

Monsieur MUSTAPHA K...,65 ans Pneumopathies récidivantes depuis l'âge de 20 ANS




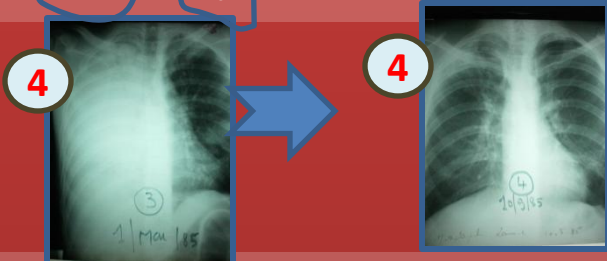
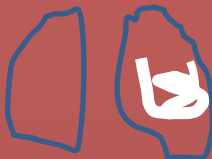
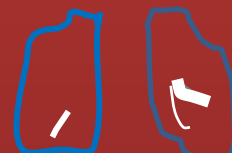
ANTECEDENTS

- 1/ 1964 méningite bactérienne
- 2/ Surdit  iatrog ne (+STM)
- 3/ Ost ite m choire inférieur au jeune  ge
- 4/Ulc re gastrique op r  en 1997

HDLM

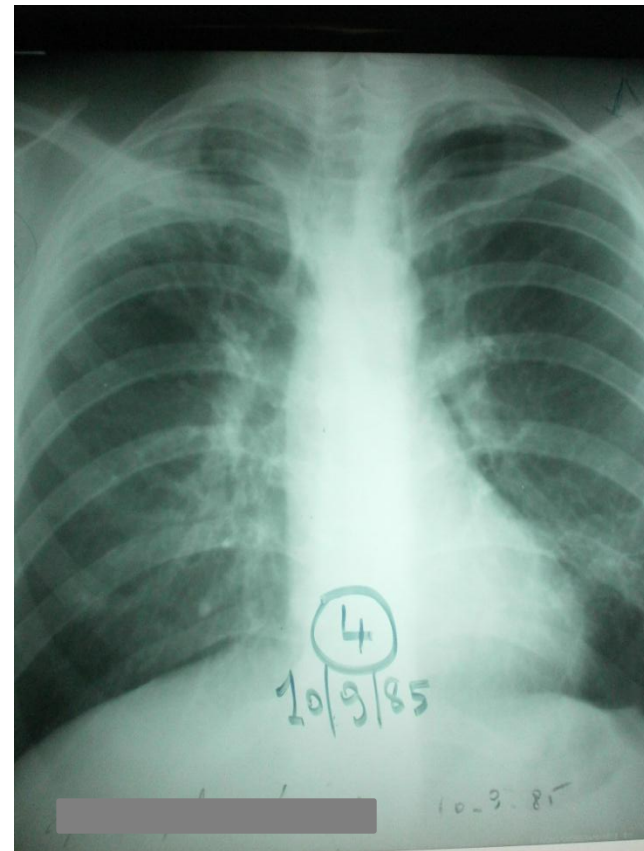
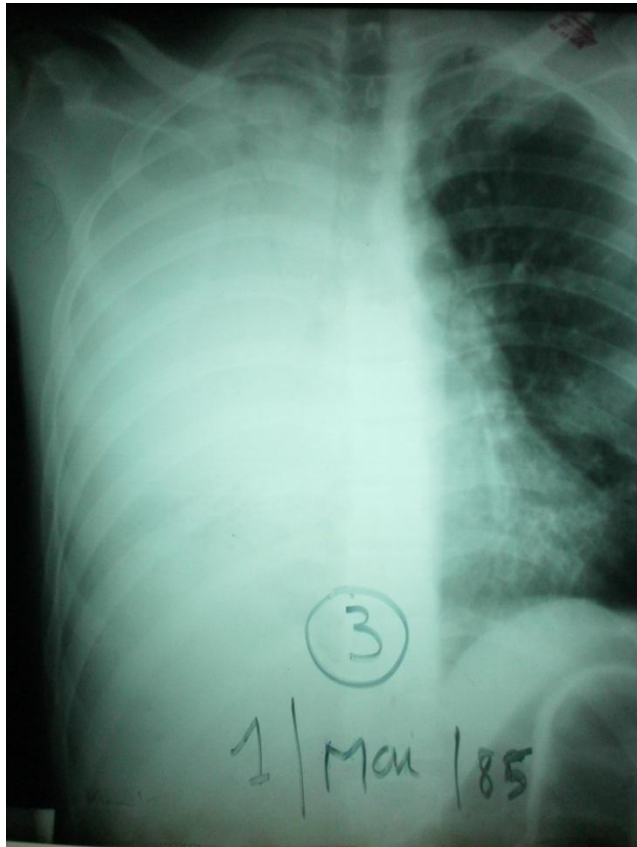
- Suivie a ma consultation depuis 1989 pour pneumopathies fébriles récidivantes mais fugaces, parfois étendues et associées a des signes extra-thoraciques (purpura – arthralgie
- La consultation de son dossier de l'hôpital de 1986   1987 montre que Monsieur MUSTAPHA K..présentait des épisodes semblables qui ont nécessité le recours a un traitement anti tuberculeux a 3 reprises (1968- 1985 – 1986)

Dossier de l'hôpital de 1986 à 1987 : Episodes semblables qui ont nécessité le recours a un traitement anti tuberculeux a 3 reprises (1968- 1985 – 1986)

<p>1968</p>		<p>1</p> <p>Infiltra bilatérale plus prononcé en para cardiaque gauche</p>	<p>Hospitalisation à Gabès puis à Sfax</p> <ul style="list-style-type: none"> - BK négative -Traitement anti-TBC du 18/4/1968→1987 -Trithérapie puis Rimifon seul
<p>24/10/68</p>		<p>2</p> <p>Pneumonie LSD</p>	<p>fébrile (T=38) ayant régresse dans la semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient sous traitement anti tuberculeux -BK(-)
<p>1978</p>	<p>Microfilm :Normale</p>		
<p>13/9/83</p>		<p>3</p> <p>Broncho-pneumonie Champ gauche</p>	<p>BK(-) direct et culture</p> <ul style="list-style-type: none"> -nettoyage dans la semaine
<p>26/5/85</p>		<p>4</p> <p>Pneumonie massive du poumon droit</p>	<p>Amélioration rapide sous terramycine</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nettoyage sur radio du 10/09/85 - BK(-) - Retraitement anti TBC INH-STM
<p>15/5/86</p>		<p>5</p> <p>Rechute controlatérale</p>	<p>Retraitement anti TBC</p>
<p>24/01/87</p>		<p>6</p> <p>Dernière radio disponible dans son dossier de l'hopital (radio de référence</p>	<p>Syndrome bronchique bilatérale plus prononcé à gauche avec confluences des lésions et prenant l'allure d'une opacité spéculé en regard de la pointe du cœur .- infiltra lobe supérieur droit</p> <ul style="list-style-type: none"> -cet aspect est stable et existant en dehors de tous épisodes infectieux

Le 1/03/1985 :Pneumonie massive du poumon droit

Recours a une retraitement anti TBC(INH-STM) et ceci malgré la négativité de la bacilloscopie et l'amélioration rapide sous terramycine.



