



الجمعية الجزائرية للأمراض الصدرية و السل

SOCIETE ALGERIENNE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

# 24<sup>es</sup> JNPP

24<sup>es</sup> Journées Nationales de Pneumophtisiologie

Hôtel Hilton, Alger, 12-13 Mars 2015

PROGRAMME  
&  
RESUMES



# 24<sup>es</sup> JNPP

**24<sup>es</sup> Journées Nationales de Pneumophtisiologie**  
Hôtel Hilton, Alger, 12-13 Mars 2015



# 24<sup>es</sup> JNPP

**24<sup>es</sup> Journées Nationales de Pneumophtisiologie**

Hôtel Hilton, Alger, 12-13 Mars 2015

## Sommaire

Editorial .....	P 4
Hommage .....	P 5
Comités .....	P 6
Organisation générale .....	P 7
Programme synoptique .....	P 8
Concours et prix .....	P 9
Programme scientifique .....	P 11
Résumés des conférences, des communications orales et des poster .....	P 24
Formation .....	P 90

# ÉDITORIAL

Pr. Salim Nafti  
Président de la SAPP



Salim NAFTI

*Chers amis,*

*La Société Algérienne de Pneumophtisiologie est très heureuse de vous accueillir à Alger pour ses 23<sup>es</sup> Journées Nationales.*

*L'organisation des soins et de la formation médicale doit s'adapter aux données socio-économiques, culturelles et démographiques d'un pays. Si la formation des pneumologues en Algérie est en progression, on assiste à une féminisation importante de la spécialité. En effet les femmes représentent 65% de l'ensemble des pneumologues algériens et le nombre de spécialistes libéraux ne cesse de croître, il serait le triple des pneumologues exerçant dans le secteur public.*

*Avec l'allongement de la vie, on assiste à l'émergence de morbidités multiples qui affectent 2 patients sur 3 après 65 ans et la BPCO tient une place de choix sachant qu'elle occupera la 3<sup>e</sup> place des causes d'handicap en 2030.*

*Heureusement, le pneumologue dispose actuellement de plusieurs moyens diagnostiques et thérapeutiques qui sont devenus plus performants en raison de progrès considérables qui ont concernés la biologie moléculaire, l'imagerie et l'endoscopie.*

*Tout acte médical comporte 2 volets à savoir le curatif mais aussi et surtout le préventif. Les efforts doivent porter sur la prévention par l'identification des sujets à risque et la lutte contre les risques liés à l'environnement. Plus que tout autre praticien, le pneumologue doit lutter constamment contre le tabagisme, la pollution intérieure et la pollution atmosphérique.*

*Les activités de prévention et d'éducation sanitaire doivent être valorisées par les pneumologues. Comment ?*

*1. Par le diagnostic précoce surtout pour les affections graves telles que le cancer et la BPCO*

*2. Le suivi des maladies respiratoires chroniques : BPCO, Asthme, pathologie interstitielle, pathologie professionnelle...*

*3. La pluridisciplinarité reste un moyen d'interaction avec les autres spécialités*

*4. L'organisation de la prise en charge de l'urgence (fil rouge des journées) qui doit faire l'objet d'une réflexion afin d'en améliorer la prise en charge.*

*Tels sont donc les défis qui attendent la pneumologie pour les années à venir.*

*Pour être bien préparé à ces bouleversements, il faut modifier l'organisation des soins qui passe obligatoirement par une bonne formation des pneumologues*

*Bienvenue à Alger et bon congrès à tous*

## *Professeur R. ALLOULA* 1942-2014

- Née le 8 juillet 1942 à Blida
- Baccalauréat série Moderne en 1961.
- Docteur en médecine générale en 1967.
- Certificat d'études spéciales de pneumo-phtisiologie 1973.
- Docteur en Sciences Médicales en Pneumo-phtisiologie 1986.
- Grade de Docent en Pneumo-phtisiologie 1988.
- Grade de Professeur en Pneumo-phtisiologie 1993.
- Présidente du comité pédagogique de Pneumo-phtisiologie.
- Responsable de la supervision de la lutte anti tuberculeuse de plusieurs wilayas du pays.
- Professeur chef de service de Pneumo-phtisiologie à l'hôpital de Rouiba 1993 – 2014
- Décédé le 19 décembre 2014



R. ALLOULA

**Les 24<sup>es</sup> Journées Nationales de Pneumophtisiologie  
Sont dédiées à sa mémoire**

## COMITÉ D'HONNEUR

- Monsieur le Recteur de l'Université d'Alger
- Monsieur le Doyen de la Faculté de médecine d'Alger
- Monsieur le Président de la SMMR
- Monsieur le Président de la STMRA
- Monsieur le Président de l'APPA
- Monsieur le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

## BUREAU DE LA SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

Président :	S. Nafti
Vice - Présidents :	A. Snouber, W. Meguenni, B. Ziane
Secrétaire général :	S. Ali Pacha
Secrétaire général adjoint :	M. Gharnaout
Trésorier général :	M.T. Makhloufi
Trésorier général adjoint :	A. Nehal
Relations extérieures :	S. Mahi-Taright
Conseillers :	R. Oulmane, L. Nacef, S. Belmekki-Kermiche

## COMITES SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION

S. Nafti  
S. Ali Pacha  
M. Gharnaout  
M.T. Makhloufi  
A. Nehal

### Secrétariat du congrès

Clinique des maladies respiratoires « D. Larbaoui », CHU Mustapha Alger 16000  
Tél/Fax : (+213) 21 23 70 81  
Site SAPP : [www.sapp-algeria.org](http://www.sapp-algeria.org)  
Webmaster: Dr Djeghri Yacine

# INFORMATIONS GÉNÉRALES

**Date du congrès :** 12-13 Mars 2015.

**Lieu du congrès :** Hôtel Hilton (Alger)

**Inscription :** Auprès du secrétariat le 12 Mars 2015 à partir de 08 heures.

Frais d'inscription : 3000 DA.

(Donnant droit aux documents du congrès, l'accès aux salles et aux pauses café)

**Badges :** le port de badge est obligatoire. Il sera exigé pour l'accès aux salles et aux pauses café.

## Présentation de posters

Les posters doivent être impérativement affichés et retirés selon l'horaire et les modalités contenues dans le présent programme. Les auteurs doivent être présents devant leurs posters pour répondre aux questions. Certains posters seront présentés sous forme électronique.

## Affichage

### Jeudi 12 Mars 2015

9H00-10H15 posters sans discussion 1  
10H30-12H30 posters avec discussion 1 et e-posters  
14H00-15H30 posters sans discussion 2  
16H00-18H00 posters avec discussion 2

### Vendredi 21.02.2014

9H 00-10H 15 posters sans discussion 3  
10H30-12H30 posters sans discussion 4

## Ateliers

Cinq ateliers seront organisés, les collègues désirant y assister doivent impérativement s'inscrire auprès du secrétariat, car le nombre de places pour chaque atelier est limité à 30.

## Exposition pharmaceutique

Les partenaires des laboratoires pharmaceutiques peuvent installer leur stand au niveau de l'hôtel le Mercredi 11 Mars 2015 à partir de 16 heures selon un emplacement qui leur sera indiqué par le Comité d'organisation.

## Séance inaugurale



aura lieu 12 mars 2015 à 19h00 à la salle Tassili au cours de laquelle une conférence culturelle intitulée «Alger, Nice et la Sublime porte...en 1543 » sera présentée par le Dr B. Pigearias secrétaire général des Relations Internationales de la SPLF.

Lors de cette séance inaugurale, les pneumologues algériens sont conviés à venir nombreux rendre hommage à feu le Pr R. ALLOULA. Hommage qui lui sera rendu par le Docteur Rachid Chahed



**Dîner Gala :** aura lieu à 20H00 au chapiteau (accès avec carte d'invitation).

# PROGRAMME SYNOPTIQUE

## Jeudi 20 février 2014

HORAIRES	TASSILI	HOGGAR	ROSA	SIDI	HALL
9h00- 10h15	URGENCES DE PNEUMOLOGIE				SD Poster 1
10h15-10h30	Break et visite des stands				
10h30-11h30	CLO 1	E - POSTERS	A1	A2	D- Poster 1
11h30-12h30					
12h30- 14h00	Déjeuner				
14h00-15h30	ANTIBIOTHERAPIE EN PNEUMOLOGIE				SD-Poster 2
15h30- 16h00	Break et visite des stands				
16h00- 17h00	CLO 2		A3	A4	D -Poster 2
17h00-18h00					
18h00- 19h00	Symposium				
19h00- 20h00	Inauguration				
20h00	Diner gala au chapiteau				

A = Atelier CLO : communication libre orale  
D- POSTER : posters avec discussion

SD-POSTER : posters sans discussion  
E- POSTER : poster électronique

## Vendredi 13 mars 2015

Matinée					
HORAIRES	TASSILI	HOGGAR	ROSA	SIDI	HALL
9h00-10h30	BPCO et COMORBIDITES				SD Poster 3
10h30-11h00	Break et visite des stands				
11h00-12h30	CLO 3	CLO 4	A5		SD Poster 4
12h30-13h00	CLÔTURE ET REMISE DES PRIX				

## Concours de lecture de radiographies thoraciques

*Un concours de lecture de radiographies thoraciques est organisé à l'intention des praticiens inscrits au congrès : Médecins généralistes, résidents et Médecins spécialistes. Dix radiographies thoraciques seront affichées sur négatoscope au niveau du hall de l'hôtel le jeudi 12 Mars 2015 de 9H00 à 13H00. Les participants devront inscrire sur la feuille-réponse, disponible au secrétariat, leur qualité et l'interprétation de chacune des radiographies. Les feuilles- réponse doivent être déposées au secrétariat le jeudi 12 Mars 2015 avant 14H 00.*

### **Composition du jury :**

*R. Chahed, D. Gacem, S. Belmekki-Kermiche*

*Un prix sera attribué à chacune des catégories participant au concours : médecins généralistes et résidents, médecins spécialistes.*

## PRIX DE LA MEILLEURE PRESENTATION PAR AFFICHE

Un prix sera attribué pour la meilleure communication par affiche

### **Composition de jury :**

A. Hamizi, R. Oulmane, Y. Sabeg, R. Brahmia

**Bonne chance pour tous les participants  
et félicitations aux futurs lauréats**

# Programme Scientifique

**Salle Tassili 9H00 - 12H30**

**9H00 -10H15**

**Thème : URGENCES EN PNEUMOLOGIE**

**Modérateurs :** M. Guermaz, N. Zidouni, A. Djebbar, E. Lemarie, A. Bakhatar

1. Embolie pulmonaire : quel(s) score(s) diagnostique(s) et quelle conduite thérapeutique adopter dans le cadre de l'urgence ?  
**A. Fissah**
2. Place de la nébulisation dans la prise en charge des urgences en pneumologie  
**L. Vecelio**
3. Urgences respiratoires : quelles structures de prise en charge et pour quelles pathologies ?  
**B. Meloni**

**10h15 – 10h30 Pause**

**10h30 - 12h30**

**Communications libres orales (1)**

**Modérateurs :** M. S. Messadi, B. Ziane, R. Khellafi, F. Kheloufi

- 1- Réflexions autour de la «santé globale»  
**R. Benali, F. Atoui**
- 2- Place du scanner thoracique dans la prise en charge de la BPCO  
**A. Bouchareb, B. Oudjidi, Y. Berrabah**
- 3- Evaluation de la demande de soins concernant l'asthme et la BPCO en médecine générale  
**Y. Djeghri, S. Taright**
- 4- Panorama des maladies allergiques  
**M. Gharnaout**
- 5- Impact des comorbidités sur l'évolution naturelle de la BPCO  
**B. Ziane, M. Zehar, M. Hadjaj**
- 6- Aspects des comorbidités inhérentes ou associées à la BPCO  
**F. Chaouki, D.E. Benoudina, H.E. Ailane, S. Salhi, A. Djebbar**
- 7- Test de lever de chaise versus TM6 dans la prise en charge de la BPCO  
**M.A. Bennani, F.Z. Drissi, S. Kebbati, A. Snouber, M. Guermaz**
- 8- Efficacité et tolérance de la Thymoseptine dans le traitement des infections respiratoires aiguës  
**M.T.Makhloufi ,S.Nafti**

Hall 09H00-10H15

Posters sans discussion (1)

- 1 Syndrome hypereosinophilique  
*F.Bouressam, N.Belbekri, H.Haouichat*
- 2 Troubles cardiovasculaires et ventilation nocturne  
*S.Kermiche Belmekki*
- 3 Variations physiologiques de la respiration pendant le sommeil  
*Z.Khelifi, Y.Boucherit, H.Noui*
- 4 Place de la spirométrie dans le diagnostic et le suivi des maladies neuromusculaires  
*Y.Boucherit, Z.Khelifi, D.Saadi, D.Kerbi, A.Benahmed, H.Noui*
- 5 Le syndrome de Munchhausen chez un malade qui présente une hémoptysie  
*S. Djillali, N.Hammache*
- 6 CPLF 2015 : points forts  
*A.Chohra*
- 7 Amylose tracheobronchique : à propos d'un cas  
*M.Khalifaoui, A.Moumeni*
- 8 Manifestations pulmonaires de la granulomatose avec polyangéite: à propos d'un cas  
*A.Ketfi, M.Gharnaout*
- 9 Le syndrome emphysème-fibrose pulmonaire : à propos d'un cas  
*A.Benferhat, S.Djatit, N.Djami, Y.Benbetka, R.Amrane, A.Fissah*
- 10 Syndrome d'hyper-éosinophilie associé à une HTAP  
*S.Bouchene, R.Yahiaoui, Z.Benoui, N.Atlou, R.Amrane, A.Fissah*
- 11 Chylothorax sur thrombose de la VCS : à propos d'un cas.  
*Z. Guerdouh, A.Taib, N.Guemmadi, M.S.Messaïdi*
- 12 Kyste bronchogénique révélé par des accès de tachycardie: à propos d'un cas  
*N.Kachebi, R.Yahiaoui, S.Khakha, S.Bouchene, R.Amrane, A.Fissah*
- 13 Le syndrome de Kartagener: à propos d'un cas  
*Z. Guerdouh, A.Taib, K.Tlili, S.Ayadi, M.S.Messaïdi*
- 14 Histiocytome X chez un jeune fumeur de 17 ans : à propos d'un cas  
*I.A.Debbache, E.A.Bouaddou, N.Dermech, N.Djami, A.Fissah*
- 15 Endométriase thoracique : Une cause rare d'hémoptysie : à propos d'un cas  
*R.Djebaili, N.Douha, A.Romane, L.Rezoug, A.Djebbar*
- 16 A propos d'une variante rare du syndrome d'hétérotaxie de l'adulte se manifestant par une image thoracique trompeuse.  
*MR.Selmani, O.Deghou, K.Choukha, H.Ailane, A.Djebbar*
- 17 Syndrome pneumo-rénal : à propos d'un cas  
*R.Djebaili, S.Behbeh, N.Douha, R.Oudjidene, D.Benoudina, A.Djebbar*
- 18 Pneumopathie récidivante révélant une agammaglobulinémie: à propos d'un cas  
*A.Hamzaoui, Y.Bennaceur, N.Boudalia, Z.Benhabi, M.Zahar, B.Ziane*
- 19 Kyste bronchogénique pulmonaire  
*I.Bekkara, N.Fettal, A.Bouzidi, K.Nadji, Y.Hamel, A.Taleb*
- 20 L'hamartochondrome: à propos d'un cas  
*H.Derrar, A.Taleb*
- 21 Manifestations respiratoires de la maladie de Chron : à propos d'un cas  
*A.Bouchereb, B.Oujidi, Y.Berrabah*
- 22 Lymphangioliéomyomatose: à propos d'un cas  
*A.Oumari, M.Bouhadda, N.Gueza, D.Terfani, S.Lellou*
- 23 Thrombus intracardiaque au cours de la maladie de Behcet : à propos d'un cas  
*M.Nouacer, L.Laouar, S.Nafti*
- 24 Difficultés diagnostiques de l'agénésie pulmonaire unilatérale de l'adulte : à propos de 2 cas  
*MR.Selmani, A.Romane, D.Benoudina, O.Deghou, A.Djebbar*
- 25 Pneumopathie organisée cryptogénique : à propos d'un cas  
*Z.Titar, M.Bouhada, N.Gueza, D.Terfani, S.Lellou*
- 26 Une scoliose dorsale révélant une neurofibromatose  
*M.KermouniSerradj, H.Bengherra, A.Merghache, F.Boudour, A.Ainesebaa, B.Ziane*
- 27 Leucémie aigue myéloïde révélée par une pleurésie  
*A.Baak, Y.Hamel, N.Yahiaoui, A.Amrone, A.Taleb*
- 28 Polykystose pulmonaire et hépatique: à propos d'un cas  
*S.Bioud, A.Merouani, A.Moumeni*
- 29 Surinfection d'une bulle d'emphysème chez un patient atteint de BPCO  
*S.Lazazna, S.Nafti*
- 30 Une dyspnée qui révèle une maladie de Carrington : à propos d'un cas  
*A.Kadri, N.Smahi, A.Bouchama*
- 31 Pneumopathie organisée cryptogénique : à propos de 2 cas  
*Y.Hamel, A.Bouzidi, A.Baak, I.Bekkara, R.Brixi, A.Taleb*
- 32 L'anévrysme du ventricule gauche secondaire à un traumatisme thoracique  
*Y.Bezoui, A.Benzeguir, N.Fettal, A.Bouzidi, A.Taleb*
- 33 Aspergillome intra cavitaire sur dilatation de bronches : localisation rare  
*K.Nadji, R.Brixi, H.Derrar, N.Yahiaoui, A.Baak, A.Taleb*
- 34 Syndrome de Blesovsky : à propos d'un cas  
*A.Nehal, A.Lebib, F.Belamri, Z.Haroune, S.Ailane, F.Ayad, M.Gharnaout*

## Hall 10H30-12H30 Posters avec discussion (1)

Modérateurs : M. A. Benani ; A. Ouardi

- 1 Les modalités d'utilisation des antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës basses en pratique hospitalière  
*A.Bellal, L.Baough, A.Graradji, S.Bousbia, L.Ouldouali, D.Benhables, A.Kheliouen, N.Zidouni*
- 2 La dilatation des bronches diffuses : à propos de 17 cas  
*S.Hachi, A.Ketfi, M.Gharnaout*
- 3 La prise en charge des pneumopathies infectieuses au CHU de Constantine  
*C.Abbaz, C.Borghida, I.Achour, M.Maadache, M.S.Messaidi*
- 4 Evaluation des pratiques professionnelles en matière de prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës chez les médecins généralistes.  
*S.Kherbi*
- 5 Profil étiologique des hémoptysies dans un service spécialisé.  
*O.Chabati, M.Gharnaout*
- 6 Place de la chirurgie dans la prise en charge des anévrysmes de l'artère pulmonaire dans la maladie de Behcet.  
*Y.M.Medjdoub*
- 7 Profil évolutif des kystes hydatiques : à propos de 42 cas.  
*I.Touari, M.Bouali, A.Ouahchi, S.Hamoud, A.Djabbar*
- 8 Aspect radiologique de la maladie de Behcet.  
*H.Derrar, M.Belghour, A.Taleb*
- 9 Aspergilliose pulmonaire invasive : une autre étiologie d'ANCA faux positifs ?  
*MR.Selmani, T.Djenfi, S.Hamoud, R.Maloussi, A.Djebbar*
- 10 Un lâcher de ballons révélant la maladie de Rendu-Osler.  
*N.Adimi, W.Bourekoua, L.Laouar, S.Nafti*
- 11 Kyste hydatique à double localisation : pulmonaire et hépatique: à propos d'un cas  
*D.Benazzoug, S.Nafti*
- 12 Œdème pulmonaire neurogène secondaire à une crise d'épilepsie.  
*N.Hammache*
- 13 Apport de l'échographie dans l'étude de la cinétique diaphragmatique.  
*MN.Ghit, Z.Dorbani, A.Rouabhia*
- 14 Démarche diagnostique biologique devant une mucoviscidose.  
*H.Boumechra, A.Y.Sib, Y.Klouche, K.Sifi, N.Abadi, C.Benlatreche*
- 15 Granulomatose lymphomatoïde sur déficit immunitaire primitif combiné atypique: à propos d'un cas.  
*A.Graradji, D.Benhables, M.Haouchine, N.Moulay, N.Zidouni*
- 16 Localisation bronchique d'un lymphome hodgkinien.  
*R.Baraktia, AR.Bellal, R.Hitachi, L.Baough, N.Zidouni*
- 17 Profil du cancer broncho pulmonaire au CHU d'Oran.  
*FZ.Drissi, M.Metahri, S.Kebbat, K.Machou, MA.Bennani, M.Guermaz*
- 18 Les tumeurs thymiques : à propos de 3 cas.  
*F.Azizi, N.Hammache, Z.Bennamane, K.Bennamane*
- 19 Le cancer bronchique primitif au niveau du service de pneumo-phtisiologie du CHU d'Annaba : état des lieux.  
*F.Atoui, H.H.Cherkaski, F.Khalloufi, R.Benali*
- 20 BPCO et cancer pulmonaire opérable : évaluation du risque préopératoire : à propos d'un cas.  
*A.Bouchareb, B.Oudjidi, Y.Berrabah*
- 21 Le cancer bronchique primitif chez la femme : aspects radio-cliniques et évolutifs.  
*Z.Bennamane, N.Hammache*
- 22 Le cancer bronchique primitif sur poumon pathologique.  
*N.Atlaoui, R.Yahiaoui, K.Khenouf, Y.Benbetka, R.Amrane, A.Fissah*
- 23 Caractéristiques du comportement tabagique chez l'appelé du service national.  
*S.Kherbi*
- 24 Apport de la TDM dans l'exploration de la sarcoïdose thoracique.  
*S.Chemali, H.Lafer, O.Moussenaf, S.Ouchene*
- 25 Profil radio clinique et prise en charge des thymomes à propos de 09 cas.  
*N.Atlaoui, S.Bouchene, N.Dermache, N.Djami, R.Amrane, A.Fissah*
- 26 Profil clinique et fonctionnel de l'asthme chez la femme non ménopausée.  
*S. Aissani*

**Salle HOGGAR 10H30-12H 30**

**POSTERS ELECTRONIQUES**

**Modérateurs :** L. Chergui, S. Ali Pacha, A. Benyounes

- 1 Prise en charge du pneumothorax spontané : à propos de 253 dossiers  
*T.Djenfi, MR.Selmani, D.Benoudina, I.Touari, A.Djebbar*
- 2 Pleuroscopie médicale : expérience du service de pneumologie du CHU d'Oran  
*N.Lekehal, K.Bentata, B.Ziane, Y.Berrabah*
- 3 Pleurésies exsudatives: à propos de 200 cas au CHU Constantine  
*Z.Guerdou, M.Hamid, A.Chabane, S.Ayadi, M.S.Messaidi*
- 4 Place de la bronchoscopie dans la prise en charge des urgences en pneumologie  
*N.Lekehal, K.Bentata, B.Ziane, Y.Berrabah*
- 5 Prise en charge des pneumothorax observés aux urgences du CHU de BEO  
*N.Djami, N.Dermeh, Y.Benbetka, R.Amrane, A.Fissah*
- 6 Inhalation accidentelle d'épingle à foulard : expérience du service des maladies respiratoires du CHU Mustapha  
*L.Laouar, S.Nafti*
- 7 Etude prospective des urgences pneumologiques au CHU de BEO  
*S.Souilah, S.Djatit, A.Benfarhat, I.Messaoudi, R.Amrane, A.Fissah*
- 8 Prise en charge du pneumothorax spontané du sujet âgé dans le cadre de l'urgence  
*R.Khelafi, F.Oussedik, K.Fezaa, N.Keddache, R.Mecheri, F.Skander*
- 9 Les situations d'urgences dans le cancer bronchique : à propos de 122 cas  
*R.Khelafi, F.Oussedik, K.Fezaa, N.Keddache, R.Mecheri, F.Skander*
- 10 La consultation d'aide au sevrage tabagique : expérience et perspectives : à propos de 160 cas  
*N.Adimi, W.Bourekoua, L.Laouar, S.Nafti*
- 11 Impact négatif du tabac sur la fertilité masculine : à propos de 150 cas  
*A.Fizazi, M.Bendahmane, Laradj, K.Zazou*
- 12 Etude prospective des PAC au CHU de BEO  
*Y.Benbetka, N.Benfarhat, K.Khenouf, N.Djami, R.Amrane, A.Fissah*
- 13 Apport de la sérologie bactérienne dans le diagnostic des pneumopathies atypiques  
*F.Djedjig, H.Senouci, S.Chemli, N.Benamrouche, H.Talimaamar, K.Rahal*
- 14 Profil bactériologique des infections respiratoires : à propos de 62 cas  
*S.Hadjadj, S.Nafti*
- 15 Les PAC : à propos de 116 cas colligés en 06 ans  
*T.Berdous, F.Saadi, S.Nafti*
- 16 Hypertension pulmonaire dans un syndrome d'obésité hypoventilation  
*M.Kherbouche, D.Bendaoud, H.Bayon*
- 17 SAHOS et troubles métaboliques  
*F.Chaouki, M.Bouali, D.Chaouki, O.Maache, A.Djebbar*
- 18 Prise en charge chirurgicale des médiastinites  
*Y.M.Madjdoub*
- 19-La ponction-biopsie transbronchique : exemple de coopération entre pneumologue et radiologue  
*S.Kherbi*
- 20 La miliaire tuberculeuse: à propos de 18 cas  
*R.Djebaili, K.Choukha, R.Oudjidene, R.Heddane, S.Chergui, A.Djebbar*
- 21 Difficultés diagnostiques de la tuberculose mammaire A propos de 08 cas  
*W.Bourekoua, N.Adimi, S.Nafti*
- 22 La tuberculose à bacilles multirésistants : à propos de 77 cas  
*T.Berdous, F.Saadi, B.Larbani, S.Nafti*
- 23- Comment le médecin généraliste prend-il en charge la BPCO à Annaba ?  
*R.Yakoubi, F.Atoui, H.H.Cherkaski, A.Bounour, R.Benali*
- 24 Evaluation de la BPCO selon les recommandations GOLD 2011  
*B.Oujidi, A.Bouchareb, Y.Berrabah*
- 25 Evaluation de l'usage d'une plateforme d'e-learning dans une formation sur la prise en charge de l'asthme et de la BPCO  
*Y.Djeghri, S.Taright*
- 26 Facteurs étiologiques des exacerbations de la BPCO : à propos de 60 cas  
*B.Benahmed, M.Bendriss, B.Oujidi, Y.Berrabah*

## Atelier

Jeudi 12 Mars 2015  
10H30-11H30

### Salle Rosa

**Atelier 1 :** La nébulisation  
**L. Vecelio**

### Salle Sidi

**Atelier 2 :** La recherche bibliographique  
**E. Lemarié**

**12H30-14H00**  
**Déjeuner**

**Salle Tassili 14H00-19H00**

**14H00-15H30**

**Thème : ANTIBIOTHERAPIE EN PNEMOLOGIEE**

**Modérateurs :** Y. Berrabah, R.Benali, A.Fissah, B.Meloni, A. Hayouni

1. Les nouveaux challenges de l'antibiothérapie en pneumologie  
**H.Ghedira**
2. L'antibiothérapie dans les infections respiratoires basses de l'adulte selon les recommandations internationales.  
**H.Haouichat**
3. Indications des antibiotiques dans les exacerbations de la BPCO  
**E.Lemarié**

**15H30-16H00**

**Pause**

**16H00-18H00**

**Communications libres orales (2)**

**Modérateurs :** A.Zitouni, D.Mekideche, R.Yahiaoui

- 1- Exacerbations des PID prises en charge à la clinique Matiben.  
**A.Kheliouen,S.Ali Halassa,AR.Bellal,R.Hitachi,L.Baough,N.Zidouni**
- 2- Bactériologie des expectorations au cours des exacerbations de la BPCO.  
**H.Ammari, M.Ghaffor**
- 3- Impact des exacerbations de BPCO sur la fonction respiratoire.  
**F.Oussedik, R.Khelafi, F.Skander**
- 4- Asthme -COPD Overlap-Syndrome (ACOS)  
**R.Khelafi,F.Oussedik,F.Skander**
- 5- Morbidité hospitaliere de la BPCO : expérience de la clinique Matiben  
**D.Mekideche, L.Baough, A.Kheliouene, N.Zidouni**
- 6- Double dépendance tabac-cannabis et pathologie respiratoire : étude descriptive de 33 cas  
**L.Laouar, S.Nafti**
- 7- Les bénéfices-risques de la e-cigarette  
**N.Guemmedi, M.S.Messadi**
- 8- Traitements symptomatiques des patients atteints de cancer bronchique dans le service de pneumologie de Rouiba  
**D.Ihadadene, M.Gharnaout**
- 9- Les urgences oncologiques chez les patients suivis pour cancer bronchique au CHU BEO  
**S.Souilah, F.Z.El Allia, S.Khodja, S.Bouchene, R.Amrane, A.Fissah**
- 10- L'anémie dans la BPCO, comorbidité et/ou facteur de gravité ?  
**K .Deghdegh, R.Yakoubi, F.Atoui, R.Benali**

Hall 14H00-15H30

Posters sans discussion (2)

- 1 Toux chronique révélant une polychondrite atrophiante.  
*Y.Dali, M.A Benani, M. Guermaz*
- 2 Granulomatose avec polyangeite : à propos d'un cas.  
*K.Boussouf, N.Smahi, M.L.Bouchama*
- 3 Evolution des Kystes hydatiques non opérés :  
à propos de 39 cas.  
*I.Touari, M.Bouali, A.Ouahchi, S.Hamoud, A.Djebbar*
- 4 Maladie de Hodgkin à localisation pulmonaire  
primitive : à propos d'un cas.  
*N.Yahiaoui, M.Brixi*
- 5 Pneumocystose à *Pneumocystis jiriovecii*  
et aspergillome intracavitaire: à propos d'un cas.  
*D.Benhables, A.Graradji, M.Bay Ahmed, L.Baough,  
N.Zidouni*
- 6 Abscès du poumon chez un sujet âgé et taré.  
*K.Diboune, S.Nafti*
- 7 Syndrome de Kartagener: à propos d'un cas.  
*H.GhendirAoun, A.S.Mahious, M.Lebbaz, M.Bay  
Ahmed, S.Ali Halassa, N.Zidouni*
- 8 Carcinome neuroendocrine avec localisation  
cutanée : à propos d'un cas.  
*A.S.Lebbaz, N.Moulay Omar, N.Mahious,  
M.Bay Ahmed, S.Ali Halassa, N.Zidouni*
- 9 Abscès du poumon compliquant des dilatations  
de bronches : à propos d'un cas.  
*S.Bououka, S.Nafti*
- 10 Tératome médiastinal bénin: à propos d'un cas.  
*A.Graradji, D.Benhables, A.Kheliouen,  
M.Bay Ahmed, L.Baough, N.Zidouni*
- 11 Localisation médiastinale d'une tumeur nerveuse  
périphérique: à propos d'un cas.  
*M.Haouchine, R.Hitachi, L.Ould Ouali, S.Bousbia,  
D.Mekideche, L.Baough, N.Zidouni*
- 12 Métastases pleurales et parenchymateuses d'un  
synoviosarcome.  
*A.Boussahel, S.Bioud, F.Houari, A.Marouani,  
A.Moumeni*
- 13 Localisations pleurale et ganglionnaire  
d'un neuroblastome : à propos d'un cas.  
*S.Bousbia, R.Hitachi, A.Bellal, I.Ould Ouali,  
D.Mekideche, N.Zidouni*
- 14 Tumeur myofibroblastique inflammatoire pulmonaire :  
à propos d'un cas.  
*R.Bererma, A.Marouani, A.Moumeni*
- 15 Les Tumeurs myofibroblastique pulmonaire :  
à propos de 2 cas.  
*M.Haouchine, R.Hitachi, L.Ould Ouali, S.Bousbia,  
D.Mekideche, L.Baough, N.Zidouni*
- 16 Adénocarcinome papillaire : à propos d'un cas.  
*N.Mehal, H.Djeghal, S.Bara*
- 17 Schwannome parenchymateux pulmonaire :  
à propos d'un cas.  
*S.Kherbi*
- 18 Hemangioendothéliome épithélioïde pulmonaire :  
à propos d'un cas.  
*R.Hitachi, D.Mekideche, R.Braktia, M.Haouchine,  
L.Ould Ouali, S.Bousbia, F.Oudjida, K.Bendisari,  
N.Zidouni*
- 19 Sciatalgie révélant un adénocarcinome bronchique  
chez une femme non fumeuse.  
*M.Boudjeref, N.Fettal, N.Yahiaoui, A.Moulai, A.Laidi,  
A.Taleb*
- 20 Sarcome granulocyttaire isolé : à propos d'un cas.  
*N.Keddache, O.Belarbi, F.Oussedik, F.Skander*
- 21 Tumeur carcinoïde centrale typique découverte à  
la suite de surinfections bronchiques à répétition :  
à propos d'un cas.  
*L.Guerroucghé, R.Fezaa, R.Khelafi, F. Skander*
- 22 Tumeurs carcinoïdes typiques bronchiques :  
à propos de 3 cas.  
*R.Hitachi, D.Mekideche, R.Braktia, M.Haouchine,  
L.Ould Ouali, S.Bousbia, F.Oudjida, K.Bendisari,  
N.Zidouni*
- 23 Particularités diagnostiques et pronostiques  
du synoviosarcome thoracique primitif  
et secondaire : à propos de 2 cas.  
*S. Ada, W.Abderahmanni, A.Bachi, N.Hammache*
- 24 Cancer bronchique avancé à survie prolongée.  
*W.Abderahmanni, N.Hacid, A.Hachi, C.Didaoui,  
H.Ammour, N.Hammache*
- 25 Angiosarcome primitif de la plèvre : à propos d'un cas.  
*M.Bandui, K.Khenouf, S.Kaddouche, R.Amrane,  
A.Fissah*
- 26 Opacité ronde révélée par des accès de tachycardie :  
à propos d'un cas  
*N.Kachebi, R. Yahiaoui, A.Fissah*
- 27 Le cancer bronchique primitif chez le sujet jeune :  
à propos d'un cas  
*A.Moulai, N.Fettal, M.Boudjorf, A.Bouzidi, A.Taleb*
- 28 Carcinome adénoïde kystique à localisation  
trachéale : à propos d'un cas  
*B.Haddad, S.Hamoud, S.Salhi, A.Lemouchi, A.Djebbar*
- 29 Le cylindre: à propos d'un cas.  
*B.Ait Kaci, Z.Ouramdane, N.Hammache*
- 30 Adénocarcinome thymique: primitif ou secondaire ?  
*M.A.Khelifi Touhami, K.Tlili, M.S.Messaidi*
- 31 La cardiotoxicité induite par la chimiothérapie chez  
un patient présentant un cancer bronchique.  
*I.Bekkara, N.Fattal, A.Bouzidi, K.Nadji, A.Taleb*
- 32 Crise d'asthme révélant un adénocarcinome  
bronchique.  
*N.Abbou, M.Bouhadda, N.Gueza, D.Terfani, S.Lellou*

## Hall 16H00-18H00 Posters avec discussion (2)

**Modérateurs :** A. Snouber, M. Benmansour

- 1 Expérience du service de pneumologie du CHU de Constantine dans la prise en charge du pneumothorax.  
*K.Tlili, H.Guettiche, M.A.Khelifi, W.Kechichou, N.Guemmedi, M.S.Messadi*
- 2 Le pneumothorax : prise en charge thérapeutique et aspects évolutifs.  
*K.Saboundji, N.Hammache, A.Amrani, Y.Ahmed Ali*
- 3 Les pleurésies: étude analytique : à propos de 44 cas.  
*I.El Hassane, L.Laouar, M.T.Mkhloufi, S.Nafti*
- 4 Pleurésie purulente bactérienne : à propos de 60 cas.  
*W.Ait Mouhoub, M.T.Makhloufi, S.Nafti*
- 5 Tuberculose pulmonaire et thrombophlébite récidivante révélant un déficit en protéine C et S : à propos d'un cas.  
*L.Ould Ouali, S.Bousbia, R.Hitachi, D.Mekideche, N.Zidouni*
- 6 Prévalence de la tuberculose multifocale dans un service de pneumologie.  
*N.Harieche, M.Gharnaout*
- 7 Localisations extra-pulmonaires rares de la tuberculose : quelles difficultés diagnostiques ? à propos de 8 cas.  
*W.Bourekoua, N.Adimi, S.Nafti*
- 8 Tuberculose pulmonaire et comorbidité : à propos de 40 cas.  
*K.Bouazza, A.Mecherfi, K.Sahraoui, Y.Berrabah*
- 9 Tuberculose multifocale : à propos de 23 cas.  
*M.T.Boubekri, S.Nafti*
- 10 Apport de la stratégie d'approche pratique de la santé respiratoire dans la prise en charge des patients tuberculeux.  
*K.Bennamane, T.Hammani, C.Idir, D.Abbes*
- 11 Prise en charge des adénites tuberculeuses à l'UCTMR d'Alger centre: à propos de 132 cas.  
*W.Bourekoua, N.Adimi, S.Nafti*
- 12 Tuberculose chez le sujet âgé : à propos de 45 cas.  
*C.I.Boukhris*
- 13 Effets secondaires du traitement anti tuberculeux au cours de la tuberculose a bacilles multi-résistants (TB-MR) : à propos de 77 cas.  
*F.Saadi, T.Berdous, B.Larbani, S.Nafti*
- 14 Maladie thrombo-embolique au cours de la tuberculose.  
*H.Berkat, N.Hammache, Z.Ouramdane, A.Hameg, Y. Ahmed Ali*
- 15 Profil des pleurésies tuberculeuses : à propos de 41 cas.  
*M.A.Zidani, K.Bounefla, A.Ouardi, Y.Berrabah*
- 16 Diagnostic éducatif de patients atteints de BPCO suivis au service de pneumologie d'Annaba.  
*F.Atoui, F.Khalloufi, A.Djebaili, R.Benali*
- 17 Facteurs prédictifs de survenue des exacerbations de BPCO étude d'une série de 43 patients.  
*S.Kebbat, M.Metahri, M.A.Bennani, M.Guermaz*
- 18 La bronchopneumopathie chronique obstructive et les comorbidités cardiovasculaires.  
*B.Oujidi, A.Bouchareb, Y.Berrabah*
- 19 Aspect inflammatoire de la BPCO.  
*M.Bougrida, Y.Mosrane, B.Benzouid, S.Chouarfia, M.K.Bourahli, H.Mehdioui*
- 20 La BPCO en milieu hospitalier.  
*A.Kefti, M.Gharnaout*
- 21 Infections broncho-pulmonaires et exacerbations de la BPCO.  
*Z.Mokrane, A.Bouldjadj, B.Benlmouafek, M.Charouana, H.Djehri, S.M.Messadi*
- 23 Impact des exacerbations de la BPCO sur l'activité physique.  
*F.Oussedik, R.Khelafi, F.Skander*
- 24 Associations des pathologies cardiovasculaires et BPCO : épidémiologie; conséquences et problématiques de prise en charge.  
*B. Oujidi, A.Bouchareb, N.Bendimerad, Y.Berrabah*
- 25 Education thérapeutique des patients asthmatiques et BPCO : état des lieux au niveau du service de pneumologie HMRUC.  
*S. Kherbi*
- 26 Profil étiologique de la douleur thoracique aiguë aux urgences.  
*K.Fezaa, R.Khelafi, N. Keddache, F.Oussedik, F.Skander*

**Atelier** Jeudi 12 Mars 2015  
16H00-17H00

**Salle Rosa**

**Atelier 3 :** Les tests cutanés en allergologie  
**A. Benyounes, M. Gharnaout, M. Mousli**

**Salle Sidi**

**Atelier 4 :** La e.cigarette et le testeur de CO  
**S. Nafti, A. Djebbar, A. Nehal**

**Salle Tassili** 18H00-20H00

**18H00-19H00**

**Symposium SANOFI PASTEUR**

Faut- il rendre le vaccin anti-grippal obligatoire ?

**F.Derrar**

**19H00-20H00**

**Conférence culturelle**

«Alger-Nice et la Sublime porte ...en1543»

**B .Pigearias**

**Hommage au Professeur R. ALLOULA**

**Par le Dr R.Chahed**

**Chapiteau**

**20H00**

**Diner Gala**

Accès avec carte d'invitation

**Salle Tassili 09H00-12H30**

**09H00-10H30**

**Thème : BPCO ET COMORBIDITES**

**Modérateurs :** A. Moumeni, A. Taleb, C. Prefaut, F. Skander, H. Ghedira

- 1- Impacts des comorbidités dans l'histoire naturelle de la BPCO  
**C.Prefaut**
- 2- BPCO et comorbidités  
**N.Zidouni**
- 3- Quel bilan pratique rationnel doit-on réaliser chez un BPCO à la recherche d'une comorbidité ?  
**M.Guermaz**
- 4- Rôle de l'économie de santé dans l'évaluation des technologies de santé : exemple de la BPCO.  
**B.Detournay**

**10H30 -11H00 Pause**

**11H00-12H30**

**Communications libres orales (3)**

**Modérateurs :** H. Haouichat, S. Lellou, A. Kheliouene

- 1- Valeur de l'interféron-gamma dans le diagnostic des pleurésies tuberculeuses.  
**R.Yahiaoui ; F.Mecabih ; S.Dahmani ; E.Bouaddou ; R.Amrane ; A.Fissah**
- 2- Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : profil épidémiologique, clinique, morphologique et évolutif : à propos de 40 cas.  
**S.Chemali ; O.Moussennaf ; H.Lafer ; S.Ouchene ; O.Faci**
- 3- Apport de la TDM-HR dans le diagnostic et le suivi des patients atteints de sarcoïdose.  
**M.Metahri ; A.Snouber ; M.A Bennani ; K.Machou ; F.Z Drissi ; M.Guermaz**
- 4- Evaluations des connaissances des médecins généralistes sur l'asthme.  
**Y.Djehri ; S.Mahi -Taright**
- 5- Les facteurs pronostiques dans le cancer bronchique non à petites cellules inopérable : à propos d'une série de 61 cas.  
**B.Haddad ; S.Hamoud ; L.Razoug ; S.Boudouh ; A.Djebbar**
- 6- Le contrôle de l'asthme.  
**A.Taleb ; N.Fettal ; A.Laidi ; A.Moulay**
- 7- La tuberculose ganglionnaire : contraintes de prise en charge.  
**H.H.Cherkaski ; R.Yakoubi ; F.Atoui ; L.Belaid ; R.Benali**
- 8- La tuberculose extra-pulmonaire au niveau du service de pneumo-phtisiologie du CHU d'Annaba : état des lieux.  
**F.Khalloufi ; S.Boudraa ; F.Atoui ; L.Belaid ; R.Benali**

**Hall 09H00-10H30 Posters sans discussion (3)**

- 1 Pneumonie abcédée révélatrice d'une hémoglobinurie paroxystique : à propos d'un cas.  
*N.Mahious, A.S.Lebbaz, M.Bay Ahmed, D. Benhabiles, A.Kheliouene, S.Ali Halassa, L.Baough, N.Zidouni.*
- 2 Tuberculose pulmonaire pseudo-tumorale : à propos d'un cas  
*A.S.Lebbaz, N.Moulay Omar, H.Ghendir Aoun, N.Mahious, M.Bay Ahmed, A.Kheliouene, L.Baough, N.Zidouni*
- 3 Tuberculose pulmonaire compliquant une IRC secondaire au syndrome de Gougerot Sjorgen  
*N.Harieche, M.Gharnaout*
4. Manifestation respiratoire de la maladie de Steinert : à propos d'un cas.  
*M.Bay Ahmed, N.Mahious, A.S.Lebbaz, D. Benhabiles, A.Kheliouene, L.Baough, N.Zidouni*
- 5 Miliare tuberculeuse révélant un sida : à propos d'un cas.  
*A.Ketfi, M. Gharnaout*
- 6 La tuberculose multiviscérale : à propos d'un cas.  
*L.Besbas, A. Moumeni*
- 7 Leishmanioses viscérales compliquées de SAM associées à une tuberculose cérébro-méningée : à propos de 2 cas.  
*N.Achour, R.Bouhamed, H.Bouchaib, M.E.M.Khiari*
- 8 Tuberculose pseudo tumorale : à propos d'un cas.  
*A.Allet, K.Khenouf, R. Yahiaoui, R.Amrane, A.Fissah*
- 9 Tuberculose pseudo tumorale.  
*I.Batouche, N. Djami, A. Fissah*
- 10 Spondylodiscite tuberculeuse : à propos de 05 cas.  
*A. Marouani ; A. Moumeni*
- 11 Tuberculose multi-focale chez une patiente atteinte d'ichtyose congénitale associée à un déficit en complément C3 : à propos d'un cas.  
*R. Recouche, R. Yahiaoui, S. Khakha, L. Batouche, R. Amrane, A. Fissah*
- 12 Hépatite médicamenteuse nécessitant un régime atypique : à propos d'un cas.  
*S.Hachi, A. Ketfi, M.Gharnaout*
- 13 La tuberculose téno-synoviale : à propos d'un cas.  
*A. Ketfi, M. Gharnaout*
- 14 Caractéristiques de la tuberculose chez le fumeur.  
*S.Kherbi*
- 15 Miliare tuberculeuse avec multiples tuberculomes cérébraux.  
*T. Djenfi, M.R. Selmani, H. Ailane, M. Bouali, A.Djebbar*
- 16 Forme pseudo tumorale de la tuberculose pulmonaire et les difficultés diagnostiques : à propos de 04 cas.  
*S.Kherbi*
- 17 Tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire associée à une sarcoïdose.  
*W. Abderrahmani, N. Hammache*
- 18 Tuberculose pulmonaire pseudo tumorale.  
*M.E.A.Zaoui, Djaid, Kebbatti, M.A.Bennani, M.Guermaz*
- 19 Tuberculose génitale révélée par une miliaire fébrile.  
*B. Ait Kaci, N.Hammache, C.Troum, Z.Ouramdane*
20. L'association tuberculose et LMNH.  
*A.Amroun, H.Derrar, R.Bixi, M.S. Amroun, N. Yahiaoui, A.Taleb*
- 21 Dyspnées sifflantes simulant un asthme : à propos de 2 cas.  
*S. Dourmane, A. Ketfi, M. Gharnaout*
- 22 SDRA d'origine tuberculeuse.  
*D.Hacid, N.Hammache, S.Mahiouf*
- 23 Syndrome de Fernand Widal : à propos d'un cas.  
*N.Yahiaoui, A.Taleb*
- 24 Asthme persistant sévère avec trachéo-bronchomalacie.  
*K. Dahman, Z. Ouramdane, N. Hammache*
- 25 Une présentation atypique d'un syndrome de Churg Strauss : à propos d'un cas.  
*M. Bouzienne, F. Boudour, A. Aïnsebaa Z. BenHabi, M. Guetbi, B. Ziane*
- 26 Mal de pott : à propos d'un cas.  
*A. Bouzidi, N.Fettal, Y.Hamel, Y. Bezioui, A. Baak, A. Taleb*
- 27 Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : à propos de 07 cas.  
*K.Bousouf, M.L.Bouchama*
- 28 Sarcoïdose atypique : à propos d'un cas.  
*S.Chabbi, M. Gharnaout*
- 29 Sarcoïdose révélée par une hypocalcémie sévère : une association improbable.  
*M.R. Selmani, D. Benoudina, R. Heddane, N.Douha, A. Djebbar*
- 30 Anévrisme de l'artère pulmonaire inaugurant un angio-Behecet.  
*C. Abbaz, N. Guemmadi, S. Ayadi, M.S. Messadi*
- 31 Opacité ronde intra parenchymateuse révélatrice de la maladie de Wegener : à propos d'un cas.  
*W. Benslama, R. Khelafi, F. Oussedik, F. Skander*
- 32 Mal de Pott bifocal : à propos d'un cas.  
*N.Abbou, M.Bouhadda, N.Gueza, D.Terfani, S.Lellou*

Hall 11H00-12H30

Posters sans discussion (4)

- 1 Maladie de Carrington : à propos d'un cas.  
*N.Keddache, A.Boultif, F.Skander*
- 2 Sarcoïdose médiastino-pulmonaire révélée par une compression œsophagienne.  
*B.Ait Kaci, N.Hammache, Z.Ouramdane*
- 3 Une localisation rare de la sarcoïdose : à propos d'un cas .  
*R.Djebaili, A.Remane, A.Azoui, M.Saoudi, A.Djebbar*
- 4 Sarcoïdose systémique : à propos de 11 cas .  
*A.Amrani, N.Hammache, K.Saboundji*
- 5 Pneumopathie interstitielle lymphocytaire au cours du syndrome de Gougerot-Sjogren : à propos d'un cas.  
*N.D.Youcef, M.Metahri, M.Guermaz*
- 6 Sarcoïdose multi systémique révélée par une HTAP : à propos d'un cas.  
*K.Wafia, D.Terfani, H.Boushaba, K.Djebri, S.Lellou*
- 7 Une dyspnée qui révèle une sarcoïdose multiviscérale dans sa forme pseudo-alvéolaire chez un homme de 37 ans : à propos d'un cas.  
*M.Smahi, A.Kadri, M.Rahali, A.Bouchama*
- 8 La découverte d'une localisation ORL chez une patiente suivie pour une sarcoïdose pulmonaire.  
*A.Bouldjadj, M.Charouana, H.Djeghri, H.Sekkek, M.S.Messadi*
- 9 PID chronique révélant un syndrome des antisynthétases.  
*F.Sadoune, L.Guerrouche, R.Mecheri, F.Skander*
- 10 Fibrose pulmonaire post-radique : à propos d'un cas.  
*B.Haddad, S.Assassi, R.Heddane, S.Chergui, A.Djebbar*
- 11 Lymphome malin non hodgkinien révélé par un chylothorax : à propos d'un cas.  
*H.Guettiche, C.Borghida, A.Bouldjadj, S.Ayadi, S.M.Messadi*
- 12 Découverte tardive d'un lymphome malin de la loge thymique au cours de la grossesse : à propos de 2 cas.  
*A. Hadoudj ; M. Metahri ; S. Chahraoui ; K. Machou ; A. Zaoui ; M. Guermaz.*
- 13 Localisation pulmonaire primitive de la maladie d'hodgkin : à propos d'un cas.  
*N.Yahiaoui, R.Brix, A.Amrani, Y.Hamel, A.Taleb*
- 14 Pneumopathie trainante révélant un lymphome malin non hodgkinien chez un sujet âgé immunodéprimé.  
*A.Benzeguir, N.Fettal, A.Bezioui, A.Faddag, A.Hakem, A.Taleb*
- 15 localisation pleurale et péricardique d'un lymphome malin non hodgkinien : à propos d'un cas.  
*A.Moulai, N.Fattal, M.Boudjorf, A.Bouzidi, A.Bezeguir, A.Taleb*
- 16 Syndrome cave supérieur révélant un lymphome malin hodgkinien.  
*C.O.Tayeb, F.Hassani, R.Brikssi*
- 17 Diagnostic de la BPCO chez des patients consultant pour dyspnée aigue au pavillon des urgences du CHU de Bab-El-Oued.  
*N.Dermech, R.Amrane, A.Fissah*
- 18 Les urgences respiratoires prises en charge au service de pneumologie du CHU de Bab-El-Oued.  
*S.Khakha, I.Messaoudi, S.Djatit, K. Rekouche, R.Amrane, A.Fissah*
- 19 Dyspnée révélatrice d'une éventration diaphragmatique.  
*Nadji, H.Derrar, R.Brix, N.Yahiaoui, A.Baak, A.Taleb*
- 20 Le Pneumothorax bilatéral spontané : une entité rare et grave.  
*B.Tikhmarin, M.Hadjadj Aoul, M.Zehar, M.Hachemi, A.Hamzaoui, B.Ziane*
- 21 Pleurésie purulente compliquant une oesophagoplastie : à propos d'un cas.  
*R.Djebaili, L.Rezzoug, T.Djenfi, I.Touari, A.Djebbar*
- 22 Pneumothorax spontané : à propos d'un cas.  
*N. Benmoussa, S. Nafti*
- 23 Silicose pseudo-tumorale révélée par un pneumothorax bilatéral.  
*A.Otmani, B.Ziane, A.Merghachi, B.Tikhmarin, M.Hachemi, N.Boudalia*
- 24 Mésothéliome pleural malin : à propos d'un cas.  
*A.Bouzidi, N.Fettal, K.Nadji, N.Yahoui, A.Taleb*
- 25 Profil étiologique des pleurésies bilatérales.  
*S.Ada, N.Hammache, Y.Ahmed Ali, B. Ait Kaci*
- 26 Manifestations hématologiques dans la BPCO : anémie ou polyglobulie.  
*A.Chohra, Y.Bouznad, F.Choubane*
- 27 Inventaire des comorbidités cardiovasculaires chez les malades BPCO suivis au service de pneumologie HMRUC.  
*S.Kherbi*
- 28 L'antibiothérapie au cours des exacerbations de BPCO : à propos de 20 cas.  
*S.Dourmane, A.Ketfi, M. Gharnaout*
- 29 La BPCO : au delà des bronches et du poumon.  
*M.O.Kaci, N.Hammache*
- 30 Une exacerbation de la BPCO révélée par une tuberculose pulmonaire à microscopie positive.  
*M.Boudejerf, N.Fettal, A.Laidi, Y.Bezeoui, A.Taleb*
- 31 BPCO secondaire à un tabagisme passif chez une femme.  
*S.Benamara, M. Elmentra, A. Ouardi, Y. Berrabah*

**Salle Tassili 09H00-12H30**

**11H00 12H30**

**Communications libres orales (4)**

**Modérateurs :** O. Saighi, S. Souilah, S.Kherbi , D.Terfani

- 1- Perspectives thérapeutiques chirurgicales dans la BPCO :  
Réduction de volume et transplantation pulmonaire.  
**K.Ameur**
- 2- L'antibiothérapie dans les pleurésies purulentes.  
**N.Hammache**
- 3- Prise en charge chirurgicale de la rupture trachéo-bronchique.  
**Y.M Medjdoub**
- 4- Légionellose, données microbiologiques.  
**N.Benamrouche F.Djedjig H.Senouci S.Chemli H.Tali-Maamar**
- 5- Les antibiotiques antituberculeux de seconde intention.  
**A.Ouardi, B.Oujidi, F.Bekri, S.Sahraoui, Y.Berrabah**
- 6- Panorama des pathologies allergiques.  
**M.Gharnaout**
- 7- Embolie pulmonaire observée dans le service  
de pneumo-phtisiologie Matiben.  
**S.Touati ; S.Ali Halassa ; Mf.Soltani ; L.Baough ; N.Zidouni**
- 8- Approche de l'étude des phénotypes de la BPCO et leur intérêt  
dans la prise en charge  
**M.S.Messadi**

**Atelier** Vendredi 13 Mars 2015  
10H30 11H30

**Salle Rosa**

**Atelier 5 :** Bilan préthérapeutique du cancer bronchique  
**M.T.Makhloufi, A.Fissah**

**Salle Tassili 12H30-13H00**

**Remise des prix et clôture**

## ALGER, NICE ET LA SUBLIME PORTE ... EN 1543...

**Bernard PIGEARIAS**

Secrétaire général chargé des Relations Internationales

Société de Pneumologie de Langue Française

Deux ports et une porte, certes sublime, la Méditerranée en partage, cette "mare nostrum" pourtant souvent partagée :

voilà le théâtre géopolitique de ce milieu du 16<sup>ème</sup> siècle qui va voir un port assiégé, Nice, par l'alliance d'une Porte sublimant sa politique avec le Royaume de France, Constantinople, et le soutien d'un autre port, au sud celui-ci, Alger.

Napoléon Bonaparte disait en particulier de Malte que les Etats ont la politique de leur géographie: c'est bien là, la définition originelle de la géo-politique!

Deux cousins puis beau-frères se disputent le siège du Saint Empire Romain Germanique, cette première Europe qui ne se savait Europe: Charles Quint et François Ier, la maison des Habsbourg et celle des Capétiens-Valois d'Angoulême.

Cousins par leurs origines dynastiques, beau-frères par traité, celui de Cambrai (1529) qui, par le mariage de la soeur de Charles Quint, Eléonore d'Autriche à François Ier, était censé pacifier les relations du Royaume de France et du Saint Empire,

Charles et François vont se battre pour Nice.

Le comté de Nice – qui par ailleurs n'a jamais été dirigé par un comte ...- participait de la maison de Savoie-Piémont-Sardaigne associée au Saint Empire Romain Germanique .

La revendication française sur la succession du duché de Milan allait déclencher la ... neuvième guerre d'Italie de 1542 à 1546: Nice fut de cette guerre, assiégée en 1543.

C'est que François Ier voulait faire valoir ses droits à l'héritage de sa mère Louise de Savoie. Cette dernière fut avec la tante de Charles Quint, Marguerite d'Autriche, initiatrice du traité de Cambrai surnommé la "paix des dames".

Louise de Savoie poursuivait par ailleurs cette tradition des alliances à l'est avec les "Capitulations" signées avec les Mamelouks d'Egypte puis avec Constantinople et Soliman le magnifique. C'est ainsi que dans cette alliance entre le roi très Chrétien François et Soliman le sultan très musulman, la "Sublime Porte" détacha son meilleur amiral, le Beylerbey d'Alger, Kheir Eddine, dit Barberousse pour assiéger Nice de juin au 9 septembre 1543.

C'est ainsi que la très amazigh et cosmopolite Alger, Djezaïr, se trouva impliquée dans ce conflit Européen. Sa flotte devait d'ailleurs passer l'hiver suivant, à l'invitation de François Ier, à Toulon dont la cathédrale fut provisoirement transformée en mosquée.

Ce fait d'histoire sera l'occasion de revisiter l'étymologie et donc la sémantique d'Alger, ses îles, ses Beys et janissaires, Nice ses sources grecques et ligures, Constantinople/Istanbul, sa porte sublime et ses drogmans ...

Ce fait d'histoire revisité sera le moment de s'intégrer à notre histoire méditerranéenne, en se réappropriant une "mare nostrum" partagée et donc propice à la paix.

## L'ANTIBIOTHÉRAPIE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE SELON LES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

**H. Haouichat**

**Introduction** : en matière d'antibiothérapie dans les IRA basses de l'adulte, les données reposant sur la médecine factuelle

montrent que les antibiotiques n'ont pas d'intérêt dans la bronchite aiguë, ils ne sont indiqués que dans 50% des cas d'EABPCO d'origine infectieuse et ils doivent être systématiques dans la pneumonie. En pratique et notamment en soins primaires, les antibiotiques sont mal et beaucoup prescrits dans les IRA basses de l'adulte. Le taux de prescription dans les bronchites aiguës et l'EABPCO est élevé dépassant 90% dans certains pays. Par ailleurs, lorsque l'antibiothérapie est indiquée, la prescription est inappropriée en terme de choix de l'antibiotique, de la dose quotidienne et de la durée du traitement.

Réaction des sociétés savantes : face à ce constat d'une antibiothérapie abusive et inappropriée avec ses conséquences sur la morbidité, la mortalité, l'émergence de la résistance bactérienne et les coûts de santé, de nombreuses sociétés savantes à travers le monde ont édicté des recommandations sur l'antibiothérapie dans leurs spécialités respectives. En pneumologie, le nombre de recommandations sur la prise en charge et l'antibiothérapie des IRA basses de l'adulte augmente depuis les années 90s. La société algérienne de pneumologie a élaboré un guide sur cette pathologie en 2006 en s'inspirant largement des recommandations des sociétés francophones d'infectiologie et de pneumologie qui ont été mises à jour en 2010 en collaboration avec l'agence française de sécurité des produits sanitaires. Toutes les recommandations ont pour but d'optimiser les résultats thérapeutiques et minimiser la résistance bactérienne à un coût acceptable pour les patients et la société.

Différences entre les recommandations des différentes sociétés savantes : malgré un but commun, il existe des différences dans les recommandations sur l'antibiothérapie en rapport avec la nature des germes à couvrir, la résistance bactérienne locale, la disponibilité et le coût des médicaments d'un pays à l'autre. Ces différences concernent essentiellement la pneumonie aiguë communautaire et tout particulièrement l'antibiothérapie initiale chez les patients traités en ambulatoire. Les recommandations nord américaines insistent sur la nécessité de couvrir en même temps *S. pneumoniae* et les germes atypiques (*M. pneumoniae* et *C. pneumoniae*) en utilisant un macrolide et de préférence les nouveaux macrolides (azythromycine et clarythromycine). Dans ces pays, la résistance de *S. pneumoniae* aux macrolides ne représentent pas une préoccupation majeure et ne semble pas avoir un impact sur les résultats cliniques. Ceci n'est pas le cas dans la majorité des pays européens où la fréquence de la résistance aux macrolides est élevée et qui considèrent que cette résistance est associée à des échecs thérapeutiques contrairement à la résistance du pneumocoque à la pénicilline qui n'a pas d'impact clinique sauf pour des CMI  $\geq 4\mu\text{g/l}$  de pénicilline. De ce fait, une approche syndromique a été adoptée dans quelques pays européens comme la France et l'Espagne. Dans cette approche, l'infection à *S. pneumoniae* est distinguée de celle des infections à germes atypiques. Si cette distinction n'est pas possible, la priorité est donnée au pneumocoque du fait de la gravité potentielle de l'infection qu'il engendre. L'antibiothérapie initiale efficace pour le pneumocoque reste l'amoxicilline (1g trois fois/j) ou amox/acide clavulanique ou pour les patients âgés ou avec des comorbidités une céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone ou céfotaxime). Pour les germes atypiques, les macrolides sont les antibiotiques de première intention. Les fluoroquinolones ne sont pas recommandés dans le traitement initial et sont indiqués en cas d'échec thérapeutique.

**Conclusion :** les recommandations algériennes pour la prise en charge des IRA basses de l'adulte tendent à s'inspirer de celles des pays voisins notamment la France. Cette démarche est justifiée par des similitudes dans la répartition présumée des germes responsables, dans la résistance bactériennes dont les données sont actuellement disponibles grâce au réseau national de la résistance bactérienne, dans la disponibilité des molécules utilisées.

## **QUEL BILAN PRATIQUE ET RATIONNEL DOIT-ON RÉALISER À LA RECHERCHE DES COMORBIDITÉS CHEZ LE BPCO ?**

**M . Guermaz**

Les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont fréquemment atteints d'autres pathologies chroniques (les comorbidités). L'impact important des comorbidités sur les manifestations cliniques et l'histoire naturelle de la maladie est de reconnaissance récente et constitue un nouvel enjeu pratique. La présence de comorbidités, généralement nombreuses, est associée à une mortalité précoce et à une majoration importante des coûts de traitement. La BPCO reste aujourd'hui une pathologie sous diagnostiquée, alors que sa prévalence est élevée chez les patients porteurs d'autres pathologies chroniques en particulier les maladies cardio-vasculaires. En pratique, le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des patients BPCO doivent respecter une démarche initiale, globale, systématisée, intégrée, allant du poumon aux muscles en passant par les comorbidités. Ces données devraient conduire à développer des stratégies thérapeutiques adaptées au concept systémique de la BPCO. Le dépistage et le traitement de la BPCO chez les sujets ayant d'autres pathologies chroniques pourraient améliorer la prise en charge de ces patients.

