

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 granulomatose 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'abréger 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. Chermit³, H. Gharsalli¹, M. Berraies¹, 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.

But de l'étude : Evaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la fibrose pulmonaire idiopathique

Patients et Méthodes : Etude rétrospective incluant 70 patients (40 femmes, 30 hommes) suivis aux pavillons D et VI de l'hôpital A. Mami de l'Ariana pour FPI entre l'année 2005 et 2012.

Résultats : L'âge moyen était de 65 ans (31 ans- 88 ans). Les signes cliniques révélateurs étaient dominés par la dyspnée (90% des cas) et la toux sèche (70% des cas). Le diagnostic a été retenu sur l'aspect tomodensitométrique chez 62 patients (88%). Le recours à la biopsie chirurgicale était nécessaire dans 8 cas (12%). Le traitement corticoïde a été instauré chez 35 malades (50%). Dix patients (28%) ont été mis sous immunosuppresseurs. La survie moyenne à partir du diagnostic était de 2, 3 ans (3 mois à 8 ans). Une courte survie (< 3 ans) était statistiquement corrélée aux éléments suivants au moment du diagnostic : un âge avancé (70 ans vs 63 ans), une diminution de la capacité vitale forcée et un taux bas de lymphocytes dans le lavage broncho alvéolaire. Egalement, une progression rapide des lésions de fibrose sur le scanner thoracique de contrôle était associée statistiquement à une survie courte.

Conclusion : La prise en charge de la FPI doit être multidisciplinaire afin d'optimiser la stratégie diagnostique et thérapeutique de cette pathologie et de prolonger la survie.

94 PROFIL CLINIQUE, ETIOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE DES PNEUMOPATHIES INTERSTITIELLES DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE : A PROPOS DE 29 CAS

Tliba A, Boussetta N, Ajili F, Gharssallah I, Metoui L, Msaadek F, Louzir B, Othmani S

Service de Médecine Interne - hôpital Militaire de Tunis

Introduction : Le terme de pneumopathie interstitielle (PNI) regroupe l'ensemble des maladies qui intéressent l'interstitium, quelque soient le mode évolutif et le degré des lésions, de l'alvéolite jusqu'à la fibrose irréversible.

But : L'objectif de notre travail est de préciser le diagnostic étiologique des PNI et leurs modalités thérapeutiques et évolutives.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective comportant 29 patients hospitalisés dans notre service au cours de la dernière décennie (2002-2012). Le diagnostic de PNI a été suspecté par la radiographie thoracique et confirmé par le scanner thoracique.

Résultats : Les patients étaient répartis en 18 femmes et 11 hommes soit un sexe ratio de 0, 55 ; l'âge moyen était de 57, 7 ans avec des extrêmes entre 40 et 81 ans. Les étiologies observées dans ce groupe sont par ordre de croissance : le syndrome de Gougerot Sjogren : 6 cas, la sclérodermie : 5 cas, la spondylarthrite ankylosante : 5 cas, la polyarthrite rhumatoïde : 4 cas, la sarcoïdose : 3 cas, le syndrome des anti-synthétases : 2 cas, le lupus : 1 cas et un cas de Churg et Strauss. Aucune étiologie n'a été retrouvée chez deux patients. Aucun médicament ou toxique n'a pu être formellement incriminé dans la genèse de la PNI dans notre série. Le scanner thoracique

a montré une fibrose pulmonaire chez 5 patients. L'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) était pratiquée chez tous les malades. Elle a montré un syndrome restrictif dans 23 cas (82, 14%). L'échographie cardiaque a révélé une insuffisance cardiaque droite chez un malade. Le traitement dépend essentiellement de l'étiologie et repose sur la corticothérapie. Les complications observées dans notre série étaient l'insuffisance respiratoire chronique dans 2 cas et les infections respiratoires à répétition dans 3 cas. Une oxygénothérapie à domicile était nécessaire dans 2 cas.

Conclusion : Le diagnostic positif de la PNI repose essentiellement sur le scanner thoracique. Il est primordial de reconnaître le plus tôt possible l'étiologie et d'introduire le traitement afin d'éviter l'évolution vers une complication redoutable qui est la fibrose pulmonaire.

95 PROFIL DU LAVAGE BRONCHO-ALVÉOLAIRE DANS LA SARCOÏDOSE PULMONAIRE

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 : Le profil du lavage broncho-alvéolaire (LBA) au cours de la sarcoïdose a longtemps été rapporté dans la littérature avec des résultats différents. Habituellement, ce profil montre une alvéolite lymphocytaire et un rapport CD4/CD8 élevé avec néanmoins une importante variabilité des valeurs rapportées.

Matériel et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective incluant 25 cas de sarcoïdose colligés dans notre service sur 10 ans.

Résultats : L'âge moyen était de 49 ans, avec une nette prédominance féminine (80%). Il s'agit d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire dans tous les cas, associée à une atteinte extra-pulmonaire dans 17 cas. Le délai médian du diagnostic était de 1, 5 mois. 20% des patients étaient asymptomatiques. La fibroscopie bronchique a été faite dans tous les cas, ayant montré un aspect sain dans 56% et un élargissement des éperons dans 24% des cas. Le LBA a été pratiqué chez 76% des patients (n=19). Le LBA était contributif au diagnostic dans 53% des cas. Une hypercellularité a été retrouvée chez 85% (n=16) des patients ayant bénéficié d'un LBA, avec une cellularité moyenne de 377000. L'alvéolite était à prédominance lymphocytaire dans 93% des cas avec une lymphocytose moyenne de 26, 57%. L'étude phénotypique lymphocytaire, réalisée chez 14 patients, avait trouvé un rapport élevé dans 71, 5% des cas (n=10) avec une moyenne de 4, 51. Un LBA de contrôle sous corticothérapie a été pratiqué chez 5 patients uniquement (20%), ayant montré une diminution significative de la cellularité (177000 vs 377000), sans diminution significative de la lymphocytose.

Conclusion : Le LBA est un outil fondamental dans la démarche diagnostique et thérapeutique de la sarcoïdose. Un rapport CD4/CD8 élevé est évocateur de la maladie mais un rapport normal ne l'élimine pas surtout en présence d'arguments radio-clinique et bactériologiques évocateurs.