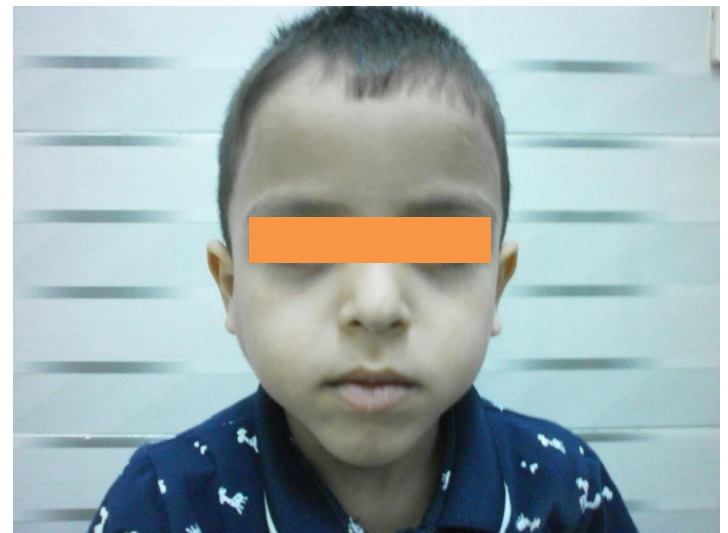
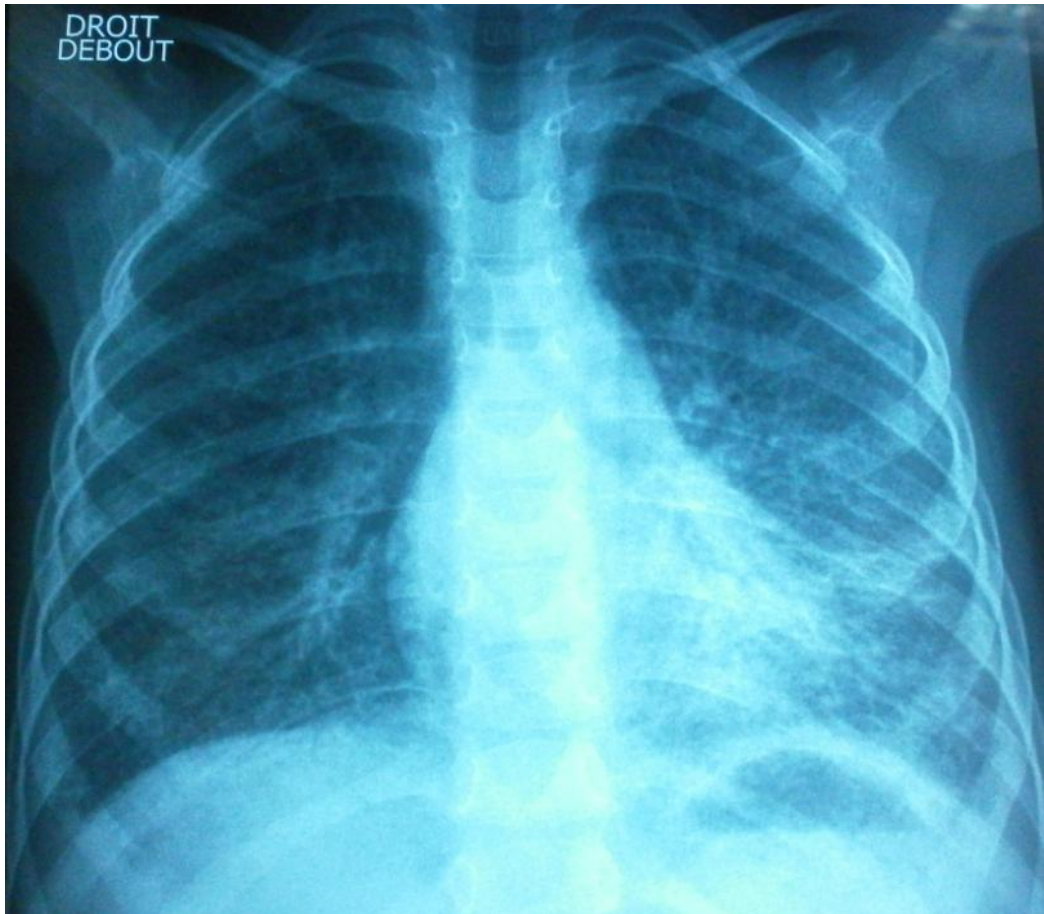


Mr R...46 ans dyspnée d'effort.
Il travaille dans le Forage depuis 20ans.

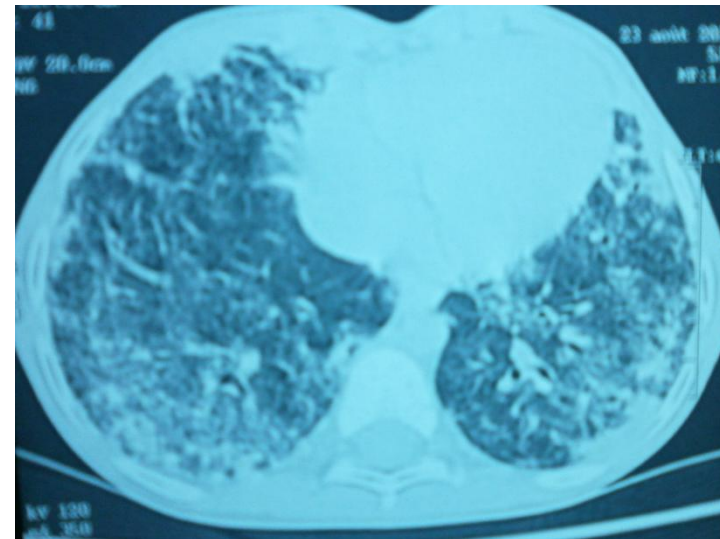
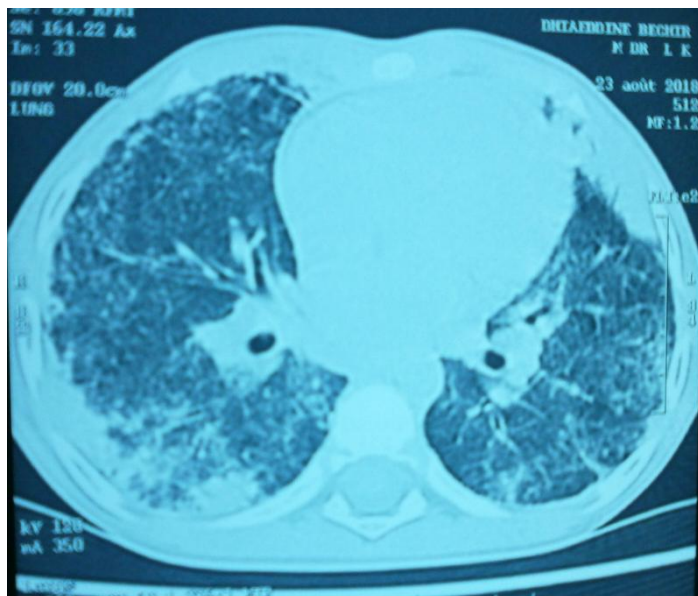
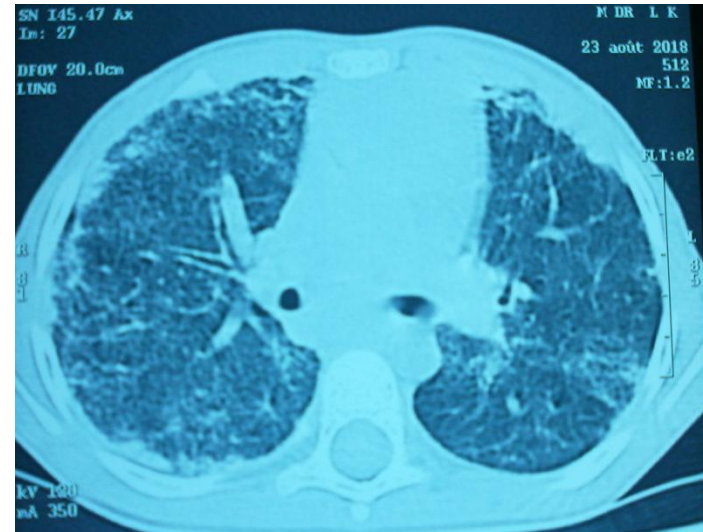
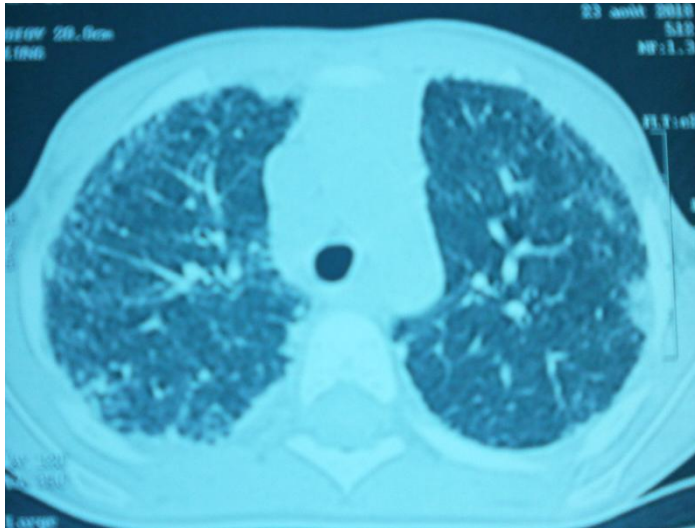


DHIAEDDINE B... 4 ans m'a consulté le le 18/10/2018 pour dyspnée et toux associé a de multitudes de signe extra thoracique(Hématurie fugace,Orchite;**parotidite** et érythème conjonctivale)



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).

