'un rhumatisme lupique destructeur était retenu et la patiente fut mise sous : prédnisone 0,5mg/kg/j, chloroquine 300mg/j et méthotrexate 15 mg/semaine.

Discussion

Les manifestations rhumatologiques inaugurent le lupus une fois sur deux. Les arthralgies sont asymétriques le plus souvent fugaces, les arthrites réalisent habituellement une polyarthrite bilatérale symétrique et non érosive.

Chez notre patiente, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde associée à un LES était suspecté au début, mais la topographie des lésions radiologiques était plus en faveur d'un rhumatisme lupique destructeur qu'un « rhupus ».

P 54 - Syndrome d'Ogilvie : une pathologie typique en Gériatrie mais à ne pas méconnaître

M Maamar, J Boddaert, M Verny

Service de Gériatrie aigue GHPS Paris France

Décrit en 1948, le syndrome d'Ogilvie est une dilatation anormale du colon dont la complication majeure en est la péritonite. Elle est extrêmement fréquente chez le sujet âgé du fait d'un déséquilibre fonctionnel de l'innervation colique avec une diminution relative du tonus parasympathique.

Les auteurs rapportent le cas d'un patient de 94 ans diabétique, présentant un syndrome d'Ogilvie en rapport avec une neuropathie végétative et hypokaliémie iatrogène et qui a bien évolué sous sondages itératifs et péristaltogènes (néostigmine).

Les différentes étiologies, les modalités thérapeutiques ainsi que les diverses complications dues au syndrome d'Ogilvie seront discutées à travers une revue de la littérature.

P 55 – Maladie de Behçet et infarctus osseux : A propos d'un cas.

A. Rkiouak, K. Ennibi, M. El Farouki, A. Zinebi, A. Reggad, Y. Akhouad, M. Chamsi, M. Rabhi, M. Boudlal, S. Berady, J. Chaari, F. Toloune.
Service de Médecine Interne A, HMIMV, Rabat

Introduction :

La maladie de Behçet est une vascularite polymorphe systémique dont la plupart des organes peuvent être atteints, l'os est habituellement épargné.

Matériel et méthode :

Notre patient est âgé de 50 ans, suivie pour maladie de Behçet depuis 26 ans, présentant des manifestations cutané-muqueuses, oculaires, vasculaires, neurologiques et articulaires sous colchicine et corticothérapie au long cours. Il a été admis pour cruralgies gauche débutant au niveau du pli inguinale et irradiant vers la jambe.

La radiographie standard a montré un foyer d'ostéolyse avec calcification du tiers inférieur du fémur. Un complément TDM était en faveur d'un infarctus osseux. Un traitement médical avec mise en décharge du membre a permis l'amélioration de la symptomatologie.

Discussion et conclusion :

Les infarctus osseux sont des ostéonécroses aseptiques qui se localisent le plus souvent sur les os long principalement des membres inférieurs (77%). Ils sont souvent multiples et symétriques rarement uniques.

La responsabilité d'une corticothérapie reste discuté.

En fait dans la maladie de Behçet, l'ostéonécrose aseptique est exceptionnellement rapportée. Même dans les grandes séries avec atteinte articulaire, l'ostéonécrose aseptique des têtes fémorales et les infarctus osseux n'ont pas été observés même chez les patients soumis à une corticothérapie prolongée et à fortes doses pour une autre atteinte. Un seul cas avec infarctus osseux est rapporté.

P 56 – L’histoplasmose à *Histoplasma Duboisii* et infection à VIH : A propos d’un cas.

A. Reggad, A. Rkiouak, A. Zinebi, Y. Akhouad, M. Rabhi, M. Chamsi, K. Ennibi, M. Boudlal, J. Chaari, F. Toloune

Service de Médecine Interne A, HMIMV, Rabat

Introduction :

L’histoplasmose à *Histoplasma duboisii* est une mycose dont la répartition géographique est limitée à certaines régions du monde. Depuis quelques années, en zone d’endémie, une recrudescence du nombre de cas d’infections disséminées est observée au cours du syndrome d’immunodéficience acquise.

