

## 79 PRISE EN CHARGE ET ÉVOLUTION DES BRONCHIECTASIES CHEZ L'ENFANT

O. Bouyahia, S. Ben Messoud, F. Friha, Z. Fitouri, S. Ben Becher, A. Sammoud  
Hôpital d'enfants de Tunis

**Introduction :** Les dilatations de bronches ou bronchiectasies représentent une cause majeure de pathologie respiratoire chronique dans les pays en voie de développement. Le but de cette étude est de décrire, à partir d'une série personnelle, les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutives des patients suivis pour bronchiectasie.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de 41 enfants suivis pour bronchiectasie entre janvier 1994 et décembre 2010. Le diagnostic, suspecté sur des symptômes cliniques, a été confirmé par des anomalies à la radiographie du thorax (n=38) et/ou à la tomodensitométrie (n=37).

**Résultats :** Quarante trois observations ont été colligées soit une incidence de 2.38 cas/an, l'âge moyen du diagnostic était de 5 ans 9 mois (extrêmes : 6 mois-14ans). Les signes d'appel étaient dominés par la toux chronique et la bronchorrhée. Trente quatre pour cent des patients avaient une dyspnée dès la première consultation. Le délai moyen du diagnostic était de 2, 7 ans (extrêmes : 2 mois-4 ans). Une étiologie n'a été retrouvée que dans 52% des cas : mucoviscidose (17%), séquelles d'infections (9, 7%), dyskinésie ciliaire (9, 7%), déficit immunitaire (9, 7%), inhalation de corps étranger (4, 8%). Après un recul moyen de 6, 6 ans, le nombre moyen d'épisodes de surinfection respiratoire basse est passé de 7, 2 $\pm$ 3 à 3, 1 $\pm$ 2, 6 (p<0, 05), 21, 9% des patients sont au stade d'insuffisance respiratoire chronique.

**Conclusion :** Le diagnostic de bronchiectasie demeure tardif dans notre série. Les bronchiectasies de cause indéterminée sont fréquentes de même que les causes congénitales. Le pronostic est sévère avec une évolution fréquente vers l'insuffisance respiratoire chronique.

## 80 PROFIL ÉTIOLOGIQUE DES HÉMOPTYSIES : À PROPOS DE 60 CAS

S. Dhaoui, S. Toujani, S. Habibech, A. Kotti, M. Mjid, Y. Ouahchi, N. Ben Salah, B. Louzir, N. Mehiri, J. Daghfous, J. Cherif, M. Béji  
service de pneumologie allergologie hôpital la Rabta Tunis, Faculté de médecine de Tunis El Manar –unité de recherche UR12SPO6

**Introduction :** L'hémoptysie est un motif fréquent d'hospitalisation en pneumologie. Il s'agit d'une urgence thérapeutique et diagnostique.

**Buts ET Méthodes :** L'objectif de ce travail est de rappeler les particularités cliniques, les diagnostics étiologiques de l'hémoptysie à travers une étude rétrospective de patients hospitalisés dans un service de pneumologie entre 2008 et 2013 pour une hémoptysie.

**Résultats :** Il s'agit de 60 patients, 10 femmes et 50 hommes, d'âge moyen 45 ans. L'hémoptysie était de faible abondance dans 46 cas, de moyenne dans 11 cas et de grande abondance dans 3 cas. L'examen physique a révélé des signes de choc hypovolémique dans 5 cas. Un bilan d'hémostase perturbé a été

noté dans 4 cas. La radiographie du poumon était normale dans 14 cas. La fibroscopie bronchique a montré des stigmates de saignements (11 cas) et un saignement actif (11 cas). Le scanner thoracique a été pratiqué à 39 patients. L'embolisation artérielle bronchique a été pratiquée dans 4 cas et la chirurgie d'hémostase dans 4 cas. Les principales étiologies d'hémoptysie rencontrées dans notre étude étaient : la tuberculose pulmonaire active dans 23 cas, le cancer bronchique dans 10 cas et les dilatations des bronches dans 9 cas. Une surinfection sur séquelles de tuberculose a été retrouvée dans 4 cas, une pneumopathie infectieuse dans 2 cas, une séquestration pulmonaire dans 2 cas. Un rétrécissement mitral, une malformation artérioveineuse et un traumatisme thoracique ont été notés dans un cas chacun. L'étiologie est restée indéterminée dans 2 cas. L'évolution a été favorable dans la majorité des cas. Neuf cas sont décédés dont 3 par hémoptysie cataclysmique. Les récurrences ont été rapportées dans 3 cas.

