➤55 LA TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE, (A PROPOS DE 30 CAS)

N.Adimi, S.Nafti,

Clinique des maladies respiratoires CHU Mustapha Alger.

Introduction et but : La tuberculose multi résistante représente 1,5 % de l'ensemble des cas de tuberculose en Algérie, elle est due à des bacilles résistants au moins aux deux antituberculeux majeurs, en l'occurrence l'isoniazide et la rifampicine. Elle pose de nombreux problèmes en raison d'un traitement long et responsable d'effets secondaires graves.

Patients et Méthodes : Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée chez 30 patients TPMDR, 15 hommes et 15 femmes suivis au service de pneumologie du CHU Mustapha sur une durée de 10 ans (2004 à 2013)

Résultats : L'âge moyen des patients était de 31 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 15 à 35 ans, on note une légère prédominance masculine, 36 hommes et 32 femmes.

La résistance a été documentée dans tous les cas par un antibiogramme ; il s'agissait d'une triple résistance à la rifampicine, isoniazide et Streptomycine dans 75 %, 23% des cas, d'une résistance à RHZE dans 5 cas et d'une résistance à RH dans 4 cas. Sur l'ensemble des cas, 25% des cas sont familiaux. Tous les patients ont été traités par un régime de 3ème ligne ; standardisé dans 70% des cas et individualisé dans 30% des cas. La durée moyenne du traitement était de 24 mois. Les effets secondaires du traitement ont été retrouvés dans 57% des cas. L'évolution est marquée par la guérison dans 68,7% des cas, 23,3% de perdu de vue, 4 décès.

Conclusion : La tuberculose multi résistante reste préoccupante, sa prise en charge est complexe, principalement à cause de la longue durée du traitement et des effets secondaires fréquents d'où l'intérêt d'un suivi rigoureux afin d'obtenir la guérison et éviter les abandons de traitement.

➤56 LE DÉFICIT IMMUNITAIRE COMMUN VARIABLE (À PROPOS DE 16 CAS)

(1) S. Belhaj Mohamed ; A. Berriri ; H. Ben Salem ; I. Gargouri ; A. Abdelghani ; A. Hayouni ; A. Garrouch ; M. Benzarti

(2) A. GUIGA ; A. ATIG ; N. Ghannouchi ; M. KHALIFA ; F. Bahri

1 : Service de pneumologie, CHU Farhat hached Sousse

2 : Service de Médecine interne, CHU Farhat hached Sousse.

Introduction: Le déficit immunitaire commun variable (DICV) regroupe les patients atteints d'un désordre immunitaire qui s'exprime par un défaut primaire de synthèse des immunoglobulines. Les manifestations cliniques révélatrices sont dominées par les infections respiratoires récidivantes.

But : Etablir une présentation de DICV, avec une analyse des caractéristiques cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutives

Matériel et Méthodes : 16 observations ont été colligées entre 1994 et 2013 dans les services de pneumo-allergologie et de médecine interne du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse.

Résultats : Notre série comprend 10 femmes et 6 hommes âgés au moment du diagnostic de 36 ans en moyenne. Le délai

moyen du diagnostic était de 9 ans. Les infections récidivantes étaient le mode d'entrée de la maladie dans 14 cas ; il s'agit des infections broncho-pulmonaires : 12 cas ; sinusite maxillaire : 4 cas ; diarrhée infectieuse : 3 cas et méningite bactérienne : 2 cas. Un syndrome de Budd-Chiari aigu avait révélé le DICV dans un cas et un purpura thrombopénique immunologique était révélateur chez une patiente. Sept patients (50%) avaient une diarrhée chronique qui présentait le mode d'entrée de la maladie dans 4 cas. Une hépatomégalie, une splénomégalie et des adénomégalies, en rapport avec une granulomateuse liée au DICV, étaient retrouvés respectivement dans 50%, 42% et 35% des cas. Un retard staturo-pondéral et pubertaire était noté chez trois patients. Tous les patients avaient reçu un traitement substitutif par des immunoglobulines polyvalentes par voie IV : 400 à 600 mg/Kg toutes les 3 à 4 semaines. Le délai moyen de survenue de complications était de 3 ans. Il s'agit essentiellement des complications respiratoires retrouvées dans 71% des cas. L'évolution vers une cirrhose de la granulomateuse hépatique était notée dans un cas. Un adénocarcinome gastrique était diagnostiqué chez un autre patient. Trois décès ont été notés : 2 décès par IRA sur IRC et un décès par cancer gastrique.

