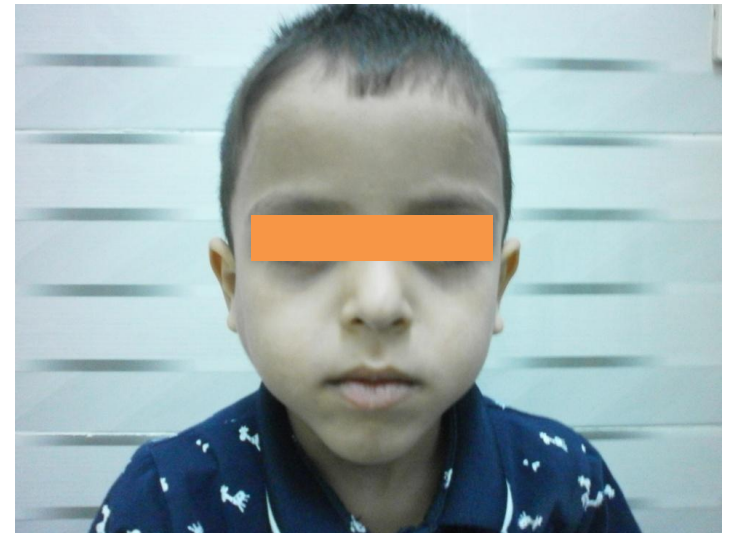
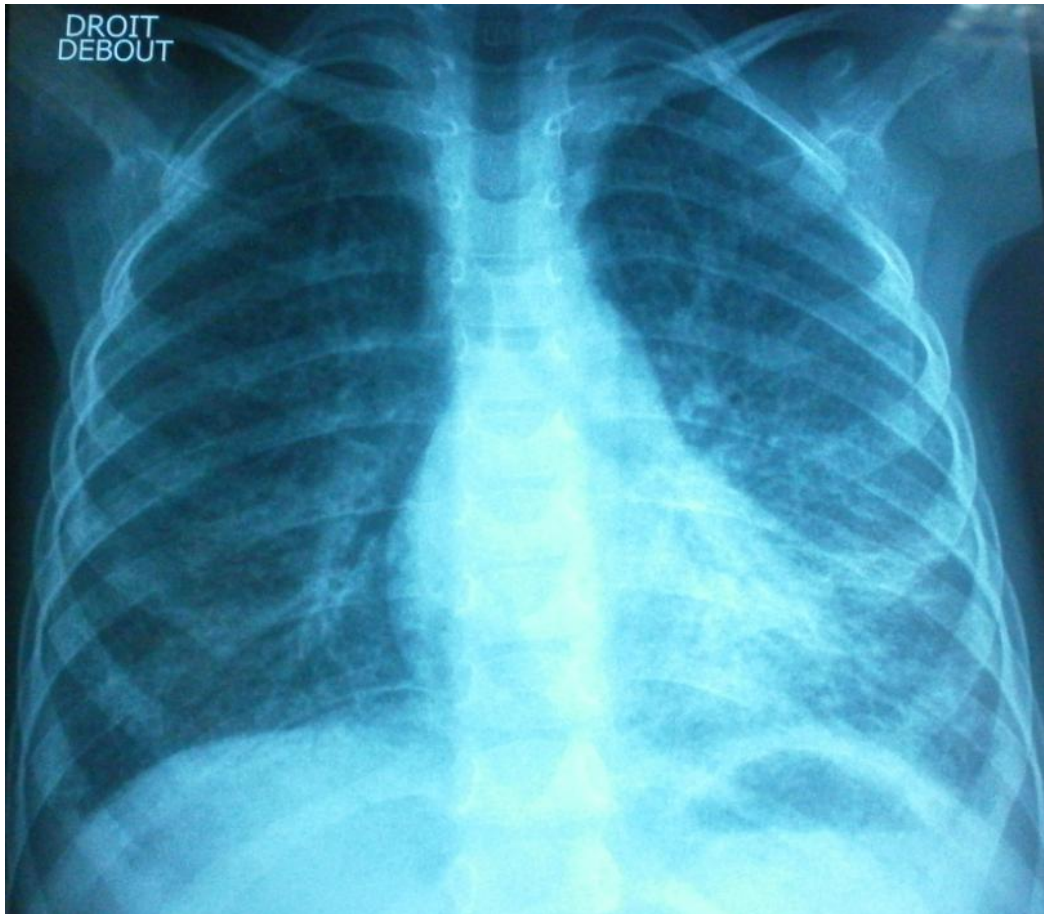


Mr R...46 ans dyspnée d'effort.
Il travaille dans le Forage depuis 20ans.

