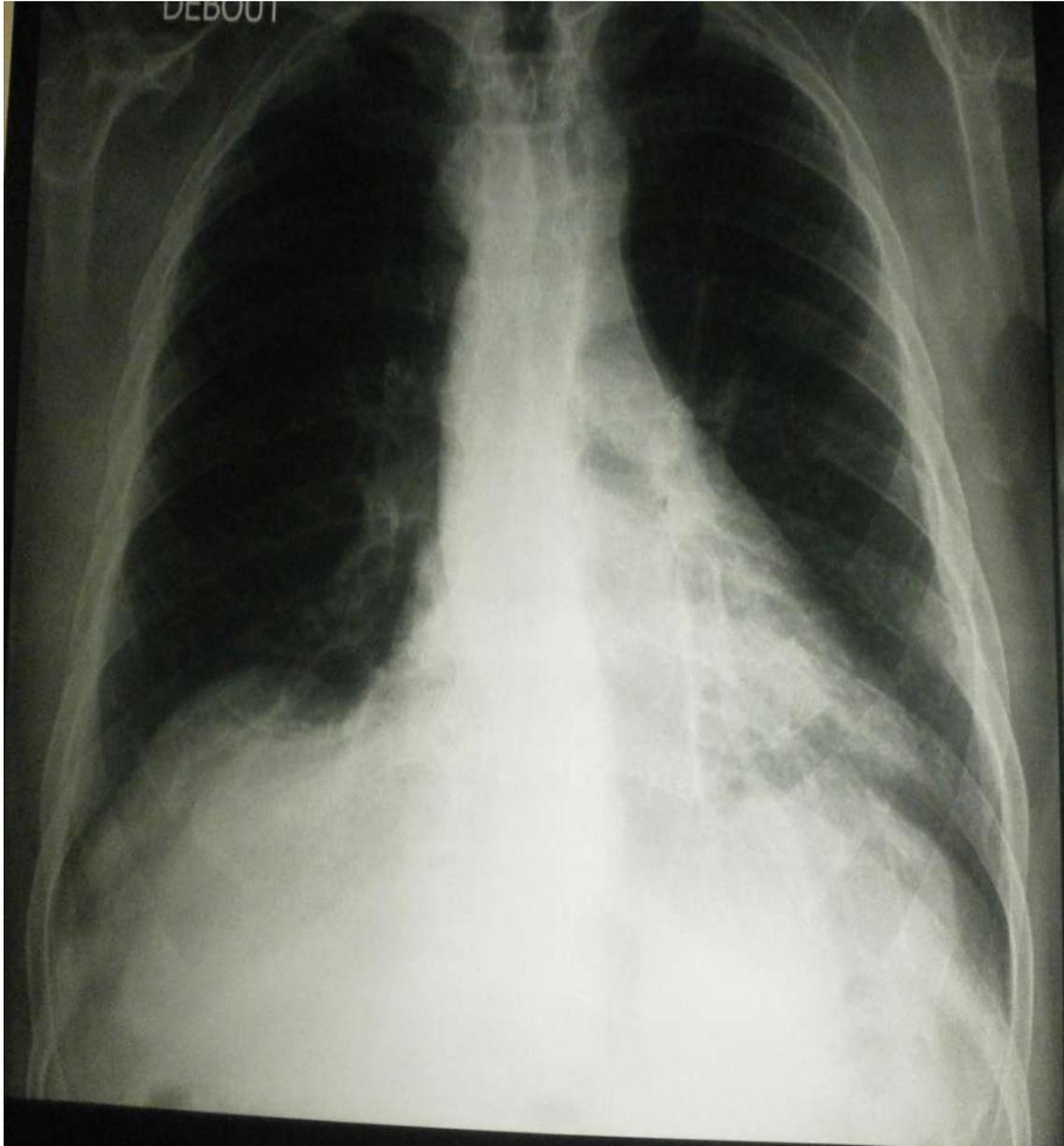
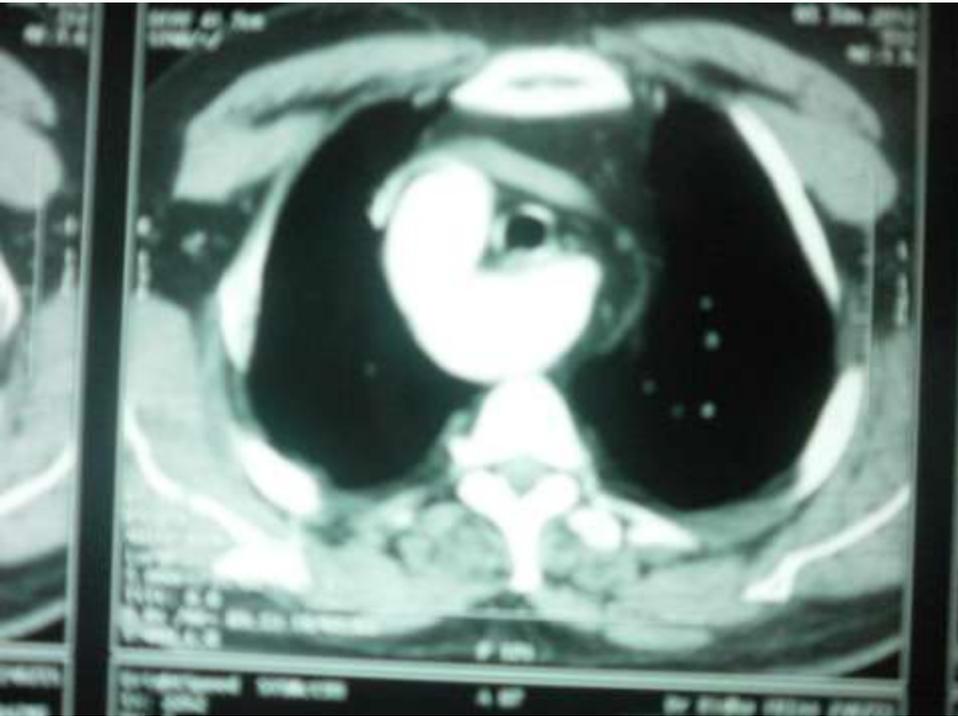


**Mr MOHAMED D ...75 ANS m'a consultée le 03/01/2012
pour « Exacerbation DYSPNEISANTE » chez un Cardiaque**

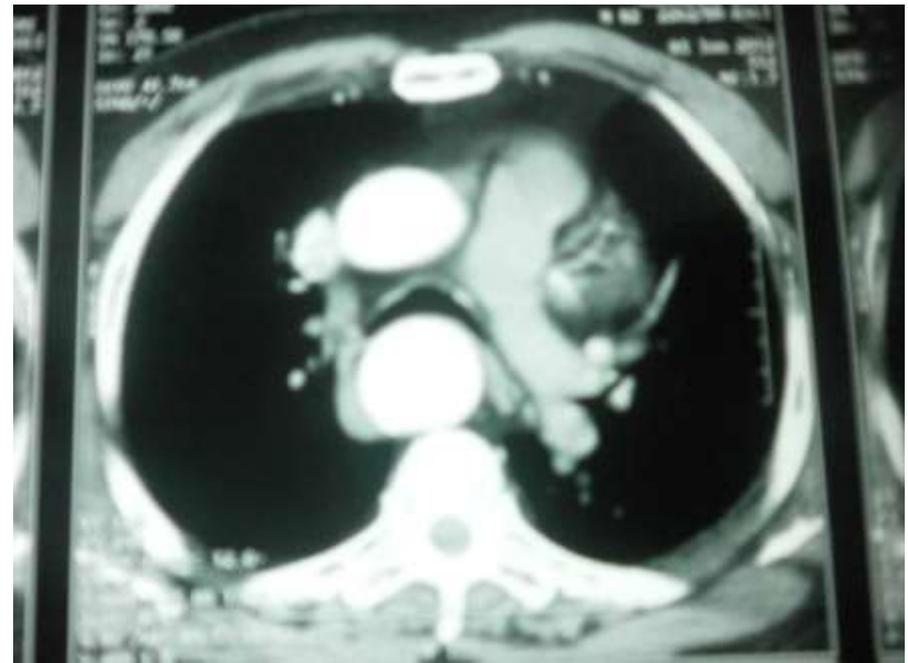


Scanner thoracique:

LA crosse de l'aorte thoracique siège à droite de la trachée .



