

Mme SÂADIA R..62 ANS m'a consultée le 29/12/2010 pour hémoptysie récidivante depuis le jeune âge

EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 12/7 RC : 80 T°: 37 -Sat: 98 %.Pas de Crépitantes

RX THORAX FACE:

Syndrome ALVEOLAIRES 2/3 INFERIEUR DES 2 POUMON S

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB =66000 10³/mm³- HB= 10gr/l PLAQUETTES = 276 10³/mm³

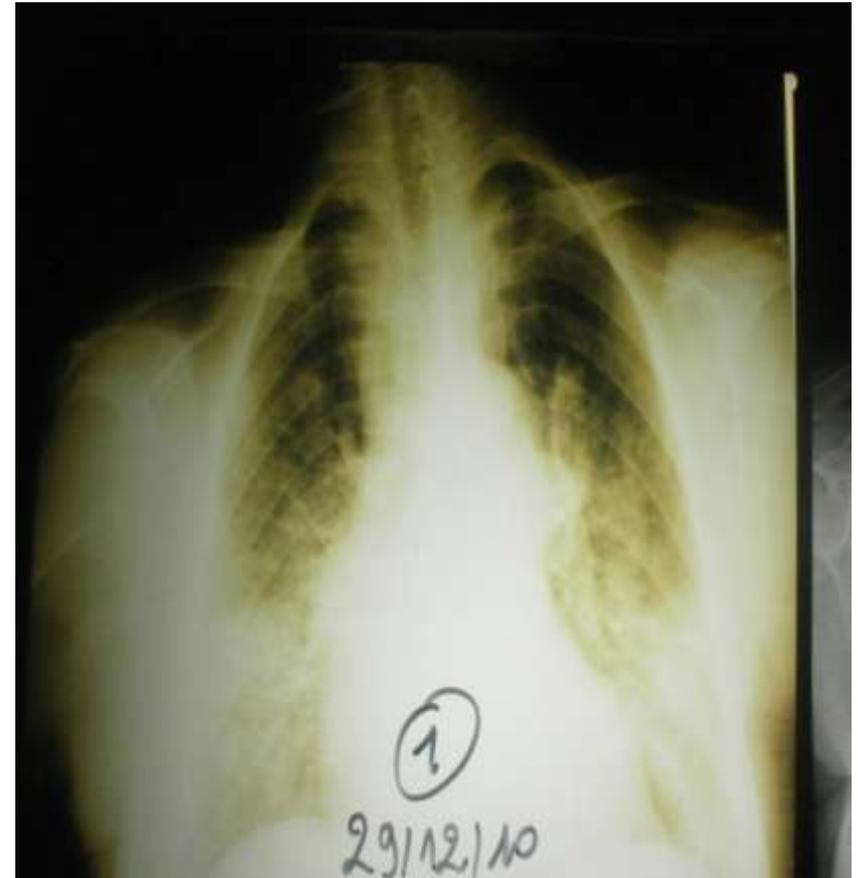
VS : 1^{er} H:45 2^{ème} H:80

CRACHAT :ABSENCE DE B.A.A.R

EFR : Restriction

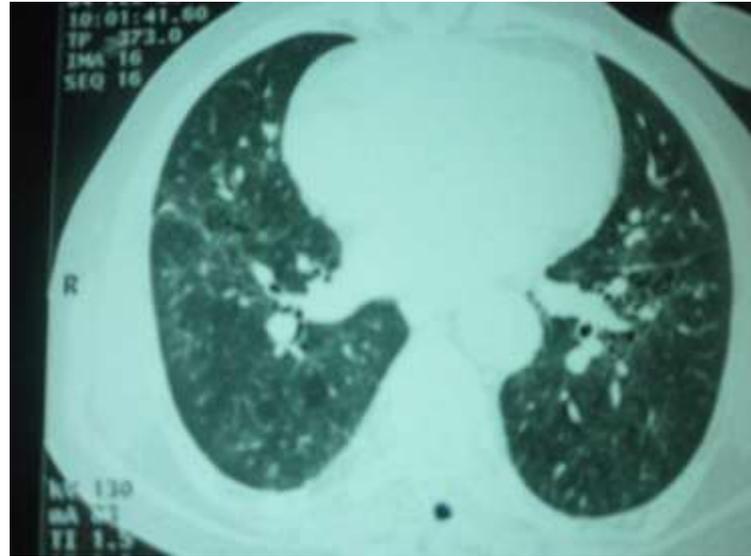
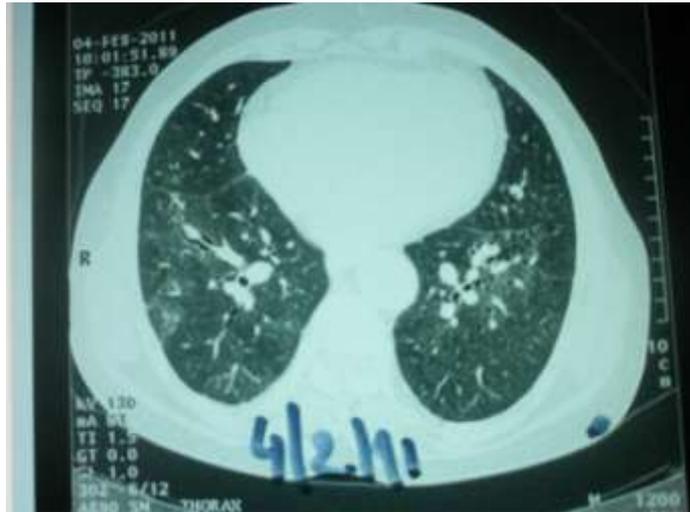
CVF :1,03 =38 % VEMS: 0,91=43 % VEMS / CVF: 88,35