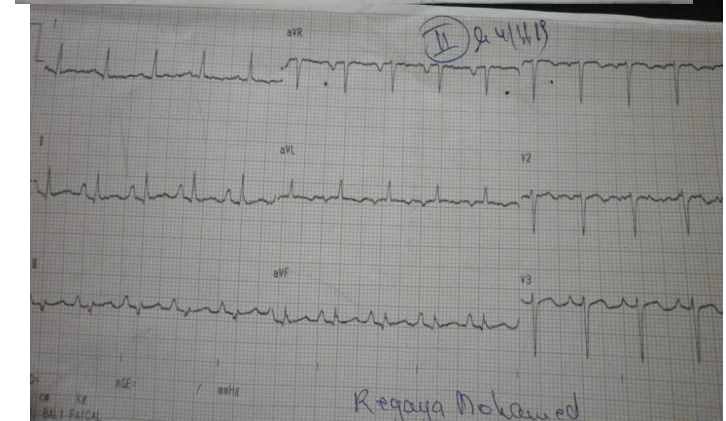
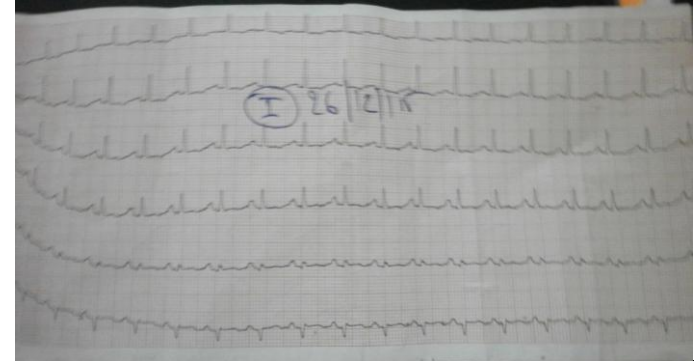
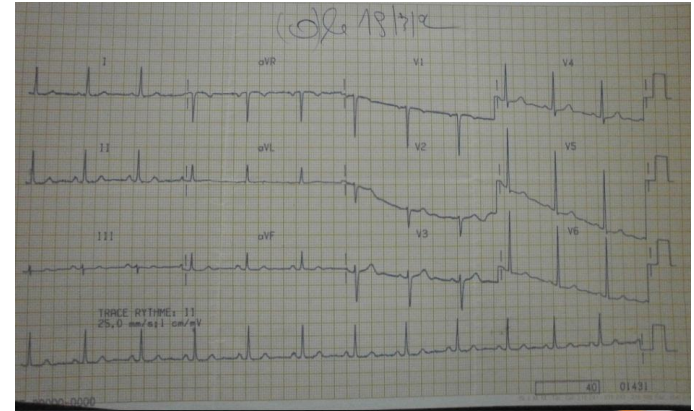
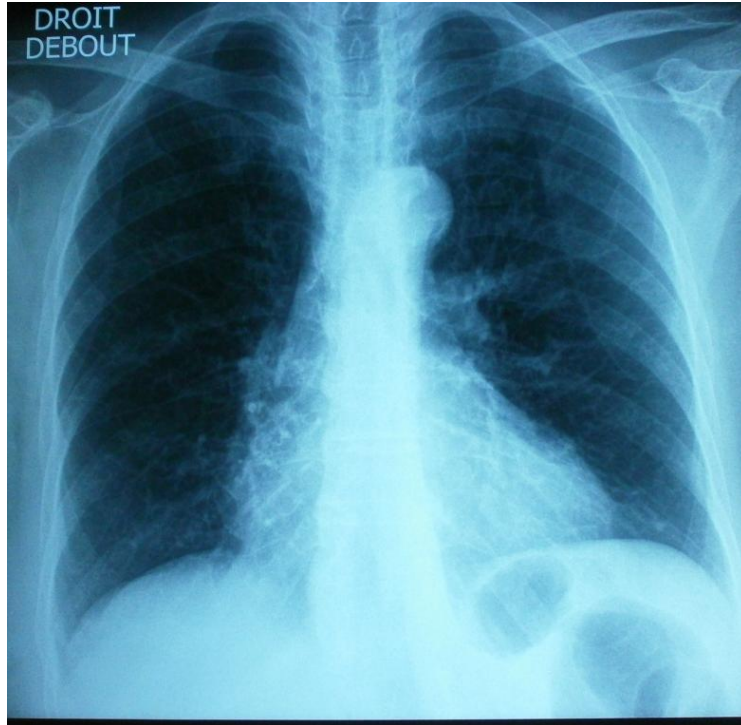
→ Sarcoidose ??

→ LBA/Biopsie bronchique

Atteinte parotidienne aux cours de la sarcoïdose de l'enfant

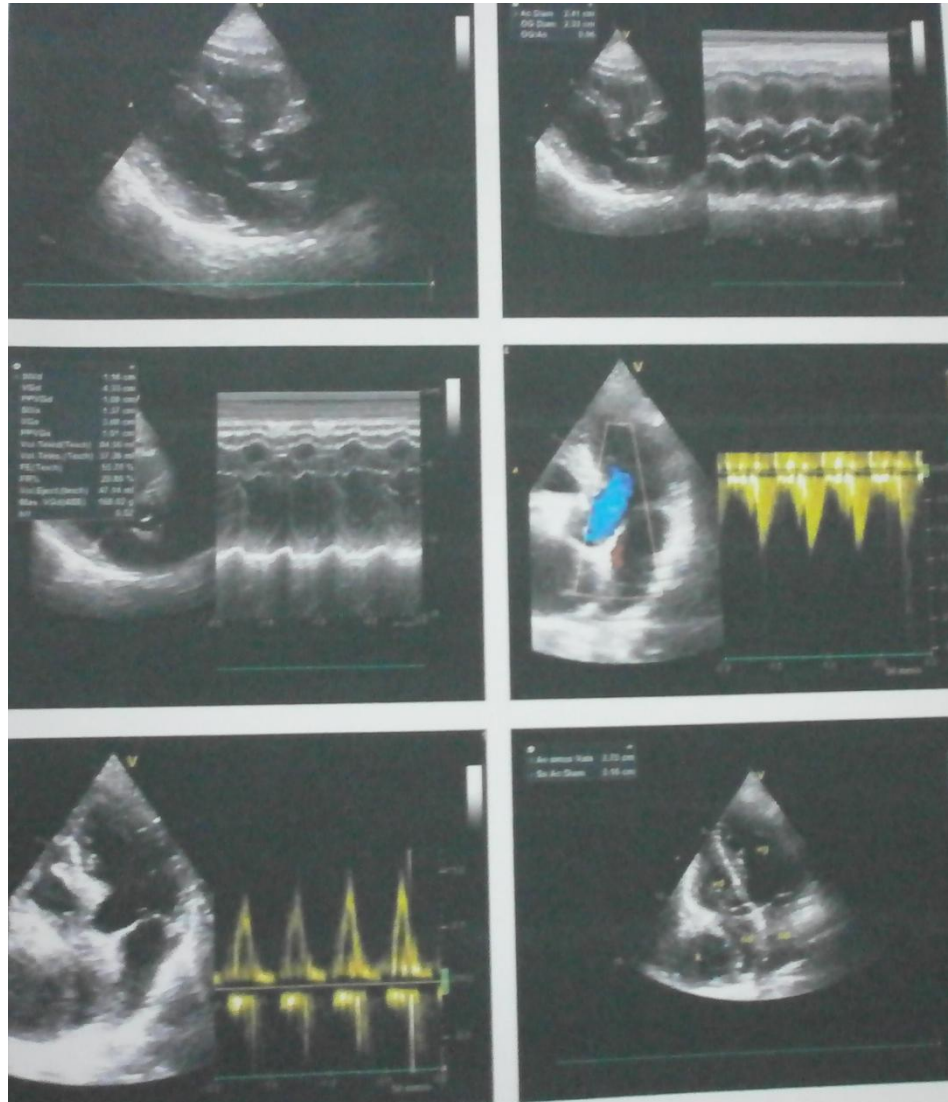
- Une augmentation du volume des parotides est un signe classique, mais une hypertrophie parotidienne clinique n'est observée que chez 10 % des patients [Crystal, 1995].
- Une parotidite bilatérale et indolore est révélatrice dans 5 % des cas.
- Le syndrome de Heerfordt est caractérisé par la triade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

REGUAYA M...66 ans est suivie a ma consultations depuis le 19/03/2002 pour plusieurs plaintes aspécifiques (oppression ,palpitations ,douleur thoracique) soulagée par les antidépresseurs .Les examens complémentaires ont toujours écartés une organicité.