Conclusion : Le DICV est une affection de l'enfant et de l'adulte jeune, mais qui peut être découverte à n'importe quel âge de la vie. L'électrophorèse des protéines sériques est un examen simple qui doit être réalisé devant des infections respiratoires récidivantes et/ou des dilatations de bronches diffuses.

➤57 LE KYSTE HYDATIQUE PULMONAIRE DE L'ENFANT : UNE PATHOLOGIE BÉNIGNE ?

Snène H¹, Berraies A¹, Ammar J¹, Hedhli A¹, Boudaya S², Ouali H¹, Kilani T², Hamzaoui A¹

1-Pavillon B. Hôpital A.Mami. Ariana. Hôpital A.Mami. Ariana

2-Service de chirurgie thoracique. Hôpital A.Mami. Ariana

Introduction : L'hydatidose est une maladie encore endémique dans notre pays. Le kyste hydatique (KH), dont la localisation préférentielle est hépatique pour l'adulte et pulmonaire pour l'enfant, résulte de la transformation kystique de la forme larvaire du parasite. Le développement du kyste est long, le plus souvent asymptomatique, ne permettant généralement qu'un diagnostic tardif.

Patients et Méthodes : Soixante-neuf cas de kyste hydatique chez l'enfant ont été colligés de 2003 à 2013. Il s'agit de 36 garçons et 33 filles. L'âge moyen était de 11,36 ans (4 à 18 ans).

Résultats : Les patients sont originaires de zones endémiques dans 58,8% des cas. Le contage hydatique a été retrouvé dans 73,9% des cas. Un antécédent de KH dans la famille a été retrouvé dans 13% des cas. Le délai moyen de consultation était de 135 jours (2 jours à 2 ans). Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la toux (57,9%) et les douleurs thoraciques (49,2%) suivis par l'hémoptysie (42%) et la fièvre (36%). La vomique hydatique a été retrouvée dans 15,9% des cas. Il s'agissait de KH unique dans 78,2% (55,5% à droite et 44,5% à gauche), compliqué dans 45 cas et simple dans 30 cas. La

taille moyenne du KH était de 5,7 cm (de 1,5 à 15 cm). Un KH du foie était associé dans 30,4% des cas. La sérologie hydatique a été faite dans 47,8% des cas (était positive dans 23 cas). Une fibroscopie bronchique a été faite lorsque l'aspect radiologique était moins évocateur dans 14 cas (20,3%) avec visualisation de membrane hydatique dans 10 cas. Le traitement chirurgical a été réalisé dans 68 cas (98,5%) et un enfant a été mis sous Albendazole devant une hydatidose multiple. Une lobectomie a été réalisée dans 17,4% des cas et une bilobectomie dans 2,9% des cas. Des complications post-opératoires sont survenues dans 30,4% des cas et des séquelles pulmonaires ont été notées dans 47,8% des cas.

Conclusion : L'échinococcose pulmonaire est la localisation la plus fréquente de l'hydatidose de l'enfant. L'approche diagnostique de l'hydatidose pulmonaire est relativement facile en zone endémique, toutefois les conséquences peuvent être lourdes allant jusqu'à la résection pulmonaire. Les séquelles post-opératoires sont assez fréquentes ce qui met l'accent sur le rôle primordial de la prévention.

58 LE PROFIL CLINIQUE ET ÉVOLUTIF DE LA MILIAIRE TUBERCULEUSE CHEZ LE SUJET NON INFECTÉ PAR LE VIRUS VIH.

R. El Bay, S. Ben Saad, H. Daghfous, I. Mejri, F. Tritar
Service de pneumologie C. Hôpital Abderrahmen Mami. Ariana

Introduction: La miliaire tuberculeuse (MT) est une forme grave de la tuberculose.

But : Notre étude a pour but d'identifier les facteurs de risque de la MT et de décrire les particularités thérapeutiques, évolutives et pronostiques de la maladie.

Patients et Méthodes: Il s'agit d'étude rétrospective, sur dossiers de patients hospitalisés au service de Pneumologie, pavillon C de l'hôpital Abderrahmen Mami pour MT et ayant une sérologie VIH négative.

