

Conclusion : La séquestration pulmonaire peut prendre différents aspects radio cliniques, Elle constitue parfois un véritable problème diagnostique. L'angioscanner est l'examen clé pour le diagnostic positif en individualisant l'artère afférente systémique. La forme intralobaire est de loin la plus fréquente.

91 MANIFESTATIONS ATYPIQUES DE LA SARCOÏDOSE MÉDIASTINO-PULMONAIRE EN TOMODENSITOMÉTRIE

Bouaziz K, Nèji H, Attia M, Zidi A, Hantous-Zannad S, Awadi S, Baccouche I, Ben Miled-M'rad K

Service de radiologie. Hôpital Abderrahmen Mami

1 : Service de pneumologie pavillon D. Hôpital Abderrahmen Mami

Introduction : La sarcoïdose est une granulomateuse systémique où l'atteinte médiastino-pulmonaire est observée dans plus de 90% des cas. En tomodensitométrie (TDM), l'atteinte médiastinale typique se caractérise par des adénomégalies péribronchiques bilatérales symétriques et non compressives. L'atteinte parenchymateuse typique se traduit par un aspect de pneumopathie infiltrante diffuse (PID) de distribution lymphatique.

But : L'objectif de ce travail est de rapporter les manifestations atypiques de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire en TDM.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective sur 7 ans portant sur 111 patients ayant une sarcoïdose médiastino-pulmonaire confirmée et documentée par au moins une TDM thoracique. Leurs premiers examens ont été revus. Vingt-six patients (15 femmes et 11 hommes) ayant des manifestations thoraciques atypiques ont été retenus.

Résultats : L'atteinte ganglionnaire était atypique par : le site ganglionnaire atteint (n=5), le caractère unilatéral des adénomégalies (n=1), leur caractère compressif (n=1) et leur densité hétérogène (n=1). Les manifestations parenchymateuses pulmonaires étaient atypiques par la présence de : condensations parenchymateuses (n=11), condensations excavées (n=2) dont 1 s'était compliquée d'une greffe aspergillaire, nodules (n=3) dont 1 était excavé, plages d'hyperdensités en « verre dépoli » (n=10), aspect de perfusion en « mosaïque » (n=2), pseudo-masse de fibrose (n=1), lésions de fibrose en « rayon de miel » (n=2) et par la distribution prédominante des lésions aux bases pulmonaires (n=1). Un épanchement pleural était trouvé dans 1 cas.

Conclusion : La reconnaissance des manifestations TDM atypiques de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire permet d'abrèger les délais diagnostiques pour une prise en charge thérapeutique adéquate.

92 MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES DE LA MALADIE DE WEGENER

N.Rahmouni; A.Berriri; I.Gargouri; H.Ben Salem; A.Abdelghani; N.Klabi; A.Garrouche; A.Hayouni; M.Benzarti.

Service de pneumo-allergologie. CHU F.Hached Sousse.

Introduction : La maladie de Wegener (MW) est une vascularite nécrosante rare des vaisseaux de moyens et de petits calibres. Dans sa forme complète, elle associe des signes ORL,

respiratoires et rénaux. La localisation pulmonaire dans la MW est assez fréquente mais revêt des tableaux cliniques très variables d'où la difficulté diagnostique.

But : Analyse des différentes caractéristiques clinico-biologiques et aspects radiologiques et évolutif de la MW.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 6 dossiers de patients ayant une MW suivis à notre service de pneumologie durant les 3 dernières années.

Résultats : Nous avons colligé 5 femmes et 1 homme. L'âge moyen des patients était de 52±17 ans. Les signes respiratoires les plus fréquents étaient: l'hémoptysie (4 cas) et la dyspnée d'effort (3 cas). Les autres signes étaient d'ordre général à type d'altération de l'état général, sueurs nocturnes et fièvre (3 patients). La radiographie du thorax était normale dans un cas. Par contre, la TDM thoracique était anormale chez tous les patients et a montré des opacités nodulaires et des excavations chez 4 patients. Le syndrome inflammatoire biologique était présent chez 5 patients. Les C-ANCA étaient positifs chez tous les patients (PR3: 4 cas, MPO: 1 cas et lactoferrine, cathepsine, BPI: 1 cas). La fibroscopie bronchique était normale chez 5 patients et le LBA a montré une hémorragie intra-alvéolaire chez la moitié des sujets. Une atteinte ORL était présente chez 2 patientes et une insuffisance rénale chez une seule. Le bilan fonctionnel respiratoire avait montré un TVR chez 1 patiente et un TVO chez 1 autre. L'échographie cardiaque a objectivé une HTAP chez 3 patientes. La corticothérapie seule à la dose de 0,75mg/kg/j chez 1 patiente et de 1mg/kg/j chez 2 autres et a permis d'avoir une rémission clinique, radiologique ainsi qu'une négativation du bilan immunologique. Mais les rechutes (à des intervalles variables) ont nécessité l'association d'immunosuppresseur pendant une durée plus prolongée (jusqu'à 3 ans). L'apparition de complications dues au traitement était inévitable: diabète cortisonique chez deux cas, une ostéoporose, une insuffisance surrénalienne ainsi qu'une tuberculose pulmonaire chez une autre.

Conclusion : La MW reste une maladie sévère, chronique et volontiers récidivante. Toutefois, grâce à un traitement adapté et prolongé, son pronostic ainsi que sa survie sont nettement améliorés. Un des problèmes thérapeutiques majeurs est la survenue d'effets secondaires liés au traitement.

93 PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA FIBROSE PULMONAIRE IDIOPATHIQUE

S. Aouadi¹, A. Bayoudh¹, E. Braham², F. Chermit², H. Gharsalli³, M. Berraies⁴, S. Hantous⁴, S. Maâlej¹.

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

2 : laboratoire d'Anatomo-pathologie, Hôpital Abderrahmane Mami Ariana Tunisie

3 : pavillon IV, Hôpital Abderrahmane Mami Ariana Tunisie

4 : Service de radiologie. Hôpital Abderrahmane Mami Ariana Tunisie

Introduction : La fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) est une pneumopathie infiltrante diffuse chronique et progressive de cause inconnue. La prise en charge de la FPI a fait l'objet de recommandations successives.