**Rétrécissement de la lumière trachéale
qui sont calcifiées par endroit
(TACHEOBRONCHMALACIE**



Mr MOHAMED S ..75 Ans M' ACONSULTE LE 27/10/2010 .

Depuis 2ans: **Altération de l'état générale . Douleur articulaire et musculaire .Dyspnée**

EXAMEN PHYSIQUE :

GRABATAIRE -CREPITANTES TRES FINE AUX 2 BASES

Sat 96% .T° 37.p=Pds =38kg .Amyotrophie
faiblesse des muscles de la main..

ANTECEDENTS ET TARES :TABAC 60 PA

EXAMENS BIOLOGIQUES

NFS: **GB = 29,6 10 3/mm3**- HB= 10,1 gr/l - PLAQUETTES = 371 103/mm3
VS 102/144. Calcémie :74 mg/.Créatinine:8mg

Crachats: Absence de BAAR

E.C.G : **T Négative** dans toute les dérivation

RX BASSIN-AVANT BRAS DROIT:

Absence de lésions osseuse suspecte

Electrophorèse des protides:

Albumine:24,7 gr/dl (NL:52-67)

Gamma :18,2gr/l gr/dl(NL:10-20)

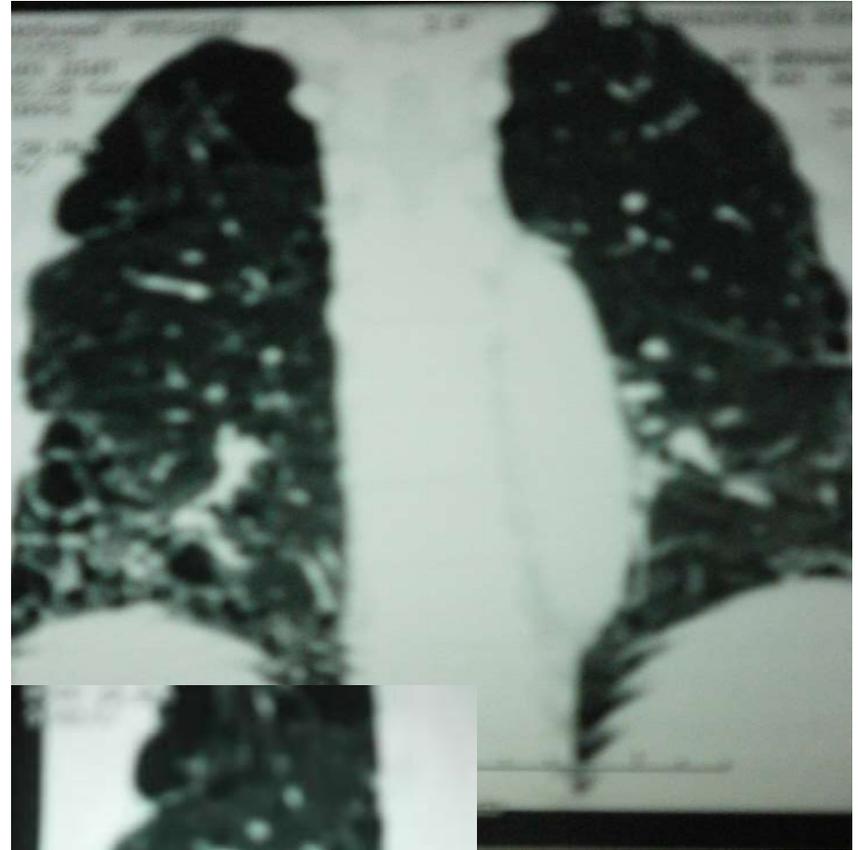
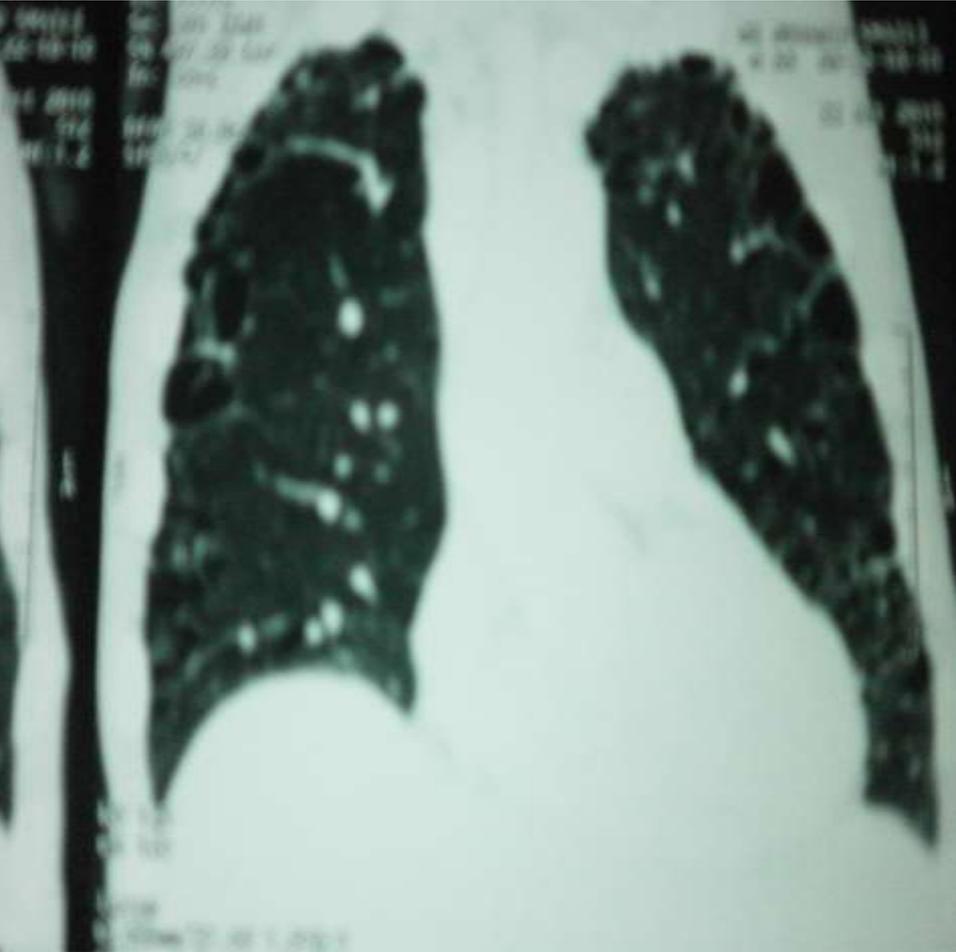
Alpha1:4,6 gr/dl(NL:2 - 5)



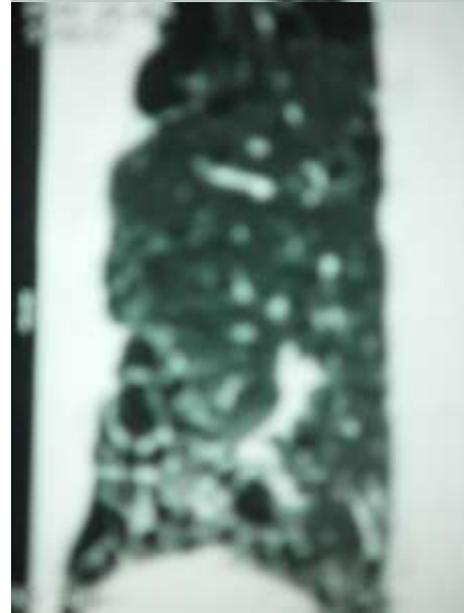
RX THORAX : Syndrome interstitielle prédominant aux bases

Scanner thoracique

EMPHYSEME DES SOMMETS (Bulles)