## **EMBOLIE PULMONAIRE : QUEL(S) SCORE(S) DIAGNOSTIQUE(S) ET QUELLE CONDUITE THÉRAPEUTIQUE ADOPTER DANS NOTRE PRATIQUE DE ROUTINE ?**

**A.Fissah**

L'embolie pulmonaire (EP) se définit par l'obstruction d'une ou plusieurs artères pulmonaires par un thrombus fibrinocrotique migré le plus souvent à partir d'une thrombose veineuse profonde (80%), secondaire à une maladie thromboembolique veineuse (MTEV), plus rarement par des cellules tumorales. L'incidence de l'EP est inconnue en Algérie car mal diagnostiquée. Par ailleurs la cause de décès étant souvent non renseignée sur les certificats de décès, la létalité de cette maladie est sous-estimée dans notre pays.

L'incidence de l'EP est estimée à  $\approx 0,5/1000$  habitants en Europe et  $1/1000$  aux USA. La mortalité était évaluée à 17,5% en 3 mois sur le registre international des embolies (ICOPER).

Deux problèmes principaux se posent dans le diagnostic et la prise en charge de l'EP en général et particulièrement en Algérie :

Le premier est qu'il n'existe aucun symptôme ou examen de certitude dans l'EP, ce qui rend le diagnostic difficile. Une stratégie de probabilité diagnostique et thérapeutique bien codifiée (niveau de preuve 1 et 2), a été éditée dans le cadre des recommandations scientifiques internationales mais est-elle adaptable à l'Algérie ?

Le deuxième problème est celui du lieu de prise en charge de l'affection : affection relevant de la cardiologie? de la pneumologie ? ou de la réanimation ?

L'objectif de notre présentation est d'étudier les principaux scores diagnostiques recommandés par les instances internationales quant à leur adaptabilité dans notre pratique quotidienne dans le cadre de l'urgence, et d'évaluer les risques dans la prescription ou non d'un traitement anticoagulant selon ces recommandations.

## **BPCO ET COMORBIDITÉS**

**N. Zidouni**

La BPCO est l'une des maladies respiratoires chroniques les plus fréquentes. En 2020 cette pathologie représentera la troisième cause de mortalité.

La BPCO coexiste souvent avec d'autres pathologies qui constituent des comorbidités. Le tabagisme représente un facteur de risque commun à plusieurs comorbidités notamment les affections cardiaques et vasculaires. D'autres pathologies sont également fréquentes, ostéoporose, anxiété, dépression, syndrome métabolique, etc.

Globalement, ces comorbidités influent sur la maladie et peuvent constituer un risque élevé d'exacerbations.

L'inflammation systémique y joue un rôle essentiel.

La présence de comorbidités n'entrave pas le traitement de la BPCO, de même que ces pathologies associées doivent être traitées de façon similaire à l'absence de BPCO.

## **RÉFLEXIONS AUTOUR DE LA SANTE GLOBALE**

**R. Benali ; F. Atoui**

La santé, au-delà de sa définition classique (OMS), se projette désormais sur la santé mondiale : la « Santé Globale ». Cette dernière conjugue intervention médicale et civisme sociétal, tous deux dessinant les préceptes d'une anthropologie de la santé et de la maladie.

La diversification et la complexification des déterminants: vieillissement de la population, détérioration environnementale et domestique, baisse des ressources économiques, conditionnent la qualité de la santé.

Si l'amélioration du bien-être des personnes est le but ultime du développement économique et social, la réduction des inégalités pour améliorer la santé de l'ensemble de la population est nécessaire et gage d'équité.

L'engouement en matière de promotion de la santé, intention louable, est perverti par la « marchandisation des maladies ou disease mongering » et la « médicalisation de la société ».

Dans notre domaine; l'ère est dominée par des maladies environnementales et des comportements sociaux (tabagisme, BPCO, PID), des maladies sans avenir (tuberculose pulmonaire) et des peurs sociales transformées en maladies « chronicisables » (cancer broncho-pulmonaire).

La prise en charge de pathologies respiratoires, entité indissociable des plans de santé globale, pour être efficiente, doit adapter par le biais de la formation continue, la mobilisation sociale, les connaissances et compétences des producteurs de santé aux réalités actuelles.

Par cet essai, nous partageons notre réflexion sur la question.

## URGENCES RESPIRATOIRES : QUELLES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE ET POUR QUELLES PATHOLOGIES ?

**B. Melloni.**

Service des Maladies Respiratoires, Hôpital du Cluzeau, CHU Limoges, France

Historiquement, les premiers services de réanimation médicale, en France, étaient tous issus des services de Pneumologie, pionniers de la ventilation artificielle. Dans les années 1960, sont apparus la structuration de la réanimation médicale, puis de la réanimation chirurgicale avec une prise en charge par l'anesthésiologie, devenue anesthésie-réanimation. L'évolution hospitalière, l'apparition des services d'aide médicale d'urgence et la création de la médecine d'urgence ont modifié la prise en charge des patients.

Les étiologies, en terme de Santé publique, sont en progression dans une population vieillissante : BPCO, obésité morbide, pathologie du sommeil, pathologies infectieuses graves, pathologies cardiovasculaires et maladies neuromusculaires.

Le cadre législatif a évolué en France et en 2002, un décret a séparé :

- La réanimation : patients avec plusieurs défaillances viscérales aiguës.
- Les unités de soins intensifs : patient avec défaillance aiguë d'un organe : gastro-entérologie, pneumologie, hématologie, et neurologie.
- Unité de surveillance continue : patients avec évolution possible vers une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorés.

La problématique des structures est très dépendante du lieu d'exercice et des relations privilégiées entre les urgentistes, les pneumologues et les réanimateurs. L'idéal est bien sur une proximité géographique entre les structures, permettant de transférer un patient rapidement. L'autre problématique reste la formation des résidents à la prise en charge des urgences respiratoires. L'avènement à la fin des années 1990 de la Ventilation Non Invasive (VNI) a favorisé l'accueil des patients de la réanimation vers les services de pneumologie qui ont rapidement réagi pour prendre en charge ce type de patients. Les indications sont variées : maladies neuromusculaires, myopathies, déformations thoraciques, BPCO, syndrome obésité-hypoventilation. Les patients sont donc pris le plus souvent dans des structures d'urgence intermédiaire avant un retour à domicile ou se poursuit la VNI.

Dans le développement actuel de la pneumologie, il apparaît primordial de former nos plus jeunes aux urgences respiratoires et à certains gestes techniques adaptés. Le nombre croissant de patients à prendre en charge rend nécessaire la création d'unités intermédiaires entre le service de Réanimation et le service de Pneumologie, au sein de chaque département de prise en charge des maladies respiratoires. Chaque structure doit être adapté aux ressources locales et à la pathologie respiratoire, prise en compte.

## SYNDROME HYPEREOSINOPHILIQUE

**BOURESSAM . F, BELKEBIR .N, HAOUICHAT. H**

Service de pneumologie Hopital Central de l'Armée, Alger

**INTRODUCTION :** Le syndrome hyperéosinophilique (SHE) est caractérisé par une production excessive d'éosinophile dans la moelle osseuse. Le diagnostic repose sur l'association d'une hyper éosinophilie persistante et de manifestations viscérales. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion.

**OBSERVATION :** Nous rapportons le cas d'un homme de 40 ans ayant été hospitalisé pour une détresse respiratoire aiguë associée à une splénomégalie, le bilan biologique a révélé une hyper éosinophilie à 148 G/l. La recherche étiologique effectuée écartait les causes médicamenteuses, parasitaires et allergiques. Le myélogramme a montré une hypercellularité due à des éléments myéloïdes éosinophiles sans cellules blastiques évidentes. Le diagnostic de SHE a été porté chez ce patient avec localisation pulmonaire sévère, une splénomégalie et une atteinte cardiaque probable, un traitement par corticoïde a été débuté permettant une amélioration transitoire. La mise en route d'un traitement par immunosuppresseur nécessitait le typage du SHE.

**DISCUSSION :** SHE est une affection rare, ne devant être méconnue, car il expose à des complications viscérales notamment cardiaques potentiellement graves, la nature du traitement dépend des tests génétiques et moléculaires, visant à limiter l'éosinophilie.

**CONCLUSION :** A travers cette observation, nous précisons les différents types de SHE ainsi que les particularités cliniques, évolutives et thérapeutiques de cette entité.

## PLACE DE LA THORACOSCOPIE MEDICALE DANS LE DIAGNOSTIC DES PLEURESIES EXSUDATIVES CHRONIQUES

**<sup>1</sup>R.ABDELLAZIZ, <sup>2</sup>Y. KHELOUI, <sup>1</sup>M. LEMDANI, <sup>1</sup>H. DOUAGUI.**

<sup>1</sup>Service de Pneumo-Allergologie et d'Oncologie Thoracique, et Laboratoire du sommeil, Hôpital de Beni-Messous

<sup>2</sup>Service de pneumologie Blida

**Introduction :** La thoracoscopie est une technique diagnostique permettant l'exploration endoscopique de la cavité pleurale, des organes avoisinants (diaphragme, péricarde, une partie du médiastin), du poumon surtout sur sa face périphérique et thérapeutique (talchage). La création depuis février 2014 au service de Pneumo-Allergologie d'une unité de thoracoscopie médicale en collaboration avec le service de pneumologie de BLIDA (Pr SAIGHI, Dr KHELOUI).

**Matériel et méthode :** C'est une étude prospective de toutes les thoracoscopies faites dans le service de février 2014 à ce jour, représentée par 23 cas d'épanchements pleuraux liquidiens, 17 hommes et 6 femmes, âgés de 32 à 75 ans. Les aspects radiologiques sont un épanchement pleural isolé dans 15 cas, un aspect mamelonné de la plèvre dans 4 cas, un épanchement pleural avec atteinte parenchymateuse dans 2 cas et un épanchement bilatéral dans 2 cas. Les aspects macroscopiques sont des micronodules diffus dans 4 cas, une carcinose pleurale dans 6 cas, une carcinose pleuro-pulmonaire dans 5 cas, des nodules pleuraux dans 6 cas, une masse de la gouttière costo-vertébrale et une masse violacée pariétale dans 1 cas.

L'étude anatomo-pathologique est dominée par la pathologie cancéreuse dans plus de 90% des cas (métastases, mésothélium, lymphomes).

**Conclusions :** La thoracoscopie représente un réel gain en matière de diagnostic de certaines pathologies intra-thoraciques. Son indication doit être précoce, si une, voire deux biopsies à l'aiguille n'ont pas permis le diagnostic.

### **Bibliographie :**

- [1] Lee P, Mathur PN, Colt HG. Advances in thoracoscopy: 100 years since Jacobaeus. *Respiration*. 2010 ; 79(3) : 177-86.
- [2] Greillier L, Peloni JM, Fraticelli A, Astoul P. Méthodes d'investigation de la plèvre. *EMC-Pneumologie* 2005 : 127-46.
- [3] Guerin JC, Boutin C. Interventional medical thoracoscopy. *Rev Mal Respir*. 1999 Nov ; 16 : 703-8.

## PLACE DE LA SPIROMETRIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES MALADIES NEURO-MUSCULAIRES

**BOUCHERIT – BENARAB. R Y, KHELIFI. Z., SAADI.D., KERBI.D, BENAHMED.A., NOUI.H.**

Service de Physiologie Clinique et Explorations Fonctionnelles cardio-respiratoires et de l'exercice. Faculté de Médecine Annaba.

L'atteinte respiratoire est fréquente dans les maladies neuro-musculaires. Elle se traduit par un syndrome restrictif dont la sévérité est liée à la faiblesse initiale des muscles respiratoires et aux troubles orthopédiques secondaires. En l'absence d'atteinte cardiaque sévère, les troubles respiratoires constituent la principale cause de complications et de décès dans les maladies neuro-musculaires.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fonction respiratoire par des EFR qui permettront de diagnostiquer précocement une dysfonction des muscles respiratoires. Ces modalités d'évaluation vont dans le sens d'une optimisation de la prise en charge des patients en matière de ventilation non invasive et désencombrement bronchique.

Il s'agit d'une étude prospective de type transversal réalisée au sein du Laboratoire de Physiologie Clinique et d'Explorations Fonctionnelles cardio-respiratoires Faculté de Médecine Annaba sur des malades neuro-musculaires adressés par le service de Neurologie et de Rééducation Fonctionnelle.

J'étudiai quelques cas d'atteintes neuro-musculaires dont les malades effectuèrent une spirométrie. Les malades réalisèrent une CV Lente, une CV Forcée avec mesure des Débits distaux et proximaux et le VEMS. Il s'agit d'une étude préliminaire d'évaluation et de diagnostic de la fonction respiratoire des malades neuro-musculaires. Les malades neuro-musculaires qui s'étaient présentés sont au nombre de 12. Ils furent répartis selon leur symptomatologie clinique, leur déformation orthopédique et leur fonction respiratoire. On note que la majorité des malades sont de sexe masculin dans notre population, ce qui correspond avec la littérature où la fréquence des maladies neuro-musculaires est importante chez eux. Le profil fonctionnel ventilatoire objective une atteinte respiratoire chez 8 malades se traduisant par un Syndrome Restrictif Modéré par une amputation de la CVL et CVF entre 30 – 40 % selon les recommandations pour la pratique clinique concernant les EFR 2008-2010 de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), il faut évoquer une maladie neuromusculaire devant une diminution de la CV sans obstruction associée. Ainsi la mise en place d'un suivi et d'une prise en charge seront adoptées afin de prévenir et de limiter les conséquences et les complications de l'insuffisance respiratoire.

## SYNDROME HYPEREOSINOPHILIQUE

**Bouressam Farida,** Belkebir, Haouichat.

Hôpital Centrale de l'Armée

**INTRODUCTION :** Le syndrome hyperéosinophilique (SHE) est caractérisée par une production excessive d'éosinophile dans la moelle osseuse. Le diagnostic repose sur l'association d'une hyper éosinophilie persistante et de manifestations viscérales, Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion.

**OBSERVATION :** Nous rapportons le cas d'un homme de 40 ans hospitalisé pour un syndrome hyperéosinophilique avec locali-

sation pulmonaire sévère, une splénomégalie et une atteinte cardiaque probable. Un traitement par les corticoïdes à fortes doses à été entamé sans succès.

**DISCUSSION :** SHE est affection rare, ne devant être méconnu, car il expose à des complications viscérales graves, la prise en charge nécessite des examens génétiques aidant au choix thérapeutique.

## VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA RESPIRATION PENDANT LE SOMMEIL

**KHELIFI. Z, BOUCHERIT Y., NOUI. H.**

Laboratoire de Physiologie, Faculté de médecine, Annaba

Le sommeil est un état physiologique, il comporte plusieurs cycles qui se répètent. Chaque cycle comprend plusieurs phases.

Des modifications physiologiques de la ventilation s'observent pendant le sommeil. En effet la régulation centrale de la respiration qui était au cours de l'état d'éveil double automatique et volontaire devient uniquement automatique. Lier à un contrôle métabolique dépendant essentiellement du pH, de la Po<sub>2</sub> et de la Pco<sub>2</sub>. Ainsi l'activité des muscles ventilatoires diminue avec modification du volume courant, baisse des réponses ventilatoires à l'hypoxie et à l'hypercapnie et augmentation des résistances des voies aériennes. Le sommeil induit donc chez le sujet normal :

- une baisse de la ventilation alvéolaire qui s'accompagne d'une réduction minimale de la PaO<sub>2</sub> inférieure à 10mmHg mais elle n'a que peu d'incidence sur la saturation (SO<sub>2</sub>).
- une augmentation des résistances des VAS,
- une majoration des inégalités du rapport ventilation/perfusion (VA/Q) surtout dans les bases, - en plus pendant le sommeil paradoxal on note une respiration irrégulière

Ces variations bien tolérées chez le sujet normal sont nuisibles chez les malades qui portent une atteinte respiratoire. Inversement les atteintes respiratoires peuvent affectées la qualité du sommeil.

**Objectif :** Étaler les différents mécanismes qui entraînent des variations physiologiques de la respiration au cours du sommeil.

## LE MAL DE POTT CERVICAL A PROPOS D'UN CAS

**N Benbaouche, A .MOUMENI.**

CHU Sétif

**INTRODUCTION :** Le mal de pott est une spondylodiscite tuberculeuse caractérisée par une atteinte de disques et des corps vertébraux sus et sous adjacents par le mycobactérie tuberculosis. C'est la plus fréquente des tuberculoses ostéo-articulaires, sa gravité est liée aux complications neurologiques et osseuses. L'atteinte du rachis cervical est rare et grave ,peut entraîner une tétraplegie voir mort subite par compression bulbaire.

**OBSERVATION :** Nous rapportons le cas du patiente B.F âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques particuliers connue dans notre service pour une tuberculose à microscopie négative avec une collection abcédée sous mammaire caséo-folliculaire mise sous TRT spécifique de 1<sup>e</sup> ligne puis au 5<sup>e</sup> mois il y avait l'installation des cervicalgies avec une dysphagie dans un contexte d'une altération de l'état général. l'examen clinique retrouve une collection latéro-cervicale, un comblement de l'oropharynx et douleur à la palpation des apophyses épineuses avec rigidité. La radiographie de thorax montre la persistance du foyer de pneumopathie, La TDM cervicale objective un mal de pott du C2-C3 et C6-C7 avec collections para vertébrales et rétro pharyngées. L'IRM médullaire

retrouve une spondylodiscite du C2 C3 associée à une ostéolyse de cette dernière et d'importantes collections para et rétro pharyngées, Puis au 6ème mois il y a eu des BK positifs déclarant un échec de traitement spécifique raison pour laquelle elle a été mise sous traitement de 2<sup>e</sup> ligne avec traitement orthopédique.

**CONCLUSION :** La Tuberculose reste dans notre pays un problème de santé publique. Le mal de pott cervical étendu est une forme rare, Ces aspects radiologiques extensifs sont trompeurs, le diagnostic repose sur l'anapath par biopsie chirurgicale ou par ponction biopsie guidée, le traitement combine la chimiothérapie antituberculeuse à la chirurgie d'éradication et de stabilisation.

## LES MODALITÉS D'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES BASSES EN PRATIQUE HOSPITALIÈRE DANS LE SERVICE MATIBEN

A. BELLAL, L. BAUGH, A. GRARADJI, S. BOUSBIA, L. OULD OUALI D. BENHABILES, A. KHELIOUEN, N. ZIDOUNI.

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Une enquête prospective sur l'utilisation de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires aiguës hospitalisées dans le service de pneumo-physiologie a été réalisée de janvier 2010 à décembre 2014.

**Matériel et méthode :** Enquête faite sur fiche clinique, bactériologique et thérapeutique préétablie.

**Population étudiée :** adulte de plus de 15 ans présentant un syndrome infectieux avec des symptômes respiratoires d'apparition brutale (moins de 3 semaines) associés à des signes physiques de l'appareil respiratoire bas avec ou sans image radiologique.

**Résultats :** 158 patients ont présentés une infection respiratoire aiguë (IRA) dont 75 cas survenant sur un poumon lésé soit 47% des cas. Les IRA sont associées à une maladie générale concomitante dans 62% des cas. Le germe causal des IRA a été retrouvé chez seulement 48 cas soit 30.3% des malades, représenté par le streptocoque pneumoniae : 54%, staphylocoque aureus : 33%, pseudomonas aeruginosae : 29%, Escherichia coli : 20%, acinetobacter : 18%, klebsiella pneumoniae : 12%.

Selon la répartition topographique des IRA basses ; la pneumonie a représenté 28.48 % .Les IRA survenant sur bronches lésées ont représenté 17.08% des infections. la pathologie pleurale d'origine infectieuse a été retrouvée dans 24.68%.

73 malades soit 46.2 % ont reçu une antibiothérapie en ambulatoire avant l'hospitalisation. Une antibiothérapie probabiliste a été nécessaire dans 69.6 % des cas. Une bithérapie a été prescrite chez 86 malades soit 54.43 %. L'évolution a été favorable dans la majorité des cas (soit 86 % des malades).

**Conclusion :** L'Antibiothérapie des IRA basses est souvent probabiliste, elle tient compte des pathogènes les plus fréquemment impliqués et de la gravité du tableau radio-clinique.

## MANIFESTATION RESPIRATOIRE DE LA MALADIE DE STEINERT, À PROPOS D'UN CAS

M. Bay Ahmed, N. Moulay, N. Mahious, AS. Lebbaz, D. Benhabiles, A. Kheliouen, L. Baough, N. Zidouni.

Service du Professeur N. ZIDOUNI, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Beni-Messous

La maladie de Steinert ou dystrophie myotonique de type 1 est la plus fréquente des maladies héréditaires de la dystrophie muscu-

laire de l'adulte, sa gravité est variable, elle peut se manifester chez le nouveau-né comme chez les adultes, elle peut toucher l'ensemble des muscles du corps dont ceux de l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, le système nerveux, les viscères, les artères et l'appareil endocrine, les symptômes seront très variés en fonction de la prédominance des atteintes. Les manifestations respiratoires sont dues à l'affaiblissement des muscles respiratoires avec perturbation de la commande nerveuse du système respiratoire avec des fausses routes fréquents la conséquence en est le développement d'une insuffisance respiratoire chronique et l'apparition d'infections broncho-pulmonaires fréquentes.

Nous rapportons le cas d'une pleuropneumonie droite chez une patiente âgée de 24 ans suivie pour maladie de Steinert depuis l'âge de 07 ans.

Signes fonctionnels : toux avec crachat verdâtre, fièvre à 39°C  
Examen clinique : syndrome de condensation pulmonaire à la base droite.

Bilan biologique :

- FNS : hyperleucocytose à 15 000/mm<sup>3</sup>.

- Bilans hépatique et rénal correctes.

Téléthorax : opacité dense homogène occupant le tiers inférieur de l'hémi thorax droite associé à un épanchement pleural liquidien de petite abondance.

Ponction pleurale exploratrice :

- L'aspect macroscopique : liquide purulent.

- Etude bactériologique : streptococcus B hémolytique sensible à la majorité des antibiotiques.

La malade a bénéficiée d'une antibiothérapie à base de Céfoxime à raison de 3 g /j pendant 6 semaines avec une bonne évolution clinique et radiologique.

Spirométrie de base : un trouble ventilatoire restrictif léger.

## PNEUMOCYTOSE À PNEUMOCYSTISJIROVECI ET ASPERGILLOME INTRA CAVITAIRE, À PROPOS D'UN CAS

D. Benhabiles, A. Graradji, M. Bay Ahmed, N. Mahious, A. Kheliouen, S. Ali Halassa, D. Mekideche. L. Baough, N. Zidouni.

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

La pneumocystose à pneumocystisjirovecii est une mycose pathogène, spécifique de l'homme, ubiquitaire, classée initialement parmi les protozoaires puis dans les champignons, qui effectue son cycle au sein des alvéoles pulmonaire entraînant le plus souvent des pneumopathies interstitielles sur terrain immunodéprimé. L'aspergillose pulmonaire est la plus fréquente des mycoses pulmonaires, liée à la prolifération de spores aspergillaires au sein d'une cavité préformée. L'association aspergillome intra cavitaire et pneumocystose à pneumocystisjirovecii est rare. Nous rapportons un cas de Pneumocystose à pneumocystisjirovecii et aspergillome intra cavitaire chez une patiente âgée de 31 ans aux antécédents personnels de tuberculose pulmonaire en 2005 traitée et déclarée guérie, qui présente depuis 2009 des épisodes itératifs d'hémoptysie, traitée durant neuf mois par corticothérapie orale. L'examen somatique est sans particularités. Imagerie thoracique : retrouve une image en grelot gauche. La FNS retrouve une hyperleucocytose à 12.200/mm<sup>3</sup>. La sérologie aspergillaire est positive (>3 arcs de précipitations). Les sérologies virales (VHB, VHC, VIH) sont négatives. Bacilloscopies des crachats négatives. La fibroscopie bronchique retrouve une mu-

queuse bronchique inflammatoire, des prélèvements protégés sont effectués retrouvant la présence de pneumocystisjirovecii. La patiente est traitée par : Itraconazole et Sulfaméthoxazole/Tri-méthoprime, avec bonne évolution clinique et radiologique. L'association aspergillome intra cavitaire et pneumocystose à pneumocystisjirovecii est rarement décrite, elle doit être recherchée systématiquement chez tout patient immunodéprimé. Le traitement concomitant des deux affections opportunistes améliore le pronostic de l'hémoptysie et entraîne une stabilisation clinique.

### **LOCALISATION THORACIQUE (PLEURALE ET GANGLIONNAIRE) D'UN NEUROBLASTOME À PROPOS D'UN CAS**

**S. BOUSBIA, R. HITACHI, A. Bellal, L. Ould Ouali, M. Haouchine, S. Touati, R. Braktia, D. MEKIDECHE, N. ZIDOUNI**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Le neuroblastome est une tumeur maligne dérivée des cellules originaires des crêtes neurales, elle peut de ce fait être retrouvée tout le long du système nerveux sympathique. Il est très rare chez l'adulte, il est le plus souvent retrouvé chez l'enfant.

La localisation de la tumeur initiale est souvent abdominale dans 70% des cas, et thoracique dans 17% des cas.

Nous rapportons le cas d'un neuroblastome à localisation abdominale chez un jeune homme âgé de 33 ans révélé par un épanchement pleural liquidien gauche de grande abondance.

A l'examen : le patient présente un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche, avec une volumineuse masse intra-abdominale au niveau du flan gauche ainsi qu'une adénopathie axillaire gauche. La TDM thoracique retrouve un épanchement pleural liquidien gauche. L'échographie abdominale objective une volumineuse masse intra péritonéale gauche. La biopsie ganglionnaire révèle l'aspect anatomopathologique d'une infiltration ganglionnaire d'un neuroblastome.

Un traitement oncologique à base d'Etoposide et de Carboplatine a été instaurée. L'évolution, dans ce cas, a été fatale.

### **LOCALISATION BRONCHIQUE D'UN LYMPHOME HODGKINIEN**

**R. BRAKTIA, . AR. BELLAL, R. HITACHI, S. TOUATI, N. MOULAY, M. HAOUCHINE, D. MEKIDECHE, A. KHELIOUEN, K. MEKHLEF; KH. BENDISARI, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Les lymphomes pulmonaires primitifs sont rares; ils représentent 3 à 4% des lymphomes extra ganglionnaires et moins de 0.5 à 1% des tumeurs malignes primitives du poumon.

Ils proviennent le plus souvent du tissu lymphoïde associé aux muqueuses bronchiques (MALT ou plus précisément BALT), la localisation bronchique est rarement révélatrice des lymphomes pulmonaires primitifs. le plus souvent, le diagnostic est posé par une médiastinoscopie ou par une biopsie transe-thoracique.

Nous rapportons un cas de lymphome endobronchique, chez une femme âgée de 37 ans sans antécédents pathologiques particuliers, révélé par une toux sèche parfois productive avec expectoration purulente, dyspnée d'effort, amaigrissement non chiffré.

L'examen physique retrouvait des râles ronflants aux deux champs pulmonaires.

La radiographie thoracique montrait une opacité médiastinale antérieure et de multiples opacités excavées bilatérales.

La TDM thoracique avait objectivé une masse du médiastin antéro-supérieur de 42 mm de diamètre, associée à de multiples condensations pulmonaires excavées bilatérales à contenu hydro-aérique, à paroi épaisse et irrégulière.

L'endoscopie bronchique avait mis en évidence une muqueuse bronchique irrégulière infiltrée au niveau de la ventrale de la lobaire supérieure droite.

L'étude anatomo-pathologique de la biopsie transe-thoracique concluait à un tissu fibro-inflammatoire, et de la biopsie bronchique concluait à un aspect histopathologique en faveur d'un lymphome hodgkinien classée après bilan d'extension stade IV B b selon la classification d'Ann Arbor.

### **SYNDROME DE KARTAGENER À PROPOS D'UN CAS**

**H. GHENDIR AOUN, MAHIOUS, A.S. LEBBAZ, M. BAY AHMED, S. ALI HALASSA, A. KHELIOUENE, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Le syndrome de Kartagener est une maladie génétique rare à transmission autosomique récessive, elle se caractérise par une triade : une bronchorrhée chronique avec bronchectasies, une sinusite chronique et un situs inversus, et elle constitue une entité appartenant au syndrome des dyskésies ciliaires primitives. Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 26 ans, qui n'a aucun antécédent pathologique particulier, et qui consulte pour une bronchorrhée chronique isolée remontant à 5 ans, l'examen physique a mis en évidence des râles crépitants à gauche. La radiographie thoracique a montré une atelectasie segmentaire para cardiaque gauche, le scanner thoracique a confirmé la présence de l'atelectasie lobaire moyenne avec des bronchectasies bilatérales, et a en plus montré un situs inversus complet. Un examen ORL, qui a montré une rhinosinusite.

Une échocardiographie a objectivé une dextrocardie sans autres anomalies cardiaques.

La fibroscopie bronchique a montré une transposition de l'arbre bronchique droit et gauche, a révélé de sécrétions blanchâtres provenant de la lobaire moyenne.

Le diagnostic positif de syndrome de Kartagener a été établi.

Nous insistons à travers ce cas sur la rareté du syndrome de Kartagener, en mettant en relief ses manifestations pulmonaires.

Le scanner à haute résolution est un examen fiable et reproductible permettant la caractérisation du situs inversus et de la dilatation de bronches ainsi que leurs complications infectieuses.

### **TERATOME MEDIASTINAL BENIN, A PROPOS D'UN CAS**

**A. Graradji, D. Benhabiles, A. Khelouen, M. BayAhmad, S. Ali Halassa, L. Baough, Chila, Amir, N. Zidouni.**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Les tératomes bénins ou tumeurs germinales bénignes sont des tumeurs dysembryoplasiques formées d'un mélange de tissus adultes sans organisation. Ils sont rares, asymptomatiques, souvent de découverte fortuite.

Nous rapportons le cas d'un tératome pluritissulaire bénin chez une femme âgée de 50 ans découvert lors d'un bilan préopératoire

pour un fibrome utérin. L'examen somatique était sans particularité. La TDM thoracique a objectivé une masse du médiastin antérieur de densité liquidienne, siège de fines cloisons en son sein présentant des calcifications. La fibroscopie bronchique était normale. La sérologie hydatique, les béta HCG et l'alpha fœtoprotéine étaient négatives. Le diagnostic a été posé suite à une résection chirurgicale totale de la tumeur, l'étude anatomopathologique a montré une prolifération néoplasique bénigne de nature germinale faite de multiples tissus matures : respiratoire mature, cartilage mature, des vaisseaux et un tissu fibro-adipeux mature avec présence de remaniements calciques. La localisation médiastinale du tératome est rare. Elle représente 3 à 8 % des tumeurs du médiastin. L'indication opératoire est formelle devant le risque de fistulisation dans les voies aériennes.

## **GRANULOMATOSE LYMPHOMATOÏDE SUR DÉFICIT IMMUNITAIRE PRIMITIF COMBINÉ ATYPIQUE, À PROPOS D'UN CAS.**

A. Graradji, D. Benhabiles, M. Haouchine, N. Moulay Omar, Hitachi, A. Kheliouen, S. Ali Halassa, D. Mekideche, L. Baough, K. Mekhlef, K.H. Bendisari, A. Tahiat, R. Djidjik, N. Zidouni.

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

La granulomatose lymphomatoïde est une pathologie rare, caractérisée par une prolifération lymphoréticulaire, angiocentrique et angiodestructive touchant essentiellement le poumon.

Histologiquement elle imite les lymphomes malins et peut elle-même devenir un lymphome dans certains cas. L'Epstein Barr virus et un état d'immunosuppression sont principalement mis en cause. Le déficit immunitaire combiné est un déficit de l'immunité cellulaire, à transmission autosomique récessive se caractérise par une lymphopénie plus au moins profonde ou à des anomalies fonctionnelles lymphocytaires.

Nous rapportons le cas d'une granulomatose lymphomatoïde chez une patiente âgée de 22 ans, l'exploration étiologique a mis en évidence un déficit immunitaire combiné atypique, associé à une infection à EBV. L'imagerie a montré une condensation parenchymateuse contenant un bronchogramme aérique intéressant l'hémi champ pulmonaire gauche épargnant les segments postérieurs avec aggravation après 4 mois.

Le diagnostic a été posé par une biopsie transpariétale ayant montré un infiltrat cellulaire avec de larges plages de nécrose ischémique et des foyers granulomateux enserrant quelques grandes cellules atypiques exprimant le CD30 avec angiodestruction en faveur d'une granulomatose lymphomatoïde.

Le rapport de la cytométrie en flux avait objectivé une profonde diminution des lymphocytes B et T CD4 naïfs. en rapport avec un déficit immunitaire primitif combiné B et T atypique (SCID atypique T-B-NK+).

La sérologie EBV avait montré la présence d'IgG en faveur d'une infection ancienne à EBV.

Le traitement prescrit : corticothérapie per os à forte dose. L'évolution est marquée par une stabilisation radio-clinique.

Nous rappelons à travers cette observation la rareté de la granulomatose lymphomatoïde avec un grand risque de transformation vers un lymphome malin.

Le traitement est basé essentiellement sur la corticothérapie, associée à une poly-chimiothérapie ou au Rituximab dans certains cas.

## **LES TUMEURS MYOFIBROBLASTIQUE PULMONAIRES, À PROPOS DE 02 CAS.**

M. HAOUCHINE, R. HITACHI, L. OULD OUALI, S. BOUSBIA, R. BRAKTIA, A. BELLAL, F. OUDJIDA, K.H. BENDISARI, D. MEKIDECHE, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires sont des tumeurs rares, pouvant toucher plusieurs organes, mais sont le plus souvent décrites au niveau pulmonaire. Apparaissent chez l'enfant et l'adulte jeune, leur étiopathogénie n'est pas encore élucidée. Elles sont bénignes par leur nature histologique mais peuvent mimer une tumeur maligne, notamment à cause de leur caractère invasif, surtout loco-régional (plèvre, médiastin, parties molles), et leur récurrence après exérèse.

leur présentation radio-clinique n'est pas spécifique et le diagnostic de certitude est histologique. Le traitement curatif est chirurgical imposant une résection carcinologique.

Nous rapportons 02 cas de tumeur myofibroblastique, chez respectivement, une jeune femme âgée de 17 ans et un jeune homme de 18 ans, tous deux sans antécédents.

Le premier cas a été révélé par des ulcérations mammaires fistulisées vers le sein homolatéral à la masse. L'examen clinique a objectivé un syndrome d'épanchement pleural liquidien de la base gauche, associé à des ulcérations mammaires surinfectées homolatérales. L'imagerie thoracique montrait une opacité arrondie postéro-basale associée à un épanchement pleural liquidien, homolatéral à la masse. L'endoscopie bronchique a mis en évidence un aspect de compression extrinsèque.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce de biopsie transpariétale, conclue a un aspect histopathologique d'une tumeur myofibroblastique inflammatoire. Un traitement chirurgical a été préconisé.

Dans le second cas, le patient a rapporté une dyspnée avec un toux sèche. L'examen clinique a retrouvé un syndrome d'épanchement pleural liquidien de la base droite. L'imagerie thoracique objectivait une masse péri-hilaire droite avec un épanchement pleural liquidien homolatéral. L'endoscopie bronchique a mis en évidence un aspect de compression extrinsèque au niveau de l'arbre bronchique droit avec un aspect inflammatoire de la muqueuse bronchique.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce de biopsie chirurgicale, retrouve un aspect histopathologique d'une tumeur myofibroblastique inflammatoire.

## **LES TUMEURS MALIGNES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES À PROPOS D'UN CAS.**

M. HAOUCHINE, R. HITACHI, D. MEKIDECHE, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Les tumeurs primitives des gaines des nerfs périphériques sont relativement rares (2% des tumeurs des parties molles).

Bénignes dans 90% des cas, elles se développent aux dépens des éléments constitutifs d'un nerf notamment les gaines nerveuses.

Les tumeurs malignes des gaines des nerfs périphériques (MPNST) sont des sarcomes à cellules fusiformes comportant une différenciation nerveuse.

Anciennement appelés schwannomes malins, neurofibrosarcomes, sarcomes neurogéniques, ils siègent préférentiellement

sur les gros troncs (sciatique, plexus brachial, plexus sacral). Nous rapportons 01 cas de tumeur nerveuse des nerfs périphériques, chez un homme âgé de 59 ans aux antécédents d'HTA, révélée par des douleurs thoraciques gauches.

À l'examen, il présentait des douleurs thoraciques gauches avec une asthénie et un amaigrissement important.

L'imagerie thoracique montrait une opacité arrondie médiastino-pulmonaire gauche. L'endoscopie bronchique a mis en évidence un bourgeon endobronchique obstruant la cuminale.

La TDM thoracique a objectivé une masse de l'hémithorax gauche avec adénopathies médiastinales et épanchement pleural liquidien homolatéral. L'étude anatomo-pathologique de la biopsie transpariétale conclue a un aspect histopathologique d'une tumeur nerveuse périphérique (MPNST).

### **HÉMANGIOENDOTHÉLIOME ÉPITHÉLIOÏDE PULMONAIRE À PROPOS D'UN CAS.**

**R. HITACHI, D. Mékidèche, R. Braktia, M. Haouchine, L. Ould Ouali, S. Bousbia, A. Bellal, S. Touati, N. Hadj Mohamed, F. Oudjida, K. Bendisari, N. ZIDOUNI.**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

L'hémangioendothéliome épithélioïde est une tumeur rare d'origine vasculaire à malignité réduite qui affecte avec prédilection les femmes de moins de 40 ans et qui a été décrite pour la première fois en 1982 par Weis et Enzinger.

Cette tumeur est rarement primitive au niveau du poumon et se localise habituellement aux tissus mous, à l'os et au foie. Elle se développe à partir de l'endothélium vasculaire des veines de moyen ou de grand calibre, et présente un panel de comportements cliniques allant de ceux qui ressemblent aux hémangiomes jusqu'à ceux qui ressemblent aux angiosarcomes.

L'HEP est habituellement découvert de façon fortuite dans les formes asymptomatiques et parfois lors du bilan d'exploration d'une symptomatologie respiratoire chronique d'allure banale. Le tableau radio-clinique est variable en fonction du volume de la masse tumorale. Les biopsies, transthoraciques (écho ou scannoguidées) et chirurgicales, permettent souvent d'établir le diagnostic. L'aspect histologique en coloration standard est généralement évocateur du diagnostic et l'étude immunohistochimique permet souvent de confirmer l'hypothèse diagnostique. Aucun standard thérapeutique n'est validé, l'abstention thérapeutique reste de mise dans les formes asymptomatiques.

Dans les formes symptomatiques le traitement de choix est chirurgical. La chimiothérapie et la radiothérapie n'ont pas fait preuve de leur efficacité. Le pronostic est variable. En général, l'évolution est lente sauf pour les formes symptomatiques ou métastatiques. L'HEP est actuellement considéré comme un sarcome, sans critères histopronostiques définis. Dans sa localisation pulmonaire, elle est responsable de décès par insuffisance respiratoire dans 50 % des cas.

Nous rapportons un cas d'HEP, chez un patient âgé 61ans.

La dyspnée d'effort et la douleur thoracique basale gauche étaient les seuls signes fonctionnels révélateurs. L'examen clinique retrouvait un syndrome d'épanchement pleural liquidien basal gauche. La radiographie et la TDM thoraciques montraient une masse solide hétérogène basale gauche avec une pleurésie homolatérale de moyenne abondance. La biologie retrouve des chiffres glycémiques bas concomitants à des accès d'hy-

poglycémies symptomatiques. L'endoscopie bronchique retrouvait un aspect de compression extrinsèque au niveau de tout l'arbre gauche. L'étude histologique de la biopsie trans thoracique de la masse pulmonaire avait permis d'établir le diagnostic. Une chirurgie d'exérèse avait été indiquée.

### **TUMEURS CARCINOÏDES TYPIQUES BRONCHIQUES À PROPOS DE 03 CAS.**

**R. HITACHI, D. Mékidèche, R. Braktia, M. Haouchine, L. Ould Ouali, S. Bousbia, S. Touati, A. Bellal, N. Hadj Mohamed, F. Oudjida, K. Bendisari, N. ZIDOUNI.**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Les tumeurs carcinoïdes bronchiques dérivent des cellules neuroendocrines des voies aériennes, intégrées dans le sous-groupe des tumeurs pulmonaires neuroendocrines qui comporte quatre entités, classées du moins agressif au plus agressif : carcinoïde typique, carcinoïde atypique, carcinome neuroendocrine à grandes cellules et le carcinome neuroendocrine à petites cellules.

Le terme «carcinoïde» a été introduit pour la première fois par Obendorfer qui décrivait, il y a cent ans, un ensemble de petites néoplasies intestinales de bas degré de malignité. Par la suite, cette nomenclature a été également appliquée aux tumeurs pulmonaires partageant le même aspect histologique, immunohistochimique et ultra structural.

La tumeur carcinoïde est le cancer pulmonaire le plus fréquent de l'enfant alors qu'il ne représente que 1 à 5% de tous les cancers pulmonaires de l'adulte. Il touche de manière égale les hommes et les femmes, avec néanmoins une prédominance masculine (2/1) pour le carcinoïde atypique.

La symptomatologie respiratoire révélatrice est très variable. Un syndrome endocrinien carcinoïde peut parfois être révélateur.

Le tableau radio-clinique et l'aspect endoscopique, sont variables en fonction du siège de la tumeur (central ou périphérique).

Le diagnostic est souvent établi par la biopsie bronchique pour les localisations centrales ou bien par les biopsies transthoraciques et/ou chirurgicales pour les tumeurs périphériques. Le traitement de choix reste la chirurgie. Le pronostic est globalement bon.

Nous rapportons 03 cas de tumeurs carcinoïdes bronchiques typiques chez 03 patients âgés respectivement de 45ans, 29 ans et 13 ans, et révélés par une symptomatologie clinique très différente :

Un wheezing unilatéral traité à tort comme asthme bronchique ;

Une dyspnée d'effort d'aggravation progressive sans altération de l'état général ;

Une atélectasie pulmonaire gauche révélée par un syndrome infectieux clinique.

### **EXACERBATION DES PID PRISES EN CHARGE DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE MATIBEN**

**A. KHELIOUEN, S.ALI HALASSA, AR. BELLAL, R. HITACHI, L.BAOUGH, N. ZIDOUNI.**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

L'exacerbation des pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) est caractérisée par l'aggravation aiguë de la dyspnée. Elle est considérée parmi les principales causes de mortalité des patients.

Une étude rétrospective est réalisée au service Matiben, incluant des patients hospitalisés pour exacerbation de PID de Janvier 2012 à Décembre 2013.

Le but de cette étude est de décrire les aspects cliniques, étiologiques et évolutifs des exacerbations de ces PID.

**Résultats :** 48 exacerbations ont été colligées chez 17 patients hospitalisés, répartis en 11 hommes et 6 femmes avec un âge moyen de 63 ans (45-80 ans). Il s'agissait de : FPI (10 cas), PINS idiopathique (3 cas), PINS en rapport avec une connectivité (2 cas), pneumopathie d'hypersensibilité (1 cas), sarcoïdose au stade de fibrose (1 cas). La cause de l'exacerbation était : infection respiratoire (11 cas), insuffisance cardiaque gauche (2 cas), embolie pulmonaire (1 cas), indéterminée (3 cas). La moitié des patients avait 2 comorbidités. Le traitement prescrit était la corticothérapie à fortes doses, l'antibiothérapie non spécifique et le traitement étiologique. 2 patients ont nécessité une ventilation invasive. L'évolution immédiate a été marquée par le décès de 7 patients dont 4 FPI. A 12 mois, la PID a été progressive dans 6 cas. Les exacerbations des PID sont un facteur prédictif de mauvais pronostic particulièrement dans la FPI. Les comorbidités constituent un facteur aggravant de la morbi-mortalité.

## **CARCINOME NEUROENDOCRINE AVEC LOCALISATION CUTANÉE À PROPOS D'UN CAS.**

**A.S. LEBBAZ, N. MOULAY OMAR, N. MAHIOUS, M. BAY AHMED S. TOUATI, SOLTANI, A. KHELIOUENE, S. ALIHALASSA, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI.**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

Le carcinome broncho-pulmonaire neuroendocrine à grandes cellules est une tumeur rare, identifiée par l'OMS en 1999 et de diagnostic histologique difficile. Les critères diagnostiques de cette entité sont présentés ainsi que les principales données phénotypiques et moléculaires. Les diagnostics différentiels principaux se posent surtout avec les carcinomes à petites cellules et à un moindre degré avec les autres variétés de carcinomes non à petites cellules. Le pronostic est mauvais, proche de celui des carcinomes à petites cellules.

Nous rapportons le cas d'un patient de 55 ans, tabagique à raison de 80 P/A, sans notion de contage tuberculeux et sans antécédents pathologiques particuliers, et qui a présenté une douleur thoracique droite avec expectorations jaunâtres et une dyspnée d'effort remontant à 4 mois, l'examen physique a mis en évidence des multiples nodules sous cutanées et le reste de l'examen clinique est sans particularité.

La radiographie thoracique a montré une opacité périciliaire droite arrondie. La TDM thoracique est en faveur d'une volumineuse masse nécrosée intéressant le poumon droit mesurant 98x92x129 mm de grands axes avec une condensation basale droite et des adénomégalies para-oesophagiennes.

La fibroscopie bronchique a objectivé une obstruction totale de bronche de la Nelson par une muqueuse œdématisée saignant au moindre contact du fibroscope avec réduction de calibres des orifices de tronc intermédiaire, de la lobaire moyenne et de la pyramide basale par une compression extrinsèque. La biopsie bronchique a objectivé une muqueuse bronchique inflammatoire.

La biopsie cutanée a objectivé un revêtement cutané siège d'une prolifération épithéliale d'architecture endocrinoïde ; les cellules sont de grandes tailles à noyaux vésiculeux, à chromatines motées, elles sont agencées en structures rubanées, en cordons et par foyers en rosettes ; l'index mitotique est élevé ; le stroma est remanié par une fibrose hyaline. L'étude immunohistochimie mon-

tre : chromogranine A et synaptophysine sont positives ; KI67 : 80%. Cet aspect est en faveur d'une métastase cutanée d'un carcinome neuroendocrine à grandes cellules.

Le patient présente un carcinome neuroendocrine à grandes cellules stade IV et mis sous chimiothérapie oncologique palliative.

## **TUBERCULOSE PULMONAIRE PSEUDO-TUMORALE À PROPOS D'UN CAS.**

**A.S. LEBBAZ, N. MOLAY OMAR, H. GHENDIR AOUN, N. MAHOIS, M. BAYAHMED, A. KHELIOUENE, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI.**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

La tuberculose pseudo-tumorale est une entité rare et trompeuse où le clinicien doit toujours la penser surtout dans un pays endémique, l'aspect radiologique atypique ainsi que les signes cliniques non spécifiques n'orientent pas vers la pathologie tuberculeuse d'où la nécessité d'une confirmation bactériologique et/ou histopathologique.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 68 ans, ex-tabagique à raison de 16 PA et sans notion de contage tuberculeux, aux antécédents d'HTA et d'ulcère gastrique. Il a présenté une dyspnée d'effort avec une douleur basithoracique droite et une toux sèche. La radiographie thoracique a retrouvé une opacité basithoracique droite avec un épanchement pleural liquidien homolatéral de moyenne abondance. La TDM thoracique est en faveur d'une masse tissulaire moyenne droite mesurant 78x73x72 mm, hétérogène par la présence de zones hypo denses avec de la nécrose et des adénomégalies médiastinales. La fibroscopie bronchique a objectivé une muqueuse inflammatoire avec présence de multiples taches d'anthracose diffuses et obstruction subtotale de la lobaire moyenne. IDR à la tuberculine : 20 mm. Bacilloscopie du liquide bronchique négative et culture de (28<sup>e</sup> j) : positive à 60 colonies/1T. La biopsie pleurale a objectivé un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire non-spécifique. Le diagnostic a été porté par une biopsie transpariétale scanno-guidée revenant en faveur d'une lésion inflammatoire granulomateuse tuberculoïde pulmonaire avec de rares foyers de nécrose caséiforme.

Nous insistons à travers cette observation sur la rareté de l'aspect radiologique pseudo-tumorale de la tuberculose pulmonaire. Le patient est classé TPMOC + et mis sous chimiothérapie antituberculeuse (1<sup>re</sup> ligne catégorie I) avec bonne évolution radio-clinique.

## **PNEUMONIE ABCÉDÉE RÉVÉLATRICE D'UNE HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE. À PROPOS D'UN CAS.**

**N. MAHIOUS, A.S. LEBBAZ, M. BAY AHMED, D. BENHABILES, A. KHELIOUENE, S. ALI HALASSA, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI**

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

L'hémoglobinurie paroxystique nocturne est une maladie rare acquise, clonale de la cellule souche hématopoïétique caractérisée par une anémie hémolytique chronique, et des épisodes d'hémoglobinurie en particulier nocturne, cette maladie peut aussi prendre la forme d'une pancytopenie avec hypoplasie ou aplasie médullaire. L'hémoglobinurie paroxystique nocturne peut toucher tous les âges mais elle affecte en particulier les jeunes adultes. L'évolution peut être marquée par des complications thrombotiques sévères veineuses et artérielles et des crises dou-

loueuses. La cytométrie en flux permet le diagnostic. La présence d'une pneumonie abcédée et une hémoglobinurie paroxystique nocturne avec un déficit immunitaire commun variable est rarement observée.

Nous rapportons un cas d'hémoglobinurie paroxystique nocturne révélée par une pneumonie abcédée.

C'est une patiente âgée de 35 ans suivie pour aplasie médullaire idiopathique depuis 14 ans, qui a présenté une toux ramenant des crachats verdâtres avec une douleur thoracique gauche évoluant dans contexte fébrile. L'examen clinique retrouve un syndrome de condensation pulmonaire à gauche, hépatomégalie, splénomégalie et une ascite de grande abondance.

La radiographie du thorax a montré une condensation pulmonaire gauche excavée. Tomodensitométrie abdominale haute résolution : thrombose porte associée à une dilatation veineuse péri portale en faveur d'un caver nome porte, thrombose de la veine mésentérique supérieure. Le diagnostic de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne a été établi par cytométrie en flux devant la présence des clones déficitaires en molécules GPI ancrées (CD59, CD24, et CD14) ou clones HPN. Le diagnostic de déficit immunitaire commun variable est également posé.

Traitement prescrit : double antibiothérapie avec héparine de bas poids moléculaire et cure d'immunoglobuline tous les 21 jours. Bonne évolution clinique et radiologique.

Nous insistons à travers ce cas sur la rareté de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne associé à un déficit immunitaire.

## **TUBERCULOSE PULMONAIRE ET THROMBOPH-LÉBITE RÉCIDIVANTE RÉVÉLANT UN DÉFICIT EN PROTÉINE C ET S, À PROPOS D'UN CAS.**

L. OULD-OUALI, S. BOUSBIA, R. HITACHI, R. BRAKTIA, M. HAOUCHINE, A. BELLAL, S. TOUATI, D. MEKIDECHE, N. ZIDOUNI

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

La thrombophlébite est un trouble de la circulation sanguine provoqué par la formation d'un caillot sanguin dans une veine profonde d'un membre, accompagné d'une inflammation de la paroi veineuse. Quand ce phénomène est récidivant, une étiologie acquise ou congénitale doit être systématiquement recherchée. Le déficit congénital en protéine C et S est une anomalie héréditaire de la coagulation sanguine à transmission autosomale dominante et l'une des étiologies de thrombose veineuse récidivante. Il s'agit d'une diminution de la synthèse et/ou de l'activité de la protéine C et de la protéine S qui sont des inhibiteurs physiologiques de la coagulation de synthèse hépatique vitamine K dépendants.

Nous rapportons un cas de thrombophlébite récidivante révélant un déficit en protéines C et S chez une jeune femme de 21 ans demeurant à TISSEMSILT, aux antécédents de maladie de Crohn ayant présenté une tuberculose multifocale (pulmonaire, pleurale, péritonéale et intestinale) qui, par le dysfonctionnement hépatique et les anomalies de l'hémostase que cette maladie infectieuse induit, provoque un état d'hypercoagulabilité aggravant ainsi la maladie thrombo-embolique de cette patiente. L'écho-doppler vasculaire des membres supérieurs et inférieurs a objectivé une thrombose de la veine céphalique gauche et de la veine fémoro-poplitée gauche.

Le bilan biologique a révélé un déficit quantitatif en protéines C et S. Le traitement antituberculeux, en vue de sa propriété procoa-

gulante, a contraint à une prescription de fortes doses d'anti-vitamine K afin de maintenir un bon équilibre de l'hémostase.

## **EMBOLIE PULMONAIRE OBSERVÉE DANS LE SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE MATIBEN**

S. Touati, S. Ali Halassa, MF. Soltani, L. BAOUGH, N. ZIDOUNI  
Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

*Introduction* : L'embolie pulmonaire est la manifestation la plus grave de la maladie thromboembolique veineuse.

Elle est souvent méconnue en raison du polymorphisme de ses manifestations. Méconnaître ce diagnostic est donc potentiellement lourd de conséquences.

*Méthodes* : Étude rétrospective concernant 09 patients présentant une embolie pulmonaire hospitalisés au service de Pneumo-physiologie MATIBEN du CHU Béni Messous de janvier 2010 à décembre 2014.

*Résultats* : On a recensé 7 hommes et 2 femmes, sex-ratio (H/F) de 3,5. Le pic de fréquence est situé dans la tranche d'âge supérieure à 70 ans. six patients sur les 9 avaient une pathologie cardiovasculaire. Quatre patients avaient des antécédents de pathologies respiratoires. La moitié des patients consultent en premier lieu en pneumo-physiologie. Les circonstances de découverte étaient dominées par la douleur thoracique et la dyspnée (70%), l'évolution d'un cancer (20%). L'association à une maladie thrombo-embolique est retrouvée chez 1/3 des patients.

Le diagnostic a été confirmé par angioscanner seulement dans 30% des cas. Malgré un traitement anticoagulant prescrit précocement chez tous les patients, un tiers parmi eux sont décédés.

*Conclusion* : Le diagnostic d'embolie pulmonaire est difficile du fait du polymorphisme clinique. Il doit se baser sur des investigations complémentaires systématiques simples afin de ne pas retarder la prise en charge thérapeutique notamment en cas de comorbidités.

## **MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE DES BPCO : EXPÉRIENCE DU SERVICE MATIBEN**

D. Mekideche, L. BAOUGH, A. KHELIOUNE, N. ZIDOUNI.

Service du Professeur N. Zidouni, Clinique de pneumo-physiologie A, CHU Béni-Messous

La BPCO est une affection en augmentation croissante. Des symptômes évocateurs de BPCO sont un motif fréquent de consultation alors que les exacerbations constituent un motif fréquent d'hospitalisation. Les exacerbations reconnaissent plusieurs étiologies. Pour connaître le profil des BPCO hospitalisées dans un service spécialisé, une étude transversale sur dossiers de malades colligés durant les années 2013 – 2014, révèle que :

39 malades ont été hospitalisés pour exacerbation dont 2/3 pour exacerbation modérée à sévère. L'étiologie infectieuse est retrouvée dans 70 % des cas. 16 malades dont 6 femmes sont hospitalisés pour prise en charge d'un cancer du poumon présentent une BPCO. Chez les 55 patients BPCO admis, 10 patients présentent une BPCO sévère et 5 une BPCO très sévère au stade d'OLD dont un malade sous VNI.

Les comorbidités rencontrées sont les pathologies cardiovasculaires (16 malades), diabète (07 patients), anémie (08 patients), les troubles anxieux sont retrouvés chez 50% de nos patients.

L'évolution de la BPCO est défavorable surtout si les réadmissions sont fréquentes, on constate 3 décès par insuffisance respiratoire.

## L'ANTIBIOTHÉRAPIE DANS LES PLEURÉSIES PURULENTES

Hammache. N

Service de Pneumo-physiologie, CHU de Tizi-Ouzou, Algérie

*Introduction* : L'empyème thoracique ou pleurésie purulente est une affection connue et débattue depuis l'antiquité. Leur fréquence décroît ces dernières années, mais elles posent toujours un problème de prise en charge thérapeutique.

*Objectif* : Évaluer la prise en charge thérapeutique des pleurésies purulentes et discuter les différentes modalités thérapeutiques en mettant l'accent sur les difficultés de la prise en charge surtout en l'absence de consensus clairs à ce sujet.

*Matériel et Méthode* : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers médicaux des patients hospitalisés pour pleurésie purulente dans le service de pneumo-physiologie du CHU de Tizi-Ouzou, durant une période de 10 années allant de janvier 2004 à décembre 2013.

*Résultats* : Nous avons colligé 69 patients (moins de 2% des hospitalisés) admis pour pleurésie purulente dont 72% d'hommes avec une moyenne d'âge de 41 ans et une fréquence élevée de comorbidités, notamment les neuropsychiatriques. L'examen bactériologique du liquide pleural n'a été confirmé que dans 20% des cas avec une plus forte identification des cocci gram positifs, suivis des bacilles gram négatifs puis des anaérobies. Toutes les hémocultures pratiquées sont négatives. Le traitement antibiotique en monothérapie est institué en première intention dans 40% des cas avec une réadaptation de l'antibiothérapie dans un quart des cas après les résultats microbiologiques. Les  $\beta$  Lactamines ont représenté l'antibiotique de choix, avec plus d'un tiers de pénicillines A. Elles sont utilisées en association avec les Aminosides, plus ou moins les Imidazoles chez 39 patients (56%).

Tous les patients ont bénéficié de ponctions pleurales évacuatrices et 04 patients de drainage pleural en raison d'un pyopneumothorax d'emblée. Nous avons eu recours à la chirurgie thoracique dans deux cas. Un taux de guérison de 100 % a été obtenu avec des séquelles minimales à Type de pachypleurite, après plusieurs mois de kinésithérapie respiratoire.

*Commentaires* : La pleurésie purulente reste une Pathologie rare et c'est pour cette raison qu'il n'existe aucune étude clinique démontrant la supériorité d'un schéma thérapeutique par rapport à un autre. Elle survient souvent sur un terrain particulier. En comparaison avec d'autres études, le diagnostic bactériologique reste insuffisant. L'antibiothérapie n'est qu'un élément du traitement, souvent probabiliste, et son choix repose sur l'âge, le terrain, les facteurs de risque ainsi que l'épidémiologie des microorganismes impliqués et leur résistance. Il est nécessaire d'uniformiser la conduite à tenir thérapeutique, essentiellement antibiotique. A ce sujet, la prise en charge des pleurésies purulentes n'est pas consensuelle et varie selon les centres. Sur le plan local, la conduite à tenir conservatrice est la plus pratiquée, en privilégiant les ponctions évacuatrices par rapport au drainage et la chirurgie en raison des bons résultats obtenus; même si, ces dernières années, on voit de plus en plus d'interventions plus invasives, à un stade précoce, par voie pleuroscopique ou chirurgicale.

*Conclusion* : Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur la prise en charge de la pleurésie purulente, car aucune des méthodes actuelles n'a fait preuve de sa supériorité. Une prise en charge précoce et multidisciplinaire adéquate est le garant d'une guérison à moindres séquelles.

## DÉCOUVERTE TARDIVE D'UN LYMPHOME MALIN DE LA LOGE THYMIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE : A PROPOS DE DEUX CAS

Hadjoudj. A, Métahri. M., Chahraoui. S., Machou. K., Zaoui. A., Guermaz. M.

Service de pneumologie A CHU.Oran

La survenue d'un lymphome médiastinal au cours de la grossesse est un événement rare, mais non exceptionnel, les symptômes de Type fatigue et dyspnée pouvant aisément être attribués à la grossesse. En rapportant ce fait clinique, les Auteurs attirent l'attention sur le retard diagnostique, deux cas ont été pris en charge dans notre service.

*Observation N°1*: La patiente B.A 22 ans, sans antécédents, admise pour syndrome cave supérieur et processus tumoral du médiastin antérieur. L'examen clinique montrait un œdème du visage avec turgescence des veines jugulaires et circulation collatérale cervico-thoracique associés à une dyspnée, dysphonie et dysphagie. La TDM thoracique mettait en évidence un volumineux processus médiastinal de la loge thymique, envahissant la veine cave supérieure et les troncs supra-aortiques et comprimant la trachée et l'œsophage. Par ailleurs, l'échographie obstétricale retrouvait une grossesse évolutive mono fœtale de 25 semaines. Un traitement d'urgence a été instauré associant des bolus de corticoïdes, une héparinothérapie et une oxygénothérapie à fort débit. Une biopsie transpariétale avec étude anapath et immuno-histochimie avait confirmé le diagnostic de lymphome à grande cellules de Type B. Une chimiothérapie à base d'antracycline, endoxan et cisplatine ; indiquée dans le cadre de l'urgence était entamée associée à des séances de radiothérapie décompressive. Dans l'immédiat l'évolution était marquée par l'expulsion prématurée du fœtus et la régression du syndrome cave supérieur, mais la patiente est décédée après plusieurs cures de chimiothérapie.

*Observation N°2* : La patiente T.S âgée de 21 ans, sans antécédents, admise pour investigation d'un processus médiastino-pulmonaire sur grossesse de 30 semaines. L'examen clinique montrait une dyspnée stade 2, une pleurésie droite et une ascite séro-hématique abondante et récidivante. La TDM thoracique montrait un volumineux processus médiastinal empiétant sur le champ pulmonaire droit. Une biopsie trans-pariétale avec étude anapath et immuno-histochimie a confirmé le diagnostic de lymphome diffus de Type T immature. La patiente a accouché d'un enfant viable et est décédée après 2 cures de chimiothérapie.

*Conclusion* : La survenue d'un lymphome durant la grossesse n'est pas exceptionnelle néanmoins, les symptômes liés à l'évolution de la maladie pouvant être attribués à tort à l'avancée de la grossesse entraînant un retard diagnostique.

## HEMOPTYSIE RECIDIVANTE REVELANT UNE MALADIE DE BEHCET ET UNE AGENESIE DE L'ARTERE PULMONAIRE DROITE

Bouaita. O, Elmentra. M, Benhmed. B, Bekri. F, Berrabah.Y.

CHU ORAN

*Introduction* : L'agénésie de artère pulmonaire est une malformation congénitale rare, mais pouvant être la source de complications graves, dont l'hémoptysie qui peut être aussi un signe fréquent dans la maladie de behcet.