Résultats : Nous avons inclus 23 patients âgés en moyenne de 47 ans (16-83 ANS). Les facteurs de risque de tuberculose ont été identifiés dans 7 cas : un diabète (n=2), une psychose (n=2), une hépatite C (n=1) et une corticothérapie systémique au long cours (n=2). Le diagnostic de tuberculose a été confirmé dans 7 cas (30%) : bacilloscopie (n=4) et histologie (n=3). Les localisations extra-respiratoires de la tuberculose ont été retrouvées dans 16 cas : splénique (n=4), ganglionnaire (n=3), hépatique (n=3), cérébro-méningée (n=3), surrénalienne (n=1), ophtalmique (n=1) et péricardique (n=1). A côté du traitement anti-tuberculeux prescrit chez tous les patients, une corticothérapie associée a été indiquée dans 4 cas. L'évolution à court terme a été marquée par l'apparition d'une insuffisance surrénalienne fatale dans 1 cas et un décès. L'évolution à long terme avec un recul de 12 mois a été favorable chez le reste des patients. Un patient a développé une toxiémie à l'isoniazide après 47 jours de traitement. Cinq patients ont gardé des séquelles radiologiques pulmonaires.

Conclusion: La MT est de plus en plus décrite chez les sujets non infectés par le virus VIH. Le principal facteur pronostique est la précocité d'une prise en charge efficace de cette pathologie.

59 LES ACCIDENTS GRAVES LIÉS AU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX PAR L'ASSOCIATION DE DROGUES FIXES

Kotti A, Daghfous H, Ben Saad S, Kahloul O, Tritar F
Service de Pneumologie, pavillon C, hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

Introduction : Les résultats des études d'évaluation de la tolérance des associations de drogues fixes (ADF) basées sur la présence ou non d'effets secondaires sont très hétérogènes. Les effets secondaires dus aux ADF sont représentés essentiellement par les troubles digestifs, les lésions cutanées et les troubles hépatiques.

But : Comparer la fréquence et les types des accidents graves liés au traitement par ADF comparé au régime de traitement séparés (RS). Décrire la prise en charge de ces accidents graves.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective incluant 200 patients répartis en 2 groupes : 1er groupe (G1= 100 patients) (39,7 ± 16,8 ans) traités par l'ADF : isoniazide (H) 75 mg + rifampicine (R) 150 mg + ethambutol (E) 275 mg et pyrazinamide (Z) 400 mg et 2ème groupe (G2= 100) : patients (38 ± 16,7 ans) traités par les médicaments anti-TB séparés ou dissociés.

Résultats : Selon l'âge, le sexe, les antécédents et la présentation radio-cliniques les 2 groupes étaient comparables. Quarante-et-un patients (42 patients G1 versus 39 patients G2) avaient présentés 177 effets secondaires répartis de façon comparable entre les 2 groupes. Les accidents graves représentaient 41,2% des effets secondaires (n=7), notés chez 47 patients et plus rapportés dans le G1 (n=27) que dans le G2 (n=20) mais sans différence statistiquement significative. Le délai moyen d'installation des accidents était comparable entre les 2 groupes, il était de 31,1 ± 36,8 jours (32,4 ± 36,8 jours vs 31,4 ± 35,8 jours). Il s'agissait de troubles hépatiques dans 46,5% des cas (51,2% vs 40,6%) représentés essentiellement par la cytolyse (76,4%) suivi par les atteintes cutanées dans 24,6% des cas (21,9% vs 28,1%). Les troubles hématologiques, notés dans 13,7% des cas étaient plus fréquents dans le G1. Un seul patient du G2 avait présenté une anaphylaxie. D'autres accidents graves étaient rarement décrits : lupus induit (n=1), néphropathie interstitielle (n=1) et neuropathie axonale (n=1). Les antituberculeux incriminés étaient le pyrazinamide et l'isoniazide rapportés respectivement dans 30 cas (20 vs 10) et 22 cas (12 vs 10). La modification du schéma thérapeutique était indiquée dans 78,5% des cas, sans différence statistiquement significative entre les 2 groupes : arrêt définitif de médicament dans 22 cas, ajustement des doses des médicaments incriminés dans 12 cas, substitution d'un médicament dans 9 cas (40,9%) et recours aux drogues de 2ème ligne dans 5 cas. L'évolution était favorable chez tous les patients.

Conclusion : Les différents effets indésirables liés aux antituberculeux sont comparables dans les 2 groupes et sont essentiellement notés au cours de la phase initiale du traitement.