**FIBROSE DES BASES
(EPAISSEMENT SEPTA
ET NID D' ABEILLE)**



Bilan immunologique

FAN <180

LATEX 132-WALEROSE 62

c-ANCA 98,8 AU/ML

p-ANCA 33 AU /ML

Conclusion:

Il s'agit d'un homme de 75 ans qui se plaint

d'altération état générale;
douleur ostéoarticulaire
et une faiblesse musculaire

Et présente un syndrome de

“Emphysème des sommets et fibrose des bases”

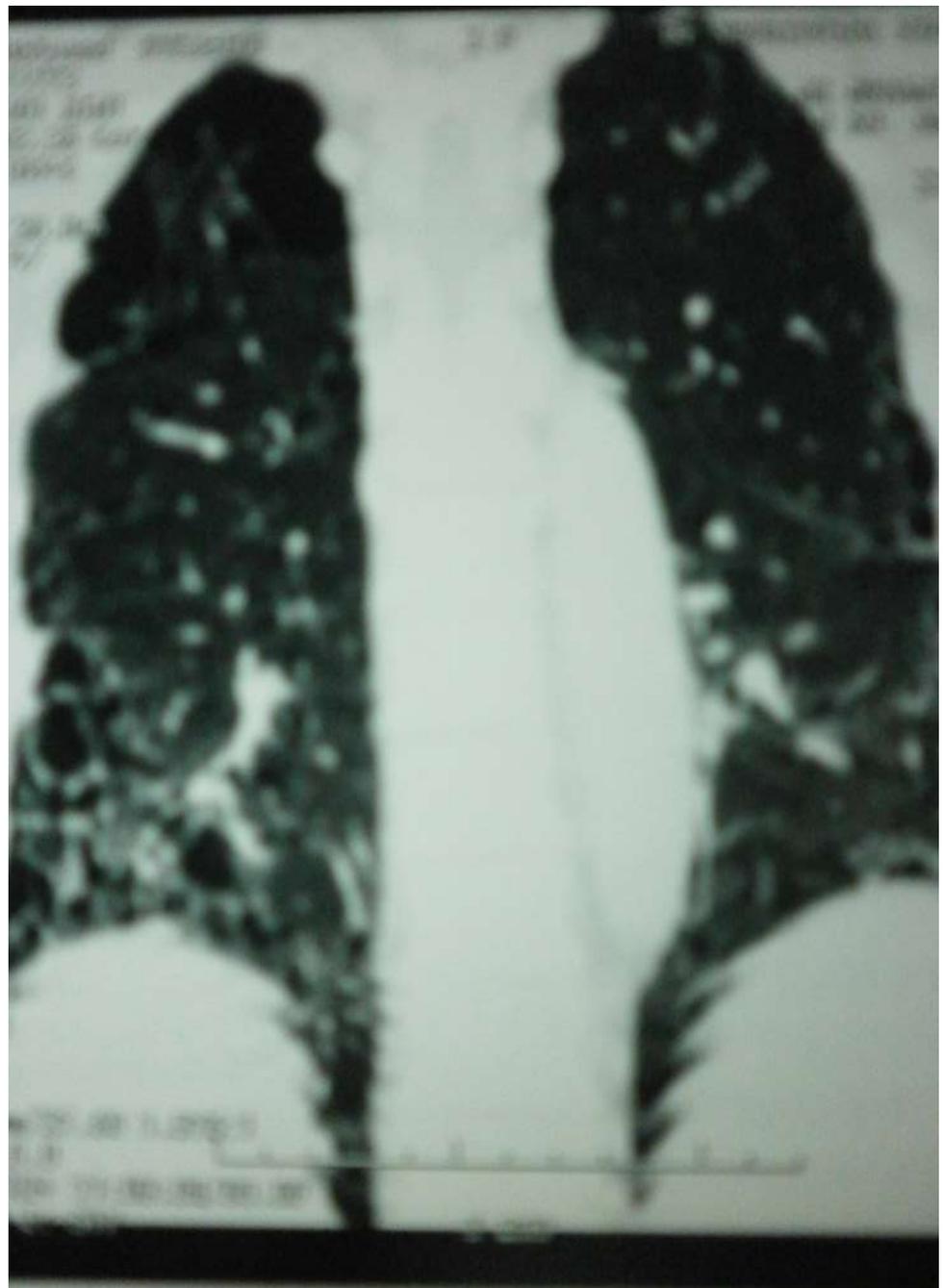
L'immunologie évoque

Vasculites associé à ANCA

MEDICAMENTS PRESCRITS :

SOLUPRED 20 mg.: 2 cp(7 j)puis 1cpet 1/2cp (15j)puis 1cp(7j)
dissous dans l'eau le matin en une seule prise au milieu du petit
dejeuner +RSS

+KALEORID+ IPPROTON+TILDIEM+DIAFUSOR



CONSULTATION N° 2 (01/12/2010) Recul : 1 mois 4 jours

Amélioration spectaculaire de l'état générale et de la dyspnée

Se plaint de **douleur et faiblesse** du membre supérieur droit

EXAMEN PHYSIQUE :

TA:12/7. RC: 91/min. T°:37. **Pd:42 kg**. Sat: 96 %-**STEPAGE GAUCHE-**

E.C.G :NORMALE

EXAMENS BIOLOGIQUES :

VS : **1ér H: 35 2ére H:67**

NFS: **GB = 11200 10 3/mm³**-HB=13,6 gr/l -PLAQUETTES =365 103/mm³

CREATININE: 22,5

GAZ DE SANG : Po₂:104 .Pco₂ :34mm de HG- Hco₃⁻ : 20 PH:7,38

EFR :CVF :1,43= 47 %. VEMS:1,36 =58% .VEMS / CVF:95 %

SCANNER CEREBRALE: Atrophie cérébrale cortico-sous corticale

MEDICAMENTS PRESCRITS :

1) SOLUPRED 5 mg comprimé -

4cp (30 jours),3cp(30 jours); 2CP (30 jours):dissous dans l'eau en un seule prise au milieu du petit dejeuner-RSS

2) KARDGESIC 160 MG

1SACHET / JOUR A MIDI (3 mois)

3) KALEORID Cp

1cp/j a midi 1boite

4) FRUBIOSE Ca FAIBLE

1ampx2/j 1Boite

5) STEROGYL Gouttes

4gtt/j 1Flacon

Consultation Neuro et Nephro- Contrôle glycémie tt les mois

Vascularites associées aux ANCA»

Granulomatose de Wegener (cANCA- Sensibilité :73%) (1)

Polyangéite microscopique (pANCA-Sensibilité :67%) (1)

Syndrome de ChurgStrauss (pANCA- Sensibilité:43%) (2)

La présence d'anticorps anti-PR3(c ANCA) **ou** anti-MPO(pANCA), la spécificité pour le diagnostic d'une vasculite à ANCA approche 99% (1)

Les deux types Anticorps anticytoplasme des neutrophiles (ANCA) peuvent se trouver dans la maladie de Wegener et dans la polyangéite microscopique(3)

(1) Haagen AC. *Kidney Int* 1998;53:743-53

(2) Sinico RA. *Arthritis Rheum* 2005;52:2926-35.

(3) Sinclair. *Ann Clin Biochem* 2007;44:432-42

Syndrome « emphysème des sommets et fibrose pulmonaire des bases » (1)

- Cliniquement : Patients gros fumeurs ayant une dyspnée sévère et invalidante.
- Explorations fonctionnelles respiratoires,
- Volumes pulmonaires relativement préservés
- Altération sévère du transfert du monoxyde de carbone (DLCO)
- HTAP
- Contexte
- Une forme idiopathique de fibrose
- Associé a des connectivites
- *Sclérodermie (2)
- *Polyarthrite rhumatoïde (12 a 20%)(3)
- *Connectivite mixte (2)
-

PREMIER CAS RAPORTEE DE VASCULARITE A ANCA ???

(1) V Cottin. Eur Respir J 2005;26:586-93.

(2) V. Cottin Revue des Maladies Respiratoires Vol 24 - N° HS1 P. 155 - janvier 2007

(3) V. Cottin. Arthritis Rheum 2011;63:295-304.