Observation :

Nous présentons le cas d’un patient âgé de 30 ans chez qui on découvre une infection à VIH à l’occasion d’une histoplasmose pulmonaire à *Histoplasma duboisii* diagnostiquée sur étude mycologique des crachats. L’évolution était bonne sous Kétoconazole.

Discussion :

Nous soulignons à travers ce cas l’intérêt d’un diagnostic précoce de cette infection chez les sujets infectés par le VIH afin d’éviter l’apparition de formes disséminées.

Conclusion :

L’histoplasmose apparaît comme une infection opportuniste des sujets sidéens qu’il faut savoir diagnostiquer. L’efficacité des antifongiques vis à vis de cette mycose doit imposer de la rechercher systématiquement quels que soient les signes cliniques présentés.

P 57 – Une pancytopenie avec splénomégalie révélant une maladie de Biermer chez un jeune de 27 ans.

A. Rkiouak, K. Ennibi, M. El Farouki, A. Reggad, A. Zinebi, Y. Akhouad, M. Chamsi, M. Rabhi, M. Boudlal, S. Berady, J. Chaari, F. Toloune.

Service de Médecine Interne A, HMIMV, Rabat

Introduction :

La présentation classique de la maladie de Biermer est celle d'une anémie macrocytaire avec des troubles digestifs et neurologiques. L'atteinte des trois lignées réalisant une forme pancytopenique est rare.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons l'observation d'un jeune patient de 27 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisé pour exploration d'une pancytopenie. L'examen clinique a montré une splénomégalie à 2 travers de doigt, confirmée à l'échographie. A l'admission, le bilan trouve une anémie normochrome normocytaire arégénérative, le médullogramme a montré une mégaloblastose médullaire. Le diagnostic retenu est celui d'une maladie de Biermer, avec à la fibroscopie gastrique une atrophie fundique et présence d'anticorps anti-Facteur intrinsèque et anti-Cellules pariétales. L'évolution a été favorable avec crise réticulocytaire et normalisation du taux de plaquettes et de globules blancs au bout du 7^e jour de traitement par la vitamine B12.

Discussion :

La maladie de Biermer est une anémie macrocytaire, due à un défaut d'absorption de la vitamine B12. Elle est rare avant 40ans. Notre cas clinique se caractérise par l'âge de survenue qui est jeune, l'absence de macrocytose, la présence d'une splénomégalie, et les données de l'hémogramme qui ont montré une pancytopenie sévère.

Conclusion :

La responsabilité d'une carence vitaminique doit être évoquée devant une pancytopenie même si le volume globulaire moyen est normal.

P58 – TINU syndrome avec uvéite postérieure : A propos d'un cas

S. Kaddouri, H. Qacif, M. Zyani, M. Belarbi, A. Kharchafi.

Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

Le TINU syndrome (Tubulo-Interstitial Nephritis and Uveitis) est une affection rare, de pathogénie inconnue, qui touche préférentiellement les adolescents, il se caractérise par l'association d'une néphrite tubulo-interstitielle et une uvéite antérieure, plus rarement postérieure.

Nous rapportons un cas de TINU syndrome avec uvéite postérieure bilatérale chez une patiente de 16 ans, sans antécédent pathologique, qui a présenté un tableau fait d'abord d'un œil gauche rouge douloureux avec diminution de l'acuité visuelle suivi, quelques jours après, d'une altération de l'état général avec myalgies et arthralgies.

L'examen clinique à l'admission trouvait une patiente apyrétique, pâle, avec un purpura pétéchial au niveau des membres.

L'examen ophtalmologique révélait une panuvéite de l'œil gauche et une uvéite postérieure de l'œil droit.

Les diverses explorations montraient : un syndrome inflammatoire, une hémoglobine à 10g/dl, une fonction rénale conservée, une protéinurie à 1,38 g/24h, une hématurie microscopique, des urines stériles, une calcémie normale et les ANCA négatifs, la radiographie pulmonaire et l'échographie rénale étaient normales.

La ponction biopsie rénale montrait une néphrite interstitielle aiguë sans signe de vascularite ni atteinte glomérulaire.