*Observation* : patiente âge de 28 ans sans antécédent, présentait depuis quelques mois des épisodes d'hémoptysies (20

épisodes dont 03 de grande abondance) et aphasies bipolaires 07 épisodes dans l'année 2014. L'examen clinique complet été sans particularité. La radiographie thoracique a été normale, TDM a objectivé l'existence de nodules centimétrique périphérique de poumon gauche. L'angioscanner et la scintigraphie pulmonaire a objectivé une agénésie de l'artère pulmonaire droit avec multiples anévrysmes artériels gauches. Un syndrome inflammatoire biologique bilan immunologiques négatives et pathergie test était positive. La fibroscopie bronchique était sans particularité. échographie cardiaque na révélé aucune anomalie cardiaque ni une hypertension artérielle pulmonaire. Le diagnostic de maladie de Behcet était évoqué sur les aphasies bipolaires récidivantes, les anévrysmes artériels pulmonaires et le pathergie test positive. la patiente a été mise sous colchicine en collaboration avec le Service de médecine interne, et un traitement chirurgical a été proposé pour préventions des récurrences d'hémoptysie.

**Discussion :** l'agénésie de l'artère pulmonaire est une malformation congénitale rare, le plus souvent asymptomatique, mais peuvent être révélée par une complication telle que hémoptysie. La maladie Behcet est une vascularite regroupant la présence d'aphasies bipolaires des lésions oculaires et cutanées, l'atteinte vasculaire pulmonaire fréquente représenté par les anévrysmes artériels et l'hémoptysie représente un symptôme fréquent. L'association des deux pathologies est très rare.

**Conclusion :** l'agénésie de l'artère pulmonaire est une malformation rare dont le pronostic peut être fatal surtout on association avec maladie de Behcet qui augmentent le risque de complication pulmonaire surtout hémoptysie.

## **SCHWANNOME PARENCHYMATEUX PULMONAIRE : A PROPOS D'UNE PATHOLOGIE RARE**

**Kherbi. S**

Parmi les tumeurs pulmonaires, le schwannome est une variété exceptionnelle. Ce sont des tumeurs neurogènes développées aux dépens des cellules de Schwann. Il fait partie des tumeurs conjonctives. Elles se caractérisent habituellement par leur latence clinique et leur faible potentiel de malignité.

Nous rapportons un cas de schwannome pulmonaire qui prend la forme d'une opacité intra parenchymateuse siégeant au niveau du lobe supérieur droit. La présentation clinique ainsi que la rareté de la tumeur font l'originalité de notre observation. La nature de la tumeur est donnée par histologie. La différenciation entre le caractère bénin et malin reste toujours difficile et parfois, seule, l'évolution peut trancher. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale. Le pronostic des schwannomes est difficile à apprécier en raison du caractère exceptionnel ou de la rareté des cas rapportés. Les facteurs de mauvais pronostic sont : l'âge extrême, les schwannomes dans le cadre de la maladie de Von Recklinghausen (VR), la grande taille tumorale, le degré de la différenciation, l'importance de l'activité nécrotique et de l'activité mitotique.

**Mots-clés :** Schwannome pulmonaire, opacité intra parenchymateuse, Tumeurs rare.

## **CARACTERISTIQUES DU COMPORTEMENT TABAGIQUE CHEZ L'APPELE DU SERVICE NATIONAL**

**kherbi. S**

Service de pneumologie/ HMRUC

Depuis l'indépendance du pays le Service national constitue un devoir de tout citoyen de sexe masculin, recrutant les jeunes

des 04 coins du pays qui sont rassemblés d'une façon aléatoire, mais qui obéit à une règle de quotas régional dans des centres d'instructions, de ce fait chaque centre constitue un échantillon représentatif de la réalité sociétale.

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable. Selon l'OMS, chaque année les décès imputables au tabac s'élèvent à 4,9 millions dans le monde. Malgré cela, le nombre de personnes qui allument leur première cigarette ne fait qu'augmenter et parmi celles-ci les jeunes sont les plus concernés.

Sa prévalence est en augmentation dans les pays en développement alors qu'on assiste à une diminution substantielle dans les pays développés (baisse de 24.1 à 20.6 % aux EU entre 1998 et 2008). La catégorie des jeunes appelés très concerné par ce fléau mérite une attention particulière, à travers une étude approfondie mettant en relief les caractéristiques de cette addiction que sont les motivations à l'initiation, la consommation (nombre de cigarette/jour, Type de tabac consommé, inhalation), la dépendance et les co-addictions, la connaissance du risque et l'aptitude au sevrage. Les appelés du contingent constituent un échantillon représentatif de la population générale concernant la catégorie âgée de 19 à 25 ans, car rassemblant des éléments de toutes les catégories sociales et les niveaux d'instruction et venant des quatre coins du pays.

Ces données serviront pour élaborer une politique efficace de lutte anti-tabac.

**Mots-clés :** Tabac, appelé du contingent, lutte anti-tabac.

## **EDUCATION THERAPEUTIQUES DES PATIENT ASTHMATIQUES ET BPCO ; ETATS DES LIEUX AU NIVEAU DU SERVICE DE PNEUMOLOGIE/HMRUC**

**Kherbi. S**

Service de pneumologie/ HMRUC

L'asthme et la BPCO constituent deux problèmes majeurs de santé publique marquée par une morbi-mortalité et des coûts de santé importants. Etant des maladies chroniques leurs traitement repose sur une pharmacothérapie associée à une éducation thérapeutique qui consistent en l'acquisition de compétence en matière de ;

- Connaissance de la maladie.
- Utilisation des moyens thérapeutiques par voie inhalée.
- Gestion des périodes d'exacerbation.

Notre étude se veut être transversale descriptive portant sur un échantillon de 40 malades (20 femmes et 20 hommes) suivis au niveau de la consultation de pneumologie.

Les données sont recueillies par voie de questionnaire auto-administré portant sur les paramètres d'une bonne éducation thérapeutique : connaissance de la maladie, les signes d'exacerbation, les principes du traitement, les dispositifs et leur utilisation.

L'intérêt est de déceler les défaillances dans le projet thérapeutique afin d'apporter les solutions adéquates pour une prise en charge optimale de nos patients.

**Mots clés :** Asthme, BPCO, étude transversale descriptive, éducation thérapeutique

## **CARACTERISTIQUES DE LA TUBERCULOSE CHEZ LE FUMEUR**

**kherbi. S**

Service de pneumologie/ HMRUC

Le tabagisme et la tuberculose sont deux enjeux majeurs de santé publique au niveau mondial, en particulier dans les pays émer-

gents. Pour déterminer les particularités cliniques, radiologiques, bactériologiques et thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire chez les sujets tabagiques nous avons mené une étude prospective au Service de phtisiologie de l'hôpital militaire de Constantine sur une période d'une année, portant sur 50 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, répartis en 2 groupes (25 patients tabagiques : Groupe A et 25 patients non tabagiques : Groupe B).

Tous nos patients étaient de sexe masculin vu la nature du recrutement dans notre hôpital, l'âge moyen était de 23 ans  $\pm$  7 chez le groupe A et de 22 ans  $\pm$  4 chez le groupe B.

Nos résultats préliminaires ont conduit au fait suivant :

- le délai de consultation était plus long chez les tabagiques.
- la symptomatologie clinique était variable chez les deux groupes, dominée par les expectorations chez les tabagiques
- Sur le plan radiologique les lésions radiologiques étaient similaires chez les deux groupes

- Sur le plan radiologique on n'a pas noté de différence quant à la charge bacillaire sur les examens ayant servi au diagnostic.

- La réponse au traitement antituberculeux était plus rapide chez les non fumeurs avec une négativation à un mois du traitement plus importante.

- Une aide au sevrage tabagique a fait partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de tuberculose à travers le conseil minimal est aboutie à un résultat positif dans 69% d'entre eux.

**Mot clés :** tuberculose, tabagisme, traitement antibacillaire, sevrage.

## LA PONCTION BIOPSIE TRANSTHORACIQUE : BILAN D'UNE ACTIVITE ET EXEMPLE DE COOPERATION FRUCTUEUSE ENTRE PNEUMOLOGUE ET RADIOLOGUE

**kherbi. S**

Service de pneumologie/ HMRUC

**Introduction :** Le but de cette étude rétrospective conduite sur 20 malades hospitalisés en pneumologie présentant un processus néoplasique non accessible à l'endoscopie bronchique est double, il s'agit d'évaluer la performance de la technique et d'essayer d'établir des critères radiologiques pouvant servir pour la sélection de malade chez qui la technique serait la plus rentable et de mettre en exergue un exemple de coopération entre la pneumologie et la radiologie.

**Matériel Et Méthode :** Nous rapportons une série de 20 malades, pris en charge en pneumologie ambulatoire pour lésions suspectes endothoraciques inaccessibles à l'endoscopie bronchique, répartis en 17 hommes et 03 femmes, l'étude des dossiers se fait en réunion regroupant l'équipe de pneumologie et radiologue, une fois la décision de réaliser le geste prise une hospitalisation de 48 heures est décidée. Le premier jour est consacré au bilan et le deuxième au geste avec un protocole de surveillance de 24 heures à l'issue duquel la sortie du malade est décidée en l'absence de complications.

**Résultats :** Le diagnostic a été obtenu dans 87 % des cas en faveur de lésions malignes majoritairement au pris de complications rares car on n'a enregistré que 2 pneumothorax nécessitant une intervention thérapeutique et un épisode d'hémoptysie de petite abondance. Un ensemble de corrélation radio-clinico-histologique seront exposés dans la mouture finale.

**Conclusion :** La biopsie trans-thoracique est un examen fiable et peu agressif. La rentabilité dépend de l'expérience de l'opérateur, de la disponibilité du matériel et le bon choix des candidats au geste.

## FORME PSEUDO-TUMORALE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LES DIFFICULTES DIAGNOSTIC : A PROPOS DE 04 CAS.

**kherbi. S**

Service de pneumologie/ HMRUC

**Introduction :** La tuberculose pulmonaire est un problème majeur de santé publique. Dans sa forme commune, le diagnostic est habituellement aisé, mais elle peut se présenter sous une forme trompeuse et entraîner un retard diagnostique et thérapeutique.

**Observations :** Il s'agit de 04 patients, 2 femmes et 02 hommes, âgés de 64, 49 ; 26 et 28 ans. Hospitalisés au Service de pneumologie pour l'exploration de masses pulmonaires évoquant selon les données cliniques et radiologiques un processus néoplasique motivant des examens à visée histologique représentés par l'endoscopie qui était contributive dans 03 cas apportant le diagnostic histologique de tuberculose pulmonaire, chez le 4ème malade on a eu recours à la ponction biopsie transthoracique.

Une quadruple thérapie a été administrée chez les quatre malades donnant au bout de 06 mois une guérison sauf chez un jeune de 26 ans où l'apparition d'un épanchement pleural liquidien homolatéral a motivé la reprise de l'endoscopie et la réalisation d'une biopsie pleurale revenant en faveur d'une association tuberculose et adénocarcinome.

**Discussion :** L'Algérie est un pays à prévalence tuberculeuse moyenne qui connaît actuellement une transition épidémiologique vers les maladies non transmissibles dont le cancer bronchique. La tuberculose reste cependant une des pathologies à éliminer devant des symptômes respiratoires durables.

**Mot clés :** Tuberculose, Poumon, Pseudotumorale, Antibacillaire

## INVENTAIRE DES COMORBIDITES CARDIOVASCULAIRE CHEZ LES MALADES BPCO SUIVIS AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE/ HMRUC

**1Kherbi. S, 2Merghit, 2Foudad**

<sup>1</sup>Service De Pneumologie/ HMRUC - <sup>2</sup>Service de cardiologie/ HMRUC

**Introduction :** La présence de comorbidités est fréquente chez les patients atteints de BPCO. Les cancers et les comorbidités cardio-vasculaires contribuent largement à leur mortalité. Les maladies cardiovasculaires sont concernées en tout premier lieu, car leur prévalence est spécialement élevée chez les patients avec BPCO. Près de 50% de ces patients décèdent d'événements cardiovasculaires.

**Matériel Et Méthode :** C'est une étude prospective en cours de réalisation qui concerne tous les malades porteurs de BPCO documentée suivie au niveau de la consultation de pneumologie/HMRUC pendant la période allant du 01 novembre 2014 au 01 février 2015. Tous les malades bénéficient d'un bilan cardiovasculaire systématique comportant :

- Consultation de cardiologie. - IMC - ECG - Echocardiographie.
- Profil de pression artérielle pendant 10 jours. - Bilan biologique : glycémie, triglycérides, cholestérol (LDL, HDL).

Au terme de l'étude, un inventaire des comorbidités cardiovasculaires sera dressé.

**Discussion :** Ces maladies ont en commun de nombreux facteurs de risque, tels que leur association au vieillissement, à l'intoxication tabagique et à des prédispositions génétiques.

La prévalence des comorbidités cardio-vasculaires chez les patients atteints de BPCO a été évaluée dans des études épidémiologiques. Holguin et coll. ont évalué la prévalence des pathologies

cardio-vasculaires sur le registre global des patients hospitalisés aux États-Unis entre 1979 et 2001 en fonction de la présence d'une BPCO (identifiée sur les codages des hospitalisations en diagnostic principal ou associé). La prévalence de l'HTA (16,5 % vs 12,6 % du nombre total de sujets hospitalisés), des pathologies coronariennes (15 % vs 10,2 %) et de l'insuffisance cardiaque (9,8 % vs 3,6 %) était plus importante chez les patients atteints de BPCO. Nos résultats seront comparés à la littérature médicale.

**Conclusion :** Le dépistage et le traitement précoce des comorbidités, en particulier cardio-vasculaires, pourrait avoir un impact important sur la morbidité et la mortalité des patients atteints de BPCO.

## **EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIERE DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRE AIGUE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES**

**Kherbi. S**

Service De Pneumologie/ HMRUC

La qualité des soins dépend de nombreux facteurs dont la qualité des pratiques professionnelles. Évaluer cette qualité constitue une exigence professionnelle. Ces méthodes permettent de montrer l'écart qui existe entre ce que l'on pense, ou ce que l'on devrait faire et ce que l'on fait réellement.

Les infections respiratoire aiguë constitue un motif fréquent de consultation en médecine générale, et l'on assiste à une prescription large voire quasi systématique d'antibiotiques qui est à la fois souvent non justifiée et presque toujours disproportionnées par rapport à la sensibilité des germes en cause.

Ce constat est pourvoyeur de surcoûts de santé à court terme et à long terme d'une émergence catastrophique de résistance aux nouvelles molécules antibiotiques. Cette évaluation en cours de réalisation fait appel à un questionnaire auto administré distribué à 40 médecins généralistes exerçant dans les structures de santé rattaché à la 5eme région militaire.

Les résultats de cette étude serviront pour l'élaboration d'un programme de mise à niveau destiné à ces praticiens concernant l'infectiologie respiratoire et l'usage rationnel des antibiotiques.

## **LE PNEUMOTHORAX : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ET ASPECTS EVOLUTIFS**

**Saboundji. K, N. HAMMACHE, A. AMRANI, Y. Ahmed Ali.**

Service de Pneumo-Phtisiologie, CHU TIZI OUZOU

**Introduction :** Le pneumothorax (PNO) est une urgence pneumologique fréquente. Sa prise en charge initiale doit être rigoureuse et requiert deux attitudes pratiques : soit le repos simple, soit une évacuation de l'air par drainage thoracique, ou exsufflation. La prise en charge d'emblée chirurgicale ne semble pas avoir sa place sauf dans certaines situations particulières.

**Objectif:** Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques cliniques, radiologiques du pneumothorax ainsi que sa prise en charge thérapeutique et ses aspects évolutifs.

**Méthodes :** Etude rétrospective avec recueil de données cliniques, radiologiques et thérapeutiques de tous les cas de pneumothorax hospitalisés au Service de pneumologie du CHU Tizi- Ouzou en 2014.

**Résultats :** Nous avons colligé 48 cas de pneumothorax, soit 10 % des admissions au Service de pneumologie en 2014.

Il s'agit de 95,8% d'hommes et de 4,2% de femmes avec une

moyenne d'âge de 40.3 ans. 45,8% des patients sont fumeurs ou ex-fumeurs. On compte 7 PNO récidivants. 2 cas secondaires à une tuberculose pulmonaire évolutive et 2 cas sur métastases pleurales. Sur le plan radiologique, le pneumothorax était total chez 47 patients dont 6 étaient des hydro pneumothorax et partiel chez 3 patients. La TDM thoracique a été réalisée chez 33,3% des patients pour affiner le diagnostic étiologique ou bien pour préciser la démarche thérapeutique.

Les étiologies retenues sont : Idiopathique (60,4%), Iatrogène (8,3%), Secondaire (29,2%) et traumatique chez un malade.

54,2% des patients ont bénéficié d'exsufflations, 64,6% de drainage thoracique et 14,6 % de repos strict uniquement.

L'évolution a été favorable sans complication chez 66,7% des cas. Les Complications rencontrées sont le pyo-pneumothorax (14,6%) dont 02 sur tuberculose évolutive, l'hémothorax (6,2%) et l'épanchement liquidien récidivant métastatique (2,1%).

La Chirurgie thoracique a été indiquée chez 06 patients.

**Conclusion :** Le PNO se distingue par sa fréquence aux urgences avec près de 10% des admissions. Il est généralement bien toléré, avec une nette prédominance du pneumothorax spontané primitif, suivi du pneumothorax survenant sur une pathologie pré existante. Les moyens thérapeutiques médicaux permettent la réexpansion du poumon dans la majorité des cas, néanmoins, dans certaines complications on peut avoir recours à la chirurgie thoracique.

## **PROFIL ETIOLOGIQUE DES PLEURÉSIES BILATERALES**

**Ada. S, Y. Ahmed Ali., B. Ait Kaci**

Service de Pneumo-Phtisiologie, CHU TIZI OUZOU

**Introduction :** On définit la pleurésie par la présence de liquide pleural exsudatif dans la cavité pleurale, il reste un motif de consultation et d'hospitalisation fréquent, néanmoins, la survenue d'une pleurésie bilatérale reste un événement assez rare en pratique pneumologique.

Nous présentons une série de 19 patients hospitalisés pour une pleurésie bilatérale exsudative.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur une durée de 11 ans (2004-2014) de 19 patients hospitalisés pour pleurésie exsudative bilatérale au Service de pneumologie du CHU de Tizi-Ouzou.

**Résultats :** Il s'agit de 8 femmes et 11 hommes ayant un âge moyen de 50 ans avec des extrêmes d'âge de 18 ans et 93 ans. Le mode de début est subaigu ou chronique avec un délai d'hospitalisation entre 1 semaine à 1 mois. Le liquide est jaune citrin dans 15 cas et séro-hémorragique dans 04 cas. La biopsie pleurale est effectuée chez tous les patients, la pleuroscopie est faite chez un seul malade. 40% des pleurésies sont d'origine tuberculeuse, 25% d'origine néoplasique, 20% en rapport avec une pathologie inflammatoire et 15% d'étiologies non déterminées.

**Conclusion :** La pleurésie bilatérale pose toujours un problème de diagnostic étiologique nécessitant parfois le recours à des explorations invasives.

## **SARCOÏDOSE SYSTEMIQUE : A PROPOS DE 11 CAS**

**Amrani. A, N. HAMMACHE., SABOUNDJI. K.**

Service de Pneumo-Phtisiologie, CHU TIZI OUZOU

**Introduction :** La sarcoïdose est une affection systémique d'étiologie inconnue, hétérogène par son épidémiologie, sa présentation clinique et son devenir évolutif. Elle a pour localisations

privilegiées le poumon et le système lymphatique, néanmoins elle peut toucher plusieurs organes.

**Objectif de l'étude :** Etudier les caractéristiques clinique, radiologique, thérapeutique et évolutive de la sarcoïdose systémique  
**Méthode:** Notre étude a porté sur 11 dossiers de patients présentant une sarcoïdose systémique (atteinte de plus de deux organes), hospitalisés ou suivis en consultation au Service de pneumologie du CHU de TIZI OUZOU.

**Résultats et Discussions :** Il s'agissait de 9 femmes et de 2 hommes, d'âge moyen de 45 ans. La symptomatologie révélatrice était dominée par les signes respiratoires, notamment la dyspnée et la toux sèche (72%), la douleur thoracique (27%), et les signes généraux retrouvés dans 18% des cas.

La localisation intra thoracique était présente chez tous nos patients. Elle était de Type II dans la majorité des cas (82%), et de Type I ou III dans 9% des cas. Les atteintes extra thoraciques : présentes dans 100% des cas, dominées par l'atteinte cutanée (5 cas), oculaire (5 cas), ganglionnaire périphérique (5 cas), cavaire (2 cas), splénique (2 cas), et digestive (1 cas). La biopsie bronchique était concluante dans 45% des cas, ganglionnaire périphérique dans 36% des cas, cutanée (27%), cavaire (18%), et la biopsie des glandes salivaires dans 9% des cas.

Nous avons noté des pathologies associées à la sarcoïdose, dont un cas d'asthme bronchique, un syndrome sec, et une tuberculose pulmonaire et cérébrale chez un patient en cours de traitement pour sarcoïdose systémique. Un traitement corticoïde a été instauré chez tous les patients, six ont bien évolué, une patiente a rechuté, une stabilisation de la maladie dans un cas, et trois malades sont toujours en cours de traitement.

**Conclusion :** l'atteinte pulmonaire au cours de la sarcoïdose peut s'associer à d'autres atteintes viscérales. Ces localisations offrent ainsi au clinicien une multitude de sites à prélever, rendant le diagnostic positif plus aisé. L'évolution sous traitement, est favorable dans la majorité des cas.

## LE CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF CHEZ LA FEMME : ASPECTS RADIO CLINIQUES ET EVOLUTIFS

**Bennamane. Z, Hammache.N.**

Service de Pneumo-Phtisiologie, CHU TIZI OUZOU

**Introduction :** le cancer bronchique primitif est parmi les cancers les plus fréquents et de pronostic redoutable. Selon l'OMS, il représente la deuxième cause de décès après le cancer du sein chez la femme. Le pronostic est sombre car la plupart des patientes consultent à un stade tardif.

**Objectif :** déterminer les facteurs de risque, les aspects radio cliniques, thérapeutiques et évolutifs du cancer bronchique chez la femme.

**Matériel et Méthode :** nous rapportons une étude rétrospective qui a porté sur 12 patientes durant les années 2013 et 2014. Les paramètres étudiés sont : l'âge, l'exposition au tabac et aux facteurs cancérigènes, les circonstances cliniques de découverte, les présentations radiologiques, la stratégie diagnostique et les modalités thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** L'âge moyen de survenu était de 60 ans, l'exposition au tabac et aux facteurs cancérigènes n'a été observé dans aucun cas. Les symptômes respiratoires étaient dominés par la douleur thoracique, la toux et la dyspnée. Les images radiologiques les plus fréquentes sont les opacités hilaires et les épanchements pleuraux liquidiens. L'aspect endoscopique le plus observé a été

l'aspect inflammatoire et l'atteinte bronchique n'a été retrouvé que dans 4 cas. Le diagnostic positif a été apporté par la biopsie trans-pariétale dans 2cas, la biopsie pleurale dans 6cas et la fibroscopie bronchique n'a été contributive que dans un tiers des cas. L'adénocarcinome a été le Type histologique le plus fréquent. Toutes les patientes étaient au stade IV selon la TNM 2009. Le traitement a consisté en une chimiothérapie palliative. La survie était inférieure à un an dans plus de 80% des cas. Le décès par embolie pulmonaire massive a été observé dans un cas.

**Discussion :** Le cancer bronchique primitif chez la femme constitue un véritable problème de santé publique dans les pays développés, relativement, il reste peu fréquent chez la femme algérienne où il concerne 10% dans notre série. Contrairement à l'homme, sa survenue est indépendante du tabac réconfortée par la fréquence de l'adénocarcinome. Il est découvert chez la femme au stade de métastases surtout pleurales. Le diagnostic positif est le plus souvent apporté par la biopsie transpariétale ou pleurale à cause de la localisation périphérique fréquente. La découverte tardive empêche le traitement radical, le pronostic reste désastreux.

**Conclusion :** Le cancer bronchique est aussi agressif chez la femme que chez l'homme car son diagnostic est souvent tardif.

## SDRA D'ORIGINE TUBERCULEUSE

**D. Hacid, N.HAMMACHE, S. MAHIOUF.**

Service de Pneumo-Phtisiologie, CHU TIZI OUZOU

**Introduction :** Le SDRA est une entité clinique responsable d'insuffisance respiratoire aigue d'installation rapide avec des opacités parenchymateuses bilatérales diffuses à la radiologie et un rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inférieur à 200 mm Hg. L'étiologie tuberculeuse a été rapporté dans 8.4% des cas.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 21 ans, mariée sans enfants, sans profession, sans ATCD pathologiques particuliers, admise dans notre Service après avoir séjourné en réanimation pendant trois jours pour prise en charge d'une pneumopathie bilatérale hypoxémiant fébrile. A l'admission, la patiente est polypnéique à 30 c/mn, tachycarde à 139 bat/mn avec un tirage sus sternal et des râles crépitants. Elle était fébrile à 38.2 °C et désaturait à 75% à l'air ambiant. La radiographie thoracique objective une pneumopathie alvéolaire occupant la totalité du poumon droit et les 2/3 supérieurs du poumon gauche. La TDM thoracique montre de larges foyers de comblement alvéolaire avec milliaire et nodules excavés. Une hyperleucocytose à 20. 103 éléments/mm<sup>3</sup> à polynucléaires neutrophiles est retrouvée, ainsi qu'une anémie microcytaire hypochrome à 8,8 g/dl inflammatoire et un bilan inflammatoire positif. La recherche du BK au niveau des crachats et des tubages gastriques est négative. La fibroscopie bronchique objective un aspect inflammatoire de l'arbre bronchique gauche avec présence de deux excroissances blanchâtres au niveau de la lingula. Le diagnostic de tuberculose caséo-folliculaire broncho-pulmonaire est confirmé grâce à la biopsie distale pulmonaire. L'évolution est marquée par une amélioration clinique et gazométrique sous traitement antituberculeux avec néanmoins, un nettoyage très lent des images radiologiques.

**Conclusion :** La tuberculose pulmonaire peut se manifester par plusieurs entités radio-cliniques à savoir le SDRA qui est rare et associé à une mortalité élevée, d'où l'importance d'une démarche diagnostique étiologique adéquate en vue d'un traitement spécifique qui complètera le traitement symptomatique d'urgence.

## **PLEURESIE PURULENTE BACTERIENNE A PROPOS DE 60 CAS**

**Ait Mouhoub. W, M.T.MAKHLOUFI, S. NAFTI**

Clinique des maladies respiratoires CHU Mustapha

La pleurésie purulente est une urgence thérapeutique dont le pronostic est lié à la précocité du diagnostic et du traitement, à la virulence du germe et surtout au terrain.

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 60 patients hospitalisés pour pleurésie purulente sur une période de 05 ans (2010-2014). Il s'agissait de 39 hommes et de 21 femmes avec un âge moyen de 47ans (18-85ans). La recherche de facteurs favorisants retrouve un tabagisme dans 47% des cas, un alcoolisme dans 10%, un diabète dans 20%, une néoplasie dans 5% et une BPCO dans deux cas.

La symptomatologie clinique était une douleur thoracique isolée dans 80 % des cas, associée à une dyspnée dans 30 %, à une toux sèche dans 40 %, à une toux productive dans 30 %. La fièvre était présente dans 37,2 % avec une altération de l'état général dans 8,3 % des cas. La radiographie thoracique objectivait un épanchement libre dans 70 % des cas, enkysté dans 30 % des cas. Il était à droite dans 60% des cas, à gauche dans 34% et bilatéral dans 2 cas. Une pneumopathie sous jacente associée était retrouvée dans 50 % des cas.

Le germe a été isolé par ponction pleurale dans 17 cas et par fibroaspiration protégée dans 10 cas (Streptococcus pneumoniae 6 cas, streptocoque du groupe A 1cas, staphylocoque aureus 10cas, Klebsiella pneumoniae 2cas, salmonella SP 3cas, pseudomonas aeruginosae 5 cas). Le germe n'a pas été isolé dans 33 cas.

Le traitement était triple associant une antibiothérapie, des ponctions évacuatrices et la kinésithérapie respiratoire pour tous les patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 26 jours. L'évolution était bonne dans 98 % des cas avec un décès.

## **METASTASES PLEURALE ET PARENCHYMATEUSE D'UN SYNOVIALOSARCOME : A PROPOS D'UN CAS**

**Boussahel. A, S.Bioud, F.Houari, A.Marouani, A. Moumeni.**

CHU Sétif

Les synoviosarcomes sont parmi les tumeurs les plus fréquentes des tissus mous. le synoviosarcome est le sarcome non rhabdomyosarcomateux le plus fréquent chez les adolescents et les jeunes adultes chez qui il représente 15-20 % de ces tumeurs, il touche plus fréquemment les hommes que les femmes. Sa présentation clinique la plus commune est sous la forme d'une masse grossissant lentement et située dans les tissus mous des extrémités inférieures du corps plus fréquemment le genou et les chevilles. Sa progression lente fait que le diagnostic se fait fréquemment au stade de métastase et cela fait souligner l'intérêt d'un examen minutieux devant toute pleurésie même chez un sujet jeune.

Nous rapportons un cas prouvé histologiquement à notre niveau chez un malade immunocompétent âgé de 21 ans sans antécédents pathologiques hospitalisé à notre Service pour une pleurésie sérohématique droite. Les symptômes sont dominés par : une dyspnée d'effort, une toux sèche, une douleur thoracique et un syndrome général fait d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement. L'examen physique : en plus d'un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit objective une masse d'allure tumorale dure indolore à limites bosselées au niveau du poignet droit sans signes inflammatoires en regard évoluant depuis plusieurs an-

nées. L'étude histologique d'une biopsie pleurale : une métastase pleurale d'un très probable synoviosarcome.

L'étude histologique d'une biopsie de la masse du poignet droit a confirmé qu'il s'agit d'un synoviosarcome.

Le malade reçoit actuellement des ponctions pleurales évacuatrices avec une chimiothérapie.

L'évolution est favorable : patient stable actuellement.

## **POLYKYSTOSE PULMONAIRE ET HEPATIQUE A PROPOS D'UN CAS**

**Bioud. S, A. MEROUANI, A. MOUMENI.**

CHU Sétif

L'hydatidose pulmonaire est une anthrozoonose due au développement dans le poumon de kystes correspondant à la forme larvaire d'un taenia des canidés appelé echinococcus granulosus, il s'associe dans 17 à 50 % des cas à une autre localisation extra-pulmonaire dont 2 à 5 % intrathoracique et 6 à 30% hépatique.

L'hydatidose pulmonaire multiple est rencontrée dans 12% des cas, elle peut être primitive résultant d'une infestation massive et répétée, ou secondaire, dans ce cas elle se fait plus fréquemment par voie hématogène métastatique que par voie muqueuse bronchogénique.

Nous rapportons 1 cas de kyste hydatidique bifocale pulmonaire multiple et hépatique chez une femme de 66 ans aux antécédents d'HTA.

Les symptômes sont dominés par une hémoptysie de petite abondance, une douleur thoracique, une dyspnée d'effort et un amaigrissement. L'examen physique était normal. La sérologie hydatidique était positive. Radiologiquement on a une image de lâcher de ballon au téléthorax, avec sur la TDM thoraco-abdominale un aspect de multiples images kystiques pulmonaires bilatérales avec images kystiques hépatiques. La patiente était inopérable, elle a bénéficié d'un traitement médical à base d'albendazole. L'évolution était fatale chez la patiente.

## **BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE LIEE AU TABAGISME PASSIF CHEZ UN FEMME**

**Benamara. S, Elmentra.M, Ouardi.A, Berrabah.Y.**

Service de pneumologie B (CHU ORAN)

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est la conséquence de lésions anatomique de la muqueuse bronchique et du tissu pulmonaire engendrée par des particules et des gaz nocifs, La fumée du tabac est le principal facteur de risque.

Nous rapportons dans cette Observation le cas d'une patiente qui présente une bpcO au stade d'insuffisance respiratoire chronique secondaire à un tabagisme passif intensif.

Il s'agit de la patiente B M âgée de 62 ans demeurant à Oran, mariée et mère de sept enfants, admise à notre niveau pour dyspnée avec altération de l'état général :

A l'interrogatoire : notion de dyspnée évoluant depuis plusieurs années qui a fait l'objet de plusieurs consultations sans aboutir à un Dg formel, qui s'est aggravée récemment.

Habitudes et modes de vie :

• Tabagisme actif négatif.

• Tabagisme passif intense à domicile et dans le de travail (femme de ménage dans un bar).

A l'examen clinique : patiente polypneique déshydratée denuitrie, TA élevée, spo2 : 67%, diminution des MV à l'auscultation, absence de signe clinique d'insuffisance cardiaque droite.

Examen complémentaires : Bilan hépatique et ionogramme sanguin perturbés, CRP élevée, anémie, lymphopénie discrète.

Imagerie pulmonaire : emphysème pulmonaire diffus. Spirométrie : sd obstructive et restrictive sévère (état stable). ECG : bloc de bronche droit. Echocoeur : dilatation des cavités cardiaque droite. CAT :

• hospitalisation, mise en condition, O<sub>2</sub>, HBPM à dose préventive, réhydrations prudente, PEC de l'exacerbation, PEC du cpc en collaboration avec les cardio.

Evolution : amélioration clinique biologique, mais saturation en oxygène tjrs basse (prélèvement pour gaz de sang refusé par la patiente) • PEC de sa BPCO • Indication OLD

Contrôle : ne s'est présentée à aucun contrôle. Même si de nombreux biais peuvent obérer les travaux disponibles, il est probable que l'exposition passive à la fumée de tabac soit associée chez des non-fumeurs à la survenue de symptômes respiratoires chroniques et d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

## UNE PRÉSENTATION ATYPIQUE D'UN SYNDROME DE CHURG STRAUSS . A PROPOS D'UNE OBSERVATION.

**Bouziene. M**, F.Boudour, A.ainsebaa, Z.Benhabi, M.Guetbi, B.Ziane.

Service de pneumophtisiologie CHU Tlemcen

Le syndrome de CHURG STRAUSS est une vascularite systémique définie par son association à un asthme le plus souvent grave et à une hypereosinophilie sanguine et tissulaire. sa prévalence de 7 à 13 par million d'habitants. nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 48 ans suivie à notre Service de pneumologie pour un asthme intermittent tardif qui a présenté un syndrome de CHURG STRAUSS a pANCA positive avec 4 critères de gravité parmi lesquels une atteinte digestive et cardiaque conditionnant son pronostic vital.

## TOUX CHRONIQUE REVELANT UNE POLYCHONDRITE ATROPHIANTE

**Dali Youcef. N**, Bennani, Guermaz.

Service de pneumologie A CHU Oran

**Introduction** : La polychondrite atrophiante (PCA) est une maladie rare dont l'incidence est estimée à 3,5 cas par an et par million d'habitants. Elle se caractérise par des épisodes récurrents d'inflammation pouvant affecter tous les cartilages avec une pré-dilection pour ceux du nez, du pavillon des oreilles et de l'arbre laryngotrachéobronchique faisant évoquer un mécanisme immunitaire spécifique dirigé contre le collagène II et des protéines de la matrice cartilagineuse. l'atteinte cutanée, l'insuffisance valvulaire, et les vascularites associées, permettent de la classer au sein des maladies systémiques.

**Observation** : il s'agit d'un patient âgé de 53 ans admis à notre niveau pour investigation d'une dyspnée avec toux chronique évoluant depuis 4 mois. L'interrogatoire révèle des épisodes récurrents de chondrite des 2 oreilles apparues il y'a 6 mois, avec la notion d'épistaxis ainsi que des arthralgies, et de douleurs costales évoluant par poussées remissions.

L'examen pleuro-pulmonaire note une dyspnée hypoxémiant avec une toux sèche invalidante, inefficace avec un encombrement bronchique important. L'examen ORL retrouve une déformation marquée du pavillon des deux l'oreille d'allure séquellaire avec une surdité de transmission sur l'audiogramme. La radiographie

thoracique ainsi que la TDM sont revenues sans particularités.

La bronchoscopie révèle une fermeture incomplète des cordes vocales, un aspect enflammé diffus de toute la muqueuse et un épaississement des éperons. Le diagnostic de PCA a été retenu sur les critères de MICHEZ incluant l'atteinte ORL, trachéobronchique et articulaire.

**Conclusion** : la PCA reste un diagnostic rare de toux chronique, l'atteinte respiratoire péjore le pronostic .le traitement est encore mal codifié, repose sur la corticothérapie essentiellement et les immunosuppresseurs en cas de localisation respiratoire ou vasculaire sévère. Un traitement local à type de trachéotomie, stent trachéobronchique ou tube de Montgomery peuvent être utiles dans les atteintes respiratoires.

## TUBERCULOSE MULTIFOCALE A PROPOS DE 22 CAS

**Boubekri. M A.**

CHU Mustapha Pacha, Alger

La tuberculose sévit toujours en mode endémique dans les pays en voie de développement notamment en Algérie. Les formes multifocales sont définies par la localisation de la tuberculose dans 2 sites extra pulmonaires associés ou non à une atteinte pulmonaire. Elles représentent 9% des tuberculoses extra pulmonaire. Ce sont des formes graves, apanage des sujets immunodéprimés, mais peuvent toucher des sujets immunocompétents.

Nous rapportons 22 cas de tuberculose multifocale colligés dans le service de pneumologie du CHU Mustapha Pacha, Alger, sur une période de 10 ans (2004-2014), tous immunocompétents et sans antécédent de tuberculose.

Il s'agit de 11 Hommes et 11 Femmes, d'âge moyen de 35 ans aux extrêmes (19- 65 ans). Le diagnostic a été retenu devant la confirmation bactériologique et/ou histologique dans tous les cas. La notion de contagion était présente chez 4 patients, l'IDR à la tuberculine était positive dans 11 cas et la cicatrice de BCG absente chez 9 malades. Il s'agissait d'une atteinte bifocale dans 7 cas, une triple localisation dans 11 cas et enfin une localisation quadruple dans 4 cas. L'atteinte pulmonaire était notée dans 15 cas, suivie de l'atteinte ganglionnaire 13 cas et enfin l'atteinte pleurale dans 13 cas.

Le traitement antituberculeux a été instauré chez tous nos patients selon les recommandations du PNLAT associé au traitement chirurgical pour un cas avec atteinte vertébrale.

L'évolution a été favorable chez 9 patients, 6 cas sont en cours d'évaluation et 7 patients ont été confiés à d'autres SCTMR. La tuberculose multifocale est habituellement grave, elle nécessite souvent un traitement prolongé et lourd, les sujets âgés et les immunodéprimés représentent un terrain à haut risque, néanmoins elle peut survenir en l'absence de facteurs de risque, c'est le cas de notre série.

## BACTERIOLOGIE DES EXPECTORATIONS AU COURS DES EXACERBATIONS DE BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

**AMMARI. H**, GHAFOR MOHAMED.

CHU BENI-MESSOUS. LABORATOIRE CENTRAL DE BIOLOGIE MEDICALE. UNITE DE MICROBIOLOGIE

La BPCO est caractérisée par des épisodes d'exacerbation aiguë dont la fréquence et la répétition entraînent à long terme le déclin de la fonction respiratoire. Près de la moitié des exacerbations

sont liées à une infection bronchique bactérienne. La prise en charge comporte généralement une antibiothérapie probabiliste. L'objectif de notre étude est de décrire la flore microbienne isolée à partir des prélèvements de crachats chez des patients présentant une décompensation de BPCO et de tester la sensibilité des bactéries isolées aux antibiotiques. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les expectorations reçues au laboratoire pour ECBC durant une période de 3 années (2012 – 2014) provenant majoritairement de patients hospitalisés. Les expectorations, recueillies dans des récipients stériles, ont été analysées dans un premier temps pour apprécier leur qualité (contamination salivaire, purulence) puis mises en culture sur les milieux appropriés. Une culture semi-quantitative a été réalisée et l'interprétation de l'analyse s'est faite en corrélation avec l'examen microscopique. Nous avons isolé 190 souches microbiennes à partir de 126 patients. L'infection était monomicrobienne dans 50% des cas. Les germes les plus fréquemment isolés étaient *Pseudomonas aeruginosa* seul (21%) ou en association avec *Candida albicans* (32%). *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae* ont été rarement isolés (2%). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques de *Pseudomonas aeruginosa* a permis de mettre en évidence des taux de résistance de 11% à la ceftazidime, 9% à l'imipénème et de 12% à la ciprofloxacine. La flore bactérienne isolée au cours de notre série est comparable à celle décrite dans la littérature, mais les proportions des germes isolés sont différentes. Une étude plus approfondie permettra une meilleure caractérisation des patients et une surveillance continue de la sensibilité aux antibiotiques des bactéries en cause.

### SCIATALGIES REVELANT UN ADENOCARCINOME CHEZ UNE FEMME NON FUMEUSE, A PROPOS D'UN CAS

**Boudjeref. M,** Fttal N., Yahiaoui N., Moulai A., Laidi A., Taleb A. Service pneumologie CHU SIDI BELABBES

*Introduction :* L'adénocarcinome pulmonaire est une tumeur maligne de différenciation glandulaire localisée au poumon, il est responsable de 29% du cancer du poumon, il a généralement son origine dans le tissu pulmonaire périphérique. La plupart des cas d'adénocarcinome sont associés au tabagisme cependant parmi les personnes qui n'ont jamais fumés l'adénocarcinome est la forme la plus fréquente du cancer du poumon.

*Observation :* Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 45 ans sans antécédents particuliers non tabagique consultant pour sciatalgies évoluant depuis plus de 2 mois rebelles aux antalgiques habituels.

Le diagnostic de spondylodiscite infectieuse a été suspecté, une radiographie thoracique faite a visé étiologique montre une opacité ronde para cardiaque gauche.

La patiente a été mise sous antibiothérapie probabiliste, la bacilloscopie et l'IDRT sont négatives. Vu la persistance du même aspect radiologique avec une altération de l'état général une fibroscopie bronchique a été faite (sans particularité) ainsi qu'un scanner thoracique montrant un processus tissulaire du lobe moyen du poumon gauche avec des adénopathies médiastinales et tassement vertébrale de D7. On a eu recours à une ponction transpariétale a visée diagnostique dont le résultat anatomopathologique est en rapport avec un adénocarcinome bronchique primitif. La patiente a été classée stade IV et a bénéficié de plusieurs séances de chimiothérapies palliatives.

*Conclusion :* le taux de mortalité due aux cancers du poumon chez les hommes a diminué de 25% alors que dans le même temps ce taux a augmenté de près de 7% parallèlement chez les femmes ou les facteurs hormonaux particulièrement les œstrogènes jouent un rôle dans le développement du cancer bronchique notamment l'adénocarcinome.

### RHISOPUS PULMONAIRE INVASIF

**BOUDJEREF M., DERRAR H., YAHIAOUI N., MOULAI A., BOUZIDI., TALEB A.**

Service pneumologie CHU SIDI BELABBES

*Introduction :* La mucormycose est une affection mycosique rare, mais souvent fatale, survenant sur des terrains de débilite .elle est due à la prolifération de champignons cosmopolites de la famille de mucorales. Elle entraine des lésions déclarantes et extensives des parties molles avec risque de thromboses vasculaires.

*Observation :* Nous décrivons le cas d'un patient T.M. âgé de 45 ans diabétique type 2, tabagique actif a 20 paquets/année qui a développé une infection fongique invasive grave due au espaces de rhisopus. Un tableau clinique altéré par la présence d'un syndrome infectieux, une toux muco- purulente, sueurs nocturnes, un amaigrissement de plus de 10 kg avec une candidose buccale et muguet. L'examen clinique retrouve des râles ronflants diffus avec des crépitant aux sommets. La radiographie thoracique montre une image en grelot apicale droite.

Le patient a été mis sous antibiothérapie a large spectre. La recherche de BK dans les crachats été négative pour les éléments fongique mais les échantillons bronchique postérieur de lavage d'aspiration bronchique états positifs par microscopie et la culture a montré la croissance des espèces de rhisopus. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire majeur avec CRP>160 mg/l et polynucléose neutrophile, ainsi qu'une hyperglycémie, mais sans acidose. Un scanner thoracique fait objectif une bronchopneumopathie bilatérale diffuse d'allure spécifique complété d'une greffe aspergillaire. Le diagnostic d'une infection fongique a rhisopus est retenu et le malade est décédé avant même de recevoir le traitement par l'amphotéricine B.

*Conclusion :* La symptomatologie des mucormycoses dont le rhisopus dans notre cas mime volontiers l'aspergillose pulmonaire invasive. Seule l'analyse anatomopathologique et mycologique de biopsies permet d'affirmer le diagnostique de mucormycose . ces données contrastent avec la nécessité d'une prise en charge rapide, associant débridement chirurgicale, l'amphotéricine B et contrôle de la pathologie sous jacente.

### CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF SUR POUMON PATHOLOGIQUE

**Atlaoui. N,** R. Yahiaoui., K. Khenouf., Y Benbetka., A. Fissah., R. Amrane.

CHU Bab El Oued

*Introduction :* Le principal facteur étiologique du CBP est letabac, incriminé dans plus de 90 % des cas. Parmi les autres facteurs de risques, l'inflammation locale dont la fibrose cicatricielle (séquelles de tuberculose) ou primitive, joue un rôle dans la cancérogénèse.

*Objectif :* analyse des pathologies respiratoires sous adjacentes chez des patients présentant un CBP prouvé histologiquement  
Méthode : étuderétrospective portant sur 392 CBP prouvés ; hospitalisé durant 3 ans (2010-2012) dans le Service de pneumologie de Babel oued.

**Résultats :** 116 cas (29.6%) de CBP avaient une pathologie respiratoire associée. L'âge moyen était de 59 ans (37 -80 ans), avec 113 hommes et 3 femmes. 93 % était fumeurs. 41% (47) des patients présentaient des lésions d'emphysème à la TDM.

24.13% (28 cas) présentent des lésions tuberculeuses dont 89% (25 cas) de lésions séquellaires et 11% (3 cas) évolutives. Un cas de CBP était associé à une fibrose pulmonaire idiopathique, un cas à une asbestose et un autre à un poumon post radique. Le CBP était associé à une BPCO documentées dans 38 cas (33%). Sur 116 patient présentant CBP associée à une pathologie respiratoire 14 (12%) étaient classés au stade TNM I et II, seules 10 cas (71%) ont été opérés 4 ont été refusés pour des raisons fonctionnelles. Les 3 patients qui présentaient une TP évolutive ont commencé la chimiothérapie après 2 mois de traitement antituberculeux d'attaque sans complication.

**Discussion :** Le CBP se développerait sur des lésions de fibrose cicatricielle ou primitive dans 5 à 32% des cas. L'association d'une tuberculose évolutive peut modifier la prise en charge thérapeutique en aggravant la classification de stade TNM, mais ne constitue pas une contre indication à la chimiothérapie concomitante. La BPCO serait plus un indicateur de CBP qu'un facteur de risque, mais sa prise en charge améliore le pronostic du patient.

**Conclusion :** l'inflammation locale jouerait rôle dans la cancérogénèse, une meilleure connaissance de ce facteur de risque, améliorerait le dépistage du CBP et la prise en charge de certains malades.

## PROFIL RADIO CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DES THYMOMES : A PROPOS DE 09 CAS

**Atlaoui. N, S. Bouchene., N.Dermache., N.Djami., A .Fissah., R. Amrane.**

CHU Bab El Oued

**Introduction :** Les tumeurs du thymus sont rares et présentent environ 20 % de l'ensemble des tumeurs médiastinales. Les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes.

**Objectif de l'étude :** décrire le profil clinique radiologique, biologique et thérapeutiques des thymomes pris en charge dans notre service.

**Méthode :** analyse de 09 thymomes hospitalisés au Service de pneumologie de CHU de Bab el oued entre 2008 et 2013.

**Résultat :** Notre série se composait de 06 hommes et 03 femmes, dont l'âge moyen était de 34 ans (âges extrêmes : 18 -76 ans). La maladie était révélée par une myasthénie associée à une toux irritative et/ou une douleur thoracique dans 4 cas. Deux cas étaient de découverte radiologique systématique.

Le diagnostic était posé par la biopsie trans-thoracique dans tous les cas. 04 patients étaient classés au stade I et II de Masaoka, les 05 autres étaient au stade III et IV.

Le traitement chirurgical était proposé pour 08 patients, la résection était complète pour 7 cas et incomplète pour un seul cas. Un seul patient a été traité par chimio-radiothérapie et décédé au 3ème mois d'évolution. Parmi les malades opérés : Un est décédé en per opératoire, l'autre à deux ans de suivi par complication de myasthénie. 3 patients n'ont pas présenté de récurrence à 4 ans après un geste chirurgical complet.

**Discussion :** dans notre série, les caractéristiques épidémiologiques sont comparables à ceux de la littérature (sauf pour le sexe). La découverte était tardive (confirmée par la classification de Masaoka) alors que la majorité des patients étaient symptoma-

tiques. La survie à 5 ans de 33% était en rapport avec les stades.

**Conclusion :** le pronostic des thymomes dépend du stade, du Type histologique et de l'existence d'une myasthénie d'où l'intérêt d'un bon dépistage clinique.

## SARCOIDOSE MEDIASTINO-PULMONAIRE : A PROPOS DE 7 CAS AVEC REVUE DE LA LITTÉRATURE

**Boussouf. K, Bouchama M. L.**

Hôpital militaire régional universitaire d'Oran

**Introduction :** La sarcoïdose est une granulomatose multisystémique de cause inconnue. Une atteinte médiastinopulmonaire s'observe dans 90% des cas avec des localisations extrathoraciques associées dans 50% des cas.

**Objectif de l'étude :** Définir le profil épidémiologique, clinique, et paraclinique de patients atteints de sarcoïdose.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans (2009-2014) portant sur 7 patients colligés dans le Service de pneumologie de l'hôpital militaire d'Oran.

**Résultats :** Sept patients inclus dont 5 femmes. L'âge moyen: 55,3 ans. Délai diagnostic moyen: 19,2 mois.

Les circonstances de découverte: signes respiratoires (6 patients). Cliniquement, signes généraux (4 patients), symptomatologie respiratoire (6 patients). Classification radiologique: Stade II (2 patients), Stade III (3 patients), Stade IV (2 patients). Scanner thoracique : lésions évocatrices (adénopathies hilaires bilatérales : 5 patients, micronodules: 4 patients, épaississement périfonchovasculaire: 3 patients), lésions de fibrose (3 patients), verre dépoli (4 patients), condensation pulmonaire (2 patients). La bronchoscopie a retrouvé des nodules bronchiques chez 4 patients. La spirométrie: capacité vitale forcée <80 % chez 3 patients, absence de syndrome obstructif. Localisations extrathoraciques : Hépatique (3 patients), splénique (3 patients), adénopathies périphériques (4 patients), adénopathies abdominales (6 patients). Absence de localisations graves. Biologie: lymphopénie (2 patients), syndrome inflammatoire modéré (5 patients), hypergammaglobulinémie (5 patients), hypercalciurie (1 patient). Preuve histologique: biopsie bronchique (5 patients), médiastinoscopie (2 patients). Traitement par corticoïdes (5 patients), abstention thérapeutique (2 patients).

**Discussion :** Les données épidémiologiques, cliniques, et paracliniques de notre série rejoignent ceux de la littérature. Deux particularités sont à noter : des aspects scannographiques atypiques chez 2 patients et l'absence des atteintes cutanées et ophtalmiques habituellement préférentielles.

**Conclusion :** La sarcoïdose s'exprime souvent par des signes respiratoires jugés banaux entraînant un retard diagnostique. Une bonne connaissance de cette maladie, d'expression variée est nécessaire pour porter son diagnostic précocement et guider les indications thérapeutiques.

## SYNDROME CAVE SUPERIEUR CHEZ UN SUJET JEUNE REVELANT UN LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN

**TAYEB. C O, HASSANI FARAH., BRIKSSI R.**

Service Pneumo Chu Sidi Bel Abbas

**Introduction :** Le syndrome cave supérieur est l'ensemble des symptômes observés lors de l'obstruction du retour veineux cave supérieur, les étiologies principales sont les affections néoplasiques pulmonaires et médiastinales trois fois plus fréquentes que les pathologies bénignes, et le syndrome cave sup est as-

socié dans 15% des cas à un lymphome malin non hodgkinien.  
Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 28 ans, étudiante en médecine, sans ATCD particuliers qui consulte au niveau du service de pneumo pour toux sèche, dyspnée d'effort et douleur basi-thoracique droite évoluant depuis plus de 04 mois. L'Examen clinique : a révélé un syndrome cave sup (oedème en pelerine avec comblement des creux sus claviculaire, circulation veineuse collatérale). Un télé-thorax de face a été demandé a objectivé un élargissement du médiastin moyen avec épanchement pleural liquidien droit de moyenne abondance. Une ponction pleurale exploratrice a été faite revenant en faveur d'un épanchement pleural exsudatif. Le scanner thoraco-abdominale confirme la présence d'un processus tissulaire du médiastin antéro-supérieur étendu aux parties molles antérieurs pré-sternales au médiastin moyen et au péricarde avec lyse de la 2<sup>e</sup> côte gauche, avec métastases ovariennes. Une biopsie de la masse pré-sternale avec étude anat-path a objectivé l'aspect histologique d'un lymphome diffus à grandes cellules B primitif du médiastin selon la classification OMS 2008. La patiente a bénéficié de séances de radiothérapie et 06 cures de chimiothérapie, avec une très bonne évolution.  
*Conclusion* : Les différentes localisations thoraciques des LMNH ont été reconnues essentiellement par la clinique qui est dominée par la dyspnée, douleur thoracique, toux, fièvre et rarement un syndrome d'épanchement pleural avec syndrome cave supérieur, d'où la nécessité d'une investigation approfondie par les différents examens complémentaires tel que la médiastinoscopie et la biopsie, pour mieux agir.

## EVALUATION DE LA BPCO SELON LES RECOMMANDATIONS GOLD 2011 : EXPERIENCE DU SERVICE

Oujidi. B, Bouchareb.A., Berrabah.Y.

Service de pneumophtisiologie B.CHU Oran

*Introduction* : Le GOLD 2011 introduit dans l'évaluation de la sévérité de la BPCO, en plus du degré de l'obstruction bronchique ; le nombre d'exacerbation dans l'année, le retentissement sur la qualité de vie et l'importance de la dyspnée, avec de nouvelles recommandations thérapeutiques

*Objectifs* : Etablir le profil des malades BPCO selon la classification GOLD 2011 versus recommandations GOLD 2010

*Méthodes* : Étude descriptive transversale intéressant les malades BPCO suivis en unité de consultation du Service.

*Résultat* : Deux cents soixante dix malades BPCO sont pris en charge au niveau de l'unité des pathologies fonctionnelles du Service, l'âge moyen est de 68ans ± 14 ans, avec une nette prédominance masculine. L'intoxication tabagique présente chez 96% des malades, le VEMS moyen est de 56%, la fréquence selon la sévérité est comme suit : GOLD I : 8%, GOLD II : 48%, GOLD III : 31%, GOLD IV : 12% , après une réévaluation des mêmes malades selon les recommandations 2011 : le stade C est de 43% le stade D est de 20%. Chez ces derniers les associations bronchodilatateurs et corticoïdes inhalés est justifiées devant la répétition des exacerbations et de l'altération de la qualité de vie évaluée par le CAT initialement mis uniquement sous bronchodilatateurs de longue durée d'action.

*Conclusion* : Nos résultats confirment la nécessité d'adaptation et d'optimisation du traitement de fond chez certains malades GOLD I et II. Nous constatons que les recommandations 2011 pourraient répondre chez certains phénotypes de malades BPCO à nos difficultés de prise en charge thérapeutique.

## PNEUMOTHORAX SPONTANÉ : A PROPOS DE 30 CAS

Ben Moussa. N, S. Nafti.

Clinique des maladies respiratoires Djilali LARBAOUI, CHU MUSTAPHA, Alger

Le pneumothorax spontané (PNO) est une pathologie courante dans la pratique pneumologique, il peut être primaire ou secondaire. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 30 cas de PNO spontanés hospitalisés durant l'année 2013.

L'effectif comprenait 28 hommes et 2 femmes avec un âge moyen de 36 ans. Le tabagisme était retrouvé dans 80 % des cas exclusivement masculin. La douleur thoracique était retrouvée dans 90 % des cas, la dyspnée dans 50% des cas et la toux dans 25 % des cas. La radiographie thoracique objectivait un PNO généralisé dans 25 cas (83%) et partiel dans 5 cas (17%). Le côté gauche était atteint dans 60% des cas et le droit dans 40%. Le traitement s'était basé sur le drainage thoracique dans 73% des cas, mise en place d'un pleurocathéter dans 24% des cas et la thoracoscopie avec talcage dans un cas. Le pneumothorax spontané primaire était retrouvé dans 63,3% des cas (1er épisode dans 84,2% des cas, récurrence dans 15,2% des cas), pneumothorax spontané secondaire était retrouvé dans 36,6% des cas (1er épisode dans 54,5 % des cas, récurrence dans 45,4% des cas), dont BPCO dans 7 cas, 3 cas de tuberculose pulmonaire et 1 cas de cancer bronchique. Le succès thérapeutique était obtenu dans 93 % des cas, compliqué dans deux cas d'infections nosocomiales ; la durée d'hospitalisation était en moyenne de six jours, plus longue dans le Type secondaire.

Le pneumothorax spontané est fréquent chez l'adulte jeune, il est souvent bénin, mais peut être grave.

## PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES : A PROPOS DE 62 CAS

Hadjadj. S, S. Nafti.

Clinique des maladies respiratoires (D.Larbaoui) CHU Mustapha

Les infections respiratoires font partie des pathologies infectieuses les plus fréquentes, elles représentent une cause importante de morbidité et de mortalité (1<sup>ère</sup> cause de décès par infection chez les sujets âgés).

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 62 malades hospitalisés à notre niveau pour infection respiratoire ; représentant ainsi 22% du nombre total des hospitalisations durant l'année 2014, nous avons exclu toutes les affections tuberculeuses.

Il s'agit de 35 hommes et 27 femmes avec un âge moyen de 46 ans Concernant les antécédents ; le diabète a été retrouvé dans 19 cas, HTA dans 7 cas, mucoviscidose dans 3 cas, dilatations de bronches dans 11 cas, absence d'antécédents dans 22 cas.

Le motif d'hospitalisation était : une pneumopathie dans 27 cas, pleuropneumopathie dans 11 cas, abcès pulmonaire dans 9 cas, dilatation de bronches en poussées de surinfection dans 9 cas, 6 cas d'exacerbation infectieuse de BPCO.

Le germe n'a été isolé que dans 1/3 des cas ; streptocoque pneumoniae dans 8 cas, staphylocoque aureus dans 5 cas, Pseudomonas aeruginosae dans 7 cas, klebsiella pneumoniae dans 2 cas, legionella pneumoniae dans 1 cas. Le traitement antibiotique était probabiliste au début puis réajusté selon l'antibiogramme dans les cas où le germe a été mis en évidence L'évolution était bonne dans 58 cas, avec extension des lésions et transfert en réanimation dans 2 cas et décès dans 2 cas.

Les infections respiratoires sont une cause fréquentes d'hospi-

talisation et de prescription d'antibiotiques, c'est une urgence thérapeutique et le germe n'est isolé que dans un nombre limité de cas, d'où la difficulté de leur prise en charge.

## **TUMEUR CARCINOÏDE CENTRALE TYPIQUE DÉCOUVERTE A LA SUITE DE SURINFECTIONS BRONCHIQUES A REPETITION: A PROPOS D'UN CAS** **GUERROUCHE. L., FEZAA K., KHELAFI R., SKANDER F.**

Service des urgences respiratoires CHU de Béni messous

*Introduction :* Les tumeurs bronchiques carcinoïdes représentent 1% de l'ensemble des tumeurs pulmonaires. Elles dérivent de cellules de Kulchitzky et sont ainsi intégrées dans le sous-groupe des tumeurs pulmonaires neuroendocrines. La bronchoscopie bronchique est un examen important dans la démarche diagnostique, elle permet de visualiser trois quarts de ces tumeurs, mais le diagnostic histologique est le plus souvent obtenu après exérèse chirurgicale.

*Observation :* Mme AA âgée de 46 ans, sans notion d'exposition tabagique, aux antécédents d'HTA consultait pour des surinfections bronchiques à répétition pendant 4 ans. L'examen clinique était sans particularités. La radiographie thoracique de face mettait en évidence une opacité ronde sous hilaires droite dont la nature tissulaire était confirmée par la tomographie. La fibroscopie bronchique objectivait une masse endobronchique sessile blanchâtre de surface lisse richement vascularisée. Une résection chirurgicale était faite (lobectomie inférieure droite) dont l'analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une tumeur carcinoïde typique.

*Discussion :* Devant l'aspect macroscopique de la formation endobronchique, la nature carcinoïde de la masse est fortement suspectée. La réalisation de biopsie perfibroscopique dans ce cas est dangereuse. La résection chirurgicale est indiquée dans un but diagnostique et thérapeutique.

*Conclusion :* Une tumeur carcinoïde peut se manifester par des surinfections bronchiques à répétitions dont seule la fibroscopie bronchique peut retrouver l'origine tumorale.

## **PROFIL ETIOLOGIQUE DE LA DOULEUR THORACIQUE AIGUE AUX URGENCES**

**FEZAA. K., KHELAFI R., KEDDACHE N., OUSSEDIK F., SKANDER F.**

Service des urgences respiratoires CHU de Béni messous

*Introduction :* La douleur thoracique est un symptôme majeur dans de nombreuses pathologies. Elle est à l'origine d'environ 5% des consultations et 50% des hospitalisations.

*Objectif :* Évaluer la place de la douleur thoracique et ses étiologies en consultation d'urgence.

*Matériel et méthode d'étude :* Etude rétrospective incluant 741 patients pris en charge pour douleur thoracique au niveau de l'unité d'urgence du Service Nour Oussedik durant l'année 2014.

*Resultats :* Sur 6060 patients pris en charge aux urgences durant cette période 741 (12%) présentaient une douleur thoracique, dont la majorité était des hommes (71,6%). La moyenne d'âge est de 46 ans  $\pm$  10 ans. La douleur était isolée chez un patient sur quatre. Tous les patients avaient bénéficié d'une radiographie thoracique, les autres examens complémentaires étaient fonction du tableau clinique, c'est ainsi que l'ECG n'était réalisé que chez un patient sur dix, les D-dimères et l'angioscanner thoracique étaient plus rares (1,6% et 1%). Les étiologies les plus fréquentes étaient dominées par la pathologie pleurale (35,5%),

les douleurs pariétales (21%) et les pneumonies (15%). Les cancers, l'embolie et le syndrome coronarien étaient plus rares.