SAMIA B ..35 ANS asthmatique ;m'a consultée le 01/12/2011 pour : Exacerbations fébrile et hémoptysie a répétitions
Sortie de l'Hôpital il ya 3 JOURS.



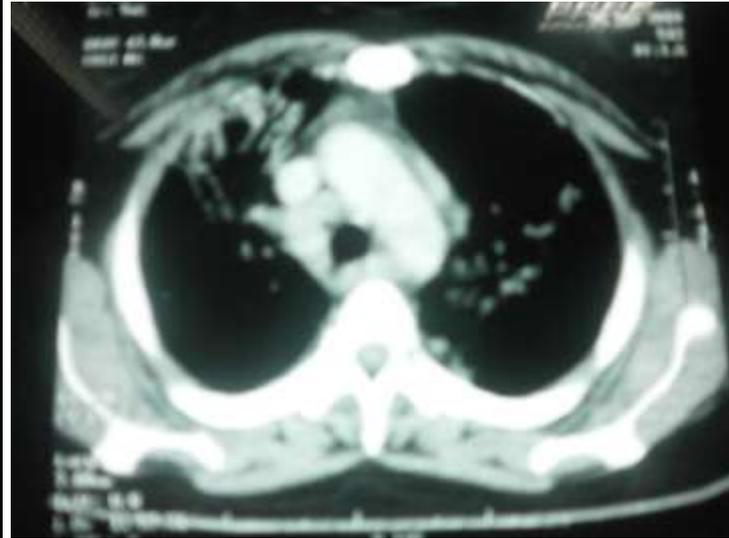
- **RX THORAX**
1/12/11
- *SYNDROME
INTERTIELLE SANS
RETRACTION -
*CONDENSARION
ALVEOLAIRE LSG ET
LID

Depuis 3 ANS :SYNDROME ALVEOLAIRE LABILE



SCANNER THORACIQUE 2/11/10

Adenopathie loge de barety--Reaction pleurale droite-S ALVEOLAIRE
PREDOMINANT POU MON DROIT EN INFERIEUR QUI SEMBLE
RETRACTEE-INFILTRAT ALVEOLOINTERSTITIELLE A GAUCHE



CONSULTATION DU 01/12/2011 : Majoration de la dyspnée depuis 15 jours ;hémoptysie récidivante de moyenne abondance .Pas de fièvre pas d'arthralgie pas de lésion cutanée. Sortie de l' hôpital il ya 3 jours SS Tavanic

ANTECEDENTS ET TARES :

Status post partum(45 JOURS)
Rhinite et asthme connu depuis 3 ans

EXAMEN PHYSIQUE :

QQ Sibilances ;Rhinite rose pale.
TA: 13/8; RC :80 /min.Sat:98 %.T° 37

E.C.G :NORMALE

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB = 10,600 10³/mm³
(**EOSYNO=37%**) - HB= 10,5 gr/l -
PLAQUETTES = 435000/mm³

VS : 33/64 . CRP:64

LDH:161UI/l.55UI

URINE:

Hématies: assez nombreux .Protéinurie = 180mg/l

RX THORAX du 1/12/11 (4)

S INTETIELLE SANS RETRACTION –CONDENSARION ALVEOLAIRE LSG ET LID. Amélioration par rapport a celle du 22/11/11(3)



BILAN IMMUNOLOGIQUE

- **Electrophorèse des protides:**
- Albumine: 37,68 gr/dl (NL:52-67)
- Alpa 2 : 10,90 gr/dl (NL: 6 -10)
- Gamma : 16,43 gr/dl(NL :10-20)
- Protide:79g/l;Rapp.A/G:0,91
- **Antistreptolysines** O:120 U/ml (inférieur à 200)
- **Réaction au latex waaler rose:** Négative
- **AC Anti cytoplasme des polynucléaires:** 3AU/ml(<15 AU/ml Négative)
- **Anti CCP:** 1,5U/ml(Négative<5U/ml)
- **Complément** C3:0,93g/l (0,90-1,80); C4:0,17g/l (0,15-0,45)
- **Auto-Ac Anti-ADN natif** (T.de FARR):3,80UI/ml (Normale< 12 UI/ml)
-

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE :

Aspect inflammatoire de toute la muqueuse bronchique .

- **Biopsie**: inflammation chronique de la muqueuse bronchique; absence de signes de spécificité ou de malignité.
- **Liquide bronchique** :modérément inflammatoire; absence de cellule néoplasique. ABSENCE DE B.A.A.R
- **Lavage Broncho-alvéolaire** :Légère polynucléose avec éosinophilie
- Cellularité globale:180000 cellules/ml
- Comptage cellulaire:
- Macrophages:82%
- Lymphocytes:04%
- Polynucléaires éosynophiles:10%
- Sidérophages:néant
-

DIAGNOSTIC :

POUMON EOSYNOPHYLE CHEZ UNE ASTHMATIQUE

Pneumonie à éosinophiles aiguë avec insuffisance respiratoire (VIH négatif)

• médicaments
« à risque »
(pneumotox)

Arrêt
+/- corticoïdes

• ANCA+
• Hématurie/protéinurie
• élévation créatinine
• Hémorragie alvéolaire
• Manifestations cardiaques
vascularite cutanées ou autre

Vascularites à ANCA
(si + asthme: syndrome de Churg et Strauss)

Corticoïdes +/- IS selon le stade
(cyclophosphamide ou rituximab)

Suspicion de parasitose:
Traitement
d'épreuve
(pas de corticoïdes si
suspicion
d'anguillulose)

• Pas de médicament
• Pas d'ANCA
• Pas de manifestation
extra-respiratoire

Poumon à éosinophiles
aigu



SOLUPRED 20 mg.

3 cp (3 j) puis 2cp (7j) puis
1cp (15j) puis 1/2cp (30j)

CONSULTATION DU 12/03/2012 (Recul : 3 mois 11 jours)

Depuis 7 jours hémoptysie dyspnée sifflement fièvre.
Apparition œdème avant bras gauche. Eruption cutanée. Conjonctivite .Ulcération labiale.
Dysphagie. Arthralgie.

EXAMEN PHYSIQUE :

OEDEME AVANT BRAS GAUCHE-Eruption cutanée.
Conjonctivite .Ulcération labiale
TA: 16/9 . RC : 90 /min .Sat: 93 %..T° 38 .

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB = 17400 10 3/mm³(**Eo=14,9%**)-
HB= 12,90 gr/l - PLAQUETTES =613
103/mm³

VS : 1^{er} H: 46 2^ére H:80

EFR :

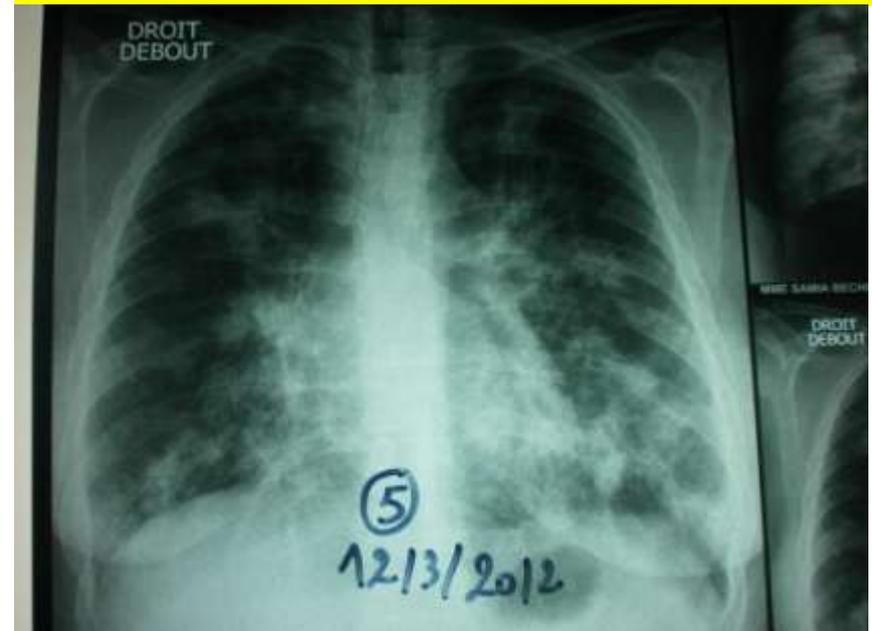
CVF : 1,34 29 %
VEMS: 1,32 33 %
VEMS / CVF: 100 %

AVIS RUMATH O

RUMATHISME A EOSYNOPHYLE?-
VASCULARITE??