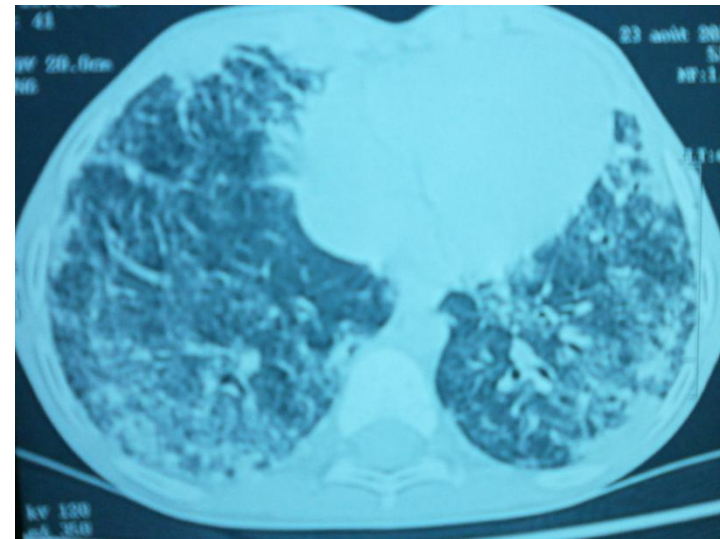
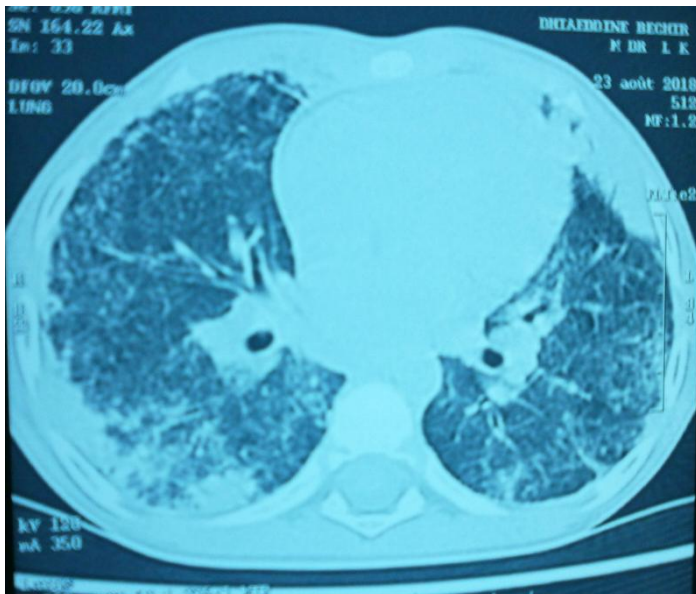
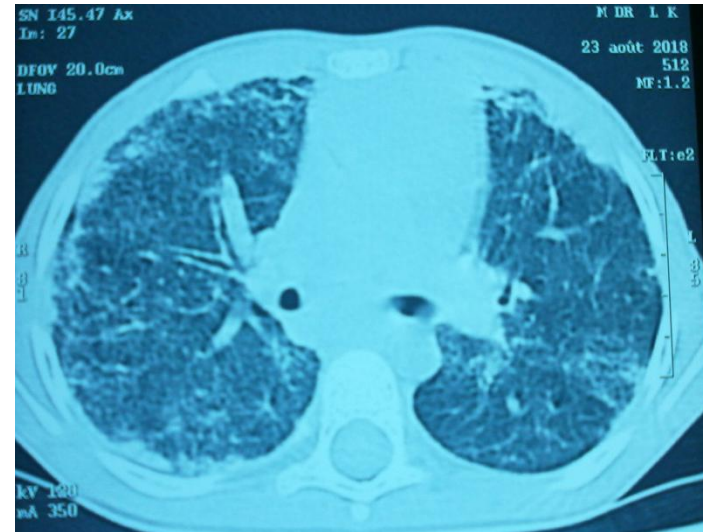
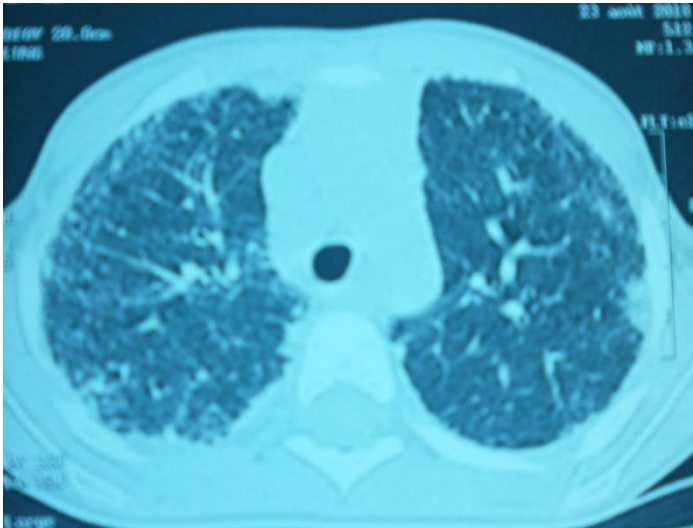


