

86 INFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES COMMUNAUTAIRES ET CONNECTIVITES : A PROPOS DE 39 CAS

M.El Euch, M.Maïza, F.Saïd, T.Ben Salem, A.Hamzaoui, I.Ben Ghorbel, M.Khanfir, M.Lamloum, H.Houman
Service de médecine interne CHU La Rabta, Tunis

Introduction : L'évolution des maladies systémiques (MS) est pourvoyeuse d'infections broncho pulmonaires de part les traitements imposés par la maladie sous-jacente.

Nous rapportons une étude descriptive concernant le profil socio démographique et étiologique des pneumopathies infectieuses observées au cours des MS.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 39 dossiers de patients hospitalisés dans le service de médecine interne au CHU La Rabta durant la période entre 2000 et 2012. Tous les cas de pneumopathies infectieuses survenues au cours des MS ont été inclus. On a recherché pour chaque malade les caractéristiques socio démographiques, cliniques, biologiques, diagnostiques, thérapeutiques, les données de l'imagerie et des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) ainsi que l'évolution observée.

Résultats : Nous avons colligé 39 cas âgés en moyenne de 48 ans [17-78 ans]. Une nette prédominance féminine a été retrouvée avec un sex ratio F/H=2, 6 (11 hommes et 29 femmes). La symptomatologie clinique était une dyspnée d'effort (1 cas), une toux sèche (1 cas), une toux productive avec expectorations purulentes (14 cas), une fièvre (10 cas), des hémoptysies (4 cas) et des douleurs basithoraciques (6 cas). Des râles crépitants ont été auscultés dans 23 cas. Une hypoxémie était retrouvée dans 13 cas. La radiographie thoracique avait montré un syndrome alvéolaire (27 cas), interstitiel (1 cas), réticulonodulaire (2 cas), un foyer de pneumopathie (6 cas), une PFLA (2 cas) et un abcès confirmé par TDM thoracique (1 cas). Les MS retrouvées étaient réparties comme suit : lupus érythémateux systémique (13 cas), vascularite primitive (11 cas), maladie de Horton (4 cas), syndrome de Gougerot Sjögren et dermatomyosite (3 cas chacun), sarcoïdose (2 cas), un syndrome auto immunitaire multiple et sclérodémie systémique (1 cas chacune). Le traitement prescrit pour les MS était basé sur les corticoïdes (16 cas), le cyclophosphamide (18 cas), le méthotrexate (3 cas) et l'azathioprine (1 cas). L'antibiothérapie instaurée était l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique (26 cas), les fluoroquinolones (12 cas), les céphalosporines de 3ème génération (5 cas) et la téicoplanine (2 cas). Une lobectomie était réalisée pour le malade qui avait l'abcès pulmonaire. L'évolution était favorable (31 cas), aggravée (4 cas de pneumopathie récidivante, 1 cas de greffe aspergillaire) et deux décès étaient survenus dans un tableau de staphylococcie pulmonaire et d'insuffisance respiratoire réfractaire.

Conclusion : Les infections broncho pulmonaires au cours des MS sont fréquentes du fait des traitements imposés par ces pathologies. Les immunosuppresseurs sont pourvoyeurs d'un risque infectieux non négligeable et il importe de les traiter convenablement chez ces patients.

87 L'ATTEINTE RESPIRATOIRE AU COURS DU SYNDROME DE GOUGEROT- SJOGREN

Tliba A, Gharssallah I, Boussetta N, Metoui L, Ajili F, Laanani A, Louzir B, Othmani S
Service de Médecine Interne - hôpital militaire de tunis

Introduction : Le syndrome de Gougerot-Sjogren (SGS) est une maladie auto-immune systémique caractérisée par une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines. Il s'y associe aussi une atteinte extra-glandulaire, dont l'atteinte respiratoire, qui peut aggraver le pronostic de la maladie.

Matériel et Méthodes : Nous proposons dans ce travail d'étudier l'aspect épidémiologique clinique et radiologique de l'atteinte pulmonaire au cours du SGS à partir d'une série de 25 patients hospitalisés à l'hôpital militaire de Tunis sur une période de 10 ans allant de 2002 à 2012.