RX THORAX FACE:-

SYNDROME ALVEOLAIRE BIBASALE



Le 16/03/12(J 3):

Mise sous Prédnisone 1mg/Kg(+Traitement inhalée).

Amélioration clinique et radiologique

CONSULTATION du 01/05/2012

* SS PREDNISONNE 30 MG -.

MIEUX DU POINT DE VU RESPIRATOIRE ET
CUTANEOUQUEUX

*EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB =8000 10 3/mm³(**Eo=2,3%**)- HB=
11,50 gr/l - PLAQUETTES = 298
103/mm³

VS : 1^{er} H: 13 2^{ème} H:35

GLYCEMIE:0,94

CREATININE:7,61

CRP:3,2

AC/CCP 9,1 AC.ANTI-NUCLEAIRES:0,3

Dernière CONSULTATION 24/05/2013

GB: 11700 EOSINOPHILES:10,1%

VS: 1^{èr}h: 35 . 2^{èm} h66

RX Thorax:Normale



Syndrome de Churg et Strauss :

Critères Diagnostiques(ACR) :4/6Critères

- ASTHME
- EOSYMPHYLIE>10%
- MONO OU POLYNEUROPATHIE
- INFLITRAT PULMONAIRE LABILE
- Douleur /Opacité sinusienne
- Eosinophilie extravasculaire

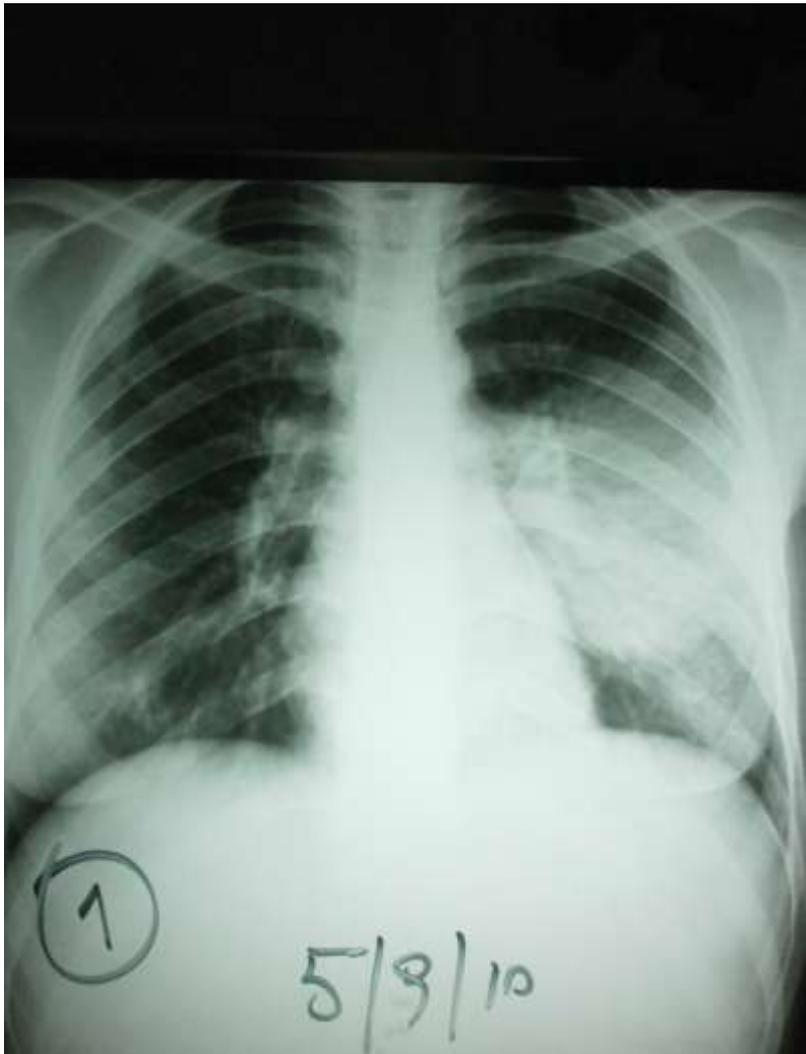
FOUZIA CH...18 ANS m'a consultée 1/01/2011 pour :

Pneumopathies fébriles récidivantes et labiles depuis 3 ans

* **2008 :** Première HOSPITALISATION (20 JOURS) pour TOUX ET FIEVRE ..

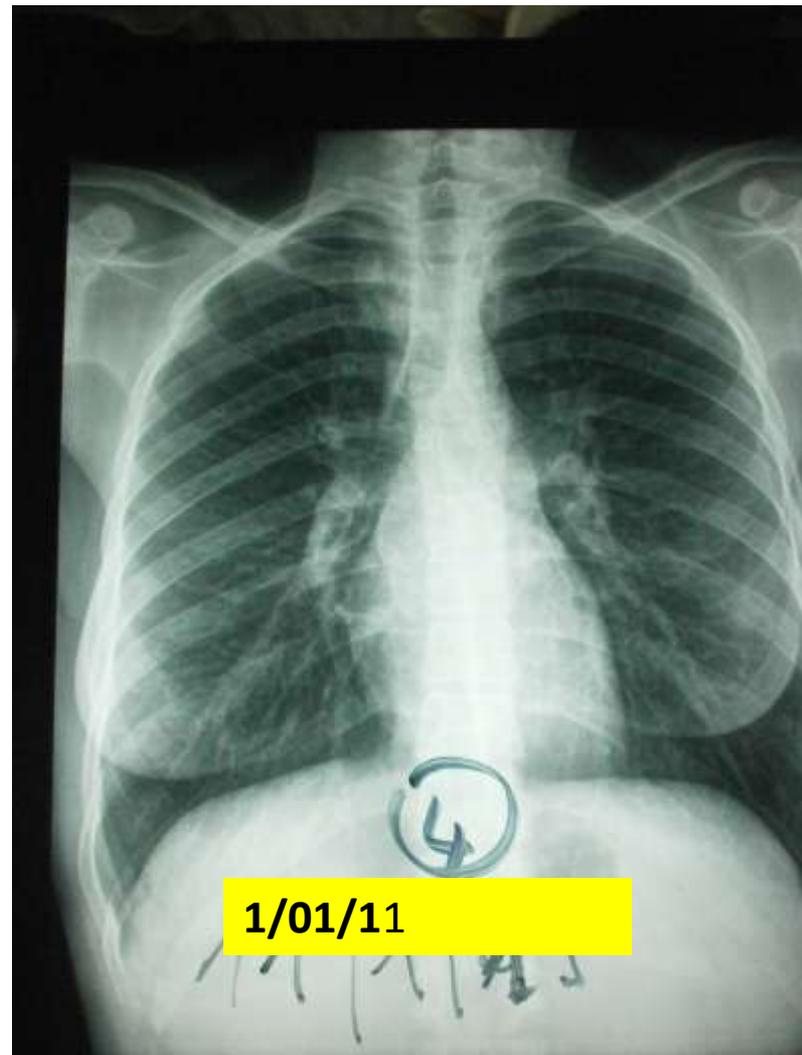
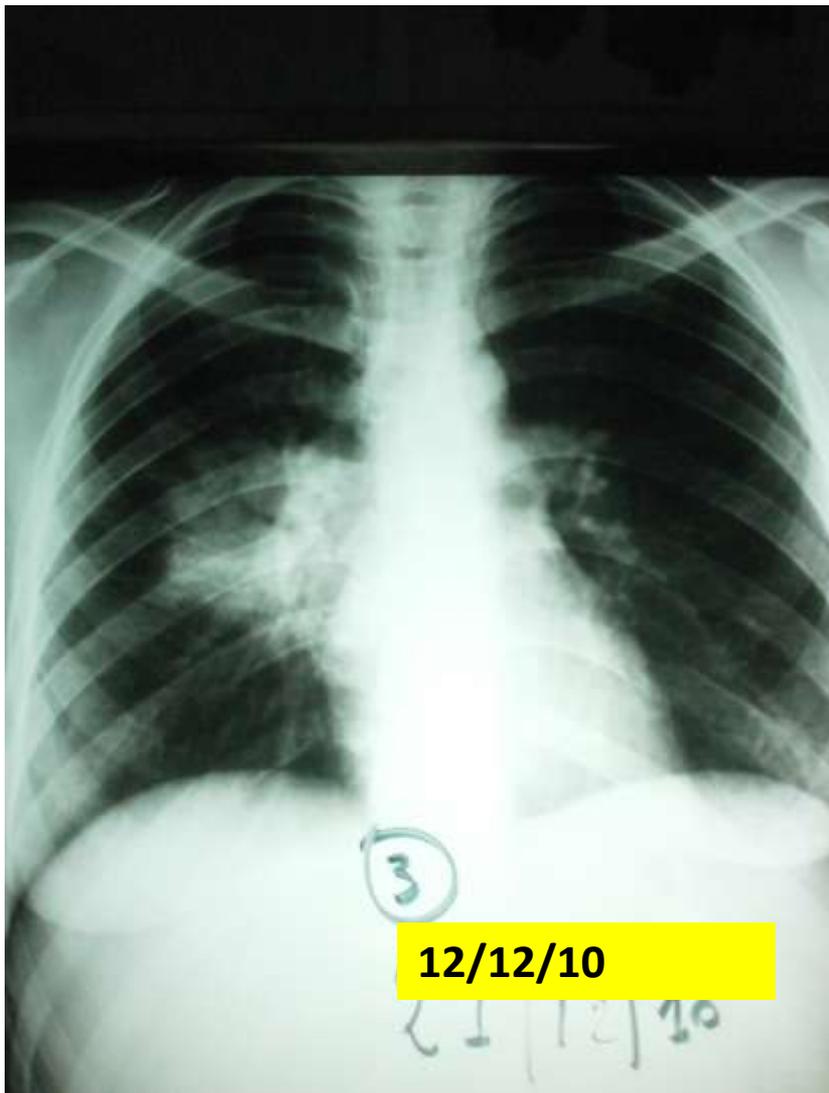
LE 5 SEPT 2010... RECIDIVE DE LA FIEVRE AVEC TOUX PRODUCTIVE (FOYER GAUCHE)

