

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 sclérodémie : 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.