**Conclusion :** Les principales étiologies des hémoptysies sont les cancers bronchiques et la tuberculose pulmonaire. Un bilan étiologique complet est nécessaire afin de traiter la cause et prévenir les récurrences potentiellement mortelles.

## 81 PROFIL ÉTIOLOGIQUE DES PLEURÉSIES EXSUDATIVES : À PROPOS DE 43 CAS

G. Soussi, H. Smadhi, O. Neffati, L. Elfekih, M. Bendoudouh, H. Ben Abdelghaffar, H. Hassan, D. Greb, I. Akrouf, S. Fenniche, M. L. Megdiche

Service de pneumologie IBN Nafis Hôpital Abderrahman Mami, Ariana, Tunisie

**Introduction :** La pleurésie constitue un motif fréquent de consultation en pneumologie. Les pleurésies exsudatives sont d'étiologies diverses et dictent une prise en charge distincte pour chaque groupe. L'étiologie tuberculeuse demeure fréquente en pays d'endémicité mais la hantise reste toujours la néoplasie dont le diagnostic et la prise en charge ne doivent souffrir d'aucun délai.

**But :** Notre travail rétrospectif a pour but de déterminer les étiologies des pleurésies exsudatives durant la période allant du 1er Janvier 2011 au 10 Octobre 2013.

**Résultats :** Il s'agit d'un groupe de 43 patients d'âge moyen égal à 42.5 ans avec un sexeratio de 1.15. Vingt-trois patients (53.5%) étaient tabagiques. Trois patients (7%) avaient des antécédents personnels de néoplasie : un cas de synoviosarcome de la cuisse, un cas de lymphome B et un cas de carcinome épidermoïde du col de l'utérus. Les 3 patients avaient été diagnostiqués et traités il y a au moins 3 ans et étaient tous en rémission. Les signes fonctionnels étaient dominés par la toux et les douleurs thoraciques (74.4% chacune) suivies par l'altération de l'état général (62.8%). L'imagerie thoracique a montré : une opacité d'allure pleurale isolée (31cas), une atteinte parenchymateuse associée (10 cas), des adénomégalies médiastinales associées (2 cas), un seul avait un épaississement pleural suspect. A la biologie, 32 patients (74.4%) avaient un syndrome inflammatoire. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction pleurale, ramenant un liquide clair,

jaune citrin dans 21 cas (48.8%), hématiche ou séro-hématiche dans 11 cas (25.6%). Trois ponctions (7%) sont revenues blanches devant la faible abondance de l'épanchement. L'étude cytologique du liquide pleural a montré une prédominance lymphocytaire chez 36 patients (83.7%), une formule panachée chez 3 patients (7%) et une prédominance d'éosinophiles chez un seul cas (2.3%). Trente-quatre patients (79%) ont eu au moins une biopsie pleurale à l'aveugle. Celle-ci a abouti au diagnostic dans 23 cas, soit une rentabilité de 67.6%. Parmi les 11 patients qui ont eu des biopsies pleurales négatives, on a pu se passer de la thoracoscopie devant l'obtention d'autres éléments conduisant au diagnostic dans 8 cas. Le recours à la thoracoscopie a été indiqué chez 3 patients. Celle-ci a abouti au diagnostic chez 2 d'entre eux (66.6%). Le profil étiologique obtenu est comme suit : 27 cas (62.8%) de tuberculose pleurale, 5 cas de pleurésie métastatique (11.6%), 3 cas (7%) de pleurésie virale, 2 cas (4.65%) de séquelles pleurales, 1 cas (2.3%) d'épanchement réactionnel à une contusion pulmonaire et 4 cas (9.3%) d'étiologie indéterminée.

**Conclusion :** La biopsie pleurale occupe une place prépondérante dans la démarche étiologique des pleurésies exsudatives où la tuberculose sévit encore en mode endémique. Néanmoins, le recours à la thoracoscopie à visée diagnostique et/ou thérapeutique est parfois nécessaire.

## ➤82 VIEILLISSEMENT PULMONAIRE EN CAS DE DIABÈTE SUCRÉ

*I. Sfaxi, I. Ghannouchi, S. Rouatbi*

*Service de physiologie et explorations fonctionnelles. EPS Farhat HACHED.*

**Introduction :** Le système respiratoire subit une involution progressive avec l'âge, ceci définit le vieillissement pulmonaire. Plusieurs facteurs peuvent accélérer ce vieillissement respiratoire notamment le diabète sucré. En effet, le poumon fait partie des organes cibles des complications dégénératives de cette maladie du fait de la présence d'un tissu conjonctif abondant et d'un riche réseau vasculaire.