LE 8/10/10 HOSPITALISATION 5 JOURS(FOYER POSTEROBASALE GAUCHE FEBRILE)



LE 12/12/10 (2 MOIS APRES-) RECIDIVE-> FOYER CONTRALATERALE

LE 1/01/11 (JOUR DE LA CONSULTATION) :RX THORAX NORMALE



EXAMEN PHYSIQUE :

Mv symétrique .Pas d'adénopathies périphérique

TA: 12/7 RC : 80 T°: 37 . Pd: 48 kg. Sat: 98 %

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB =6500 10³/mm³-(**EO 8%**).HB=13,5 gr/l- PLAQUETTES =333 10³/mm³

VS= 4/11

Créatinine = 6,57 mg/L

MEDICAMENTS PRESCRITS :

- 1) ZENTEL 400 cp Ascaridiose Teniasis
1cp/j x3j a répétera dans 15 jours
- 2) PNEUMO 23
Une injection IM ce jour (A répéter dans 5 ans)

Consultation du 20/09/2012 (Recul : 1 an 8 mois 9 jours)

5 Hospitalisations pour récidenceIl ya 3 mois(12/6/12)et il ya un mois(18/8/12) ..

Toux fébrile ..Diarrhée .. Perte de poids

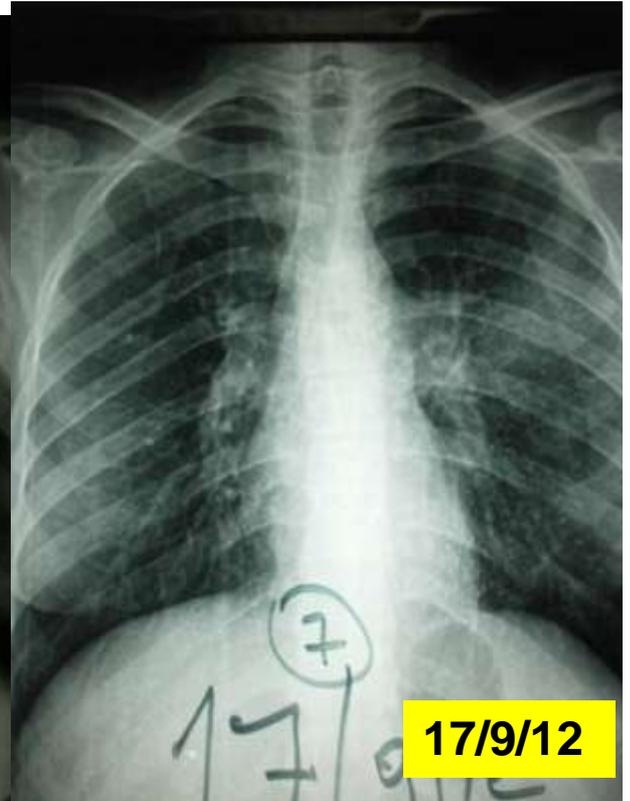
Dernière radio du 17/9/12 Normale



12/6/12



18/8/12



17/9/12

EXAMEN PHYSIQUE :

Sat:98 % . T°=37 . Pd: 44(-4 KG) Mv symétrique

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB = 6600 10³/mm³(**Eosino=1%**)- HB= 12,6 gr/l - PLAQUETTES = 103/mm³

VS : 1^{er} H:9 2^{ème} H:26

LATEX WALEROSE NEGATIVE- AC/NU NEGATIVE- ANCA négative- HIV NEGATIVE

Examen parasitologique des selles: absence de parasites

CRACHAT : ABSENCE DE BAAR

Fibroscopie bronchique: Normale

Lavage Broncho-alvéolaire :

Cellularité :90 000 ce/ml .Macrophage 91%-EO Néant- LYMPHO 6%-PN 3%

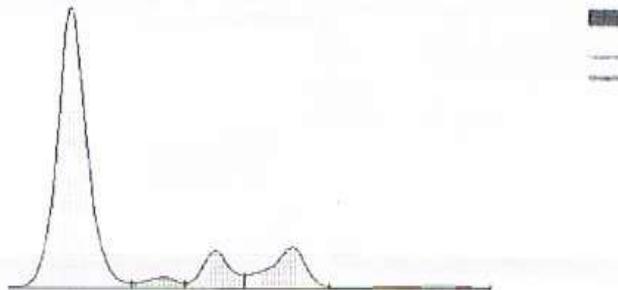
ABSENCE DE BAAR

PRESENCE DE LEVURE ET FLAMENT MUCELINE

Electrophorèse des protides

سیدہ فوزیہ بیگم
 Nom : FOUZIA CHAGOIR
 Date : 11/01/11

ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES



Fractions	Val. %	Référence %	Val. g/L	Référence g/L
Albumine	73.0	52.0 - 68.0	44.53	27.04 - 57.80
Alfa1	3.0	1.5 - 4.5	1.83	0.78 - 3.83
Alfa2	8.3	6.5 - 13.5	5.67	3.38 - 11.48
Beta	13.2	8.0 - 15.0	8.05	4.16 - 12.75
Gamma	1.5	10.5 - 20.5	0.92	5.46 - 17.42

Protéines Totales : 61.00 g/ l [52.00 - 85.00]
 Rapport A/G : 2.70 [0.80 - 1.80]

Commentaire

Electrophorèse des protides

Protide:61

- Albumine: 73 gr/dl (NL:52-67)
- **Gamma : 1,5 gr/dl(NL :10-20)**
- Alpha 1: 3 gr/dl(NL: 2 - 5)
- Alpa 2 : 9,3 gr/dl (NL: 6 -10)
- Betta : 13,2 gr/dl(NL : 8- 14)

• DOSAGEPNDERALE DES IG:

IgG = 3,4 gr/l (8-17)

IGM= 0,06 gr/l (0,55-3)

IGA= 0,24 gr/l (0,7-4,5)

IGE= 0,5 (<15)

Les déficits de l'immunité humorale :

Déficit immunitaire primitif (DIP)

Les hypogammaglobulinémies à expression variable (HGEV) (= déficit immunitaire commun).