Nettoyage sur radio du 10/09/85

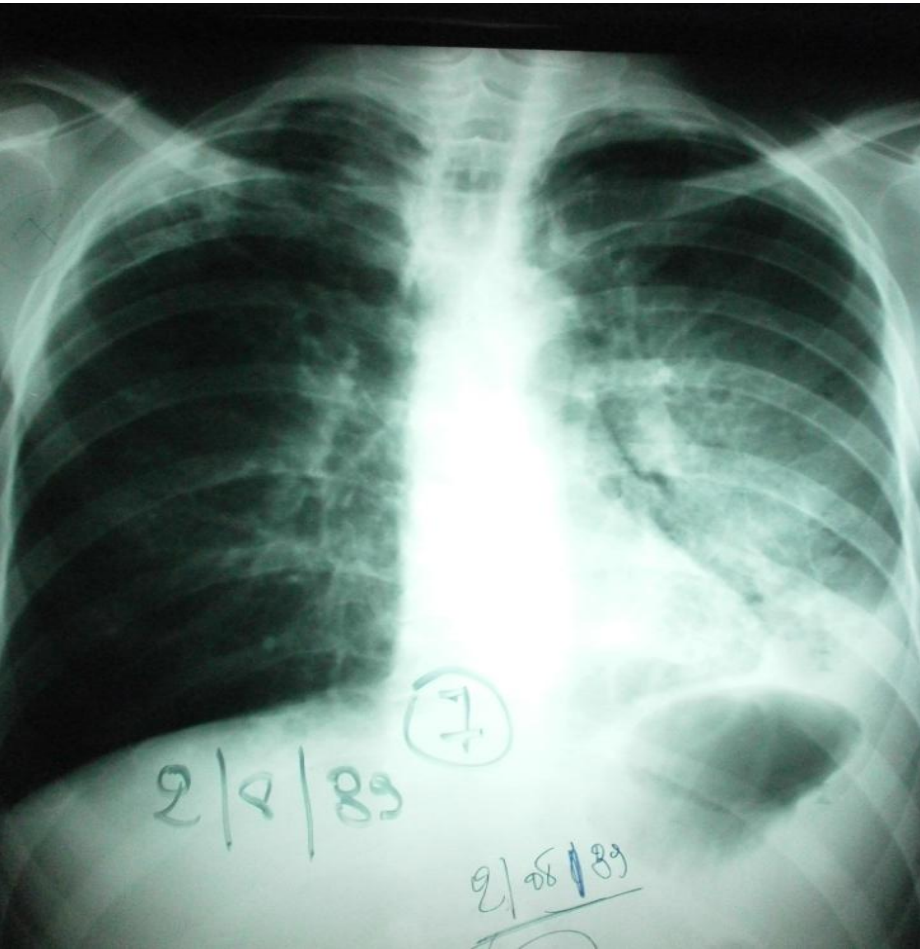
Durant son suivie dans mon cabinet (a partir de 1989):

Episodes infectieux avec forte altération de l'état générale et prépondérance des signes extra thoracique (purpura+arthralgie)

La radio pulmonaire quand elle été (1989-1995) montrait un foyer alvéolaire régressive sous antibiotique et corticoïdes

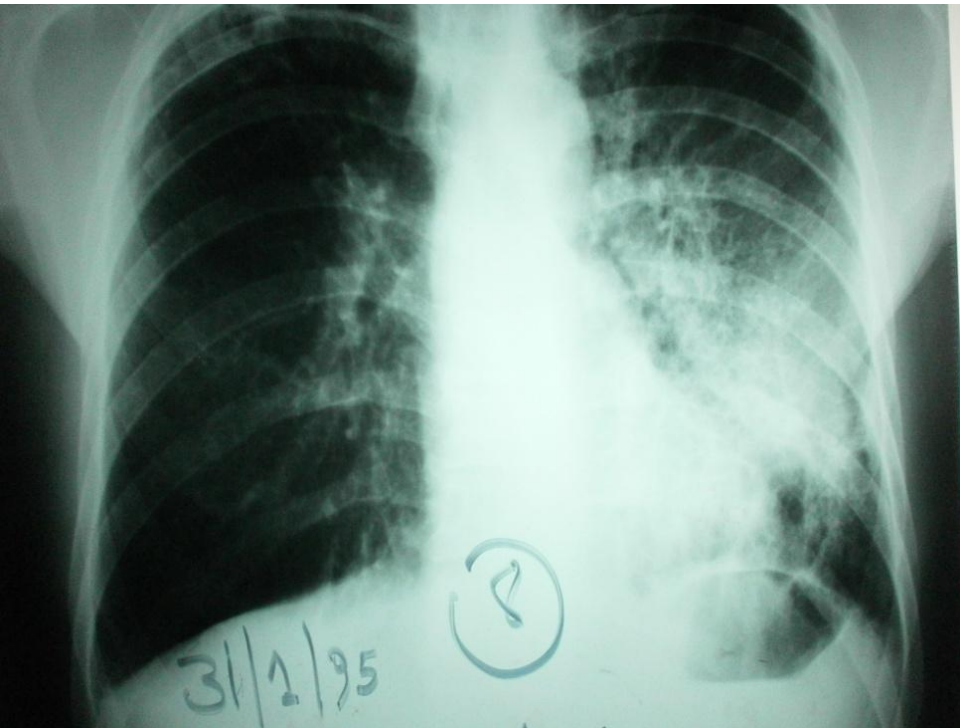
Il existait un syndrome inflammatoire biologique (VS)

LE 2/8/89: Fébrile - Purpura aux niveaux des 2 membres inférieurs -
Poly arthralgie avec gonflement chevillé droit et genou gauche



- *Foyer alvéolaire le $\frac{1}{2}$ inférieur du champ pulmonaire gauche avec participation pleurale
- *Ponction pleurale blanche
- *Régression du foyer gauche sous antibiotiques et corticoïdes (RX du 9/8/89: normale)