*Discussion :* La répartition des étiologies de la douleur thoracique en urgence respiratoire est différente de celle qui serait observée dans une autre unité d'urgences médicales générales du fait de la sélection de la demande, mettant la pathologie pleurale en première ligne.

*Conclusion :* En pathologie respiratoire, la douleur thoracique ne représente une urgence que dans en moyenne 1 cas sur 2, car elle peut révéler aussi une pathologie chronique.

## **SARCOÏDOSE REVELEE PAR UNE HYPOCALCEMIE SEVERE : UNE ASSOCIATION IMPROBABLE**

**Selmani. MR, Benoudina. D., Heddane. R., Douha. N., Djebbar. A.**

Service de Pneumophtisiologie-Pr DJEBBAR, EPH Batna

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire multiviscérale de cause inconnue caractérisée au plan anatomopathologique par la présence de granulomes épithélioïdes sans nécrose caseuse. Les perturbations du métabolisme calcique, en particulier l'hypercalcémie et l'hypercalciurie sont les anomalies les plus fréquentes; elles sont la conséquence d'une production excessive de 1,25-(OH)<sub>2</sub> vitamines D<sub>3</sub> produite par l'activité autonome de la 1-alpha-hydroxylase dans les granulomes sarcoïdiques. En revanche, l'association d'une hypocalcémie à une sarcoïdose reste extrêmement rare.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 34 ans, hospitalisée pour l'exploration d'adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales symétriques associées à des adénopathies cervicales, apparues environ 4 mois après la naissance de son deuxième enfant. L'interrogatoire retrouvait des paresthésies et des crampes des extrémités. Lors de son séjour au niveau du Service, la patiente avait présenté une crise de tétanie contemporaine d'une hypocalcémie prouvée par les examens biologiques. In fine, Le diagnostic de sarcoïdose a été retenu devant la présence de granulomes épithélioïdes à la biopsie des ganglions cervicaux et un traitement à base de corticoïdes au long cours a été instauré. Après un recul d'une année, on a assisté à une évolution favorable de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire mais sans amélioration de l'hypocalcémie.

## **PID CHRONIQUE REVELANT UN SYNDROME DES ANTISYNTHESES**

**SADOUNE. F., GUERROUCHE. L., MECHERI. R., SKANDER. F.**

Service de pneumologie Nour Oussedik CHU Beni messous

*Introduction :* Le syndrome des antisynthèses est une connectivité auto-immune qui se caractérise par la présence d'une myosite, d'une pneumopathie interstitielle diffuse, d'une arthrite d'une atteinte cutanée et de la présence d'auto-anticorps dont le plus fréquent est l'anti-histidyl-ARNt-synthétase (anti JO-1).

*Observation :* Mr O.D, âgé de 46 ans ex-fumeur, sans antécédent particulier, est adressé dans le cadre de l'urgence pour une exacerbation d'une symptomatologie chronique évoluant depuis 03 ans faite d'une dyspnée d'effort, d'une toux sèche et d'une asthénie. L'examen clinique retrouvait un patient polypneïque, un hippocratisme digital et des râles crépitants à l'auscultation avec des signes d'insuffisance cardiaque droite. Le téléthorax objectivait un syndrome interstitiel et une cardiomégalie. On notait une hypoxémie et un syndrome restrictif sévère. Une tomographie thoracique retrouvait un épaississement des septas avec

plages en verre dépoli. Une échocardiographie concluait à un cœur pulmonaire chronique avec HTAP sévère. Le bilan immunologique mettait en évidence la positivité des anticorps anti-JO-1 et l'électromyogramme détectait un syndrome myogène. Tous les examens à la recherche des différentes étiologies des PID sont négatifs. Ce tableau radioclinique et biologique avec présence d'anticorps anti JO-1 nous permettait d'évoquer à ce stade avec certitude le diagnostic du syndrome des antisyntétases. Un traitement à base de corticoïdes, d'une oxygénothérapie et de diurétiques a été institué. Au 3<sup>e</sup> mois de traitement une stabilisation de la maladie a été obtenue en attente d'une éventuelle Introduction d'un traitement immunosuppresseur.

*Discussion* : L'évolution du syndrome des antisyntétases dépend de la gravité de l'atteinte respiratoire qui dans ce cas est importante avec retentissement cardiaque. Le traitement, non codifié à ce jour, est basé sur les corticoïdes associés aux immunosuppresseurs. Le pronostic est variable et dépend de l'évolution dans ce cas de l'insuffisance respiratoire chronique.  
*Conclusion* : La PID est l'atteinte majeure du syndrome des antisyntétases et le principal facteur de morbidité.

## **OPACITE RONDE INTRA PARENCHYMATEUSE REVELATRICE DE LA MALADIE DE WEGENER : A POPOS D'UN CAS**

**Benslama. W.**, Khelafi.R., Oussedik.F., Skander.F.

Service de pneumologie Nour Oussedik CHU Beni messous Alger

*Introduction* : La granulomatose de Wegener est une vascularite nécrosante systémique de petit calibre associée à des cANCA positifs dans 90 % des cas et souvent à la présence de spécificité anti protéinase 3. C'est une maladie rare d'origine inconnue dont le tableau clinique est dominé par des signes ORL pulmonaires et rénaux.

*Observation*: Nous rapportons le cas de Monsieur HC, âgé de 63 ans, ex-fumeur 30P/A, aux antécédents de rhinite per annuelle qui avait consulté pour une opacité ronde sous claviculaire gauche suspecte découverte fortuitement lors d'un syndrome grippal. L'examen clinique et le bilan biologique ainsi que l'endoscopie bronchique étaient normaux. La TDM thoracique avait révélé une masse pulmonaire solide à limites spéculées avec adénopathies médiastinales dont la biopsie chirurgicale avait révélé une granulomatose avec polyangéite. Ces résultats avaient imposé un bilan d'auto-immunité révélant la présence de cANCA positifs avec spécificité PR3 ainsi qu'un examen ORL qui avait retrouvé une rhinite crouteuse. Ce tableau radio clinique et biologique avait permis d'évoquer avec certitude le diagnostic de maladie de Wegener. Le patient avait bénéficié de 6 cures de cyclophosphamide puis un relais par Azathioprine ainsi que d'une corticothérapie. Au 18<sup>e</sup> mois de traitement l'évolution radio-clinique était favorable avec négativité des cANCA.

*Discussion* : L'atteinte pulmonaire est révélatrice de la maladie de Wegener dans 45% des cas avec aspects radiologiques très variés pouvant faire évoquer le diagnostic de Cancer bronchique chez un fumeur. L'auto immunité est à la fois un critère diagnostique et un élément de surveillance. Le Traitement basé sur l'association immunosuppresseurs et corticoïde, permet d'obtenir une survie à 5 ans dans 3 cas sur 4.

*Conclusion* : La granulomatose avec polyangéite à cANCA positifs est une vascularite nécrosante qui prend divers aspects radiologiques. Seule la biopsie chirurgicale permet de faire le diagnostic.

## **IMPACT DES EXACERBATIONS DE BPCO SUR LA FONCTION RESPIRATOIRE**

**OUSSEDIK. F.**, KHELAFI.R., SKANDER.F.

CHU BENI-MESSOUS

*Introduction* : Les exacerbations de BPCO sont des événements de gravité variable qui surviennent inopinément dans le cours évolutif de la maladie. Ils entraînent de par leur fréquence et leur sévérité une aggravation de la fonction respiratoire.

*Méthode* : Etude prospective, Observationnelle de cohorte constituée de 400 patients âgés de plus de 40 ans présentant une BPCO diagnostiquée selon les critères GOLD. Une spirométrie est réalisée à tous les patients en début d'étude puis tous les 6 mois pendant 3 ans.

*Résultats* : Les patients étaient dans 76,5% des hommes avec un âge moyen de 70 ± 9 ans. Deux groupes distincts de patients étaient analysés en fonction de la fréquence des exacerbations. Les exacerbateurs fréquents étaient stade 4 dans 21,9% des cas, stade 3 dans 43,4%, mais aussi stade 2 dans 34,4% des cas alors que les exacerbateurs peu fréquents étaient essentiellement stade 2 (69,1%). Le déclin de la fonction respiratoire évalué par la mesure du VEMS était fonction du stade spirométrique, mais aussi de la fréquence et de la sévérité des exacerbations. Il était en moyenne de 44 ml/an pour les exacerbateurs peu fréquents et de 51 ml/an pour les exacerbateurs fréquents. Ces derniers présentaient des exacerbations sévères dans 2/3 des cas contrairement aux exacerbateurs peu fréquents dont les exacerbations étaient exclusivement légères.

*Discussion* : Cette étude montre que le déclin du VEMS au cours de la BPCO, est fortement lié à la fréquence des exacerbations et à leur niveau de sévérité quel que soit le stade de la maladie. Le groupe de malades exacerbateurs fréquents constitue un phénoType clinique particulier qu'il faut reconnaître et diagnostiquer précocement.

*Conclusion* : Les exacerbations de BPCO retentissent sur l'évolution de la maladie en aggravant la fonction respiratoire et le déclin du VEMS.

## **IMPACT DES EXACERBATIONS DE BPCO SUR L'ACTIVITE PHYSIQUE**

**OUSSEDIK. F.**, KHELAFI.R., SKANDER.F.

CHU BENI-MESSOUS

*Introduction* : La BPCO est une maladie respiratoire chronique qui associe une inflammation des voies aériennes et systémique. Ces phénomènes inflammatoires ont pour conséquence une limitation de l'activité physique dès les stades précoces de la maladie qui s'aggrave lors des exacerbations en réduisant considérablement la capacité à l'exercice.

*Méthode* : Etude prospective, Observationnelle de cohorte constituée de 400 patients âgés de plus de 40 ans présentant une BPCO diagnostiquée selon les critères GOLD. Le niveau d'activité physique était évalué par le questionnaire de Baecke modifié par Voorrips complété par un test de marche de 6 minutes réalisé une fois par an pendant 3 ans.

*Résultats* : Les patients étaient essentiellement des hommes (76,5%) avec un âge moyen de 70 ± 9 ans. Deux groupes distincts de patients étaient analysés en fonction de la fréquence des exacerbations. Les exacerbateurs peu fréquents avaient une distance de marche ≥ 350m pour la majorité d'entre eux (75,4%) alors que 70% des exacerbateurs fréquents avaient

une distance de marche < 350m qui étaient ≤ 149m pour 20% d'entre eux. Quant à l'activité physique évaluée par le questionnaire de Baecke modifié par Voorrips, elle était faible chez tous nos patients avec un score < 9,4 qu'ils soient exacerbateurs fréquents ou peu fréquents.

*Discussion* : Cette étude montre que l'activité physique est considérablement diminuée chez 80% des patients BPCO et absente (Score =0) dans 20% des cas. Quand elle existe, elle se limite à certaines tâches domestiques chez les femmes et la marche de quelques mètres chez les hommes. Quant aux performances physiques, elles sont liées au degré de sévérité de l'obstruction bronchique et aux nombres d'exacerbations.

*Conclusion* : La capacité à l'exercice physique est réduite chez les patients BPCO exacerbateurs fréquents et l'activité physique est quasi inexistante quelque soit la gravité de la maladie.

## INFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES ET EXACERBATIONS DE BPCO

**MOKRANE. Z., BOULDJADJ.A., BENLMOUAFEB.B., CHAROUANA.M., DJEGHRI.H., MESSADI.M.S.**

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

*Introduction* : La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), est une maladie pulmonaire évolutive, par conséquent "inguérissable". Ponctué d'exacerbations aiguës, elle aboutit à l'obstruction des voies respiratoires causée par l'inflammation chronique. En 2020, elle sera la 3<sup>e</sup> cause de décès dans le monde (selon les experts).

*Buts et objectifs* : Etudier un profil épidémiologique des patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO secondaire à une infection broncho-pulmonaire.

*Matériels et méthodes* : Une étude rétrospective s'étalant de 2012 à 2014 faite sur 20 dossiers de patients hospitalisés au niveau du Service de pneumologie de Constantine pour prise en charge d'une exacerbation de BPCO.

Dans cette population, on a noté que 95% étaient des hommes dont la moyenne d'âge était de 40 à 59 ans (65%), la majorité d'entre eux ne présentait pas de comorbidités notables, 40% de ces patients étaient des fumeurs à raison de 40 à 50 paquets/année. Sur le plan clinique, 43% de ces patients avaient consulté pour une dyspnée et 28% pour une toux productive, l'examen physique avait retrouvé la prédominance des râles sibilants à l'auscultation dans 38% des cas et des râles ronflants dans 11% des cas, 19% des patients présentaient des expectorations verdâtres. Radiologiquement, 54% avaient un poumon emphysémateux et 9% un syndrome alvéolaire radiologique. Biologiquement, 50% avaient eu une hyperleucocytose à prédominance PNN et 7% une VS accélérée. Sur le plan thérapeutique, la plupart de nos patients avait reçu une antibiothérapie à base de céphalosporines de 3<sup>e</sup>me génération avec une corticothérapie 2 fois par jour en IVD ainsi qu'un bêta 2 mimétique courte durée d'action soit en nébulisation soit par voie sous cutanée.

## PRISE EN CHARGE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ DU SUJET ÂGÉ DANS LE CADRE DE L'URGENCE

**Khelafi.R., Oussedik.F., Fezaa.K., Keddache.N., Mecheri.R., Skander.F.**

Service de pneumologie Nour Oussedik Beni messous Alger

*Introduction* : Le pneumothorax (PNO) est une pathologie d'évo-

lution souvent bénigne, mais peut être grave quand elle survient chez le sujet âgé et taré.

*Objectif* : Analyser le profil clinique, évolutif et thérapeutique du PNO spontané chez le sujet âgé de 65 ans et plus.

*Matériel et Méthode* : Etude rétrospective concernant 56 patients âgés de 65 ans et plus, pris en charge pour PNO spontané entre 2009-2014.

*Résultats* : Tous les patients étaient de sexe masculin, l'âge moyen était de 71 ans et la majorité d'entre eux avaient une exposition tabagique. Les comorbidités étaient retrouvées chez 3 patients sur 4. Le tableau clinique était dominé par la douleur thoracique et la dyspnée. Un pneumothorax total était retrouvé dans 38 cas, partiel dans 12 cas et cloisonné dans 6 cas. 46 patients avaient bénéficié d'une TDM thoracique qui avait retrouvé un emphysème avec dystrophie bulleuse dans 39 cas, une fibrose pulmonaire dans 4 cas, un cancer bronchique dans 6 cas et des séquelles parenchymateuses dans 2 cas. Le traitement était basé sur le drainage thoracique. Un drain chirurgical avec pleurodèse était pratiqué dans 16 cas. Le retour du poumon à la paroi a été obtenu après 10 jours de drainage chez 3 patients sur 4 dont la majorité avait eu des complications infectieuses. Un patient sur 2 avait présenté au moins une récurrence.

*Discussion*: le PNO spontané du sujet âgé est grave car il survient chez des patients présentant souvent des comorbidités et des lésions pulmonaires sous jacentes nécessitant toujours un drainage. L'évolution favorable est lente exposant le patient aux surinfections et aux récurrences.

*Conclusion* : Le PNO du sujet âgé est considéré comme une pathologie potentiellement grave du fait des comorbidités, des lésions pulmonaires sous jacentes et la difficulté de l'obtention de la symphyse pleurale.

## EMBOLIE PULMONAIRE : QUEL(S) SCORE(S) DIAGNOSTIQUE(S) ET QUELLE CONDUITE THÉRAPEUTIQUE ADOPTER DANS NOTRE PRATIQUE DE ROUTINE ?

**A.Fissah**

Service de Pneumologie, CHU de Bab el Oued

*Introduction* : L'embolie pulmonaire (EP) se définit par l'obstruction d'une ou plusieurs artères pulmonaires par un thrombus fibrinocrotique migré le plus souvent à partir d'une thrombose veineuse profonde (80%), secondaire à une maladie thromboembolique veineuse (MTEV), plus rarement par des cellules tumorales.

L'incidence de l'EP est inconnue en Algérie car mal diagnostiquée. Par ailleurs la cause de décès étant souvent non renseignée sur les certificats de décès, la létalité de cette maladie est sous-estimée dans notre pays. L'incidence de l'EP est estimée à ≈ 0,5/1000 habitants en Europe et 1/1000 aux USA. La mortalité était évaluée à 17,5% en 3 mois sur le registre international des embolies (ICOPER).

Problématique posée par l'embolie pulmonaire : Deux problèmes principaux se posent dans le diagnostic et la prise en charge de l'EP en général et particulièrement en Algérie :

Le premier est qu'il n'existe aucun symptôme ou examen de certitude dans l'EP, ce qui rend le diagnostic difficile. Une stratégie de probabilité diagnostique et thérapeutique bien codifiée (niveau de preuve 1 et 2), a été éditée dans le cadre des recommandations scientifiques internationales, mais est-elle adaptable à l'Algérie ? Le deuxième problème est celui du lieu de prise en charge de

l'affection : affection relevant de la cardiologie ? de la pneumologie? ou de la réanimation ?

L'objectif de notre présentation est d'étudier les principaux scores diagnostiques recommandés par les instances internationales quant à leur adaptabilité dans notre pratique quotidienne dans le cadre de l'urgence, et d'évaluer les risques dans la prescription ou non d'un traitement anticoagulant selon ces recommandations.

## APPORT DE LA SEROLOGIE BACTERIENNE DANS LE DIAGNOSTIC DES PNEUMOPATHIES ATYPIQUES

DJEDJIG. F., SENOUCI. H., CHEMLI. S., BENAMROUCHE. N., TALIMAAMAR. H., RAHAL. K.

Laboratoire de Bactériologie Médicale, IPA

**Introduction :** Mycoplasma pneumoniae (Mp), Chlamydomphila pneumoniae (Cp) et Legionella pneumophila (Lp) sont responsables de pneumopathies atypiques. Le diagnostic se fait par culture, recherche d'antigènes solubles, PCR et sérologie qui est la plus utilisée en routine.

**Objectifs :** Évaluer la fréquence de Mp, Cp et Lp dans les infections respiratoires basses et l'apport de la sérologie.

**Matériels et méthodes :** Étude rétrospective de 2004 à 2013 qui a porté sur 978 sérums adressés au laboratoire de bactériologie médicale et provenant de patients chez lesquels le diagnostic de pneumopathie atypique a été suspecté. La recherche d'anticorps (IgG/IgM) anti-MP, anti-CP et anti-LP a été effectuée par technique ELISA. Le recueil de données s'est basé sur les fiches de renseignements accompagnant les prélèvements des patients.

**Résultats :** Le taux de positivité était pour Cp, Mp et Lp de 40%, 34.5% et 7.6% respectivement. La détection simultanée des IgG anti-Mp et anti-Cp a été retrouvée chez 11.5% des patients.

Le taux de positivité en IgM était de 12 %,7% et 5.6% pour Mp, Cp et Lp respectivement. L'âge moyen des patients était de 46 ans ; le sexe ratio était de 2.5. La plupart des patients présentaient une pneumopathie plus ou moins sévère.

**Discussion :** Les taux élevés observés pour Cp et Mp sont discordants avec les données de la littérature; cela est du probablement à la séroprévalence élevée, notamment pour Cp et les réactions croisées décrites. Le taux de positivité élevé en IgG pour Cp et Mp peut s'expliquer par le diagnostic tardif et l'absence fréquente du 2<sup>e</sup> sérum.

**Conclusion :** Le diagnostic sérologique garde son intérêt, notamment pour Mp et Lp, cependant il est tardif et manque de spécificité. La détection des IgM est utile dans les infections aiguës. Les techniques directes (culture/PCR/recherche d'antigènes solubles) sont indispensables pour un diagnostic de certitude.

## EVALUATION DE L'USAGE D'UNE PLATEFORME D'E-LEARNING DANS UNE FORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME ET DE LA BPCO.

<sup>1</sup>Djehri. Y , <sup>2</sup>Mahi-Taright.

<sup>1</sup>Service des urgences, HMRUC, Constantine

<sup>2</sup>S. Service de pneumologie, CHU Bab el Oued, Alger

**Introduction :** Une plateforme d'apprentissage en ligne est une application permettant de créer, par l'intermédiaire du réseau, des interactions entre des enseignants, des apprenants, et des ressources pédagogiques. En Algérie, l'e-learning reste pour l'instant marginal. Nous avons élaboré dans le cadre de cette étude une plateforme destinée à la formation des médecins gé-

néralistes sur la prise en charge de l'asthme et de la BPCO.

**Objectif :** Évaluer l'usage d'une plateforme d'e-learning dans la formation médicale continue et analyser les difficultés de l'accès et les limites de son utilisation par les médecins.

**Méthode :** Enquête descriptive prospective et analytique. Elle a concerné 52 médecins généralistes exerçants dans 8 polycliniques de Constantine. Les données ont été recueillies grâce à la fonctionnalité statistique de la plateforme.

**Résultats :** Parmi les 52 médecins enregistrés sur la plateforme, seule 29 (55.8%) l'ont utilisée. Il s'agit essentiellement de médecins jeunes avec forte corrélation entre âge et nombre de connexions. Nous avons dénombré un total de 326 connexions en 6 mois avec une moyenne de 11,24 connexions par utilisateur. Les fonctionnalités de transmission de contenu ont été les plus utilisées (800 clics) par rapport aux fonctionnalités de communication et de collaboration (344 clics). Les forums ont été visités 344 fois, mais peu sont les médecins qui ont participé activement aux Discussions. Globalement l'auto-évaluation des connaissances a été satisfaisante (note moyenne = 3,9/5).

**Discussion :** L'activité sur la plateforme des médecins, qui découvrent pour la première fois l'e-learning comme vecteurs de formation, ne s'est pas faite en fonction des possibilités qu'elle offre. Une mise à niveau technique consistant à initier les apprenants à l'usage des différents outils de la plateforme est déterminante en situation de formation.

**Conclusion :** Cette expérience a permis de prendre conscience des limites et des difficultés de l'usage d'e-learning dans le cadre de la formation médicale continue.

## ANEVRYSME E L'ARTERE PULMONAIRE INAUGURANT UN ANGIO-BEHÇET

ABBAZ. C., GUEMMADI.N., AYADI.S., MESSADI.M.S.

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

La maladie de Behçet est une vascularite chronique, multi systémique et récidivante qui peut toucher plusieurs organes de l'organisme, mais n'atteint que rarement le thorax.

Nous rapportons ici le cas d'un patient âgé de 32 ans, aux antécédents d'un DNID et une méningite remontant à 5 mois et depuis laquelle des signes généraux sont apparus (une anorexie, asthénie, amaigrissement), puis des signes respiratoires (toux sèche, dyspnée d'efforts et en fin une hémoptysie) motivant le patient à consulter à notre niveau; la radiographie du thorax objectivait de multiples opacités arrondies gauches, le scanner mettait en évidence de multiples anévrysmes des branches de l'artère pulmonaire gauche, une embolie pulmonaire bilatérale, une thrombose intra ventriculaire droite, ces données nous ont conduit à évoquer un angio-behçet, diagnostique retenu chez notre patient vu la positivité des critères majeurs de cette maladie : aphtose buccale récidivante, atteinte ophtalmique, teste Pathergique positif ...

Une nette amélioration du patient était notée dès l'instauration du traitement, fait d'anti coagulant à dose curative, des bolus de corticoïdes, et en fin un traitement immunosuppresseur.

L'atteinte pulmonaire dans la maladie de Behçet peut se manifester par plusieurs symptômes tels que la toux, l'hémoptysie, l'altération de l'état général; symptômes fréquemment observés en pneumologie et qui font suspecter en premier lieu une tuberculose pulmonaire; d'où l'intérêt majeur d'une anamnèse, examen clinique et une analyse minutieuse de la radiographie du thorax.

## LA PRISE EN CHARGE DES PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES AU SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE CHU CONSTANTINE

ABBAZ. C., BORGHIDA. C., ACHOUR.I., MAADACHE.M., MESSADI.M.S.

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

**Introduction :** La pneumopathie infectieuse est un motif fréquent d'hospitalisation. Sa prise en charge obéit au guide de la SPLF. L'antibiothérapie est dirigée selon le contexte clinique, radiologique et bactériologique.

**Objectif :** Déterminer le terrain de survenue des pneumopathies infectieuses. Améliorer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et réduire le risque de résistance.

**Méthodes :** Etude rétrospective réalisée sur 73 dossiers de malades hospitalisés pour pneumopathie infectieuse pendant une période de 3 ans (2012-2014).

Données rapportées par l'étude : présentation clinique et radiologique - co-morbidités associées - bactériologique - traitement administré et durée.

**Résultats et commentaires :** Sur les 73 patients inclus dans cette série, dont une nette prédominance chez le sujet âgé 52.05% plus de 60 ans, masculine (64.38%) fumeur (32.87%). Les comorbidités associées étaient vues chez 65.75% des cas : Diabète (21.91%), inaugurale dans 5.47% des cas ; cardiopathies associée (9.58%) ; asthme (9.58%) ; BPCO (8.21%) ; Néoplasie (4.10%), 2 cas IRC et 1 cas de post-partum... La symptomatologie d'appel était faite essentiellement de fièvre, de douleurs thoraciques localisées avec un tableau plus bruyant chez ces terrains cependant chez les sujets âgés le tableau clinique était souvent fruste. L'atteinte basale prédominante du côté droit 47.94% ; l'atteinte bilatérale ne concernait que 12.32%.

**Traitement :** monothérapie avec l'Amoxicilline, - association de C3G et macrolide.

**Evolution :** guérison 71.23% - complications 5.47% - décès : 12.32%. 2 cas ont nécessité le transfert en réanimation, aucun cas de résistance n'a été noté.

**Conclusion :** La fréquence des pneumopathies infectieuses, la particularité du terrain sur lequel elles surviennent et le risque important de complication et de mortalité imposent une prise en charge la plus précoce possible, basé sur le bon choix des antibiotiques.

## LA DECOUVERTE D'UNE LOCALISATION ORL CHEZ UNE PATIENTE SUIVIE POUR UNE SARCOÏDOSE PULMONAIRE

BOULDJADJ. A, CHAROUANA.M., DJEGHRI.H., SEK-KAK.H., MESSADI.M.S.

Service de pneumophtisiologie du CHU de Constantine

**Introduction :** La sarcoïdose, granulomatose systémique d'étiologie inconnue, est caractérisée par son grand polymorphisme clinique et la diversité de ses modes de présentation.

Nous rapportons l'Observation d'une patiente présentant une atteinte pulmonaire et endonasale d'une sarcoïdose.

**Observation :** Il s'agissait d'une patiente âgée de 41 ans sans antécédents pathologiques notables, qui était admise en 2012 au Service de pneumologie pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de multiples adénopathies médiastinales, axillaires et cervicales. Cliniquement, la patiente, chez qui l'examen physique était sans particularités, présentait une toux sèche persistante malgré le traitement antitussif ainsi qu'une

dyspnée. Par ailleurs, il existait un syndrome inflammatoire biologique avec VS à 12mm, la formule numéraire sanguine et le bilan rénal étaient corrects, l'enzyme de conversion à 112U/l, calcémie correcte, calciurie élevée (401,25 mg/24h), la fibroscopie bronchique avec biopsie étagée était revenue sans particularités ainsi que la biopsie des glandes salivaires. Le diagnostic de sarcoïdose avait été porté suite à une adénectomie axillaire dont l'étude anatomopathologique était en faveur d'une sarcoïdose. Au cours de son évolution la patiente, avait présenté un ronflement nocturne motivant sa consultation en ORL ou une déviation de la cloison nasale avait été objectivée, l'étude anatomopathologique de l'arête nasale suite à un acte chirurgical de correction avait confirmé la localisation endonasale de la sarcoïdose. La patiente avait été réorientée à notre niveau pour une prise en charge thérapeutique, elle avait bien répondu à la corticothérapie.

**Conclusion :** La particularité de notre présentation tient compte de la rareté de la localisation endonasale de la sarcoïdose. Ainsi, un ronflement nocturne de même qu'un gêne respiratoire au cours d'une sarcoïdose doivent inciter à la pratique systématique d'un examen ORL complet.

## PLEURÉSIES EXSUDATIVES : A PROPOS DE 201 CAS AU CHU CONSTANTINE

GUERDOUH. Z, HAMIDA.M., CHABANE.A., AYADI.S., MESSADI.M.S.

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

**Introduction :** La pleurésie exsudative constitue un motif fréquent de consultation en pneumologie. La recherche de son étiologie est indispensable au préalable de toute prise en charge thérapeutique.

**Objectif :** étude du diagnostic étiologique des pleurésies exsudatives afin d'en faciliter l'attitude de prise en charge. Etablir les caractéristiques radio-cliniques des PSF et ressortir les moyens d'investigation.

**Méthode :** Etude rétrospective réalisée chez 201 patients suivis pour pleurésie exsudative, pendant une période de 3 ans (2012-2014). Données recueillies sur les dossiers :

- Tableau radio clinique et signes d'accompagnement à l'admission.
- Analyse cyto-bactériologique du liquide - étude biochimique et prélèvements biopsiques pleuraux.
- Autres explorations selon les signes d'appel à distance.
- Conduite à tenir et gestes effectués.

**Résultats :** Parmi les 201 patients inclus on note 108 hommes (53.73%) et 93 femmes (46.26%). sexe-ratio de 1,16. Tous les malades ont subi des ponctions exploratrices et évacuatrices. L'atteinte parenchymateuse concomitante est peu retrouvée (35%). la fibroscopie n'est pratiquée que chez 12 malades 6%.

Après test de Rivalta et taux de protéine du liquide pleural seules. Les pleurésies exsudatives sont explorées par biopsie pleurale dont l'analyse histologique révèle leurs origines : tuberculeuse dans 68.6% avec un âge moyen est 34 ans, suivi des pleurésies néoplasiques dans 20.1% avec âge moyen de 58 ans, et en fin inflammation non spécifique dans 11.3%.

**Discussion :** bien que l'incidence de la tuberculose ait baissé sur le plan épidémiologique dans notre pays, la PSF Tuberculeuse garde une fréquence importante parmi les étiologies des pleurésies exsudatives, quant à la fréquence des pleurésies néoplasiques métastatique elle concerne les sujets âgés surtout.

*Conclusion* : La biopsie pleurale occupe une place prépondérante dans la recherche étiologique des pleurésies exsudatives et la tuberculose encore en mode endémique atteint surtout les sujets jeunes.

### **CHYLOTHORAX SUR THROMBOSE DE LA VEINE CAVE SUPERIEURE - A PROPOS D'UN CAS GUERDOUH.Z., TAIB.A., GUEMMADI.N., MESSADI.M.S.**

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

*Introduction* : la thrombose de la veine sous-clavière ou cave supérieure, c'est une cause rare de chylothorax dont le mécanisme est attribué à l'obstruction du canal thoracique.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 26 ans, qui n'a aucun antécédent pathologique particulier, et qui consulte pour une douleur basithoracique gauche, l'examen physique a mis en évidence Triade de Trousseau à la moitié inférieure de l'hémichamps pulmonaire gauche. La radiographie thoracique a montré Epanchement pleural liquidien gauche de moyenne abondance. Ponction pleurale exploratrice en faveur d'un liquide chyleux, avec unerivatla positif et taux de protéines 66.7g/l- triglycéride 9.22g/l - LDH 662 UI/L . Ce qui a conduit à réaliser un TDM thoracique qui a montré une Thrombose de la veine jugulaire gauche étendue au tronc innominé et la veine cave supérieure. Epanchement pleural gauche de moyenne abondance avec atéléctasie en regard. Dont L'évolution était favorable au on a noté après 2 mois du traitement (anticoagulants, des ponctions évacuatrices et un régime pauvre en lipides) la disparition du chylothorax.

*Conclusion* : La thrombose des gros vaisseaux est émaillée de complications parmi Lesquelles le chylothorax révèle l'obstruction du canal thoracique, leur cause doit être recherchée systématiquement dont la conduite à tenir reste dépendante

### **LE SYNDROME DE KARTAGENER : A PROPOS D'UN CAS**

**GUERDOUH.Z., TAIB.A., TLILI.K., AYADI.S., MESSADI.M.S.**

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

*Introduction* : Le syndrome de Kartagener est une maladie génétique rare à transmission autosomique récessive, elle se caractérise par une triade : une bronchorrhée chronique avec broncheectasies, une sinusite chronique et un situs inversus, et elle constitue une entité appartenant au syndrome des dyskinesies ciliaires primitives.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 32 ans, qui a comme antécédents une surdité a l'âge de 3 ans nécessitant un appareil auditif ,une DDB diagnostiqué en 2008 et sinusite chronique, et qui a consulté pour une pour dyspnée de repos, cyanose des extrémités toux avec des expectorations verdâtres, l'examen physique a mis en évidence des r  les sibilants et crépitants bilatéraux. La radiographie thoracique a montré des clartés finement cerclees occupant surtout les bases, le scanner thoracique a confirmé la présence de broncheectasies bilatérales et diffuses, et a en plus montré un situs inversus complet. Ce qui a conduit à penser au syndrome de Kartagener, et a poussé à réaliser un Spermogramme a la recherche de syndrome des dyskinesies ciliaires, et qui a montré une oligoasth  nospermie sévère. Ainsi le diagnostic positif de syndrome de Kartagener a été établi. Devant l'absence de traitement radical un traitement comprenant des bronchodilatateurs antibiothérapie et kinésithérapie

est poursuivi depuis 2 ans avec des contrôles réguliers. Une attitude préventive de l'infection broncho-pulmonaire était préconisée avec vaccination antigrippale et anti-pneumococcique.

*Conclusion* : Nous proposons dans ce travail une revue de la littérature de cette pathologie rare, handicapante émaillée de troubles fonctionnels et infectieux nécessitant une prise en charge précoce et une hygiène de vie bien entretenue.

### **PROFIL DES PLEURÉSIES TUBERCULEUSES : A PROPOS DE 41 CAS**

**ZIDANI. M.A., BOUNEFLA.K., OUARDI.A., BERRABAH.Y.**

CHU ORAN PPB

La tuberculose pleurale est la forme la plus fréquente des tuberculoses extra-pulmonaires après l'atteinte ganglionnaire. En 2011, en Algérie, elle représentait 24,6% des TEP, soit 2951 cas déclarés. Nous rapportons dans cette étude 41 cas de pleurésie tuberculeuse parmi 114 cas de pleurésie ayant été hospitalisé dans le Service durant l'année 2014. Il s'agit de 23 hommes et 18 femmes, dont la moyenne d'âge est de 34 ans. Le tableau clinique était dominé par la toux dans 78% des cas, et la douleur thoracique dans 65.8%. La pleurésie était de moyenne abondance dans 21 cas et de grande abondance dans 10 cas, un enkystement était présent chez 10 patients. La localisation était légèrement prédominante à droite (22 cas). L'aspect du liquide était jaune citrin dans 78 % des cas, séro-hématique dans 4.8 %, et purulent chez 7 patients (17%). Le taux de protides dans le liquide pleural variait de 30    63 g/l. L'IDR à la tuberculine a été réalisée chez 29 patients positive dans 75 % des cas. La biopsie pleurale à l'aveugle a été effectuée chez 28 patients avec un rendement diagnostique de 89.6 %. 9 patients ont bénéficié d'une pleuroscopie diagnostique. Le régime thérapeutique 2RHZ/4RH était instauré chez 32 patients avec 2 patients sous régime 2EHRZ/4RH, et adjonction d'une corticothérapie chez 18 patients. L'évacuation du liquide (dont 8 drainages) et la kinésithérapie pleurale précoce étaient prescrits chez tous les patients. L'évolution était satisfaisante dans la majorité des cas, avec néanmoins 6 cas de pachypleurite.

Notre étude montre la fréquence des pleurésies tuberculeuses dans notre Service par rapport à toutes les formes de pleurésies (35,9 %), et le rôle des moyens diagnostics pour une prise en charge thérapeutique précoce dont le but est l'éviction des séquelles.

### **TUBERCULOSE CHEZ LE SUJET AGE : A PROPOS DE 45 CAS**

**Boukheris, C.I**

SCTMR JIJEL

Le sujet âgé représente un groupe à risque vulnérable à toute infection et en particulier à la tuberculose. Cette immunodépression est due d'une part à l'âge et d'autre part aux facteurs de comorbidités. A ce propos nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée chez 45 patients présentant une tuberculose tous âgés de 60 ans et plus, suivis au niveau du Service de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires de Jijel. L'âge moyen des patients était de 71,46 ans, avec des extrêmes (60-93 ans), le sexe ratio était de 1,3

La localisation pulmonaire a été retrouvée dans 46,66% des cas, les formes extra pulmonaires dans 53,33%des cas, dominees par l'atteinte pleurale retrouvée dans la moitié des cas. Les particularités des cas de tuberculose du sujet âgé observés

ont été marquées par la fréquence de tableau frustré, avec fièvre prolongée, état général altéré, nécessitant une hospitalisation dans 20 cas. L'IDR à la tuberculine était négative dans 65% des cas, la comorbidité retrouvée dans 66,4% des cas.

L'évolution est marquée par la guérison dans 84,7% des cas, 4 cas sont toujours en cours de traitement, enfin 3 cas sont décédés.

La présentation radio clinique non spécifique et la gravité de la tuberculose chez les sujets âgés nous amènent à insister sur l'intérêt d'un diagnostic précoce chez ces malades.

## MILIAIRE TUBERCULEUSE AVEC MULTIPLES TUBERCULOMES CEREBRAUX : A PROPOS D'UN CAS

Djenfi. T., Selmani. M.R., Ailane .H., Bouali. M., Djebbar. A.

Service de pneumologie - EPH Batna

L'association d'une tuberculose pulmonaire à des localisations extra-respiratoires chez un patient immunocompétent est relativement rare.

Nous rapportons ici l'Observation d'un jeune homme âgé 31 ans hospitalisé pour une miliaire fébrile traitée comme étant d'origine tuberculeuse sur des arguments de présomption (contexte clinique, absence de BK dans les crachats, IDR négative, Sérologie HIV, HBS, HCV négatives). Après une évolution clinique favorable d'un mois sous traitement antituberculeux et normalisation du bilan hépatique, le patient a présenté une dysphagie aux solides, des vomissements et des troubles de la déglutition suivie de l'installation d'un déficit neurologique à Type de paresthésie des membres supérieur et inférieur gauche et une dysarthrie. Le patient a bénéficié d'un transit œsogastroduodénal qui a mis en évidence la présence d'une fausse route opacifiant la trachée et les bronches à gauches.

L'IRM cérébrale a montré de multiples et volumineux abcès tuberculeux parenchymateux sus et sous tentoriels.

Le patient a été réhospitalisé pour la mise en place d'une sonde gastrique d'alimentation, et la mise en route d'un traitement préventif des crises comitiales ainsi qu'une corticothérapie à forte dose. L'évolution était favorable sous traitement médical au bout de quelques jours avec amélioration de la dysphagie et des troubles neurologiques. L'IRM pratiquée 9 mois plus tard a objectivé une disparition complète des lésions cérébrales.

## PRISE EN CHARGE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ : À PROPOS DE 253 DOSSIERS DE MALADES.

Djenfi. T., Selmani. M.R., Benoudina .D., Touari .I., Djebbar.A.

Service de pneumologie - EPH Batna

**Introduction :** le pneumothorax spontané (PNO) est une pathologie courante en pratique pneumologique qui peut constituer une urgence thérapeutique.

**Objectif de l'étude :** comparer l'efficacité des différentes méthodes thérapeutiques utilisées au cours de la prise en charge du pneumothorax.

**Méthode :** Etude rétrospective portant sur 3 années (2011-2013) comprenant 253 dossiers de 224 malades.

**Résultats :** On note une prédominance masculine (218 hommes/6 femmes). La moyenne d'âge est de 35,7 ans avec des extrêmes de 17 à 82 ans. 62 % avait un âge inférieur à 35 ans. La durée moyenne d'hospitalisation est de 16,3 jours. Le tabagisme est retrouvé dans 66,9 % des cas avec chez 32,2 % une notion de sevrage.

La radiographie thoracique est pathologique chez tous les pa-

tients avec un aspect de PNO total dans 204 cas (92,3 %) et partiel dans 47 cas (7,7 %). Le PNO est retrouvé du côté gauche dans 98 cas (39%), à droite dans 148 (59%). Il est bilatéral dans 5 cas (2%). Il est inaugural dans 73,7% des cas. La récurrence concerne 26,3% des cas. Elle est homolatérale dans 39 cas et controlatérale dans 12 cas. Le délai moyen de survenue de la récurrence est 6,5 mois [extrêmes de 1 mois à 20 ans]. Notre attitude thérapeutique en première intention est dictée par tolérance et l'étendue du collapsus pulmonaire. Ainsi le repos strict est préconisé dans 172 cas (67,9%), avec une durée moyenne de retour du poumon à la paroi de 5,13 jours et un taux de succès de 22 %. L'exsufflation a concerné 46 cas (18,5%), avec un taux de succès de 43,4 %. Son indication après échec du repos a concerné 119 cas (45,8%), avec un taux de succès de 79,9 % et une durée moyenne d'hospitalisation de 13 jours. Enfin le drainage pleural est proposé chez 35 patients et en 2<sup>e</sup> intention, après échec de l'exsufflation ou du repos, chez 59 patients avec un taux de succès de 91,4% et une durée moyenne d'hospitalisation de 22 jours.

**Conclusion :** À travers cette étude, nous concluons que le drainage pleural reste plus efficace que l'exsufflation contre une durée plus longue d'hospitalisation. L'exsufflation précédée d'une période de repos reste avantageuse par rapport à une exsufflation réalisée d'emblée.

## PLACE DE LA BRONCHOSCOPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES EN PNEUMOLOGIE

<sup>1</sup>N.Lekehal, <sup>1</sup>K.Bentata., <sup>2</sup>B.Ziane, <sup>1</sup>Y.Berrabah.

<sup>1</sup>Service pneumo"B". chu ORAN

<sup>2</sup>Service chu Tlemcen

**Introduction :** La fibroscopie bronchique ou bronchoscopie peut revêtir un intérêt à la fois diagnostique et thérapeutique en urgence.

**But :** Le but de notre étude est de mettre en évidence les indications de la bronchoscopie dans la prise en charge des urgences en pneumologie et de déterminer le profil épidémiologique des patients bénéficiant de cette technique dans les conditions qui sont celle de l'urgence.

**Méthodes :** Etude rétrospective avisée descriptive portant sur toutes les bronchoscopies faites hors programmation habituelle de l'unité d'endoscopie c'est-à-dire dans le cadre de l'urgence sur une période de 18 mois (janvier 2013-juin 2014)

Données recueillies à partir du registre de l'unité d'endoscopie du Service de pneumo «B» du chu d'Oran.

**Résultats-Discussion :** Sur une totale 735 bronchoscopie toutes indications confondues : 75 sont réalisées dans le cadre de l'urgence soit 10,20%.

La population concernés comprend 43 hommes (57,3%), 32 femmes (42,7%) avec un âge moyen de 40,48 ans. L'indication de la bronchoscopie pour extraction de corps étranger : 17,3%, trouble de ventilation (fibroaspiration) : 42,7 %, suspicion de fistule trachéo-oesophagienne : 6,7%, intubations difficile : 14,7%, hémoptysies : 6,7%, syndrome de détresse respiratoire. aiguë : 12%. L'indication principale est la bronchoscopie pour désobstruction bronchique. En routine, la pratique de cet examen peut être inférieure aux indications théoriques.

**Conclusion :** La bronchoscopie garde une importance particulière dans la prise en charge des urgences en pneumologie et en réanimation médicale.

## ENDOMETRIOSE THORACIQUE : UNE CAUSE RARE DE L'HEMOPTYSIE: A PROPOS D'UN CAS

R.Djebaili, N. Douha., A.Romane., L.Rezoug., A.Djebbar.

EPH batna

*Introduction* : L'endométriose thoracique est une maladie rare. Elle peut se manifester par : un pneumothorax, un hémithorax, une hémoptysie et plus rarement des nodules endométriosiques pulmonaires. L'hémoptysie cataméniale est extrêmement rare. La source de saignement est un implant endométrial situé dans le parenchyme pulmonaire ou dans les bronches.

*Observation* : nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 22 ans, admise pour l'exploration d'une hémoptysie de moyenne abondance contemporaine au cycle menstruel. L'anamnèse retrouve la notion de tuméfaction péri ombilicale dont l'apparition coïncide avec le cycle menstruel et qui se fistulise à la paroi et saigne après trois jours de sa formation, motivant un traitement chirurgical. Cette tuméfaction a récidivé trois fois de suite coïncidant toujours avec les règles, cependant aucune étude anatomopathologique n'a été faite. L'examen clinique retrouve une pâleur cutanéomuqueuse, l'auscultation pulmonaire est normale. La radiographie du thorax objective infiltrat parahilaire bilatérale. La TDM thoraco abdominale révèle une ascite pelvienne de faible abondance. La fibroscopie bronchique objective l'aspect d'une muqueuse mouchetée. La mise en route d'un traitement progestatif a fait tarir l'hémoptysie.

Le diagnostic d'endométriose est retenu devant les données anamnestiques et la réponse au traitement progestatif.

*Conclusion* : L'endométriose thoracique est une cause encore souvent méconnue de l'hémoptysie de la femme. Elle doit être suspectée sur des arguments d'anamnèse. Sa prise en charge est multidisciplinaire.

## MALADIE THROMBOEMBOLIQUE AU COURS DE LA TUBERCULOSE

H. Berkat, N.Hammache, Z. Ouramdane, A.Hameg, Y.Ahmed Ali.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Tizi Ouzou

*Introduction* : La tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse causant un état d'hypercoagulabilité pouvant conduire à des complications thromboemboliques en dehors de tout alitement. Cette association a été rapportée dans la littérature dans 1,5% à 3,4%. Ces états d'hypercoagulabilité seraient en rapport avec l'inflammation qui induit un dysfonctionnement hépatique et des anomalies de l'hémostase.

Nous rapportons les cas de quatre malades hospitalisés dans notre Service en 2012- 2014

1<sup>er</sup> cas : Il s'agit du patient âgé de 29 ans non fumeur, aux ATCD de deux frères traités pour tuberculose pulmonaire, qui a consulté aux urgences pour douleurs thoraciques et dyspnée avec un syndrome d'épanchement pleurale liquidien à la base gauche confirmé à la radiographie thoracique. Devant la désaturation, une embolie pulmonaire a été évoquée et confirmée par des D.dimères+ et l'angi scanner thoracique. Devant l'augmentation de la quantité du liquide pleural, une biopsie pleurale est faite confirmant le diagnostic de tuberculose.

2<sup>ème</sup> cas : patiente de 18ans, admise pour prise en charge d'un pneumothorax gauche secondaire à une tuberculose pulmonaire M+ J30 du traitement antituberculeux et compliquée d'une thrombophlébite iliaque gauche à J 17 de traitement.

3<sup>ème</sup> cas : patiente âgée de 27 ans, mariée, mère d'1 enfant, sans ATCD pathologiques personnels, qui a consulté pour dou-

leurs thoraciques révélant un pneumothorax total droit secondaire à une tuberculose pulmonaire M+.

Au 2<sup>ème</sup> jour du traitement antituberculeux, elle a présenté une tachycardie sinusale en rapport avec une embolie pulmonaire.

4<sup>ème</sup> cas : jeune homme âgé de 37 ans, admis pour exploration d'un épanchement pleural liquidien de grande abondance associé à un AVC ischémique. La biopsie pleurale conclue à une tuberculose.

*Discussion* : La Tuberculose est souvent compliquée par une thrombose veineuse profonde, en raison de l'association entre l'inflammation et les changements hémostatiques qui peuvent entraîner un état d'hypercoagulabilité. Les facteurs couramment associés à la pathogenèse de la thrombose sont les suivants: modification de la paroi de la veine, de la modification dans les constituants du sang et le ralentissement de la circulation sanguine induisant ainsi un état d'hypercoagulabilité ; de même que le rôle pro-coagulant de la rifampicine est incriminé.

*Conclusion* : la tuberculose doit être considérée comme un facteur de risque pertinent de maladies thromboemboliques veineuses et pourrait être incluse dans les algorithmes d'évaluation du risque de thromboembolique au même Titre que les infections aiguës ou graves.

## ASTHME PERSISTANT SEVERE AVEC TRACHEO-BRONCHOMALACIE

N.HAMMACHE, Z.Ouramdane., N.Hammache.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Tizi Ouzou

*Introduction* : La trachéobronchomalacie (TBM) de l'adulte est une pathologie qui occasionne une réduction de plus de 50 % du calibre des voies aériennes à l'expiration. Elle regroupe de nombreuses étiologies qui diffèrent par leurs aspects morphologiques, leurs mécanismes physiopathologiques et leurs données histopathologiques. Il s'agit d'une pathologie de plus en plus reconnue grâce notamment à l'essor des techniques d'imagerie thoracique et de la bronchoscopie diagnostique.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 64 ans, originaire et demeurant à T.O, femme au foyer, mariée et mère de 9 enfants, suivie pour asthme persistant sévère, difficile à contrôler avec notion d'hospitalisations multiples pour exacerbation de dyspnée sifflante associée à une expectoration purulente. L'examen pleuro-pulmonaire : râles sibilants et ronflants diffus aux 2 champs pulmonaires. La radiographie thoracique objective des signes de distension. La patiente a été mise sous bronchodilatateurs en nébulisation et une corticothérapie par voie systémique. Devant l'absence d'amélioration notable, une fibroscopie bronchique à été pratiquée montrant un collapsus expiratoire de tout l'arbre bronchique > 50%, sans lésions trachéales ni endobronchiques. A la tomодensitométrie thoracique, en comparant les coupes en inspiration et celles en expiration, on note une réduction luminale trachéale et des bronches sèches.

*Conclusion* : La prise en charge thérapeutique de la TBM doit être la plus conservatrice possible et doit surtout s'attacher à identifier et traiter les pathologies respiratoires associées comme l'asthme et la BPCO, ainsi que certaines étiologies (tumeurs ou goitres compressifs par exemple). En cas de symptômes invalidants, la ventilation non invasive peut être proposée. Les traitements endoscopiques, comme la pose de prothèses, ne doivent être envisagés que d'un point de vue palliatif ou temporaire, en raison de leur taux élevé de complications.

## **PARTICULARITES DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES DU SYNOVIALOSARCOME THORACIQUE PRIMITIF ET SECONDAIRE : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS**

S. Ada, W. Abderahmani., A. Bachi., N. Hammache.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Tizi Ouzou

*Introduction* : Le synovialosarcome est une tumeur rare qui se développe à partir des cellules mésenchymateuses ayant une différenciation synoviale, l'atteinte secondaire pleuro-pulmonaire est rare, mais l'atteinte primitive est exceptionnelle.

*Observation 1* : Un Homme âgé de 66 ans, ex-fumeur à raison de 05PA, chauffeur de profession, sans antécédents pathologiques, a présenté depuis 03mois une douleur thoracique droite et une toux productive sans amélioration sous traitement antibiotique. L'examen clinique : patient est en bon état général, l'examen physique est sans anomalies. L'exploration radiologique thoracique objective un processus tumoral du lobe supérieur droit et la fibroscopie bronchique est normale. L'étude histologique et immuno-histochimique faite sur la biopsie transpariétale est en faveur d'un synovialosarcome. La recherche d'une atteinte ostéoarticulaire est négative concluant ainsi à son caractère primitif. Malheureusement, l'évolution est émaillée par une récurrence locale, malgré un traitement chirurgical (lobectomie LSD) suivi d'une radio-chimiothérapie adjuvante.

*Observation 2* : Une femme âgée de 54 ans, hypertendue, diabétique consulte pour dyspnée d'effort d'aggravation progressive avec une toux sèche et des signes généraux. L'examen physique retrouve un état général moyen, un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit et une lésion cutanée de la malléole interne droite. La radiographie thoracique objective un épanchement pleural liquidien droit de grande abondance. Les biopsies pleurale et cutanée au niveau de la malléole interne concluent à un synovialosarcome de la cheville avec localisations pleurales secondaires. Vu l'altération rapide de l'état général, la patiente n'a pu bénéficier que d'un traitement symptomatique. Le décès est survenu deux mois après le diagnostic.

*Discussion* : le synovialosarcome thoracique secondaire est rare et l'atteinte primitive pulmonaire est exceptionnelle. Devant tout synovialosarcome pulmonaire ou pleural, il faut préciser son caractère primitif ou secondaire en s'appuyant sur des données anamnésiques, cliniques et radiologiques du patient. L'immuno-histochimie reste la pierre angulaire dans le diagnostic de cette tumeur. La récurrence de la masse pulmonaire après le traitement chirurgical chez le premier patient et le décès survenu 02 mois après le diagnostic chez le deuxième patient démontrent le caractère agressif de cette tumeur qu'elle soit primitive ou secondaire.

*Conclusion* : le synovialosarcome reste de diagnostic difficile nécessitant toujours le recours à une immunohistochimie et il est de pronostic péjoratif.

## **CANCER BRONCHIQUE AVANCE A SURVIE PROLONGEE**

Abderrahmani.W, Hacid.N., Bachi.A., Didaoui.C., Ammour.H., Hammache.N.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Tizi Ouzou

*Introduction* : La classification TNM 2009 des cancers bronchiques a reclassé les atteintes pleurales secondaires du stade IIIB (T4) au stade IV (M+). Néanmoins, la TNM 2009 distingue dorénavant les atteintes pleurales (M1a) des métastases viscérales à distance (M1b). Les patients de stade M1a ayant un meilleur pronostic que

les patients M1b et certains d'entre eux ont une survie prolongée. La survie globale des malades ayant un CBNPC avec localisations secondaires viscérales à distance (M1b) ont un risque de décès majoré de 14 % par rapport aux malades avec des localisations secondaires uniquement pleurales (M1a) (médiane de survie globale, trois versus quatre mois, HR=1,14, p <0,0001).

Le cas d'une patiente atteinte de cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avec métastases pleurales histologiquement prouvées ayant une survie sans progression prolongée (36 mois) est rapporté.

*Observation* : Il s'agit d'une jeune femme âgée de 31 ans, informaticienne de profession, sans antécédent médico-chirurgical et exposée au tabagisme passif en milieu professionnel. Elle est hospitalisée pour l'exploration d'un épanchement pleural liquidien gauche de grande abondance, à liquide clair, exsudatif, lymphocytaire et à reconstitution rapide. Le TLT de face objective un petit hémithorax gauche, associé à l'épanchement pleural liquidien de grande abondance. Il existe aussi une opacité para-hilaire gauche arrondie, excavée de 3 cm. L'exploration radiologique montre par ailleurs un épaississement pleural pariétal, scissural et médiastinal t associé à un EPL, des adénopathies hilaires droites et sus claviculaires gauches avec micronodules controlatéraux à la TDM thoracique et des angiomes hépatiques à l'échographie abdomino-pelvienne. La fibroscopie bronchique montre un aspect inflammatoire diffus à gauche avec compression extrinsèque. Le diagnostic d'adénocarcinome bronchique confirmé par l'immunohistochimie est posé grâce à la biopsie pleurale. Classée T4N3M1a (stade IV), une chimiothérapie palliative a été entamée chez elle. Elle a reçu 6 cures de base : Pemetrexed (Alimta), Bevacizumab (Avastin), Cisplatine) puis un traitement de maintenance (Alimta, Avastin) prévu en cas de progression. La patiente est aujourd'hui, à 3 ans de survie. Le bilan d'évaluation ne retrouve pas de signes d'évolutivité avec reprise d'une vie socio-professionnelle. Elle est actuellement en fenêtre thérapeutique.

*Conclusion* : Les patients ayant des métastases pleurales de CBNPC ont un meilleur pronostic que les autres patients de stade IV. Cette survie prolongée est probablement en rapport avec des caractéristiques biologiques spécifiques de certaines atteintes pleurales dont l'individualisation pourrait permettre à ces patients, considérés comme incurables, de bénéficier d'une stratégie thérapeutique plus agressive. Les bases physiopathologiques et biologiques qui pourraient expliquer le pronostic spécifique de certaines lésions secondaires pleurales sont discutées.

## **TUBERCULOSE PULMONAIRE ET EXTRA-PULMONAIRE (CEREBRALE) SUR SARCOÏDOSE MULTIVISCERALE**

Abderrahmani.W, Hammache.N.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Tizi Ouzou

*Introduction* : Une aggravation de l'atteinte pulmonaire de la sarcoïdose sous corticothérapie doit toujours faire suspecter son association avec une tuberculose pulmonaire. La sarcoïdose est une maladie systémique de cause inconnue caractérisée par la formation de granulomes immunitaires dans les organes atteints, avec une prédilection pour le poumon et le système lymphatique. Elle est souvent à localisation multiviscérale touchant entre 2 à 4 localisations. En fait, tous les autres organes peuvent être atteints avec une fréquence inférieure à 3 %. Nous rapportons un cas

d'association de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire à une sarcoïdose multiviscérale sous traitement corticoïde.

*Observation* : Il s'agit d'un patient âgé de 36 ans, ouvrier dans une sablière, fumeur (6PA) sevré depuis 6 mois, admis au Service de pneumo-physiologie pour exploration d'une condensation pulmonaire associée à des adénopathies médiastinales et abdominales. Le début de ses troubles remonte à 2 mois avant l'hospitalisation marqué par une fièvre au long cours avec anorexie, sueurs nocturnes, amaigrissement et des douleurs basithoraciques et abdominales fugaces et migratrices, l'examen clinique retrouve des adénopathies infra-centimétriques périphériques : axillaire gauche et inguinale bilatérale. Il n'existe pas de notion de contact tuberculeux, la cicatrice de BCG est absente, l'IDR à la tuberculine = 9mm et la recherche du BK dans les crachats est négative. L'exploration radiologique montre un foyer de condensation pulmonaire avec atteinte hépatosplénique et coelio-mésentérique. La preuve histologique de la sarcoïdose a été faite sur l'étude histopathologique des biopsies bronchiques objectivant une atteinte granulomateuse sans lésions caséeuse. Le patient est mis sous traitement corticoïde à raison de 1mg/ kg/ j avec une bonne évolution radio-clinique. Une année plus tard, le patient présente symptomatologie respiratoire à Type de toux et de dyspnée d'effort. Il s'y associe une pyurie avec hématurie et des céphalées. A la radiographie thoracique, un aspect de miliaire bronchogène. Devant le terrain d'immunodépression, le diagnostic de tuberculose est évoqué et confirmée par la présence de BAAR dans les expectorations. La recherche de BK dans les urines est négative, mais l'IRM cérébrale retrouve des lésions évoquant une tuberculose. L'évolution était favorable sous le régime antituberculeux (2RHZE/4RH) avec dégression lente des corticoïdes.

*Conclusion* : L'association de sarcoïdose et de tuberculose pulmonaire sous corticothérapie est fréquente, il faut savoir y penser devant toute aggravation clinique et/ou radiologique.

## LA BPCO : AU DELA DES BRONCHES ET DU POUMON.

M.O KACI, N. HAMMACHE.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Tizi Ouzou

*Introduction* : La BPCO est une maladie chronique et lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens. Si la maladie a longtemps été considérée comme principalement respiratoire, les patients atteints de BPCO sont fréquemment atteints d'autres pathologies chroniques (comorbidités).

*Matériels et Méthodes* : Etude rétrospective intéressant 30 patients hospitalisés pour exacerbations de BPCO au Service de pneumologie du CHU de Tizi Ouzou du 1/1/13 au 31/10 /14, Résultats : les données de notre étude confirment la fréquence des comorbidités chez ces patients. Les pathologies cardio-vasculaires sont particulièrement associées à la BPCO (73%) suivie de l'anémie (66%), la dénutrition quantitative avec un indice de masse corporelle (IMC) abaissé (23%), les troubles cognitifs et neuropsychiatriques (13,33%), les troubles endocriniens (6,66%) et enfin le cancer du poumon (6,66%).

*Conclusion* : Les patients atteints de BPCO ont fréquemment des comorbidités qui influent de façon importante tant sur les symptômes que sur le pronostic vital d'où l'intérêt d'une prise en charge globale par une équipe multidisciplinaire.

## SYNDROME DE GOUGEROT-SJOGREN PRIMITIF : A PROPOS D'UN CAS

Bouazza.Iman, Metahri., Guermaz.

Service de pneumo physiologie A

*Introduction* : le syndrome de Gougerot Sjogren est une maladie inflammatoire systémique chronique auto immune touchant les glandes exocrines (surtout les glandes salivaires et lacrymales), il est a l'intersection des systèmes immunitaires sécrétoires et nerveux aussi appelé syndrome sec, Il associe une xérophtalmie (secheresse oculaire) une xérostomie (sensation de bouche sèche) due a la destruction progressive des glandes lacrymales et salivaires par un infiltrat lymphocytaire bénin. Dans 5 a 10 % des cas cette infiltration peut aussi concerner d'autres tissus : poumon, pancréas, tractus gastro intestinal, système hepato biliaire, reins peau, moelle osseuse, thyroïde, vaisseaux, polyneuropathie sensitivomotrice, arthralgie et arthrite le SGS peut etre primitif ou secondaire, la forme primitif est très rare par rapport a la forme secondaire d'ou l'interet de notre poster.

*Observation* : Il s'agit d'une patiente âgée de 54 ans sans aucun antécédant dont le motif de consultation était une dyspnée d'installation progressive faisant découvrir au TDM une PID a distribution lymphatique réalisant l'aspect d'une PINS, les investigations ont permis de découvrir une xérophtalmie, une xérostomie et un stade 4 de CHISHOLM ET MASSON a la biopsie des glandes salivaires ,le bilan immunologique est venu confirmer le diagnostic du syndrome de Gougerot sjogren PRIMITIF en objectivant des AC anti SSA et des AC anti SSB positif et l'absence d'une connectivite associée. La patiente a évolué favorablement sous corticoïde et anti paludéen de synthèse

*Conclusion* : Les Auteurs rapportent que l'expression clinique du SGS est différente selon qu'il s'agit d'un SGS primitif ou secondaire, des manifestations systémiques peuvent émailler l'évolution de la maladie ,la complication la plus redoutable est la survenue d'un syndrome lymphoprolifératif.

## ETUDE PROSPECTIVE SUR LE PROFIL CLINIQUE, BIOLOGIQUE, RADIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DES PNEUMONIES AIGUES COMMUNAUTAIRES (PAC) PRISES EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BEO.

Y. BENBETKA, N.BENFARHAT., K.KHENOUF., N.DJAMI., R.AMRANE., A.FISSAH.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Bab Eloued

*Introduction* : Les PAC constituent un problème de santé publique en raison de leur fréquence et de leur gravité potentielle. La prise en charge fait appel aux recommandations nationales et internationales qui posent parfois des problèmes quant à leur application en pratique de routine.

Objectif de l'étude : décrire le profil clinique, biologique, radiologique et évolutif des cas de PAC consultants en urgence au CHU de BEO.