E.C.G : normale



Scanner Thoracique(4/2/11):

S_interstitielle Ver dépolie-épaississement des septats (PINS)



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE :

Indication Dyspnée -Syndrome interstitielle aux scanner .

Quadrillage position assise du thorax(pararachidien ;parasternale et axillaire)

Intégrité de l' interface pleuroaérique (lignehyperechogène fine,lisse, continu)

Cet interface contient de minime interruption associée de Comet-tail artefact(syndrome interstitielle)

Cul de sac couteau diaphragmatique droit et gauche libres-

L'echocardiographie montre :

COUPE PARASTERNALE GAUCHE GRAND AXE:

Diamètre du VG(D=5,4Cm-S=3,4Cm)-

Fraction de Raccourcissement du VG(40%)-

Consultation du 09/01/2012

Crachat hématique depuis 3 jours ;toux , fièvre, dyspnée

RX THORAX FACE: Majoration du syndrome alvéolaire

EXAMEN PHYSIQUE :

TA 11/7 .RC106 /min .Sat:91%.T° 38 QQ Crépitantes-

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS:GB = $4,76 \cdot 10^3$ /mm³-HB=13,2gr/l -
PLAQUETTES = 219 103/mm³

VS : 1ér H: 10/20

Latex walerose:négatif

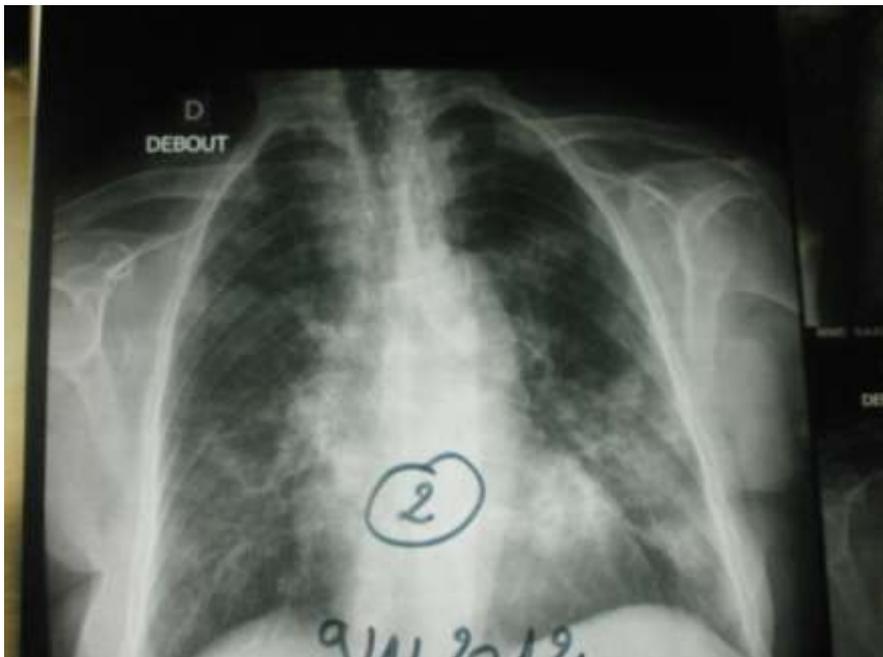
FAN:Négative

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE :

Aspect inflammatoire

LBA

Sidérose macrophagique compatible
avec une hémorragie alvéolaire



L'HÉMOSIDÉROSE PULMONAIRE IDIOPATHIQUE

De l'Adulte

Hémoptisie+Anémie ferriprive+Infiltrat pulmonaire **(1)**

C' est une maladie de l'enfance(PIC entre 2-7 ans) et plus grave; elle est peu fréquente chez l'adulte **(2)**

Le score de Gold doit être supérieur a 100 sur 400

Exclusions d' autre causes d' hémorragie alvéolaire(Pneumonie;Cardiaque,..)

L' imagerie ;dans la forme chronique un syndrome interstitielle type micronodule et réticulation prend la place des condensations et du ver dépolie des formes aigue.

Au cours de leur évolution on retrouve un certain degrés de fibrose(nid d' abeille et rétraction) **(3)**

L'IRM effectuée dans la phase aigue est pathognomonique en montrant une réduction isolé de T2 **(4)**

(1)Leatherman .Médecine 1984;63: 343-61

(2) Corrin B .Journal of pathology 187;vol(153)249-256

(3)Akyar S; Réspiration 1993;60(1)-63-4

(4)Rubin GD.AJR 1989;152:573-4