Résultats : Treize de nos 25 patients suivis pour SGS présentaient une atteinte respiratoire soit 52 % des cas. L'atteinte respiratoire était la circonstance de découverte du SGS dans 7 cas (28%). Sur le plan fonctionnel trois malades avaient une dyspnée, 4 patients se plaignaient de toux chronique associée dans un cas à des sécrétions bronchiques, 4 patients avaient une dyspnée associée à une toux chronique et deux autres étaient asymptomatiques. Sur le plan radiologique (radiographie standard et scanner thoraciques), on a retrouvé dans 6 cas un aspect en verre dépoli avec des lésions interstitielles bilatérales, deux malades avaient une fibrose pulmonaire avec distorsion architecturale et aspect en rayon de miel et un épanchement pleural bilatéral de moyenne abondance a été noté dans deux cas. Trois patients avaient des manifestations respiratoires sans traduction radiologique. L'exploration fonctionnelle respiratoire, faite pour tous les patients, a été pathologique chez 6 patients, elle a objectivé un syndrome ventilatoire restrictif chez 5 patients dont deux étaient asymptomatiques. Un trouble ventilatoire mixte obstructif et restrictif a été mis en évidence dans un cas avec un DLCO diminué de 20% chez ce même patient. Le lavage broncho alvéolaire a été pratiqué chez seulement 2 de nos patients et avait montré une lymphocytose à 25% dans un cas et un aspect normal dans l'autre. Une seule patiente avait bénéficié d'une échographie cardiaque qui a montré une péricardite sans signes d'hypertension artérielle pulmonaire.

Conclusion : L'atteinte respiratoire au cours du SGS peut changer le cours évolutif de cette maladie auto-immune. Il est important de la reconnaître le plus tôt possible et d'introduire le traitement afin d'éviter l'évolution vers une complication redoutable qui est la fibrose pulmonaire.

88 LA PNEUMOPATHIE INFILTRANTE DIFFUSE AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PAR)

I. Touil, H. Mribah, S. Joobeur, N. Skhiri, S. Blel, S. Cheikh Mhamed, H. Mahou, R. Ben Jazia, A. Migaou, N. Rouatbi, A. El Kamel
Service de pneumologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

Introduction : La pneumopathie interstitielle et la fibrose sont les manifestations pulmonaires les plus fréquentes de la PAR.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective portant sur 25

dossiers de patients porteurs de polyarthrite rhumatoïde avec pneumopathie infiltrante diffuse. But: Dresser le profil clinique, fonctionnel et thérapeutique de ces patients.

Résultats : Parmi 34 patients porteurs de polyarthrite rhumatoïde avec atteinte respiratoire, 25 (73, 5%) présentent une pneumopathie infiltrante diffuse. L'âge moyen de nos patients est de 61.6 ans (44 à 84 ans), avec une prédominance féminine (76%). Aucun patient n'avait des antécédents familiaux de fibrose pulmonaire. 16 patients (64%) sont déjà suivis pour une polyarthrite rhumatoïde, dont 15 (93.7%) bénéficiant d'un traitement. Les médicaments prescrits sont par ordre de fréquence décroissant: corticoïdes (80%), Méthotrexate (73.3%), Sels d'or (26.6%) et Salazopyrine (13.3%). Le délai moyen d'apparition des signes fonctionnels respiratoires est de 3, 6 mois. Les manifestations respiratoires sont révélatrices de la PAR dans 36% des cas. Le facteur rhumatoïde, pratiqué chez tous les patients est positif dans 88% des cas. Par ailleurs, la recherche d'anticorps anti-CCP pratiquée chez seulement 4 patients, est revenue positive. Les lésions élémentaires à la TDM thoracique, pratiquée chez tous les patients, sont dominées par l'aspect en verre dépoli, le rayon de miel et les réticulations objectivées à la même proportion dans 56% des cas. D'autre part, des nodules pulmonaires sont observés dans 20% des cas et une distorsion architecturale du parenchyme pulmonaire dans 24% des cas. Le bilan fonctionnel respiratoire objective une baisse modérée du VEMS (valeur moyenne de 74.9%), de la CVF (valeur moyenne de 72.3%) ainsi que de la CPT (valeur moyenne de 78.5%). La diffusion pulmonaire appréciée par la DLCO est modérément altérée (valeur moyenne de 69.7%). Au total, 20 patients (80%) ont bénéficié d'un traitement à base de : corticoïdes (85%), colchicine (40%), Salazopyrine (15%), Méthotrexate (10%) et anti-TNF α (5%). Une insuffisance respiratoire chronique justifiant une oxygénothérapie de longue durée est observée chez 3 patients. L'évaluation thérapeutique objective une réponse au traitement dans 73.6% des cas. La médiane de survie est de 18 mois.