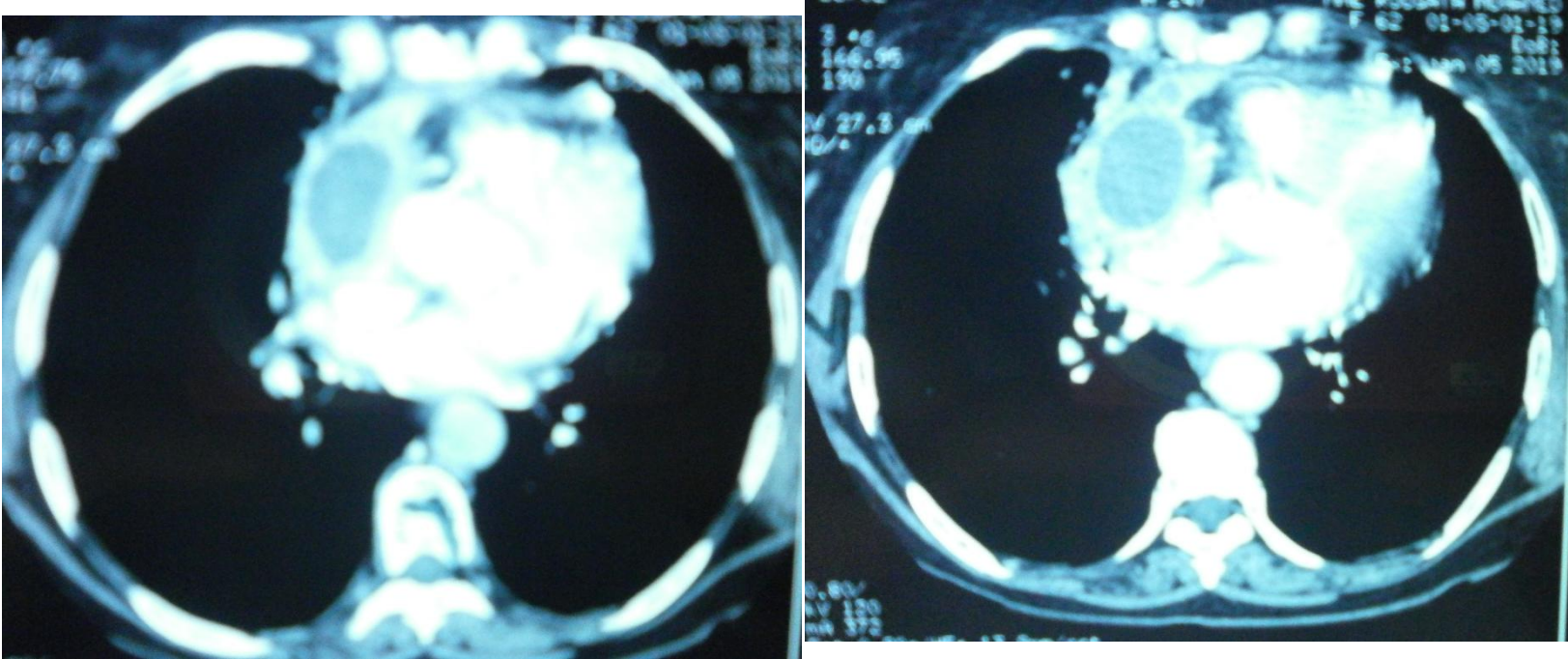


Début janvier 19:A été hospitalisée pour les même plaintes (douleur thoracique, palpitations) associée a de la fièvre et un syndrome inflammatoire (CRP:149).. L'ECG est modifiée ...

ECHO CARDAIQUE : image kystique extracardiaque qu coprime OD-HTAP



SCANNER THORACIQUE 5/01/19 :

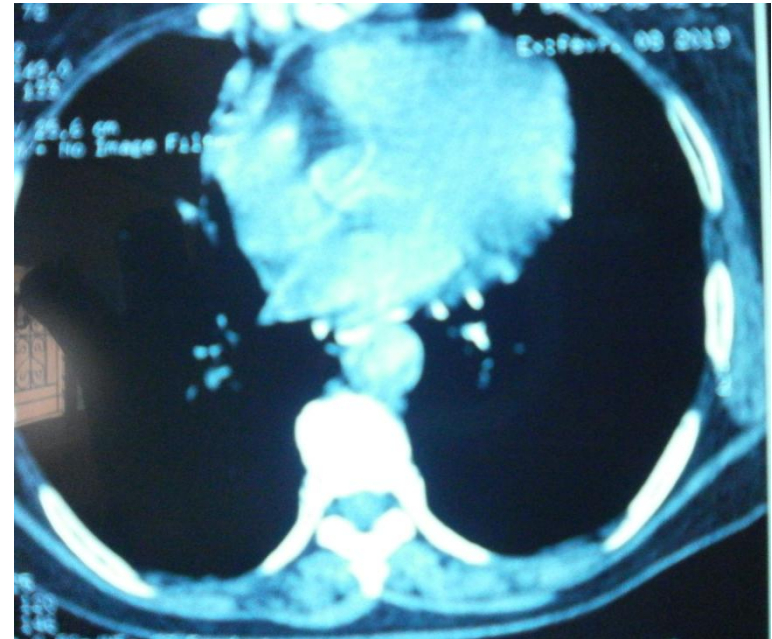
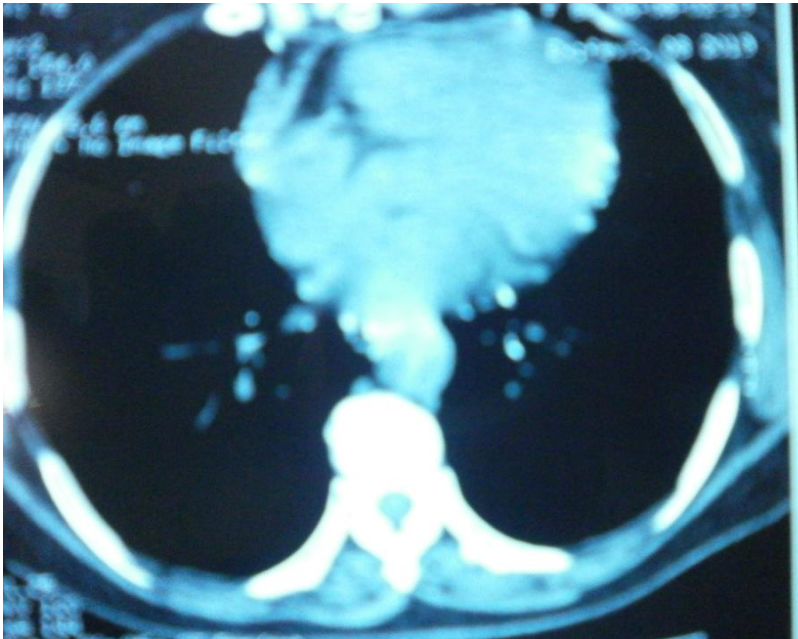


Collection médiastinale de l'angle cardio_phérénique droit probablement de situation péricardique fistulisé au niveau de la plèvre dont l'aspect évoque une origine infectieuse Une origine hydatique semble peu probable mais ne peut être formellement éliminée

La patiente a été mise sous :

AUGMENTIN SACHET à 1GR 1 sachet 3 fois par jour - 3 boîtes .