L'évolution était favorable sous corticothérapie locale et générale ; négativation de la protéinurie et de l'hématurie, normalisation du bilan inflammatoire et amélioration de l'acuité visuelle.

P59 – Maladie de Behçet : Aspects épidémiologiques et cliniques (Étude rétrospective de 200 cas)

M. Jira, Y. Sekkach, M. El Qatni, H. Qacif, N. El Omri, F. Mekouar, A. Abouzahir, D. Ghafir.

Service de Médecine Interne et Service de Neurologie, HMIMV, Rabat.

Introduction :

Analyser les caractéristiques cliniques de la maladie de Behçet à l'hôpital militaire de Rabat.

Méthodes :

Étude rétrospective à partir des dossiers de patients suivis pour maladie de Behçet. Les critères d'inclusion étaient ceux du Groupe international d'étude sur la Maladie de Behçet (l'aphtose buccale était exigée).

Résultats :

Deux cent patients ont été retenus. Le sex-ratio était de 4,12. L'âge moyen au début des signes était de 33 ± 6 ans et de $38 \pm 6,5$ ans au moment du diagnostic. La fréquence des manifestations cliniques était comme suit : aphtose buccale:100 %, aphtose génitale : 90 %, pseudofolliculite : 67,5 %, érythème noueux : 12,5 %, hypersensibilité cutanée : 20 %, positivité du test pathergique : 14 %, atteinte articulaire : 64 % (arthrite : 32,5 %), atteinte oculaire: 28 %, thromboses veineuses: 26 %, anévrysmes artériels: 6 %, atteinte neurologique: 30,5 %. Atteinte digestive : 8,5%.

Conclusion:

Notre série confirme la prédominance masculine de la maladie de Behçet retrouvée dans les autres pays méditerranéens et les pays du Moyen-Orient. Les fréquences de l'atteinte articulaire et des thromboses veineuses étaient parmi les plus élevées, comme celles des pays méditerranéens. Alors que l'atteinte neurologique, l'arthrite et les anévrysmes artériels étaient plus fréquente. En revanche, l'atteinte oculaire, l'hypersensibilité cutanée et l'érythème noueux étaient moins fréquents dans notre série.

P 60 – Biphosphonates en Médecine Interne.

Fatihi J, Hammi S, Badaoui M, EL Khattabi A, Abouzahir A, Amezyane T, Mahassine F, Ohayon V.

Service de Médecine Interne B1, HMIMV, Rabat

Introduction :

Les biphosphonates se sont imposés depuis une vingtaine d'années de pratique clinique comme la classe thérapeutique de référence pour le traitement de l'ostéoporose et des pathologies osseuses comportant un remodelage accru. De prescription courante en médecine interne, leurs indications cliniques pourraient encore s'étendre dès lors que les effets extraosseux de ces molécules, principalement immunomodulateurs, soient prouvés.

But :

Analyser la prescription des biphosphonates au sein du service de médecine B1 de l'HMIMV.

Matériel et méthodes :

Population : Inclusion de tous les patients auquel un biphosphonate a été prescrit de Juin 2007 à Août 2008.

Fiche de recueil de données comportant :

- Identité du patient : Nom, prénom, sexe et âge.
- Biphosphonate : DCI, nom commercial, dosage, posologie et indications.
-

Résultats :

56 patients ont été inclus dont 48 femmes et 8 hommes, l'âge moyen est de 59 ans. Les biphosphonates étaient indiqués dans les proportions suivantes : Prévention de l'ostéoporose cortisonique 42%, traitement de l'ostéoporose postménopausique 26%, ostéolyse maligne 25%, prévention de l'ostéoporose postménopausique 7%. Les molécules prescrites se répartissaient selon les pourcentages suivants : Alendronate 70mg : 34%, résidronate 35mg : 28%, zolédronate 18%, pamidronate 14%, bandronate 6%.

Discussion et conclusion :

Les biphosphonates occupent une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique en médecine interne. De nouvelles indications sont régulièrement rapportées ou proposées. L'interniste se doit ainsi de maîtriser le maniement de cette classe médicamenteuse.