DHIAEDDINE B... 4 ans m'a consulté le le 18/10/2018 pour dyspnée et toux associé a de multitudes de signe extra thoracique(Hématurie fugace,Orchite;**parotidite** et érythème conjonctivale)



Rx Thorax :Syndrome interstitielle aux 2 bases plus prononce a gauche.

Scanner thoracique 23/08/18 : Syndrome interstitielle type micronodulaire prédominant le long des scissures et en péri vasculaire. Condensations sous pleurales aux 2 bases.



Antécédents personnelles:néant

Antécédents familiaux :Grand mère maternelle a présenté une Fibrose pulmonaire .

EXAMEN PHYSIQUE :

Cachectique Pds 15KG .Parotidite bilatérale . Crépi tantes aux deux bases. Pas d'adénopathies. Apyrétique -Testicules normaux

Echographie cervicale:Parotide bilatérale adénopathies réactionnelle

EXAMENS BIOLOGIQUES :

VS:1 H: 24 2 H:49

VIT D 25 HYDROXY: 57,75

Creatinine:4

CALCEMIE:96,48

PROTEINE C REACTIVE :43,18

TRANSMINASES: SGOT: 27 SGPT: 13

AMYLASEMIE: 69

HIV: NEGATIF

AANTI NUCLEAIRE: <NEGATIVE

NFS: GB: 16,7(pas d'eosyno). HB: 10,8

PLT:521

EFP:Gamma 22.76 gr/l

HLM :Normale

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Quaniferont :Négative
- IDR Négative
- AVIS OPHTALMO :Pas de signes en faveur d'une maladie systémique
- AVIS ORL :Compatible avec une atteinte parotidienne de la sarcoïdose. Prévoir une biopsie des glandes salivaires .
- Echographie abdominale: Normale
- Echographie cardiaque: Normale

EVOLUTION

- Devant le mauvais état générale et le caractère micronodulaire nous avons entrepris un traitement anti-tbc d'épreuve(NIAZIDE Cp 150 mg- RIFADINE 300- PYRAZINAMIDE 250 mg et MYAMBUTOL 200mg)Traitement débuté le 19/10/18.
- Après un mois et lors de sa consultation du 21/11/2018 ; forte dégradation de l'état respiratoire .Tachypnéé ; battement des ailes du nez. Crépi tantes très fine Les gaz du sang montraient :PO2: 47- PCO2:46- HCO3: 29. PH: 7,41. SO2:83.Par ailleurs ; majoration de l'injection conjonctivale et apparition d' une tuméfaction poignet gauche
- Une corticothérapie a été débuté le 21/11/18 : SOLUPRED 5 mg
4 Cp(7 jours); 3 Cp(15 jours);2Cp(30 jours); puis 1Cp(37 jours).Association avec une Rifadine isoniazide et broncho-dilatateurs.
- Lors de la consultation du 14/02/2019 :nette amélioration clinique et de la saturation. Aux cours de la dégression des corticoïdes récidence progressive de la dyspnée avec en même temps injection conjonctivale et 'hypertrophie des parotides (Surtout lors du passage aux dessous de 10 mg) .Rx Thorax du 14/02/18 stable.

Conclusion

- Il s'agit d'un enfant de 4 ans qui présente une pneumopathie interstitielle à prédominance micronodulaire de distribution lymphatique; corticosensible.
- Association de signe extra thoracique (Hématurie fugace, Orchite; parotidite et érythème conjonctivale ; tuméfaction poigne gauche).

→ Sarcoidose ??

→ LBA/Biopsie bronchique

Atteinte parotidienne aux cours de la sarcoïdose de l'enfant

- Une augmentation du volume des parotides est un signe classique, mais une hypertrophie parotidienne clinique n'est observée que chez 10 % des patients [Crystal, 1995].
- Une parotidite bilatérale et indolore est révélatrice dans 5 % des cas.
- Le syndrome de Heerfordt est caractérisé par la triade uvéite, parotidite, et paralysie faciale périphérique. Il est présent dans moins de 5% au cours de la sarcoïdose