31/1/95: Réapparition d'un foyer basal gauche sans participation pleurale



- Fébrile
- -Purpura arthralgie
- -VS=87/02
- - GB=29 ,2.10 (94% PN)
- -Début fébrile avec signes extra thoracique (purpura arthralgie)
- -GB29 ,2.10 (PN=94%)→13,6.10
-VS 87/102→65/105
- -plaquettes 636.10--→370.10
- -Régression du foyer gauche sous antibiotiques et corticoïdes

BIOLOGIE

VS entre 65/108 et 101/123-Fibrine : 5.20gr/litre

GB entre 9.10 et 29.10 pas d'éosinophilie

Recherche de BAAR : Négative

Electrophorèse des protides

Albumine : 23.3 gr/l

Gamma :16.6gr/l

Alpha1 :2.8 gr/l

Alpha2 :10,5 gr/l

Dosage pondérale de l'immunoglobuline

IgE : 40UI/ml

IgG : 125,4UI/ml

IgA : 394 UI/ml (augmenté)

IgM : 311UI/ml

Latex : positive-Waller-rose : positive 81UI/ml

Recherche de cellule L.E : négative

Recherche d'anti corps-anti nucléaire (I.F.E) négative

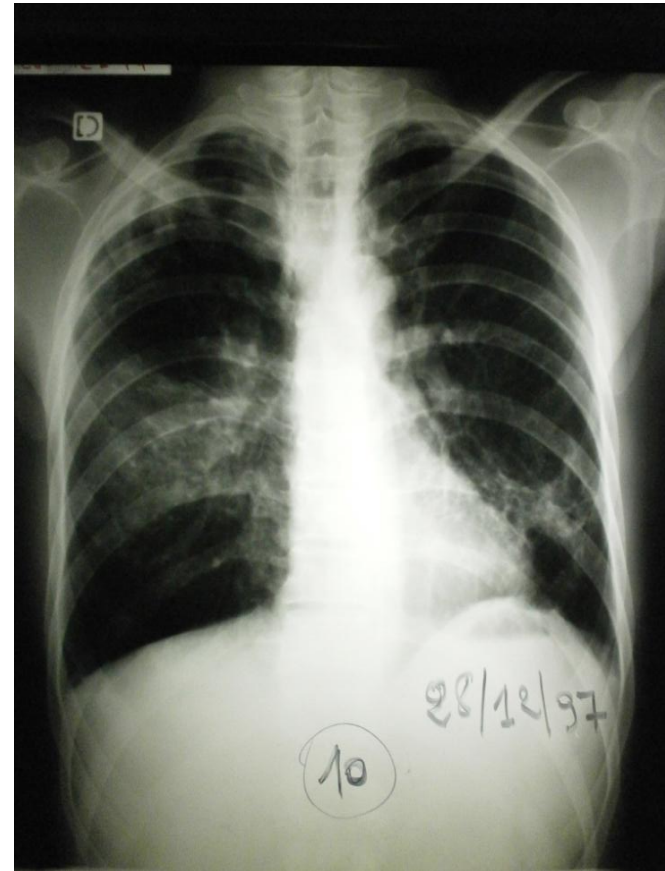
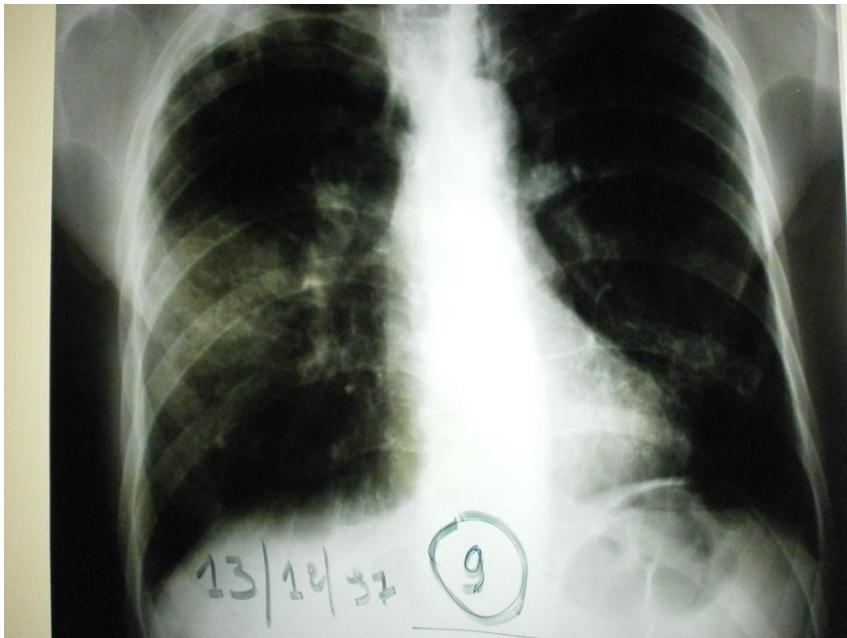
BIOPSIE CUTANEE

