

# Images in medicine

## Purpura vasculaire récidivant et syndrome de Sjögren: quel lien?

Youssef Kort<sup>1</sup>, Naziha Khammassi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Service de Médecine Interne, Hôpital Razi, La Manouba 2010, Faculté de médecine de Tunis, Tunisie

<sup>2</sup>Corresponding author: Naziha Khammassi, Service de Médecine Interne, Hôpital Razi- 2010, La Manouba -Tunisie

Key words: purpura vasculaire, hypergammaglobulinémie, hypergammaglobulinémie de Waldenstrom

Received: 27/08/2015 - Accepted: 12/09/2015 - Published: 01/10/2015

**Pan African Medical Journal. 2015; 22:92 doi:10.11604/pamj.2015.22.92.7830**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/92/full/>

© Youssef Kort et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

### Image en médecine

Le purpura hypergammaglobulinémique de Waldenstrom (PHGGW) est un syndrome caractérisé par un purpura vasculaire récidivant associé à une hypergammaglobulinémie. Il peut être isolé ou plus fréquemment associé à une hémopathie maligne ou à une connectivité essentiellement le syndrome de Gougerot Sjögren (SGS). Patiente de 48 ans suivie depuis 2 ans pour un SGS associé à un lupus érythémateux systémique, qui présentait depuis environ 6 mois une éruption cutanée paroxystique et récidivante des membres inférieurs s'aggravant à l'effort. Il ne s'y associait pas de fièvre, de sueurs ou d'altération de l'état général. A l'examen cutané, il existait aux membres inférieurs des lésions érythémateuses, pétéchiales, infiltrées et ne s'effaçant pas à la vitropression évocatrices de purpura vasculaire. Le reste de l'examen était sans anomalies. A la biologie, il existait une lymphopénie à 1280/mm<sup>3</sup>, une élévation de la vitesse de sédimentation à 112 mm H1 et une hyperprotidémie à 108g/l en rapport avec une hypergammaglobulinémie d'allure polyclonale à 68g/l. Les valeurs de la CRP et de la fibrinémie étaient normales. Le dosage du complément sérique était normal. La cryoglobulinémie était négative ainsi que les sérologies de l'hépatite

B, C, CMV et HIV. L'échographie trans-thoracique n'objectivait pas de signes d'endocardite infectieuse. Le diagnostic de PHGGW a été retenu devant l'association d'un purpura récidivant à une hypergammaglobulinémie et en l'absence d'éléments en faveur d'une autre étiologie à savoir une cause infectieuse, une cryoglobulinémie ou une vascularite secondaire. La patiente a été traitée par de la colchicine à 1mg/j avec une nette amélioration.



**Figure 1:** lésions érythémateuses, pétéchiales, infiltrées aux membres inférieurs