Et **Levoflox** 500 mg 1cp x 2 par jour pdt 5 jours puis 1 cp/ jour 5 jours

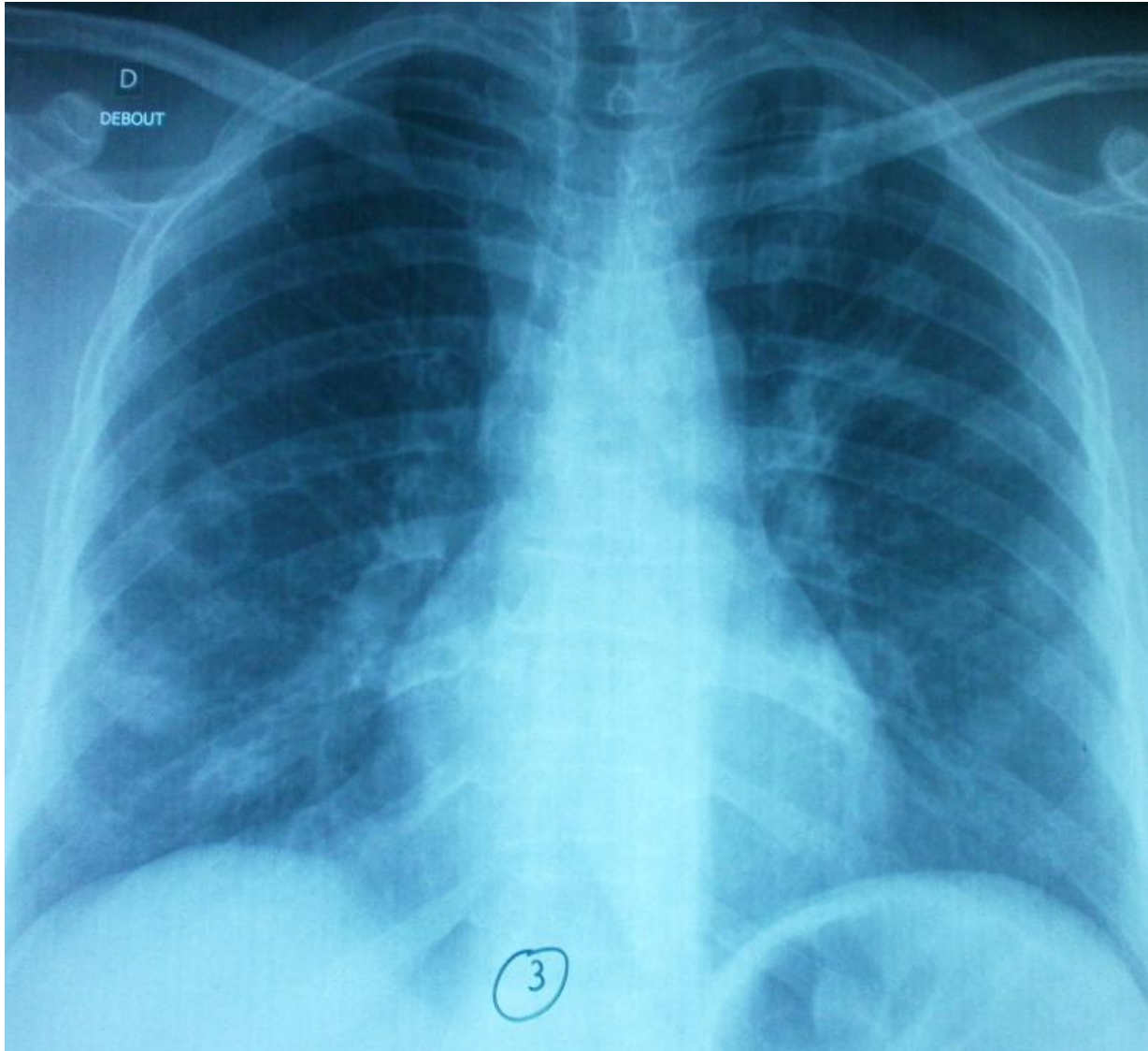


Le (08/02/2019) Recul : 1 mois 3 jours

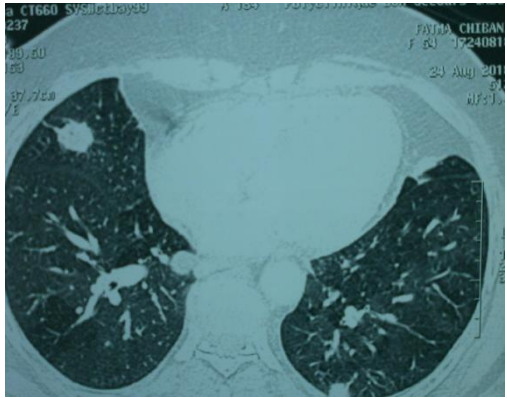
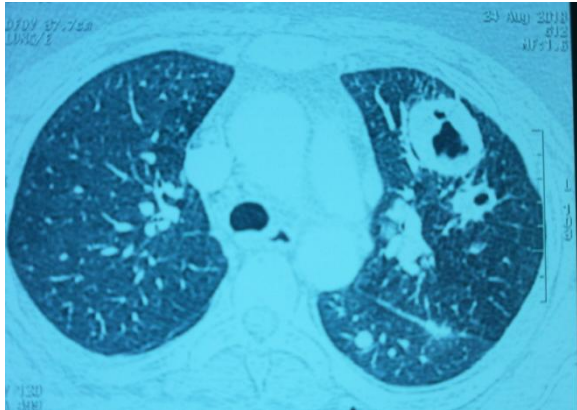
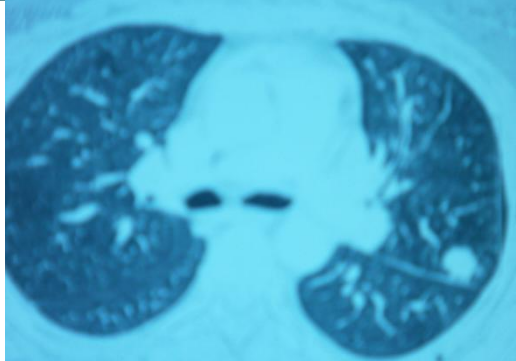
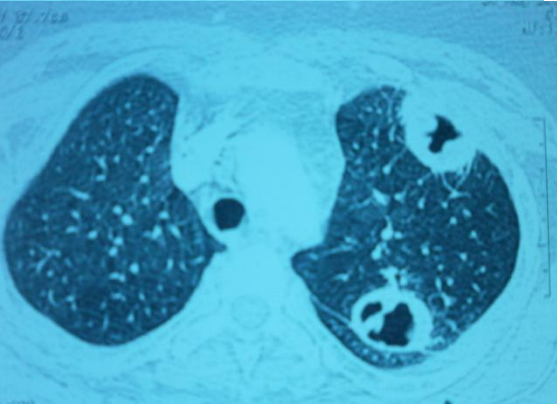
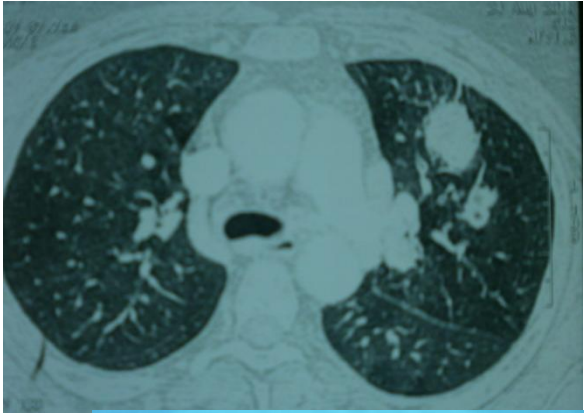
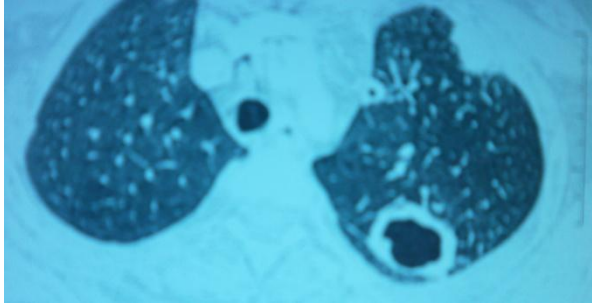
Une nette régression en taille de la formation kystique.

CRP 4

Mme Fatma C...53 ans
hospitalisée le 22/08/18 pour lâcher de ballon fébrile

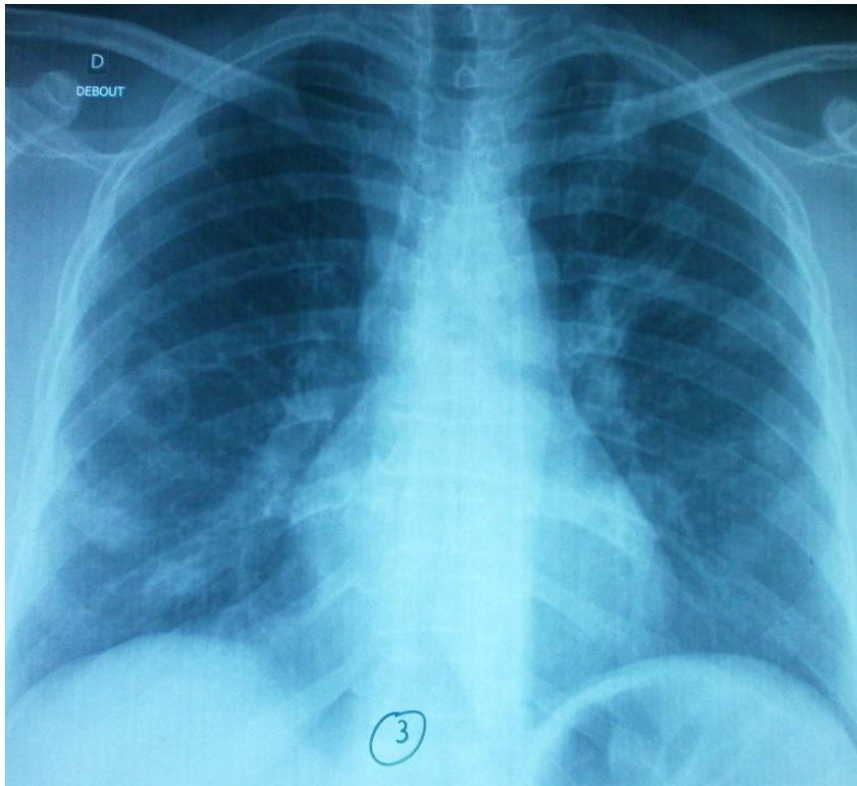


SCANNER Thoracique 24/08/18 : Multiples nodules pulmonaires bilatéraux dont certains sont d'aspect excavé d'origine non univoque: infectieuse vasculaire autre?