Lésion de vascularité allergique.Immunofluorescence direct : négative

Fibroscopie bronchique : Refusée

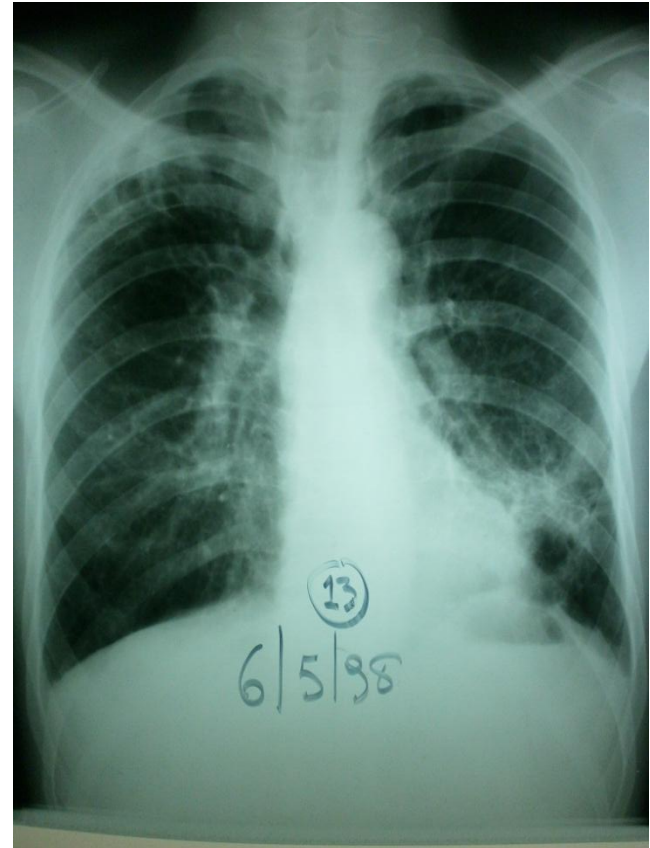
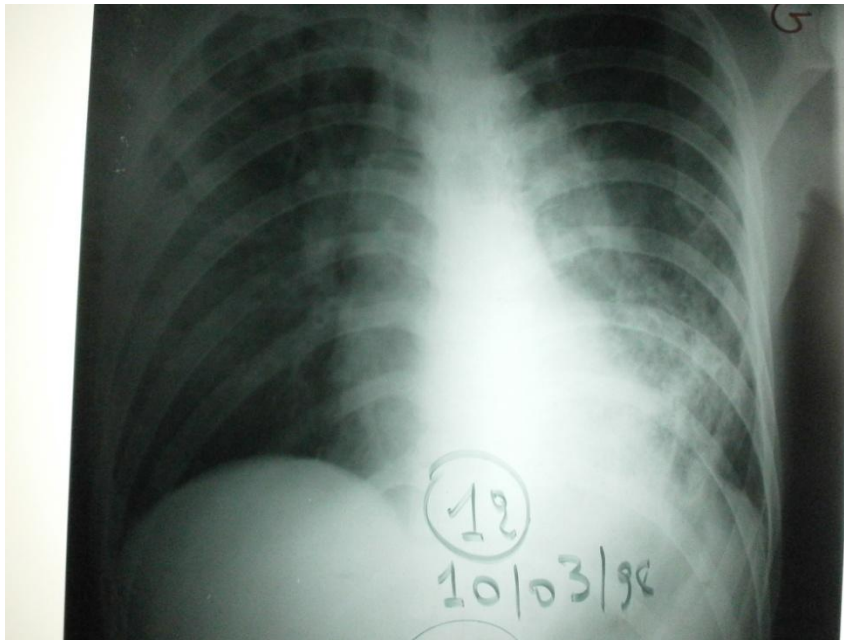
13/12/97 :Fébrile, hypotension-trouble digestif; 3 BK : négatives.
Amélioration clinique sous antibiotique et corticoïdes

13/12/97 :Majoration de l'infiltra L.S.D-
Foyer alvéolaire 1/3 moyen champ
pulmonaire droit



28/12/97:Régression de l'infiltra L.S.D-
Régression très partielle de foyer
alvéolaire champ pulmonaire droit

Disparition du foyer droit.-Les radio du 10/03/98 et du 24/1998 sont stable et semble superposables a celle du 24/01/87(derniere radio du dossier hospitalier).Syndrome bronchique en regard de la pointe du cœur)



➤ **Durant la période 1997/2000**

- Episodes infectieux (automédication par amoxicilline)
- Episodes d'hypotension
- Disparition des signes extra thoracique
- Signes digestive (vomissement-ballonnement abdominale)
- Evolution favorable sous antibiotiques, corticoïde et remplissage

CONCLUSION

Monsieur MUSTAPHA K... 65ans des antécédents infectieux au jeune age (méningite-ostéite) présentait depuis l'âge de 20 ans de pneumopathies récidivante, fugaces et à bascules avec des signes extra thoracique (période intermédiaire) puis des collapsus (période récente)

Le bilan ethiologique a montré :

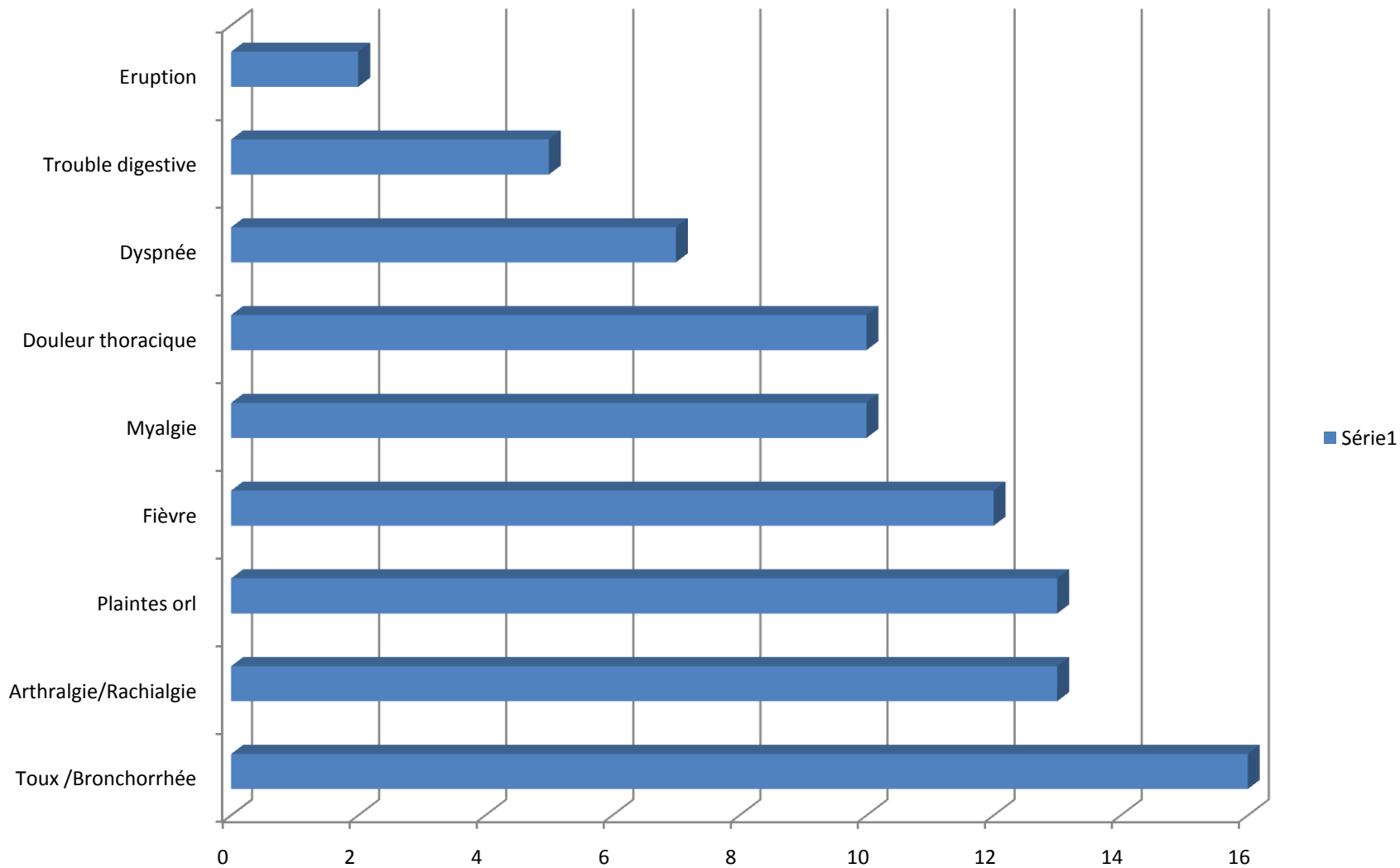
Latex Waler-rose(+)

