



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Pneumopathies interstitielles diffuses aiguës d'origine auto-immune : un défi diagnostique et pronostique pour le clinicien

Interstitial lung diseases from autoimmune origins: A prognostic and diagnostic challenge for the clinician

O. Pelton^{a,*}, G. Chatte^b

^a Service de pneumologie, hôpital Croix-Rousse, 103, grande rue de la Croix-Rousse, 69004 Lyon, France

^b Service de pneumologie, clinique de l'infirmier protestante, 3, chemin du Penthod-Caluire-et-Cuire, 69300 Caluire, France

MOTS CLÉS

Auto-immune ;
Aiguë ;
Pneumopathie
interstitielle diffuse ;
Polymyosite

Résumé Les pneumopathies interstitielles aiguës ou subaiguës d'origine auto-immune sont de diagnostic difficile mais doivent être décelées rapidement. Nous illustrons cette nécessité par la présentation de trois cas cliniques. Un cas de polymyosite paranéoplasique, un cas de pneumopathie interstitielle liée à une connectivite et un cas de pneumopathie interstitielle associée aux anti-synthétases. Il s'agit ici de sensibiliser le clinicien à la recherche précoce de signes extra-pulmonaires, au dosage des auto-anticorps afin d'instaurer rapidement le traitement adéquat.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Autoimmune;
Acute

Summary Acute or subacute interstitial lung diseases from autoimmune origins are especially hard to diagnose but have to be detected promptly. We illustrate this necessity with three case reports. One case of paraneoplastic polymyositis, one case of interstitial lung disease caused by a connectivite and one case of interstitial lung disease related to an anti-synthetase

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : oriane.pelton@hotmail.fr (O. Pelton), gerard.chatte@pneumologuesacaluire.fr (G. Chatte).

Interstitial lung
disease;
Polymyositis

syndrome. The subject is to alert the practitioners to the early search of extra pulmonary signs, autoantibodies analysis in the objective to set up quickly the right treatment.
© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Diagnostiquer une origine auto-immune devant une pneumopathie infiltrative aiguë est un défi pour le clinicien du fait de la fréquence des infiltrations diffuses pulmonaires aiguës d'origine cardiaque, infectieuse ou toxique. Cependant, il est important de ne pas passer à côté, en raison de la gravité de cette entité et le besoin d'instaurer un traitement spécifique. Le pronostic dépend donc de la rapidité du diagnostic conditionnant le traitement adapté. Voici trois cas cliniques illustrant cette nécessité.

Observations

Cas 1

Madame C. est une patiente de 56 ans non fumeuse ayant comme principal antécédent un mélanome de type SSM scapulaire droit opéré en 2010 puis traité par Interféron 3 MUI trois fois par semaine pendant 18 mois.

En octobre 2012, apparaît une dyspnée d'aggravation progressive sur deux mois. Lors de l'hospitalisation en pneumologie, la patiente est hypoxique (saturation à 88 %), sub-fébrile à 38 °C. Elle présente une dyspnée stade III de la NYHA et, à l'auscultation des crépitations de type velcro. La patiente n'a pas de symptomatologie articulaire ou cutanée. Une adénopathie est retrouvée à la palpation axillaire droite.

La radiographie thoracique retient un syndrome interstitiel des bases (Fig. 1) et le scanner thoracique réalisé montre des zones de condensation alvéolaire des deux bases avec un bronchogramme aérique et des zones de verre dépoli disséminées (Fig. 2). La fibroscopie faite avec un lavage broncho-alvéolaire (LBA) retrouve un aspect inflammatoire de la muqueuse au niveau des lobes inférieurs mais ne met pas en évidence de germes ou de cellules tumorales. Il est à prédominance macrophagique.

La cytoponction du ganglion axillaire retrouve la présence du mélanome précédemment traité (mêmes marqueurs). Après plusieurs lignes d'antibiothérapie et l'absence d'évolution pulmonaire scannographique, il est décidé de réaliser une wedge résection pulmonaire inférieure droite, vidéo-assistée pour éliminer une progression tumorale pulmonaire. L'anatomopathologie est en faveur d'un aspect de pneumopathie en voie d'organisation.

Devant l'aspect histologique, la patiente est adressée dans notre institution. À l'examen clinique, la patiente a une antépnée avec polypnée superficielle. Elle a un déficit

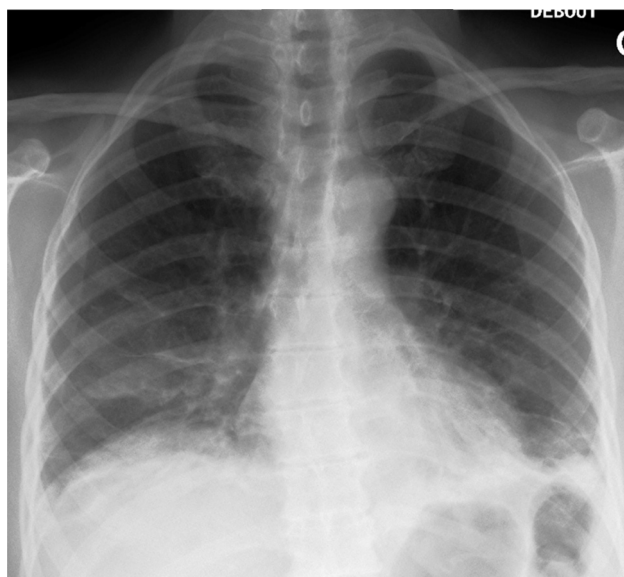


Figure 1. Discret syndrome interstitiel des bases.

moteur coté à 4/5 en distal au niveau des membres supérieurs et inférieurs sans déficit proximal, qui n'existait pas auparavant. La tenue de la manœuvre de Mingazzini est inférieure à 20 secondes. Devant cette nouvelle symptomatologie un nouveau bilan est réalisé. Le dosage des enzymes musculaires montre une cytolyse à 14 000 UI/L, la myoglobuline est à 2799 µmol/L. Le bilan auto immunitaire est négatif notamment les anticorps anti-JO1, anti-Mi2 et anti-TIF 1 γ.

On suspecte une myopathie inflammatoire révélée par une atteinte pulmonaire subaiguë.

Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) réalisées mettent en évidence un trouble ventilatoire restrictif sévère avec une capacité vitale (CV) à 40 %, une capacité pulmonaire totale (CPT) à 45 %, un VEMS à 44 %, un volume résiduel (VR) à 59 % et un KCO à 70 %. Ces chiffres sont nettement aggravés par rapport à ceux antérieurs à la biopsie pulmonaire. L'électromyogramme confirme un syndrome myogène. La biopsie musculaire est en faveur d'une dermatomyosite. Le diagnostic de polymyosite paranéoplasique avec atteinte pulmonaire est confirmé. Un curage ganglionnaire est réalisé comme traitement étiologique et une corticothérapie à 1,5 mg/kg/jour est mise en place, associée à un traitement par immunoglobulines.

À un mois, il existe une nette amélioration clinique avec une dyspnée de stade II, une correction du déficit moteur et une amélioration des EFR. Les CPK se sont normalisées. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8750984>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8750984>

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