*Matériel et Méthode* : Etude prospective des cas de PAC de l'adulte (exacerbations de BPCO exclues), reçus au pavillon des urgences et pris en charge au niveau de Service de pneumologie sur une période de 03 mois (octobre- décembre 2014). Un questionnaire préétabli a été renseigné quotidiennement par le médecin de garde du Service. Une radiographie thoracique standard, une FNS, une hémoculture aux picsthermiques et une recherche d'antigène dans les urines en cas de suspicion de lé-

gionnelle ont été faites systématiquement. Le CURB 65 a été utilisé pour décider de l'hospitalisation. La prescription de l'antibiothérapie a été faite dans la majorité par le Pneumologue de garde, dans de rare cas par le médecin urgentiste.

**Résultats :** sur un total de 276 consultants en urgence durant la période citée, 30 cas de PAC ont été colligés, ce qui représente un taux de 11%, répartis en 10 femmes et 20 hommes avec un sex-ratio = 02. L'âge moyen était de 53 ans. 20 patients (60%) étaient des fumeurs. 21 cas.

Présentaient une comorbidité associées : Pathologie cardio-vasculaire 7 cas (23,3%), Diabète 13 cas (43,3%), et un cas d'insuffisance rénale (3%). La symptomatologie clinique était dominée par les signes généraux : 25 cas (83,3%), et la toux dans 14 cas (43,7%). Les signes fonctionnels extra respiratoires : 03 cas. La radiographie standard objectivait : un Syndrome alvéolaire typique chez 26 cas (86,6%), un syndrome interstitiel : 03 cas (10%) et une association avec une image pleurale : 01 cas. Les examens biologiques montraient : une hyperleucocytose : 24 cas (80%). L'hémoculture était positive dans 1 cas, et toutes les antigénuries étaient négatives. 22 cas (73,6%) ont été traités en ambulatoire et 6 ont été hospitalisés dont 1 en réanimation. L'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention était l'Amoxicilline associée à l'acide clavulanique chez 19 cas (63,3%) Parmi les patients hospitalisés, le Céfotaxime dans 06 cas (20%) associé au Metronidazole et/ ou la Gentamycine, Roxithromycine dans 04 cas et de la vancomycine dans un cas. L'évolution était bonne dans 14 cas (46,695%), 02 cas ont présenté des complications et sont décédés.

**Discussion :** Dans notre série nous retrouvons le même profil radio-clinique et biologique que dans la littérature. Les recommandations scientifiques de prescription des antibiotiques sont respectées avec une antibiothérapie précoce et probabiliste dans la majorité des cas. Le taux de mortalité est dans la limite inférieure par rapport aux chiffres de la littérature.

**Conclusion :** pour améliorer la prise en charge des PAC, il faut promouvoir l'application des recommandations nationales, ce qui permet un diagnostic précoce et un traitement orienté, donc réduire la mortalité.

## TUBERCULOSE PSEUDO TUMORALE

I. Batouche, N. Djami., A. Fissah.

Service de pneumo-physiologie, CHU BAB EL OUED -ALGER

**Introduction :** La tuberculose pulmonaire est un problème de santé publique dont le diagnostic est souvent facile à obtenir à l'aide d'examen bactériologique des crachats, mais dans certains cas il peut être difficile voire même trompeur.

**Observation :** Le cas que nous vous présentons est celui d'un homme âgé de 53 ans suivi pour hydrocéphalie à pression normale ex fumeur à raison d'un paquet/jour pendant 5 ans sevré depuis 20 ans, hospitalisé pour exploration d'une masse lobaire supérieure gauche associée à une paraplégie flasque. La radiographie thoracique standard montre une opacité du tiers supérieur gauche dense homogène, présence d'un nodule du 1/3 inférieur droit de 2 cm de diamètre. La TDM montre une masse du lobe supérieur et inférieur gauche avec lyse du 4,5<sup>èmes</sup> arcs costaux postérieurs associée à une infiltration des parties molles prévertébrales. La fibroscopie retrouve une muqueuse inflammatoire. La recherche de BAAR dans le liquide d'aspiration bronchique est revenue négative. L'IRM médullaire objective un processus tumoral apico-dorsal avec envahissement corporel

de D3 à D7 et épidurite en regard avec compression médullaire. Le diagnostic a été retenu au cours de l'étude anatomopathologique de la biopsie transpariétale ainsi que celle du prélèvement chirurgical de décompression médullaire en faveur d'un granulome tuberculoïde. Le diagnostic de tuberculose pseudo tumorale a été retenu et le patient a été mis sous traitement antituberculeux à base de 4ERHZ/2RH.

**Discussion :** Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire commune est habituellement facile, il est orienté par les données cliniques et radiologiques et confirmé par la positivité des prélèvements bactériologiques. Dans sa forme pseudo-tumorale, le tableau radio-clinique est atypique et trompeur. Les prélèvements bactériologiques, négatifs à l'examen direct, sont rarement positifs aux cultures. Cela est lié au caractère solide et mal oxygéné des lésions caséeuses dans la tuberculose pseudo-tumorale. L'aspect tomométrique est souvent évocateur de malignité. Cette difficulté est à l'origine de retard diagnostique, mais le traitement reste le même.

**Conclusion :** La tuberculose pulmonaire ne cesse de tromper le clinicien par son polymorphisme clinique et radiologique, elle doit être évoquée devant toute atteinte pulmonaire d'allure tumorale pour permettre une prise en charge précoce de la maladie.

## TUBERCULOSE PSEUDO TUMORALE: A PROPOS D'UN CAS

A. ALLET, K.KHENNOUF., R.YAHIAOUI., R.AMRANE., A.FISSAH.

Service de pneumo-physiologie CHU BEO

**Introduction :** La forme pseudo tumorale de la tuberculose est rare, représente moins de 4%. Elle constitue une entité radio-clinique trompeuse, posant un problème de diagnostic différentiel avec les cancers bronchiques.

**Objectif :** Illustrer la difficulté diagnostique de la tuberculose dans sa forme pseudo tumorale à travers une Observation clinique.

**Observation 1 :** Patiente âgée de 47 ans non fumeuse, suivie pour asthme persistant modéré, et sans de notion de contagé tuberculeux. Elle présentait une toux avec des crachats hémoptoïques, un amaigrissement de 6 kg en une année. L'examen physique était sans particularité. Une opacité médiastino-pulmonaire était révélée à la radiographie thoracique, ainsi qu'un processus tumoral droit (70x46x83mm), engainant les bronches souches lobaires supérieures bilatérales, et les gros vaisseaux, associant une atélectasie du segment antéro-basal droit avec un aspect en verre dépoli basal bilatéral et des adénopathies médiastinales, visualisées au scanner thoracique. Un infiltrat endobronchique obstruant la lobaire moyenne droite était retrouvé à la fibroscopie bronchique, où plusieurs biopsies étaient réalisées dont l'étude histopathologique était non contributive, la cytologie et la bactériologie (BK) du liquide bronchique étaient négatives. Le résultat anatomopathologique des biopsies scanno-guidées montraient une inflammation chronique, d'où le recours à la biopsie chirurgicale dont le diagnostic était en faveur d'un granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse.

**Conclusion :** La tuberculose pulmonaire se traduit habituellement par des images radiologiques pathognomoniques, mais aussi peut revêtir des aspects atypiques, dans sa forme pseudo tumorale, elle reste une entité rare. La TDM thoracique constitue un apport important au diagnostic guidant des prélèvements trans-pariétaux. Parfois le diagnostic ne peut être obtenu que par vidéo scopie assistée, voire une exérèse chirurgicale.

## ANGIOSARCOMME PRIMITIF DE LA PLEVRE : A PROPOS D'UN CAS

M. Bandui, K. Khenouf., S. Kaddouche., R. Amrane., A. Fissah.

Service de pneumophtisiologie, CHU Bab el oued. Alger

*Introduction* : L'Angiosarcome pleural primitif (APP) est une tumeur extrêmement rare, dont l'origine primitive est souvent difficile à affirmer et dont le pronostic est sombre à brève échéance. Son diagnostic est essentiellement histologique et immuno- histo chimique car il n'existe aucun signe clinique ou radiologique suffisamment spécifique et évocateur.

*Observation* : Nous rapportons un cas d'un APP chez un homme, découvert lors de l'exploration d'un épanchement pleural. L'imagerie thoracique (Radiographie et scanner) objectivait un épanchement pleural liquidien de grande abondance. Le diagnostic a été porté après analyse histologique et immun histo chimique des fragments biopsiques réalisées lors d'une biopsie pleurale.

*Conclusion* : A travers cette observation, nous proposons une mise au point sur cette localisation extrêmement rare et de pronostic sombre.

## HISTIOCYTOME X CHEZ UN JEUNE FUMEUR DE 17 ANS : A PROPOS D'UN CAS.

Debbache, I A, Bouaddou E A., Dermech N., Djami N., Amrane R., Fissah A.

Service de pneumophtisiologie, CHU Bab el oued. Alger

*Introduction* : L'histiocytose langerhansienne (HL) pulmonaire de l'adulte est une maladie rare, d'étiologie indéterminée, qui survient électivement chez le sujet jeune fumeur entre 20 et 40 ans. Chez l'adulte, l'atteinte pulmonaire est en règle générale isolée. La maladie est caractérisée par des lésions granulomateuses s'attaquant aux bronchioles distales qu'elles détruisent progressivement, laissant place à des bronchiolectasies prenant l'aspect de kystes cicatriciels caractéristiques sur coupes scanographiques.

*Observation* : patient âgé de 17ans, sans profession, aux antécédents d'asthme intermittent dans l'enfance, Fumeur à raison de 6 cigarettes par jour depuis un an, admis pour prise en charge d'un pneumothorax total gauche secondaire associé à des lésions parenchymateuses controlatérales à type de syndrome interstitiel et d'images kystiques. Le début de la symptomatologie remonte à deux jours avant son admission marqué par une douleur latéro-thoracique gauches, une toux sèche et une dyspnée aigue stade II de la NYHA. L'examen clinique retrouvait un patient conscient coopérant, Fc : 83'/min, Fr : 2 O'/min, Sao2 : 98% AA, BMI : 17Kg/m<sup>2</sup>sc (Taille : 180 cm, poids :55kg).L'examen pleuro-pulmonaire retrouvait un syndrome d'épanchement pleural aérien à gauche et une diminution du murmure vésiculaire à droite isolé.

*Discussion* : L'HL pulmonaire peut être asymptomatique et découverte à l'occasion d'un cliché de thorax systématique (25% des cas) ; présenter des symptômes respiratoires, essentiellement une toux sèche souvent associée à une dyspnée d'effort (cas le plus fréquent) ou alors être reconnue à l'occasion d'un pneumothorax spontané, comme c'est le cas chez notre patient. (10 à 20% des cas).L'atteinte pulmonaire de l'HL chez l'adulte est habituellement isolée.

*Conclusion* : L'HL est une maladie orpheline, dont l'étiologie reste encore méconnue, L'association très forte entre tabagisme et survenue d'une HL pulmonaire est fréquente d'où la nécessité d'une prévention primaire du tabagisme surtout chez les sujets jeunes.

## TUBERCULOSE MULTI FOCALE CHEZ UNE PATIENTE ATTEINTE D'ICHTYOSE CONGENITALE ASSOCIE A UN DEFICIT EN COMPLEMENT C3: A PROPOS D'UN CAS

R.RECOUCHE, R.YAHIAOUI., S.KHAKHA., I.BATOUCHE., R.AMRANE., A.FISSAH.

Service de pneumophtisiologie, CHU Bab el oued. Alger

*Introduction* : L'ichtyose est une affection dermatologique rare qui peut être associée ou révéler des maladies systémiques variées. Elle est caractérisée par un trouble de la kératinisation et se manifeste par l'existence de squames diffuses.

Elle peut être acquise révélant souvent une affection néoplasique ou infectieuse, contrairement à l'ichtyose congénitale qui, souvent associée à un déficit immunitaire. Nous rapportons un cas d'ichtyose congénitale associée à un déficit en complément C3, compliquée d'une tuberculose multi focale.

*Observation* : Nous rapportons un cas d'ichtyose congénitale associée à un déficit en complément C3 compliquée d'une tuberculose médiastino pulmonaire et ganglionnaire profonde. 5 mois après traitement antituberculeux, on note une altération de l'état général avec des signes de de dénutrition, et de déshydratation, associés à une polynévrite d'allure toxique, à une dégradation des lésions radiologiques et à une aggravation de son ichtyose. Le contrôle des Bascilloscopies était riche en BK à l'examen direct. Devant ce tableau radio clinique et bactériologique, nous avons évoqué un échec au traitement.

L'ichtyose a bien évolué sous traitement antituberculeux de 2<sup>ème</sup> ligne, mais sans isoniazide, parallèlement à la tuberculose sous-jacente, avec une amélioration de son état clinique et surtout régression partielle de ses lésions cutanées.

*Conclusion* : L'association d'une ichtyose à une tuberculose est très rare, mais il est possible qu'elle soit également liée au déficit en complément C3.

## OPACITE RONDE REVELEE PAR DES ACCES DE TACHYCARDIE (KYTE HYDATIQUE OU BRONCHENIQUE) : A PROPOS D'UN CAS

N.Kachebi, R. Yahiaoui., R. Fissah.

Service de pneumologie, CHU Bab El Oued.

*Introduction* : Les kystes broncho géniques (KB) sont des malformations kystiques intra thoraciques congénitales. Ce sont des tumeurs rares représentant 6 à 15% des tumeurs médiastinales. Elles sont diagnostiquées à l'enfance et sont généralement symptomatiques, et les manifestations cliniques sont diverses. Le traitement est chirurgical et l'examen anatomopathologique confirmera le diagnostic.

*Observation* : M.Z âgée de 37 ans, sans habitudes toxiques. La symptomatologie remonte à 01 mois avant son admission, marquée par l'apparition d'une dyspnée (stade II de NYHA), d'une toux productive ramenant une expectoration purulente, tachycardie à 120 battements/mn, associée à un syndrome infectieux ne cédant pas au traitement antibiotique. L'interrogatoire a révélé un séjour de 04 mois dans une zone rurale .L'examen physique retrouve une patiente en bon état général, tachycarde (FR= 22 c/min, FC=110 b/min TA, Sao2 96% à AA).L'examen pleuro-pulmonaire et l'examen cardiovasculaire sans anomalies. Une radiographie thoracique a été réalisée devant la persistance du syndrome infectieux objectivant une opacité ronde de 8 cm de diamètre de siège hilare et retro-cardiaque droit dense homo-

gène, limite interne intramediastinale, limite externe nette et régulière n'effaçant pas le bord droit du cœur témoignant son siège postérieur. Complétée d'un scanner qui révèle une formation kystique, liquidienne homogène, bien encapsulée uniloculaire (76/65mm), siègent au niveau de l'étage moyen droit du médiastin postérieure; sous carénaire, latéro-œsophagienne droite venant au contact du corps vertébral thoracique sans lyse de celui-ci. Après un bilan pré-opératoire sans particularité, la patiente est adressée en chirurgie thoracique et opérée avec suites chirurgicales favorables, l'étude histopathologique de la pièce opératoire a objectivé le diagnostic de kyste broncho génique.

**Discussion :** Les KB sont des malformations congénitales rares représentant 6 à 15% des tumeurs médiastinales. Ils peuvent être découvert à tout âge avec une fréquence identique entre les deux sexes. Généralement ils sont symptomatiques et diagnostiqués précocement au cours de l'enfance

Les manifestations cliniques sont diverses et non spécifiques, allant de la latence la plus absolue aux tableaux cliniques les plus graves liés aux complications mécaniques (compression trachéale, bronchique ou médiastinale) et/ou infectieuses. L'imagerie (TDM et IRM thoracique) joue un rôle fondamental dans le diagnostic de ces malformations. Le diagnostic évoqué dans notre Observation avant la réalisation de la TDM thoracique était le kyste hydatique en se basant sur les données anamnestiques. La TDM thoracique reste donc le meilleur examen, disponible, pour étudier les masses médiastinales. Elle permet de préciser le siège exact de la masse, confirme sa nature liquidienne par l'étude de la densité. Elle étudie aussi les limites et les rapports avec les structures médiastinales avoisinantes. L'évolution des KB est variable en fonction de la phase de découverte. L'exérèse chirurgicale du kyste broncho génique est toujours indiquée.

**Conclusion :** En Algérie, devant une opacité ronde isolée bien limitée, le diagnostic radio-clinique est difficile entre une maladie endémique comme le kyste hydatique et le kyste bronchogénique congénitale.

## **KYSTE BRONCHOGENIQUE REVELE PAR DES ACCES DE TACHYCARDIE CHEZ UNE JEUNE FEMME: A PROPOS D'UN CAS**

**N.Kachebi, R. Yahiaoui., S.Khakha., S.Bouchene., R.Amrane., A. Fissah.**

Service de pneumologie, CHU Bab El Oued.

**Introduction :** Les kystes broncho géniques (KB) sont des malformations kystiques intra thoraciques congénitales. Ce sont des tumeurs rares représentant 6 à 15% des Tumeurs médiastinales. Elles sont généralement symptomatiques, et les manifestations cliniques sont diverses. Le traitement est chirurgical et l'examen anatomopathologique confirme le diagnostic

**Observation :** Patiente âgée de 37 ans sans ATCDs particuliers, consulte pour dyspnée d'effort, une toux productive avec une expectoration purulente, évoluant depuis presque 02 mois, avec une tachycardie à 120 battements/mn, associée à de la fièvre non chiffrée ne cédant pas au traitement antibiotique.

Une opacité ronde, volumineuse rétro-cardiaque droite, était objectivée à la radiographie thoracique standard complétée d'un scanner thoracique, qui révélait une formation kystique, liquidienne bien encapsulée uniloculaire (76/65mm), siègent au niveau de l'étage moyen droit du médiastin postérieure; sous carénaire, latéro-œsophagienne droite venant au contact du

corps vertébral thoracique sans lyse de celui-ci, et d'une IRM qui montrait, que la formation kystique mesurant 70X80X90mm à contenu liquidien épais avec un sédiment à paroi finement calcifiée, comprimait la paroi post de l'oreillette gauche du cœur et de la veine pulmonaire supérieure qui sont refoulées, faisant évoquer le diagnostic d'un kyste bronchogénique. Une échodoppler cardiaque était réalisée visualisant une masse d'allure kystique (55/55mm) sur le toit de l'OG, avec une lame péricardique postérieure. La patiente était opérée avec suites chirurgicales favorables, l'étude histopathologique de la pièce opératoire avait confirmé le diagnostic de kyste broncho génique.

**Conclusion :** Le kyste bronchogénique est une tumeur médiastinale diagnostiquée dans l'enfance, car elle est très symptomatique du fait de la compression des structures médiastino-pulmonaires.

## **SYNDROME D'HYPER-EOSINOPHILIE ASSOCIE AUNE HYPERTENSION ARTERIELLE PULMONAIRE : A PROPOS D'UN CAS**

**<sup>1</sup>S.BOUCHENE, <sup>1</sup>R.YAHIAOUI., <sup>2</sup>Z.BENOUI. <sup>1</sup>N.ATLAOUI., <sup>1</sup>R.AMRANE., <sup>1</sup>A.FISSAH.**

<sup>1</sup>Service de pneumologie, CHU Bab El Oued.

<sup>2</sup>Service de cardiologie, CHU Béni Messous

**Introduction :** Le syndrome hyperéosinophile (SHE) est une affection rare, qui présente une grande hétérogénéité clinique et physio pathogénique. Dans la majorité des cas, on retrouve une pathologie causale sous-jacente.

**Observation :** Patiente de 46 ans sans antécédents, était hospitalisée pour décompensation cardiaque droite. L'électrocardiogramme (ECG) enregistrait une tachycardie sinusale et des signes d'hypertrophie des cavités droites. L'interrogatoire notait la présence d'une dyspnée classe fonctionnelle IV de la NYHA, et des palpitations évoluant depuis 4 mois associés à un œdème transitoire, mais récidivant.

L'examen physique retrouvait un souffle systolique éjectionnel, avec un éclat de B2 au foyer pulmonaire à l'auscultation cardiaque. Le reste de l'examen clinique était normal. Le bilan biologique révélait une hyper éosinophilie à 5700/mm<sup>3</sup> qui existait depuis 15 mois. La radiographie thoracique était normale. L'échographie cardiaque objectivait une dilatation des cavités cardiaques droites, une fuite tricuspéenne avec une PAPs à 110 mm Hg, un discret épanchement péricardique. L'IRM qui ne montrait pas d'anomalies des cavités cardiaques ni myocardique. Le cathétérisme cardiaque droit confirmait le diagnostic d'une hypertension artérielle pulmonaire précapillaire sévère (PAPm : 65 mm Hg). L'angioscanner thoracique éliminait le diagnostic d'une embolie pulmonaire. Le bilan étiologique de l'HTAP et de l'hyper éosinophilie était négatif. Le reste du bilan biologique. Le taux d'éosinophiles se normalisait 1 mois après traitement corticoïde associé au traitement digitalo-diurétique, avec une nette amélioration clinique. Devant la survenue de l'HTAP associée à l'HE primitive, le diagnostic de syndrome d'hyperéosinophilie idiopathique était retenu.

**Discussion :** La survenue de l'HTAP associée à un SHE est imputable à l'hyper éosinophilie essentielle. Elle doit être dépistée afin d'éviter l'évolution l'insuffisance cardiaque droite.

**Conclusion :** Le syndrome de SHE compliqué d'HTAP fait partie des maladies dites « orpheline » dont la méconnaissance par le Pneumologue, risque de faire retarder la prise en charge thérapeutique par une corticothérapie adaptée ; seul moyen d'amélioration du pronostic de l'HTAP.

## LE SYNDROME EMPHYSEME-FIBROSE PULMONAIRE: A PROPOS D'UN CAS

A. Benferhat, S. Djatit., N. Djami., Y. Benbetka., R. Amrane., A. Fissah.

Service de pneumo-phtisiologie, CHU Bab el Oued - Alger

**Introduction :** Le syndrome d'emphysème -fibrose pulmonaire (SEF) est une atteinte pulmonaire concomitante associant des lésions emphysemateuses des sommets et une fibrose des bases. Il s'agit d'une entité clinique, fonctionnelle et scannographique. C'est plus récemment en 2005 que cette association a été individualisée comme une entité radio-clinique par le groupe d'études et de recherche sur les maladies-orphelines-pulmonaires (GERM -O- P). Il reste rare, moins de 300 cas sont décrits dans la littérature.

**Observation :** Monsieur L.T âgé de 77ans, ancien commerçant, ex fumeur à 40 paquets-années sevré il y a 05 ans, aux antécédents d'hospitalisation en janvier 2014 pour surinfection bronchique sur fibrose pulmonaire idiopathique diagnostiquée en 2009. En février 2014 le patient a été réadmis à notre niveau pour prise en charge d'une exacerbation de sa fibrose d'origine infectieuse avec une symptomatologie faite d'une dyspnée stade III de la NYHA, douleurs thoraciques et toux productive avec expectoration purulente, le tout évoluant dans un contexte fébrile à 38.5 °C. La dyspnée s'est installée de façon insidieuse à partir de 2007 pour atteindre le stade III de la NYHA. A l'examen clinique on retrouve une SpO<sub>2</sub> à 84% à l'air ambiant, une polypnée à 32 c/mn T 38.5°C, Hippocratisme digital dont le début d'apparition est méconnu par le malade avec à l'auscultation pulmonaire des râles polymorphes prédominants aux bases. Le reste de l'examen clinique était sans particularités.

**Biologie:** FNS hyperleucocytose à 16700/mm<sup>3</sup>. Radiographie thoracique de face : aspect en rayons de miel diffus bilatéral prédominant aux bases. TDM thoracique: aspect de fibrose pulmonaire à prédominance lobaire inférieure bilatérale associée à un emphysème centro-lobaire et para septal. EFR : syndrome mixte. Echo cœur: légères fuites mitrale et aortique dégénératives, PAPs à 46 mm hg. Gazométrie artérielle : alcalose respiratoire décompensée. La particularité de ce cas clinique est faite surtout par la rareté de la maladie Cette association qui a été peu décrite dans la littérature fait actuellement l'objet d'une étude conduite au sein du Groupe d'Etudes et de Recherche sur les Maladies « Orphelines » Pulmonaires (GERM « O » P).

Le diagnostic de cette association est porté sur des arguments radiologiques. Les anomalies sont parfois peu marquées sur la radiographie thoracique, qui peut montrer des opacités infiltrées bilatérales des bases, une raréfaction de la trame vasculaire pulmonaire des sommets. Dans notre Observation clinique les caractéristiques décrites lors de précédentes études sur ce syndrome s'appliquent sur notre patient. Il s'agit effectivement d'un homme âgé de 72 ans (plus de 65 ans) gros fumeur à 40p/Année. Sur le plan radiologique le scanner thoracique en coupes millimétriques, qui montre un emphysème centrolobulaire et/ou bulleux des sommets pulmonaires, associé dans 90 % des cas à un emphysème paraseptal très évocateur comme c'est le cas chez notre patient, et une pneumopathie infiltrante diffuse fibrosante prédominant dans les bases (opacités réticulaires sous-pleurales, images en rayons de miel, bronchectasies par traction), comportant des opacités en verre dépoli plus fréquentes qu'au cours de la fibrose pulmonaire idiopathique.

La présence de rayons de miel, d'opacités réticulaires intra-lobulaires, de bronchectasies de traction et de verre dépoli est rapportée respectivement dans 95,87,73 et 66% des cas de SEF. Une hypertension pulmonaire est présente chez près de la moitié des malades ceci est retrouvé dans notre cas avec une PAPS à 46 mmhg et donc représente le principal facteur pronostique péjoratif de cette affection dont la survie médiane est de 6 ans. Parallèlement sur le plan fonctionnel respiratoire la diminution des débits expiratoires liée à l'emphysème est corrigée par l'augmentation de la rétraction élastique du parenchyme pulmonaire atteintes de fibrose. Cette pneumopathie infiltrante corrige également la distension thoracique en réduisant les volumes pulmonaires par contre l'EFR réalisée chez notre malade retrouve un syndrome mixte.

**Conclusion :** Le syndrome emphysème -fibrose pulmonaire est défini par l'association en tomodensitométrie d'un emphysème des sommets et d'une fibrose des bases pulmonaires se caractérisent par des modifications modérées des volumes et débits pulmonaires, qui contrastent avec une altération marquée de la capacité de transfert du monoxyde de carbone, et une hypoxémie d'exercice. Les débits expiratoires diminués par l'emphysème se normalisent en raison de l'augmentation de la force élastique et les volumes pulmonaires diminuent effaçant la distension thoracique initiale et par conséquent l'emphysème et la fibrose ont un effet fonctionnel opposé ce qui explique la préservation des volumes et des débits pulmonaires qui peut conduire à sous-estimer la sévérité de la maladie. L'hypertension artérielle pulmonaire représente le principal facteur pronostique péjoratif de cette affection dont la survie médiane est de 6 ans Ce syndrome est récent et méconnu, d'autres cas sont nécessaires afin de mieux l'étudier.

## DIAGNOSTIC DE LA BPCO CHEZ DES PATIENTS CONSULTANT EN URGENCE POUR DYSPNEE AIGUE AU CENTRE DE TRI DE BAB EL OUED.

N. DERMECH, R. AMRAN., A. FISSAH.

Service de pneumologie, CHU Bab El Oued

**Introduction :** La BPCO est le plus souvent sous diagnostiquée dans notre pays. La maladie est fréquemment suspectée lors d'une exacerbation chez un malade consultant en urgence et confirmée lors de la prise en charge ultérieure du patient en milieu pneumologique.

**Objectif de L'étude :** dépistage de la BPCO chez les patients consultants pour dyspnée dans le cadre de l'urgence

**Matériel et Méthode :** Nous rapportons les résultats d'une étude prospective descriptive allant de Septembre 2014- Décembre 2014, portant sur 134 patients ayant consulté au pavillon des urgences (PU) du CHU de Bab El Oued Alger pour dyspnée. 100% des patients étaient des hommes, l'âge moyen est de 50 ans (extrêmes : 36-78 ans) ; tous les patients étaient tabagiques avec une consommation moyenne d'1 paquet par jour/25 ans et un pic de consommation pour les schizophrènes (moyenne de 4 paquets/jour). La BPCO était documentée au moment de la consultation au PU que dans 24% des cas (32 patients), avec une prédominance pour le stade II (32%) et III (41%) ; les comorbidités sont retrouvées dans 48% des cas dominées par l'hypertension artérielle et la cardiopathie ischémique (15%), et le diabète. L'isolement social était retrouvé chez 2 patients. Le motif le plus fréquent de la consultation était la surinfection bronchique (29%

des cas), la pneumonie (16% des cas), le pneumothorax : 14% des cas), la tuberculose pulmonaire (13%), et l'embolie pulmonaire (4 cas : 3% des cas). L'hospitalisation était préconisée dans 80% des cas dont 5% en unités de soins intensifs.

*Discussion* : De cette étude il en ressort le déficit flagrant du dépistage de la BPCO, les patients ne se savent malades qu'au stade des complications qui peuvent être redoutables notamment les infectieuses et les pneumothorax.

*Conclusion* : la BPCO est une maladie multi systémique, la fréquence et la gravité de ses exacerbations peuvent être évitées par un dépistage précoce de la maladie et une prise en charge globale précoce.

## LES URGENCES RESPIRATOIRES PRISES EN CHARGE A LA GARDE QUOTIDIENNE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE BAB EL OUED

S. KHAKHA, I.MESSAOUDI., S.DJATIT., K. REKOUICHE., R.AMRANE., A.FISSAH.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Bab el Oued

*Introduction* : Les pathologies respiratoires constituent le premier motifs de consultation en médecine générale

*Objectif de l'étude* : Le but du travail est d'étudier les motifs de consultation et la prise en charge en urgence des cas colligés sur le registre de la garde du Service de pneumologie du C.H.U de Bâb el oued.

*Matériels et Méthodes* : Étude rétrospective et descriptive, portant l'analyse du registre ou sont inscrits tous les patients consultants à la garde de Pneumologie avec analyse du profil clinique, para clinique et de la prise en charge durant 05ans du 01 janvier 2009 au 31 décembre 2013. Les registres d'admission ont servi de support vérificatif des données recensées sur les dossiers des patients.

*Résultats* : 240 dossiers ont été colligés, 163 hommes soit 68% et 77 femmes soit 32% d'âge moyen de 55.6ans. Les pathologies respiratoires représentaient 233 cas soit 97% et 7 cas soit 3% pour les pathologies non respiratoires constituées de pathologies cardiovasculaires. Parmi les pathologies recensées 50% étaient des pneumothorax soit 120 cas, 17% de Pneumonies aiguës communautaires soit 41 cas, 7% étaient des exacerbations de BPCO soit 16 cas, 5% exacerbations d'asthme soit 12 cas, le reste se répartissait comme suit : 7% de complications de chimiothérapie soit 16 cas, 5% complications de traitement antituberculeux soit 12cas, 3% exacerbations de DDB soit 7 cas, 2% abcès pulmonaires soit 05 cas, 2% embolie pulmonaire soit 05 cas. Le diagnostic à l'admission et le diagnostic définitif étaient dominés par les Pneumothorax.

*Conclusion* : Le motif d'admission dans le cadre de l'urgence en milieu pneumologique est varié. On rencontre des affections respiratoires et non respiratoires. Parmi les pathologies pulmonaires, les exacerbations de BPCO, de PID et d'asthme, les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) et les pneumothorax restent les plus fréquentes.

## PRISE EN CHARGE DES PNEUMOTHORAX CONSULTANTS EN URGENGE AU CHU DE BAB EL OUED

N.DJAMI, N. DERMECH., Y.BENBETKA., R.AMRANE., A.FISSAH.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Bab el Oued

*Introduction* : Le pneumothorax spontané(PS) est une pathologie fréquente, dont la prise en charge nécessite un geste thé-

rapeutique d'urgence dans la plus part des cas.

*But du travail* : Evaluer les modalités de prise en charge des patients présentant un pneumothorax et ayant consulté dans le cadre de l'urgence au centre de tri du CHU de Bab el oued.

*Patients/méthodes* : Tous les patients ayant consulté au pavillon des urgences du CHU BEO et hospitalisés pour PS ont été inclus (janvier2013-juin2014) dans l'étude

*Résultats* : Soixante dix (70) patients ont été hospitalisés pour PS durant la période sus citée. 94% étaient de sexe masculin, l'âge moyen était de 47 ans. La douleur thoracique était le maître symptôme de consultation. Le tabagisme était retrouvé dans 85% des cas, allant de 3 à 90P/A, La consommation de cannabis était retrouvé dans 20% des cas, avec une durée moyenne de 10 ans et à raison de 2 à 20 joints /jour. La majorité des patients étaient longilignes avec un BMI variant de 14 à 29.

Le pneumothorax était total dans 97% des cas et survenait à droite dans 60%.il s'agissait d'un 1<sup>er</sup> épisode dans 86% et de récurrence dans 14% des cas.Le drainage thoracique était réalisé d'emblé chez 50% des patients, l'exsufflation chez 23%, l'exsufflation suivi d'un drainage chez 23% des patients, et l'abstention chez 3% des cas. Un drainage chirurgical a été réalisé chez 4 patients après échec du drainage médical. La durée moyenne du drainage était de 11 jours .Le pneumothorax était primitif dans 64% des cas et secondaire dans 35,7% avec (44%) d'emphysème pulmonaire. les complications sont retrouvés dans 25% dominées par la survenue de surinfection pleurale.ledécès étaient survenu chez deux patients.

*Discussion* : le PS est une pathologie fréquente dans la pratique pneumologique .elle met rarement en jeu le pronostic vital. C'est une pathologie du sujet jeune, souvent de sexe masculin et tabagique dans 90%, c'est ce qui a été retrouvé dans notre étude. Elle est à l'origine d'importants couts directs inhérents à une durée d'hospitalisation prolongée (4-9 j), dans notre série, elle est de 11 j. Les PS complets sont traités soit par exsufflation ou par drainage. Le taux de récurrences est fréquentes de l'ordre de 16 à 52%, et les complications sont rares et dépendent de l'attitude thérapeutique. la BPCO avec ou sans emphysème constitue la cause la plus fréquente au cours du les PS secondaire.

*Conclusion* : La prise en charge du PS fait intervenir de nombreux spécialistes .elle comporte deux aspects distincts : l'évacuation de l'air de la cavité pleurale souvent réalisée en milieu médical, et la prévention chirurgicale de la récurrence qui constitue toute la problématique de la prise en charge des PS.

## LES URGENCES ONCOLOGIQUES CHEZ LES PATIENTS SUIVIS POUR CANCER BRONCHIQUEAU CHU BAB EL OUED

S.Souilah, F/Z.El Allia., S.Khodja., S.Bouchene., R. Amrane., A. Fissah.

Service de pneumo-physiologie, CHU de Bab el Oued

Le terme d'urgence oncologique se réfère à toute situation clinique liée au cancer ou à la thérapie anticancéreuse, requérant des soins rapides et présentant un risque vital ou des troubles fonctionnels permanents si des mesures thérapeutiques ne sont pas entreprises rapidement. L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence et les motifs des consultations aux urgences des patients atteints d'un cancer bronchique (CB) ainsi que les modalités et les résultats de leur prise en charge.

*Patients et Méthodes* : Etude rétrospective portant sur tous les

patients atteints d'un CB suivi au sein du Service de pneumologie du CHU Bab El oued de janvier 2008 à novembre 2014 et ayant présenté une symptomatologie aiguë nécessitant une consultation d'urgence.

**Résultats :** Parmi les 858 patients atteints d'un CB suivis au Service durant cette période, 718 (83,7%) avaient consulté en urgence principalement pour une altération de l'état général (37,7%), plainte respiratoire (40,6%), douleur (19%), convulsion (12%) ou syndrome infectieux sévère (1,98%). Le motif de consultation était essentiellement lié à une toxicité du traitement dans 35 % des cas et à une progression tumorale dans 29,8% des cas. Les principaux diagnostics retenus étaient un syndrome cave supérieur (5,4 %), des métastases cérébrales (15,6 %), une compression médullaire (5,9%), des épanchements pleuraux et péricardiques (10,2%), une infection sévère (2%), une détresse respiratoire (2,8%), une maladie thromboembolique (13,3%), anémie Grade 3-4 (23,6%), neutropénie Grade 3-4 (8%), thrombopénie Grade 3-4 (4%), hyponatrémie (3,1%) et hypocalcémie (0,8%). Les principaux traitements administrés comportaient une radiothérapie décompressive chez 21,7% des patients, des anticoagulants dans 13,3% des cas, une transfusion sanguine dans 23,6% des cas et des corticoïdes (23,8%), une antibiothérapie (13,3%). A court terme, la mortalité était de 3,37%.

**Conclusion :** Les patients atteints d'un CB consultent fréquemment aux urgences pour des complications liées au cancer ou son traitement ce qui souligne l'importance d'une mise en place précoce des soins de support parallèlement au traitement carcinologique.

## ETUDE PROSPECTIVE SUR LES URGENCES PNEUMOLOGIQUES PRISE EN CHARGE AU CENTRE DE TRI DU CHU BAB EL OUED

**S. Souilah, A. Benfarhat., I. Messaoudi., R. Amrane., A. Fissah.**  
Service de pneumo-physiologie, CHU de Bab el Oued

En Algérie, les urgences hospitalières constituent le pilier principal de la médecine de premier recours et le pavillon des urgences du CHU Bab el Oued en est un exemple, il représente un important point d'accueil d'urgence pour les communes avoisinantes et même lointaines. Ce centre est en permanence surchargé du fait du caractère non programmée des consultations mais surtout de la forte densité populaire du secteur.

**Objectif de l'enquête :** Description des caractéristiques socio-démographiques, médicales et de prise en charge des patients consultants pour urgences respiratoires.

**Méthodologie :** Étude prospective incluant toute personne se présentant aux urgences du CHU Bab El Oued, dans le cadre d'une consultation non programmée, pour symptômes respiratoires durant la période de l'enquête. Le recueil s'est fait 24 heures sur 24, du 1er Novembre au 18 Décembre 2014. La collecte des informations était faite par les médecins résidents du Service de pneumologie lors de leur garde au PU, en utilisant un questionnaire comportant les motifs de recours, les modalités d'arrivées au PU, les caractéristiques des patients et de la pathologie et un descriptif de la prise en charge réalisée aux urgences jusqu'à la sortie de la structure.

**Résultats :** Durant la période de l'enquête, 83 patients (52 hommes et 31 femmes) ont été colligés. Le taux de recours le plus élevé concernait les plus de 70ans (29 cas). La majorité des patients (82%) arrivaient aux urgences par leurs propres moyens et de leur domiciles. La plupart des patients se rendaient aux urgences dans

la journée (63 cas) et en début de soirée jusqu'à 22 heures (11 cas). 47% des patients avaient déjà consulté au PU pour l'épisode en cours à raison de 2,8 fois en moyenne et 18 patients étaient en exploration avec un délai moyen entre la dernière consultation et le recours aux urgences de 10 jours. Dans 30% des cas, la situation qui amenait à consulter datait du jour même mais dans 70 % des cas, elle remontait à plusieurs jours : 36 patients (43,3%) avaient consultés un médecin avant de venir au PU. La moitié des patients avaient au moins une comorbidité associée. Les motifs de consultation étaient par ordres de fréquence, la dyspnée (37 cas), la toux (34 cas), la fièvre (25 cas) et la douleur thoracique (17 cas). Toute la population enquêtée, avait bénéficié d'au moins un examen complémentaire, il s'agissait par ordre de fréquence décroissant d'une fonction rénale, une NFS, la radiographie thoracique, la glycémie, l'ECG et les gaz du sang. Dans 43,3 % des cas, il s'agissait d'une consultation simple sans geste thérapeutique associé et les traitements les plus prescrits à la sortie du patient étaient une antibiothérapie (35 cas), des bronchodilatateurs (18 cas) puis à part égale corticoïdes et antalgiques (11 cas). Les diagnostics retenus à la fin de la prise en charge étaient dominés par les Infections respiratoires aiguës (23 cas) suivi des exacerbations de BPCO (7 cas), des suspicions de tuberculose pulmonaire (7 cas) et des épanchements pleuraux (7 cas). La majorité des patients rentraient chez eux après leur passage aux urgences, mais 16 étaient hospitalisés (11 en pneumologie et 5 en réanimation médicale) et 3 évacués vers d'autres centres. La durée moyenne de séjour au PU était de 2,3 jours.

**Discussion :** La majorité des urgences reçues au cours de la période d'enquête n'était pas des cas d'urgences réelles (43,3%) de consultations. Chez 70% des patients le problème médical remontait à plusieurs jours) cette situation très fréquentes dans les centres d'urgence retarde la prise en charge des cas graves et génère un désordre et différents problèmes pour l'équipe de garde.

**Conclusion :** seule l'amélioration de la prise en charge en amont dans les structures de santé publique pourra diminuer la surcharge des consultants au niveau des centres de tri et donc celle des véritables cas d'urgence.

## ASTHMA- COPD OVERLAP SYNDROME (ACOS)

**Khelafi.R, Oussedik.F., Skander.F.**

Service de pneumologie Nour Oussedik CHU Béni messous Alger

**Introduction :** L'asthme et la BPCO sont des maladies respiratoires chroniques posant un problème majeur de santé publique. Leur diagnostic est parfois difficile chez les personnes âgées car les deux pathologies peuvent coexister d'autant que les BPCO ont des symptômes d'asthme et que l'asthme est un facteur de risque de BPCO.

**Objectif :** Evaluer le profil clinique et fonctionnel ainsi que le problème thérapeutique des patients asthmatiques âgés de plus de 40 ans ayant à la fois une symptomatologie d'asthme et de BPCO.

**Patients et Matériel :** Etude rétrospective concernant 39 patients âgés de plus de 40 ans pris en charge pour le syndrome mixte asthme-BPCO (ACOS) au Service durant la période 2010-2014.

**Résultats :** On note une prédominance masculine (71,9% versus 28,1%), la moyenne d'âge est de 58 ± 6 ans. La notion d'exposition tabagique était retrouvée dans la majorité des cas. Tous les patients avaient des antécédents d'asthme depuis l'enfance. L'atopie personnelle était retrouvée chez 3 patients sur 4. 75% des patients étaient symptomatiques et tous avaient un trouble ventilatoire obstructif (TVO) partiellement réversible, sévère

chez 1 patient sur 2. Le traitement était basé sur l'association fixe corticoïdes inhalées et  $\beta_2$  de longue durée d'action. 10 patientes avaient bénéficié en plus d'une corticothérapie orale en continu et 8 patients d'anti cholinergiques. Malgré ce traitement optimal deux patients sur trois avaient présenté plus de 2 exacerbations par an.

*Discussion* : Dans cette étude, le diagnostic d'ACOS est basé sur la notion d'exposition tabagique, la notion d'atopie, la co-existence de symptômes d'asthme et de BPCO ainsi qu'un TVO partiellement réversible. Ces patients sont symptomatiques avec un VEMS altéré, des exacerbations fréquentes et sont peu améliorés par un traitement optimal.

*Conclusion* : Les patients asthmatiques âgés, surtout s'ils ont une notion d'exposition tabagique et un mauvais contrôle doivent être réévalué sur le plan diagnostique et thérapeutique.

## LES SITUATIONS D'URGENCE DANS LE CANCER BRONCHIQUE : A PROPOS DE 122 CAS

**Khelafi.R., Oussedik.F., Fezaa.K., Mecheri.R., Keddache.N., Skander.F.**

Service de pneumologie Nour Oussedik CHU Béni messous Alger

*Introduction* : Le cancer bronchique s'accompagne parfois de complications qui peuvent conduire à des situations d'urgence et mettre en jeu le pronostic vital.

*Objectif* : Le but de cette étude est de déterminer le type de complications rencontrées chez les patients atteints d'un cancer bronchique et les difficultés de leur prise en charge.

*Patients et Méthode* : Etude rétrospective concernant 122 patients pris en charge au niveau de l'unité d'urgence du Service pour complications d'un cancer bronchique entre Janvier 2012 et Novembre 2014.

*Résultats* : Il s'agit de 110 hommes et 12 femmes dont la moyenne d'âge est de  $58 \pm 10$  ans. La majorité des patients (80,5%) avaient une tumeur au stade IV. Le motif de consultation était directement lié au cancer ou à la chimiothérapie chez 3 patients sur 4. Il s'agissait d'une détresse respiratoire chez 1 patient sur 2, de douleur dans 20% des cas et de fièvre dans 12% des cas. Cette détérioration de l'état des patients était liée à la progression néoplasique et à l'infection. La plupart des patients nécessitait une hospitalisation qui n'avait pu être assurée que dans la moitié des cas. Tous les patients avaient bénéficié des soins de soutien. Le taux de mortalité était de 40% dans les premières heures de leur prise en charge et 20% durant l'hospitalisation.

*Discussion* : Les complications du cancer bronchique représentent 13% de la demande en soin dans le cadre de l'urgence. Elles sont essentiellement liées à la progression de la tumeur et aux pneumonies. Leur approche diagnostique est identique aux patients non atteints de cancer alors que leur stratégie thérapeutique doit tenir compte de la maladie cancéreuse.

*Conclusion* : Les complications du cancer bronchique sont fréquemment graves et représentent souvent une fin de vie. Leur prise en charge en milieu hospitalier pose d'importants problèmes stratégiques.

## LES ANTIBIOTIQUES ANTITUBERCULEUX DE SECONDE INTENTION

**Ouardi. A., B.Oujidi., F. Bekri., S.Sahraoui., Y. Berrabah.**

CHU Oran

*Introduction* : Le traitement de certaines formes de tuberculose requiert le recours aux médicaments de seconde intention qui

sont peu efficaces, toxiques et source d'effets indésirables parfois sévères pouvant entraver l'observance thérapeutique.

*Patients et Méthodes* : Les effets indésirables du traitement de 80 tuberculeux multirésistants sont étudiés durant toute la période de leur prise en charge et des stratégies de prise en charge sont instaurées.

*Résultats* : Sur les 80 patients : 09 malades sont décédés dès la 1<sup>ère</sup> semaine du traitement et 06 autres n'ont pas présenté d'effets secondaires notables durant toute la durée de leur prise médicamenteuse. 17 patients ont présenté un seul effet secondaire, 21 malades ont présenté deux effets indésirables, 18 patients avec 03 effets secondaires, 08 ont présenté 04 effets secondaires et 01 malade avec 05 effets secondaires à la fois. La nature des effets secondaires : arthralgies chez 33 patients, déficit auditif ; 13 malades, dépression chez 13 malades, éruption cutanée ; 06 patients, 20 patients ont présenté des gastrites, une hépatite chez 02 malades, nausées et vomissements dans 42 cas, neuropathies périphériques chez 17 malades, 02 cas de névrite optique rétrobulbaire, 01 cas de tendinite et 01 malade a présenté des convulsions.

Pour les stratégies de prise en charge, nous étions contraints de suspendre un médicament chez 17 malades, et dans 14 cas on a diminué la dose du médicament incriminé. Les antipsychotiques étaient nécessaires pour 04 patients et un malade était mis sous anticonvulsivants. La majorité des patients ont reçu de la pyridoxine(67). Pour tous les autres effets indésirables, l'utilisation des AINS, les IPP et les anti-émétiques étaient utilisés dès que nécessaire.

*Conclusion* : Une prise en charge soignée des effets indésirables du traitement de seconde intention s'impose pour permettre la bonne observance et optimiser les réponses au traitement.

## LEUCEMIE AIGUE MYELOIDE REVELEE PAR UNE PLEURESIE

**BAAK A., Hamel Y., Yahiaoui N., Amroun A., TALEB A.**

CHU SIDI BEL ABBES

*Introduction* : Les leucémies aiguës myéloïde sont des proliférations monoclonales de cellules hématopoïétiques immatures (blastes) envahissant la moelle osseuse, survient à tout âge avec une médiane (60-65 ans) et une incidence de 3/100.000. L'atteinte pleurale reste très rare en faisant intervenir plusieurs mécanismes encore mal connue, avec présence de cellules blastiques à l'étude cytologique du liquide pleural.

*Observation* : nous rapportons un cas de leucémie aigue myéloïde chez un patient âgé de 36 ans sans ATCD particuliers qui vient consulter pour une douleur lombaire avec une dyspnée au effort quotidien. L'examen clinique retrouve un état général altère apyrétique pâleur cutané-muqueuse œdème du visage. L'examen pulmonaire dyspnée douleur thoracique gauche syndrome d'épanchement gauche des sciatalgies bilatérales. Le reste de l'examen est sans particularité

Bilan biologique : glycémie 1,7, gb17000, HG 7g/dl, TP 64%, fibrinogène 6,7 g, VS 55, (1heure), FSP : GR (anisocytose hypochrome) envahissement périphérique par plus de 10% de cellules blastiques. Myélogramme : moelle riche, envahissement de 70% de cellule de taille moyenne a grand rapport nucléaire sur cytoplasme (basophile) élevée, chromatine du noyaux est régulier (1 à 3 nucléole), certains cytoplasme renferme des granulation. Immuno-phénotypage : positive pour les

marqueurs mégacaryocytaires. Radiographie thoracique : épanchement pleural gauche de moyenne abondance. Scanner lombaire : aspect micro lacunaire vertébral lombo-sacré diffus. Le patient commence une chimiothérapie d'induction par l'association d'une anthracycline et de la cytosine arabinoside.

*Discussion* : une étude par immuno phénotypage est nécessaire pour le diagnostique, la différenciation entre LAM et LAL et la classification de la LAM pour établir le traitement adéquat qui comporte trois phases pour la chimiothérapie : induction - consolidation - entretien, et parfois même on propose une allo ou autogreffe de cellule souche hématopoïétique pour les sujets jeunes.

*Conclusion* : Devant une pleurésie exsudative du sujet jeune avec altération de l'état général et un hémogramme qui montre une hyperleucocytose associée à une anémie normo ou macrocytaire et thrombopénie il faut toujours penser à la LAM. Le pronostic dépend de l'âge, des tares associées et du type de cytochimie, la moyenne de survie est de 35%.

### **PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES A PROPOS DE 116 CAS COLLIGES SUR UNE PERIODE DE 06 ANS**

**T.BERDOUS, F.SAADI, S.NAFTI.**

CHU Mustapha Alger

Les pneumonies aiguës communautaires (PAC) constituent un problème de santé publique. Elles sont principalement d'origine bactérienne mais le faible rendement des investigations fait que la prise en charge de ces infections reste empirique. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 06 ans (2008 -2013), ayant colligé 116 cas de PAC hospitalisés. Il s'agit de 63 hommes et 43 femmes avec des extrêmes d'âge allant de 15 à 94 ans. 47 cas étaient des fumeurs actifs, 5 fumaient du cannabis, notion de prise de tabac à chiquer chez 08 cas, 06 étaient alcooliques. L'analyse des comorbidités : diabète chez 31 cas, pathologies cardiovasculaires chez 21 cas, asthme chez 11 cas et épilepsie chez 05 cas. La symptomatologie associait des signes généraux dans la totalité des cas avec présence de signes extraréspiratoires notamment digestifs chez 20 cas. La radiographie thoracique : syndrome alvéolaire : 96 cas, syndrome interstitiel pour 16 cas. La pneumopathie était unilatérale : 85 cas (17 étendues), bilatérale : 26 cas et l'atteinte pleurale a été associée : 30 cas. La fibroscopie bronchique réalisée chez 79 cas retrouve un aspect inflammatoire dans la totalité des cas avec présence de sécrétions purulentes chez 25 cas. Le germe en cause n'a pu être isolé que pour 15 cas, BGN : 06 cas, staphylococcus aureus : 4 cas et legionella pneumophila : 5 cas. Un traitement empirique de 1<sup>ère</sup> intention à base d'ampicilline en monothérapie a été prescrit : 58 cas, ampicilline – gentamicine pour 13 cas, ampicilline – gentamicine – métronidazole : 16 patients ; céphalosporines de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> génération : 18 patients, aux macrolides : 9 cas et aux quinolones : 2 cas. La durée d'hospitalisation était inférieure à 1 mois : 70 cas et supérieure à 1 mois pour 46 cas. Une bonne évolution a été notée chez 103 cas, 5 patients ont été transférés en réanimation et on a déploré 08 décès. Les pneumonies aiguës communautaires (PAC) constituent un problème de santé publique. Elles sont principalement d'origine bactérienne le faible rendement des investigations fait que la prise en charge de ces infections reste empirique. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 6 ans 2008-2013, ayant colligé 116 cas de PAC hospitalisés. Il s'agit de 63 hommes et 43 femmes avec des extrêmes d'âge allant de 15 à 94 ans. 47 cas étaient des fumeurs actifs, 5 fumaient du cannabis, no-

tion de prise de tabac à chiquer chez 8 cas, 06 alcooliques.

L'analyse des comorbidités : diabète : 31 cas, pathologies cardiovasculaires : 21 cas, asthme : 11 cas et épilepsie : 05 cas. La symptomatologie associait des signes généraux dans la totalité des cas avec présence de signes extraréspiratoires notamment digestifs chez 20 cas. La radiographie thoracique : syndrome alvéolaire : 96 cas, syndrome interstitiel : 16 cas. La pneumopathie était unilatérale : 85 cas (17 étendues), bilatérale : 26 cas et l'atteinte pleurale a été associée : 30 cas. La fibroscopie bronchique réalisée chez 79 cas retrouve un aspect inflammatoire dans la totalité des cas avec présence de sécrétions purulentes chez 25 cas.

Le germe en cause n'a pu être isolé que : 15 cas, BGN : 06 cas, staphylococcus aureus : 4 cas et legionella pneumophila : 5 cas. Un traitement empirique à base d'ampicilline en monothérapie a été prescrit : 58 cas, ampicilline – gentamicine : 13 cas, ampicilline – gentamicine – métronidazole : 16 patients ; céphalosporines de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> génération : 18 patients, aux macrolides : 9 cas et quinolones : 2 cas. La durée d'hospitalisation était inférieure à 1 mois pour 70 cas et supérieure à 1 mois pour 46 cas. Une bonne évolution a été notée chez 103 cas, 5 patients ont été transférés en réanimation et on a déploré 08 décès.

### **EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX AU COURS DE LA TUBERCULOSE A BACILLES MULTI-RESISTANTS (TB-MR) : A PROPOS DE 77 CAS**

**F.SAADI, T.BERDOUS., B.LARBANI., S.NAFTI.**

CHU Mustapha Alger

En Algérie, la tuberculose pulmonaire à BK multi résistants (TB-MR) représente moins de 1% de l'ensemble des cas de tuberculose pulmonaire. Elle reflète l'efficacité de la chimiothérapie anti-tuberculeuse et pose de nombreux problèmes en raison d'un traitement qui reste long et responsable d'effets secondaires pouvant être de conséquence très grave menant parfois à l'arrêt du traitement. Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée chez 77 patients suivis pour TB-MR à la clinique des maladies respiratoires du CHU Mustapha sur une durée de 13 ans (2000-2013). L'âge moyen était de 42 ans avec un pic de fréquence pour la tranche des 20-30 ans. On note une prédominance masculine (45 hommes pour 32 femmes). Les effets secondaires du traitement antituberculeux ont été retrouvés dans 61% des cas. La résistance porte sur trois drogues (R H S) dans 26 cas, sur deux drogues (RH) dans 14 cas et sur quatre drogues (RHSE) dans 6 cas, survenus essentiellement durant la phase d'attaque (35 cas). Les effets secondaires mineurs représentaient 60% des cas avec prédominance des troubles digestifs : vomissements et douleurs épigastriques (40 cas), suivis des arthralgies (12 cas). Les céphalées et les vertiges ont été retrouvés dans 8 cas. Les effets secondaires majeurs étaient dominés par les troubles psychiatriques (23 cas) suivis des troubles auditifs (19 cas). Enfin 3 hépatites médicamenteuses et 2 insuffisances rénales ont été notées. Le traitement prescrit était un régime de 3<sup>ème</sup> ligne : standardisé dans 70% des cas, individualisé dans 30% des cas. La guérison a été déclarée chez 48 patients. 5 patients sont décédés, 17 ont été perdus de vue et 7 sont toujours en cours de traitement. La fréquence des effets secondaires du traitement de la TB-MR et leur gravité impose une surveillance régulière et très étroite des patients afin de détecter le plus précocement ses effets et d'y remédier à chaque fois que cela est possible.

## EXPERIENCE DU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU MUSTAPHA A PROPOS DE LA TUBERCULOSE A BACILLES MULTI RESISTANTS INCLUANT 77 CAS

T.BERDOUS, F.SAADI., B.LARBANI,S.NAFTI.

CHU Mustapha Alger

La tuberculose multi résistante représente 1,5% de l'ensemble des cas tuberculoses en Algérie, elle est due à des bacilles résistants au moins à l'isoniazide et rifampicine, les deux antituberculeux majeurs. Elle pose de nombreux problèmes en raison d'un traitement long et responsable d'effets secondaires graves. Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée chez 77 patients TPMDR suivis au service de pneumologie du CHU Mustapha sur une durée de 13 ans 2000 à 2013.

L'âge moyen des patients était de 30 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 15 à 30 ans, on note prédominance masculine, 45 étaient des hommes et 32 des femmes avec un cas d'hépatite B et un autre hépatite C. La résistance a été documentée dans tous les cas par un antibiogramme ; il s'agissait d'une triple résistance à la rifampicine, isoniazide et Streptomycine chez 54 cas, d'une résistance à RHZE chez 8 cas et d'une résistance à RH chez 15 cas. Sur l'ensemble des cas 25% des cas sont familiaux. Le traitement appliqué était un régime de 3ème ligne standardisé dans 70% des cas et individualisé dans 30% des cas. La durée moyenne du traitement était de 24 mois, les effets secondaires du traitement ont été retrouvés dans 61% des cas. L'évolution est marquée par la guérison chez 48 cas, 17 cas perdu de vue, 7 cas en cours de traitement et enfin 5 cas sont décédés. La tuberculose multi résistante reste préoccupante, leur prise en charge est complexe, car traitement long avec effets secondaires fréquents d'où l'intérêt d'un suivi rigoureux afin d'obtenir la guérison et éviter les abandons de traitement .

## PNEUMOPATHIE TRAINANTE REVELANT UN LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN CHEZ UN SUJET AGE

BENZEGUIR A., FETTAL., N., Dr BEZIOUI. Y., Dr FEDDAG. A., HAKEM. A., TALEB. A.

CHU HASSANI AEK SIDI BEL ABBES

Pneumopathie trainante révélant un LMNH chez un sujet âgé immunodéprimé.

*Introduction* : Les lymphomes sont des proliférations malignes des tissus lymphoïdes. Ce sont des tumeurs du système immunitaire. Les lymphomes non hodgkinien représente 85% de l'ensemble des lymphomes.

*Cas clinique* : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 80 ans aux antécédents d'adénome de prostate opéré en 2005, de cardiopathie hypertensive, dysthyroïdie, diabète Type 2 pour prise en charge d'une pneumopathie trainante du lobe moyen.

L'examen Clinique retrouve : un patient en état général altéré, dénutrit avec IMC à 15kg, avec une pâleur cutanéomuqueuse et une fièvre nocturne. L'examen pleuro pulmonaire retrouve des râles crépitants au niveau du 1/3 moyen du champ pulmonaire droit. Le reste de l'examen clinique retrouve une splénomégalie stade 4 et une adénopathie cervicale droite. La radiographie thoracique montre une opacité triangulaire du lobe moyen droit avec élargissement du médiastin moyen. Une exploration endoscopique a montré un aspect inflammatoire de la muqueuse bronchique de la bronche lobaire moyenne, l'étude cytologique à la re-

cherche de cellules malignes est revenue négative. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montre un comblement alvéolaire lobaire supérieur et moyen droit, de multiples adénopathies médiastinales et axillaires bilatérales, une volumineuse splénomégalie hétérogène avec des adénopathies profondes. La biopsie exérèse et l'étude anatomopathologique de l'adénopathie cervicale droite a révélé un lymphome non hodgkinien de type lymphoblastique. Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie «Protocol BFM» (treated with Berlin-Frankfurt-Münster).

*Conclusion* : Les LMNH sont des pathologies dont la fréquence est en augmentation et les complications respiratoires sont le plus souvent inaugurales et récidivantes, de localisation secondaire ou infectieuse à Type de pneumonies bactériennes prédominant dans les lobes moyens et inférieurs. Cette pathologie a vu son pronostic considérablement amélioré dans les 10 dernières années par l'utilisation des chimiothérapies intensives même si l'âge avancé reste un facteur défavorable.

## PALUDISME A TAMANRASSET : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE 2008 - 2013

<sup>1</sup>MOHAMED KHODJA M.S. <sup>2</sup>MOHAMED KHODJA M.

<sup>1</sup>EPSP Tamanrasset, <sup>2</sup>CHU ORAN

Le paludisme représente un problème de santé publique à Tamanrasset, avec une grande incidence annuelle d'année en année. Une étude transversale sur les 06 dernières années sur les différents caractères, notamment le statut socio professionnel et la modalité d'infection, permet d'agir sur la population cible en accentuant la prévention et la chimioprophylaxie.

Le paludisme enregistré est un paludisme importé du Mali et du Niger. On doit souligner aussi l'épidémie de Tinzaoutine de l'année 2012. Cette étude transversale élucide les caractères d'une population itinérante entre les différents pays limitrophes, permettant ainsi de mieux cerner le problème.

## UN LACHER DE BALLONS REVELANT LA MALADIE DE RENDU OSLER

Nadjib ADIMI, W.Bourekoua., L.Laouar., S.Nafti.

Clinique des maladies respiratoires CHU Mustapha

La maladie de Rendu-Osler (MRO) est une maladie vasculaire génétique, autosomique dominante, caractérisée par des angiodyplasies, la fréquence de l'atteinte pulmonaire est estimée entre 15 à 45 %.

Nous rapportons une Observation d'un cas de Rendu-Osler chez un jeune de 31 ans, admis pour exploration d'une image radiologique en lâcher de ballons, aux antécédents d'épistaxis spontanées et récurrentes et de malformations vasculaires cérébrales et cardiaques chez la mère et la sœur respectivement et menant aux décès pour les deux. La symptomatologie respiratoire n'était pas spécifique, essentiellement une dyspnée d'effort d'installation progressive, l'examen physique était sans anomalies.

La radiographie thoracique montre trois opacités parenchymateuses arrondies à droite et deux à gauche réalisant un aspect typique en lâcher de ballon. La TDM thoracique objective 6 nodules parenchymateux, bilatéraux bien limités de contours réguliers prenant fortement le produit de contraste et présentant chacun en son sein un vaisseau afférent et un autre efférent, la nature vasculaire des lésions était confirmée par une angio TDM thoracique. L'exploration de l'épistaxis met en évidence une malformation vasculaire bilatérale.

Le diagnostic de la maladie de Rendu Osler était retenu devant la présence de trois critères de Curaçao, la recherche des autres malformations viscérales (cérébrales, cardiaques et digestives) et l'enquête familiale sont négatives. Une cautérisation électrique était effectuée pour traiter l'épistaxis, des soins dentaires ainsi qu'une prophylaxie antibactérienne.