Biopsie cutanée : vascularite

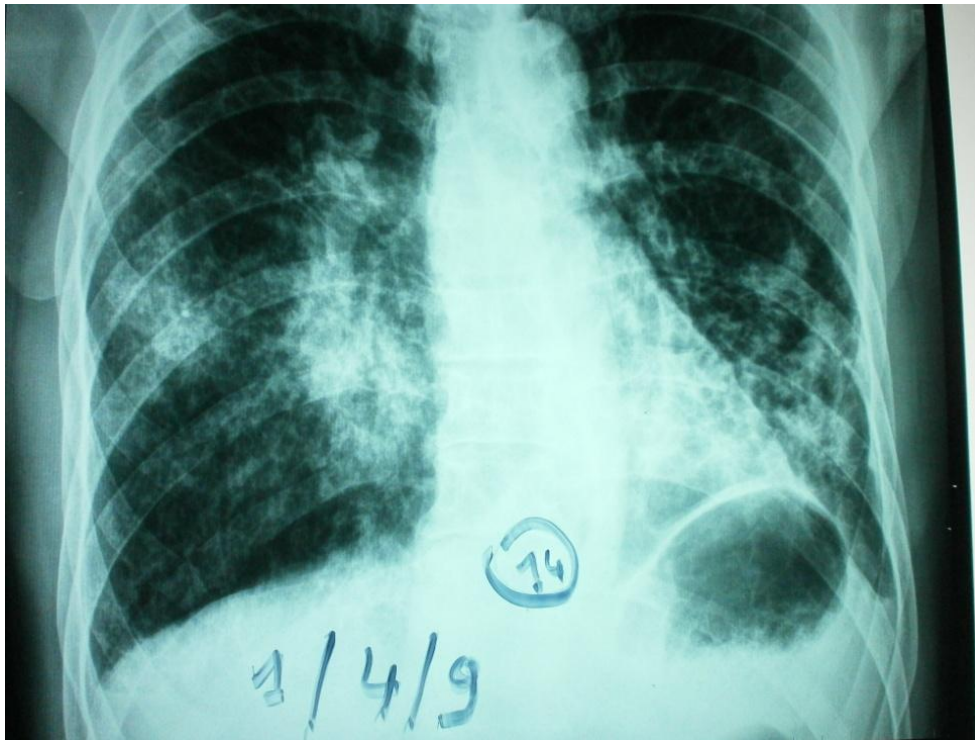
BAAR : Négative

Les épisodes d'allure infectieux sont associés à une hypotension rapidement régressive (vasodilatation ? Toxi-infectieux)

Périodes 2000/2014(3consultations/an)



La fièvre est parfois associée a de nouveaux foyer alvéolaire régressive sous antibiotiques et corticoïdes



Le 1/4/09

Foyer axillaire et parahilaire droit

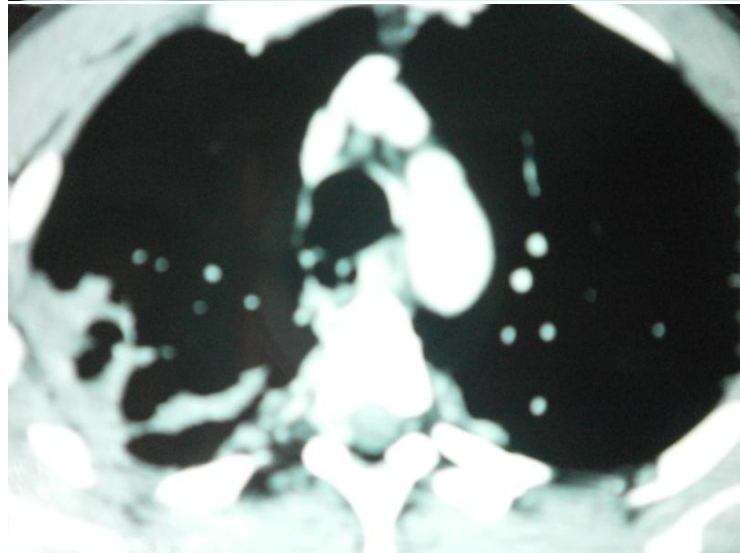
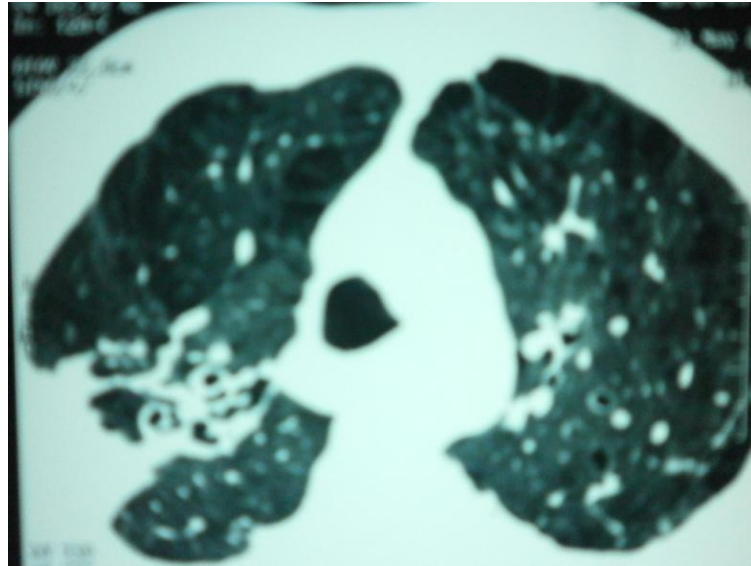
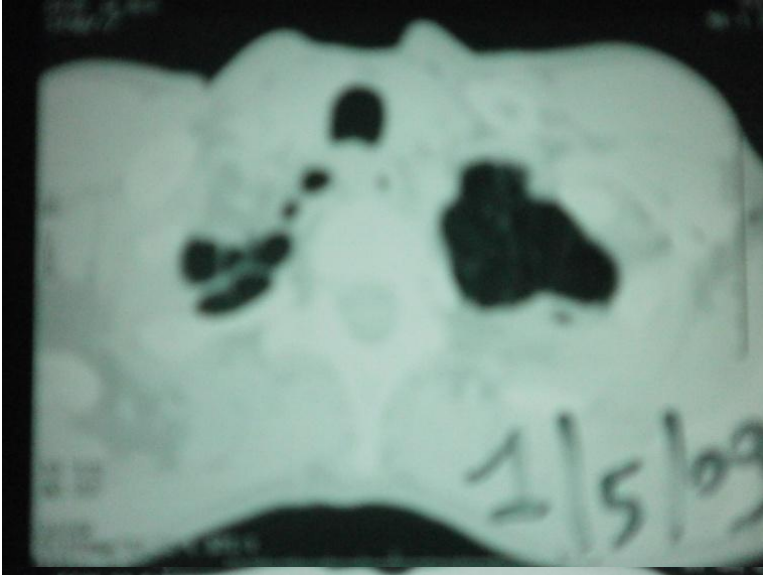