Mme Fatma C...53 ans

hospitalisée le 22/08/18 pour lâcher de ballon fébrile



Examens biologiques :

VS: 1er heure: 90. 2èm heure:120

NFS:HB: 13,20. GB: 12700 . PLA:373000

CREATININE:9.CRP/60

Electrophorèse des protides:

ALBUMINE/35,2.Gamma : 12,1 gr/dl.

Bilan immunologique :négative

Bacilloscopie:Négative

Fibroscopie bronchique:

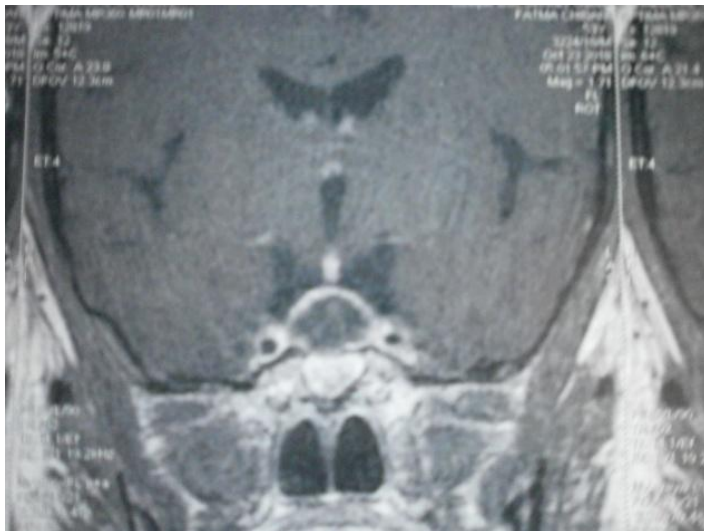
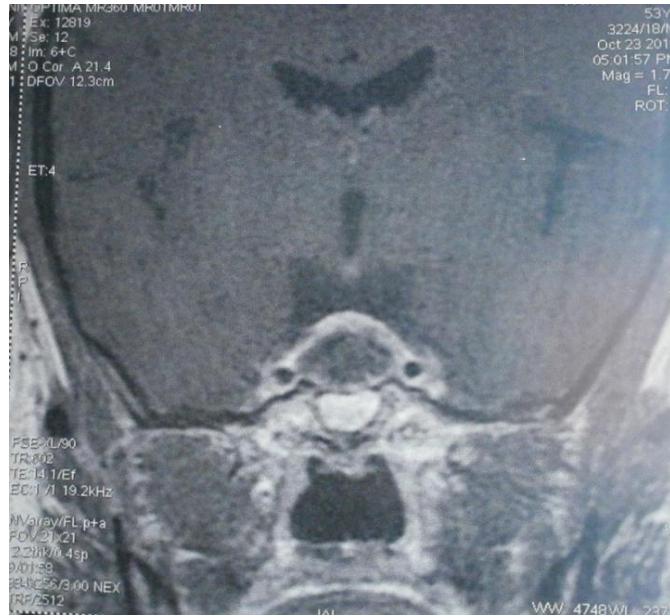
Muqueuse inflammatoire

Aspiration bronchique :

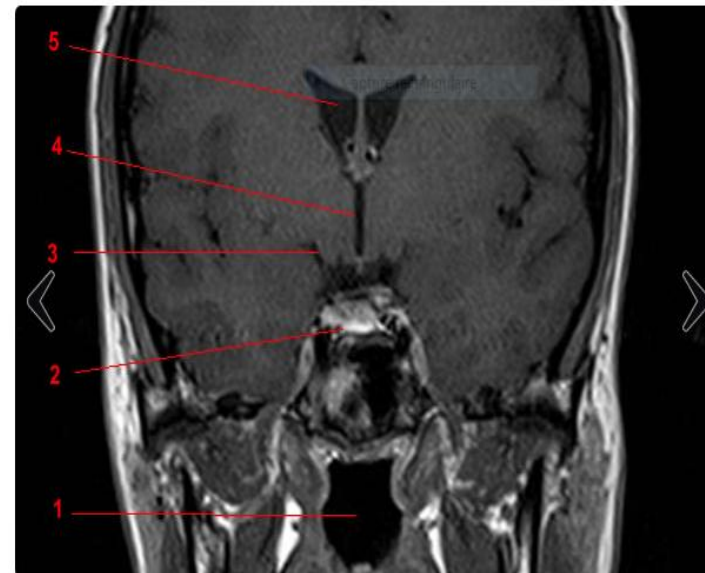
- Liquide bronchique modérément inflammatoire. Absence de cellule néoplasique
- **Nocardiose**

Après 2 mois d'antibiothérapie ; réadmise pour céphalée et vomissement

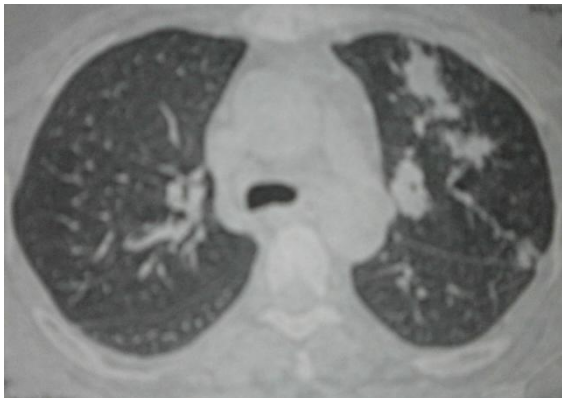
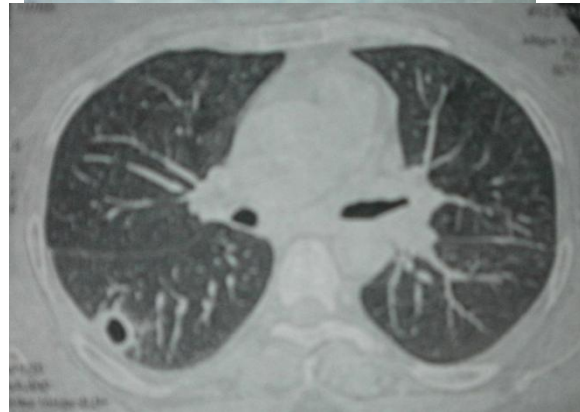
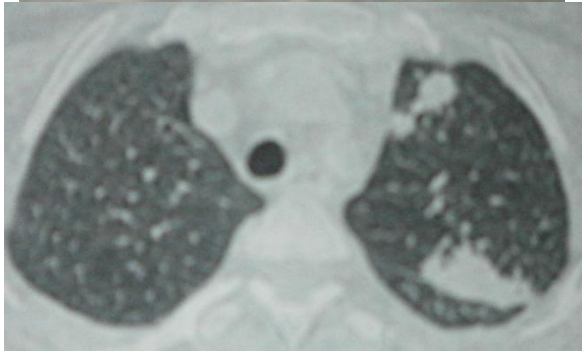
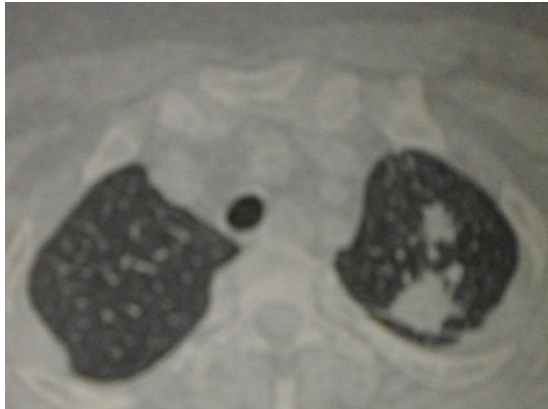
Il existe une formation nécrosée
aux niveaux de l'Hypophyse



Coupe coronale, pondération T1. Image 21. 1, Nasopharynx. 2, Hypophyse (glande pituitaire). 3, Voie optique. 4, Troisième ventricule. 5, Ventricul latéral.