Le patient est programmé pour des séances d'embolisations pour les malformations pulmonaires. L'évolution est stationnaire.

Si les épistaxis sont au premier plan et peuvent être invalidantes, il faut se rappeler que la MRO est une maladie polyviscérale dont les complications sont potentiellement graves. Le dépistage et le traitement des MAV cérébrales hépatiques et pulmonaires doit être systématique, de même que l'enquête familiale.

## PROFIL EVOLUTIF DES KYSTES HYDATIQUES A PROPOS DE 42 CAS

I. Touari, M. Bouali, A. Ouahchi, S. Hamoud, A. Djebbar.

EPH BATNA Service de pneumologie. Pr Djebbar

L'hydatidose est une affection parasitaire due à la contamination de l'homme par la forme larvaire de taenia echinococcus granulosus. La localisation pulmonaire représente 20 à 40% de l'ensemble des kystes hydatiques de l'organisme et 90% des hydatidoses intrathoraciques. Notre travail démontre le profil évolutif des kystes hydatiques.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 5 ans (2009-2014) incluant 39 dossiers de malade. Cette population est constituée de 21 sujets de sexe masculin (50%) et 21 sujets de sexe féminin (50%). L'âge moyen est de 29,5 ans avec des extrêmes (15-77 ans). L'évolution s'est faite par une rupture dans les bronches dans la majorité des cas (35 cas, 83,33%) se traduisant radiologiquement par :

- Image cavitaire dans 16 cas soit 45,71%.
  - Image hydroaérique (7cas, 20%).
  - Incarcération de membrane (5 cas, 14,28%).
  - Radiographie pulmonaire normale ou subnormale (7 cas, 20%).
- Quant à la rupture dans la cavité pleurale on la retrouve dans 7 cas soit 16,66%, réalisant un pyopneumothorax.

L'hémoptysie est un symptôme fréquent lors des KHP non opérés (15 cas, 42,87%). Malgré les progrès et les espoirs suscités par les perspectives du traitement médical, ainsi que les mesures préventives de plus en plus rigoureuses dans les pays endémiques notamment en Algérie, l'hydatidose pulmonaire continue à engager le pronostic fonctionnel et vital de patients souvent jeunes, elle reste dans la grande majorité des cas du ressort de la chirurgie.

## APPROCHE DE L'ETUDE DES PHENOTYPES DE LA BPCO ET LEUR INTERET DANS LA PRISE EN CHARGE

MESSADI. MS

Service pneumophtisiologie CHU Constantine

*Introduction* : La BPCO est une maladie complexe avec des manifestations pulmonaires et extra-pulmonaires très variables. La prévalence, la distribution et l'interdépendance des principales manifestations cliniques, fonctionnelles et radiologiques de la maladie est recherchée. Depuis 2011 un système de classement multidimensionnel établi par GOLD, fondé sur le degré de limitation de débit d'air et l'indice BODE, s'est révélé meilleur que le VEMS pour prédire l'aggravation et le risque de décès

toutes causes confondues chez les patients atteints de BPCO. Afin de mieux comprendre et mieux traiter les malades, des phénotypes ont été proposés à partir de données de l'environnement et du génotype, ce qui détermine l'histoire naturelle et la réponse au traitement de la maladie.

Les phénotypes classiques de rose essoufflé et bleu bouffi ainsi que les différents syndromes de chevauchement entre asthme, bronchite chronique et emphysème donnant lieu à l'obstruction bronchique dénotent d'une intrication fréquente aux différents stades de la BPCO. Par conséquent plusieurs critères sont recensés à travers les études pour caractériser les différents stades de la BPCO : fonction respiratoire, démographie, notion d'atopie, symptômes, nombre d'exacerbations, qualité de vie, manifestations associées, biologie, imagerie, état nutritionnel, comorbidités et réponse au traitement.

Suite à la comparaison des questionnaire CAT et MRC dans les groupes A B C D, 4 phénotypes sont identifiés basés sur La méthode en clusters. D'autres phénotypes sont établis selon la réponse au traitement médical ou chirurgical. Ceci abouti à introduire des sous classes C1 C2 C3 et D1 D2 D3. De multiples études sont actuellement en cours : ECLIPSE, COPDgene study, SPIROMICS.

Il est reconnu que la BPCO est une maladie très hétérogène et que tous les patients ne répondent pas à tous les médicaments disponibles. Le terme BPCO englobe tout le spectre des patients avec obstruction incomplètement réversible causée en grande partie par l'usage du tabac. L'identification et la description de certains phénotypes, non seulement dans le sens biologique ou épidémiologique, mais aussi du point de vue pronostique et thérapeutique, surtout au niveau individuel, représente un changement important dans leur prise en charge avec des prescriptions thérapeutiques spécifiques.

*Conclusion* : Le «BPCO control panel» devrait inclure au moins trois domaines différents de la maladie ayant une valeur pronostique: la gravité, l'activité et l'impact, cette proposition préliminaire a besoin d'être débattue et validée.

## EXPERIENCE DU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE CONSTANTINE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PNEUMOTHORAX

TLILI. K, GUETTICHE.H., KHELIFI TOUHAMI.M.A., KECHICHOU.W., GUEMMADI.N., MESSADI.M.S.

Service de pneumo-physiologie CHU Constantine

*Introduction* : Devant la fréquence croissante du pneumothorax spontané ainsi que sa gravité, la conduite à tenir doit être édictée devant l'urgence thérapeutique et à long terme.

*Objectif de l'étude* : Décrire les différents aspects épidémiologiques, radio-cliniques et thérapeutiques du pneumothorax spontané. Evaluer l'efficacité de l'exsufflation à l'aiguille et hiérarchiser les procédés thérapeutiques du plus au moins invasif.

*Méthode* : Analyse rétrospective portant sur 177 patients hospitalisés au CHU de Constantine entre janvier 2012 et octobre 2014 pour pneumothorax spontané. Recenser paramètres les plus significatifs de cette pathologie (âge, sexe, profil clinique et radiologique), la conduite à tenir et ses résultats.

Résultat : L'âge moyen des patients était de 38 ans (de 16 à 85 ans), avec une durée d'hospitalisation moyenne de 12 jours. 69% étaient fumeurs avec une médiane de 21P/A. On a retrouvé des antécédents de BPCO (4,5%), emphysème (14%), fibrose (1,7%), 1 cas d'asthme et dans (69,4%) des cas aucun antécédent n'a été

retrouvé. La dyspnée a été retrouvée dans (50,3%), la cyanose dans (2,25%) et 1 seul cas de pneumomédiastin. 88,1% de PNO complet, 11,9% de PNO incomplet et (1,7%) bilatéral. On a relevé un taux de réussite de (6,66%) lors du repos, (78%) lors de l'exsufflation, (7,9%) drainés d'emblé et (4,5%) traités par chirurgie.

*Discussion* : Il est connu que le pneumothorax nécessite un geste urgent, les attitudes thérapeutiques diffèrent d'un centre à l'autre et le choix de la technique de l'évacuation de l'épanchement gazeux reste encore aujourd'hui sujet à débat, dans notre service le recours à l'exsufflation en 1ère intention pour le traitement du pneumothorax spontané a prouvé son efficacité.

*Conclusion* : Le pneumothorax spontané primitif reste le plus fréquent, l'exsufflation est une attitude thérapeutique efficace, simple et peu invasive, permettant d'épargner un nombre important de drainages et des complications.

## ADENOCARCINOME THYMIQUE: PRIMITIF OU SECONDAIRE ?

**KHELIFI TOUHAMI M.A., TLILI K., MESSADI M.S.**

Service de pneumophtisiologie CHU de Constantine

*Introduction* : L'adénocarcinome thymique primitif est extrêmement rare, seulement quelques cas ont été rapportés, dont la plupart étaient de mauvais pronostic.

*Observation* : Nous rapportons un rare cas d'un adénocarcinome thymique survenu chez un homme de 54 ans, qui avait consulté pour une tumeur thoracique douloureuse, l'imagerie thoracique avait objectivé un volumineux processus tumoral solide du médiastin antérieur et moyen, infiltrant le poumon gauche, avec érosion du sternum et adénopathies médiastinales. La biopsie transthoracique était en faveur d'un adénocarcinome thymique bien différencié, l'immunohistochimie montrait une positivité forte de cellules tumorales avec l'anticorps CK7 et négativité des CK20, NSE, Chromogranine, CD117, TTF1. La scintigraphie osseuse retrouvait une hyperfixation osseuse au niveau sternale, parasternale gauche et accessoirement scapulo-humérale gauche.

*Discussion* : Les éléments clinique et radiologique orientaient vers un lymphome médiastinal, mais l'examen histologique était revenu en faveur d'un adénocarcinome. L'origine secondaire était fortement suspectée, cependant les examens clinique, radiologiques et endoscopiques ne trouvaient pas d'autres localisations, le diagnostic d'adénocarcinome thymique primitif a été alors retenu.

*Conclusion* : L'adénocarcinome thymique est extrêmement rare, dont les facteurs pronostic et le traitement ne sont pas encore bien codifiés. Son origine primitive reste très difficile à prouver malgré les progrès de l'immunohistochimie.

## FACTEURS ETIOLOGIQUES DES EXACERBATIONS DE BPCO (A PROPOS DE 60 CAS)

**BENAHMED B., BENDRISS M., OUJIDI B., BERRABEH Y.**

CHU ORAN PPB

*Introduction* : les exacerbations de BPCO sont des épisodes cliniques ayant un impact majeur dans la dégradation de la maladie avec accélération de déclin de la fonction respiratoire. notre objectif est d'étudier les facteurs étiologiques des exacerbations de BPCO.

*Matériels Et Méthodes* : étude rétrospective réalisée sur une période de 11 mois du 01 janvier jusqu'au 30 novembre 2014, ayant colligé 51 patients présentant 60 exacerbations sévères. Hospitalisés au niveau des urgences pneumologiques de CHU d'Oran.

*Résultats* : seulement les exacerbations sévères ont été hospitalisées. Parmi les 51 malades admis 2 ont été hospitalisés 3 fois et 5 ont été réadmis 1 fois. Le moyen d'âge était de 69 ans (42 à 84 ans), l'intoxication tabagique était présente chez tous les patients, l'étiologie infectieuse était le facteur exacerbant le plus fréquent, retrouvée dans 49 épisodes ce qui représente 81% des étiologies. la pneumonie a été révélée dans 18 cas, l'embolie pulmonaire a été diagnostiquée dans 3 cas, 4 étiologies cardiaques ont été retenues dont 3 arythmies cardiaques et un syndrome coronarien aigu, 3 cas de pneumothorax total, une intoxication au barbiturique. Seulement 30 malades étaient sous couverture vaccinale par le vaccin antigrippale.

*Conclusion* : la connaissance des facteurs étiologiques des exacerbations de BPCO permet d'envisager des stratégies de prévention plus ciblées et plus efficaces.

## LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE ET LES COMORBIDITES CARDIOVASCULAIRES

**Oujidi.B, Bouchareb.A., Berrabah.Y.**

Service de pneumophtisiologie B.CHU ORAN

*Introduction* : Actuellement l'association des pathologies cardiovasculaires à la BPCO, suscite un grand intérêt, car beaucoup d'études ont démontré une morbi-mortalité considérable liée à cette association. Le facteur de risque commun, principal est le tabagisme. De même qu'au cours de la prise en charge de nos malades suivis pour BPCO, la présence d'une maladie cardiovasculaire peut modifier le statut clinique de la BPCO.

*Objectifs* : déterminer la fréquence des pathologies cardiovasculaires chez les malades BPCO et leur impact sur l'évolution de la maladie.

*Méthodologie* : Il s'agit d'une enquête descriptive de cohorte à visée analytique intéressant les malades suivis pour BPCO au sein de l'unité de consultation du service.

*Résultats et Discussion* : la moyenne d'âge des patients est de 68ans, avec nette prédominance masculine, l'intoxication tabagique présente chez 96% des malades, dont 14% ne sont pas sévères. Les pathologies cardiovasculaires sont présentes chez 42% des patients, le cœur pulmonaire chronique, complication ultime des BPCO sévère sous OLD est non inclus. Elles sont par ordre de fréquence décroissant : l'hypertension artérielle 52%, les troubles du rythme 20%, l'hypertension pulmonaire 19%, cardiomyopathie ischémique 19%, l'hypertrophie ventriculaire gauche 13%, coronaropathie 11%, les dysfonctions du VG chez 5 cas, les accidents vasculaires cérébraux 3 cas, les maladies veineuses et thrombophlébites 2 cas. La classification selon la sévérité de l'obstruction montre une prédominance du GOLD II et III, mais après évaluation du retentissement sur la qualité de vie par le CAT et de la fréquence des exacerbations, les malades appartenaient aux stades C et D, selon la classification 2011.

La prévalence de cette comorbidité dans les BPCO diffère amplement d'une série à une autre elle va de 65% à 7,6% en fonction des séries. La majeure partie des connaissances actuelles en ce qui a trait aux problèmes cardiovasculaires chez les patients atteints d'une BPCO porte sur les arythmies cardiaques. Outre les arythmies, l'hypertension artérielle pulmonaire, les maladies coronariennes, l'insuffisance cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux font partie des problèmes cardiovasculaires qui surviennent chez ces patients.

*Conclusion* : Il est évident que la coexistence d'une comorbidité cardiovasculaire pourrait avoir un impact considérable sur les manifestations cliniques de la BPCO de même que sur la qualité de vie. D'où l'importance d'une approche globale des malades BPCO, à la recherche notamment des pathologies cardiovasculaires en vue d'une adaptation thérapeutique optimale.

## **SCIATALGIE REVELANT UN ADENOCARCINOME BRONCHIQUE CHEZ UNE FEMME NON FUMEUSE A PROPOS D'UN CAS**

**BOUDJEREF M, FETTAL N., YAHIAOUI, MOULAI A., LAIDI A., TALEB A.**

Service de pneumologie CHU Sidi Belabbès

*Introduction* : L'adénocarcinome pulmonaire est une tumeur maligne de différenciation glandulaire localisée au poumon, il est responsable de 29% du cancer du poumon, il a généralement son origine dans le tissu pulmonaire périphérique.

La plupart des cas d'adénocarcinome sont associés au tabagisme cependant parmi les personnes qui n'ont jamais fumés l'adénocarcinome est la forme la plus fréquente du cancer du poumon.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 45 ans sans antécédents particuliers non tabagique consultant pour sciatalgies évoluant depuis plus de 2 mois rebelles aux antalgiques habituels. Le diagnostic de spondylodiscite infectieuse a été suspecté, une radiographie thoracique faite à visé étiologique montre une opacité ronde para cardiaque gauche. La patiente a été mise sous antibiothérapie probabiliste, la bacilloscopie et l'IDRT sont négatives. Vu la persistance du même aspect radiologique avec une altération de l'état général une fibroscopie bronchique a été faite (sans particularité) ainsi qu'un scanner thoracique montrant un processus tissulaire du lobe moyen du poumon gauche avec des adénopathies médiastinales et tassement vertébrale de D7. On a eu recours à une ponction transpariétale à visée diagnostique dont le résultat anatomopathologique est en rapport avec un adénocarcinome bronchique primitif. La patiente a été classée stade IV et a bénéficiée de plusieurs séances de chimiothérapies palliatives.

*Conclusion* : le taux de mortalité due aux cancers du poumon chez les hommes a diminué de 25% alors que dans le même temps ce taux a augmenté de près de 7% parallèlement chez les femmes ou les facteurs hormonaux particulièrement les œstrogènes jouent un rôle dans le développement du cancer bronchique notamment l'adénocarcinome.

## **L'ASSOCIATION TUBERCULOSE ET LMNH**

**AMROUN A., DERRAR H., BRIXI R., AMROUN M.S., YAHIAOUI N., TALEB A.**

Service de pneumologie CHU Sidi Belabbès

*Introduction* : L'association tuberculose et lymphome est peu fréquente mais connue, elle est source de difficulté diagnostique vue la similitude clinique et radiologique entre les deux affections. Surtout devant la non-amélioration sous traitement spécifique.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 27 ans, célibataire, sportif, sans antécédent particulier, hospitalisé en pneumologie pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une pleuro pneumopathie droite et une syndrome médiastinal sur TDM thoracique. A l'examen clinique: état général conservé, amaigrissement, sueur nocturne, toux sèche chronique et un syndrome d'épanchement droit. Sur le plan biologique : anémie inflammatoire à 11g/dl et une CRP à 75.

Ponction pleurale a objectivé une pleurésie sérofibrineuse, complétée par une endoscopie bronchique mettant en évidence un aspect inflammatoire des divisions bronchiques. Une biopsie pleurale a confirmé le diagnostic de tuberculose pleurale.

Vu le cortège radio-clinique le diagnostic d'une tuberculose multifocale (pleurale, pulmonaire, ganglionnaire) a été retenu, et le patient a été mis sous traitement spécifique : 2RHZE\4RH.

A 5 mois du traitement spécifique l'évolution a été marquée par l'apparition d'une dyspnée de repos et une douleur thoracique et une extension radiologique au TDM. Une thoracotomie à visé diagnostique a été effectuée après l'échec d'une ponction-biopsie écho-guidée a révélé un LMNH de phénoType B.

*Evolution* : Le patient est mis sous protocole de chimiothérapie adapté en association avec le traitement anti tuberculeux, l'évolution était très favorable.

*Commentaires* : La suspicion du LMNH chez notre patient n'était évidente d'autant plus que l'étude ana-path de la biopsie pleurale nous a confortés dans notre diagnostic de tuberculose multifocale.

*Conclusion* : La tuberculose et le LMNH peuvent être associés, il faut savoir y penser car ni la clinique ni la radiologie ne revêtent aucune spécificité. Le retard diagnostique du LMNH met en jeu le pronostic vital d'un patient atteint d'une affection relativement curable.

## **UNE DYSPNEE QUI REVELE UNE SARCOÏDOSE MULTIVESCERALE DANS SA FORME PSUDO-ALVEOLAIRE CHEZ UN HOMME DE 37 ANS A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.**

**Smahi.M, Kadri.A., Rahali.M., Bouchama.A.**

Hôpital militaire régional universitaire d'Oran

*Introduction* : la sarcoïdose est une maladie systémique de cause inconnue caractérisée par la formation d'un granulome typique ou compatible si non la mise en évidence de lésions granulomateuses tuberculoïdes sans nécrose caséuse dans les organes atteints à savoir la sphère médiastin-pulmonaire et le système lymphatique, le diagnostic est porté sur une présentation clinique ; radiologique et biologique compatible ou une preuve histologique.

*Observation* : patient âgé de 37 ans, admis pour l'exploration de poly adénopathies cervicales, médiastinales et abdominales associées à des condensations parenchymateuses bilatérales sur fond de verre dépoli, cliniquement le patient est dyspnéique au moindre effort ce qui l'a motivé à consulter. La radiographie thoracique objective des opacités hétérogènes siégeant au niveau des champs moyens en para-hilaire, la TDM a mis en évidence des foyers de comblement alvéolaires des deux lobes supérieurs alvéolaires hétérogènes par la présence de bronchogramme aérien sur fond de verre dépoli avec sur les fenêtres médiastinales multiples adénopathies touchant toutes les chaînes médiastinales allant jusqu'à 44 mm de diamètre associées à une splénomégalie hétérogène par la présence de trois nodules infra-centimétriques avec de multiples adénopathies abdominales allant jusqu'à 50 mm de diamètre, une pathologie lymphomatose a été suspectée initialement le patient a subi une médiastinoscopie à visé diagnostique dont l'étude anatomopathologique des adénopathies est revenue en faveur d'une sarcoïdose, patient mis sous corticothérapie 0.5 mg/kg/j une bonne réponse clinique a été constatée avec une atténuation de la dyspnée et un léger nettoyage radiologique par la suite.

*Discussion* : cette présentation radio-clinique de sarcoïdose est inhabituelle avec des localisations cervicales, médiastinales, abdo-

minale, des condensations parenchymateuse et splénique, la possibilité de pathologie maligne en premiers lieu lymphomatose a rapidement motivé la réalisation d'une médiastinoscopie a visé diagnostique dont l'étude anatomopathologique des adénopathies prélevés a retrouvé des granulomes tuberculoïde sans nécrose caséeuse de même taille très caractéristique de la sarcoïdose.

*Conclusion* : la sarcoïdose est une pathologie bénigne mais elle peu mètre en jeu le pronostic vital et fonctionnel, c'est une pathologie qui est caractérisé par un grand polymorphisme clinique et son diagnostic se base sur un fuseaux d'arguments ce qui rend son diagnostic difficile, son traitement est en fonction de la gravité et elle nécessite une surveillance régulière.

## LEGIONELLOSE, DONNEES MICROBIOLOGIQUES

**N. Benamrouche**, F. Djedjig., H. Senouci., S. Chemli., H. Tali-Maamar.

Laboratoire de bactériologie médicale, Institut Pasteur d'Algérie

*Introduction* : La légionellose, infection pulmonaire aiguë, est causée principalement par *Legionella pneumophila* séro-groupe-1. C'est une maladie à déclaration obligatoire. Le diagnostic de confirmation est biologique.

*Objectif* : évaluer la place de *L.pneumophila* dans les pneumonies et l'apport des outils biologiques dans le diagnostic.

*Matériels et méthodes* : Analyse rétrospective de 2004 à 2014 sur les patients avec suspicion clinique de légionellose pour lesquels des échantillons d'urine et de sérums ont été reçus. L'analyse des données s'est basée sur la fiche de renseignement du patient. La recherche de l'antigène urinaire de *L.pneumophila* séro-groupe-1 par technique immuno-chromatographique sur membrane et des anticorps IgM et IgG anti-*L.pneumophila* par technique ELISA ont été effectuées.

*Résultats* : Parmi les 1207 patients analysés, 408 échantillons d'urine et 799 sérums ont été reçus. *L.pneumophila* a été confirmée dans 102 (8,4%) cas. Trente (29,4%) cas ont été détectés par antigénurie et 83 (81,4%) cas par sérologie. Dans 49 (59%) cas, la détection simultanée des IgM et des IgG a été observée. L'âge moyen des patients positifs était de 44 ans avec un sex ratio (M/F) de 9,2. Les signes cliniques rapportés, étaient pour la plupart une pneumopathie de gravité variable.

*Discussion* : La fréquence retrouvée pour *L.pneumophila* concorde avec les données de la littérature. Les patients sont souvent des hommes âgés présentant une pneumonie. L'antigénurie permet un diagnostic rapide et sensible mais détecte uniquement *L.pneumophila* séro-groupe-1. La sérologie permet un diagnostic tardif, la recherche simultanée des IgM et des IgG augmente la sensibilité.

*Conclusion* : la légionellose n'est pas rare en Algérie. Le diagnostic biologique doit se compléter par la culture, seule permettant d'isoler les souches de *Legionella* et de détecter les résistances aux antibiotiques. L'Introduction de la PCR quantitative est nécessaire, notamment pour le suivi de l'évolution des patients sous antibiothérapie.

## TUBERCULOSE PULMONAIRE ET COMORBIDITEA PROPOS DE 40 CAS

**BOUAZZA.KH**, MECHERFI A., SAHRAOUI. KH., BERRABAH. Y. CHU ORAN

*Introduction* : Une étude rétrospective et descriptive était réalisée sur une période allant du janvier 2012 au décembre 2014 dans le

service de pneumologie du CHU D'Oran Concernant tous les patients admis pour une tuberculose pulmonaire avec comorbidité.

*Objectif* : Déterminer la particularité du tableau clinique, bactériologique et radiologique chez les patients présentant une tuberculose pulmonaire avec comorbidité.

*Résultat et Discussion* : 40 patients étaient durant la période d'étude, avec une prédominance masculine (N : 30), un âge moyen de 51 ans et 30 tuberculeux étaient bacillifères ; les comorbidités repérées étaient par ordre décroissant : Le diabète sucré : 16 cas (Type1 : 05 cas- Type2 : 11 cas ), la BPCO : 07 cas. Les maladies cardio-Vx : 06 cas, HIV : 05 cas, les maladie neuro-psychiatrique : 04, la polyarthrite rhumatoïde : 01 cas, la maladie de coeliaque : 01 cas.

Sur le plan radiologique : l'image cavitaire et infiltrative représentaient l'aspect prédominant ; dont l'atteinte pulmonaire diffuses (N : 18) ; atteinte apicale (N : 14) ; et atteinte basale (n : 08) et évolution s'est marquée par le décès de 05patients, et pour les autres étaient favorables.

*Conclusion* : La tuberculose pulmonaire reste dans notre pays un problème épidémiologique, une comorbidité surajoutée pouvait changée le profil évolutif de la pathologie ; d'où l'intérêt d'une prise en charge rigoureuse .

## SILICOSE PSEUDO-TUMORALE REVELE PAR UN PNEUMOTHORAX BILATERALE

**OTMANI.A**, ZIANE.B., MERGHACH.A., TIKHMARIN.B., HACHEMI.M., BOUDALIA.N.

Service de pneumo-physiologie CHU de Tlemcen

La silicose est due à l'inhalation de poussières de silice libre cristallisée. La forme pseudo-tumorale est rare. La phase de latence peut être très longue, justifiant une surveillance radiographique prolongée chez des patients ayant été exposés.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 35 ans ; tailleur de pierre ; non fumeur et sans antécédents particuliers qui s'y présenté à l'urgence pour une dyspnée aigue et douleur thoracique. Le tableau radio-clinique était très évocateur de silicose pulmonaire dans sa forme pseudo-tumorale compliqué d'un pneumothorax bilatérale. Cette forme doit faire éliminer autre pathologie un cancer ou une tuberculose dans sa forme pseudo tumorale. La prise en charge thérapeutique de cette forme particulière est essentiellement symptomatique, d'où l'importance de la prévention.

## LE PNEUMOTHORAX BILATERALE SPONTANE: UNE ENTITE RARE ET GRAVE

**Tikhmarine B.**, M.Hadjadj Aoul.,M. Zehar.,M.Hachemi., A.Hamzaoui., B.Ziane.

Service de pneumo-physiologie CHU de Tlemcen

*Introduction* : Le pneumothorax spontané unilatéral reste une affection relativement fréquente en pratique pneumologique courante .Le pneumothorax bilatéral est très rare, moins de 1 % des cas et sa prise en charge thérapeutique reste difficile, dont le pronostic vital peut-être engagé.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'un patient avec un pneumothorax spontané bilatéral admis au service des urgences pour syndrome de détresse respiratoire aigüe, Le patient était dyspnéique, cyanosé et agité. Auscultation pulmonaire silence des deux côtés, la radiographie thoracique pneumothorax bilatéral, un drainage thoracique bilatéral puis Intubation et ventilation mécanique nasotrachéale ont été effectuées peu après son

admission. Le cas présenté ici devrait sensibiliser les médecins de cette forme rare de pneumothorax spontané et ses diverses manifestations chez tout individu avec apparition brutale d'une grave détresse cardio-respiratoire.

**Conclusion :** Le pneumothorax spontané bilatéral est une affection très rare, selon les données de la littérature ; Les cas sont souvent mortels lorsqu'ils ne surviennent pas à proximité d'un centre hospitalier.

**Mots-clés :** Pneumothorax bilatéral, détresse respiratoire, drainage thoracique.

## **L'HAMARTOCHONDROME A PROPOS D'UN CAS Derrar H., Taleb. A.**

Service pneumologie CHU sidi bel abbès

L'hamartochondrome constitue la tumeur bénigne à localisation pulmonaire la plus fréquente. Actuellement, le traitement chirurgical constitue le traitement de choix de ces tumeurs ; néanmoins, l'indication et le moment de la chirurgie reste un sujet de controverse. Ces tumeurs peuvent avoir des tailles différentes allant de quelques mm à 8 cm.

**Observation :** Monsieur MD, âgé de 45 ans, tabagique à 24 PA, aux antécédents diabète Type 2, rhinite allergique. Admis pour une altération de l'état générale, une toux productive mucopurulente avec une opacité paracardiaque droite de 15 cm.

L'examen physique du thorax avait objectivé une diminution de la transmission des vibrations vocales et de la perception des murmures vésiculaires au niveau de l'hémi-champ pulmonaire droit. L'exploration radiologique standard de profil : opacité arrondie, bien limitée, bilobaire moyenne et inférieure droite. La biologie a montré un syndrome inflammatoire. L'endoscopie bronchique a objectivé une réduction de calibre de tout l'arbre bronchique droit par une compression extrinsèque. Complété par une tomодensitométrie thoracique : masse tissulaire du poumon droit, bilobée, siège de calcifications nuageuses, mesurant 15x12x13 cm. Au contact de la paroi sans l'envahir avec un épaississement pleural en regard. Le diagnostic d'un hamartochondrome pulmonaire est confirmé par l'étude anatomopathologique extemporanée de la biopsie chirurgicale (mini-thoracotomie exploratrice avec une biopsie de la masse). L'exérèse n'a pu être pratiquée en raison du caractère bénin de la tumeur, de son envahissement local à la plèvre et des Risques inhérents à la thoracotomie elle même. Les suites opératoires ont été simples.

**Conclusion :** L'hamartochondrome est la tumeur bénigne la plus fréquente de poumon, elle peut se présenter sous différentes tailles. Son diagnostic repose dans la majorité des cas sur la présentation radiologique. En l'absence de contre-indication, la chirurgie reste son traitement de choix.

## **ASPECT RADIOLOGIQUE DE LA MALADIE DE BEHÇET DERRAR H, Belgour M., Taleb A.**

Service pneumologie CHU sidi bel abbès

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite multisystémique de taille et de Type variable, d'étiologie inconnue. L'atteinte thoracique est dominée par l'atteinte veineuse et l'atteinte artérielle, cette dernière est rare. L'objectif de ce travail est d'analyser le profil radio-clinique.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'étude réalisée sur une période entre janvier 1997 et décembre 2012. Une fiche d'exploitation

préétablie précisant: âge, sexe, origine géographique, antécédents de la MB, histoire de la maladie, donnée de l'examen clinique, radiologique.

**Résultats :** Nous avons inclus 21 patients. Tous les patients étaient d'origine marocaine. La moyenne d'âge était de 34ans (extrêmes de 17 et 58 ans). Le sexe masculin était prédominant dans 17 cas (86%). Le sexe féminin représentait 4 cas (14%). Six patients étaient connus et suivis depuis 4 ans pour la maladie de Behçet au service de pneumologie. Les hémoptysies et le syndrome cave supérieur étaient les maîtres symptômes respectivement dans 10 (48%) et 11(52%) des cas. L'aphtose buccale et l'ulcération génitale étaient retrouvées dans 76% des cas. La radiographie thoracique renforcée par la tomодensitométrie thoracique ont permis de confirmer la thrombose de la veine cave supérieure dans 15 cas (71%) et d'anévrisme artériel pulmonaire dans 3 cas (14%) 3 cas de pneumothorax.

**Conclusion :** Les localisations vasculaires de la maladie de Behçet sont dominées par la thrombose de la veine cave supérieure et les anévrismes artériels pulmonaires. Grâce au diagnostic précoce par les techniques d'imagerie récente le pronostic de cette maladie peut être amélioré.

## **LE CORONAVIRUS DU SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN-ORIENT (MERS-COV) A PROPOS D'UN CAS**

**Hachemi Mounir Younes, B.Tikhmarine., A.Otmani., M.Zahar., B.Ziane.**

C.H.U.Tlemcen

Les coronavirus forment une famille comptant un grand nombre de virus qui peuvent provoquer des maladies très diverses chez l'homme, allant du rhume banal au syndrome respiratoire aigu sévère( SRAS), et qui causent également un certain nombre de maladies chez l'animal. Le Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). Le nouveau coronavirus est une souche particulière jamais encore identifiée chez l'homme. Depuis avril 2012 jusqu'au Novembre 2013, 157 confirmés en laboratoire et 19 cas probables d'infection humaine par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) ont été notifiés par l'OMS. Le 29 mai 2014, un premier cas de pneumonie à nouveau coronavirus (NCoV) dans la ville de Tlemcen a été diagnostiqué. C'est un homme de 64 ans sans ATCD particulier qui a séjourné en Arabie Saoudite, pour l'accomplissement de la Omra, a été contaminés, il vient à l'urgence médico-chirurgicale dans un tableau de détresse respiratoire précédé par un syndrome grippal avec troubles gastro-intestinaux à Type de diarrhée. Le diagnostic de certitude est fait par un prélèvement nasopharygé adresser a l'Institut Pasteur d'Alger.

## **LE CONTROLE DE L'ASTHME BRONCHIQUE**

**A.TALEB, N.FETTAL., A. LAIDI., A. MOULAY.**

Service de pneumologie. CHU Sidi Bel Abbès

**Introduction :** Le contrôle de l'asthme est un élément incontournable dans le suivi et l'évolution de l'asthme bronchique quelque soit le degré de sévérité. Il est basé sur la fréquence et l'intensité des symptômes, l'utilisation de béta 2 mimétiques de courte durée d'action et sur le degré d'obstruction bronchique.

**Méthodes :** C'est une étude prospective, descriptive chez des asthmatiques, à l'aide du questionnaire ACT (test du contrôle de l'asthme), réalisée au niveau du centre de consultation spécialisée

du CHU de sidi bel abbes de janvier 2013 à mars 2013. L'objectif de ce travail est d'évaluer le contrôle de l'asthme chez des patients asthmatiques et d'identifier les causes du mauvais contrôle.

**Résultats :** C'est une série de cinquante cinq asthmatiques dont vingt-neuf femmes et vingt-six hommes d'un âge moyen de 37 ans. L'ancienneté moyenne de l'asthme est de  $10 \pm 7$  ans. L'asthme bronchique est isolé dans 34% (19 cas) et associé à une rhino-conjonctivite dans 49% (27 cas). D'autres facteurs de comorbidités (HTA, diabète, SPA, épilepsie, goitre) sont retrouvés chez 09 patients. L'asthme bronchique était intermittent dans 08 cas (14%), persistant léger 28 cas (50%), modéré 20 cas (36%) et sévère 05 cas (9%). Le contrôle était optimal dans 21% des patients, acceptable dans 43% et inacceptable dans 34%. Les facteurs associés à un mauvais contrôle étaient la rhinite allergique dans (16 cas), mal observance du traitement (14 cas), le tabagisme (08 cas) et l'obésité (04 cas).

**Discussion :** Cette enquête réalisée auprès des asthmatiques de différents stade de sévérité a révélé que plus de la moitié des cas surestimaient le niveau de contrôle qui était insuffisant

**Conclusion :** Le questionnaire ACT est un outil simple et fiable pour évaluer l'asthme bronchique, permettant au médecin d'améliorer sa prise en charge.

## ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE : UNE AUTRE ETIOLOGIE D'ANCA FAUX-POSITIFS ?

**Selmani. MR,** Djenfi. T., Hamoud. S., Maloussi. R., Djebbar. A. Service de Pneumophtisiologie- A. DJEBBAR, EPH Batna

**Introduction :** L'aspergillose pulmonaire invasive (API) est une infection opportuniste sévère, rapportée chez certains groupes de patients immunodéprimés, notamment les patients atteints de pathologies malignes, les transplantés d'organe et les pathologies broncho-pulmonaires chroniques. La corticothérapie au long cours est le deuxième facteur de risque après la neutropénie. Parmi les vascularites associées aux anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA), la plus fréquente est la Granulomatose de Wegener (GW), cependant des réactions faussement positives des ANCA sont rarement décrites lors des infections pulmonaires fongiques.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 56 ans qui a présenté une hémoptysie sur des lésions pulmonaires cavitaires, devant la positivité des ANCA le diagnostic de vascularite a été retenu et la patiente fut mise sous corticothérapie au long cours, en dépit de ce traitement on a assisté à la dissémination de lésions pulmonaires caractéristiques d'API à la TDM thoracique. Ce dernier diagnostic a été confirmé par une positivité de la sérologie aspergillaire.

**Discussion :** Les Auteurs discutent l'intérêt de ne pas méconnaître une API devant une fausse réaction positive des ANCA dont la prise en charge thérapeutique est diamétralement opposée à celle d'une vascularite associée aux ANCA.

## A PROPOS D'UNE VARIANTE RARE DU SYNDROME D'HÉTÉROTAXIE DE L'ADULTE SE MANIFESTANT PAR UNE IMAGE THORACIQUE TROMPEUSE

**Selmani. MR,** Deghou. O., Choukha. K., Ailane. H., Djebbar. A. Service de Pneumophtisiologie- A. DJEBBAR, EPH Batna

Le syndrome d'hétérotaxie ou situs ambiguus est un situs inversus partiel, réalisant une anomalie congénitale rare. L'isomérisme gauche ou encore appelé syndrome d'hétérotaxie avec

polysplénisme regroupe classiquement, deux poumons bilobés, des oreillettes pulmonaires bilatérales, un foie médian, une position souvent à droite de l'estomac (dextrogastrie) ainsi que de multiples nodules spléniques situés à droite (spénicules).

Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 17 ans qui consultait pour une douleur basithoracique droite et dont la radiographie thoracique a révélé une opacité avec un niveau hydro-aérique de la base pulmonaire droite. Cette image radiologique nous a amené à discuter les diagnostics d'abcès, de kyste hydatique rompu et de hernie diaphragmatique. La Tomodensitométrie thoracique a permis de faire le diagnostic d'une variation rare d'un situs ambiguus abdominal sans atteinte thoracique, réalisant une dextrogastrie, une transposition de la rate à droite sans polysplénisme, une malposition du pancréas avec éventration de l'hémidiaphragme droit.

## THROMBUS INTRACARDIAQUE AU COURS DE LA MALADIE DE BEHÇET. A PROPOS D'UN CAS.

**Nouacer Mustapha**

Clinique des maladies respiratoires «Pr D.Larbaoui» CHU Mustapha, Alger.

**Patient et présentation :** Un jeune homme de 22 ans, aux antécédents d'aphtose buccale récidivante présente des hémoptysies de petites abondances récidivantes évoluant depuis trois mois sans retentissement clinique ni hémodynamique et révélant un nodule parenchymateux du lobe inférieur droit.

L'examen clinique retrouvait une pseudo-folliculite au niveau du visage et du tronc et une diminution de l'acuité visuelle à gauche. L'endoscopique bronchique avait objectivé une muqueuse inflammatoire et à l'étude cytologique du liquide d'aspiration bronchique un frottis inflammatoire avec une nette prédominance des macrophages ; un fond d'œil complété d'une angiographie rétinienne avait objectivé une uvéite avec discrète vascularite gauche. Le diagnostic de la maladie de Behçet était alors évoquée, un pathergy test était revenu négatif, un Angioscanner thoracique objectivait un aspect d'embolie pulmonaire chronique de l'artère pulmonaire inférieure gauche et des bronches de division de l'artère pulmonaire lobaire inférieure droite, associée à une malformation artério-veineuse pulmonaire de 22.6 mm lobaire inférieur gauche et absence d'anévrysme artérielle. Le diagnostic d'angio-Beçet étant retenu, une IRM cérébrale ainsi qu'une échographie abdominale à la recherche d'une atteinte vasculaire cérébrale et hépatique, étaient négatives. Devant l'urgence thérapeutique, un traitement anticoagulant était instauré par Enoxaparine à la dose de 0.8 ml toutes les 12 heures en sous cutané, avec relais précoce par Acénocoumarol 1 mg par jour, associé à une corticothérapie. Une échographie cardiaque était réalisée dans le cadre du bilan de retentissement objectivant la présence d'une masse pédiculée très mobile appendue sur la paroi libre du ventricule droit de 16 x 22 mm correspondant à un thrombus intra cavitaires, le patient fut transféré au service de cardiologie pour complément de prise en charge. Après 7 jours de traitement, l'échographie cardiaque de contrôle avait objectivé une nette diminution de la taille du thrombus intracardiaque.

**Discussion et Conclusion :** La maladie de Behçet touche surtout l'homme jeune associant une Aphtose buccogénitale à des manifestations systémiques diverses. L'angio-Beçet thoracique est en rapport avec le tropisme vasculaire bien connu de la maladie de Behçet, et les anévrysmes des artères pulmonaires constituent une des complications majeures de cette maladie. Le diagnostic repose

surtout sur un faisceau d'arguments cliniques, tandis que le diagnostic de l'angio-Behçet repose essentiellement sur les examens tomographiques. Le thrombus intracardiaque constitue une manifestation exceptionnelle de la maladie, son diagnostic repose sur l'imagerie, avec au premier plan l'échographie cardiaque.

## **DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES DE L'AGENESIE PULMONAIRE UNILATERALE DE L'ADULTE : A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS**

**Selmani. MR**, Romane., Benoudina. D., Deghou. O., Djebbar. A.  
Service de Pneumophtisiologie- A. DJEBBAR, EPH Batna

L'agénésie pulmonaire unilatérale est une malformation congénitale rare. Elle se définit par l'absence totale ou partielle des structures broncho-pulmonaires et vasculaires du côté atteint. Son diagnostic peut se poser tardivement, y compris chez l'adulte. La malformation est souvent révélée par des infections respiratoires à répétition avec des degrés variables de sévérité. L'imagerie standard autant que la TDM et l'IRM, montre un hémithorax opaque de petite taille et rétracté. Le déplacement du médiastin vers l'hémithorax opaque réalise un aspect proche de celui d'une atelectasie pulmonaire complète.

Les auteurs rapportent 2 cas d'agénésie pulmonaire unilatérale chez 2 patientes adultes, hospitalisées dans le service pour une symptomatologie respiratoire banale, chez lesquelles est retrouvée la notion d'une bronchopneumonie durant l'enfance. Le diagnostic est posé par l'imagerie thoracique. A travers une revue de la littérature, la place de l'agénésie pulmonaire est soulignée dans le diagnostic de l'hémithorax sombre unilatéral.

## **LES PLEURESIES : ETUDE ANALYTIQUE A PROPOS DE 44 CAS**

**I. El Hassane**, L. Laouar., M.T. Makhloufi., S. Nafti.

Clinique des maladies respiratoires. CHU Mustapha, Alger, Algérie

La pleurésie est une inflammation de la plèvre, avec ou sans épanchement. Elle est relativement fréquente en pneumologie. Les étiologies sont multiples, dont l'exploration oriente la prise en charge adéquate. C'est une étude rétrospective de 44 patients hospitalisés à notre niveau pour pleurésie, en 2012 et 2013. Le but est d'étudier les paramètres diagnostiques, thérapeutiques, et évolutifs. L'étude porte sur 26 hommes et 18 femmes; dont l'âge moyen est de 43 ans. Les pathologies associées existaient dans 70.45% des cas. Les symptômes : douleur basithoracique (77.27% des cas), toux sèche (29.54% des cas), expectoration mucopurulente (6.81% des cas), purulente (4.54% des cas), dyspnée (22.72% des cas), hémoptysie (4.54% des cas), fièvre (50% des cas), et altération de l'état général (22.72% des cas). Les localisations : droite (50% des cas), gauche (45.45% des cas) et bilatérale (4.54% des cas). L'abondance: moyenne dans 50% des cas, faible dans 34.09% des cas, et grande dans 15.90% des cas. Le liquide pleural: clair dans 63.63% des cas, purulent dans 25% des cas, hémorragique dans 11.36% des cas. La biopsie pleurale était réalisée dans 61.36% des cas. Les étiologies: tuberculeuses dans 45.45% des cas, purulentes dans 18.18% des cas, réactionnelles dans 13.63% des cas, bactériennes à liquide clair dans 11.36% des cas, néoplasiques dans 6.81% des cas, et indéterminées dans 4.54% des cas. Le traitement: ponctions pleurales évacuatrices et kinésithérapie pleurale dans 81.81% des cas, chimiothérapie antituberculeuse avec corticothérapie dans 45.45% des cas, antibiothérapie dans 43.18% des cas, traitement symptomatique palliatif dans les pleurésies néo-

plasiques (6.81% des cas). La durée d'hospitalisation : 18 jours en moyenne. L'évolution: favorable (amélioration de l'examen clinique et para clinique) dans 95.45% des cas.

## **UNE DYSPNEE QUI REVELE UNE MALADIE DE CARRINGTON CHEZ UN HOMME DE 35 ANS A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.**

**Kadri.A**, Smahi. N., Bouchama A.

Hôpital militaire regional universitaire d'Oran

*Introduction* : la maladie de Carrington ou pneumopathie chronique idiopathique à éosinophile est une infiltration du parenchyme pulmonaire par des éosinophile sanguin, dans 50 % des cas il existe des ATCD d'atopie, un asthme est présent dans deux tiers des cas, le délais moyenne de diagnostic est de 04 mois, la symptomatologie clinique est non spécifique (toux, dyspnée, douleur thoracique, altération de l'état générale est constante associes une asthénie, un amaigrissement, hyperthermie et sueurs nocturne), biologiquement une hyper-éosinophilie sanguine est constante associer ou non à une hyper-éosinophilie dans le LBA, la radiographie thoracique objective classiquement des infiltrats apicale et périphérique.

*Observation* : patient de 35 ans qui se présente pour une altération progressive de l'état générale associer a des signes d'ingrègnations, avec à la radiographie thoracique des opacité alvéolaires apicales périphériques et bilatérales, une tuberculeuse pulmonaire a été suspecté initialement mais les résultats de bascilo-scopie on revenue négative, après huit jours d'antibiothérapie probabiliste aucunes repense n'est constaté, l' NFS avec répartition des globules blanc à objectivé une hyper-éosinophilie sanguine à 42%, après avoir éliminé les autres causes du poumon éosinophile (parasitaires, fungique, bacterienne ou une association avec une vascularite ou une connectivité) le diagnostic de maladie de Carrington a été retenue. patient mis sous corticothérapie 0.5mg/kg/j un nettoyage radiologique presque complet à été constaté au bout de 5 jours de traitement.

*Discussion* : la maladie de Carrington est un processus pathologique caractérisé par une infiltration du poumon par des éosinophiles. Les critères diagnostic son définie par un contexte subaigüe ou chronique, un contexte asthmatique et/ou atopique dans 50% des cas, une hyper éosinophilie au LBA et/ou sanguine, signes généraux souvent présent, infiltrats les plus souvent peripherique, multiples, peuvent migré et une repense spectaculaire au corticoïdes, et un caractère récidivent. le diagnostic de la maladie de Carrington est un diagnostic d'élimination après avoir éliminé les autre étiologie du poumon éosinophile.

*Conclusion* : devant tout infiltrat pulmonaire, particulièrement multifocale, à caractère migrant, fibrille ou non, n'ayant pas fait la preuve de son étiologie, sans ou avec hyper-éosinophilie sanguine évoqué une pneumopathie à éosinophile et réalisé un LBA, la Présence d'une symphotologie asthmatique doit renforcé la probabilité diagnostique

## **UNE EXACERBATION DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE A REVELE UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE A MICROSCOPIE POSITIVE**

**Boudejerf M**, FETTAL N., LAIDI A., BEZEOUI Y., TALEB A.

Service de pneumologie, CHU Sidi Bel Abbès

*Introduction* : La bronchopneumathie chronique obstructive

(BPCO) est un problème majeur de santé publique dans le monde. Par ailleurs, il a été montré un risque accru de la tuberculose pulmonaire et l'exposition à la fumée de biomasse.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 62 ans fumeur à 60 paquets /année, ancien ouvrier qui consulte pour majoration d'une dyspnée et une toux sèche. L'examen clinique montre un patient spastique avec une altération de l'état général, amaigrissement de 10 kgs en deux mois, pâleur cutanéomuqueuse. La radiographie thoracique objective une opacité hilare gauche excavée avec des micronodules bilatérales sur un poumon emphysemateux. Sur le plan biologique : anémie inflammatoire, hypercalcémie légère, taux élevé de marqueurs tumoraux (ACE, NSE). Le diagnostic d'une exacerbation de BPCO a été posé par une spirométrie avec un syndrome mixte à prédominance obstructif non réversible.

Après stabilisation clinique une TDM a été faite objectivant une opacité excavée postéro basale gauche avec quelques micronodules et qui a été complétée par une fibroscopie bronchique où des formations ronds blanchâtres multiples à l'entrée de la bronche souche gauche ont été trouvés et dont la recherche de BK dans le liquide d'aspiration bronchique est revenue positive. Une bonne évolution clinique et radiologique a été obtenue après un traitement antituberculeux 2RHZE 4RH avec un traitement de la BPCO.

*Conclusion* : L'exacerbation de BPCO reste un motif fréquent de consultation en pneumologie. La BPCO peut masquer une néoplasie bronchique et/ou une tuberculose pulmonaire d'où l'intérêt d'une exploration radiologique et endoscopique.

## LOCALISATIONS PLEURALE ET PERICARDIQUE D'UN LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN A PROPOS D'UN CAS

**Moulai Assia**, N.Fettal., M.boudjorf., A.Bouzidi., A.Benzeguir., A. Taleb.

CHU Sidi Bel Abbès

*Introduction* : Le lymphome malin non hodgkinien est un cancer du système immunitaire qui se développe à partir de deux types de cellules : les lymphocytes B (85%) les lymphocytes T (15%). Il existe des formes agressives d'évolution rapide et des formes indolentes d'évolution lente.

*Observation* : C'est le patient B-M âgé de 53 ans, non fumeur, sans antécédents particuliers qui consulte pour une douleur thoracique diffuse. L'examen clinique retrouve un syndrome d'épanchement pleural liquidien bilatéral avec adénopathie axillaire droite mesurant 3 cm. La radiographie thoracique objective une pleurésie bilatérale de moyenne abondance à droite, de petite abondance à gauche avec une cardiomégalie. La ponction exploratrice retrouve une pleurésie exsudative à prédominance lymphocytaire avec présence des cellules malignes. Le bilan biologique retrouve une hyperleucocytose à 22000. La fibroscopie bronchique retrouve une muqueuse légèrement inflammatoire. Le scanner thoracique objective une péricardite circonscrite à droite avec pleurésie de moyenne abondance à droite, de minime abondance à gauche associées à une distension thoracique emphysemateuse avec syndrome alvéolo-interstitiel. L'écho-cœur objective un épanchement péricardique de grande abondance. L'examen anatomopathologique réalisé sur la pièce de biopsie excisée de l'adénopathie axillaire retrouve un lymphome T à petite cellule.

*Evolution* : Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie décom-

pressive à base de prednisone, vincristine, endoxan pendant 7 jours, il y a une amélioration par régression de la dyspnée, diminution de l'épanchement pleural et péricardique. Actuellement le patient sous CHOP à raison d'une cure par mois.

*Conclusion* : Le lymphome T à petite cellule c'est une forme rare de lymphome non hodgkinien dont le pronostic dépend de la réponse de malade au traitement.

## LE CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF CHEZ LE SUJET JEUNE A PROPOS D'UN CAS

**Moulai Assia**, N.Fettal., M.boudjorf., A.Bouzidi., A.Taleb.

CHU Sidi Bel Abbès

*Introduction* : Le cancer bronchique primitif représente un problème majeur de santé publique par sa fréquence et son pronostic sombre, il est responsable de près de 29000 décès/an chez le sujet adulte plus de 40 ans mais il est rare chez le sujet moins de 40 ans.

*Observation* : Le patient T.A âgé de 33 ans, ex fumeur 04 paquets/années sévré à l'âge de 23 ans, sans antécédents particuliers qui consulte pour des sciatalgies avec douleur thoracique droite. L'examen clinique retrouve des râles crépitants à droite avec un syndrome d'épanchement pleural liquidien basal droit.

La radiographie thoracique objective à droite une opacité laterotrachéale et para cardiaque avec pleurésie de petite abondance, à gauche une opacité hilare. La ponction exploratrice de liquide pleural retrouve une pleurésie exsudative à prédominance lymphocytaire. La fibroscopie bronchique retrouve deux bourgeons au niveau de la bronche souche droite qui l'obstruent complètement, plusieurs biopsies sont réalisées à ce niveau. L'examen anatomopathologique de ces biopsies associé à l'immunomarquage retrouve un adénocarcinome bronchique classé stade 4. La TDM thoracique objective un volumineux processus tumoral pulmonaire droit avec envahissement loco régional associé à des localisations secondaires ganglionnaires, pulmonaires bilatérale, osseuse avec pleurésie de faible abondance à droite.

*Evolution* : Le patient a bénéficié de chimiothérapie à base de cisplatine mais le pronostic reste sombre vu le stade avancé de cancer.

## MILIAIRE TUBERCULEUSE COMPLIQUEE D'UN PNEUMOTHORAX A BASCULE. A PROPOS D'UN CAS.

**Boudalia Nadia**, Hadjaj.M., Hamzaoui.A., Tikhmarine.B., Otmani.A., Ziane.B.

CHU Tlemcen, service de pneumophtisiologie

*Introduction* : Le pneumothorax est une complication fréquente de la tuberculose pulmonaire cavitaire et séquellaire, mais extrêmement rare dans la miliaire tuberculeuse, Nous présentons le cas d'une patiente, traitée pour miliaire tuberculeuse, compliquée d'un pneumothorax à bascule.

*Observation* : Patiente âgée de 33 ans, suivie depuis 4 mois pour un milliaire tuberculeux diagnostiquée tardivement et traitée par des antituberculeux RHZE pendant 2 mois. Hospitalisée pour altération de l'état générale, toux sèche, dyspnée aiguë, cyanose des extrémités, associées à une douleur thoracique droite. La SaO<sub>2</sub> à l'air ambiant : 80%, Tension artérielle à 120/80 mmHg, pouls à 120 battement/min, respiration à 40 cycle/min, ampliations thoraciques diminuées avec hyper sonorité et silence auscultatoire à droite. Les examens radiologiques montraient une miliaire atypique avec pneumothorax

total droit. Les bilans biologiques et sérologiques objectivaient une lymphopénie à 17,8%. La patiente a bénéficié d'un drainage thoracique au 2<sup>ème</sup> espace intercostale antérieure droit avec ablation du drain au 4<sup>ème</sup> jour. Au 8<sup>ème</sup> jour, apparition d'un pneumothorax total gauche, drainé avec aérostatie obtenue en 2 jours. Au 12<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, elle a présenté une détresse respiratoire aiguë, un pneumothorax bilatéral, nécessitant l'intubation. La patiente est décédée par la suite.

**Discussion :** Le pneumothorax spontané bilatéral représente environ 5.4% des cas de miliaire tuberculeuse, souvent absent au début de la maladie, et survient au cours du traitement. Plusieurs mécanismes peuvent expliquer la pathogénie. Le diagnostic et les traitements précoces des miliaires tuberculeuses sont extrêmement importants, afin d'éviter les complications graves. La pleurodèse chimique est indiquée en cas de pneumothorax récidivant sur miliaire tuberculeuse.

**Conclusion :** Le cas présent nous apprend, que le pneumothorax bilatéral ou à bascule au cours d'une miliaire tuberculeuse est un facteur de mauvais pronostic. Nécessitant une prise en charge immédiate et précoce.

**Mots clés :** miliaire tuberculeuse, pneumothorax bilatéral.

## **PNEUMOPATHIE RECIDIVANTE REVELANT UNE AGAMMAGLOBULINEMIE. A PROPOS D'UN CAS**

**Hamzaoui A.,** Bennaceur.Y., Boudalia, N., Benhabib.Z., Zahar.M., Ziane.B.

CHU Tlemcen, service de pneumophtisiologie

L'hypogammaglobulinémie primitive est un syndrome hétérogène, associant des infections bactériennes à répétition, des maladies auto-immunes, un syndrome lymphoprolifératif. La gravité des infections et leur répétition doit faire évoquer le diagnostic, qui sera confirmé par une électrophorèse des protéines et un dosage pondéral des immunoglobulines. Le traitement repose sur la substitution régulière en immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse ou sous-cutanée.

Nous rapportons le cas d'une jeune femme admise au service de pneumologie CHU Tlemcen pour la prise en charge d'une hémoptysie de petite abondance associée à un syndrome infectieux, l'examen clinique objective des râles crépitants en foyers bilatéraux, une splénomégalie, le scanner thoracique objective une condensation alvéolaire chronique bilatérale, une hypogammaglobulinémie à l'électrophorèse des protéines, le dosage pondéral des immunoglobulines objective une agammaglobulinémie avec IgG, IgM effondrés, la patiente présente une bonne évolution sous immunoglobuline polyvalente.

**Mots clés :** pneumopathie récidivante, agammaglobulinémie

## **LES TUMEURS THYMIQUES : A PROPOS DE 3 CAS**

**F. AZIZI,** N. Hammache., Z.Bennamane., K.Bennamane.

Service de pneumo-phtisiologie - CHU Tizi-Ouzou

Les tumeurs épithéliales thymiques sont rares et représentent 20% des masses médiastinales. Les plus fréquentes sont les thymomes et les carcinomes thymiques, elles sont découvertes fortuites ou à l'occasion des complications (compression et envahissement médiastinal).

Nous rapportons l'observation de 3 patients, 2 femmes et 1 homme, sans ATCDs pathologiques particuliers, dont l'âge moyen est de 35 ans. La symptomatologie respiratoire est dominée par la douleur thoracique et la dyspnée, un syndrome cave

supérieur est noté chez un malade. Radiographie thoracique : élargissement du médiastin antéro-supérieur et moyen chez un patient, du médiastin sup, moyen et inférieur chez 2<sup>e</sup> patient, du médiastin moyen chez le 3<sup>e</sup> patient. La TDM thoracique a objectivé en plus de la masse médiastinale, un envahissement des gros vaisseaux, du péricarde et de la plèvre dans un cas. Tous nos malades ont bénéficié d'une fibroscopie bronchique montrant un aspect de compression extrinsèque de l'arbre bronchique. Celles-ci ont été complétées par une biopsie transpariétale. L'étude anatomopathologique et immuno-histochimique ont posé le diagnostic d'un carcinome thymique, d'un thymome type A et un autre de Type B3. Une chimiothérapie néo-adjuvante suivie d'une radiothérapie ont été décidées chez tous les malades. Un seul a été opéré. Le malade opéré (Type B3) est en survie depuis 4 mois. Malheureusement, l'évolution est défavorable pour les deux autres à cause d'un état métastatique.

**Conclusion :** Les tumeurs thymiques sont les plus fréquentes des masses médiastinales, le pronostic est lié à la précocité du diagnostic, du stade de la maladie, du type histologique et surtout aux possibilités d'exérèse chirurgicale qui reste le traitement de référence.

## **KYSTE BRONCHOGENIQUE PULMONAIRE**

**BEKKARA.I,** FETTAL.N.,BOUZIDI.A., NADJI.K., HAMEL.Y., TALEB.A.

Service de pneumologie, CHU Hassani.AEK, SBA

**Introduction :** Les kystes bronchogéniques sont des lésions congénitales dérivées d'une anomalie de développement embryonnaire, dont le traitement de référence est la résection chirurgicale complète.

**Observation :** Nous rapportons l'observation de la patiente R.H âgée de 69, sans profession, hypertendue sous traitement et sans antécédents chirurgicaux particuliers. La symptomatologie respiratoire est dominée par une douleur thoracique droite, toux sèche, et dyspnée d'effort avec un état général conservé. La radiographie thoracique objective un élargissement du médiastin moyen droit. L'IRM du thorax confirme l'existence d'une masse de densité liquidienne médiastinale droite. L'échographie abdominale est sans particularité. La sérologie hydatique revenant négative. Devant ce contexte radioclinique et biologique le diagnostic de kyste bronchogénique est retenu. Après avoir complété le bilan préopératoire, la malade est confiée au chirurgien thoracique, l'approche chirurgicale est une thoracotomie postéro-latérale droite et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un kyste bronchogénique. Les suites opératoires de la patiente étaient bonnes.

**Conclusion :** Le kyste bronchogénique de poumon est une affection rare, le tableau radioclinique est souvent polymorphe posant un problème de diagnostic différentiel.

## **TUBERCULOSE PULMONAIRE PSEUDOTUMORALE**

**Zaoui.M.A,** Djaid.M., Kebbati.S., Bennani.A., Guermaz.M.

CHU Oran

La tuberculose est une maladie qui peut se présenter sous plusieurs aspects radio cliniques souvent faciles à diagnostiquer ; toutefois la forme pseudo tumorale reste une entité rarissime source de problèmes et d'erreurs diagnostiques surtout chez les sujets âgés faisant évoquer a priori un processus néoplasique. Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 79 ans présentant

à la TDM un volumineux processus lésionnel solide tissulaire avec extension vers le médiastin, à la fibroscopie bronchique une cytologie carcinomateuse ; la recherche de BK dans les crachats et liquide d'aspiration bronchique est négative ; le diagnostic de tuberculose est confirmé par biopsie trans-parietale scanno guidée. L'évolution sous traitement anti tuberculeux a permis une amélioration radio clinique. Le diagnostic de tuberculose ne doit pas être éliminé devant une atteinte pulmonaire d'allure tumorale aussi bien à l'étape radiologique que bronchoscopique surtout dans un contexte clinique et épidémiologique évocateur afin de permettre une prise en charge précoce et correcte de la tuberculose.

## UNE SCOLIOSE DORSALE REVELANT UNE NEUROFIBROMATOSE

KERMOUNI SERRADJ M., BENGHERRA., MERGHACHE. A., BOUDOUR. F., AIN SEBAA. A., ZIANE. B.

CHU Tlemcen

*Introduction* : La maladie de Van Recklinghausen fait partie du cadre nosologique des neurofibromatoses. Elle est identifiée comme la neurofibromatose de Type 1. C'est une maladie héréditaire, à transmission autosomique dominante. Les patients porteurs de neurofibromatose de Type 1 sont à risque de développer des néoplasies, en particulier des tumeurs malignes des gaines nerveuses, des phéochromocytomes, des rhabdomyosarcomes et des leucémies. La manifestation la plus fréquente est la présence de neurofibromes développés à partir du système nerveux autonome, des nerfs intercostaux, des nerfs intrapulmonaires.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une jeune fille de 18 ans dont la manifestation clinique primitive a été une scoliose apparue depuis 6 mois et chez qui une télémétrie réalisée a objectivé un syndrome médiastinal supéro-postérieur, associé à d'autres critères cliniques évoquant une neurofibromatose. Une biopsie-exérèse de la tumeur a été faite avec une étude anatomopathologique de la pièce opératoire qui a permis de poser le diagnostic. L'évolution fut marquée par le décès de la patiente suite à des complications post-opératoires.

*Discussion* : Le diagnostic de la neurofibromatose est facilement évoqué devant la présentation clinique, pouvant associer des taches café au lait, des neurofibromes, des lentiginos axillaires ou inguinales, des nodules de Lisch (hamartomes iriens), des lésions squelettiques spécifiques, ou des parents de premier degré touchés. Le diagnostic est établi par l'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale.

*Conclusion* : Les manifestations cliniques de la neurofibromatose de Van Recklinghausen sont très polymorphes, et les complications peuvent être graves (scoliose, troubles de l'apprentissage, hémopathies) nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

**Mots clés** : neurofibromatose Type1, syndrome médiastinal, taches café au lait, scoliose.

## LA CARDIOTOXICITE INDUITE PAR LA CHIMIO-THERAPIE CHEZ UN PATIENT PRESENTANT UN CANCER PULMONAIRE

BEKKARA.I, FETTAL.N., BOUZIDI.A., NADJI.K., TALEB.A.