Le 24/4/09

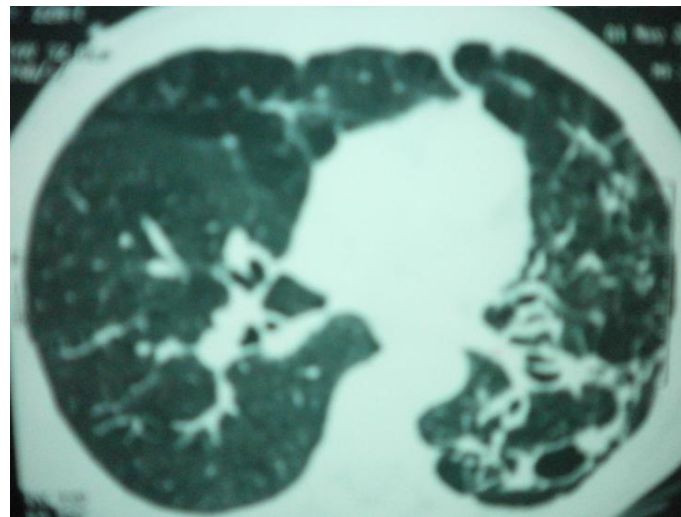
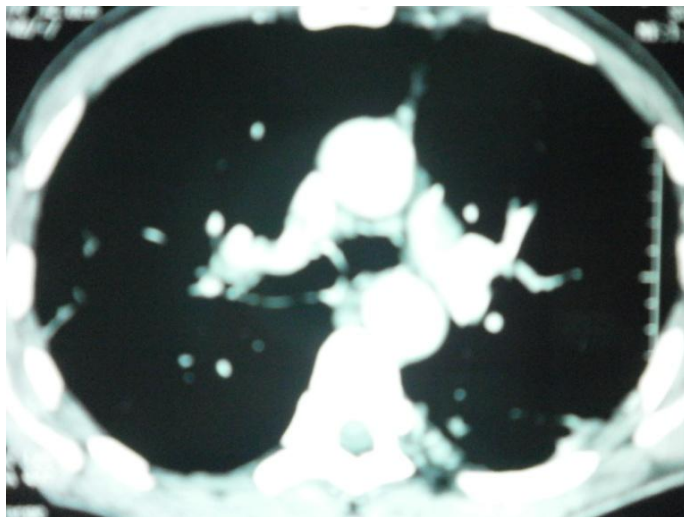
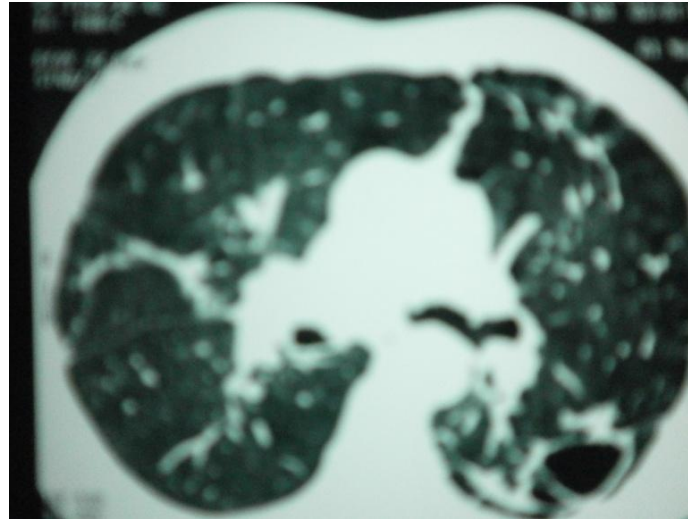
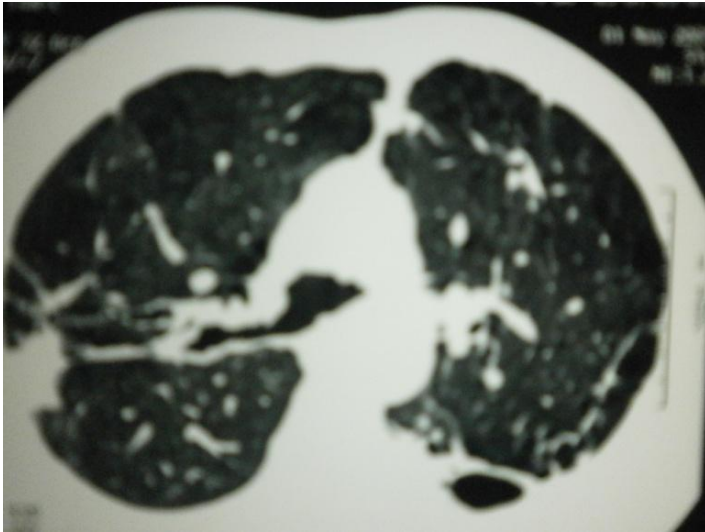
Nettoyage du foyer. Persistance du syndrome bronchique rétrocardiaque gauche. Distension a droite

Scanner thoracique du 1/5/09:

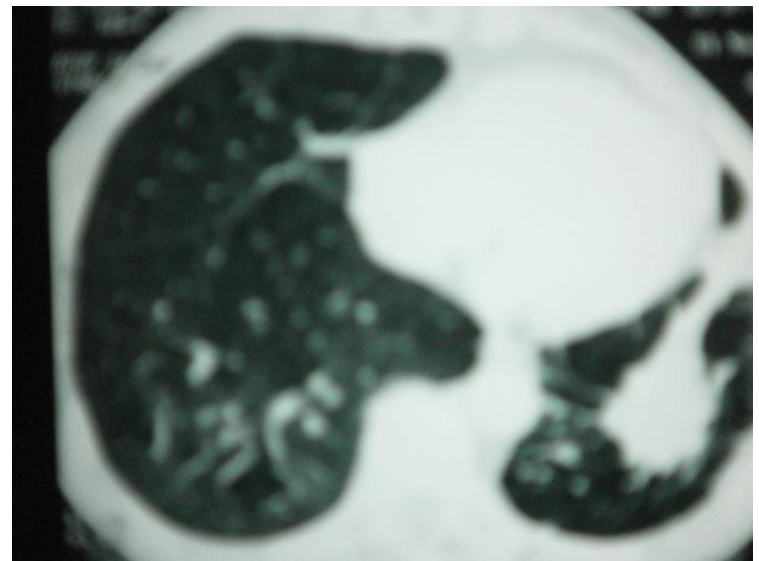
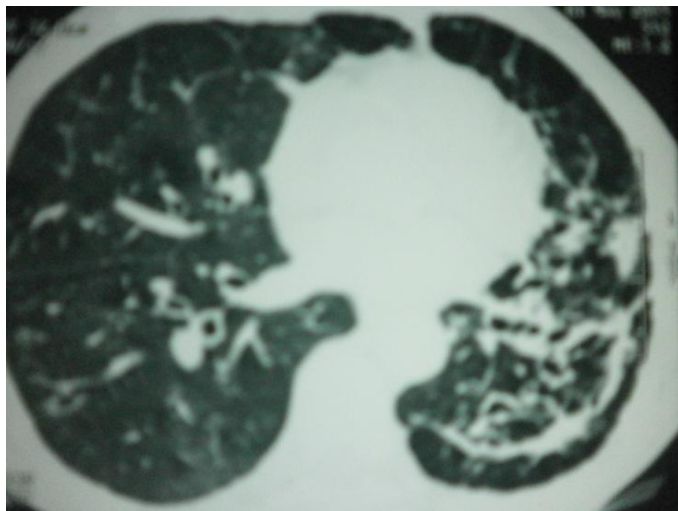
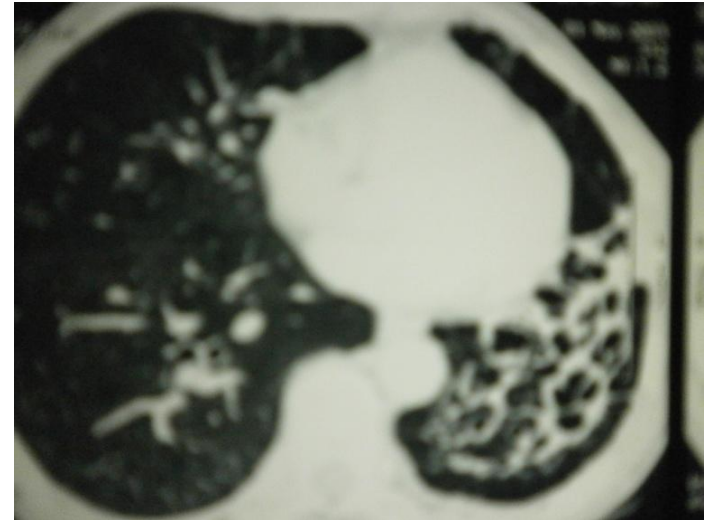
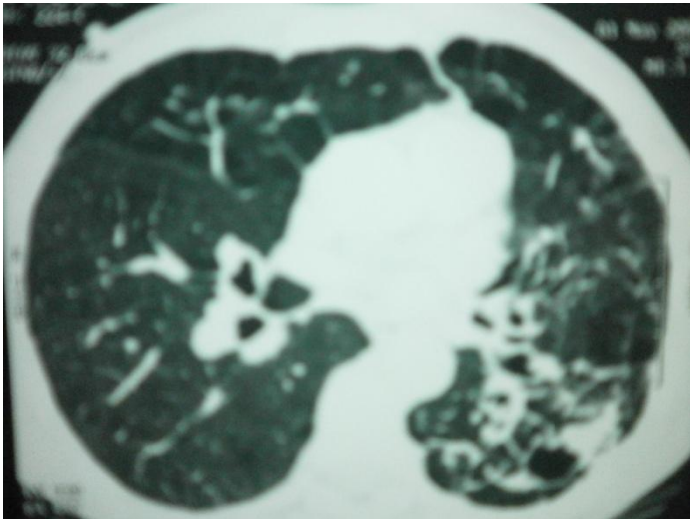
Pachypleurite apicale rétractile. Epaissement pleurale pseudotumorale mais enrroulement en que de comettes. dilatation des bronches satellites