L'agammaglobulinémie liée à l'X ou maladie de Bruton.

Le déficit en IgA

Autres DIP rares

- Syndrome hyper-IgM autosomique récessif,
- Déficit en IgM,
- Agammaglobulinémie associée à un déficit en hormone de croissance,
- Déficit immunitaire sélectif vis à vis du virus d'Epstein-Barr (Sd de Portilo).

Déficit immunitaire secondaires

Hémopathies lymphoïdes

Thymomes

Drogues

Immunosuppresseurs

Antiépileptiques

Syndrome néphrotique

Entéropathie exsudative

Les hypogammaglobulinémies à expression variable (HGEV) (= déficit immunitaire commun).

- La forme la plus fréquente .
- Affecte les jeunes adultes entre 20 et 30 ans
- Les trois principales classes d'Ig sériques sont diminuées.

.Maladies infectieuses récurrentes

Pneumonie, Otites, Sinusites (Streptococcus pneumoniae et Haemophilus influenzae)

- Manifestations granulomateuses
- Cancers secondaires
- Manifestations auto-immunes(cytopénies auto-immunes)
- Manifestations rhumatologiques
- Le traitement par les IgIV préviennent les infections chroniques
(Il doit assurer un taux 8 g/l après le début du traitement et un taux d'IgG résiduel d'au moins 5 g/l.L'équilibre est atteint en 3 à 6 mois)

KHALIL A...18 Ans Diabète insulino-dépendant depuis 6 Ans.

Depuis 1 an:

- *Episodes répétés d'œdème de Quincke avec asphyxie et Hypotension
- *Survenu aux décours de l'injection d'insuline qui est devenue prurigineuse
- *Crise grave espacée de quelques semaines à quelques mois avec rémission complète entre les crises.
- *Quelques épisodes d'urticaire isolée avec prédominance des lésions aux niveaux des sites d'anciennes injections d'insuline
- *Persistence de ces épisodes malgré plusieurs changements de marque d'insuline
- *A consulté le centre de pharmacovigilance. L'origine allergique a été exclue.

L'Allergie a l'insuline

A propos d' un cas

- Le diagnostic a été confirmée par des IgE spécifique a l'insuline humaines fortement positive .
- Le rôle des additifs (Zinc ; Latex ; Protamine) est exclus
- Intradermoréaction aux différents types d'insulines → toute positives

BILAN IMMUNO-ALLERGOLOGIQUE

TEST PNEUMOALLERGENE: NEGATIVE

TEST AUX LATEX NEGATIVE

IGE : 92,2

AUTO-AC ANTI-NUCLEAIRES: NEGATIF

NFS: GB = $7 \times 10^3/\text{mm}^3$ - HB = 15,1
gr/l - PLAQUETTES = $243 \times 10^3/\text{mm}^3$

EOS: 1,7



Test cutané en Intradérmique

IDR Apidra :+++20mm phlyctenulaire

IDR AUX Lantus :+++20mm phlyctenulaire



Test cutané en Intradermique

IDR AUX NOVOMIX :+++20mm phlyctenulaire

IDR NPH :+++20mm phlyctenulaire



Réactions de type IgE immédiats

- **1) Réactions cutanées** (1)

Erythème local et gonflement au site d'injection

Urticaire généralisées

Réactions apparaissent dans les anciens sites d'injection d'insuline (2)

Prurit de plantopalmaire

Bouffées de chaleur généralisée

Prurit généralisée

- **2)Angio-oedème** (1)

- **3) Anaphylaxie**(1)

Dyspnée et hypotension

- **4) Décès** (3)

(1)Blanco C,. *Allergy*1996;51:421–424.

(2)Mandrup- *Diabetes Care*2002;25:242–243 3)

(3)Kaya J *Diabetes (« Complications*2007;21:124–127

Stratégie Thérapeutique

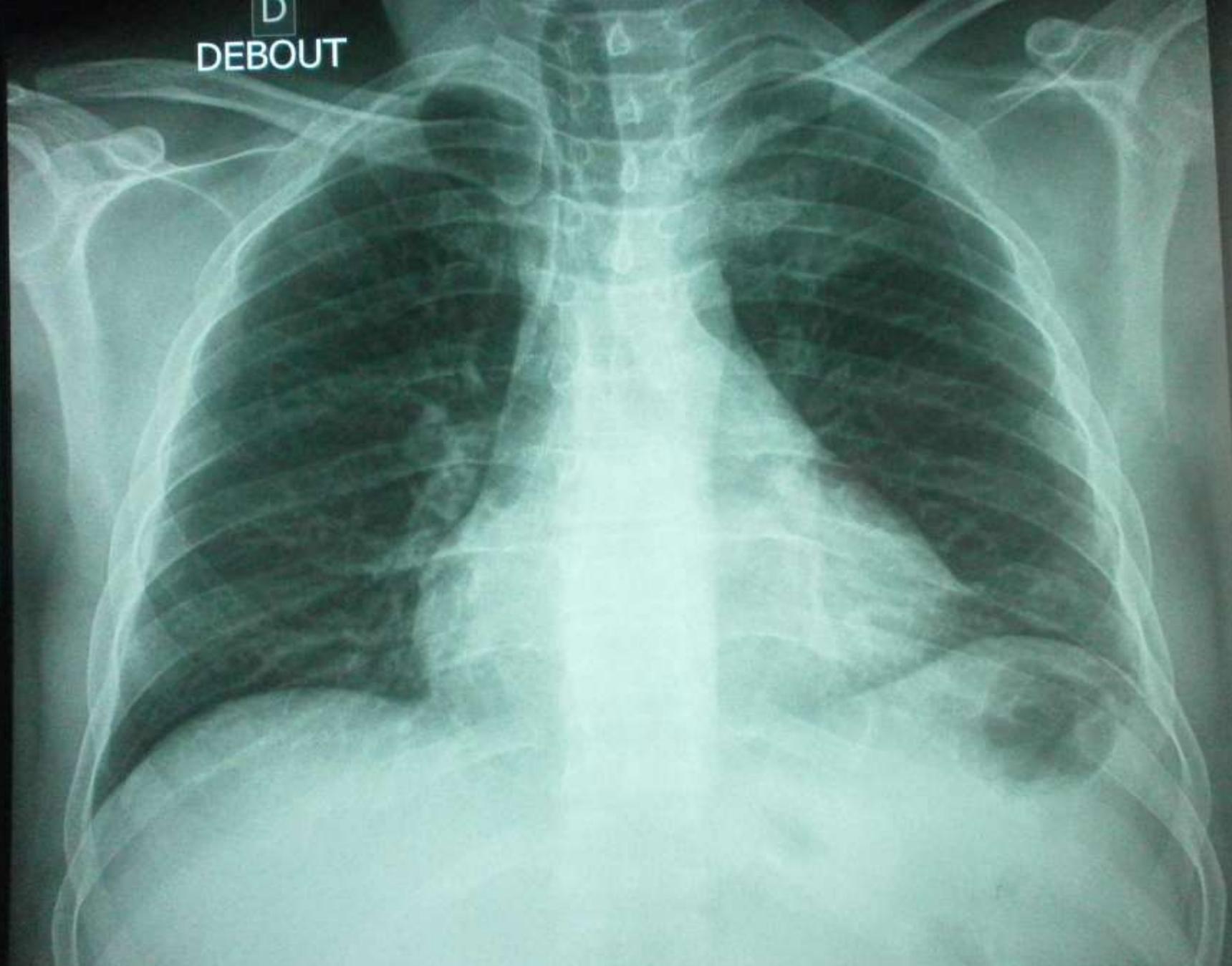
- 1) Changement d'insuline aspart;lispro (1)
- 2) Désensibilisation (2)
- 3) Désensibilisation et corticoïde (1)
- 4) Désensibilisation et antiIGE Omalizumab (3)
- 5) Greffe de Pancréas