Service de pneumologie, CHU Hassani.AEK, SBA

*Introduction* : Les risques de cardiotoxicité induite par la chimiothérapie sont importants à connaître, permettant de détecter les signes précoces et d'adapter la prise en charge afin de limi-

ter les effets délétères.

*Observation* : Nous rapportons l'Observation du patient M.B âgé de 59, commerçant de profession sans antécédent particuliers qui présente un carcinome anaplasique à grande cellules du poumon gauche stade 4B sous chimiothérapie (cisplatine, navelbine). La symptomatologie cardiaque est apparue le 2<sup>e</sup> jour après la 3<sup>e</sup> cure de chimiothérapie par dyspnée avec cyanose, tachycardie. L'ECG a retrouvé un flutter auriculaire. L'échocoeur revenant normal. Le malade est mis sous antiarythmique (cordarone à raison de 4cp /j pendant 5 jours puis arrêt 2 jour). Il a bien répondu au traitement. L'ECG de contrôle une semaine après a retrouvé une tachycardie sinusale sans autre anomalie. Le patient est décédé 15 jours après à cause d'une altération de son état général.

*Conclusion* : Les options thérapeutiques anticancéreuses sont en plein essor, ces traitements utilisés seuls ou en association suscitent beaucoup d'espoir et ont déjà amélioré le pronostic de nombreux malades, cette amélioration exige une surveillance des effets secondaires, notamment les troubles de rythme cardiaque qui peuvent être réversibles.

## PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES MEDIASTINITES : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE THORACIQUE

Y.M. Medjdoub

Service de chirurgie thoracique CHU Mustapha alger

*Introduction* : Les mediastinites sont une complication grave avec une mortalité très élevée malgré les progrès réalisés dans le domaine médicale particulièrement l'antibiothérapie utilisant les molécules de dernière génération, cependant la célérité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique constituent le fer de lance de la réduction des complications et la prévention reste le seul moyen de réduire cette pathologie.

*But du travail* : Préciser la place du geste de drainage dans la prise en charge de cette urgence médicochirurgicale.

*Matériel et méthodes* : Il s'agit d'une étude rétrospective et mono centrique de 44 patients pris en charge pour une mediastinite entre 2003 et 2013. Il s'agissait de 29 hommes et de 15 femmes dont l'âge variait de 14 à 73 ans.

Le point de départ était essentiellement dentaire, oropharyngé et œsophagien. Tous les malades ont bénéficié d'une T.D.M a visée diagnostics Le traitement était axé sur l'antibiothérapie a large spectre, la chirurgie et le drainage en corrigeant les éventuelles défaillances viscérales. La thoracotomie a été réalisée dans 12 cas, la sternotomie dans 5 cas le reste des gestes chirurgicaux étaient représentés par le drainage.

*Résultats* : Nous avons déploré 17 décès (38,43%) principalement en raison de choc septique et de défaillance viscérale. Le retard dans la prise en charge a été un élément majeur dans cette mortalité. En dehors du geste chirurgical les patients ont survécus grâce aux trois axes majeurs représentés par la réanimation, l'antibiothérapie et la nutrition Les séquelles en rapport avec la chirurgie ont été réparées par des lambeaux cutanés et musculaires.

*Conclusion* : La mediastinite ne doit pas être considérée comme une fatalité bien que son pronostic soit sombre. Les progrès en matière de prise en charge médicale particulièrement la réanimation et la nutrition qui permettent de prévenir les défaillances viscérales associés a un bon drainage chirurgical ont permis d'améliorer le pronostic. Cependant, la prévention reste irremplaçable.

**Mots clés** : chirurgie, drainage, antibiothérapie, prophylaxie

## PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DE LA RUPTURE TRACHEO- BRONCHIQUE

Y.M.Medjdoub

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire C.H.U.Mustapha

*Introduction :* Les ruptures trachéo bronchique (RTB) sont un entité rare mais qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital en raison de leur survenue dans le cadre du polytraumatisme.Elles nécessitent donc un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique en urgence.

*Objectifs :* Les auteurs proposent à travers leur expérience les éléments à mettre en exergue pour le diagnostic et le traitement précoce en vue de réduire la morbidité souvent en rapport avec l'hypoxie, le sepsis, les mediastinites ainsi que les fistules broncho pleurale.

*Patients et Méthodes :* Une étude rétrospective et mono centrique de 13 patients présentant une rupture trachéo bronchique a été réalisée entre 2007 et 2012. Les données collectées ont concerné le mécanisme du traumatisme, les signes cliniques, le temps écoulé entre le diagnostic et le traitement, le siège anatomique des lésions, le type de traitement, la durée du suivi et la morbi mortalité

*Résultats :* 75% des patients étaient de sexe masculin et l'âge variait de 16 à 56 ans. Les accidents de la circulation représentaient la principale cause suivis les chutes de grande hauteur et des éboulements. Les signes cliniques les plus souvent retrouvés étaient l'emphysème expansif, la dyspnée et l'hémoptysie.Les explorations utilisées étaient le télé thorax, la fibroscopie et la TDM.

Les plaies étaient le plus souvent longitudinales et le côté droit le plus souvent atteint. Nous avons eu 1 décès et la morbidité était représentée essentiellement par les sténoses post opératoires, les sepsis et les mediastinites.Les lésions associées concernaient l'abdomen, le squelette et les lésions crâniennes.

*Conclusion :* Les explorations modernes permettent actuellement de poser le diagnostic de RTB et améliorent ainsi la célérité dans la prise en charge thérapeutique. La mortalité est le plus souvent en rapport avec les lésions associées dans ces traumatismes le plus souvent violents.

**Mots clés :** trachée, traumatisme, thorax

## PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ANEVRYSMES DE L'ARTERE PULMONAIRE DANS LA MALADIE DE BEHCET.

Y.M.Medjdoub

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire C.H.U.Mustapha

Les anévrysmes des artères pulmonaires constituent une atteinte rare (1 à 7 %) au cours de la maladie de Behçet et sont classiquement de mauvais pronostic.

Les auteurs rapportent le cas d'un patient présentant un volumineux anévrysme de l'artère pulmonaire en voie de rupture sur une maladie de behcet diagnostiquée 2 ans auparavant. Le diagnostic reposait sur les arguments radiologiques et notamment le scanner thoracique la chirurgie a consisté en une lobectomie inférieure après contrôle de l'artère pulmonaire .Il n'y a pas eu d'incidents per opératoires en particuliers hémorragiques cependant il a été découvert un anévrysme de petite taille en per opératoire confirmant l'atteinte vasculaire multifocale dans la maladie de behcet et qui nécessite un traitement médical au long terme. Bien que rare, les anévrysmes de l'ar-

tère pulmonaire dans la maladie de behcet posent le problème de leur rupture qui est dans la grande majorité des cas létale.

**Mots clés :** anévrysme, behcet, thorax

## LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN REVELE PAR UN CHYLOTHORAX : A PROPOS D'UN CAS GUETTICHE.H., BORGHIDA.C., BOULDJADJ.A., AYADI.S., MESSADI.M.S.

Service de Pneumo-physiologie CHU Constantine

*Introduction :* Les lymphomes ganglionnaires non hodgkiniens peuvent être responsable de manifestations thoraciques, parmi lesquelles le chylothorax, secondaire à une compression extrinsèque ou infiltration du canal thoracique et des collatérales, qui reste rare.

*Observation :* Il s'agit du patient B. S âgé de 57 ans agriculteur de profession sans antécédents particuliers fumeur a raison de 04 P /A, admis pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'un épanchement pleural liquidien bilatéral d'aspect laiteux de moyenne abondance.

*Motif d'hospitalisation :* dyspnée et douleur basithoracique bilatérale  
*Examen Clinique :* bon EG, apyrétique, amaigrissement chiffré à 12 kg en 03 mois. Trépied de Trousseau à la moitié inférieure des 02 hémi champs pulmonaires. Ponction pleurale exploratrice : liquide chyleux, biochimie : rivatla positif taux de protéines 41,5g/l-triglycérider 12,10g/l (10 fois la normale), LDH 139UI/L.

*TDM thoracique :* Masse péri rachidienne dorsale et médiastinale postéro moyenne engainant partiellement l'aorte thoracique, associant un épanchement pleurale bilatérale. Biopsie scanno guidée : aspect histologique d'un lymphome malin non hodgkien médiastinale diffus à petites cellules. Immuno histochimie : en cours. Malade orienté en hématologie pour prise en charge.

*Commentaire :* Le diagnostic de tumeur médiastinale a été évoqué devant ce chylothorax après avoir éliminé les autres étiologies suspectées (traumatique, tumorale, maladies lymphatique primitives, congénitale, tuberculose etc.). Parmi toutes les tumeurs du médiastin évoquées : tumeur nerveuse, tumeur embryonnaire, lymphome, métastase ganglionnaire, sarcome de kaposi .le diagnostic de LMNH est retenu sur preuve histologique.

*Conclusion :* Le chylothorax révélant une atteinte lymphomateuse est rarement observé et cette étiologie n'est découverte que suite à l'exploration de cet épanchement pour lequel le malade consulte. Le diagnostic du LMNH doit être précoce pour un traitement moins lourd avec plus de chance guérison.

## LOCALISATIONS EXTRA PULMONAIRES RARES DE LA TUBERCULOSE: QUELLES DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES? (A PROPOS DE 8 CAS)

W. Bourekoua, N. Adimi., S. Nafti.

Clinique des maladies respiratoires. CHU Mustapha

La tuberculose extra pulmonaire représente 30-45% de l'ensemble des cas de tuberculose. Certaines localisations sont rares même dans les pays d'endémie et posent, de ce fait un réel problème diagnostique. Nous rapportons dans cette étude rétrospective 8 cas de localisations extra pulmonaires rares de cette pathologie dont l'objectif est de soulever les difficultés de diagnostic et de prise en charge de ces localisations de la tuberculose. Il s'agit de 5 femmes et 3 hommes avec une moyenne d'âge de 42,5 ans.Tous nos patients n'avaient pas d'antécédents de tuberculose ni de notion de contagie tuberculeux. Une tare était associée dans 3 cas : HTA (1 cas) et diabète

de Type II (2 cas). Les localisations retrouvées étaient: bronchique (2 cas), laryngée, testiculaire, hépatique, péricardique, sous cutanée et intestinale (1 cas pour chaque localisation). Une autre localisation était retrouvée dans 3 cas : pleurale (1 cas) et ganglionnaire médiastinale (2 cas). L'IDR à la tuberculine était positive dans 62,5% des cas. La fibroscopie bronchique avait objectivé un bourgeon endobronchique (2 cas). Le diagnostic a été confirmé par l'histologie (7 cas) et par la bactériologie dans 1 cas (culture de cytoponction testiculaire). Le régime prescrit était 2RHZE/4RH (4 cas) et 2RHZ/4RH (4 cas) avec une bonne tolérance dans 75% des cas. La guérison a été obtenue dans 6 cas (75%). 2 échecs ont été notés ayant nécessité une prolongation de la durée du traitement. Certaines localisations extra pulmonaires de la tuberculose restent rares et méritent d'être mises en lumière vu les difficultés diagnostiques et thérapeutiques qu'elles posent mais l'évolution reste favorable sous traitement anti tuberculeux bien conduit.

## **PRISE EN CHARGE DES ADENITES TUBERCULEUSES A L'UCTMR D'ALGER CENTRE: A PROPOSE DE 132 CAS (2010-2013)**

**W. Bourekoua, N. Adimi., S. Nafti.**

Clinique des maladies respiratoires. CHU Mustapha

La tuberculose ganglionnaire est la localisation extra pulmonaire la plus fréquente. Son diagnostic est relativement aisé mais elle pose souvent un problème thérapeutique. Cette étude rétrospective concerne 132 cas de tuberculose ganglionnaire périphérique colligés à l'UCTMR d'Alger centre durant 4 ans (2010-2013). Son but était de décrire les particularités épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutive de cette localisation. L'âge moyen était de 34,93 ans avec une prédominance féminine à 72% (95 femmes, 37 hommes). 20 patients avaient un antécédent de tuberculose : ganglionnaire (15 cas) et pulmonaire (5 cas). 21 patients avaient une tare associée : HTA = 7 cas, goitre et diabète = 4 cas chacun, ulcère gastrique = 3 cas, sarcoïdose, RCH et asthme = 1 cas chacun. 1 patient était VIH+. L'atteinte cervicale était prédominante (73%), fistulisée dans 48% des cas. 26 patients avaient des localisations multiples. L'IDR à la tuberculine réalisée dans 84% des cas était positive dans 80% des cas. Le téléthorax avait objectivé des ADP médiastinales : 11 cas et hilaires : 8 cas, des séquelles de TP : 28 cas. Le diagnostic était confirmé dans 88% des cas par la cytoponction (57%) et par l'histologie (31%). Le traitement était 2RHZE/4RH dans 21% des cas et 2RHZ/4RH dans 79% des cas avec bonne tolérance dans 84% des cas. Le taux de guérison était de 87%. 15 échecs ont été rapportés ayant nécessité une prolongation de la durée du traitement et 2 patients perdus de vue. La tuberculose ganglionnaire reste fréquente, de diagnostic aisé dans sa forme périphérique. Cependant, sa prise en charge est souvent difficile avec un taux d'échec entre 3-17% (10% dans notre série).

## **DIFICULTES DIAGNOSTIQUES DE LA TUBERCULOSE MAMMAIRE: A PROPOS DE 8 CAS**

**W. Bourekoua, N. Adimi., S. Nafti.**

Clinique des maladies respiratoires. CHU Mustapha

La tuberculose mammaire est l'une des rares localisations extra-pulmonaires de la tuberculose. Elle pose un réel problème de diagnostic différentiel avec les pathologies néoplasiques. Cette étude rétrospective concerne 8 femmes atteintes d'une mastite tuberculeuse prise en charge à l'UCTMR d'Alger cen-

tre (2010-2013). L'intérêt est de mettre en lumière les particularités cliniques et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette localisation. L'âge moyen de nos patientes était de 43 ans. La majorité était en période d'activité génitale (5 cas).

1 patiente avait un antécédent de mastite tuberculeuse homolatérale. Une ADP était associée dans 1 cas (sus claviculaire). Le siège de prédilection était le quadrant supéro-externe dans tous les cas : droit (3 cas) et gauche (5 cas) sous forme d'un nodule inflammatoire (6 cas) fistulisé chez 2 patientes. L'IDR à la tuberculine était positive dans 62,5% des cas. La mammographie avait objectivé une opacité nodulaire circonscrite dans tous les cas. L'échographie mammaire avait montré une masse hypoéchogène bien limitée avec renforcement postérieur (6 cas) et un trajet fistuleux (2 cas). Le diagnostic était confirmé dans 7 cas (mise en évidence de caséum) par la cytologie (3 cas) et par l'histologie (4 cas). Toutes nos patientes ont été traitées par une chimiothérapie antituberculeuse (RHZ/RH) durant 6 à 9 mois avec une bonne tolérance (62,5%) et un taux de guérison de 62,5%. La tuberculose mammaire reste rare même dans les pays d'endémie et survient surtout chez la femme en période d'activité génitale. Les tableaux radio-cliniques sont souvent trompeurs et posent de ce fait un réel problème diagnostique mais son évolution reste favorable sous traitement adéquat.

## **SYNDROME PRIMAIRE DES ANTIPHOSPHOLIPIDES REVELE PAR INFARCTUS PULMONAIRE ISCHEMIQUE**

**ELMENTRA .M, BENAMARA .S., LEKHAL .N., BERRABAH .Y.**  
CHU ORAN

*Introduction :* Le syndrome des anti phospholipides est une pathologie caractérisée par l'association de thromboses (artérielles, veineuses, placentaire) à la présence d'auto-anticorps anti phospholipides sériques la présentation clinique est variée et multiviscérale.

*Observation :* Patiente âgée de 26 ans, coiffeuse de profession, elle a fait deux avortements précoces dans les 4 années passées. Au moment de présentation, la patiente plaignait d'une douleur thoracique droite aiguë remontant à 03 jours, une toux sèche et fébrile à 38°. Une radiographie thoracique a objectivé une surélévation de héli coupole diaphragmatique droite avec comblement de cul de sac costodiaphragmatique droit avec opacité ovalaire en regard. Un angioscanner a révélé thrombose d'artère pulmonaire inférieure droite avec condensation postéro basale droite. Une FNS hyperleucocytose à prédominance polynucléaire, syndrome inflammatoire et D-DIMERS positive. ECG tachycardie sinusale et écho cœur été sans particularité. échodoppler des membres inférieures n'a révélé aucuns signes directs ou indirects de phlébite. un bilan étiologique a été lancé, les Anticorps anticardiolipine été positifs à deux reprises après 8 semaines d'intervalles, le bilan immunologique revenait négatif surtout pour les facteurs antinucléaires, un traitement à base de HBPM à dose curative suivie par les Anti Vitamines K a été mise en œuvre, une éducation thérapeutique avec suivi régulier pour prévenir les thromboses et les accidents hémorragiques suite au traitement.

*Discussion :* La présence d'une embolie avec infarctus pulmonaire et les antécédents d'avortements précoces spontanés, associée à des anticorps anti phospholipides, retrouvés sur deux prélèvements séparés de 8 semaines, permet de poser ici le diagnostic de syndrome des antis phospholipides. Il s'agit d'un syndrome primaire des antiphospholipides puisqu'aucun critère en faveur d'un

lupus érythémateux aigue disséminé n'a été mis en évidence.

*Conclusion* : Le syndrome des anti phospholipides est parmi les plus fréquentes pathologies thrombogènes, sa détection précoce après une épisode thrombotique peut améliorer la survie et limite les complications.

## **TUBERCULOSE GENITALE REVELEE PAR UNE MILIAIRE FEBRILE**

**B. Ait Kaci**, N. Hammache., C. Troum., Z. Ouramdane.

Service de Pneumo-physiologie, CHU Tizi-Ouzou, Algérie

*Introduction* : La tuberculose génitale est une forme rare et peu connue de la tuberculose extra-pulmonaire, de découverte fortuite, sa gravité est liée à ses conséquences génitales à type d'infertilité, voire de stérilité. Son atteinte est due à une dissémination hématogène du BK à partir d'un foyer tuberculeux à distance, notamment en cas de miliaire tuberculeuse.

*Cas clinique* : Nous rapportons un cas d'une femme âgée de 35 ans, G1P1 sans ATCD pathologiques particuliers qui a présenté un syndrome infectieux sévère avec altération de l'état général, 15 jours après son accouchement prématuré d'un mort né. Le télé thorax a objectivé une miliaire hématogène, la culture du flux menstruel à la recherche du Bk est positive. La patiente est traitée par chimiothérapie antituberculeuse de première ligne. A cause d'une hépato-toxicité sévère, un réajustement thérapeutique est décidé à base de Rifampicine et Ethambutol avec une bonne tolérance. La patiente a bien évolué sous traitement spécifique sur le plan pulmonaire et orientée en gynécologie pour un complément de prise en charge.

*Conclusion* : L'association de la miliaire tuberculeuse et génitale guérit sous traitement spécifique antituberculeux, mais aux dépens de lourdes séquelles fonctionnelles gynécologiques avec un haut risque de stérilité secondaire.

## **SARCOÏDOSE MEDIASTINO-PULMONAIRE REVELEE PAR UNE COMPRESSION ŒSOPHAGIENNE**

**B. Ait Kaci**, N. Hammache., Z. Ouramdane.

Service de Pneumo-physiologie, CHU Tizi-Ouzou, Algérie

*Introduction* : La sarcoïdose est une lymphogranulomatose bénigne, systémique d'étiologie inconnue pouvant atteindre différents organes, préférentiellement les poumons et les ganglions. Ces adénopathies (ADP) sont bilatérales symétriques, volumineuses et non compressives. Des manifestations extra-respiratoires peuvent être révélatrices de la maladie. L'atteinte œsophagienne est rare, la dysphagie est due soit à l'atteinte sarcoïdienne de l'œsophage soit à la compression extrinsèque par les ADP médiastinales postérieures ( 2% des cas )

*Cas clinique* : Nous rapportons un cas d'un malade âgé de 43 ans, aux ATCD de lithiase rénale, qui a présenté un syndrome infectieux associé à une dysphagie aux solides et aux liquides dont la fibroscopie œsogastroduodénale a objectivé une compression extrinsèque du bas œsophage. Le TLT de face et la TDM thoracique ont révélé de volumineuses ADP médiastino-hilaires avec syndrome interstitiel des régions moyennes et inférieures. La fibroscopie bronchique a objectivé un aspect inflammatoire et une lymphocytose au LBA. La biopsie bronchique étagée retrouve un granulome tuberculoïde sans nécrose casseuse. Le diagnostic de sarcoïdose Type II était retenu et une corticothérapie à raison de 0.5 mg/ kg est entamée avec une bonne évolution clinique et radiologique.

*Conclusion* : Notre cas souligne la possibilité d'adénopathies com-

pressives qui peuvent poser un diagnostic différentiel avec l'étiologie maligne ou tuberculeuse. Le tableau radio-clinique mais surtout histologique redresse le diagnostic en faveur de la sarcoïdose.

## **LE CYLINDROME : A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE**

**B.Ait Kaci**, Z.Ouramdane., N.Hammache.

Service de Pneumo-physiologie, CHU Tizi-Ouzou, Algérie

*Introduction* : Le cylindre ou le carcinome adénoïde kystique du poumon est une tumeur rare de bas grade de malignité et représente 0.09 à 0.2% de tous les cancers pulmonaires. Il est d'évolution lente et locale mais tend à s'infiltrer le long des voies aériennes.

*Cas clinique* : Il s'agit d'une femme de 43 ans aux ATCD d'hospitalisation pour pleuro-pneumopathie droite ayant bien évolué sous traitement antibiotique. On retrouve des ATCD familiaux de néoplasie bronchique chez le père et le frère ainsi qu'un cancer du sein chez la sœur. Elle est réhospitalisée pour récurrence d'une pneumopathie homolatérale. La fibroscopie bronchique a objectivé un bourgeon de la bronche souche droite avec infiltration de la carène. L'étude histologique de la biopsie bronchique conclue à un carcinome adénoïde kystique. La patiente a été récusée sur le plan chirurgical et une décision de radiothérapie a été prise. Malheureusement, La patiente n'a pas encore bénéficié de la radiothérapie après une survie de 10 mois.

*Conclusion* : La chirurgie d'exérèse est le seul moyen thérapeutique pouvant entraîner une rémission prolongée dans le carcinome adénoïde kystique du poumon alors qu'il est grevé de récurrence locorégionale. La radiothérapie est indiquée si la chirurgie est incomplète ou impossible.

## **ŒDEME PULMONAIRE NEUROGENE SECONDAIRE A UNE CRISE D'EPILEPSIE**

**N.Hammache**

Service de Pneumo-physiologie, CHU Tizi-Ouzou, Algérie

Nous rapportons trois cas cliniques d'œdème pulmonaire neurogène (OPN) secondaires à une crise d'épilepsie généralisée chez trois patients épileptiques, âgés respectivement de 16 ans, 17 ans et 29 ans. L'œdème pulmonaire neurogène (OPN) est une complication rare mais grave de lésions du système nerveux central d'origines diverses dont la crise de convulsion tonico-clonique. Il a été décrit pour la première fois en 1908 chez un patient en état de mal épileptique. Son incidence n'est pas connue et sa physiopathologie n'est pas entièrement élucidée quoique la diminution de la perfusion cérébrale déclenche une décharge de catécholamines, causant une augmentation de la contractilité cardiaque et une vasoconstriction veineuse et artérielle à l'origine d'une hypertension systémique et pulmonaire. Il se présente cliniquement par une défaillance respiratoire aiguë, expliquée par un œdème pulmonaire hydrostatique déclenché par une sur-stimulation sympathique visant au maintien de la perfusion centrale et aboutit à un œdème de perméabilité par lésion vasculaire pulmonaire mécanique. La dyspnée est le symptôme principal, associée ou non à une hémoptysie. L'image radiologique est celle de l'œdème pulmonaire caractérisé par un infiltrat interstitiel et alvéolaire bilatéral. Le diagnostic est plus aisé lorsque l'œdème survient chez des patients jeunes sans antécédents de troubles cardiorespiratoires ni de lésions directes de ces organes. L'évolution est marquée par une résolution de la maladie et l'aspect radiologique se norma-

lise en un à deux jours. L'asphyxie due à cet œdème peut entraîner le décès chez les patients épileptiques, mais aussi, le sous diagnostic de cette entité, car il est souvent confondu avec une pneumopathie infectieuse ou d'inhalation. Ces diagnostics différentiels posés à tort, retardent la prise en charge de l'OPN, comme c'est le cas de nos trois patients qui sont transférés directement de l'unité des urgences médicales vers le service de pneumologie pour un diagnostic respectivement, de tuberculose, de pneumonie et de pneumopathie d'inhalation. L'amélioration rapide clinique et radiologique mais aussi le contexte de survenue au décours d'une crise d'épilepsie nous ont mis sur la voie du diagnostic de l'OPN.

## CARCINOME ADÉNOÏDE KYSTIQUE : A PROPOS D'UN CAS A LOCALISATION TRACHEALE

**B. Haddad**, S. Hamoud., S. Salhi., A. Lemouchi., A. Djebbar.

Service de pneumophtisiologie-Professeur A.Djebbar-EPH Batna

Le carcinome adénoïde kystique (CAK) anciennement appelé cylindrome est une tumeur rare. Il se développe aux dépens des glandes bronchiques. Le CAK s'observe le plus souvent chez des adultes de 40-50 ans avec une petite prédominance féminine (60 %), sans imputabilité du tabac. La majorité des CAK pulmonaires ont une évolution lente et insidieuse.

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme âgée de 31 ans. La symptomatologie clinique est faite d'une dyspnée inspiratoire et une toux sèche chronique. La radiographie thoracique est subnormale, L'examen tomographique objective un processus trachéo-bronchique avec des nodules parenchymateux bilatéraux. La vidéo-broncho-fibroscope montre une prolifération verruqueuse à surface hyper vascularisée réduisant la lumière trachéale. Le diagnostic histologique est établi par une biopsie bronchique. Chez notre malade la tumeur est irrésécable, une chimiothérapie complétée par une radiothérapie étant le seul traitement disponible. Malgré son évolution lente, longtemps locale, le carcinome adénoïde kystique pose essentiellement des problèmes chirurgicaux en raison de sa tendance à infiltrer les axes bronchiques sur de grandes longueurs. L'objectif étant de rappeler les risques évolutifs de ce type de tumeurs. Le carcinome adénoïde kystique de la trachée est une tumeur rare. Le traitement repose sur trois modalités thérapeutiques, qui sont la chirurgie, la radiothérapie, et l'endoscopie interventionnelle. La chimiothérapie n'a pas de place en dehors des formes métastatiques.

## L'ANEVRYSME DU VENTRICULE GAUCHE SECONDAIRE A UN TRAUMATISME THORACIQUE

**Y.BEZOUI, A.BENZEGUIR., N.FETTAL., A.BOUZIDI., A.TALEB.**

CHU sidi bel abbès

**Introduction :** Les faux anévrysmes du ventricule gauche sont rares. Dans la majorité des cas ils sont d'origine ischémiques. Ils peuvent aussi être une complication d'une chirurgie valvulaire mitrale ou rarement d'un traumatisme cardiaque et/ou thoracique.

**Observation :** nous rapportons le cas d'un patient âgé de 23 ans qui consulte pour dyspnée d'effort d'apparition brutale sans contexte infectieux. Aux antécédents du patient on note une thoracotomie antérolatérale gauche suite à un traumatisme thoracique ouvert par arme blanche en 2012.

L'examen pleuro pulmonaire retrouve un murmure vésiculaire bien perçu aux deux champs pulmonaires. La radiographie thoracique de face a révélé un syndrome médiastinal moyen et in-

ferieur unilatéral gauche confirmé par la tomographie qui a objectivé une formation para cardiaque gauche refoulant le cœur de 128/100 cernée par une coque partiellement calcifiée. L'échographie cardiaque retrouve un ventricule gauche dilaté communiquant avec une poche anévrysmale par un large orifice sur la paroi latérale sans vice valvulaire.

Devant ce tableau radio clinique le patient a bénéficié d'une ventriculoplastie. Les suites opératoire étaient simples l'écho-cœur post opératoire a objectivé une régression des dimensions du VG. **Conclusion :** L'incidence du faux anévrysme du VG n'est pas bien connue. Cependant il reste une complication assez rare des traumatismes ouverts.

## SAHOS ET TROUBLES METABOLIQUES

**<sup>1</sup>Chaouki Feryel, <sup>1</sup>Meriem Bouali, <sup>2</sup>Dalal Chaouki., <sup>1</sup>Oualid Maache., <sup>1</sup>Abdel majid Djebbar.**

<sup>1</sup>Service de Pneumologie, EPH Batna. <sup>2</sup>Service d'Endocrinologie, CHU Batna

Il est établi que les troubles métaboliques(TM), responsables d'une morbidité importante, peuvent s'accompagner d'un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et leurs rôles respectifs dans la survenue de cette pathologie restent à préciser. Notre objectif est d'apprécier la fréquence et la sévérité du SAHOS dans certains troubles métaboliques : obésité, syndrome métabolique (SM), diabète Type 2 (DT2), dyslipidémies (DL). Notre étude prospective et descriptive (Mai 2012 – Août 2014) a concerné 179 patients (25♂, 154♀). Les critères diagnostiques utilisés sont : SAHOS (American Academy of Sleep Medicine, 2013) ; SM (IDF, 2009) et Diabète Type 2 (OMS, 1999). Une polysomnographie, précédée par une évaluation de la somnolence diurne selon l'Echelle d'Epworth est réalisée chez tous nos patients. L'âge médian est de 52 ans (extrêmes : 23-85 ans). La prédominance féminine est nette (86%). L'IMC médian est de 34,31 kg/m<sup>2</sup> (extrêmes : 24-58). La prévalence globale du SAHOS est de 55.3% si l'Index Apnées Hypopnées (IAH) est  $\geq 5$ . Le SAHOS est plus fréquent dans le DT2 (58.3%) comparativement aux autres troubles métaboliques mais les différences ne sont pas significatives. Les formes graves de SAHOS (IAH > 30) sont objectivées surtout dans le DT2 (17%). Le déséquilibre glycémique, attesté par l'HbA1C, semble être un élément déterminant dans la sévérité du SAHOS. La fréquence du SAHOS est corrélée positivement ( $p < 0.01$ ) à la sévérité de la perturbation métabolique. En outre, son intensité est proportionnelle à l'importance de l'obésité et à la gravité du SM ( $p < 0.05$ ). L'hypertriglycéridémie aurait également un effet aggravant dans la survenue du SAHOS.

Le SAHOS est une pathologie fréquemment observée dans les troubles métaboliques qui constituent des facteurs confondants majeurs. Leur association est susceptible de générer des altérations de la qualité du sommeil inhérente à l'hypoxémie intermittente et au stress oxydatif. Eu égard aux interactions sommeil-modifications métaboliques, le dépistage systématique du SAHOS contribuera indubitablement à une meilleure prise en charge de ces anomalies.

## ASPECTS DES COMORBIDITES INHERENTES OU ASSOCIEES A LA BPCO

**Chaouki Feryel, Djallel Eddine Benoudina, Houssein Eddine Ailane, Safa Salhi, Abdel majid Djebbar.**

Service de Pneumologie, EPH Batna.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est

une pathologie assez fréquente, souvent liée à une intoxication tabagique mais parfois secondaire à une pollution de cause variable susceptible de conduire à une insuffisance respiratoire chronique. De nombreuses pathologies, parfois très invalidantes, peuvent s'y associer.

Notre objectif est de déterminer la prévalence des différentes comorbidités inhérentes ou associées à la BPCO.

Notre étude rétrospective (1.10.2010 – 31.10.2014) a permis de répertorier 212 patients présentant une BPCO authentique. Tous nos patients avaient bénéficié d'un examen clinique complet et d'explorations : fonctionnelle respiratoire, cardiovasculaire et biologiques. La répartition selon le sexe montre une prépondérance masculine (90,5%) avec un sex-ratio=1/9,6 (20♀ et 192♂). L'âge moyen est de 70 ans (extrêmes : 43-90 ans). La majorité de nos patients (62,3%) présentaient une BPCO avancée (Stade III =34% ; Stade IV =28,3%).

La prévalence globale des comorbidités recensées est très élevée (82%). Les cardiopathies (48%) et les anomalies métaboliques (34%) sont prépondérantes. Leur répartition selon les stades de la BPCO (Classification GOLD) révèle que leur fréquence et leur gravité sont corrélées positivement ( $p < 0.01$ ) à la sévérité de la BPCO. L'association chez le même patient de 2 comorbidités (chez la moitié des patients), voire trois (dans 1/4 des cas) est objectivée particulièrement dans les derniers stades de la BPCO.

Notre étude a contribué à faire l'inventaire partiel des comorbidités coexistantes ou imputables à la BPCO dont la sévérité apparaît comme une condition permissive à leur survenue selon l'âge et dans les 2 sexes. Les interactions BPCO-Comorbidités, fréquentes, constituent un facteur de risque susceptible d'hypothéquer le devenir du sujet atteint. Leur dépistage précoce et leur prise en charge thérapeutique multidisciplinaire auront un impact bénéfique certain sur la qualité de vie et renforce l'idée qu'une prévention du tabagisme est nécessaire.

## EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES SUR L'ASTHME.

<sup>1</sup>Djehri. Y, <sup>2</sup>Mahi-Taright. S

<sup>1</sup>Service des urgences HMRUC 5° RM Constantine

<sup>2</sup>Service de pneumologie. CHU Bab El oued Alger

**Introduction :** La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et les stratégies de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques sont constamment modifiées. Dès lors, il est très difficile pour le médecin généraliste, d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique.

**Objectif :** L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur l'asthme bronchique en vue d'identifier des lacunes et de mettre en œuvre, si besoin, des actions de formation.

**Méthode :** Il s'agit d'une enquête descriptive et analytique par auto-questionnaire anonyme d'administration directe en présence de l'enquêteur. Elle a concerné 52 médecins généralistes exerçants dans 8 polycliniques de Constantine.

**Résultats :** L'analyse des réponses a révélé une méconnaissance des critères de diagnostic de l'asthme à l'interrogatoire. Aucun médecin généraliste ne possédait un débitmètre, 44,2 % d'entre eux ne le connaissaient pas et 88,5 % ne savaient pas l'utiliser. 88,5 % des médecins ne connaissaient pas la nouvelle classification de l'asthme basé sur le niveau de contrôle. La plupart d'entre eux ne connaissaient pas les différents paliers du traitement de fond de

l'asthme et étaient incapables de réaliser l'ensemble des étapes nécessaires pour administrer les traitements inhalés.

**Analyse :** La majorité des médecins interrogés ont des connaissances non conformes aux recommandations. La méconnaissance de l'asthme sur le plan clinique et thérapeutique peut entraîner un retard du diagnostic et une prise en charge non adaptée.

**Conclusion :** Cette étude a mis en évidence un besoin réel de formation des médecins généralistes dans le domaine de la prise en charge de l'asthme.

## VALEUR DE L'INTERFERON-GAMMA DANS LE DIAGNOSTIC DES PLEURESIES TUBERCULEUSES.

<sup>1</sup>R.YAHIAOUI, <sup>2</sup>F.MECABIH. <sup>1</sup>S.DAHMANI. <sup>1</sup>E.BOUADDOU. <sup>1</sup>R.AMRANE. <sup>1</sup>A.FISSAH.

<sup>1</sup>Service de pneumologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

<sup>2</sup>Laboratoire d'immunologie, Institut Pasteur Delly Brahim Alger, Algérie

**Introduction :** Parmi Les tuberculoses extra pulmonaires, la pleurésie tuberculeuse est fréquente, elle occupe la 2ème place après les adénites tuberculeuses périphériques en Algérie et dans la plupart des pays. Son diagnostic est généralement difficile, du fait de la non sensibilité des méthodes conventionnelles. De nouveaux tests immunologiques ont été étudiés pour améliorer la sensibilité diagnostique de la pleurésie tuberculeuse et palier aux insuffisances des méthodes conventionnelles. Parmi eux figure l'interféron gamma (IFN- $\gamma$ ).

**Objectif :** Evaluer la performance et l'intérêt clinique de l'IFN- $\gamma$  dans le diagnostic de la pleurésie tuberculeuse par le test commercial le QuantiFERON TB-Gold In-Tube (QFT-GIT)

**Patients et Méthodes :** QFT-GIT-InTube fut testé dans le sérum et dans le liquide pleural sur un recrutement prospectif de 158 patients immunocompétents, ayant présenté un épanchement pleural exsudatif.

**Résultats :** Les patients étaient répartis en 2 groupes selon le diagnostic retenu : 84 pleurésies tuberculeuses étaient prouvées à la biopsie pleurale et/ou à la bactériologie du liquide pleural en présence de bacille de Koch (BK) ou fortement suspect de tuberculose par la présence d'arguments de présomption (notion de contagé, IDR à la tuberculine positive et présence d'un granulome tuberculoïde sans nécrose caséeuse à l'histologie pleurale. 74 pleurésies non tuberculeuses dont 67 étaient d'origine maligne, 5 secondaires à une maladie systémique, et 2 d'origine inflammatoire).

Nos résultats montraient, une haute sensibilité pleurale du QFT-GIT (95,5%) par rapport à la sensibilité sérique (86,1%). En revanche, la spécificité sérique (84,5%) était plus élevée que la spécificité pleurale.

**Conclusion :** le QFT-GIT dans le sang et dans la plèvre apparaît dans notre étude comme un test utile pour le diagnostic des pleurésies tuberculeuses, bien que sa spécificité pleurale soit modeste.

## PNEUMOPATHIE ORGANISEE CRYPTHOGENIQUE A PROPOS DE DEUX CAS

HAMEL Y, BOUZIDI A., BAAK A., BEKKARA I., TALEB A. CHU Sidi Bel Abbès

**Introduction :** La pneumonie organisée cryptogénique (POC) est une entité clinico-histologique distincte décrite pour la première fois par Davison en 1983, puis par Epler deux ans plus tard sous le nom de Idiopathic Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia

(BOOP). Observée dans différentes situations de réparation pulmonaire après une agression, caractérisée par la présence dans les espaces aériens distaux (alvéoles, canaux alvéolaires, bronchioles respiratoires) de bourgeons constitués de fibroblastes dans une matrice extracellulaire lâche (bourgeon conjonctif). La POC peut être secondaire ou idiopathique

Observation :

Cas n°1 : Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 50ans diabétique, hypertendue qui vient consultée pour une dyspnée chronique d'aggravation progressive, l'examen clinique retrouve des râles crépitants diffus, la TDM thoracique a révélée une pneumopathie bilatérale diffuse à prédominance basale périhilaire et périphérique faite de condensation, verre dépoli et épaississement des septas. L'exploration cardiaque et les bilans biologiques standard était sans particularité, la bacilloscopie été négative, l'IDRT été négatif, la fibroscopie bronchique été normale, la sérologie HIV été négative. La patiente a bénéficié d'une antibiothérapie à large spectre à plusieurs reprises mais sans amélioration clinique. Les radiographies de contrôle ont objectivé un caractère migratoire des lésions la patiente s'est ensuite rendue en France où elle a subi une biopsie pulmonaire permettant d'affirmer le diagnostic de POC, elle a été alors mise sous corticothérapie au long court L'évolution a été marquée par une instabilité de la maladie avec des rechutes fréquentes, et un déséquilibre de son diabète entretenue par la corticothérapie. La patiente a été hospitalisée pour une rechute sévère de sa POC celle-ci aggravée par la survenue d'une insuffisance surrénalienne aigue sur un état général déjà altéré, aboutissant à son décès quelques jours plus tard.

Cas n°2 : Nous rapportons le cas d'une jeune femme âgée de 33 ans sans antécédents particuliers, célibataire, sans profession venant consulter pour une toux sèche chronique (02 mois) avec un amaigrissement de 10kg, sueur nocturne. Toute la symptomatologie débutant après un syndrome grippal La TDM thoracique a objectivé des opacités basales bilatérales de condensation en bande, verre dépoli et signe de halo inversé. La recherche de BK été négative, les bilans biologiques standards étaient sans particularité, la fibroscopie bronchique été normale, la sérologie HIV été négative, l'IDRT été négatif. La patiente a bénéficié d'une antibiothérapie à large spectre mais sans amélioration clinique ni radiologique. La ponction transpariétale et la biopsie pulmonaire n'ont pas pu être réalisées vu que les lésions étaient inaccessibles.

Devant le tableau clinique et radiologique évocateur un traitement par corticoïdes a été tenté à dose de 0.5mg/kg régressive sur 02 mois. L'évolution a été marquée par une guérison complète avec disparition des signes cliniques et restitution ad integrum du parenchyme pulmonaire, actuellement (10 mois après) pas de récurrence.

*Discussion :* Dans les deux cas rapportés dans l'Observation le diagnostic de POC n'a pas été évoqué d'emblée, mais retenu après avoir éliminé soigneusement d'autres diagnostics plus fréquents à savoir : Les pneumopathies infectieuses, de surcharge, d'hypersensibilité et médicamenteuse, le carcinome bronchiolo-alvéolaire, le lymphome pulmonaire. A noter que dans notre Observation le caractère idiopathique a été retenu mais la POC peut être secondaire à une pneumopathie infectieuse, après radiothérapie, à la suite d'une prise médicamenteuse (l'amiodarone, les bêtabloquants, les statines, la bléomycine) ou lors d'une connectivite (Les myopathies inflammatoires, PR), l'inhalation de toxiques,

dans un environnement domestique ou professionnel (colorants textiles administrés en spray), et chez les transplantés. La preuve histologique lorsqu'elle est disponible est un point clé dans le diagnostic de la POC, dans le cas contraire ce dernier peut être fait devant un aspect radioclinique compatible, un lavage broncho-alvéolaire caractéristique, et l'absence d'autre affection détectée sur les biopsies transbronchiques. Le diagnostic est confirmé secondairement devant l'amélioration spectaculaire qui est généralement obtenue par la corticothérapie.

*Conclusion :* La POC est une pathologie jeune et sa physiopathologie n'est pas élucidée, son diagnostic est relativement aisé pour le médecin expérimenté et sa remarquable corticosensibilité en fait un diagnostic valorisant pour le médecin avec un pronostic favorable pour le malade. Elle est rare et doit rester un diagnostic d'exclusion.

## LOCALISATION PULMONAIRE PRIMITIVE DE LA MALADIE D'HODGKIN A PROPOS D'UN CAS.

YAHIAOUI N., BREXIER R., AMROUN A., HAMEL Y., TALEB A.

Service pneumophtisiologie CHU Sidi Belabbès

*Introduction :* La maladie d'Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de REED STERNBERG dont la cause est inconnue, elle représente 10% de tous les lymphomes. Atteint le plus souvent l'adulte jeune entre 20 à 40 ans caractérisée par une évolution lente. L'atteinte pulmonaire de la maladie d'Hodgkin représente 20% des cas, elle définit le stade IV. Sa symptomatologie est souvent trompeuse conduisant à un retard diagnostique.

*Observation :* Nous rapportons le cas d'une patiente B.K. âgée de 16 ans sans antécédents particuliers consulte pour une dyspnée associée à une douleur thoracique droite. L'examen clinique retrouve une fièvre, amaigrissement non chiffré, diminution de vibration vocale à la palpation, une matité à la percussion, le murmure vésiculaire diminué au niveau de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit. La radiographie thoracique a objectivé une image mixte ovalaire siégeant dans le lobe moyen droit. La fibroscopie bronchique est sans particularité, le liquide d'aspiration bronchique est stérile. TDM thoracique objective un processus tissulaire lobaire supérieur et moyen refoulant les vaisseaux jugulo-carotidiens homolatéraux et ne retrouve pas d'adénopathies profondes. Une ponction transpariétale a été réalisée dont le résultat anatomopathologique a révélé la présence de cellules de REED STERNBERG. Il s'agit d'une localisation pulmonaire de la maladie d'Hodgkin. TDM abdominopelvienne réalisée dans le cadre d'un bilan d'extension est sans particularités. Le lymphome de Hodgkin a été classé stade IV. Traitement : Patiente sous chimiothérapie (6 cures de BEACOPP) : bléomycine, etoposide, adriamycine cyclophosphamide, vincristine, procarbazine et prednisone.

*Evolution :* défavorable, au cours de l'évolution la malade a présentée une adénopathie cervicale droite bénéficiant d'une biopsie exérèse dont le résultat anatomopathologique est en faveur d'une maladie d'Hodgkin confortant ainsi le diagnostic initial. Elle a aussi présenté des adénopathies profondes abdominales avec une atteinte de la rate et du foie.

*Conclusion :* L'atteinte pulmonaire de la maladie d'Hodgkin est rare, sa prise en charge doit être multidisciplinaire Le facteur pronostic principal est le degré d'extension de la maladie. A ce stade, Le pronostic reste sombre malgré le développement et le perfectionnement des avancées thérapeutiques.

## LES FACTEURS PRONOSTIQUES DANS LE CANCER BRONCHIQUE NON A PETITES CELLULES INOPERABLE : A PROPOS D'UNE SERIE DE 61 PATIENTS

**B. Haddad**, S. Hamoud., L. Razoug., S. Boudouh., A. Djebbar.  
Service de pneumophtisiologie-Professeur A.Djebbar-EPH Batna

Parmi l'ensemble des tumeurs malignes, le cancer broncho pulmonaire est la localisation cancéreuse qui a le plus progressé en termes d'incidence. Malgré les progrès continus en matière de moyens de diagnostic et thérapeutique, le pronostic du cancer bronchique reste sombre. Le taux de mortalité demeure très important et la survie à 5 ans ne dépasse que rarement les 15 % tous stades confondus.

L'identification de facteurs pronostiques déterminant des groupes selon le risque et de facteurs prédictifs de l'effet d'une thérapeutique donnée constituent une étape préalable indispensable à l'optimisation des thérapeutiques existantes.

A travers une étude rétrospective, portant sur 61 dossiers de malades, présentant tous un carcinome bronchique non à petite cellule, représentés par 44 carcinomes épidermoïde, 14 adénocarcinomes, 02 types indifférenciés et 01 carcinome adénosquameux, les auteurs identifient différents facteurs pronostiques notamment l'âge, le sexe, l'indice de performance, la perte de poids, le stade de la maladie et pour les cancers avancés le nombre de foyers secondaires et le Type de métastase, le Type histologique ainsi que le degré de différenciation et enfin le taux d'hémoglobine et le nombre de leucocytes. L'étude a porté sur 55 hommes et 6 femmes, d'âge compris entre 40 et 76 ans. La stadification des malades retrouve 07 cas en IIIA, 22 cas en IIIB et 32 cas au stade IV. Sur le plan thérapeutique, le recours à la chimiothérapie de première ligne est fait en fonction de la disponibilité des drogues. La plus utilisée est une bithérapie comprenant Cisplatine –Gemcitabine (62.3 % des cas). Le recours à la 2<sup>ème</sup> ligne basée sur une monothérapie (Taxotère) a intéressé 19 malades. La radiothérapie complémentaire ou à visée antalgique a concerné 7 patients.

Le décès est déploré chez 45 malades (73,77%). Il est survenu chez 21 d'entre eux avant le 6<sup>ème</sup> mois, chez 15 autres entre 6 et 12 mois et pour 9 malades entre 12 et 21 mois. La médiane de survie est de 8 mois. La survie à 12 mois est de 40.98%. Elle est de 26.22% à 21 mois.

## SYNDROME PNEUMO-RENAL : A PROPOS D'UN CAS

**R.Djebaili**, S. Behbeh., N. Douha., R. Oudjidene., D.Benoudina., A.Djebbar.

EPH BATNA

*Introduction* : le syndrome pneumo-rénal est une entité rare et grave dont les étiologies principales sont dominées par les vascularites à ANCA et le Good Pasture. Il constitue une urgence vitale du fait de l'association d'une hémorragie alvéolaire le plus souvent asphyxiante et d'une glomérulonéphrite rapidement progressive.

*Observation* : les Auteurs rapportent le cas d'un malade âgé de 61ans hospitalisé pour une hémoptysie de faible abondance, toux muqueuse, dyspnée de repos. L'examen clinique retrouve un malade apyrétique dyspnéique avec une légère cyanose buccale et des râles crépitants diffus à l'auscultation. La radiographie du thorax objective des opacités alvéolaires confluentes diffuses et bilatérales, la TDM révèle un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. Le bilan biologique retrouve une anémie modérée, un bilan rénal perturbé et d'aggravation progressive avec une hématurie à la chimie des urines. Un syndrome inflammatoire avec des c- ANCA positifs alors que les anticorps antinucléaires étaient négatifs.

Une hémorragie alvéolaire a été évoquée devant l'association

d'une hémoptysie des lésions alvéolaires et d'une anémie, cependant la fibroscopie bronchique n'a pas été pratiquée vu la détresse respiratoire. Le diagnostic du syndrome pneumo-rénal est posé devant l'association d'une hémorragie alvéolaire et d'une atteinte rénale progressive. Le malade a été mis sous corticothérapie à forte dose avant d'être adressé pour une ponction biopsie rénale à des fins de diagnostic étiologique et de pronostic rénal. Celle-ci est revenue en faveur de la maladie de Wegener. Conclusion: malgré sa rareté le syndrome pneumo-rénal est une maladie grave associée à un taux de mortalité initiale atteignant les 50% en fonction de la gravité de l'hémorragie alvéolaire. Le pronostic à long terme est dominé par l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique d'où l'intérêt d'entamer précocement le traitement dès la suspicion de ce diagnostic.

## UNE LOCALISATION RARE DE LA SARCOÏDOSE : A PROPOS D'UN CAS

**R.Djebaili**, A.Romane., A. Azoui., M. Saoudi., A.Djabbar.

EPH BATNA

*Introduction* : La sarcoïdose est une granulomatose systémique. Si la localisation médiastino-pulmonaire est la plus fréquente (80 à 90%), l'atteinte pleurale constitue une des localisations inhabituelles de la maladie.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 31 ans, admis pour l'exploration d'un épanchement pleurale bilatéral avec des adénopathies médiastinales. L'examen clinique retrouve la notion d'arthralgies, une pâleur cutanéomuqueuse, une matité basale pulmonaire bilatérale. La TDM thoracique objective des adénopathies médiastinales bilatérales symétriques et non compressives avec pleurésie bilatérale et une péricardite. La biopsie bronchique ainsi que la biopsie pleurale sont en faveur d'une inflammation non spécifique. L'IDR à la tuberculine est négative de même que le bilan immunologique. Le taux de l'enzyme de conversion de l'angiotensine est élevé à 119 UECA. Le diagnostic de sarcoïdose médiastino-pleurale a été retenu devant des arguments cliniques, radiologiques et biologiques.

*Conclusion* : la sarcoïdose pleurale reste une localisation rare. Elle pose un problème de diagnostic différentiel nécessitant le recours à la thoracoscopie pour assoir son diagnostic de certitude.

## FIBROSE PULMONAIRE POST RADIQUE : A PROPOS D'UN CAS

**B. Haddad**, S. Assassi., R. Heddane., Chergui. A. Djebbar.

Service de pneumophtisiologie-Professeur A.Djebbar-EPH Batna

La pneumopathie radique est une complication fréquente, dont le taux d'incidence varie de 10 à 20 % selon les études. La fibrose pulmonaire se constitue plusieurs mois voire plusieurs années après l'irradiation. Elle se traduit radiologiquement par l'installation d'une opacification dans les volumes irradiés, cliniquement d'une dyspnée avec toux non productive et sur le plan fonctionnel par une perturbation des volumes respiratoires. La sévérité des symptômes est fonction du volume irradié mais aussi de la dose totale et du fractionnement rayonnant. Le risque est plus grand chez les personnes âgées.

Les Auteurs rapportent l'Observation d'un homme âgé de 71 ans, chez qui le diagnostic d'un carcinome bronchique épidermoïde du poumon droit, classé T4N3M0 (stade IIIB), est établi. Le malade bénéficie d'une chimiothérapie complétée d'une radiothérapie à la dose de 66 Gy. 03 mois après, le malade présente une asthénie importante avec toux sèche et frissons. L'étiologie infectieuse est évoquée. Une antibiothérapie a été prescrite à plusieurs reprises. L'état général du patient s'aggrave

dans un contexte de dyspnée sévère. L'examen physique retrouve des râles crépitants au niveau de l'hémithorax droit. La radiographie ainsi que la TDM thoracique objectivent un aspect de fibrose accentuée au niveau de la base thoracique droite. L'évolution non satisfaisante sous antibiothérapie associée à un contexte d'irradiation thoracique fait suspecter le diagnostic de fibrose pulmonaire post radique. L'administration des corticoïdes se montre bénéfique avec une diminution de la dyspnée et de l'asthénie en 72 heures. Cependant l'évolution ultérieure est défavorable avec aggravation et décès du malade 15 jours après. La fibrose post radique est une complication tardive et souvent sous-estimée. Parfois, elle revêt des aspects gravissimes particulièrement chez le sujet âgé d'autant que le volume irradié est grand et la dose délivrée est intense. L'objectif étant de rappeler les meilleures modalités d'une radiothérapie dans le cadre d'un cancer bronchique inopérable.

## ASPERGILLOME INTRA CAVITAIRE SUR DILATATION DES BRONCHES : LOCALISATION RARE

**NADJI, BRIXI R., DERRAR H., YAHIAOUI N., BAAK A., TALEB A.**  
Service de pneumophtisiologie. CHU SBA

*Introduction* : L'aspergillome intra-cavitaire est de loin la forme la plus fréquente de L'aspergillose pulmonaire. Il se développe dans des cavités broncho-pulmonaires ou pleurales détergées, surtout post-tuberculeuses mais des localisations rares peuvent exister.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une patiente G.Z âgée de 44 ans, diabétique, sans antécédents pulmonaires admise à notre service pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de crachats hémoptoïques sur syndrome infectieux.

Une opacité ronde de 4 cm surmonté d'un croissant gazeux a été constatée sur la radiographie thoracique complétée par une TDM thoracique montrant l'aspect en grelot associé à une dilatation de bronches kystique et cylindrique localisée en regard de l'image. L'examen biologique et bacilloscopique étaient sans particularité alors que la sérologie aspergillaire est revenue positive.

Vu le panel clinique, radiologique et biologique, le diagnostic d'un aspergillome intra cavitaire sue une DDB a été retenu. La patiente a été mise sous TRT antifongique (le voriconazole : V.Fend) et proposée à la chirurgie pour éventuelle résection chirurgicale.

*L'évolution* : la patiente est en cours de traitement.

*Conclusion* : Une greffe aspergillaire sur une bronchectasie kystique ou l'association entre les deux peut exister. C'est ce qu'il faut toujours rechercher devant une hémoptysie.

## MAL DE POTT A PROPOS D UN CAS

**A.Bouzidi, N.Fettall, Y.Hamel., Y.Bezioui., A.Baak., A.Taleb.**

Service de pneumophtisiologie de sidi belabbès

*Introduction* : Le mal de pott ou tuberculose ostéoarticulaire représente 3 à 5% des tuberculoses et 15% des tuberculoses extra pulmonaires. La colonne dorsolombaire constitue le siège de prédilection 95%.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 31 ans mariée mère de deux enfants qui a présenté des douleurs dorsolombaires évoluant depuis 03 mois avec altération de l'état général. L'examen physique retrouve une masse sur le trajet de la colonne vertébrale dorsale. Les radiographies thoraciques standard de face, de profil et celle du rachis dorsolombaire objectivent une opacité en fuseau déplaçant les lignes para vertébrales ainsi qu'un tassement et destruction des vertèbres dorsales D5/D6. L'ensemble évoquant en premier lieu un abcès pottique. L'intradermoréaction à la tuberculine était fortement positive (IDRt). Les examens TDM et IRM : confirment l'abcès pottique avec une compression médullaire et des abcès para ver-

tébraux a prédominance droite.

La patiente Mise sous traitement antituberculeux 2RHZE/7RH. Une immobilisation du thorax est indiquée avec symphyse dorsolombaire. Prise en charge en rééducation fonctionnelle de ses troubles moteurs.

*Evolution* : Amélioration clinique post thérapeutique (évaluation à 6 mois). Une TDM de contrôle confirme l'amélioration radio clinique avec disparition de l'abcès a gauche et diminution de ces dimensions a droite.

*Conclusion* : La spondylodiscite tuberculeuse reste toujours une maladie d'actualité dans les pays en voie de développement. Pose un problème de santé publique dont le diagnostic doit être précoce ainsi que le traitement car le pronostic fonctionnel est le plus souvent mis en jeu.

## PLEURESIE PURULENTE COMPLIQUANT UNE OESOPHAGOPLASTIE A PROPOS D'UN CAS

**R.Djebaili, L.Rezzoug., T.Djenfi., I.Touari., A.Djebbar.**

EPH BATNA

*Introduction* : l'oesophagoplastie colique consiste à remplacer l'œsophage par de segment du colon, elle constitue le meilleur traitement chirurgical des oesophagites caustiques graves chez l'adulte jeune. Cette technique est à l'origine de complications, telles que les fausses routes fréquentes et les infections pulmonaires répétées.

*Observation* : il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans ayant subi une oesophagoplastie colique 7 ans auparavant suite à l'ingestion accidentelle d'un produit caustique (détergent de parquet). Admise dans notre service pour la prise en charge d'une pleurésie purulente droite. La symptomatologie fonctionnelle est faite d'une douleur thoracique, une fièvre à 40°, une toux purulente avec dyspnée. L'examen clinique retrouve une matité avec abolition des murmures vésiculaires aux deux tiers inférieurs du poumon droit. La radiographie du thorax objective l'aspect d'une pleuropneumopathie droite avec des images hydroaériques étagées rétrosternales. La ponction pleurale exploratrice ramène un liquide purulent. Le bilan biologique révèle une hyperleucocytose avec anémie sévère et un bilan inflammatoire perturbé. Le TOGD a confirmé l'aspect d'images hydroaériques étagées rétrosternales (substituée colique) et a éliminé une éventuelle fistule oesotrachéale. Le traitement consiste à une mise en place d'un drainage thoracique avec des lavages quotidiens associée à une antibiothérapie par voie systémique.

*Conclusion* : les complications respiratoires surviennent dans 30 à 45% des cas dans les oesophagoplasties coliques. Elles sont dominées par les infections pulmonaires récidivantes parfois graves, survenant sur un terrain fragilisé par la dénutrition.

## DYSPNEE REVELATRICE D'UNE EVENTRATION DIAPHRAGMATIQUE

**NADJI., DERRAR H., BRIXI R., YAHIAOUI N., BAAK A., TALEB A.**

Service de Pneumophtisiologie. CHU SBA

*Introduction* : la dyspnée est un motif très fréquent de consultation au service de pneumologie dont les caractéristiques varient en fonction de l'étiologie et de son caractère aigu ou chronique.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'un patient A.T âgé de 40 ans sans antécédents particuliers, tabagique à 40 P/A sevré il y a un an suivi pour une dyspnée chronique sans syndrome infectieux simulant un tableau de BPCO. La notion de constipation chronique avec un ballonnement abdominal habituel pour le patient ont été retrouvés dans l'interrogatoire ainsi que la prise de bronchodilatateur per os sans aucune amélioration. L'examen clinique a révélé une auscultation pulmonaire symétrique avec des râles si-

bilants diffus. L'examen biologique et spirométrique était sans particularité. Une radiographie thoracique a montré une surélévation inhabituelle de l'hémicoupe diaphragmatique gauche complétée par une TDM thoracique objectivant un aspect compatible avec une éventration sur relaxation diaphragmatique gauche sans signe de rupture. Le patient a été proposé à la chirurgie, il a bénéficié d'une phrénoplicature par voie thoracique.

*L'évolution* : était favorable avec des suites post opératoires simples.

*Conclusion* : La pathologie diaphragmatique est très variée pouvant être asymptomatique mais devant toute dyspnée, il ne faut pas hésiter à demander une radiographie thoracique qui peut être révélatrice d'une pathologie rare telle qu'une éventration diaphragmatique.

## LA MILIAIRE TUBERCULEUSE : A PROPOS DE 18 CAS

R.Djebaili, K.Choukha., R.Oudjidane., R.Heddane., S.Chergui., A.Djebbar.

EPH BATNA

La miliaire tuberculeuse est une forme grave et rare de la tuberculose. Elle est due le plus souvent à une dissémination hémato-gène du bacille de Koch. Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective concernant 18 cas colligés entre janvier 2012 et décembre 2014 dans le service de pneumophtisiologie de l'EPH de Batna. La prédominance féminine est notée dans 55,55% des cas. La moyenne d'âge est de 38,16 ans. Le contage tuberculeux est retrouvé dans 6 cas, le diabète dans un cas. Une malade présente un lupus et trois autres une silicose. Cliniquement l'altération de l'état général et la fièvre sont retrouvées équitablement chez 12 patients (66,66%). 72,22% des malades de notre série présentent au téléthorax des lésions de miliaire de même âge, associée à une pleurésie dans 5 cas, un pneumothorax chez deux patients et des opacités excavées dans un cas. Les Auteurs relèvent la présence d'une méningite, une ascite, une péricardite, une splénomégalie et un mal de pott associées à la miliaire. Des adénopathies médiastinales et périphériques sont retrouvées dans 5 cas. Le virage de la cutiréaction à la tuberculine n'a été constaté que chez 4 malades (22,22%) et les bascilloscopies des expectorations sont positives dans 3 cas. Le traitement antibacillaire est démarré précocement devant l'urgence chez tous les patients. L'évolution est bonne dans 9 cas (68%), 6 patients sont perdus de vue, et 3 décès. Nous constatons, à travers cette étude, que la miliaire tuberculose existe toujours posant l'indication d'une prise en charge thérapeutique précoce et urgente.

## APPORT DE LA TDM DANS L'EXPLORATION DE LA SARCOÏDOSE THORACIQUE

CHEMALI S., LAFER H., MOUSSENAF O., OUCHENE S.

Service de médecine interne EPH Rouiba

*Introduction* : La sarcoïdose est une maladie systémique, d'étiologie inconnue, comportant une atteinte médiastinopulmonaire dans 90% des cas, parfois associée à une atteinte extrathoracique.

*But de l'étude* : Le but de ce travail est de préciser l'apport de la tomodensitométrie (TDM) thoracique dans le diagnostic positif et différentiel de la sarcoïdose et son intérêt dans le suivi évolutif et l'évaluation de l'activité de la maladie.

*Matériels et méthodes* : Il s'agit d'une étude rétrospective regroupant 21 patients atteints de sarcoïdose confirmée histologiquement hospitalisés et suivi dans notre service de médecine interne à l'EPH Rouiba. Tous les patients ont bénéficié d'une ou plusieurs TDM thoraciques.