**Buts :** Etudier les paramètres respiratoires altérés avec l'âge et évaluer la vitesse de cette altération chez le diabétique par rapport au sujet sain, analyser les facteurs qui ont une influence sur la vitesse du déclin de la fonction respiratoire chez les diabétiques et identifier le type de diabète le plus incriminé dans l'involution de cette fonction.

**Patients et Méthodes :** 126 patients diabétiques, âgés de 18 à 74 ans, répartis en 33 diabétiques de type 1 (DT1) et 93 diabétiques de type 2 (DT2) ont été sélectionnés. 101 sujets sains volontaires ont été retenus servant de témoin. Cet échantillon a bénéficié d'un bilan biologique et a répondu à un questionnaire. Une pléthysmographie corporelle totale a été réalisée. Les principaux paramètres analysés étaient : la capacité vitale lente et forcée (CV et CVF), le volume expiratoire maximum seconde (VEMS), le débit expiratoire maximal médian (DEMM), la capacité pulmonaire totale (CPT) et la capacité de diffusion alvéolo-capillaire (DLCO).

**Résultats :** Les moyennes des variables ventilatoires des DT1 (la CV, le VEMS et la CVF) étaient plus basses que celles des

DT2 ( $p < 0, 05$ ). Les DT1 avaient des âges pulmonaires plus avancés de 10 ans que leurs âges chronologiques. Les chutes en fonction de l'âge de la CVF et du VEMS chez les diabétiques surtout de type 2 étaient plus accélérées que celles chez les sujets sains. La CPT diminuait avec l'âge chez les DT1 et les DT2 alors qu'elle augmentait chez les sujets sains. L'âge à partir duquel, le déclin des volumes et des débits commençait à s'accélérer chez les diabétiques était de 47 ans contre 58 ans chez les sujets sains. Tous ces résultats indiquent que le diabète induit une accélération du vieillissement de la mécanique respiratoire.

En plus de l'âge, plusieurs facteurs peuvent contribuer au déclin fonctionnel respiratoire chez le diabétique. L'obésité qui est fréquente chez les DT2 peut modifier la mécanique respiratoire. En effet, les DT2 obèses avaient des volumes pulmonaires plus bas par rapport aux DT2 non obèses ( $p < 0, 05$ ). Ceci est en faveur d'un déficit ventilatoire restrictif due à l'augmentation de la charge élastique imposée par l'excès pondéral. Egalement le traitement insulinaire est un facteur aggravant de la dégradation de la fonction pulmonaire. Une corrélation négative de la CVF(%) et du VEMS(%) avec le traitement insulinaire a été trouvée surtout chez les DT1. Une corrélation négative a été également trouvée entre le VEMS(%) et l'hémoglobine glyquée suggérant que la non équilibration du diabète est un facteur dégradant de la mécanique ventilatoire.

Les valeurs de la DLCO et du rapport DLCO/VA des diabétiques étaient nettement plus basses que celles des sujets sains. Toutefois, leurs chutes en fonction de l'âge commençaient plus précocement, 47 ans chez les diabétiques contre 58 ans chez les sujets sains. Ces faits appuient la notion du vieillissement accéléré du poumon profond induit par le diabète. La DLCO et le rapport DLCO/VA étaient corrélés avec l'ancienneté du diabète ( $p < 0, 05$ ). Ceci s'explique par une lésion vasculaire (microangiopathie) ou membranaire pulmonaire.

**Conclusion :** Le poumon est prédisposé aux complications dégénératives du diabète sucré qui peuvent expliquer un vieillissement pulmonaire plus accéléré et plus précoce chez les diabétiques (DT1 et DT2) par rapport aux sujets sains.

## MALADIES RARES

### ➤83 ATTEINTE MULTI-SYSTÉMIQUE AU COURS DE LA SARCOÏDOSE

*Zaibi H, Baccar MA, Ourari-Dhahri B, Ben Amar J, EL Gharbi L, Azzabi S, Aouina H, Bouacha H*

*Service de Pneumologie, Centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*

**Introduction** La sarcoïdose est une affection systémique d'étiologie inconnue, touchant avec prédilection les poumons et les ganglions, l'atteinte extra-thoracique peut être de mauvais pronostic.