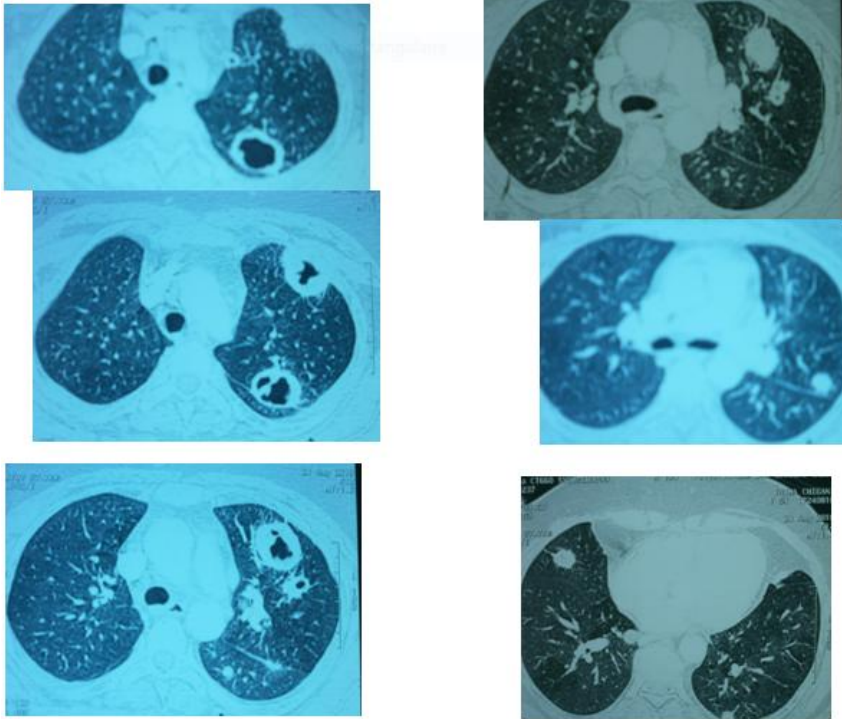


Scanner du 23/10/18 Présence du lâcher de ballon +/-excavée...Mais changement d' aspect et de localisations....

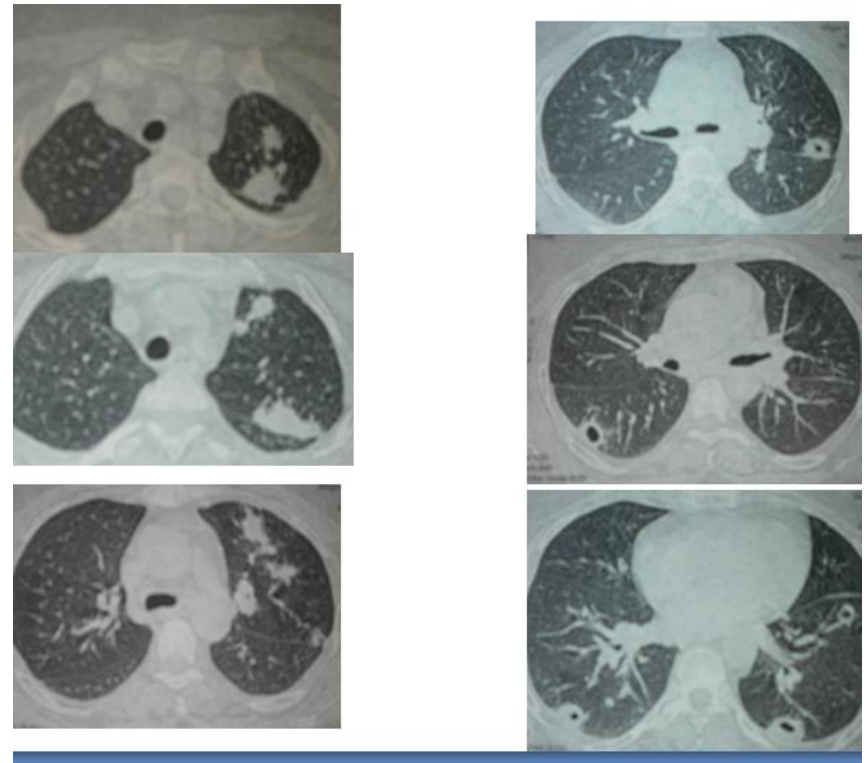


Changement d' aspect et de localisations...du lâcher du ballon

Scanner du 24/8/18



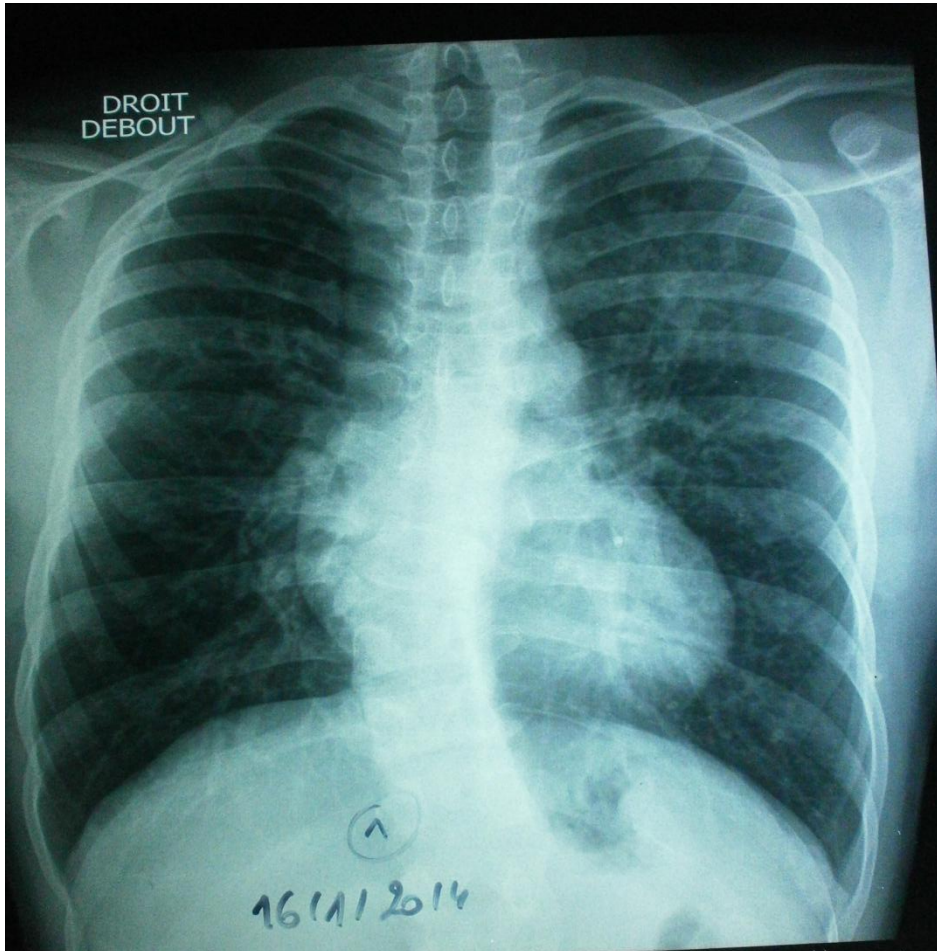
Scanner du 23/10/18



Un nouveaux bilan immunologique a été réalisée ...

- cANCA +++
- → Maladie de Wegener
- Nettoyage complet sous corticoïdes

Mr MOHAMED A...né en 1990 m' a consultée le 16/01/2014 pour hémoptysie et une dyspnée d'effort progressive



EXAMENS BIOLOGIQUES :

DEXTRO: 104

NFS: GB = 6400 10³/mm³- HB= 14,60 gr/l
PLAQUETTES = 297 103/mm³

CREATININE:9,80.CPK:187.LDH:420.CRP:2,5

ProBNP:<20

HIV:Négatif

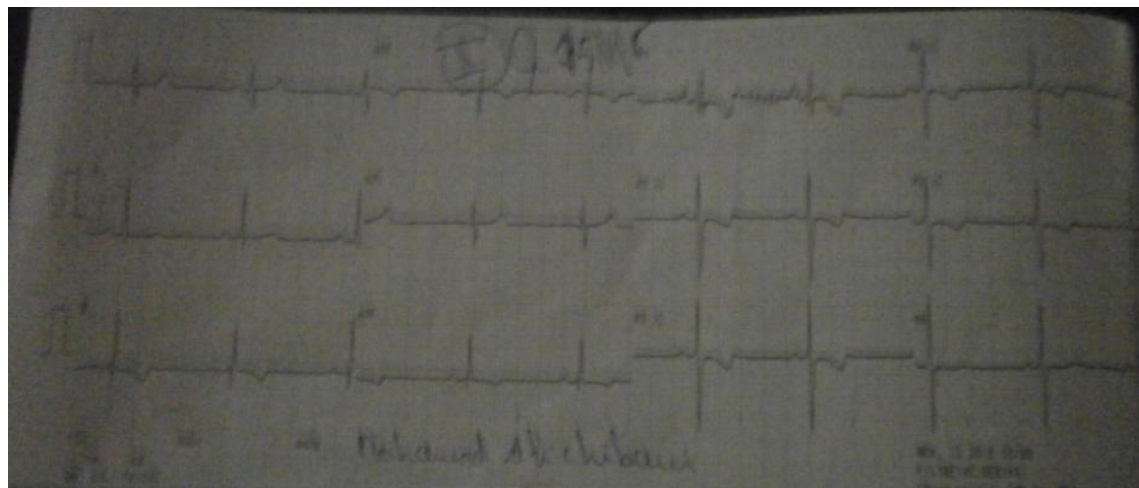
BACILLOSCOPIE

négatif

GAZ DE SANG :