*Résultats* : L'atteinte médiastinopulmonaire est retrouvée dans 17 cas soit 80% des cas. La TDM a pu mettre en évidence l'at-

teinte pulmonaire dans 10 cas malgré la normalité du parenchyme pulmonaire à la radio standards. Le diagnostic histologique des ADP thoraciques a été fait dans 03 cas grâce à des biopsies scanoguidées. L'activité histologique a pu être appréciée dans 05 cas malgré la normalité du bilan inflammatoire.

La pneumopathie interstitielle bilatérale s'emble être l'atteinte pulmonaire la plus fréquente 17 cas. Les autres atteintes pulmonaires sont représentées par les micronodules de distribution lymphatique, l'épaississement péribronchovasculaire et les syndromes de condensation. La chaîne paratrachéale droite et les ganglions hilaires étaient les plus fréquemment atteints. L'atteinte extra thoracique est retrouvée chez 04 cas (hépatique, médullaire, glande salivaire, cutanée) Le contrôle scanographique a pu être fait dans 10 cas, avec une bonne évolution des lésions dans 08 cas.

*Conclusion* : La TDM étudie les lésions parenchymateuses et certaines atteintes ganglionnaires mieux que la radiographie du thorax. Elle aide au diagnostic différentiel de la sarcoïdose avec les autres granulomatoses essentiellement la tuberculose et permet un suivi évolutif des patients pour la détection des complications notamment la fibrose. Son rôle dans l'appréciation de l'activité de la maladie est encore controversé.

## SARCOÏDOSE MEDIASTINO-PULMONAIRE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, MORPHOLOGIQUE ET EVOLUTIF, A PROPOS DE 40 CAS

CHEMALI S., MOUSSENAF O., LAFER H., OUCHENE S., FACI O.

Service de médecine interne EPH Rouiba

*Introduction* : La sarcoïdose est une granulomatose systémique dont le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, immunologiques et histologiques.

*But* : Etablir les particularités épidémiologiques, les principales manifestations cliniques, les spécificités de l'atteinte médiastino-pulmonaire.

*Matériels et Méthodes* : Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 40 cas de sarcoïdose médiastino-pulmonaire hospitalisés et suivis dans le service de médecine interne à l'EPH Rouiba.

*Résultats* : Prédominance féminine 35 femmes (87.5%) et 5 hommes (12.5%). La moyenne d'âge est de 49 ans avec des extrêmes d'âge (25-78 ans). L'atteinte médiastino-pulmonaire est retrouvée dans 37 cas soit 92% des cas. Les signes respiratoires : toux dans 10 cas, dyspnée dans 08 cas, douleur thoracique 1 cas. Au plan radiologique, le stade 0 02cas (5%), le stade I est retrouvé dans 16 cas (40%), le Type II dans 17 cas (42.5%) et le Type III dans 5 cas (12.5%), le stade IV (0%).

L'exploration fonctionnelle respiratoire est en faveur d'un syndrome restrictif dans 17cas (42.5%), normale 13 cas (32.5%), mixte 07 cas (17.5%), NF 03 cas (7.5%).

La signature histologique est retrouvée dans 21 cas (52.5%), par les biopsies bronchiques étagées dans 06 cas (28%), les biopsies cutanées dans 04 cas (20%), par les biopsies ganglionnaires périphériques 03 cas (14%) et par la ponction biopsie osseuse 01(5%), biopsie hépatique 03 (14%), glande salivaire 01 (5%), ADP médiastinale 03 (14%).

Les localisations extra thoraciques observées sont l'atteinte cutanée dans 08 cas, ophtalmique dans 02 cas, et ganglionnaire périphérique dans 09cas et d'autres localisations 13 cas.

Au plan thérapeutique, l'abstention et la surveillance étaient préconisées dans 07 cas(17.5%).La corticothérapie était indiquée chez 33 patients (82.5%). Chez les patients non traités, l'évolution est marquée par l'amélioration dans 07 cas. Chez les malades traités, l'évolution est marquée par une amélioration dans 34 cas et une aggravation dans 2 cas, perdu de vue 04.

**Conclusion :** Il ressort de cette étude que la sarcoïdose reste une pathologie de la femme jeune, d'évolution bénigne, et la corticothérapie reste le traitement de choix.

## APPORT DE LA TDM-HR DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE SARCOÏDOSE MEDIASTINO-PULMONAIRE.

**Métahri.M.**, Snouber.A., Bennani.M.A., Machou.K., Kebbaty.S., Drissi.F.Z.

Service de pneumologie A CHU Oran

**Objectif :** Etudier les aspects tomodensitométriques de la sarcoïdose et leur concordance avec le contexte clinique et paraclinique.

**Méthodes :** étude rétrospective de tous les cas de sarcoïdose médiastino-pulmonaire ayant été suivis dans notre service durant la période 2010-2014. Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire, la relecture de la tomographie haute résolution (TDM-HR) a été faite par 3 lecteurs expérimentés. La saisie et le traitement des informations ont été faits par le logiciel épi-info.

**Résultats :** 35 dossiers ont été colligés représentant une incidence hospitalière de 19,08 % parmi les PID. L'âge moyen était de 44 ans avec une nette prédominance féminine (75 %), 14,28% des patients avaient un tabagisme actif.

Les râles crépitent et la dyspnée (stades 2-3) étaient présents dans 31,42% des cas, un syndrome de Lofgren et un cas de sarcoïdose alvéolaire aiguë étaient notés, le LBA était lymphocytaire dans 68,57% et neutrophilique dans 31,42%. Les lésions élémentaires notées étaient dans 54,28% une PID à distribution lymphatique avec signe du septum perlé et image en galaxie, dans 42,85% des images d'adénopathies médiastinales associées à des micronodules péri-lobulaires et centro-lobulaires, et dans 34,28% des masses fibrosantes avec des lésions d'emphysème paracatriciel et des distorsions bronchiques.

Le diagnostic était conforté par la TDM seule dans 54,28% des cas par la présence de lésions pathognomoniques de sarcoïdose telles que le septum perlé et/ou l'image en galaxie. La confirmation du diagnostic a été obtenue chez 57,14% de nos patients, par biopsie cutanée dans 20%, bronchique dans 8,57%, adénopathies périphériques dans 22,85% et glandes salivaires dans 5,71% des cas. En l'absence de confirmation histologique, le diagnostic de sarcoïdose a été conforté par l'imagerie et le contexte clinique chez 42,85% des cas.

A noter que 40% des cas avaient évolué favorablement après une cure de 12 mois de corticoïdes, et 20% avaient reçu 2 cures à la suite d'une reprise évolutive de la maladie ayant été détectée par la TDM.

**Conclusion :** la TDM-HR permet de conforter le diagnostic de sarcoïdose médiastino-pulmonaire, de faire un bilan lésionnel précis, et de détecter précocement les signes d'évolutivité de la maladie. Iler ici votre texte,

## SYNDROME DE CHURG ET STRAUSS : A PROPOS D'UN CAS

**KEDDACHE N.**, KHELAFI R., SKANDER F.

Service de Pneumologie Nour Oussedik, CHU Béni-Messous

**Introduction :** Le syndrome de Churg et Strauss ou angéite allergique granulomateuse est une vascularite systémique rare caractérisée par son association à un asthme grave et une hyperéosinophilie sanguine et tissulaire. Le diagnostic se fonde sur la présence de quatre critères parmi les critères diagnostiques du Collège Américain de Rhumatologie. Le traitement repose sur la corticothérapie et les immuno-suppresseurs permettant une rémission complète dans 90% des cas.

**Observation :** Nous rapportons l'Observation d'un patient âgé de

48 ans, non fumeur, fonctionnaire, adressé à la consultation de pneumologie pour prise en charge d'un asthme non contrôlé évoluant depuis 3 ans. L'examen clinique retrouvait un patient en crise d'asthme modérée. La radiographie du thorax révélait de multiples infiltrats bilatéraux confirmés à la TDM thoracique. Le bilan biologique retrouvait une hyperéosinophilie à 19%. Le taux d'IgE était élevé à 763.8 UI/l. Les anticorps anti-cytoplasmiques des polynucléaires neutrophiles anti-myéloperoxydases et anti-protéinase 3 étaient négatifs. L'examen ORL mettait en évidence une sinusite maxillaire. Les autres explorations étaient sans anomalie. Devant ce tableau clinique, radiologique et biologique le diagnostic de syndrome de Churg et Strauss fut retenue. Une corticothérapie fut instaurée permettant une évolution favorable.

**Discussion :** Le syndrome de Churg et Strauss est défini par l'association d'une inflammation granulomateuse du tractus respiratoire, d'une vascularite nécrosante des vaisseaux de petit et moyen calibre, d'un asthme et d'une hyperéosinophilie périphérique. Sa prévalence estimée de 7 à 13 cas/million en fait une des vascularites les plus rares. Sa cause exacte n'est pas connue. Les critères du Collège Américain de Rhumatologie permettent de standardiser le diagnostic. Le traitement classique repose sur les corticoïdes.

**Conclusion :** Le syndrome de Churg et Strauss reste une maladie potentiellement mortelle même si une rémission complète est observée chez 9 patients sur 10.

## ASSOCIATION PEU FREQUENTE D'OBSERVATION RECENTE A PROPOS DE DEUX CAS DE LEISHMANIOSES VISCERALES ASSOCIEES A UNE TUBERCULOSE CEREBRO MENINGEE COMPLIQUEES D'UNE ACTIVATION MACROPHAGIQUE.

<sup>1</sup>Achour N., <sup>2</sup>Bouhamed R., <sup>1</sup>Bouchaib H., <sup>3</sup>Khiari MEMoukhtar.

<sup>1</sup>CHU Tizi-Ouzou - <sup>2</sup>EPH Boufarik Alger - <sup>3</sup>CHU Beni-Messous

La tuberculose (tuberculose cérébro-méningée) est une cause rare du SAM à l'inverse de la leishmaniose viscérale (LV). L'association de la LV à la TBCM est peu rapportée voire pas du tout par la littérature.

**Patients et méthodes.** Au cours d'une étude prospective de 35 cas adultes de LV, colligée de 2006 à 2010. Une association peu fréquente LV à TCM est observée. TBCM confirmé à la ponction lombaire et étayée par l'imagerie cérébrale et la LV à l'identification des amastigotes au frottis de moelle osseuse, au Western Blot et à la PCR.

**Résultats :** Une femme de 64 ans diabétique, hypertendue, habitant en Kabylie (région d'endémie de la LV) à chiens leishmaniens confirmés est admise pour splénomégalie fébrile avec pancytopenie. Le diagnostic de LV est retenu sur un Western blot positif, une moelle positive à la quatrième tentative et à une PCR positive. Le diagnostic de TBCM associé est retenu devant l'apparition de céphalées, l'aggravation de l'état général de la malade, la présence : d'une IDR positive à 15, d'une activation macrophagique, d'un semi nodulaire à la TDM cérébrale et d'une hypoglycorachie, une hypercellulorachie et culture du LCR à Barres (+).

Homme de 29 ans, gérant d'un café, à comportement à risque, conduite addictive est admis pour céphalées, amaigrissement, splénomégalie et pancytopenie. Les sérologies VIH, syphilis et hépatites virales sont négatives et la toxoplasmose est positive. Le frottis de moelle osseuse est riche en corps de leishmanes. L'imagerie : Télé thorax image parenchymateuse droite avec scissurite sans signes d'appels respiratoires. La présence d'un globe vésicale, d'une atrophie testiculaire fait réaliser une TDM thoraco-abdominale (sans anomalie) et une cérébrale qui objective de nombreux nodules cérébraux. Le LCR clair avec hyperprotéinorachie à 2.3g/l glycorachie éffondrée, examen direct

pas de BK mais culture des 42 jours positive.

Association rare, très peu rapporté si ce n'est leur fréquence individuelle dans la région. Dans les deux cas Amphotéricine B. Associée aux antituberculeux avec corticoïdes. L'évolution longue : mais spectaculaire pour la femme ; la survenue d'un syndrome d'activation macrophagique et les effets toxiques de la fungysone ont motivés son remplacement par l'ambisome puis traitement à distance de la TBCM. L'homme, indiscipliné, heureux de la négativité de ses sérologies accepta difficilement son traitement, le traitement de LV a été difficilement mené à terme mais on ne peut pas dire autant de sa TBCM vue que au bout du traitement d'attaque sortie contre avis médicale et perdu de vue.

Conclusion : L'association peu habituelle LV-TBCM d'Observation récente .doit inciter à y penser chez les immunodéprimés, quelques soit l'âge et ou en cas de séjour en Kabylie : zone a forte endémicité de LV ou l'incidence de la Tneuro-méningé est la plus élevée (6.7%) en Algérie (0.9%).

## **SARCOMES GRANULOCYTAIRES ISOLÉS : A PROPOS D'UN CAS**

**KEDDACHE N., BELARBI O., OUSSEDIK F., SKANDER F.**

Service de Pneumologie Nour Oussedik, CHU Béni-Messous

*Introduction* : Le sarcome granulocyttaire isolé est une hémopathie maligne rare définie par une prolifération extra-médullaire de cellules immatures myéloïdes. Le diagnostic, difficile, est établi sur des critères morphologiques mais surtout sur des critères immuno-histochimiques. Le traitement repose sur la chimiothérapie avec radiothérapie complémentaire sur les éventuelles masses résiduelles.

*Observation* : Nous rapportons l'Observation d'un patient âgé de 67 ans, fumeur 30P/A, qui consultait dans le cadre de l'urgence pour une masse pariétale basi-thoracique antérieure gauche d'environ six centimètres de diamètre, dure et indolore à la palpation. L'examen clinique et la radiographie du thorax étaient sans anomalie. La TDM thoraco-abdominale mettait en évidence de multiples formations tissulaires pariétales, médiastinales, intra et retro-péritonéales de diamètre variable allant de 16 à 70 mm.

L'examen anatomo-pathologique complété de l'étude immuno-histochimique de la biopsie chirurgicale de la formation thoracique conclut à un sarcome granulocyttaire. Une chimiothérapie selon le protocole de la leucémie aigüe myéloïde a été mise en place mais le patient décède après deux cures dans un état d'altération profonde de l'état général sans apparition d'une leucémie aigüe myéloïde.

*Discussion* : Le sarcome granulocyttaire est une tumeur maligne extra-médullaire composée de cellules immatures myéloïdes plus ou moins différenciées dont la première description connue est publiée en 1811. Son incidence dans la population générale est difficile à apprécier car les cas de sarcomes granulocytaires non associés à une leucémie sont de diagnostic histologique difficile.

*Conclusion* : Le sarcome granulocyttaire isolé est une pathologie rare. L'immuno-histochimie est le meilleur moyen pour poser le diagnostic. Son traitement repose sur la chimiothérapie.

## **MALADIE DE CARRINGTON : A PROPOS D'UN CAS**

**KEDDACHE N., BOULTIF A., SKANDER F.**

Service de Pneumologie Nour Oussedik, CHU Béni-Messous

*Introduction* : La maladie de Carrington ou pneumopathie chronique idiopathique à éosinophile est une pathologie rare ne représentant que 2.5% des pneumopathies interstitielles diffuses. De cause inconnue, elle est plus fréquente chez la femme et le non fumeur. Elle est caractérisée par des infiltrats pulmonaires associés à une éosinophilie circulante et/ou alvéolaire.

*Observation* : Nous rapportons l'Observation d'une femme âgée de 40 ans, non fumeuse, sans antécédents pathologiques qui consultait dans le cadre de l'urgence pour insuffisance respiratoire aiguë. L'examen clinique retrouvait une patiente en détresse respiratoire avec râles sibilants aux deux temps diffus aux deux champs pulmonaires. La radiographie du thorax mettait en évidence des infiltrats bilatéraux confirmés par la TDM thoracique. Le bilan sanguin objectivait une hyper-éosinophilie à 29%. Toutes les investigations clinique, radiologique et biologique à la recherche d'une étiologie à cette pneumopathie interstitielle diffuse étaient négatives nous permettant de retenir le diagnostic de pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles ou maladie de Carrington a été retenue.

La corticothérapie a permis d'obtenir une bonne réponse clinique avec disparition de la dyspnée et biologique avec baisse de l'éosinophilie de 60 % ainsi que la disparition des lésions radiologiques.

*Discussion* : La pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles associe des symptômes respiratoires et généraux aspécifiques à des infiltrats à prédominance périphérique en imagerie. La présence d'un asthme et d'une éosinophilie alvéolaire ou sanguine oriente le diagnostic. Le diagnostic différentiel avec le syndrome de Churg et Strauss est parfois difficile. La corticothérapie est le traitement classique.

*Conclusion* : La pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles est une maladie rare, potentiellement invalidante. Sa bonne réponse au traitement corticoïdes prévient les récurrences et l'apparition d'un asthme sévère.

## **PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE LYMPHOCYTAIRE AU COURS DU SYNDROME DE GOUGEROT-SJÖGREN A PROPOS D'UN CAS**

**Nabila Dali Youcef, M.Metahri., M.Guermaz.**

Service pneumo-physiologie A ; CHU Oran

*Introduction* : La pneumopathie interstitielle lymphocytaire idiopathique (PIL) est une pneumopathie infiltrante rare et mal caractérisée. Dans 25 à 50 % des cas elle constitue une des formes pulmonaires de la lymphoprolifération qui accompagne le syndrome de Gougerot-Sjogren (SGS).

*Observation* : Nous rapportons l'observation d'une femme de 63 ans présentant une pneumopathie interstitielle diffuse chronique hypoxémiant, dont le début remonte à 7 ans par une toux avec une dyspnée d'aggravation progressive traitée anarchiquement pendant plusieurs années par une corticothérapie orale. L'examen clinique retrouve une dyspnée de repos avec cyanose des extrémités, une toux sèche, un hippocratisme digital, des râles crépitants et une notion d'arthralgies. Par ailleurs, un syndrome de Gougerot-Sjogren a été diagnostiqué sur les critères de l'ACR 2012.

La TDM thoracique montre un verre dépoli prédominant aux bases avec de multiples images kystiques à l'emporte pièce et un discret rayon de miel. Le bilan immunologique montre des AC anti DNA natifs négatifs avec des AC anti SSA et anti SSB positifs. Après élimination des autres diagnostics des images kystiques pulmonaires chroniques, et vu le contexte clinique, l'imagerie concordante et la présence d'un syndrome sec, Le diagnostic de pneumopathie interstitielle lymphocytaire associée au syndrome de Gougerot-Sjogren a été retenu chez notre patiente. un traitement par cyclophosphamide a été instauré associé aux corticoïdes, ainsi qu'une oxygénothérapie au long cours.

*Conclusion* : Vu la rareté de la maladie le diagnostic est souvent porté tardivement ce qui conduit à l'évolution vers l'IRC malgré la corticothérapie.

## MESOTHELIOME PLEURAL MALIN A PROPOS D'UN CAS

A. Bouzidi, N. Fettal, K. Nadji, N. Yahiaoui, A. Taleb.

Service de pneumophtisiologie sidi belabbès

**Introduction :** Le mésothéliome est une tumeur maligne primitive de la plèvre. Elle représente 90% des tumeurs malignes pleurales. Le mésothéliome sarcomatoïde est un sous Type rare, Il représente 10 à 15% des cas.

**Observation :** Nous rapportons l'Observation d'un patient âgé de 43 ans, tabagique a 40 P / A, ancien militaire, qui est admis dans notre service pour une douleur thoracique droite évoluant depuis 2 mois. La radiographie thoracique a objectivé un épanchement pleurale occupant tout le champ pulmonaire droit. La ponction pleurale a ramené un liquide sérohématique exsudatif à prédominance lymphocytaire. Le scanner thoracique a objectivé un épanchement pleural droit de grande abondance associé à un important épaississement pleural. Le patient a bénéficié d'un mini thoracotomie postéro latérale qui a permis de découvrir des nodules au niveau du cul de sac costo médiastinal postérieur. L'examen anatomopathologique a montré la présence d'une prolifération tumorale maligne à cellules fusiformes sarcomatoïdes très riches en atypies cytonucleaires et en mitoses anormales présence de nécrose tumorale. L'immuno histo chimie était en faveur d'un mésothéliome malin sarcomatoïde. Le patient a bénéficié de trois cures de chimiothérapies. L'évolution était défavorable avec extension de tumeur a la paroi thoracique et même l'apparition des localisations secondaires pulmonaire et surrénalienne. Le patient décédé 6 mois après.

**Conclusion :** le mesotheiome est une pathologie rare, le pronostic reste réserve avec une survie globale de 6 à 8 mois.

## ÉVALUATION DE LA DEMANDE DE SOINS CONCERNANT L'ASTHME ET LA BPCO EN MÉDECINE GÉNÉRALE

<sup>1</sup>Djehri. Y, <sup>2</sup>Mahi-Taright. S.

<sup>1</sup>Service des urgences. HMRUC 5<sup>e</sup> RM

<sup>2</sup>Service de pneumologie CHU Bab el Oued Alger

**Introduction :** L'asthme et la BPCO représentent une charge socio-économique de plus en plus importante. En Algérie très peu d'étude on évalué l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge de ces pathologies.

**Objectifs :** Évaluation de la demande de soins concernant l'asthme et la BPCO en médecine générale et étude du profil des patients consultant pour symptômes respiratoires.

**Méthodologie:** Enquête descriptive prospective multicentrique. Elle ciblait les patients dont l'âge est supérieur ou égal à 15 ans qui consultaient chez 58 médecins généralistes exerçants dans 8 polycliniques de Constantine durant 5 jours consécutifs. Les données étaient recueillies à partir des registres de consultation et de fiches d'enquête remplies par les médecins généralistes. **Résultats :** 2535 consultations avaient été analysées. 451 patients avaient consulté pour symptomatologie respiratoire. L'âge moyen de ces patients était de 35 ans. Parmi eux 15,8% de fumeurs actif et 9,7 % d'anciens fumeurs. La toux est au premier rang des signes fonctionnels (451 patients) la dyspnée est retrouvée chez 51 patients. La bronchite aiguë est la pathologie la plus fréquente (225 patients) suivie de la grippe (73 patients). On dénombre 34 asthmatiques, dont 28 crises d'asthme, et 4 cas de BPCO ayant tous consulté pour exacerbation.

**Discussion :** En médecine générale la demande en soins pour asthme et BPCO est faible elle correspond respectivement à 1,4% et 0,2% de l'ensemble des consultations. Ceci est probablement lié à un sous diagnostic. D'autre part, le recours aux ur-

gences semble constituer la principale forme de prise en charge de ces pathologies dans les structures de santé de base ce qui témoigne d'une insuffisance de la prise en charge au long cours. **Conclusion :** L'asthme et la BPCO restent des maladies sous-diagnostiquées en soins primaires. Ce sous-diagnostic entraîne une perte de qualité de vie et une augmentation de la morbidité.

## PERSPECTIVES THEAPEUTIQUES CHIRURGI- CALES DANS LES BPCO: REDUCTION DE VO- LUME ET TRANSPLANTATION PULMONAIRE

Achour-Ameur Karima

CHU Bab El Oued

La BPCO est une pathologie fréquente. L'indication chirurgicale doit être minutieusement documentée et se discute essentiellement pour une réduction de volume pulmonaire. Mais il existe une catégorie de patients BPCO avec une respiratoire chronique au stade avancé, non réversible par les moyens thérapeutiques médicaux ou chirurgicaux classiques et dont la transplantation pulmonaire est le seul traitement validé. Les indications de la transplantation sont de plus en plus précisées et ce grâce aux progrès enregistrés en réanimation, et en immunologie. En Algérie le diagnostic souvent tardif des maladies pulmonaires (BPCO, HTAP, sarcoïdose,...) font que de plus en plus de patients sont devenus candidats à une transplantation. Il est donc impératif de promouvoir les activités de prélèvement sur coma dépassé, afin de traiter ces patients pour lesquels la transplantation reste la seule solution thérapeutique.

## LA CONSULTATION D'AIDE AU SEVRAGE TABA- GIQUE: EXPERIENCE ET PERSPECTIVES (A PRO- POS DE 160 CAS)

N. ADIMI, W. BOUREKOUA., L. LAOUAR., S. NAFTI.

Clinique des maladies respiratoires CHU Mustapha

Le tabagisme est un problème mondial de santé publique, ses multiples implications médicales, socioculturelles et économiques, ainsi que ses conséquences sur l'épidémiologie des maladies et sa toxicomanogénicité justifient l'aide au sevrage. Notre étude a pour but l'évaluation des résultats de la consultation d'aide au sevrage tabagique à la clinique des maladies respiratoires (CHU Mustapha, Alger) sur une période de 5 années 2010-2014. Nous avons colligé un échantillon de 160 patients, 79% hommes et 21% femmes, d'une moyenne d'âge de 40 ans et ayant consommé une moyenne de 21 P/A. L'âge de début du tabagisme est de 16 ans, avec une dépense mensuelle moyenne de 3200 DA, l'intoxication par le tabac seul a été retrouvée dans 83% des cas, associée au cannabis et à l'alcool dans 14%, et avec la cocaïne ou autres drogues dans 3%. Le test de Fargerstrom a objectivé un score moyen de 7, variant entre une dépendance minimale (< 5) dans 20% des cas, modérée (5 – 7) dans 50% et forte (>8) dans 30% des cas. Le traitement prescrit était responsable d'une dépression majeure chez 28% des patients et des états d'anxiété chez 30%. La thérapeutique a consistée en des substituts nicotiques dans 45% des cas, la varénicline dans 20%, et sevrage spontané dans 35% des cas. 20% des patients ont arrêté de fumer définitivement, 13% d'échec, 30% de rechute, 37% de perdus de vue, le développement des services d'aide à l'arrêt du tabac et l'amélioration de l'accès aux médicaments et substituts demeure un défi, les résultats de notre étude soulignent la nécessité d'une implication sérieuse des différents professionnels de santé dans la promotion à l'arrêt du tabac qui est considéré actuellement comme la première cause de mortalité évitable dans le monde.

## MALADIE D'HODGKIN A LOCALISATION PULMONAIRE EXCAVEE PRIMITIVE A PROPOS D'UN CAS.

YAHIAOUI Nassima, Brexi Malika., Amroun Abdelhamid.

CHU SIDI BELABBES

La maladie de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Stenberg au sein d'un infiltrat lymphoïde. L'atteinte pulmonaire est notée dans 20% des cas. Il s'agit le plus souvent d'une atteinte par contiguïté à partir d'adénopathies médiastinales. La localisation pulmonaire isolée est rare et peut revêtir plusieurs aspects radiologiques qui posent le problème de diagnostic. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 16 ans hospitalisée pour une dyspnée avec altération de l'état général apparue 1 mois auparavant avec la présence d'une image mixte sur la radiographie thoracique, plusieurs diagnostics ont été évoqués notamment la tuberculose, l'abcès pulmonaire pour qu'à la fin le diagnostic de maladie d'Hodgkin à localisation pulmonaire soit retenu après le résultat anatomopathologique de la ponction biopsie transpariétale de l'opacité et la biopsie exérèse d'une adénopathie cervicale. À la lumière de cette Observation, on s'est rendu compte de la rareté et les difficultés diagnostiques de la localisation pulmonaire isolée de la maladie de Hodgkin et qu'il faut y penser devant toute opacité pulmonaire qui ne fait pas sa preuve ou devant tout processus tissulaire chez un sujet non tabagique même en l'absence d'atteinte ganglionnaire médiastinale ou périphérique.

## SYNDROME DE FERNAND WIDAL A PROPOS D'UN CAS

YAHIAOUI Nassima

service pneumologie CHU SIDI BELABBES

L'aspirine est un des médicaments le plus consommé dans le monde. La maladie de Fernand Widal associe une rhinosinusite chronique avec polyposse nasale le plus souvent, un asthme sévère et une intolérance clinique à l'acide acétyl salicylique et ça concerne environ 3 à 5 % des asthmatiques. C'est encore une entité nosologique dont la physiopathologie n'est pas complètement clarifiée. Nous rapportant dans cette Observation le cas d'une crise d'asthme sévère déclenchée par la prise d'anti inflammatoire non stéroïdienne et qui a révélé un syndrome de Widal méconnu. Des signes cliniques évocateurs doivent être recherchés afin d'éviter la prescription de médicaments inappropriés surtout si une intervention chirurgicale est programmée.

## SARCOÏDOSE MULTI SYSTEMIQUE REVELEE PAR UNE HTAPA PROPOS D'UNE OBSERVATION

Wafa Kadri, Dj. Terfani., H, Boushaba., K, Djebri., S.Lellou.

EHU Oran

*Introduction* : La sarcoïdose ou Maladie de Besnier-Boeck-Schauman (BBS) est une maladie inflammatoire multiviscérale de cause inconnue. Les localisations extra thoraciques sont polymorphes, les atteintes cutanées, oculaires, ganglionnaires périphériques et hépatiques sont les plus fréquentes.

*Observation* : Nous rapportant le cas d'une jeune femme qui présentait une HTAP où le bilan objectivait une sarcoïdose multisystemique. Le diagnostic était confirmé par la présence d'un granulomes épithélioïdes sans nécrose caséuse sur l'études anatomopathologique de biopsie hépatique et de la glande salivaire accessoire. Un traitement par corticoïde était alors instauré avec une bonne évolution clinique, spirométrie et de l'HTAP.

*Discussion* : L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) pré-capillaire est une complication rare de la sarcoïdose. Elle peut

résulter de plusieurs mécanismes. La corticothérapie est indiquée dans les formes avec atteintes pulmonaires invalidantes ou d'aggravation progressive et lors des manifestations extrathoraciques graves.

*Conclusion* : L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est rarement retrouvée dans la sarcoïdose pulmonaire néanmoins chez tous patients qui présente une sarcoïdose un échocoeur est obligatoire a la recherche d'une localisation cardiaque ou une HTAP qui peuvent conditionner le pronostic vita

## EVOLUTION DES KYSTES HYDATIQUES NON OPERES. A PROPOS DE 39 CAS

I. Touari, M. Bouali., A. Ouahchi., S. Hamoud., A. Djebbar.

L'hydatidose pulmonaire constitue la seconde localisation hydatique de l'adulte. Notre travail consiste à déterminer l'évolution des kystes hydatiques pulmonaires non opérés.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 5 ans (2009-2014) incluant 39 dossiers de malade. Cette population est constituée de 20 sujets de sexe masculin (51%) et 19 sujets de sexe féminin (49%). L'âge moyen est de 29,5 ans avec des extrêmes (15-71 ans). L'évolution s'est faite par une rupture dans les bronches dans la majorité des cas (32 cas, 82,05%) se traduisant radiologiquement par :

- Image cavitairé dans 15 cas soit 46,87%.
  - Image hydroaérique (6cas, 18,75 %).
  - Incarcération de membrane (4 cas, 12,5%).
  - Radiographie pulmonaire normale ou subnormale (7 cas, 21,87%).
- Quant à la rupture dans la cavité pleurale on la retrouve dans 7 cas soit 17,94%, réalisant un pyopneumothorax. L'hémoptysie est un symptôme fréquent lors des KHP non opérés (13 cas, 40,62%). Notre étude a l'avantage de mettre en exergue les conséquences souvent dramatiques à la fois cliniques et fonctionnelles de la rupture spontanée du kyste hydatique, cela explique pourquoi les Auteurs s'accordent pour préconiser l'indication opératoire devant tout kyste hydatique pulmonaire avant même sa rupture.

## PNEUMOPATHIE ORGANISEE CRYPTOGENIQUE PROPOS D'UN CAS

Zohra Titar, M.Bouhada., N.Gueza., D.Terfani., S. Lellou.

Service de pneumologie EHU oran

*Introduction* : La pneumopathie organisée crypto génique est une forme idiopathique de la Bronchiolite oblitérante. C'est une pathologie rare qui reste souvent sous diagnostiquée.

*Observation* : Nous rapportons le cas de la patiente D.R âgée de 71 ans aux antécédents de lymphome de hodgkin localisé à l'orbite droit qui a consulté pour la toux sèche, la dyspnée et la fièvre évolués depuis un mois ,examen clinique a trouvé des râles crépitant a l'auscultation sans hippocratisme digital, bilan biologique normal hormis une hyperleucocytose à 15000, le bilan immunologique a été négatif, recherche de o3BKD+culture est négatif, scanner thoracique a objectivé des opacités alvéolaires bilatérales asymétriques à prédominance sous pleurale et signe de halo inversée. La fibroscopie bronchique a été normale, la formule de lavage broncho alvéolaire a été inflammatoire non spécifique.

La Spirométrie trouve un syndrome restrictif ,un traitement antibiotique ne permettant aucune amélioration . Le contrôle radiologique mise en évidence Une migration des images radiologique. Le diagnostic de pneumopathie organisée cryptogénique a été fortement suspecté devant le tableau radio clinique évocateur et en absence toute cause incriminée .le traitement par la corticothérapie a permes une spectaculaire amélioration clinique et radiologique.

*Discussion* : La pneumopathie organisée cryptogénique est pathologie rare. Son tableau radioclinique fait d'une toux sèche

,une dyspnée .la Fièvre,une opacité alvéolaire , signe halo inversée et son extrême corticosensibilité est évocateur. L'étude anatomopathologique par biopsie pulmonaire permet la confirmation de diagnostique mais n'est pas toujours possible.

Conclusion : Il faut savoir évoquer diagnostic pneumopathie organisée cryptogénique devant toute condensation alvéolaire trainante.

#### Références :

1- Epler G.R., Colby T.V., Mcloud T.C., Carrington C.B., Gaensler E.A. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia N Engl J Med 1985

2-Kim S.J., Lee K.S., Ryu Y.H., Yoon Y.C., Choe K.O., Kim T.S., et al. Reversed halo sign on high resolution CT of cryptogenic organizing pneumonia: Diagnostic implication Am J Roentgenol 2003

## UN ADENOCARCINOME PAPILLAIRE A PROPOS D'UN CAS.

MEHAL-N, Djeghali-H., Bara.

Eph azeffoun

L'adénocarcinome bronchique représente environs 40% des néoplasies bronchiques, et compte plusieurs entités histologiques, parmi lesquelles le type papillaire, ce dernier est assez rare et ne se voit que dans moins de 10% des cas d'adénocarcinome.

Il s'agit de S-L patiente âgée de 39 ans sans antécédents pathologiques notables, qui aurait présenté une toux paroxystique remontant à 06 mois avant sa consultation sans autres signes d'appel. Une radiographie thoracique faite chez elle objectivant des opacités bilatérales denses, homogènes touchant les moitiés inférieures des deux champs pulmonaires épargnant les extrêmes bases. Un bilan inflammatoire positive.

Une antibiothérapie à large spectre a été instaurée chez elle sans amélioration radiologique, une fibroscopie bronchique faite n'objectivant pas d'anomalies endo-bronchique, la recherche de BK négative. Une TDM thoracique revint en faveur d'une pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatérale. Complétée d'une ponction biopsie transpariétale dont l'étude anapathologique et immuno-histochimique objectiva un adénocarcinome bronchique de type papillaire. Le bilan d'extension élimina des localisations secondaires à distance. Patiente adressée en oncologie, après trois séances de chimiothérapie on note une stabilisation des lésions.

Le type papillaire de l'adénocarcinome de siège bronchique est rare, ce n'est qu'en 1997 que cette entité a été séparée des ADK bronchio-alvéolaire. Sa la présentation clinique est souvent une masse unique mais rarement quelle prenne l'aspect d'une pneumopathie alveolo-interstitielle bilatérale comme dans notre Observation, et très peu de cas ont été vus dans la littérature. Elle touche les deux sexes avec une légère prédominance féminine, l'analyse anapathologique et immunohistochimique est la pierre angulaire du diagnostic. Son pronostic semble être moins bon. Et le traitement chirurgical reste le meilleur traitement quand la lésion est localisée. Bien que l'adénocarcinome papillaire d'origine bronchique soit rare, mais aussi sa présentation en forme pseudo pneumonique. Notre observation illustre la nécessité d'une bonne exploration des patients, et surtout l'importance d'avoir une bonne étude anapathologique et immuno-histochimique.

## HYPERTENSION PULMONAIRE DANS LE SYNDROME OBESITE HYPOVENTILLATION.

<sup>1</sup>KHERBOUCHE M, <sup>1</sup>BENDAOU D., <sup>2</sup>BAYON H.

<sup>1</sup>Service de Cardiologie, CHU de Tlemcen, Tlemcen, Algérie

<sup>2</sup>Centre du Sommeil et de la vigilance, Hotel Dieu, Paris, France

Introduction : L'Hypertension pulmonaire (de Type 3) est une affection de plus en plus étudiée tant en Cardiologie qu'en pneumologie. Elle est essentiellement la conséquence du remodelage des artères pulmonaires du fait d'une hypoxie chronique. Une des affections respiratoires en cause : le Syn-

drome d'obésité hypoventilation (Anciennement Syndrome de PICKWICK).

Observation : Il s'agissait de Madame K.F âgée de 62 ans, originaire de Tlemcen (Algérie) et demeurant aux YVELINES (France), IMC (indice de Masse corporel) à 38 kg/m<sup>2</sup>, une HTA ancienne très déséquilibrée. Elle présentait une dyspnée OMS II à III et un Angor CCS (Classification de la société canadienne de Cardiologie) II en cours d'exploration. Son échocardiographie objectivait une Hypertrophie ventriculaire gauche marquée et une hypertension pulmonaire avec des PAPS à 60 mm Hg. Une EFR était réalisée ainsi qu'une polysomnographie objectivant respectivement : un léger syndrome restrictif et surtout une hypercapnie et une hypoxie se majorant la nuit.

Discussion : l'association de l'hypoventilation (Capnie à 56 mm Hg, PaO<sub>2</sub> à 47 mm Hg) et de l'obésité ainsi que des antécédents cardiovasculaires (HTA et Coronaropathie) fait suspecter fortement le syndrome d'obésité Hypoventilation. L'exploration non invasive montre en fait l'absence de toutes cardiopathies ou pneumopathies structurelles pouvant expliquer l'association syndromique de la patiente.

Conclusion : Le syndrome d'obésité hypoventilation est certes une cause assez rare et délaissée dans notre bilan étiologique quotidien face à une hypertension pulmonaire, reste que ses conséquences fonctionnelles sont très handicapantes (Altération de la qualité de vie, hospitalisations multiples en unités de soins intensifs).

## IMPACT NEGATIF DU TABAC SUR LA FERTILITE MASCULINE : A PROPOS DE 150 CAS

Fizazi A., Laradj Zazou K.

Département de biologie - faculté de science de la nature et de la vie - djilali liabes

Introduction: Le tabagisme a des effets délétères sur la fertilité masculine. Les composants de la fumée de cigarette passent la barrière hémato testiculaire et entraînent de ce fait des altérations des paramètres spermologiques classiques.

But : Faire le point sur l'infertilité masculine dans l'Ouest Algérien et évaluer l'impact du tabagisme actif sur celle-ci.

Matériels et méthodes : Nous avons menée une étude prospective portant sur 150 couples consultant pour infertilité à l'unité d'AMP de l'EHU 1 er Novembre 1954 d'Oran.

Résultats : Notre étude a révélé que les hommes sont de plus en plus infertiles car l'infertilité masculine représente 50% des cas contre seulement 17% des cas d'infertilité féminine. Ces hommes infertiles étaient en majorité de grands fumeurs (54%), 96% présentaient des Oligo-Asthéno-Tératospermie simples ou associés et 4% présentaient des azoospermies obstructives.

Discussion : Nos résultats corroborent avec ceux obtenues par plusieurs études et qui ont montré les effets délétères de la fumée de cigarette sur la fonction reproductrice de l'homme,

Conclusion : Notre étude a mis en exergue l'impact négatif du sevrage au tabac sur la fertilité masculine.

## DEMARCHE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DEVANT UNE MUCOVISCIDOSE ?

BOUMECHRA.H, SIB.A.Y., KLOUCHE.Y., SIFI.K., ABADI.N., BENLATRECHE.C.

Laboratoire de biochimie clinique-CHUC

La mucoviscidose ou fibrose kystique du pancréas est une maladie génétique très fréquente dans les populations occidentales. Elle est due à l'altération du gène CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) qui induit la synthèse d'une protéine CFTR dont la principale fonction est d'être un canal perméable à l'ion chlorure. Elle se caractérise par des anomalies de sécrétion de l'eau et des électrolytes de cellules épithéliales des tissus exocrines. Le test

à la sueur est l'examen clé pour poser ou récuser le diagnostic de mucoviscidose. Il se déroule en 3 étapes :

1. Stimulation de la sécrétion de la sueur.
2. Recueil de la sueur.
3. Dosage de chlorures.

En effet, les patients atteints de cette maladie présentent des concentrations sudorales anormalement élevées par défaut de réabsorption des ions chlorures.

C'est une étude prospective, basée sur le dosage de chlorures dans la sueur des patients (207). La réalisation de ce test est délicate car le risque d'erreurs est majeur. Le personnel technique le pratiquant doit être spécifiquement formé à sa réalisation. Une fois ce test est positif, une étude génétique doit être réalisée afin de caractériser les mutations responsables. En attendant un dépistage néonatal et un traitement efficace, le test à la sueur, test le plus fiable, sert au diagnostic et par conséquent à une meilleur qualité de vie.

## APPORT DE LA STRATEGIE D'APPROCHE PRACTIQUE DE LA SANTE RESPIRATOIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TUBERCULEUX.

<sup>1</sup>K.BENAMANE, <sup>2</sup>T.Hammani. <sup>3</sup>C.Idir. <sup>3</sup>D.Abbes.

<sup>1</sup>Service de pneumologie CHU de Tizi-Ouzou

<sup>2</sup>UCTMR de Larbaa Nath Irathen - <sup>3</sup>SEMEP Larbaa Nath Irathen

**Introduction :** la nouvelle stratégie du programme national de lutte antituberculeuse, basée sur le renforcement des mesures techniques dont la stratégie d'approche pratique de la santé respiratoire, a permis de stabiliser l'incidence des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse (TPM+) et de confirmer la place importante des cas de tuberculose extra pulmonaire (TEP).

**Objectif :** Afin d'évaluer la lutte antituberculeuse dans l'UCTMR de Larbaa Nath Irathen à Tizi-Ouzou. Une revue de 198 nouveaux cas de tuberculose toutes formes (Tub) déclarés et traités entre janvier 2007 et août 2014, a été réalisée.

**Résultats :** Il s'agit de 125 (63,13%) hommes et 73 femmes (36,86%), 140 patients avaient moins de 40 ans avec un pic de fréquence dans le groupe d'âge entre 25 et 34 ans (36,36%). La tuberculose pulmonaire était retrouvée dans 105 cas (53%), avec 93 des cas (46,96%) de TEP dominées par deux localisations ganglionnaire 39 cas et pleurale 35 cas. Les bacilloscopies étaient positives (TPM+) dans 79 cas (75%) négatives (TPM-) dans 26 cas, non faites TPM0 aucun cas. La confirmation apportée dans 62 cas (66,66%) des TEP était histologique chez 95,16% des patients. Les régimes standardisés de courte durée ont permis de guérir 193 cas (97,4%) de tub, et 74 cas (93,6%) de TPM+, avec 03 cas de rechute, un arrêt précoce du traitement, et 02 perdus de vue.

**Conclusion :** la stabilisation de l'incidence des TPM+, et l'élévation du nombre des TEP prouvées selon notre étude, traduit l'intensité de la transmission du BK dans la population, ainsi la vigilance doit être de mise concernant le dépistage des cas contagieux au niveau des SCTMR qui constituent un véritable danger pour la collectivité surtout dans les milieux défavorisés.

## HYPOTHYROIDIE ET AUTO IMMUNITE ?

BOUMECHRA.H, KLOUCHE.Y., AMINE KHODJA.A.

Laboratoire de Biochimie Clinique. CHUC

La thyroïde est une glande située à la partie inférieure du cou, dont le rôle est la sécrétion et la régulation des hormones thyroïdiennes exerçant de nombreuses fonctions dans l'organisme.

La thyroïde peut être le siège de maladies dites auto-immunes, par action des propres anticorps de l'organisme contre des cel-

lules thyroïdiennes. Les thyroïdites auto-immunes sont dues à un dérèglement immunitaire avec la production d'anticorps qui s'attaquent à la glande thyroïde. Initialement, les thyroïdites entraînent une majoration de sécrétion des hormones thyroïdiennes, puis, à l'inverse, une hypothyroïdie s'installe. De symptomatologie peu bruyante, les hypothyroïdies sont souvent reconnues tardivement bien que leur diagnostic biologique soit simple.

L'étude a été réalisée chez 203 patients, 33 hommes et 170 femmes, âgés de 18 à 68 ans. Les prélèvements ont été réalisés sur des tubes Vacutainer en verre de la société AFCO avec l'héparine comme anticoagulant. - Le dosage des différents paramètres a été réalisé sur automate immulite2000 (SIEMENS) par un dosage immunométrique chimiluminescent. Notre étude montre :

1. Forte prévalence des hypothyroïdies, le plus souvent d'origine auto-immune, et qui touche à tout âge surtout le sexe féminin : 5 à 6 fois plus fréquente.

2. L'immunisation se fait le plus souvent conjointement contre la TPO et la Tg:50%. Les anticorps anti-TPO sont les plus fréquemment présents chez les patients : 93% Seulement 7% de la population présentent des ATG sans ATPO détectables (proche de l'étude américaine NHANES III) Ainsi, le dosage des anti-TPO est donc préféré et il est inutile de doser les anti-Tg.

**Conclusion :** Le rôle du laboratoire, prépondérant grâce à l'évolution des techniques, permet d'une part le diagnostic en évaluant la qualité du fonctionnement et en précisant l'étiologie et d'autre part le suivi de ces pathologies.

## GRANULOMATOSE AVEC POLYANGEITE (GRANULOMATOSE DE WEGENER) : A PROPOS D'UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

BOUSSOUF K., SMAHI N., BOUCHAMA M. L.

Hôpital militaire régional universitaire d'Oran

**Introduction :** Les vascularites nécrosantes systémiques primitives sont des affections rares mais potentiellement mortelles. La Granulomatose avec polyangéite (GPA) appartient à ce groupe, elle touche les petits vaisseaux et s'associe aux autoanticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA), avec une fréquence élevée des atteintes des voies aériennes supérieures et inférieures.

**Observation :** Patient B. H. âgé de 27 ans, admis au service de pneumologie pour la prise en charge d'une pneumopathie basale droite. Trois mois auparavant : Apparition d'une ulcération gingivale compliquée d'une fistule bucco-nasale suivie de l'installation de signes généraux (fièvre, asthénie, amaigrissement, arthralgies), puis de crachats hémoptoïques. La radiographie thoracique objectiva une pneumopathie basale droite.

A son admission : Patient asthénique, fébrile avec céphalées, arthralgies, conjonctivite. Bilan rénal initialement normal, puis dégradation rapidement progressive. Hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile, une anémie normochrome normocytaire, thrombocytose. VS accélérée, CRP positive.

Patient fut mis sous antibiothérapie sans aucune amélioration clinique. Recherche d'autres foyers infectieux : négative. L'évolution fut marquée par l'aggravation de l'atteinte respiratoire (Scanner thoracique : Syndrome interstitiel réticulaire lobaire inférieur bilatéral, avec épanchement pleural bilatéral de moyenne abondance), l'altération de la fonction rénale, et l'apparition de multiples thromboses veineuses profondes.

Bilan immunologique : ANCA antiprotéinase 3 positif. Biopsie rénale : Glomérulonéphrite extracapillaire nécrotique pauci-immune. Le diagnostic de GPA fut posé.

Patient transféré en médecine interne, mis sous immunosu-

presseur et corticoïdes. Evolution favorable : Normalisation de la radiographie pulmonaire, récupération de la fonction rénale.

*Discussion* : Le diagnostic de GPA repose sur les critères de l'American College of Rheumatology, l'atteinte pulmonaire est l'un des critères. Non traitée, elle est souvent mortelle, mais grâce aux thérapeutiques actuelles les rémissions sont obtenues dans 80 % des cas.

*Conclusion* : L'atteinte pulmonaire dans la GPA est présente dans 50 à 75% des cas, polymorphe, et souvent sévère nécessitant un diagnostic précoce afin d'instaurer le traitement adéquat.

## PLEUROSCOPIE MEDICALE : EXPERIENCE PRE-LIMINAIRE DU SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DU CHU D'ORAN.

<sup>1</sup>N.Lekehal, <sup>1</sup>K.Bentata., <sup>2</sup>B.Ziane., <sup>1</sup>Y.Berrabah.

<sup>1</sup>Service Pneumo"B". CHUOran - <sup>2</sup>Service de pneumologie. CHU Tlemcen  
L'accueil de la pleuroscopie médicale a marqué la rentrée 2013-2014 en unité d'endoscopie du service de pneumologie du CHU d'Oran, une technique d'exploration bien connue mais de pratique exceptionnelle par le pneumo-phtisiologue en Algérie.

Le but de notre étude prospective avisée descriptive et de préciser le profil épidémiologique des patients ayant bénéficié de cette technique d'exploration nouvellement introduite dans notre service et d'évaluer le niveau de tolérance d'un examen qui reste toutefois invasif.

Sur une période de 10 mois on a pu réaliser 45 pleuroscopies médicales. 22 patients ont été inclus (même opérateurs-même technique-même analgésie-indications formelles de pleuroscopie médicale). Notre série comprend 10 femmes, 12 hommes.age moyen (49,54 ans) avec des extrêmes (18 ans-72 ans). La pathologie néoplasique secondaires est le diagnostic prédominant (n=18). Le talcage a été possible chez 15 patients (3 echecs). Le diagnostic de tuberculose pleurale est porté chez 3 patients. La durée de drainage est en moyenne de 5 jours après la thoracoscopie.L'aspect endoscopique est pathologique chez 21 patients. L'étude anatomopathologique des biopsies est concluante dans 95,54% (n=21).La douleur en per-pleuroscopie est évalué entre 1-3 sur l'échelle EVA chez 19 patients (86,3%). Technique de référence dans l'exploration de la plèvre, la pleuroscopie médicale est un examen invasif mais qui reste bien tolérée par les patients.

## EVOLUTION DES KYSTE HYDATIQUES NON OPERES

TOUARI. I, BOUALI. M., OUAHCHI. A., HAMOUD. S., DJEBBAR. A

Service de pneumophtisiologie, EPH Batna

L'hydatidose pulmonaire constitue la seconde localisation hydatique de l'adulte. Notre travail consiste à déterminer l'évolution des kystes hydatiques pulmonaires non opérés.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 5 ans (2009-2014) incluant 39 dossiers de malade. Cette population est constituée de 20 sujets de sexe masculin (51%) et 19 sujets de sexe féminin (49%). L'âge moyen est de 29,5 ans avec des extrêmes (15-71 ans). L'évolution s'est faite par une rupture dans les bronches dans la majorité des cas (32 cas, 82,05%) se traduisant radiologiquement par :

- Image cavitaire dans 15 cas soit 46,87%.
- Image hydroaérique (6cas, 18,75 %).
- Incarcération de membrane (4 cas, 12,5%).
- Radiographie pulmonaire normale ou subnormale (7 cas, 21,87%).

Quant à la rupture dans la cavité pleurale on la retrouve dans 7

cas soit 17,94%, réalisant un pyopneumothorax.

L'hémoptysie est un symptôme fréquent lors des KHP non opérés (13 cas, 40,62%).

Notre étude a l'avantage de mettre en exergue les conséquences souvent dramatiques à la fois cliniques et fonctionnelles de la rupture spontanée du kyste hydatique, cela explique pourquoi les Auteurs s'accordent pour préconiser l'indication opératoire devant tout kyste hydatique pulmonaire avant même sa rupture.

## LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSE : A PROPOS D'UN CAS

A.Oumari, M.Bouhadda., N.Gueza., Dj.Terfani., S.Lellou.

EHU oran

*Introduction* : La lymphangioliomyomatose(LAM) est une maladie pulmonaire rare rencontrée quasi exclusivement chez la femme en période d'activité génitale. L'atteinte pulmonaire est caractérisée par des kystes pulmonaires multiples à parois fines, des pneumothorax récidivants, un trouble ventilatoire obstructif, et une évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique dans un délai moyen de 10 ans.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une lymphangioliomyomatose découverte chez une jeune femme sans antécédents qui a présenté un pneumothorax récidivant. Le diagnostic était posé sur l'imagerie en coupe (TDM coupe fine)et confirmé par une biopsie pulmonaire dont l'étude histopathologique a objectivé cellules caractéristiques de LAM, avec une immunohistochimie positive pour l'actine muscle lisse et avec les anticorps HMB45.

*Discussion* : Nous rapportons à travers cette Observation, une maladie pulmonaire rare, d'origine inconnue caractérisée par une prolifération de cellules musculaires lisses immatures au niveau des espaces péri bronchiolaires, périlymphatiques et/ou périvasculaires entraînant la formation de kystes multiples. Les principales manifestations révélatrices sont le pneumothorax ou l'épanchement chyleux de la plèvre.

*Conclusion* : La lymphangioliomyomatose est une maladie pulmonaire rare, de la femme jeune caractérisée par une prolifération de cellules de Type musculaire lisse qui entraîne la formation de kystes multiples pulmonaires, dont la découverte est souvent fortuite lors de la prise en charge d'une autre pathologie pulmonaire.

## MAL DE POTT BIFOCAL: A PROPOS D'UNE OBSERVATION

N.Abbou, M.Bouhadda., N.Gueza., Dj.Terfani., S.Lellou.

EHU oran

*Introduction* : Le Mal de Pott est une spondylodiscite tuberculeuse souvent accompagnée d'un abcès para vertébral. Il s'agit d'une urgence médicale qui nécessite une prise en charge rapide, une antibiothérapie spécifique lourde et longue et parfois un traitement chirurgical orthopédique.

*Observation* : Nous rapportons le cas d'une spondylodiscite tuberculeuse à double localisation vertébrale. Le diagnostic était posé sur l'imagerie en coupe et confirmé par la présence de BK sur culture d'un prélèvement après ponction percutané d'un abcès para vertébrale. Un traitement par quadruple chimiothérapie antituberculeuse était alors instauré pendant deux mois suivi d'une bithérapie pendant 04 mois (schéma thérapeutique national), avec immobilisation par un corset. Après deux mois, nette amélioration clinique, prise pondérale de 5 kg, et nettoyage radiologique sur le téléthorax.

*Discussion* : La tuberculose ostéo-articulaire reste un problème de santé internationale d'actualité. L'imagerie par résonance magnétique est devenue l'examen de référence . La preuve de la tuberculose peut être obtenue à partir d'une atteinte pulmonaire associée ou d'un prélèvement local, vertébral ou dans un abcès

paravertébral, obtenu par ponction-biopsie percutanée. La durée de l'antibiothérapie antituberculeuse habituellement recommandée dans la tuberculose vertébrale est de 6 mois en Algérie.

**Conclusion :** Le mal de Pott avec double localisation dorsale et lombaire sans contiguïté est rare. L'imagerie moderne par le scanner et l'IRM est primordiale. Le traitement est basé sur l'antibiothérapie antituberculeuse et l'immobilisation du rachis.

## **ADENOME PARATHYROÏDIEN EN POSITION EC-TOPIQUE PLONGEANT DANS LE MEDISTIN ANTERIEUR : A PROPOS D'UN CAS.**

**Ikhlef.N.**, Bensaifi.S, Kacemi.R, Mesbah.K, Choudar.A, Simerabet.A

Service de chirurgie thoracique centre hospitalo-universitaire d'Oran

**Introduction :** La découverte d'une hyperparathyroïdie primaire motive le plus souvent la réalisation d'une cervicotomie exploratrice. Une des causes d'échec de ces explorations cervicales est la position ectopique de l'adénome parathyroïdien.

**Observation :** Patiente âgée de 58ans était hospitalisée pour exploration d'une hyperparathyroïdie primaire dévoilée par des gonalgies. Le bilan biologique montrait un profil caractéristique associant hypercalcémie à 121mg/l, hypophosphorémie à 20 mg/l, et hyperparathormonémie à 521 pg/ml .L'examen clinique de la région cervicale était sans particularité. À l'échographie cervicale et au scanner cervico-thoracique, la glande thyroïde était de taille normale, hormis la présence d'une formation tissulaire régulière sous thyroïdienne plongeante au-dessous du pôle inférieur du lobe thyroïdien droit en arrière du TABC. La scintigraphie MIBI montrait une large plage d'hyperfixation intense au pôle inférieur droit plongeant vers le médiastin supérieur. Une cervicotomie exploratrice qui mettait en évidence l'absence de la parathyroïde inférieure droite dans sa position habituelle. On a effectué un dosage de la parathormonémie sur prélèvement jugulaire en extemporané qui était à 596pg/ml. Dissection sous le lobe thyroïdien droit en latéro-trachéale avait retrouvé un nodule d'environ 05cm plongeant dans le médiastin supérieur qu'on a réséqué. On a constaté la diminution de la parathormonémie à 77pg/ml. Les suites opératoires ont été simples avec une calcémie à 103 mg/l et phosphorémie à 27mg/l.

**Discussion :** La recherche des parathyroïdes se fait dans leur site habituel. En leur absence, on peut évoquer une ectopie parathyroïdienne et la recherche doit intéresser alors, la loge thyro-thymique, la glande thyroïdienne, la région cervicale haute, l'axe jugulo-carotidien et l'espace retro-œsophagien. Quand ces explorations auront échoué il pourrait être admis de réaliser une lobectomie thyroïdienne du côté de la glande manquante.

**Conclusion :** L'adénome parathyroïdien ectopique peut être responsable d'échec des cervicotomies exploratrices. Il convient au chirurgien de connaître l'existence des sites parathyroïdiens ectopiques, dont l'exploration et le traitement peuvent être codifiés.

## **CRISE D'ASTHME REVELANT UN ADENOCARCINOME BRONCHIQUE**

**N. ABBOU**, M.Bouhadda., N.Gueza., Dj.Terfani., S.Lellou.

EHU oran

**Introduction :** Le cancer pulmonaire s'installe de façon insidieuse, Ce n'est seulement qu'à partir d'une radiographie pulmonaire faite de façon systématique ou au décours d'une symptomatologie pulmonaire que le cancer est découvert.

**Observation :** Mr B. L âgé de 69 ans tabagique sevré, asthmatique depuis 30 ans, qui consultait pour une crise d'asthme modérée

avec image radiologique pathologique dont le bilan d'investigation objectivait un adénocarcinome bronchique classé stade IV.

**Discussion :** La grande question reste de comprendre si l'asthme est directement responsable de l'augmentation du risque. L'environnement, tabac et autres éléments cancérigènes, pourraient jouer un rôle.

**Conclusion :** L'asthme reste une pathologie pulmonaire chronique, et devant toute pathologie pulmonaire chez un sujet tabagique plus de 50 ans il faut penser à dépister le cancer bronchique.

## **PROFIL CLINIQUE ET FONCTIONNEL DE L'ASTHME CHEZ LA FEMME NON MENOPAUSEE**

**S. Aissani**

Hopital central de l'armée

**Introduction :** L'asthme peut subir des variations au cours de la vie génitale de la femme. Le but de cette étude est de rechercher les caractéristiques cliniques et spirométriques de l'asthme chez les femmes non ménopausées.

**Méthodes :** C'est une étude prospective sur 39 dossiers de femmes asthmatiques non ménopausées, âgées de 17 à 49 ans avec une moyenne d'âge de 32.84+/-9 ans. Ces femmes ne sont pas sous contraceptifs oraux. Toutes ces femmes ont bénéficié d'une spirométrie durant la phase folliculaire et deux autres au 19<sup>e</sup> et 26<sup>e</sup> jour du cycle.

Une seule a eu une ménarchie précoce à 9 ans, 9 tardives après 16 ans et une ménarchie normale chez le reste des patientes. Le cycle menstruel a été irrégulier chez 23.07% des patientes seulement. L'exacerbation de l'asthme en pré menstruation est présente chez 30.76% des cas. Dans cette série, les patientes ne sont pas fumeuses mais exposées passivement au tabagisme du mari ou du père dans 30.76% des cas.

Chez ces femmes, la notion d'atopie familiale existe chez la majorité des malades dans 92.30% des cas, de même que la rhinosinusite dans 87.17% des cas. Le contrôle de l'asthme est observé seulement chez 46.15%. Quant à l'ancienneté de l'asthme, 48.71% des femmes présentent un asthme depuis moins de 5 ans, 23.07% entre 5 et 10 ans, 12.82% entre 10 et 20 ans et 15.38% évoluent depuis plus de 20 ans.

Plus de la moitié des malades est soit en surpoids ou obèses (58.97%) et 10.25% d'entre elles ont une obésité morbide. L'activité sportive n'est retrouvée que chez 38.46% des patientes (pratique de sport 2 fois /semaine ou marche rapide quotidienne). Chez 30.76% des cas, l'activité physique se limite aux tâches ménagères et 30.76% des cas sont sédentaires.

Concernant les femmes qui rapportent une aggravation de l'asthme avant les règles, un certain nombre de constatations est à faire : ces femmes sont plus âgées avec moyennes d'âge de 41, 71+/- 9 ans. Elles rapportent toutes un syndrome prémenstruel (migraine, gonflement des seins, ballonnement abdominaux et dépression avec irritabilité). Le cycle menstruel est irrégulier chez 33.33% des cas. La rhino-sinusite est présente chez toutes ces malades. L'ancienneté moyenne de l'asthme est de 7.6 ans. L'asthme est soit non contrôlé ou partiellement contrôlé chez 83.33% des malades. Les exacerbations d'asthme sont plus fréquentes en cas d'asthme prémenstruel et incitent 1 à 2 cure de corticoïdes per os de courte durée chez 41.66% des cas. La composante psychique est présente dans 91.66% des cas. L'analyse de la cv, cvf, vems, tiffeneau, dep, Dem75, Dem50, Dem25 et Dem25-57 a permis de constater une diminution des chiffres à la fin de la phase lutéale à comparer avec la phase folliculaire chez toutes ces femmes.

## FORMATION

La Société Algérienne de Pneumophtisiologie organise

**1. Huitième Cours Supérieur de Physiologie Appliquée**

**2. Cinquième Cours d'Endoscopie Interventionnelle**

**3. DU de tabacologie (3<sup>e</sup> session)**

(Ne concerne que les personnes ayant suivi la deuxième session ).

Je désire m'inscrire  
(cocher la ou les cases de votre choix)

- 8<sup>e</sup> CSPA**
- 5<sup>e</sup> Cours Endoscopie Interventionnelle**
- DU de tabacologie (3<sup>e</sup> session)**

## INSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Grade : ..... Tél : .....

@ : .....

Date : .....

# Partenaires et Exposants

C'est grâce à la générosité et à la contribution de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique, des sociétés de matériel et d'équipement médical que ce congrès se tient dans de bonnes conditions. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements.



Astellas, Abbot, Biopharm, El Kendi, EMA (Fuginon), Erempharma, Novartis, Pfizer, Pharmalliance, Pierre Fabre, Sidal, Pharmalliance, Laboratoire Groupement Pharmaceutique Algérien (LGPA)



