

Une pneumopathie récidivante bilatérale et fébrile

S. Msaad¹, I. Yanguï¹, S. Ben Amira¹, K. Kammoun²,
T. Boudawara³, A. Ayoub¹

¹ Service de Pneumo-Allergologie, CHU Hedi-Chaker, Sfax 3029, Tunisie.

² Service de Néphrologie, CHU Hedi-Chaker, Sfax 3029, Tunisie.

³ Laboratoire d'Anatomie Pathologique, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie.

Correspondance : I. Yanguï, à l'adresse ci-dessus.
ilhem.bouaziz@rns.tn

384

Patient âgé de 36 ans, tabagique à 22 PA, ayant, dans ses antécédents familiaux, une sœur porteuse d'une maladie de Crohn et un cousin décédé d'une amylose cardiaque et rénale, admis dans le service de Pneumologie du CHU de Sfax (Tunisie) pour hémoptysie. L'histoire de sa maladie remonte à 10 mois, par l'installation d'une toux productive ramenant des expectorations purulentes parfois hémoptoïques, d'une dyspnée d'effort et de douleurs thoraciques vagues, le tout évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. Cette symptomatologie, qui évoluait par poussées, était traitée chaque fois par une antibiothérapie non spécifique entraînant une amélioration transitoire. A noter qu'à chaque épisode, la radiographie thoracique révélait un foyer alvéolaire de topographie migratrice apicale ou basale. L'examen à l'admission trouvait un patient fébrile à 39,5° C, asthénique, pâle, polypnéique à 39 cycles/min avec des râles crépitants bilatéraux et un muguet buccal. Le reste de l'examen était sans anomalie.

La radiographie thoracique révélait un infiltrat alvéolo-interstitiel hétérogène hilo-axillaire bilatéral (*figure 1*).

Le bilan biologique montrait une anémie hypochrome microcytaire à 8 g/100 ml, un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation (VS) à 85 mm à la première heure et une protéine C réactive à 173 mg/ml. La gazométrie artérielle révélait une hypoxie à 53 mmHg avec une saturation en oxygène à 87 %.

Les recherches de bacille de Bacille acido-alcool résistants (BAAR) dans les crachats étaient négatives.

Une tomodensitométrie thoracique était alors effectuée : elle révélait, aux deux poumons, un comblement alvéolaire partiel prédominant au niveau des territoires supérieurs, avec images « en verre dépoli » épargnant des zones saines et réalisant un aspect en mosaïque (*figure 2*). Il existait, par ailleurs, des opacités réticulaires intralobulaires, sans image nodulaire. Le médiastin ainsi que les compartiments pleuraux étaient normaux.

Quel est votre diagnostic ?



Figure 1. - Radiographie thoracique montrant un infiltrat hétérogène hilo-axillaire bilatéral.

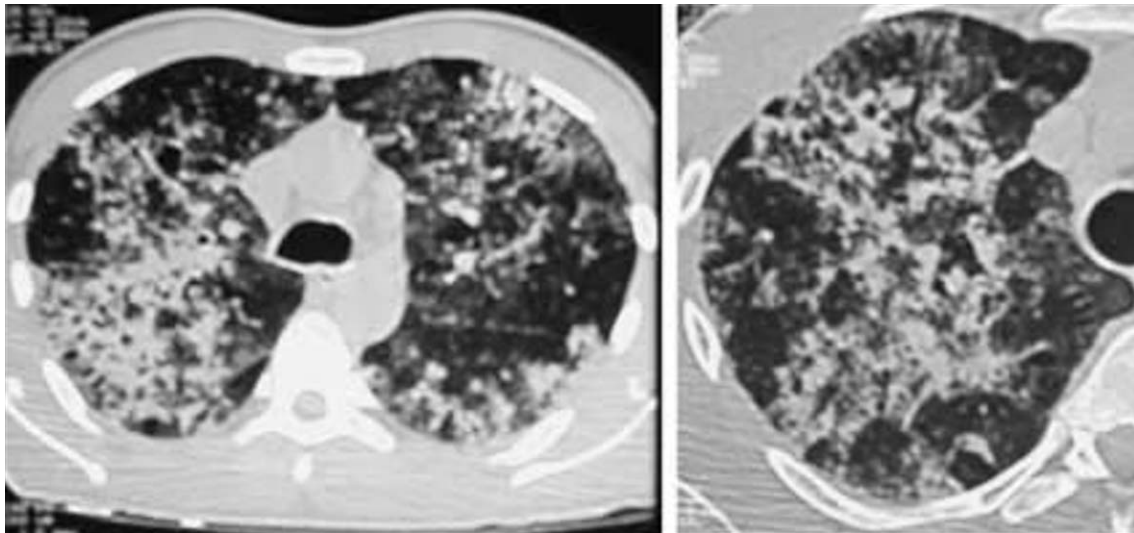


Figure 2. - Complément alvéolaire partiel bilatéral avec images « en verre dépoli » sur une coupe tomодensitométrique thoracique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3420069>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3420069>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)