Po₂: 72. Pco₂ : .So₂: 95%. Hco₃⁻ : 26
PH:7,43

ECG: Axe a droite trouble de la repolarisation



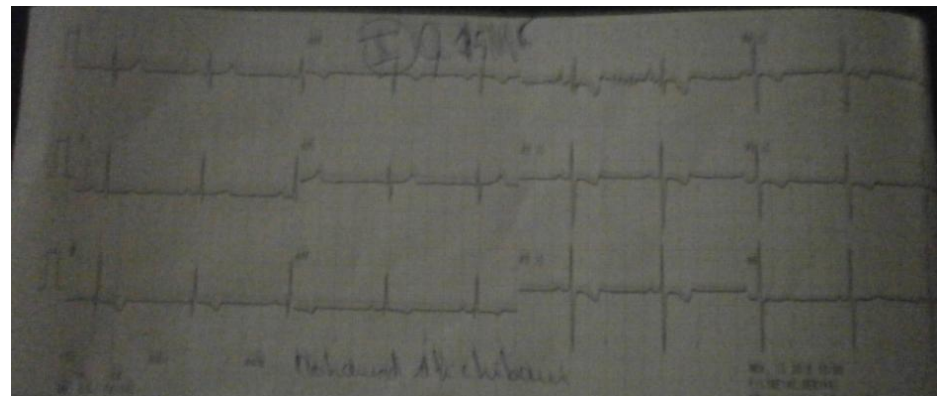
Echo cardiaque:

Absence d'HTAP. Absence de CIA

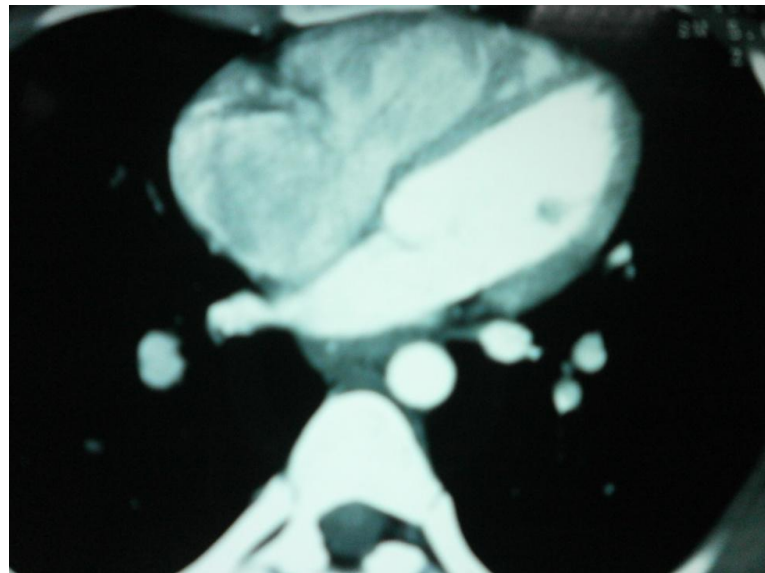
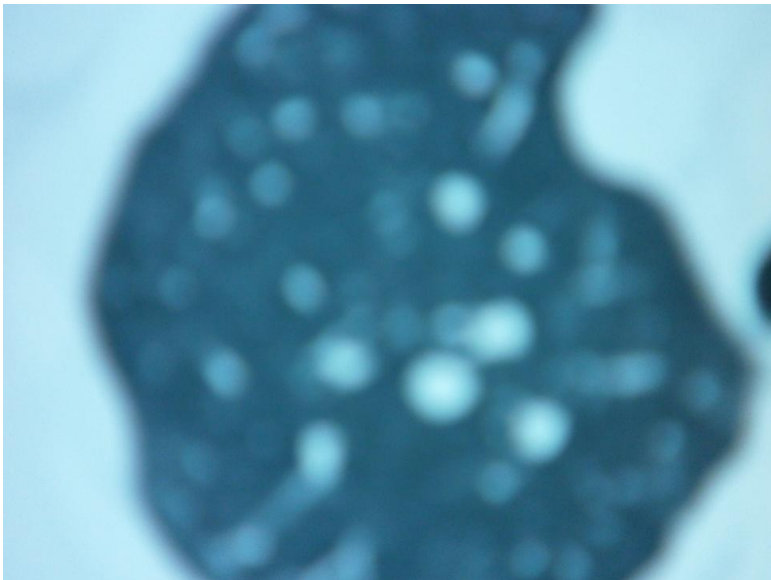
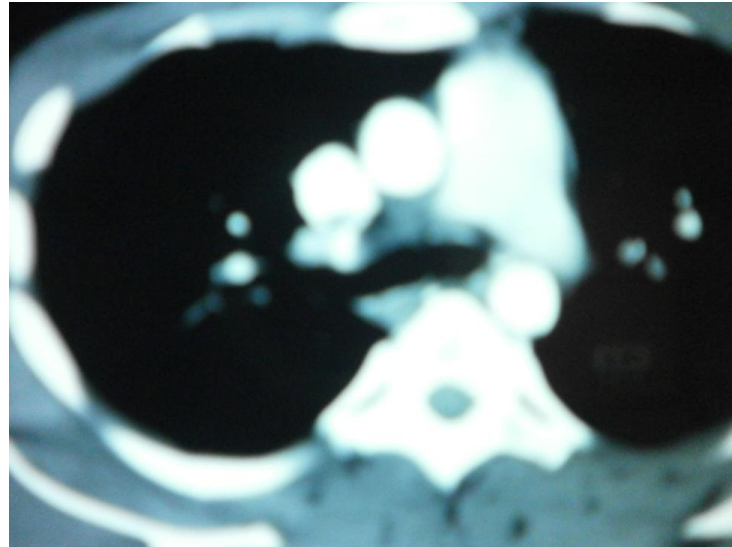
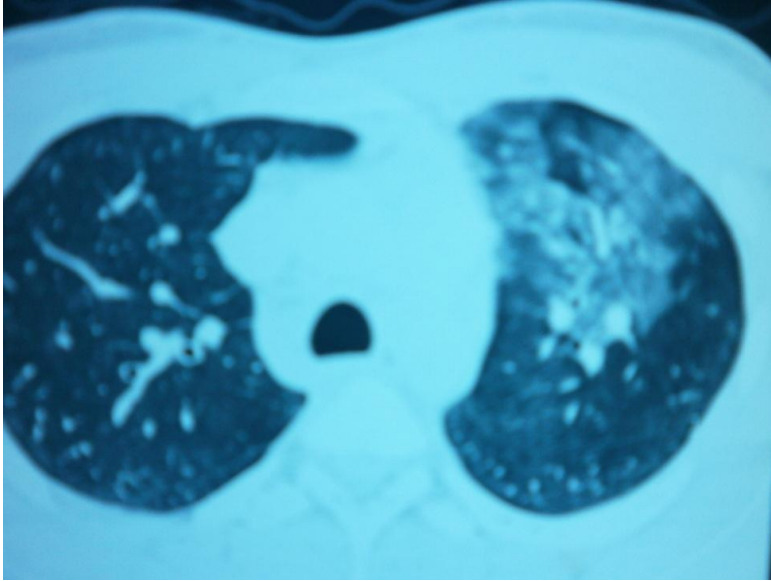
Arteres Pulmonaires : AP modérément dilatée à 30 mm
V/C.L.V : Absence de defect septal
Conclusion :
- Bon VG
- VD non dilaté mais avec hypertrophie de la paroi
- Absence d'HTAP significative
- Absence de CIA ou de CIV



ECG: Axe a droite trouble de la repolarisation



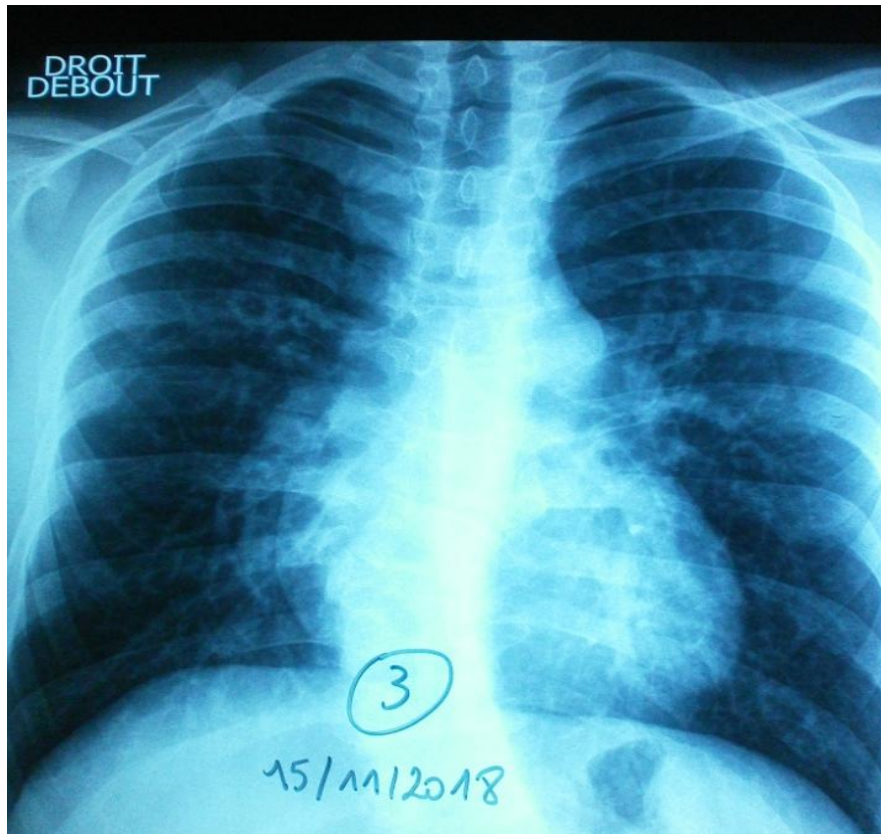
Scanner du 2/01/14: Vers dépolie -QQ DDB cylindrique des deux lobes supérieurs - Dilatation des artères pulmonaires périphériques (bague en chaton négative)..dilatation du tronc de l' artère pulmonaire. Hypertrophie du VD



Evolution

18/04/2014	Se plaint de dyspnée d'effort	RX THORAX FACE+profil: s bronchique perihilaire	SYMBICORT 200 bt de 120 inh. 1 inh. x 2(1 boite)
13/10/2014	se plaint d' oppression	RX THORAX FACE:NORMALE	1) SYMBICORT 100 bt de 120 inh. 1 inh. x 2(2 mois) ET EN CAS DE BESOIN 2) CHLOROHISTOL 1Cp le soir (2 mois) 3) VAXIGRIP (ou Equivalent) 1 INJECTIONS SC
15/11/2018	Depuis 1 ans dyspnée aux moindre effort .oppression Hémoptysie récidivante il ya 2ans et depuis 4 jours .. de moyenne abondance....d'hypotention ..	scanner thoracique: vers dépolie changée de place –signes plus marquée d HTAP	Exploration vasculaire

Consultation du 15/11/2018 Recul : 4 ans 1 mois 2 jours



Examen physique :

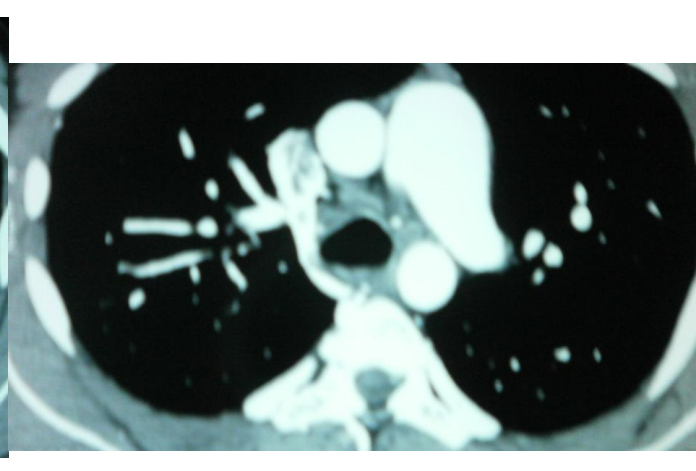
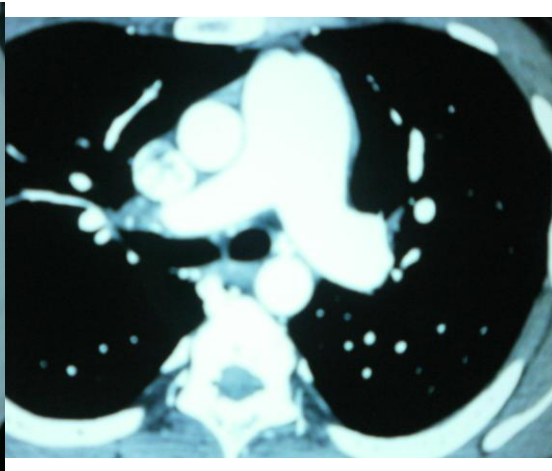
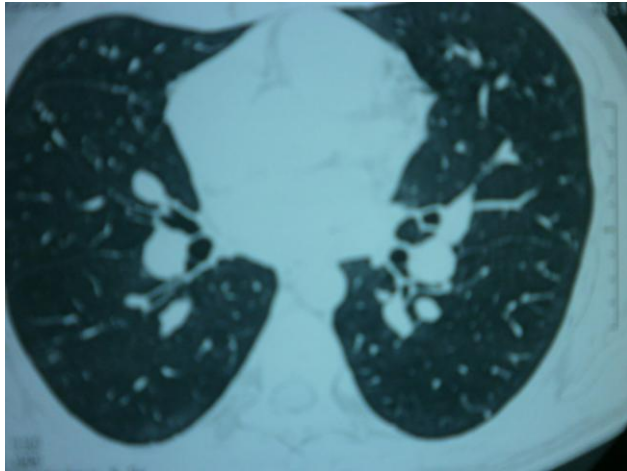
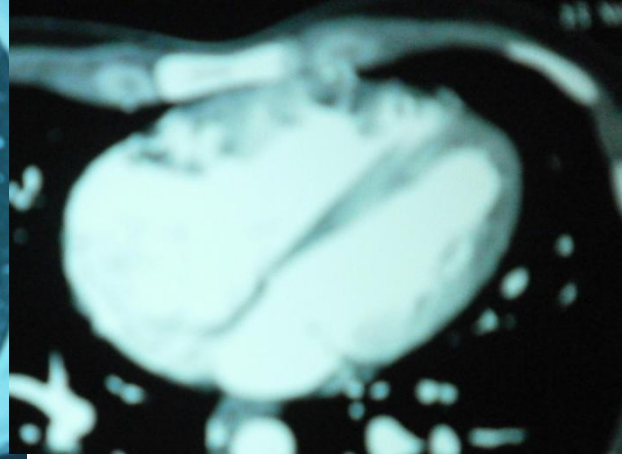
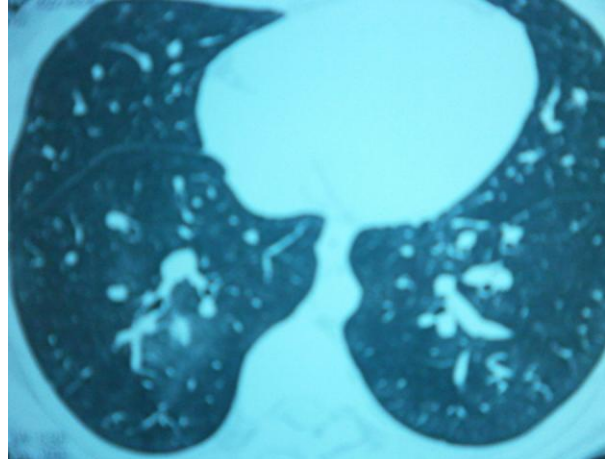
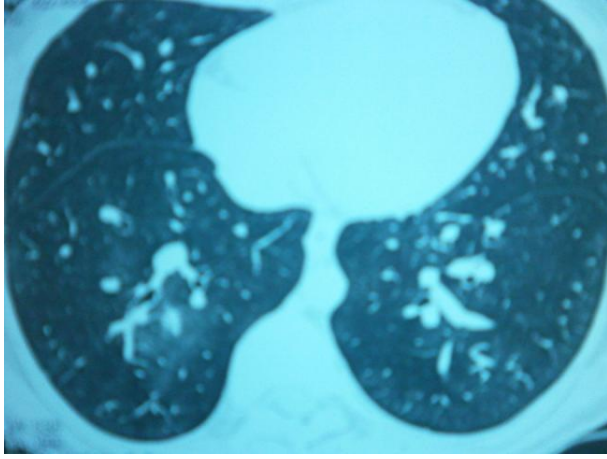
TA 9/7.RC 120. Sibillance - sat 93%..

Examens biologiques :

- DEXTRO:81
- NFS: GB: 7300 HB: 17,1
PLT:207
- VS:1 H: 4 2 H:11
- TAUX DE PROTHOROMBINE: TEMOIN:
11,5 MALADE: 11,7 96 %
- Creatinine:8,58
- IONO: NA: 137 K: 4,7 CL:100
- LDH/ 167
- CRP:1,6
- **BACILLOSCOPIE:** ABSENCE DE BAAR
- **GAZ DE SANG :**

PO2:64. PCO2:27. PH:7,45. SO2:93 .HCO3:19

scanner thoracique du 15/11/18:vers dépolie changée de place –signes plus marquée d HTAP(bague en chaton négative.dilatation du tronc de l' artère pulmonaire. Hypertrophie du VD .Dilatation des artères bronchiques)



Evolution de l'HTAP après 4 ans

02/01/14

15/11/18