- (1) Yokoyama Diabetes Res Clin Pract. 2003 Sep ;61(3):161-6 Allergy
- (2) Heinzerling. Allergy, 63: 148–155 .2008.
- (3) Claudia Diabetes Care June 2012 vol. 35 no. 6 e41

L'Allergie à l'insuline A propos d' un cas traité par Montelukast

- . Nous avons mis notre patient sous 10mg de Montelukast . L'utilisation de cet antagoniste des récepteurs aux leucotriènes chez notre patient est justifiée par sa puissance antiallergique et par l'absence d'autres alternatives thérapeutiques. **Notre observation décrit la première thérapie réussie chez un patient diabétique de type 1 présentant une allergie sévère à l'insuline, où Montelukast a été appliquée à long terme. (suivi de 26 mois)**

D
DEBOUT



Mr ABDELKARIM G .. 34 ANS
M' CONSULTATE LE
30/10/2012 POUR "Douleur
thoracique gauche

HDLM :

Depuis 10 jours lourdeur épaule gauche
et rachis cervicale .. FIEVRE PRLONGEE
mise ss AUGMENTIN -
ZINNAT..Pérsitance de la fièvre

ANTECEDENTS ET TARES :

RCUH DEPUIS 2 ANS SS PENTAZOLE-
Tabac -
Vit en France travaille comme chauffeur

RX THORAX FACE:

FLOUX LSG- TUMEFACTION SOUS
CUTANEE APICALE



EXAMEN PHYSIQUE :

TUMEFACTION PECTROAL GAUCHE
COMBLEMENT CREUX SUS
CLAVICULAIRE

TA: 12/7 RC :121 /min .Sat: 98 %.-
.T°**39** –mv symetrique

EXAMENS BIOLOGIQUES :

VS : 1ér H: 48 2ére H:85

NFS: GB =12300 10 3/mm³- HB=14,8
gr/l - PLAQUETTES = 310 103/mm³

GLYCEMIE:1,53

CREATININE:7,36

CPK:39

LDH:276

CRP: 107,3

AFP =2,45IU/L NL

Bétta HCG 1,20 Mul/ml

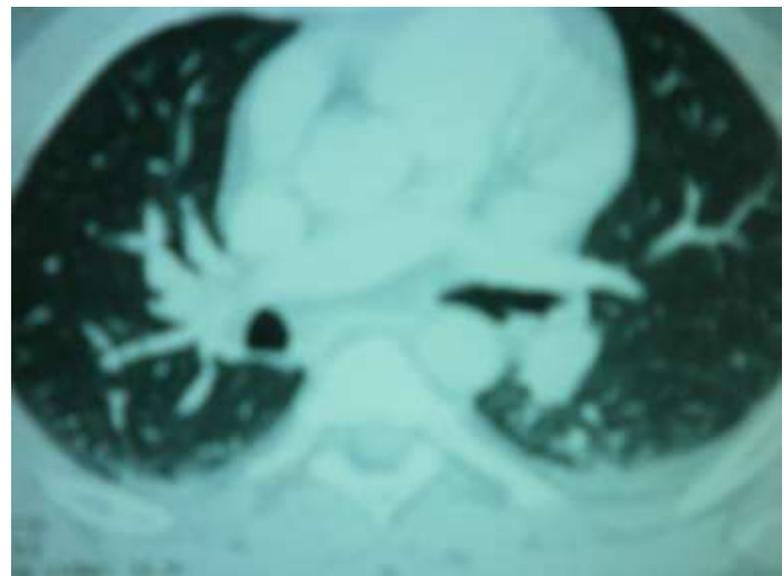
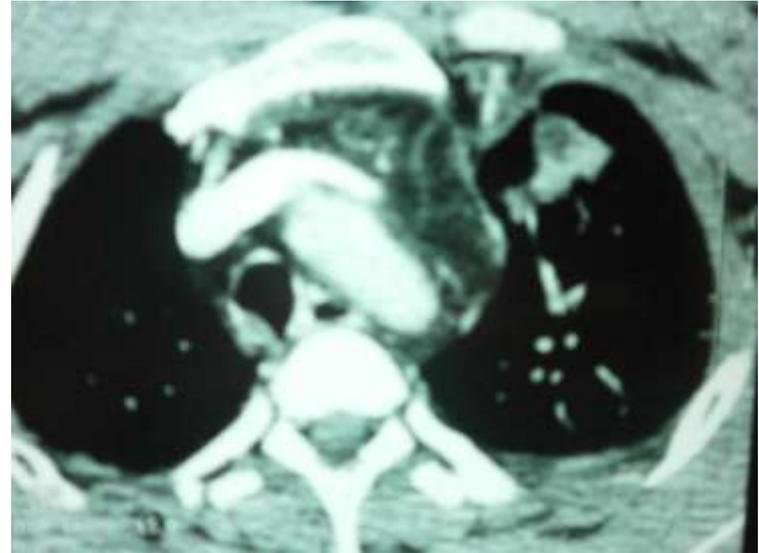
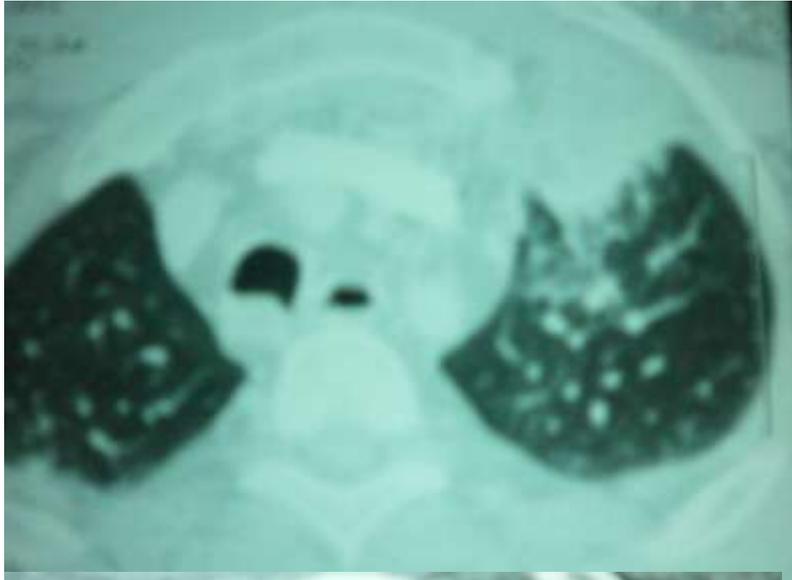
AutoAnticorps 1,20

Procalcitonine :EN ATTENTE

HIV négative



Scanner thoracique: Collection rétro sternale et apicale gauche diffusant en sous cutanéé- Il existe aux niveaux du médiastin un masse antérieur de densité graisseuse refoulant l' aorte et l' axe tracheobronchique-Pleurésie minime gauche



EVOLUTION :

Hospitalisation et mis ss 6 Gr d'AUGMENTIN +3Gr Ciprofloxacine--->
Amélioration clinique ..Garde fébricule le soir(38 ;5)..Pas de frisson

conclusion:

1)Il s'agit d'un homme de 34 ans qui m' a consultée pour tuméfaction diffuse de la région pectorale gauche douloureuse et fébrile s'étendant dans la région du cou. Installation progressive sur 10 jours-Localisation endothoracique aux scanner (Rétro sternal; apicale gauche et médiastinale antérieur)

2)RCUH depuis 2ans sous PENTAZOLE

HYPOTHESE DIAGNOSTIC

- a)Infectieuse (Bactérienne;TBC;Myobactériose ...
- b)Tumoral(Liopsracome??...Thymome
- c)Toxique due aux PENTAZOLE(connue pour des myocardite,fibrose ;pleuresie?)
- d)Manifestation extradiigestive de la RCHU