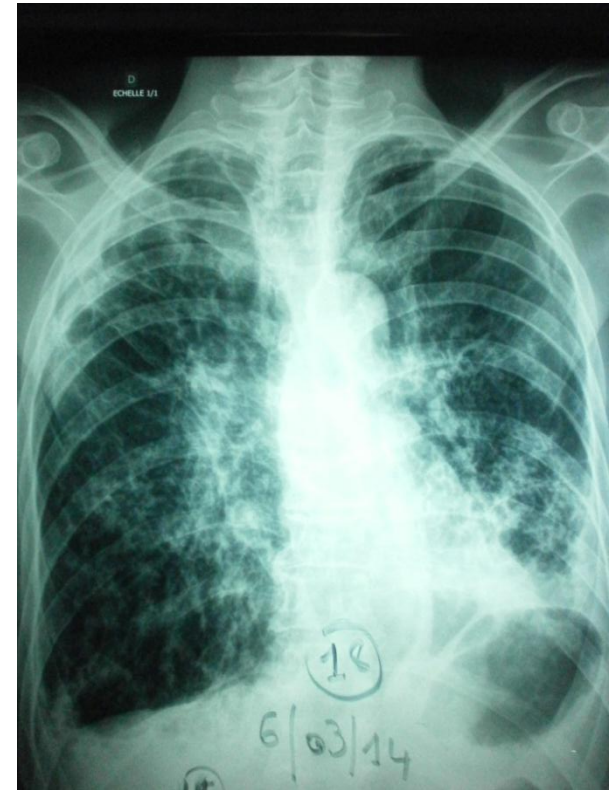
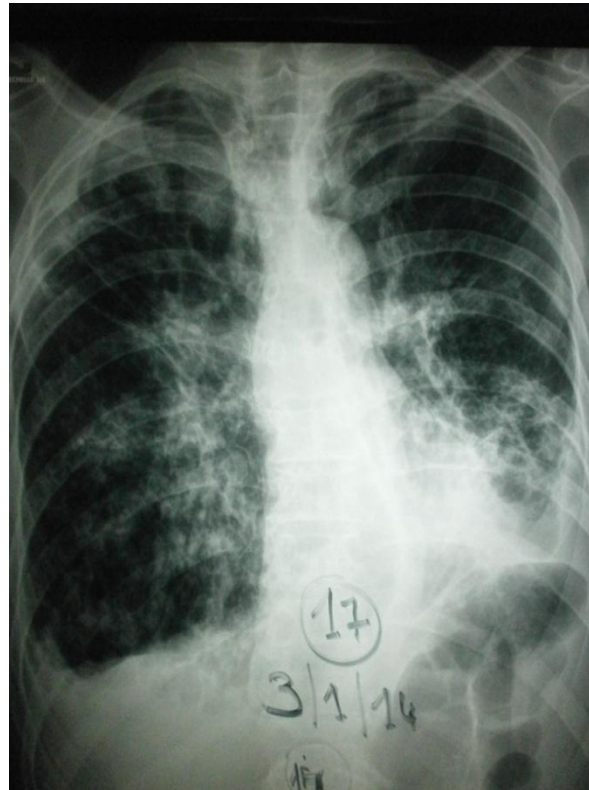
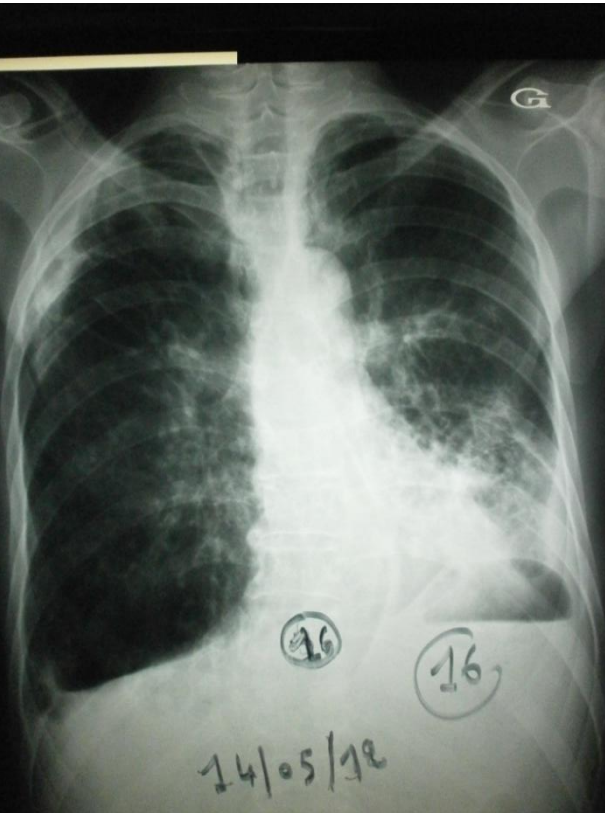
Distension .Hernie médiastinale antérieure. Emphysème sous pleurale en antérieur et paracatricielle en basale gauche ou siège une dystrophie kystique rétractile.



En rétrocardique gauche il existe un formation polykystique (en éponge) limite postérieure curviligne et bien limitée. Destruction emphysémateux (Centrolobulaire) en basale droit



L'évolution radiologique par une dévascularisations des deux sommets; une distension de plus en plus marquée a droite; un rétraction basale gauche



14/5/12

3/1/14

6/3/14

EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 13/7- RC : 104 T°: 37- Pd: 53 kg. Ta: cm- Sat: 90/98 %
CREPITANTES BASE GAUCHE

E.C.G :NORMALE

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB: 19000-> 10500-> 6000(Prédominance neutrophyle.Pas d'éosynophylie)

HB: 12,8 - PLT:451 - **VS: 101/ 120 -> 92/ 141-> 35/ 67**

Creatinine:7,11-IONO: K: 136 NA: 4,4 CL:98

CPK:37-LDH : 138- TRANSA : 106 2ére H:122

CRACHAT :3 BK Négatif

IMMUNOLOGIE:

AC/CCP = 7,20 (négative)

Test au latex :positif

latex walerose:positive titre :24

ANTI-NUCLEAIRE (ELISA) : 0,9 (négative)

AC /DNA13,1

ANCA:Négative

EFR :Troubles ventilatoire mixte VEMS =800(57%)-Tiffneaux 70%

RX des mains :Normale

Les ANCA et La polyangéite microscopique

<p>Hauschild S. J Rheumatol. 1994;21:1173-4</p>	<p>Jennette JCAm J Pathol. 1989;135:921-30</p>
<p><u>Série de 75 patients</u> *60 cas avaient des ANCA, de fluorescence périnucléaire *15 cas avaient des ANCA cytoplasmique</p>	<p>L'intérêt diagnostique des ANCA anti-MPO est maintenant établi dans la MPA . Néanmoins ne sont spécifiques et peuvent être mis en évidence dans une grande variété de maladies inflammatoires.</p>

Le purpura rhumatoïde ou purpura de Schönlein-Henoch

- Vascularite touchant les petits vaisseaux (capillaires dont le glomérule rénal, les veinules et les artérioles) où se déposent des dépôts immuns **d'immunoglobuline A (IgA)**. Il est caractérisé par l'association de signes cutanés, articulaires et gastro-intestinaux qui peuvent survenir par poussées successives. Une atteinte rénale s'associe parfois à ces signes. Le pronostic à long terme de la maladie dépend de la sévérité de l'atteinte rénale

Association avec:

PNEUMONIE ORGANISEE CRYPTOGENIQUE (COP, BOOP)

- Opacités pulmonaires mal systématisées ou nodulaires parfois migratrice et labile, non résolutive sous antibiotiques mais haute sensibilité à la corticothérapie (1).
- Idiopathiques parfois d'étiologies déterminée

Infection ;toxique, greffe ou associée a un contexte immunologiques

Pneumopathies d'hypersensibilité, poumon éosinophile, dermatomyosite-polymyosite, polyarthrite ,rhumatoïde, sclérodermie, LEAD, maladie de Wegener (2), maladie de Behcet, syndrome de Sjogren, RCUH, CBP, thyroïdite chronique...)

(1) Cordier JF. Chest 1989; 96(5):999-1004

(2)A Mury Soumission Congrès SNFMI Décembre 2007, Versailles