Conclusion : L'amélioration des techniques d'imagerie et une approche histologique et immunopathologique plus précise ont permis de mieux comprendre la multiplicité des atteintes interstitielles du poumon rhumatoïde. Le traitement demeure empirique, s'inspirant de celui des PID idiopathiques, pourtant différentes.

➤89 LES BRONCHIOLITES CONSTRICTIVES DE L'ADULTE

A. Bayouh¹, S. Aouadi¹, H. Gharsalli¹, M. Berraies¹, H. Najir², S. Maâlej¹.

1 : Service de pneumologie D. Hôpital Abderrahmane Mami Ariana Tunisie

2 : Service de radiologie. Hôpital Abderrahmane Mami Ariana Tunisie

Introduction : Les bronchiolites sont des maladies inflammatoires des bronchioles. La bronchiolite constrictive en est la forme anatomique la plus fréquemment observée.

But de l'étude : Etudier les caractéristiques cliniques et paracliniques de la bronchiolite constrictive.

Patients et Méthodes Une étude rétrospective incluant 7

patients hospitalisés pour exploration d'une bronchiolite constrictive au pavillon D de l'hôpital A. Mami de l'Ariana.

Résultats : Il s'agissait de 5 femmes et 2 hommes. L'âge moyen était de 54 ans (28-84). Le tabagisme actif était noté chez 2 patients. Le tabagisme passif était noté chez 5 patients. Le motif de consultation était la toux sèche (n=6), la dyspnée d'effort (n=2) et l'altération de l'état général (n=1). La symptomatologie était d'installation rapide dans 4 cas et progressive dans 3 cas. La tomодensitométrie thoracique était contributive au diagnostic en montrant l'aspect « en mosaïque » en expiration forcée. Le bilan étiologique a permis de retenir l'origine post-infectieuse chez 5 patients et la polyarthrite rhumatoïde chez une patiente.

Conclusion : Les bronchiolites constrictives de l'adulte ont une présentation clinique polymorphe. La démarche diagnostique doit être rigoureuse et exhaustive afin de préciser l'étiologie et de guider le traitement.

➤90 LES SÉQUESTRATIONS PULMONAIRES : APPORT DE L'IMAGERIE EN COUPE

W. Amorri, M. Attia, H. Néji, A. Zidi, S. Hantous-Zanned, I. Baccouche, K. Ben Miled- M'rad

Service d'imagerie médicale hôpital Abderrahmane Mami Ariana

Introduction : La séquestration pulmonaire est une malformation congénitale rare. Elle est définie comme étant un territoire pulmonaire non fonctionnel ayant perdu ses connexions bronchiques et vasculaires normales.

But : Rappeler la définition, les types et les aspects radio-cliniques des séquestrations pulmonaires. Préciser l'apport du scanner multibarrettes dans le diagnostic et la caractérisation des différents types de séquestration pulmonaire.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective sur une période de 10 ans (2000-2013) colligeant 19 cas de séquestrations pulmonaires vérifiées histologiquement. Tous les patients ont été explorés par une TDM thoracique multibarrettes avec injection de produit de contraste.

Résultats : Notre série comportait 10 hommes et 9 femmes. L'âge moyen était de 40.57 ans avec des extrêmes allant de 8 à 75 ans. La séquestration a été découverte de manière fortuite chez 2 patients. Elle a été découverte sur un scanner fait dans le cadre de l'exploration d'une hémoptysie (n=9), d'une pneumopathie infectieuse trainante (n=5), de douleurs thoraciques inexplicables (n=4), d'un syndrome pleurétique récidivant (n=2), d'une dyspnée aiguë (n=1) et dans le cadre d'un bilan d'extension pour un carcinome bronchique épidermoïde (n=1). L'angioscanner thoracique a mis en évidence une masse tissulaire et ou une condensation chez tous nos patients. Cette condensation était excavée dans 3 cas et ouverte dans la plèvre dans un cas. Toutes nos séquestrations étaient vascularisées par une artère systémique provenant de l'aorte thoracique (n=15), de l'aorte abdominale (n=3) et de l'aorte thoracique et abdominale (n=1). Elle était localisée à gauche chez 12 patients et à droite chez les 7 restants. Les séquestrations étaient intra lobaires (n=16) et extralobaires (n=2). Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical.