

Sous le Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé



الجمعية المغربية لأمراض التنفس

**Société Marocaine des Maladies Respiratoires
Moroccan Respiratory Society**

34^{ème}

**Congrès
National
de la SMMR**

17, 18 et 19 octobre 2019

Hôtel Kenzi Menara Palace, Marrakech

**Résumés
des communications**

Sous le Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé

Société Marocaine des Maladies Respiratoires (SMMR)

Organise :

**34^{ème} Congrès National
des Maladies Respiratoires**

**Résumés
des communications**

17, 18 et 19 octobre 2019 – Hôtel Kenzi Menara Palace, Marrakech

Les résumés sont publiés tels qu'ils étaient soumis

Sommaire

Introduction	5
<i>Communications</i>	
• Communications orales 1	7
• Communications orales 2	14
<i>Posters</i>	
• Séance d'affichage 1	22
• Séance d'affichage 2	44
• Séance d'affichage 3	64
• Séance d'affichage 4	85

Introduction

Ce document regroupe tous les résumés des communications orales (CO) et des communications affichées (posters : PO).

Les CO sont au nombre de 33 réparties en deux séances. La durée de chaque séance est de 90 minutes pour 16 communications. Le temps de l'exposé est de 5 minutes par communication.

Les communications sont numérotées de CO-1 à CO-33.

Les communications affichées (PO) sont au nombre de 230, réparties en quatre séances.

Les PO sont numérotés de PO-1 à PO-232.

Chaque séance est présidée par TROIS coprésidents. La durée de l'affichage est d'une demi-journée

Séance	Posters	Jour d'affichage	Heures d'affichage
1	PO-1 à PO-57	Vendredi 18 octobre	08H30 à 12H00
2	PO-58 à PO-114	Vendredi 18 octobre	14H30 à 18H00
3	PO-115 à PO-172	Samedi 19 octobre	08H30 à 12H00
4	PO-173 à PO-232	Samedi 19 octobre	14H30 à 18H00

Les auteurs des PO doivent répondre aux questions des présidents et des congressistes pendant les pauses.

REMARQUE IMPORTANTE : La mise en page du document par le comité d'organisation s'est limitée aux opérations : copier / coller et l'unification de la typographie. **Par conséquent les éventuelles erreurs ou fautes dans les résumés n'engagent que les auteurs.**

Communications orales

Communications orales 1.....P7
CO-1 à CO-16

Communications orales 2.....P14
CO-17 à CO-33

16h30-18h00 : Communications orales 1**CO-1 à CO-16****Présidents : L. SABIR, M. EL BIED, EL FAJRI****CO-1. Le profil étiologique de l'asthme aigu grave.***H. BEN ATAYA, R. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK, L.ACHACHI M. EL FTOUH (RABAT)*

Introduction : Malgré une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'asthme et la possibilité d'utilisation de médicaments efficaces, l'asthme aigu grave est encore une cause fréquente de décès chez l'asthmatique. L'asthme aigu grave (AAG) représente la forme clinique la plus sévère de la maladie asthmatique. Il peut se définir comme une crise d'asthme inhabituelle qui met enjeu le pronostic vital.

Matériel et méthodes : Étude descriptive rétrospective menée au service de pneumologie à l'hôpital Avicenne de Rabat et portant sur 98 patients admis pour prise en charge d'asthme aigu grave entre janvier 2017 et juillet 2019. Tous nos patients ont été transférés de la réanimation médicale après un contrôle de la phase aiguë. Notre travail a pour but de déterminer le profil étiologique de l'asthme aigu grave. Résultats : La moyenne d'âge était de 37,6 ans avec une prédominance féminine dans 67 cas (68 %), et une atopie familiale dans 40 % des cas. L'asthme est initialement classé persistant sévère chez tous les patients. La majorité des patients étaient mal contrôlés (84%). Le traitement de fond comportait une corticothérapie inhalée dans 37,7% des cas, une association des bronchodilatateurs à longue durée d'action et corticothérapie inhalée dans 62,2% des cas. Des manifestations allergiques associées à l'asthme sont retrouvées dans 33,6 % des cas. Elles sont dominées par la rhinite (25,5%), la conjonctivite allergique (4%), et de l'eczéma de contact (2%) et une allergie alimentaire chez (2%) des cas. La cause majeure des exacerbations dans notre série était la bronchite aiguë notée dans 65,3% des cas suivie de la mauvaise observance thérapeutique observée dans 14,2% des cas. Les autres étiologies des exacerbations étaient : le reflux gastro-œsophagien (9,1%), la pneumopathie infectieuse (5,1%), la sinusite (3,06%), le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (3,06 %). Discussion : La prévalence de l'asthme est en augmentation dans le monde et la mortalité due à l'asthme suit malheureusement la même tendance à la hausse. Les décès dus à une crise d'asthme sévère reflètent un échec thérapeutique à deux niveaux : d'une part une prévention thérapeutique insuffisante, d'autre part une sous-évaluation des comorbidités pouvant aggraver l'asthme. Les données dans notre étude concordent avec ceux de la littérature, étant donné que les causes d'exacerbations d'asthme restent dominées par les bronchites aiguës ainsi que l'exposition allergénique.

Conclusion : L'asthme aigu grave nécessite une prise

en charge rapide sous peine d'évolution vers un asthme aigu très grave. Sa mortalité semble diminuer grâce à un traitement maintenant bien codifié, ainsi qu'une meilleure prise en charge des comorbidités associées surtout allergique.

CO-2. BPCO et Vitamine D.*L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTABI, L. NAJAH, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)*

La BPCO est maintenant considérée comme une maladie systémique avec plusieurs manifestations systémiques dont l'atteinte respiratoire. L'objectif de notre étude est d'évaluer le taux sérique de la vitamine D chez les sujets atteints de la BPCO et son influence sur la sévérité de la maladie. Il s'agit d'une étude prospective incluant un total de 64 patients BPCO, sur une période de 2 ans allant de Mai 2014 au Mai 2016, nos patients sont âgés de 48 à 65 ans avec une moyenne d'âge de 58 ans. : 83% des patients atteints de la BPCO ont un déficit profond en vitamine D : 51% ont une carence et 32% ont une insuffisance en vitamine D. Nous avons retrouvé un taux significativement plus élevé en déficit en vitamine D dans le groupe de BPCO sévères et très sévère (groupes C et D) comparativement au groupe de patients porteurs de BPCO légère à modérée (groupes A et B) $P < 0,001$, par ailleurs nous avons noté un nombre élevé des exacerbations/an dans le groupe des patients BPCO avec déficit en vitamine D sans que les résultats soient statistiquement représentatifs ($P = 0,12$). Dans le groupe des patients ayant bénéficié d'une supplémentation en vitamine D nous avons constaté une amélioration du grade chez 67% de nos patients. La BPCO est associée à un risque accru de carence en vitamine D, et il y a une association significative entre les niveaux de la vitamine D et la gravité de la maladie BPCO.

CO-3. Risque de pneumonie chez les patients BPCO sous corticothérapie inhalée.*N. REGUIG, Y. AMCHICH, M. OUASSARI, B. DAHER, A. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK, L.ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)*

Introduction : Les corticostéroïdes inhalés sont prescrits comme traitement de fond de la BPCO tenant compte des symptômes. Des études ont montrés que l'excès de leur utilisation expose au risque de pneumonie. Le but de notre travail est de comparer le risque de survenue de pneumonie chez deux groupes de patients présentant une exacerbation de BPCO d'origine infectieuse. Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de Pneumologie de

l'Hôpital Ibn-Sina de Rabat incluant 119 patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO entre Janvier 2017 et Décembre 2018. On a défini deux groupes : G1 patients ne recevaient pas de CSI, G2 en recevaient. Résultats : Parmi 119 dossiers d'exacerbations de BPCO recensés, 92 patients présentaient une exacerbation d'origine infectieuse ; G1 n=55, G2 n=37. Les principales molécules prise par les patients du G2 étaient la Fluticasone en association fixe avec les B2 mimétiques de longue durée d'action chez 30 patients, 2 patients étaient sous Béclo-métasone en association avec les bronchodilatateurs, 2 patients étaient sous Budésonide seule ; alors que la molécule prise n'était pas précisée chez 3 patients. La prescription était à des doses moyennes (500 à 1000 µg/jr), la durée de traitement était variable avec une moyenne de 4 ans. Les patients des 2 groupes présentaient des signes cliniques d'infection, une hyperleucocytose et une CRP élevée. Un foyer pulmonaire à la radiographie thoracique a été objectivé chez 12 patients du G1 (p=21%) contre 14 patients du G2 (p=37%). Discussion : Les résultats de cette étude montrent qu'en comparaison aux patients du G1, les patients sous CSI ont un risque significativement plus important de pneumonie : 37% versus 21%. En effet l'association entre la prise de CSI et l'incidence accrue de pneumonie chez les malades atteints de BPCO était confirmée dans divers études clinique [1-4]. Dont la première étude était l'étude Torch réalisée en 2007 [5]. La majoration du risque de pneumonie est en fait expliquée principalement par les effets immunosuppresseurs des corticoïdes, hors il existe d'autres hypothèses tels que l'altération de la fonction macrophagique par les CSI [3]. Conclusion : En concordance avec les résultats de la littérature, nos résultats soulignent le risque de pneumonie chez les patients BPCO sous CSI. D'où la nécessité de respecter les recommandations du traitement par CSI chez les patients BPCO.

CO-4. Broncho-pneumopathie chronique obstructive et hypertension pulmonaire.

H. BAKKAL, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est considérée comme une maladie systémique. Une de ses principales complications est l'apparition d'une hypertension pulmonaire (HTP). L'HTP est définie par une pression artérielle pulmonaire (PAP) moyenne supérieure à 25 mmHg au repos. Nous rapportons une étude rétrospective de janvier 2008 à décembre 2018 sur une population de 395 patients porteurs de BPCO colligés au service des maladies respiratoires au CHU Ibn Rochd de Casablanca. Parmi ces patients, 185 avaient une hypertension pulmonaire confirmée à l'échocardiographie, soit une prévalence de 46.8 %. La moyenne d'âge était 57.3 ans, avec une nette prédominance masculine (96 %). L'intoxication tabagique était notée dans 96 % des cas. L'examen

clinique avait noté des signes d'HTP dans 21 % des cas, et des signes d'insuffisance cardiaque droite dans 14 % des cas. La gazométrie réalisée chez 24 % de nos malades avait noté une hypoxie dans 13 % des cas, associée à une hypercapnie dans 9 % des cas. La PAP moyenne retrouvée chez les malades étudiés était de 42 mmHg avec un intervalle allant de 30 mmHg à 87 mmHg. L'HTP était légère dans 12,5% des cas, modérée dans 39,5% des cas et sévère dans 48 % des cas. L'évolution était favorable dans 72% des cas et marquée par la survenue d'exacerbations annuelles fréquentes dans 28% des cas. L'HTP chez nos patients porteurs de BPCO est fréquente et sévère. Ceci peut être du au diagnostic de BPCO souvent à un stade tardif et les difficultés de prise en charge dans notre contexte. Une meilleure prise en charge de l'HTP améliore le pronostic de nos patients BPCO.

CO-5. Impact des comorbidités dans la BPCO.

O. FIKRI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : La BPCO est une maladie chronique systémique dont l'agent causal principal est le tabagisme. C'est un problème de santé publique qui se traduit par une morbidité, un handicap et une mortalité élevés. Les comorbidités associées ont un impact important sur les symptômes, le pronostic vital et les coûts de la prise en charge. Objectif de l'étude : L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence des facteurs de comorbidités chez les patients BPCO et l'impact de ces facteurs sur la morbi-mortalité. Matériel et méthode : C'est une étude rétrospective intéressant 114 patients hospitalisés au service de pneumologie CHU Mohammed VI de Marrakech du Juin 2017 au Juin 2019. Les patients étaient subdivisés en 2 groupes : G1 = BPCO sans comorbidités (n=42) et G2 = BPCO avec comorbidités (n=72). Résultats : Les facteurs de comorbidités étaient présents chez 63% des cas. Les pathologies cardiovasculaires étaient les plus fréquemment associées chez 78 patients faites d'une insuffisance cardiaque avec HTP chez 72 patients et une coronaropathie chez 6 patients, suivie de la dénutrition avec un IMC inférieur à 18 chez 52 patients, l'anémie chez 38 patients, le diabète chez 22 patients, la dyslipidémie chez 16 patients, l'insuffisance rénale chez 12 patients et le cancer bronchique chez 6 patients. Vingt-six pour cent de nos patients avaient au moins 2 facteurs de comorbidités associés à la BPCO. La moyenne d'âge était de 50 ans dans le G1 et de 54 ans dans le G2. Une prédominance masculine était notée dans les 2 groupes. La consommation tabagique moyenne était de 50,8PA dans le G1 et de 57PA dans le G2. La BPCO était classé stade IV de GOLD dans 56% des cas dans le G1 et dans 75% des cas dans le G2. L'exacerbation était secondaire à une infection dans 76% des cas dans le G1 et dans 78% dans le G2, à une embolie pulmonaire dans 24% des cas dans le G1 et dans 16,5% des cas dans le G2 et à une cardiopathie ischémique dans 5,5% dans le G2. Elle était sévère

dans 33% des cas dans le G1 et dans 47% des cas dans le G2 ($p=0,02$). Les patients ayant présenté 2 exacerbations ou plus étaient de 14 soit 33,3% des cas dans le G1 et de 30 soit 41,6% dans le G2. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7,6 jours dans le G1 et de 11,2 jours dans le G2. Conclusion : Les facteurs de comorbidités sont fréquents chez les patients BPCO, plus que la moitié souffre de tares multiples selon notre étude. Les pathologies cardiovasculaires sont au premier plan. Ils prolongent la durée d'hospitalisation et entraînent l'augmentation des coûts de santé relatifs à la BPCO. En conséquence une prise en charge optimale de ces comorbidités est primordiale au cours EABPCO.

CO-6. Evaluation du niveau de dépendance à la nicotine chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

B. DAHER, R. AZZEDDINE, A. RHANIM, A. JNIE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. ELFTOUH (RABAT)

Contexte : Le tabagisme chez les fumeurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive présente des spécificités par rapport à celui de fumeurs indemnes de cette affection. Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude prospective menée au service de pneumologie à l'hôpital Ibn Sina de Rabat du Mai 2019 à Juillet 2019 incluant 54 patients atteints de BPCO ; Les études statistiques ont été analysées par le logiciel SPSS 20. Résultats : Au total 54 patients ont été recrutés, l'âge moyen était de 65 +/- 25 ans ; tous les patients sont des hommes et tous les patients sont tabagiques (la consommation moyenne est de 57 PA); 31% ont un bas niveau socio-économique, 33% des patients ont au moins une comorbidité, La BPCO est classée phénotype A dans 6 %, phénotype B dans 30 %, phénotype C dans 40% et phénotype D dans 24 % des cas. 10% des patients ont un Fagstrom inférieure à 2, 25 % des patients est entre 3 et 4, alors que 35% est entre 5 et 6 et 30% est supérieure à 7. Le niveau de motivation pour le sevrage tabagique selon le test de LAGRUE ET LEGERON est de 12 en moyenne. 66% des patients inclus dans cette étude présente un trouble psychologique à type d'anxiété ou de dépression selon le HAD. Conclusion : Le sevrage tabagique reste la meilleure façon d'éviter l'aggravation des BPCO, mais reste difficile chez ces patients du fait du niveau élevé de dépendance à la nicotine nécessitant une prise en charge au sein d'une consultation d'aide au sevrage tabagique

CO-7. Evaluation de la démarche diagnostique de l'embolie pulmonaire à l'hôpital Ibn Sina.

M. OUASSARI, I. OUERDJA, N. REGUIG, A. RHANIM, A. JNIE, L. HARRAK, L. ACHACHI, M. ELFTOUH (RABAT)

Introduction : L'embolie pulmonaire reste un défi pour le clinicien malgré l'avènement de stratégie claire et validée pour standardiser sa prise en charge. L'adhésion à cette stratégie reste fluctuante selon les équipes et les cliniciens. L'objectif de notre étude est de déterminer le respect des algorithmes décisionnels dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. Méthodes : Etude rétrospective menée au service de pneumologie de l'hôpital Ibn Sina de Rabat incluant 101 patients hospitalisés pour embolie pulmonaire entre Janvier 2016 et Décembre 2018. Résultats : Il s'agissait de 60 hommes et 41 femmes (sex ratio 1,4), d'âge moyen de 61 ± 16 ans, l'analyse des données révèle que l'angioscanner thoracique était l'examen complémentaire non invasif le plus utilisé pour confirmer le diagnostic de l'embolie pulmonaire chez 97% des cas, la scintigraphie pulmonaire dans 1,98% des cas, les patients avaient une probabilité intermédiaire avec un dosage positif des D-dimères dans 92% des cas, une forte probabilité clinique dans 3% des cas et une probabilité intermédiaire sans dosage des D-dimères dans 4,95% des cas. Discussion : Nos résultats confirment la place importante du couple D-Dimères/Angioscanner thoracique dans la démarche diagnostique de l'embolie pulmonaire comparativement aux données de la littérature et aux recommandations de L'ESC. Le taux de suivi des recommandations était de 95% ce qui permet une sécurité diagnostique supérieure à l'utilisation de test non intégrés dans une stratégie établie. Conclusion : Dans notre étude, il apparaît que les recommandations sur la démarche diagnostique de l'embolie pulmonaire sont suivies : utilisation des scores cliniques et respect des algorithmes diagnostiques dans la prise en charge des patients suspects d'embolie pulmonaire.

CO-8. Sympathectomie thoracique : un traitement de l'hyperhidrose.

S. HAFIDI, S. WAGUAF, N. IDELHAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Introduction : L'hyperhidrose des membres supérieurs est définie par une hypersudation quotidienne et incontrôlée altérant la qualité de vie du patient. Elle touche préférentiellement les mains et les aisselles. La sympathectomie thoracique par videothoracoscopie est une technique reconnue efficace pour l'hyperhidrose réfractaire et/ou invalidante. Objectif : L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité et les résultats des sympathectomies thoraciques par videothoracoscopie en termes de morbidité périopératoire à court, moyen et long terme, ainsi que l'évolution de la qualité de vie avant et après le geste opératoire. Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective portant sur 6 cas, ayant bénéficié d'une sympathectomie pour hyperhidrose dont 4 ont bénéficié d'une sympathectomie bilatérale faite en deux temps, au service de chirurgie thoracique de

CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 10 ans (de Janvier 2008 à Janvier 2018). Il s'agit de six hommes, âgés de 16 à 31 ans, avec une moyenne d'âge de 25 ans. Les indications sont réparties en une hyperhidrose palmaire chez les six patients (100%), une hyperhidrose faciale chez un patient (16%) et une hyperhidrose axillaire chez un patient (16%). Résultats : Tous les patients ont bénéficié d'une sympathectomie thoracique par vidéothoracoscopie sans notion de conversion en thoracotomie. Une résection des 2^{ème} et 3^{ème} ganglions sympathiques thoraciques a été faite pour 5 patients, et une ablation des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} ganglions pour un patient présentant une hyperhidrose palmaire, faciale et axillaire. La durée moyenne opératoire était de 35,89 min avec une durée minimale de 10 min et maximale de 60 min. La durée d'hospitalisation était de 2 jours. Les sympathectomies bilatérales ont été faites en deux temps avec un intervalle de 1 à 6 mois. Aucune reprise n'a été faite dans notre série. Aucune complication per et postopératoire n'a été constatée dans notre série notamment pas de plaie vasculaire, ni de pneumothorax, ni de complication neurologique (syndrome de Claude Bernard Horner). Aucun des patients n'a présenté d'hyperhidrose compensatrice malgré qu'elle soit la complication la plus fréquente.

Aucun des patients n'a regretté l'intervention. Le suivi moyen a été de 4 ans avec un recul minimum de 1 mois et maximum de 10 ans. Discussion : L'hyperhidrose est une pathologie relativement fréquente, dont plusieurs formes (palmo-plantaire, axillaire ou faciale) ont été décrites. Les progrès de la chirurgie vidéo-assistée ont permis l'essor de la sympathectomie thoracique. Les résultats de cette technique sont très satisfaisants avec un taux de succès évalué à 98% et une morbi-mortalité très faible. En revanche, des effets secondaires, en particulier une hyperhidrose compensatrice et des douleurs thoraciques postérieures, sont fréquemment observés. Conclusion : La sympathectomie thoracique par vidéothoracoscopie est, à l'heure actuelle, considérée comme le traitement de référence des hyperhidroses avec néanmoins une hyperhidrose compensatrice parfois handicapante, nécessitant une information préopératoire importante.

CO-9. Intérêt de la vats uniportal dans le traitement des kystes hydatiques pulmonaires.

N. ID EL HAJ, S. HAFIDI, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Introduction : Le kyste hydatique pulmonaire est une parasitose qui sévit encore à l'état endémique dans notre pays. De nouvelles techniques peu invasives changent et renouvellent la chirurgie thoracique, offrant aux patients d'innombrables avantages. Parmi ces techniques, La VATS Uniportal qui gagne de plus en plus de succès au cours des dernières années, promettant des résultats supérieurs à ceux d'autres approches peu invasives. Méthodes : Notre travail est une étude rétrospective de 20 cas de kyste hydatique pulmonaire opérés par la technique VATS Uniportal au service de chirurgie thoracique au CHU Ibn Rochd de

Casablanca sur une période de 07 mois s'étalant entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 juillet 2019. Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 39 ans, avec des extrêmes allant de 04 ans à 63 ans, avec une prédominance féminine (55%). Au total, 80% des malades habitaient le milieu rural où la notion de contagé hydatique est constante (90%). La symptomatologie respiratoire était révélatrice dans 92% des cas, faite le plus souvent de toux (68%), d'hémoptysie (61%) de douleur thoracique (50%) et d'hydatidoptysie (20%). Le diagnostic du kyste hydatique pulmonaire était suspecté essentiellement sur les données de la radiographie du thorax et à La TDM thoracique, pratiquée chez tous nos patients, le kyste hydatique pulmonaire était unique dans 77,5% des cas et multiple dans 22,5% des cas. Quant à la sérologie hydatique, elle s'est révélée positive dans 75% de ces cas. L'association hépato-pulmonaire était observée dans 20 % des cas. Tous nos patients étaient opérés par la technique VATS Uniportal. Le traitement conservateur était adopté dans 75% des cas contre 25% des cas traités par traitement radical dont 80% par exérèse pulmonaire atypique contre 20% par exérèse pulmonaire réglée. Les suites opératoires étaient toutes simples (100%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 04 jours. La durée moyenne du drainage thoracique était de 03 jours. Le traitement médical antiparasitaire était prescrit en postopératoire chez 55% des patients. Conclusion : L'approche thoroscopique uniportal est une option sûre pour le traitement du kyste hydatique pulmonaire. Elle peut être utilisée comme alternative à la thoracoscopie multiportale et à la thoracotomie. Sa principale force réside dans les avantages potentiels pour les patients, en terme de douleur postopératoire, avec une récupération plus rapide, une hospitalisation postopératoire plus courte et de meilleurs résultats esthétiques.

CO-10. Profil étiologique de l'hypertension pulmonaire.

I. OULDI TOU, S. AITBATAHAR, L. AMRO. (MARRAKECH)

Introduction : L'hypertension pulmonaire (HTP) est définie par une pression artérielle pulmonaire moyenne (PAPm) $\geq$ 20mmHg au repos au cours d'un cathétérisme cardiaque droit. C'est une affection d'étiologies diverses et une complication fréquente des pathologies respiratoires chroniques. But du travail: Déterminer les étiologies de l'hypertension pulmonaire chez les patients hospitalisés au service de pneumologie. Méthodes : Etude rétrospective incluant les patients hospitalisés au service de pneumologie du CHU Mohamed VI porteurs d'une (HTP). Résultats : Nous avons colligé 84 cas durant cette période. Une prédominance masculine était notée dans 73.4% des cas. L'âge moyen était de 60 ans avec des extrêmes allant de 25 ans à 85 ans. Le tabagisme était retrouvé dans 47 cas (55%) et 20 patients avaient un antécédent de tuberculose pulmonaire (23.8%). Le maître symptôme était la dyspnée présente dans 80 cas (95,2%). La radiographie thoracique a objectivé

cas (95,2%). La radiographie thoracique a objectivé une cardiomégalie dans 48 cas (57%), une dilatation de l'artère lobaire inférieure droite dans 40 cas (47,6%) et un arc moyen gauche convexe dans 30 cas (35,7%). L'écho cœur a objectivé une dysfonction du cœur droit dans 65 % des cas avec une moyenne de PAPS à 56 mmHg. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) était la principale étiologie, retrouvée dans 31 cas (37%), suivie des pneumopathies interstitielles diffuses dans 21 cas (25%), les séquelles de tuberculose et les DDB dans 9 cas chacun (10,7%) et la silicose dans 6 cas (7%). L'HTP était post embolique dans 5 cas (6%) et idiopathique dans 3 cas (3,5%). 40 patients étaient en insuffisance respiratoire chronique (47,6%) et étaient mis sous oxygénothérapie au long court. Conclusion : L'HTP est d'étiologies multiples dominées dans notre contexte par la BPCO et l'atteinte interstitielle d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée de ces deux pathologies afin d'éviter la survenue de complications graves.

CO-11. Biochimie respiratoire des patients hospitalisés au service de pneumologie.

M. AMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La gazométrie artérielle est une méthode d'analyse de la composition du sang artériel, permettant d'étudier la fonction respiratoire et l'équilibre acidobasique d'un patient. On a mené une étude rétrospective à propos de 51 patients hospitalisés au service de pneumologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour insuffisance respiratoire, s'étalant entre janvier 2018 et juillet 2019. La moyenne d'âge était de 45,2 ans avec une prédominance masculine à 78%. Une pneumopathie infiltrante diffuse (PID) a été retrouvée chez 26 cas, dont 10 cas de sarcoïdose thoracique au stade de fibrose, 4 cas de silicose, 3 cas de sclérodermie et de fibrose pulmonaire idiopathique chacune. Les dilatations de bronches (DDB) étaient notées chez 11 patients, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez 8 patients, des séquelles de tuberculose chez 4 patients et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAHOS) chez 2 patients. Six patients étaient au stade de CPC avec HTP. Chez les patients hospitalisés pour une PID, on a retrouvé un pH normal dans 88,4% des cas et acide dans 11,5% des cas. Une hypoxémie était notée dans 15 cas, avec une $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg dans 5 cas, entre 61 et 70 mmHg dans 9 cas, entre 56 et 60 mmHg dans un cas et une hypercapnie dans 6 cas. Le taux de bicarbonates (HCO_3^-) était élevé dans 2 cas avec des bases excess (BE) > 2 mmol/l. On en a conclu que 57,7% des patients étaient en IR chronique type 1 (IRC 1), 15,3% en IR chronique type 2 (IRC 2) et 11,5% en acidose respiratoire. Pour les patients admis pour des DDB, 45,5% étaient en IRC 1 et 18% en acidose

respiratoire. On a noté un pH acide et une hypercapnie chez 2 patients, une hypoxémie chez 7 patients. Les patients porteurs d'une BPCO avaient un pH acide dans 37,5% et alcalin dans 25% des cas. On a noté une hypoxémie sévère dans 2 cas, une hypercapnie dans 6 cas et une hyperlactatémie dans 3 cas. Le taux d' HCO_3^- était > 30 mmol/l et ≤ 21 mmol/l dans un cas chacun avec des BE élevées dans 4 cas. Au total, 37,5% étaient en acidose respiratoire, 25% en IRC 2, 12,5% en alcalose respiratoire, en alcalose métabolique et en IRC 1. Alors que tous les patients admis pour des séquelles de tuberculose étaient en IRC 1 avec un pH normal. Les patients admis pour SAHOS avaient une gazométrie normale. A travers notre étude, on conclut que le profil gazométrique des patients variait en fonction de la pathologie sous-jacente et que le tableau d'IRC 1 était prédominant.

CO-12. Apport de la symphyse pleural par talcage sous vidéo-thoracoscopie médicale dans la prise en charge des pleurésies néoplasiques.

A. FAHMI, W. EL KHATTABI, H. ELKIHAL, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les épanchements pleuraux malins constituent un problème diagnostique et surtout thérapeutique du fait de leurs caractères chroniques et rapidement récidivant. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité à court et long terme du talcage pleural sous thoracoscopie dans la prise en charge des pleurésies néoplasiques. Vingt malades porteurs d'une pleurésie maligne ont été étudiés sur une période de 18 mois allant du Janvier 2018 au juin 2019. Le talcage a été réalisé en salle d'endoscopie sous sédation en utilisant 4 g de talc poudre en pulvérisation à travers le thoracoscope. L'étude a intéressé 7 femmes et 13 hommes avec un sex-ratio de 1/2. L'âge moyen de nos patients était de 60 ans avec des extrêmes allant de 31 à 79 ans. Le tabac était noté dans 50% des cas. 25 % des malades étaient porteurs d'une néoplasie connue avec des localisations pleurales secondaires, 75% de la population d'étude ont bénéficié d'une thoracoscopie à visée diagnostique et thérapeutique (talcage) en même temps. Les cancers primitifs sont dominés par le cancer du poumon dans 50% des cas. Le cancer du côlon ainsi que le mésothéliome primitif ont été retrouvés dans 2 cas chacun. Un cas de lymphome type Malt était noté. Chez 5 cas le primitif est resté inconnu. La durée moyenne du drainage thoracique était de 4 jours. La durée moyenne de suivi est de 28 jours. La pleurodèse complète a été obtenue chez 75%, une récurrence minime chez 25% des patients. Le talcage a permis de diminuer les ponctions pleurales itératives et d'améliorer ainsi la qualité de vie de nos patients. Le talcage sous thoracoscopie médicale reste le moyen thérapeutique le plus efficace, le plus anodin et le moins coûteux.

dans la prise en charge des pleurésies malignes récidivantes.

CO-13. Pneumopathie infiltrative diffuse et syndrome de sharp : à propos de deux cas.

F.Z. YOUSFI, H. KOUISMI (OUJDA)

Introduction : La connectivite mixte (CM) est une connectivite rare, caractérisée par la combinaison de manifestations cliniques de lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD), de polymyosite-dermatomyosite (PM/DM), de sclérodémie systémique (SS) et de polyarthrite rhumatoïde (PR) associée à la présence dans le sérum d'anticorps anti-nucléaires de type smallnuclearribonucleoprotein (snRNP) à titre élevé. La PID est fréquente lors des connectivites et constitue un facteur pronostique majeur. Nous rapportons deux nouvelles observations médicales de ce syndrome.

Observation n°1 : C'est une patiente âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques notable, qui était admise pour des poly arthralgies d'allure inflammatoire évoluant depuis 5 mois avant son admission. L'anamnèse retrouvait également la notion de sécheresse buccale et oculaire associé à des myalgies. L'examen clinique objectivait une douleur à la mobilisation active et passive des articulations, une bouffissure de visage, un déficit modéré des ceintures scapulaires et pelviennes plus marqué au niveau scapulaire. Le bilan biologique trouvait un syndrome inflammatoire, une forte élévation des enzymes musculaires le bilan immunologique objectivait des AC anti-SSA positif. Une biopsie des glandes salivaires accessoire était réalisé devant le syndrome sec objectivant une sialadénite lymphocytaire focale de grade 4 de Chisholm et Mason, typique d'un syndrome de GougerotSjogren. Un EMG était réalisé objectivant une atteinte myogène active au niveau des ceintures. L'imagerie thoracique objectivait une pneumopathie interstitielle bilatérale. La patiente a reçu un bolus de corticoïde avec relais par voie orale à la dose de 1mg /Kg/jr avec bonne évolution clinique et biologique sous corticothérapie.

Observation n°2 : Il s'agit d'une patiente âgée de 47 ans, qui était admise pour une faiblesse musculaire des deux membres supérieures et une déformation du deuxième doigt de la main gauche. L'examen clinique objectivait une atteinte cutanée faite d'une bouche légèrement striée, légère dystrophie unguéale sans ulcérations des pulpes d'un phénomène de Raynaud 'une sclérose cutanée et une atteinte musculaire avec faiblesse des deux membres supérieures et des ceintures pelviennes : un signe de tabouret positif. Une atteinte ostéoarticulaire avec douleur à la pression des MP et IPP des deux mains sans tuméfaction associé à une déformation distale du deuxième doigt gauche en dedans. Le bilan biologique objectivait une élévation des enzymes musculaires et un bilan immunologique objectivait Ac anti JO1 positif. L'EMG était réalisé objectivant une atteinte myogène et une biopsie musculaire du Deltoïde objectivait un aspect

compatible avec dermatomyosite. La fibroscopie bronchique avec biopsie bronchique étagées étaient réalisées revenant en faveur d'un aspect inflammatoire non spécifique et un LBA objectivant un liquide inflammatoire. La TDM thoracique a objectivé une pneumopathie interstitielle bilatérale avec aspect de rayon de miel des bases, images en verre dépoli et des bronchectasies de traction. La patiente était mise sous corticothérapie 10 mg/Jr, un traitement à base de methotrexate a été discuté mais contre indiqué vu l'atteinte pulmonaire sévère, l'alternative thérapeutique était de démarrer le rituxumab 1g J1 et J15. En raison de l'activité de la maladie aussi bien musculaire qu'articulaire un traitement par Tocilizumab Actemra était indiqué à raison de 8 mg/kg une perfusion intraveineuse par mois soit 600 mg/ mois pendant une durée de 6 mois avant la réévaluation.

Discussion : La connectivite mixte est cosmopolite et touche toutes les races avec un pic d'incidence chez les adolescents et entre 20 et 30 ans. Environ 80% de personnes qui ont cette connectivite mixte sont des femmes. Chez certains patients maladie évolue vers une sclérodémie classique ou vers un lupus érythémateux disséminé. Les poumons sont affecté dans jusqu' 75% des cas de connectivite mixte. La pneumopathie interstitielle du poumon est la manifestation la plus fréquente ; l'hypertension tpulmonaire est une cause majeure de décès. Le diagnostic de la connectivite mixte repose sur l'association des signes cliniques du lupus érythémateux disséminée, de la sclérodémie de la poly myosite/Dermatomyosite et de la polyarthrite rhumatoïde et par la présence des anticorps antinucléaires circulants antiribonnucléoprotéine et l'absence d'AC spécifique d'autres maladies auto-immunes.. Les patients présentant une atteinte pulmonaire interstitielle dans un contexte de connectivite sont le plus souvent asymptomatiques au début de la maladie. Par la suite, les symptômes sont aspécifiques : dyspnée à l'effort, toux. Un âge avancé, un déconditionnement, des arthralgies invalidantes peuvent soit être considérés à tort comme étant à l'origine de la dyspnée d'effort, soit retarder l'apparition des symptômes en raison d'une limitation de l'effort. A l'auscultation, des râles crépitant, fins et secs, bilatéraux et aux bases peuvent être notés. L'hippocratisme digital est moins spécifique et peuvent être retrouvé dans les formes avancées. A la différence des formes idiopathiques, des signes cliniques extra respiratoires tels qu'un rash cutanée, une sclérodactylie, un aspect en mains de mécanicien, des télangiectasies faciales, un syndrome de Raynaud dans un contexte d'arthralgies, permettant d'orienter le diagnostic.

Conclusion : Les caractéristiques de la PID associé à une connectivite mixte sont hétérogènes et peuvent être considérées comme une combinaison de celles des PID associées aux autres connectivites majeures. Le traitement varie selon la gravité des maladies et l'atteinte d'organes mais comprends habituellement des corticostéroïdes et également des immunosuppresseurs.

CO-14. Aspects scanographiques et étiologiques des pneumopathies infiltrantes diffuses.*H. HARRAZ, H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)*

Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) constituent un groupe de pathologie fréquente en pneumologie, leur expression clinique riche à la fois thoracique et extra-thoracique les rend parmi les maladies les plus invalidantes. Le scanner thoracique de haute résolution est un élément clé dans le bilan diagnostique. Une meilleure analyse permet d'orienter le diagnostic étiologique. Le but de notre travail est de préciser l'apport du scanner thoracique dans le diagnostic des PID. Nous avons analysé rétrospectivement 99 dossiers de patients hospitalisés pour PID colligés au service de pneumologie CHU Ibn ROCHD de Casablanca entre janvier 2017 et décembre 2018. Il s'agissait de 71 femmes et 28 hommes avec un sex-ratio de 0,2. La moyenne d'âge était de 52,3 ans avec des extrêmes de 24 à 79 ans. Les symptômes cliniques étaient dominés par la dyspnée (90,2%) et la toux (79,6%). Au scanner thoracique, un syndrome interstitiel fait d'infiltrats réticulo-micronodulaires et nodulaires diffus et bilatéraux était notés dans 41 cas, soit 34,53%. L'épaississement des septums interlobulaires et/ou intralobulaires notait dans 53 cas, soit 56 % et le verre dépoli dans 58 cas, soit 52%. Un rayon de miel était retrouvé dans 28 cas, soit 38 %, une atteinte alvéolo-interstitielle dans 18 cas, soit 26% et les adénopathies médiastinales dans 14 cas, soit 20,28%. L'image scanographique de fibrose pulmonaire est retrouvé dans 4 cas, soit 5,8. La présentation radiologique, les signes extrathoraciques spécifiques trouvés dans 50,6% des cas ainsi que le bilan paraclinique avait permis de conclure à une PID secondaire à une sarcoïdose dans 41 cas, soit 30,4%, associée à une connectivite dans 25 cas, soit 14,5%, secondaire à une alvéolite allergique extrinsèque et secondaire à une lymphangite carcinomateuse dans 19 cas, soit 5,8%. Les aspects scanographiques des PID sont multiples : dominés dans notre contexte par les réticulations, épaississements des septums et le verre dépoli. Une approche clinique et scanographique, basées notamment sur l'analyse des signes prédominants, guide le clinicien dans la prise en charge des PID

CO-15. Qualité de vie des patients suivis pour pneumopathies infiltrantes diffuses au stade de fibrose.*R. CHERKAoui, H. JABRI, L. NAJAH, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)*

La fibrose pulmonaire est une maladie chronique responsable d'une dégradation progressive des paramètres fonctionnels respiratoires. Elle induit un handicap fonctionnel majeur altérant la qualité de vie des patients. Nous rapportons une enquête transversale portant sur 34 patients suivis en consultation pour pneumopathie infiltrante diffuse au stade de fibrose, dont le but est d'évaluer les

symptômes, le retentissement sur l'activité quotidienne et l'impact sur la qualité de vie en se basant sur le questionnaire de Saint-Georges. La moyenne d'âge était de 61 ans avec une prédominance masculine. Le score moyen des symptômes respiratoires est de 56 %, de la limitation de l'activité physique par la dyspnée est de 37%, de l'impact sur la vie quotidienne est de 60%. Le score moyen total du questionnaire est de 51%. La moyenne de l'index de Barthel est de 32%. La moyenne du dépistage de la démence (MMSE) est de 18%. L'index de perturbation du sommeil (EPESE) est en moyenne de 8%. Le test de marche de 6 min était réalisé chez 48% des patients et était normal dans 76% des cas. La gazométrie a objectivé une hypoxie avec $PaO_2 < 50$ % dans 63 % des cas. À travers ce questionnaire, on souligne la nécessité d'introduire des moyens thérapeutiques plus efficaces, d'appliquer la réhabilitation pulmonaire à domicile dans la prise en charge des patients et de penser à d'autres alternatives thérapeutiques notamment la transplantation pulmonaire.

CO-16. Le profil étiologique de l'aspect en verre dépoli.*K. FAHMI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)*

Le verre dépoli est défini comme une augmentation de la densité du parenchyme pulmonaire, n'effaçant pas les contours des structures broncho-vasculaires sous jacents. Il est dû à un remplissage partiel des lumières alvéolaires et/ou un épaississement des cloisons alvéolaires. Le but de notre travail est de déterminer le profil étiologique de l'aspect en verre dépoli. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 45 cas où le verre dépoli était la lésion scanographique prédominante. La moyenne d'âge était de 50 ans avec une prédominance féminine à 64%. Le tabagisme était retrouvé dans 20% des cas, l'exposition aux déjections d'oiseaux dans 15% des cas, une consommation médicamenteuse au long cours dans 3% des cas, des arthralgies dans 2% des cas et un rhumatisme articulaire aigu dans un cas. La symptomatologie clinique était dominée par la dyspnée et la toux sèche. La TDM thoracique objectivait en association au verre dépoli, des adénopathies médiastinales dans 32% des cas, des opacités réticulo-nodulaires dans 29% des cas, un aspect en rayon de miel dans 12% des cas, des condensations parenchymateuses dans 9% des cas et des épaississements septaux dans 7% des cas. Le bilan étiologique a permis de retenir le diagnostic de sarcoïdose dans 13 cas, une alvéolite allergique extrinsèque dans six cas, d'adénocarcinome in situ dans cinq cas, d'œdème pulmonaire cardiogénique dans trois cas, de pneumocystose dans trois cas, de pneumopathie médicamenteuse et aspergillose invasive dans un cas chacun et reste indéterminé dans 13 cas. Les lésions en verre dépoli posent souvent un problème diagnostique. L'analyse sémiologique de ces lésions repose sur la répartition topographique des lésions, le contexte clinique et les signes radiologiques associés.

08h30-10h00 : Communications orales 2**CO-17 à CO-33****Présidents : N. BELLEKHAL, S. HAMMI****CO-17. Etude comparative de l'apport de l'échographie et la radiographie thoracique dans la pleurésie.***L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTABI, L. NAJAH, FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)*

L'échographiethoracique a occupé une grande place à coté de la radiographie, qui est l'examen de choix en pneumologie, permettant de confirmer ou d'éliminer les diagnostics retenus, ainsi de guider les gestes pour but diagnostic et thérapeutique en toute sécurité et en réduisant le taux de complications. C'est une étude rétrospective analytique de 77 cas chez qui l'échographie avait confirmé un épanchement pleural au cours de 6 mois (de janvier au juillet 2019). L'âge moyen était 45 ans. Parmi ces 77 cas détectés à l'échographie thoracique avec une sensibilité de 98% et spécificité de 100%, 12 cas n'avaient pas un aspect typique d'opacité de type pleural à la radiographie standard. 42 cas étaient droits, 32 gauches et 3 bilatéraux. 62% des épanchements étaient libres et 38% étaient cloisonnés. Dans les pleurésies exploitées, 21 étaient minime (ne dépasse pas l'angle diaphragmatique), 14 de faible abondance (limité à un seul espace intercostal), 21 de moyenne abondance (limité dans 2 espaces intercostaux) et 18 de grande abondance (dépasse 2 espaces intercostaux) avec une sensibilité égale à la radiographie thoracique sauf dans les épanchements minimes où elle a tranché entre ponctionnable ou non. On a identifié 25 cas d'épanchement anéchogène, 20 finement échogène et 3 hyperéchogène et 29 épanchements étaient complexes cloisonnés. 73 patients ont bénéficié d'une échographie de repérage dans les premiers 24 heures de l'admission et seulement 4 dans le deuxième jour (ceci peut être expliqué par l'admission pendant le Week end). On a pu conclure que l'échographie thoracique est un outil primordial pour la détection et la surveillance de certaines pathologies pulmonaires particulièrement dans les pleurésies avec une sensibilité et spécificité supérieurs à la radiographie ; mais elle reste une technique opérateur dépendant.

CO-18. Evaluation de la réponse tumorale dans le cancer bronchique par le 'RECIST'. Comment procéder ?*L. CHAHIDI EL OUAZZANI, K. ELKHADIR, N. ELBENNA (CASABLANCA)*

L'évaluation de la réponse thérapeutique par l'imagerie médicale selon les critères RECIST a un rôle majeur dans la mesure de l'efficacité des traitements et la mise à disposition de nouvelles molécules. Plusieurs versions ont été décrites au fil des années, basé sur

des critères reproductibles bien définis. Nous nous baserons sur le RECIST1.1 (2009) avec un bref rappel de l'iRECIST (2017). Le RECIST repose sur le monitoring de la charge tumorale évalué sur des lésions cibles et non cibles définies sur un examen initial dit Baseline. Il existe quatre types de réponse tumorale : Rémission complète correspondant à la disparition complète des lésions cibles, Rémission partielle correspondant à une diminution de la taille tumorale = 30%, progression correspondant à une augmentation de taille >20 % par rapport à la taille de base ou l'apparition de nouvelles lésions, stabilité correspondant à un changement de taille non significatif ne rencontrant pas les critères. L'imagerie principalement tomodynamométrique a permis le diagnostic des lésions avec une grande fiabilité des mesures volumétriques, et de densité parenchymateuse et la vascularisation tumorale qui présentent des données importantes pour le suivi des tumeurs.

CO-19. Les anomalies des arcs aortiques : apport de l'angioscanner.*M. LABIED, F. BADI, D. LAOUIDIYI, K. CHBANI, S. SALAM, L. OUZIDANE (CASABLANCA)*

Stewart avait décrit en 1964, une classification des anomalies des arcs aortiques. Depuis, les progrès de l'imagerie diagnostique ont permis de mieux délimiter l'anatomie du système vasculaire et d'identifier les anomalies jusque-là non classées. L'imagerie non invasive par angioscanner a permis une évaluation quasi-complète des vaisseaux du médiastin par rapport aux structures environnantes. Une bonne connaissance du spectre et de l'aspect en angioscanner de ces anomalies est essentielle pour un diagnostic et une classification précise, ainsi que pour l'orientation du traitement. Le but de ce travail est de discuter les variantes des arcs aortiques et de passer en revue d'autres malformations de la crosse aortique, notamment la crosse aortique interrompue, hypoplasique et la coarctation aortique.

CO-20. Place de l'écho-endoscopie dans l'approche diagnostic du cancer bronchique : Expérience du service de pneumologie de Marrakech.*O. FIKRI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)*

Introduction : Le cancer bronchique primitif (CBP) est le cancer masculin le plus fréquent dans le monde. Son incidence ne cesse d'augmenter chaque année en suivant la consommation tabagique. Le diagnostic de certitude de ce cancer repose sur les résultats de

l'examen anatomo-pathologique. L'écho-endoscopie bronchique (EBUS) est une technique récente pour le diagnostic et la classification ganglionnaire des cancers bronchiques. Méthodes : Étude rétrospective des cas consécutifs de patients ayant bénéficié d'une écho-endoscopie bronchique au service de pneumologie de Marrakech. Résultats : La moyenne d'âge de nos patients a été de 58,8 ans, avec une nette prédominance masculine 87,9%. 83,2% des patients sont tabagiques avec une moyenne de 40 paquets/années. La douleur thoracique est retrouvée dans 78 % des cas et l'hémoptysie dans 28 % des cas. Le scanner thoracique a confirmé la nature tissulaire des lésions radiologiques dans 90% des cas. Sur les 21 écho-endoscopies bronchiques, une anesthésie générale a été pratiquée dans tous les cas, avec une bonne tolérance. L'EBUS a permis d'établir le diagnostic histologique dans 16 cas, et a été non concluante dans 5 cas avec une rentabilité de 76%. Cette procédure a permis le staging chez 6 cas, le diagnostic chez 4 cas, le diagnostic et staging chez 11 cas. Sur les 16 cas, on note 11 cas d'adénocarcinomes et 5 cas de carcinomes épidermoïdes. Conclusion : bien que l'expérience de notre service en EBUS soit modeste, ce travail illustre l'intérêt prometteur de cet examen en pratique courante que ça soit pour le diagnostic étiologique ou le staging du cancer bronchique.

CO-21. Suivi du pneumothorax par échographie thoracique comparé à la radiographie standard.

R. AZZEDDINE, H. BENATAYA, A. JNİYENE, L. ACHACHI, L. HERRAK, M. ELFTOUH (RABAT)

Introduction : L'échographie thoracique est devenue un outil quotidien en pneumologie, à l'intersection de la pratique clinique et de la radiologie, elle apparaît même dans certaines indications supérieure à la radiographie thoracique, elle ne nécessite pas d'équipement spécifique. La recherche de pneumothorax au moyen de l'échographie est possible en utilisant une combinaison de signes qualitatifs simples : existence d'un glissement pleural, présence de lignes B, existence d'un point poumon. Le scanner thoracique est l'examen le plus précis pour le diagnostic de pneumothorax, dans 30 à 72% des cas la radiographie standard ne permet pas de retenir le diagnostic, malgré cette faible sensibilité, le suivi du pneumothorax repose encore sur la radiographie thoracique. Le but de notre étude est de déterminer la place de l'échographie thoracique dans le suivi du pneumothorax. Matériels et méthodes : nous avons étudié de manière prospective tous les patients hospitalisés pour pneumothorax entre juin 2019 et Aout 2019, chez qui on a fait un suivi par échographie thoracique parallèlement à la radiographie thoracique standard. Résultats : durant cette période 33 cas ont été colligés, la moyenne d'âge était de 47,7 ans avec des extrêmes [17-90 ans], avec une prédominance masculine de 69,6%, le tabagisme a été retrouvé dans

60,6%, le tableau clinique était dominé par la douleur thoracique dans 90,3%, la dyspnée dans 77%, la toux dans 74%, le pneumothorax était spontané primitif dans 12,12%, spontané secondaire à la BPCO dans 42,4%, à une tuberculose pulmonaire dans 9%, à une pneumocystose dans 3%, fibrose pulmonaire 3%, et iatrogène dans 18,18%, le pneumothorax était unilatéral total dans 87,8%, unilatéral partiel dans 9%, et bilatérale dans 3%, le côté droit était atteint dans 63% des cas, le diagnostic a été posé par la radiographie thoracique dans 96% des cas, et par TDM thoracique dans 3%, le drainage thoracique a été réalisé dans 90% des cas. Un suivi a été fait par échographie thoracique après drainage parallèlement à la radiographie standard. 8 patients avaient un retour du poumon à la paroi immédiatement après drainage à la radiographie thoracique ainsi qu'à l'échographie thoracique, 19 patients ont gardé un pneumothorax résiduel après drainage détecté à la radiographie thoracique et à l'échographie thoracique, alors qu'on a détecté 4 pneumothorax résiduel après drainage à l'échographie thoracique, sans pouvoir les voir à la radiographie standard, Dans 2 cas on a complété par un scanner thoracique qui a confirmé la présence du pneumothorax chez un patient qui n'était pas détecté à l'échographie thoracique, et a éliminé un pneumothorax qui était suspecté à l'échographie thoracique chez l'autre patient. A la lumière de résultats de notre étude, on peut conclure que l'échographie thoracique a une sensibilité de 95,8%, et une spécificité de 88,8% versus 83,3% et 88,8% pour la radiographie thoracique concernant la détection du pneumothorax. la valeur prédictive positive de échographie thoracique dans le diagnostic du pneumothorax dans notre étude était de 95,8%, et les résultats sont obtenus plus rapidement qu'avec la radiographie standard (21±15, versus 120± 60 minutes). Discussion : La présence d'un glissement pleural et / ou l'existence de lignes B ont une valeur prédictive négative de 100% et élimine formellement le pneumothorax à l'endroit où est appliquée la sonde, la présence d'un point poumon est pathognomonique du pneumothorax mais sa sensibilité n'est que de 60%, l'échographie est donc un moyen simple permettant d'exclure rapidement un pneumothorax et d'affirmer à l'inverse un pneumothorax quand un point poumon est observé. Une Metaanalyse publiée en 2013 a montré que pour le diagnostic du pneumothorax l'échographie thoracique avait une sensibilité de 78,6% et une spécificité de 98,4% versus 39,8 et 99,3% pour la radiographie thoracique, une autre étude publiée en 2012 a montré également la supériorité de l'échographie thoracique à la radiographie standard pour détection du pneumothorax avec une sensibilité de 90,9% et une spécificité de 98,2% versus 50,2% et 99,4% pour la radiographie standard. Ces résultats ainsi que d'autres publiés dans la littérature rejoignent parfaitement les résultats de notre étude et prouvent que l'échographie thoracique est supérieure à la radiographie standard pour détection du

pneumothorax. Conclusion : Au total, l'échographie thoracique a une spécificité équivalente à la radiographie thoracique avec une meilleure sensibilité, il n'existe pas actuellement de recommandations permettant le drainage thoracique du pneumothorax sur les simples données de l'échographie thoracique sauf en cas de détresse respiratoire, mais on pourra faire le suivi sans avoir à déplacer le patient, ni à le soumettre à une irradiation et sans avoir attendre les résultats. Il s'agit donc d'une technique moderne qui s'inscrit dans le cadre d'une médecine actuelle efficace, rapide et économique, et qui pourrait remplacer la radiographie standard dans le suivi de pneumothorax.

CO-22. Intérêt de l'examen cyto bactériologique des expectorations (ECBE) dans la prise en charge des pneumopathies bactériennes en milieu hospitalier.
W. JALLOUL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les pneumopathies bactériennes sont des motifs fréquents de consultation. L'ECBE, examen non invasif et peu coûteux, permet l'identification précise du germe en cause pour la réadaptation de l'antibiothérapie. Le but de notre travail est de déterminer l'intérêt de l'ECBE dans le diagnostic des pneumopathies bactériennes. Nous proposons une étude rétrospective, allant de janvier 2017 à juin 2019 portant sur 130 cas de pneumopathies bactériennes colligées au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd. La moyenne d'âge était de 50 ans avec des extrêmes allant de 17-84 ans. Une prédominance masculine a été observée dans 69 % des cas. Dans les antécédents, le tabagisme a été retrouvé dans 40%, un antécédent de tuberculose pulmonaire dans 10%, la sérologie VIH était positive dans 5,5%. L'ECBE a permis d'isoler un germe dans 43% (56 cas). Les bacilloscopies étaient négatives chez tous les patients. Le germe le plus fréquemment retrouvé était le streptocoque pneumoniae dans 32% des cas, un bacille à Gram négatif dans 11% des cas. L'antibiotique le plus utilisé était l'association amoxicilline/acide clavulanique. L'antibiogramme a permis d'adapter l'antibiothérapie dans 17 % des cas. La durée moyenne du traitement était de 16 jours allant de 10 à 35 jours. L'évolution était favorable chez tous les patients. L'ECBE est un examen clé et non invasif dans la prise en charge des pneumopathies bactériennes surtout dans les pays à faible revenu.

CO-23. Apport de l'Itraconazole dans le traitement des aspergillomes inopérables.
M. ZERRAA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le traitement radical des aspergillomes pulmonaires est la résection chirurgicale. Chez les patients présentant une contre-indication chirurgicale, un traitement à base d'Itraconazole (Sporanox®) à visée

palliative est indiqué. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 36 cas d'aspergillome pulmonaire inopérables traités par Itraconazole. Il s'agit de 22 hommes et 14 femmes, dont la moyenne d'âge était 34 ans. Tous nos patients étaient traités pour une tuberculose pulmonaire avec une ancienneté allant de trois à 15 ans. Les symptômes cliniques étaient dominés par l'hémoptysie dans 26 cas et la suppuration bronchique dans 10 cas. A l'imagerie thoracique, l'atteinte était bilatérale dans 29 cas. L'image en grelot était retrouvée dans 21 cas. La sérologie aspergillaire était positive dans tous les cas. La bronchoscopie réalisée chez tous les patients montrait un saignement dans 19 cas. La culture sur milieu de Sabouraud du liquide d'aspiration bronchique était positive dans 16 cas. L'exploration fonctionnelle respiratoire notait un syndrome mixte sévère dans 27 cas et un syndrome obstructif sévère dans neuf cas, contre indiquant la chirurgie. Le traitement médical à base d'Itraconazole durant en moyenne six mois était indiqué devant les hémoptysies et les suppurations bronchiques répétées et la contre-indication de la chirurgie. L'évolution était marquée par une nette amélioration clinique avec disparition de l'hémoptysie et du syndrome de suppuration bronchique chez tous les patients avec diminution de la sérologie aspergillaire. Nous insistons à travers cette étude sur l'intérêt de l'Itraconazole dans le traitement des aspergillomes inopérables

CO-24. Poumon et VIH.
A. FAHMI, W. EL KHATTABI, H. ELKHAL, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La prise en charge des patients atteints de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est complexe. Notre travail a pour but de déterminer le nombre de cas confirmés chez des patients suspects d'infection à VIH présentant des infections respiratoires. Nous avons mené une étude rétrospective allant du Janvier 2005 au juillet 2019. Sur 344 cas de sérologie VIH demandée chez les patients suspects d'infection à VIH, nous avons colligé 17 patients, soit 5 % des cas. La moyenne d'âge a été de 42 ans avec un sex-ratio à 1. Le délai a été de 2 mois entre le début des symptômes respiratoires et extrarespiratoires et le diagnostic des pathologies respiratoires. La dyspnée a été notée dans 12 cas la fièvre et l'altération de l'état générale dans tous les cas. L'hémogramme sanguin a montré une anémie dans tous les cas avec une moyenne de taux d'hémoglobine à 10,5 g/dL L'imagerie thoracique a objectivé un syndrome alvéolaire dans 9 cas, un aspect de miliaire dans 4 cas. La tuberculose a été confirmée dans 6 cas; la pneumocystose dans 10 cas. Les patients ont été transférés au service de maladies infectieuses pour le suivi de l'infection virale. La zidovudine a été exclue du schéma thérapeutique au début du traitement antirétroviral vu l'interaction avec les antibacillaires. Six patients ont été décédés par

insuffisance respiratoire aigue. La prise en charge thérapeutique est complexe.

CO-25. Efficacité De L'Antibiothérapie Chez Les Patients Hospitalisés Pour Pneumonies Aigues Communautaires.

S. HAIMEUR, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Les pneumonies aigues communautaires sont une cause fréquente de prescription d'antibiotiques chez les patients hospitalisés. Leurs morbi-mortalité ne cessent d'augmenter avec l'émergence de germes résistants surtout sur des terrains d'immunodépression. Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de 81 patients hospitalisés pour pneumopathie aigues d'origine bactérienne au sein du service de Pneumologie de l'Hôpital Arrazi, CHU Mohamed VI à partir de janvier 2016 à juin 2019. Tous les patients avaient une bacilloscopie négative. Résultats : L'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes de 16 à 90 ans, le sexe ratio H/F était de 0.61, L'antécédent de tuberculose pulmonaire a été retrouvé chez 6 patients, le tabagisme a été retrouvé chez 28% des cas, les principales comorbidités étaient dominées par le diabète chez 45% des patients, suivi par la BPCO chez 37% des patients, l'asthme chez 17% chez 17% des cas et les cardiopathies (HTA, ACFA) chez 1% des cas. Une antibiothérapie probabiliste administrée par voie intraveineuse a été démarrée dès l'admission en monothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique chez 25 patients, fluoroquinolones seules chez 18 patients ou en bithérapie à base de céphalosporine + fluoroquinolones ou aminoside chez 38 patients, il s'agissait surtout de formes extensives ou bilatérales dont 14% ont séjournées initialement dans un service de réanimation. Puis un relais par la voie orale a été indiqué après une amélioration clinique, biologique et radiologique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours. Une bonne évolution est notée chez tous nos patients. Conclusion : La résistance des germes ne cesse d'augmenter avec l'utilisation croissante des antibiotiques. La bonne évolution clinique et le profil bactériologique affirment la sensibilité des germes extrahospitaliers aux antibiotiques actuels.

CO-26. Poumon éosinophile chez la femme : à propos de 19 cas.

J. ACHRANE, K. MARC, JE. BOURKADI (RABAT)

Introduction : Le poumon éosinophile est une entité rare mais non exceptionnelle d'étiologies variées principalement : les causes parasitaires, fongiques, médicamenteuses, les vascularites dont l'Angéite granulomateuse allergique et enfin le vaste groupe du poumon éosinophile idiopathique. Il se caractérise par une infiltration du parenchyme pulmonaire par les éosinophiles, associée ou non à une éosinophilie circulante. Matériel et Méthodes : Il s'agit

d'une étude rétrospective incluant 19 patientes, hospitalisées pour un poumon éosinophile entre janvier 2015 et août 2019. L'objectif de l'étude est de mettre le point sur les caractéristiques clinique et paracliniques du poumon éosinophile ainsi que le profil étiologique de ce groupe d'affections. Résultats : Dans notre série l'âge moyen est de 43 ans avec des extrêmes de 21-59ans. L'antécédent d'asthme est retrouvé chez 88.8% des cas, l'atopie familiale chez 26% des cas. Deux patientes de notre série avaient un rein unique. Les signes cliniques sont dominés par la toux sèche et la dyspnée, retrouvés chez toutes les patientes. La fièvre est objectivée chez 42% des malades, l'amaigrissement chez 23% des cas. Les signes ORL sont présents dans 36% des cas et une hémoptysie chez deux patientes. L'imagerie thoracique montre : des opacités réticulomicronodulaire = 35% Un aspect en verre dépoli = 28 %, une condensation parenchymateuse = 15 %, un rayon de miel = 12%. et un aspect de pleuropneumopathie 10%. L'hyperéosinophilie sanguine était en moyenne de 1600 éléments/mm³. L'éosinophilie moyenne dans le lavage bronchoalvéolaire était de 46 %. Une atteinte ORL associée dans 36% des cas, l'atteinte cutanée : 33.2%, l'atteinte cardiaque : 29.5%, et neurologique : 12.2% et un cas d'atteinte rénale. Les étiologies retrouvées étaient l'Angéite granulomateuse allergique (13cas) ; la pneumonie chronique à éosinophile dans (2cas), l'aspergillose bronchopulmonaire allergique (1cas). L'origine médicamenteuse (1 cas), infection parasitaire (1cas) et un cas de périartérite noueuse. Conclusion : Les manifestations respiratoire associées à une hyper éosinophilie justifie une enquête étiologique soignée à la recherche d'une cause parasitaire, allergique ou médicamenteuse accessible à un traitement spécifique, elles peuvent être inaugurales de vascularites essentiellement l'Angéite granulomateuse allergique.

CO-27. L'adénocarcinome lépidique : à propos de 6 cas.

S. ANIMI, S. ZOUITEN, K. JANATI IDRISSE, M. SERRAJ MOUNIA, B. AMARA, M. EL BIAZE, M.C BENJELLOUN (FES)

L'adénocarcinome lépidique est un adénocarcinome pulmonaire primitif développé au dépend des cellules épithéliales de l'unité respiratoire terminale et ne présentant aucun signe d'invasion des structures stromales, vasculaires ou pleurales. Il en résulte un respect de l'architecture pulmonaire et une prolifération le long des parois alvéolaires dénommée prolifération «lépidique». Cette néoplasie pulmonaire est volontiers périphérique et bien différenciée, elle revêt de ce fait des aspects cliniques, évolutifs et radiologiques polymorphes. Nous avons colligé 6 patients présentant un carcinome lépidique histologiquement confirmé. Ils sont répartis en 2 femmes et 4 hommes dont l'âge était compris entre 30 ans et 61 ans. Seul deux patients étaient tabagiques.

La symptomatologie respiratoire est dominée par la toux productive (100% des patients) et l'état général était conservé chez 4 patients. La condensation parenchymateuse est la lésion radiologique la plus fréquente (5 cas), un aspect en lâcher de ballon (un seul patient), aucune adénopathie n'a été notée. L'atteinte est unilatérale dans 2 cas, bilatérale dans les 4 autres cas. La confirmation histologique est obtenue par biopsie sous scanner chez 5 patients et par biopsies transbronchiques chez un seul patient. Le bilan d'extension n'a pas mis en évidence de lésions extra thoraciques. 3 de nos patients ont bénéficié de la recherche d'une mutation EGFR, celle-ci est revenue positive chez une seule patiente qui bénéficie donc d'une thérapie ciblée. La chirurgie était indiquée chez 2 patients (il s'agissait d'une pneumonectomie avec curage ganglionnaire), les 4 autres ont été adressés en oncologie pour chimiothérapie. L'adénocarcinome lépidique est une entité rare qui se distingue par sa présentation radioclinique et son bon pronostic.

CO-28. Apport de la réunion de concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge des malades cancéreux.

N. BOUTAHIRI, Z. SALIM, M. SERRAJ, B. AMARA, M. ELBIAZE, M.C. BENJELLOUN (FES)

Introduction: les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont considérées comme le lieu de discussion diagnostique et thérapeutique et un vecteur d'échanges de grandes valeurs pédagogiques entre les professionnels, permettant une homogénéisation de la prise en charge et le respect des référentiels validés. **Méthodes:** Nous rapportons notre expérience du CHU Hassan II de Fès par une étude rétrospective sur les dossiers présentés en RCP thoracique durant la période de Janvier 2014 et Décembre 2018. **Résultats:** Notre RCP est régulière et hebdomadaire. Elle inclut les pneumologues, les chirurgiens thoraciques, les oncologues, les radiologues, les anatomopathologistes et les radiothérapeutes. Mille sept cents onze dossiers ont été discutés, 67,8% présentés par les pneumologues, 24,7% par les chirurgiens thoraciques, 6,3% par les oncologues et 1,3% par les autres spécialités. Le pourcentage de malades ayant un cancer pulmonaire primitif est de 66,1%. Le but de la RCP était une discussion radiologique seule dans 34% des cas, les résultats anatomopathologiques dans 53% des cas et une décision thérapeutiques dans 62,8% des cas. La RCP nous a permis une analyse radiologique dans 94,6% des cas et elle a permis de faire une stadification des tumeurs dans tous les cas de cancer primitif. Une mise en doute du diagnostic initial après discussion collégiale a été faite dans 10,2% des situations et la décision des moyens pour avoir un diagnostic histologique de certitude a été prise dans 23,5% des cas. Enfin une prise en charge thérapeutique a été faite dans 64,2% des cas. **Conclusion:** nous soulignons l'intérêt de faire bénéficier

100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier afin de synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel sous la forme d'un programme personnalisé de soins et ceci pour une meilleur PEC. Il serait aussi intéressant d'auditer ces RCP et de vérifier le respect des décisions prise, d'étudier les délais de prise en charge des patients afin d'améliorer le circuit du patient tout en respectant nos référentiels.

CO-29. Cancer bronchique primitif chez la femme.

N. BOUTAHIRI, E. SALMA, M. SERRAJ, B. AMARA, M. ELBIAZE, M.C. BENJELLOUN. (FES)

Introduction : Le cancer bronchique primitif chez la femme présente des particularités concernant l'épidémiologie, les facteurs de risque, surtout le tabagisme qui est en nette augmentation dans la population féminine, la présentation radio clinique, le pronostic et la réponse au traitement. **Matériel et méthodes :** Notre étude est rétrospective, portant sur trente-neuf cas de cancer bronchique primitif colligés au service de pneumologie du CHU Hassan II des Fès entre janvier 2018 et juillet 2019. **Résultats :** L'âge moyen de nos patientes est de 53ans, le tabagisme actif a été retrouvé chez 3 patientes, le tabagisme passif chez six patientes. Les signes cliniques les plus fréquents sont la douleur thoracique (65%), la dyspnée (60%), la toux chez la majorité des patientes, alors que l'hémoptysie est moins fréquente (35%). Le délai de consultation est en moyenne de 6mois. La certitude histologique est portée par la fibroscopie bronchique (60%), la biopsie scanno ou echoguidée (15%) et la ponction biopsie pleurale (20%). Le type histologique est dominé par l'adénocarcinome (50%), le carcinome épidermoïde et le CPC (33%). Le stade de la maladie est métastatique dans 63% des cas et 80% des patientes sont adressés en oncologie. Une recherche systématique de la mutation EGFR puis ALK est entreprise depuis 1 année. **Conclusion :** L'arrivée massive des femmes « sur le marché des cancers bronchiques » est certainement le fait épidémiologique le plus marquant des dernières années. Les différences tant dans les facteurs de risque que l'histologie, le pronostic, et enfin même dans la réponse aux thérapies ciblées incitent à développer des études spécifiques au cancer bronchique chez les femmes.

CO-30. Anémie et tuberculose : à propos de 109 cas.

Y. BOUGRINI, H. NAJI-AMRANI, R. BELGHOL, A. OUARSSANI (MEKNES)

Introduction : Les troubles hématologiques en général et l'anémie en particulier sont fréquents au cours de la tuberculose. Par contre l'atteinte tuberculeuse des organes hématopoïétique est une forme rare et grave. L'objectif de ce travail est l'étude de la fréquence, les caractéristiques et l'évolution de l'anémie chez des

patients tuberculeux. Matériel et méthode : Etude prospective descriptive portant sur 109 patients hospitalisés pour tuberculose active du mois d'août 2018 au mois de juillet 2019, au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital militaire Moulay Ismaël de Meknès. Résultat : -Il s'agissait de 102 hommes et 21 femmes ayant un âge moyen de 36.33 ans avec des extrêmes allant de 16 à 80 ans. La localisation pulmonaire de la tuberculose représente 73%, l'atteinte extra-pulmonaire 23%, l'atteinte multifocale 4 %. Aucun cas de tuberculose hématopoïétique n'a été rapporté. Une numération de la formule sanguine a été pratiquée au moment du diagnostic et à la fin du 2^{ème} mois. L'anémie est retrouvée dans 32%, avec un taux moyen d'hémoglobine de 10 g/dL. Cette anémie était inflammatoire dans 83% des cas (VGM moyen : 80 fL, CCMH moyen : 31.6 g/dL, le taux moyen de ferritinémie est de 580 µg/L). Dans le groupe des patients anémiques, le syndrome inflammatoire était constant et important (VS moyenne de 95 à 1^{ère} heure. CRP moyenne : 127 mg). Alors qu'il était présent dans seulement 68% des cas dans le groupe du patient non anémique. Le BMI moyen était de 18.2 kg/m², alors qu'il était de 19.8 kg/m² dans le groupe des patients non anémiques. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 49 jours chez les patients anémiques, alors qu'elle était de 37 jours chez les patients sans anémie. Par ailleurs, l'anémie a été associée à d'autres troubles hématologiques, notamment la thrombocytose (40% des cas) et l'hyperleucocytose (42%). La leucopénie est notée dans 8% des cas. Une amélioration voire une disparition des troubles hématologiques a été notée chez 83% des patients à la fin du 2^{ème} mois du traitement. Conclusion : Ces résultats montrent la fréquence de l'atteinte hématologique chez les patients atteints de tuberculose active, mais ces anomalies sont sans gravité potentielle puisqu'elles évoluent favorablement sous traitement antituberculeux.

CO-31. Délai de négativation de la tuberculose ultra et pré-ultra résistante : à propos de 29 cas.

M. BERKCHI, N. REGUIG, M. SOUALHI, R. ZEHRAOUI, K. MARC, J. BENAMOR, J. E. BOURKADI (RABAT)

Introduction : La tuberculose maladie est un véritable problème de santé publique dans notre pays, l'émergence des formes résistantes au traitement antibacillaire de première ligne complique la prise en charge thérapeutique. La tuberculose ultra et pré-ultra résistante est définie, en plus de la résistance à l'isoniazide et la rifampicine au fluoroquinolone (groupe A) et/ou un des aminosides de réserve (groupe B). Le but de notre travail est de déterminer le délai de négativation de BK à l'examen direct, chez les patients tuberculeux ultra et pré-ultra-résistant. Méthodes : C'est une étude rétrospective monocentrique, portant sur 29 cas de tuberculose ultra et pré-ultra-résistante, hospitalisés au service de phtisiologie de l'Hôpital

Moulay Youssef CHU Rabat entre janvier 2017 et février 2018. Résultats : Notre étude comporte 29 patients, l'âge moyen est de 35 ans, avec une prédominance masculine de 69% et un sex-ratio H/F de 2.2. 31% ont des antécédents familiaux de tuberculose et 90% ont reçu initialement un traitement anti-bacillaire pour une forme pharmaco-sensible avec rechute dans 26% des cas, échec dans 42% des cas, abandon dans 30% des cas. Le diagnostic de tuberculose ultra et pré-ultra-résistante est établi par méthodes phénotypiques, dans 17% des cas, génotypiques dans 55% des cas et par les deux méthodes dans 25% des cas. Tous les patients ont reçu une association de quatre à cinq antituberculeux de deuxième ligne adaptés en fonction des résultats des tests de sensibilité. Le suivi est réalisé par un bilan mensuel, aussi bien bactériologique par la recherche de BK à l'examen direct et culture et biologique. Tous nos malades ont négativé à l'examen direct, dans un délai varie entre 1 et 5 mois ; avec une moyenne de 2 mois et 10 jours ; 7% 5 mois, 14% 1 mois et 4 mois, 28% 3 mois, 38% 2 mois. Conclusion : La détection précoce de souches résistantes permet de garantir une bonne prise en charge ainsi qu'une évolution favorable de ces patients. La négativation de la tuberculose multirésistante est relativement longue par rapport à la tuberculose pharmaco-sensible (généralement moins d'un mois) d'où l'intérêt de renforcer les moyens de prévention au cours de toute la phase de contagiosité et surtout la prévention de l'émergence de souches résistantes.

CO-32. Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des patients atteints de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire résistante : à propos de 147 cas.

J. ACHRANE, S. BAINA, JE. BOURKADI, J. BENAMOR, K. MARC (RABAT)

Introduction : La tuberculose résistante est devenue un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays et un obstacle à l'efficacité de la lutte antituberculeuse dans le monde. Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur une période allant de janvier 2016 à août 2019, portant sur 147 cas de tuberculose résistante pulmonaire et extra-pulmonaire (TB-MR) confirmée, colligés au service de phtisiologie de l'hôpital universitaire Moulay-Youssef de Rabat. Notre étude a pour objectif de décrire le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la tuberculose résistante. Résultats : Il s'agit de 147 patients. L'âge moyen était de 38,8 ans avec des extrêmes allant de 15 ans à 75 ans. Une prédominance masculine à 76,2% des cas. Les habitudes toxiques sont: le tabac dans 48%, l'alcool dans 12%, le cannabis dans 16% et association tabac-cannabis dans 14% des cas. Parmi les antécédents des patients, le HIV était retrouvé dans 9 %, le diabète dans 7%, la schizophrénie dans 3% des cas, les ATCDs familiaux de tuberculose résistante

ont retrouvés chez 15.6% des patients, seulement 9 % des patients étaient des nouveaux cas, la rechute est rencontrée : 37,2 % de cas, l'échec thérapeutique au cours des traitements antérieurs : 32,1%, l'abandon de traitement antibacillaire : 18%. Le siège de la tuberculose était pulmonaire chez 95,2 % des patients et 7 cas de Tuberculose extra-pulmonaire dont deux cas de tuberculose résistante extra pulmonaire exclusive (ganglionnaire et ostéo-articulaire) et cinq cas associant à l'atteinte pulmonaire d'autres localisations extra pulmonaires (pleurale, ganglionnaire, anale et neuro-méningée). Les tests de sensibilité aux antituberculeux ont révélé une résistance à la rifampicine dans 99,1% puis à l'isoniazide dans 47,6%, à l'éthambutol dans 13,8% et à la pyrazinamide dans 3,7%. Parmi ces patients 8 patients ont été diagnostiqués pré - XDR et 12 patients diagnostiqués XDR. Le traitement court est prescrit chez 53,8 %, traitement prolongé chez 37% des cas. L'évolution était favorable à la fin de traitement dans 48,7 % des cas, 46,6 % des cas sont en cours de traitement, 2,3 % de perdus de vue et 2.4 % de cas de décès. Conclusion : L'émergence de la tuberculose à bacilles résistants (TB-MR ou XDR-TB) est venue accroître la menace portée sur les progrès réalisés dans la maîtrise de la tuberculose. La prise en charge correcte de la tuberculose à bacille pharmaco-sensible constitue le principal moyen de prévention de la tuberculose résistante.

CO-33. Etude rétrospective incluant 156 cas de tuberculose pulmonaire colligés au service de pneumologie de l'HMA.

R. BENCHANNA, A. BENJELLOUNE, R. BOUCHENTOUF (MARRAKECH)

Introduction : La tuberculose est problème majeur de santé publique. L'incidence au Maroc en 2017 est de 88/100000 habitants avec 30897 cas toute forme confondue, et 9,3/100000 habitants de mortalité. La forme pulmonaire constitue 52% avec 217 cas de tuberculose multi-résistante. Nous rapportons une série de 156 cas de tuberculose pulmonaire colligés au service de pneumologie entre 2012 et 2016. Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 156 cas de tuberculose pulmonaire colligés entre 2012 et 2016. On a inclus les formes confirmées par le laboratoire, ainsi que les formes retenues selon des critères de présomption. On a étudié leur profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif. Résultats : L'âge moyen des patients était de 43 ans avec des extrêmes allant de 20 à 75 ans. On notait une nette prédominance masculine de 88,5%. Le contact tuberculeux récent était retrouvé dans 55,1%. La toux était le motif de consultation le plus fréquent de pré de 84,6%. L'examen clinique était normal dans 34,6% des cas. La radiographie du thorax était anormale dans 84,5% des cas. La confirmation bactériologique était dans 98% des cas, alors que 2 cas ont été traités selon des critères de présomption (épidémiologique, clinique et positivité des tests IGRAS). 151 patients ont été traités selon le protocole 2RHZE/4RH, alors que 5 formes de rechutes ont suivies le protocole de 3RHZE/5RHE. L'évolution était favorable dans tous les cas. Conclusion : A travers notre étude on note l'importance de la mise en place d'un nouveau programme de lutte anti-tuberculeuse permettant de contrôler ce fléau. En effet la stratégie nationale et internationale prévoit l'éradication de la maladie dans les horizons de 2035 en renforçant la gouvernance et les principes de gestion du programme.

Communications affichées

Séance 1.....P22
PO-1 à PO-57

Séance 2.....P44
PO-58 à PO-114

Séance 3.....P64
PO-115 à PO-172

Séance 4.....P85
PO-173 à PO-232

08h30-12h00 : Communications affichées 1**PO-1 à PO-57****P1- L'asthme chez l'adolescent.**

H. HARRAZ, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, ayant des répercussions sur la vie scolaire, psychologique et socioprofessionnelle. Ces difficultés sont plus fréquentes chez l'adolescent asthmatique. Étude rétrospective de janvier 2015 à décembre 2018, portant sur 282 patients asthmatiques dont 65 adolescents, suivis à la consultation d'allergologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Les adolescents représentaient 23% de l'ensemble des patients asthmatiques dont 25% des cas sont adressés par la pédiatrie. La moyenne d'âge était de 17 ans avec des extrêmes de 12 à 19 ans. Sans prédominance de sexe. Un antécédent d'hospitalisation en réanimation pour une exacerbation sévère d'asthme était retrouvé dans 14% des cas. L'asthme est classé stade I dans 12% des cas, stade II dans 34% des cas, stade III dans 49% des cas et stade IV dans 5% des cas après une prise en charge thérapeutique bien adaptée. L'asthme était contrôlé dans 41% des cas, partiellement contrôlé dans 49% des cas et non contrôlé dans 10% des cas. Le déni de la maladie et la non-observance du traitement sont les principales causes du non-contrôle. À travers cette étude, il paraît que l'asthme est plus difficile à contrôler chez les adolescents, d'où l'intérêt d'une bonne éducation et d'une thérapie psycho comportementale et d'un suivi adéquat.

P2- Pneumomédiastin spontané compliquant une crise d'asthme.

H. BAKKAL, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le pneumomédiastin est défini par la présence d'air au niveau du médiastin. C'est une complication rare de la crise d'asthme dont le diagnostic repose sur la radiographie thoracique. Six cas de crise d'asthme compliquée de pneumomédiastin ont été colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre janvier 2006 et décembre 2018. Quatre femmes et deux hommes. La moyenne d'âge était de 31 ans. L'asthme était mal suivi et mal contrôlé chez tous les patients. On note un antécédents de rhinite allergique dans quatre cas et de conjonctivite allergique dans deux cas, un patient rapportait la consommation du narguilé et deux patients étaient exposés au tabagisme passif. La symptomatologie clinique était dominée par la douleur thoracique rétro sternale d'installation brutale la dyspnée et la toux sèche. L'examen clinique retrouvait un emphysème

sous-cutané cervico-thoracique et des râles sibilants diffus aux deux champs pulmonaires. La radiographie thoracique montrait un pneumomédiastin dans tous les cas. Le traitement a été basé sur le traitement de la crise et le traitement de fond de l'asthme. L'évolution était favorable dans les six cas avec une résorption spontanée du pneumomédiastin sous repos et le traitement de fond de l'asthme. Le pneumomédiastin est une complication rare de la crise d'asthme. Un bon contrôle de l'asthme permet d'éviter certaines complications potentiellement grave, mettant parfois en jeu le pronostic vital.

P3- Profil de severite de la rhinite allergique.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La rhinite allergique constitue un véritable problème de santé publique en raison de sa prévalence et de ses conséquences sur la qualité de vie. Méthodes : Afin de préciser le profil de sévérité de cette affection au cours de la consultation d'allergologie du service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2006 et 2019, nous avons mené une étude sur 711 patients porteurs de rhinite allergique. Résultats : La moyenne d'âge était de 33,3 ans, avec une prédominance féminine de 66% des cas. L'obésité était notée dans 22% des cas et le reflux gastro-œsophagien dans 21% des cas. L'atopie familiale était observée dans 65 % des cas. Une allergie alimentaire était associée dans 27% des cas et médicamenteuse dans 16% des cas. La rhinite était classée intermittente légère dans 32%, persistante légère dans 19%, intermittente modérée à sévère dans 15% et persistante modérée à sévère dans 34% des cas. La rhinite était associée à l'asthme chez 593 patients (83%). Il s'agissait d'un asthme bien contrôlé dans 37% des cas. La conjonctivite allergique était retrouvée chez 72% des patients, la dermatite atopique dans 22% des cas, et l'eczéma dans 16% des cas. Les tests cutanés étaient positifs dans 76% des cas (acariens dans 63%, blatte dans 47%, les phanères d'animaux dans 36%, 5-graminés dans 14%). Le traitement à base de corticothérapie nasale isolée était préconisé dans 19,5% des cas et à base d'antihistaminique oral dans 16,5%. L'association était prescrite dans 61% des cas. Conclusion : De cette étude, ressort la prévalence non négligeable de la rhinite allergique qui, plutôt modérée à sévère dans notre contexte, peut évoluer vers un asthme en l'absence de prise en charge correcte.

P4- Profil des patients polysensibilisés en consultation d'allergologie.

H. ANNICHE, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La polysensibilisation est définie comme une sensibilisation simultanée ou successive à plusieurs molécules non apparentées chimiquement. La connaissance des particularités de l'association polysensibilisation et manifestations allergiques permet d'optimiser sa prise en charge. Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique et allergologique des patients polysensibilisés. **Méthodes :** Nous avons mené, sur une période de neuf ans, une étude rétrospective portant sur 670 patients suivis à la consultation d'allergologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca. **Résultats :** Les patients polysensibilisés représentaient 37% des consultants avec une nette prédominance féminine (71%). La moyenne d'âge était de 33 ans. L'atopie familiale existait dans 78% des cas. L'asthme était retrouvé chez 261 patients. Il était contrôlé dans 74% des cas. La rhinite était notée dans 83% des cas. Elle était persistante modérée à sévère dans 31% des cas. L'association asthme-rhinite était retrouvée dans 69% des cas. Une conjonctivite était retrouvée dans 71% des cas et une urticaire dans 15% des cas. Les tests cutanés avaient montré une polysensibilisation, à aux moins trois familles d'allergènes. La sensibilisation aux acariens était quasi constante (92%). Une sensibilisation aux pollens de graminées était associée dans 75% des cas et aux poils de chat et/ou chien dans 42% des cas. L'évolution de la maladie allergique était généralement favorable sous traitement médicamenteux associé aux mesures d'éviction. **Conclusion :** Nous soulignons à travers notre étude la fréquence de l'association allergie respiratoire et polysensibilisation. Sa différenciation avec une allergie croisée reste problématique en pratique mais pourrait profiter des allergènes recombinants.

P5- Les facteurs déclenchants de la crise d'asthme. *JALLOUL, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)*

Introduction : La crise d'asthme représente un motif fréquent de consultation et une cause importante de mortalité des patients asthmatiques. L'éducation des patients repose essentiellement sur l'éviction des facteurs déclenchant des crises, constituant ainsi un pallier primordial de la prise en charge. **Méthodes :** Étude rétrospective portant sur 130 patients hospitalisés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca. **Résultats :** Il s'agit de 80 femmes et 50 hommes dont la moyenne d'âge est de 32ans. La majorité des patients (79%) étaient de bas niveau socio-économique. L'atopie personnelle était notée dans 91% des cas et l'atopie familiale dans 65%. Le tabagisme était retrouvé dans 10% des cas. La majorité des patients étaient connus asthmatiques depuis plus de 10 ans. L'asthme était persistant sévère dans 32%, persistant modéré dans 35%, persistant

léger dans 17% et intermittent dans 16% avec une mauvaise observance thérapeutique dans 80%. Les facteurs déclenchant de l'exacerbation étaient dominés par : l'exposition aux allergènes dans 68%, l'effort physique dans 59%, le changement de climat dans 66% et la surinfection bronchique dans 44%. Le facteur psychique était noté dans 61,8% (stress dans 45%, conflit familial dans 26 %, rire et pleure dans 8% chacun), le facteur endocrinien dans 25% (grossesse et menstruation dans 6,9% chacune, ménopause dans 2%, l'accouchement dans 0,8%), la prise médicamenteuse (AINS et bêtabloqueurs) dans 8% et la prise alimentaire dans 12%, l'acidocétose diabétique et le pneumothorax spontané dans 0,6% chacun. Afin d'améliorer la prise en charge et réduire la fréquence des crises d'asthme, une éducation des patients est élémentaire notamment l'éviction des facteurs déclenchants. **Conclusion :** À travers cette étude, nous remarquons que le facteur déclenchant de la crise d'asthme est dans la majorité des cas allergiques, et on souligne l'intérêt de l'éducation des patients en matière d'éviction des facteurs déclenchants surtout que le pourcentage des hospitalisations évitables est important.

P6- Asthme et allergie alimentaire.

JALLOUL, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : L'asthme et l'allergie alimentaire, affections de plus en plus fréquentes, sont étroitement intriquées. **Méthodes :** Notre étude est rétrospective, portant sur 270 asthmatiques suivis en consultation d'allergologie du CHU Ibn Roch de Casablanca. **Résultats :** Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux et d'un examen clinique complet. Des prick-tests (PT) comportant les principaux allergènes alimentaires ont été pratiqués. La confrontation des résultats des PT avec les données cliniques était exigée pour poser le diagnostic d'allergie alimentaire chez 53 asthmatiques (19%). La moyenne d'âge était de 23 ans avec une prédominance féminine (70%). Le reflux gastro-œsophagien était noté dans dix cas et l'obésité dans cinq cas. Une rhinite allergique associée a été notée dans 89% des cas et une conjonctivite dans 75% des cas. Les PT étaient surtout positifs aux poissons dans 52% des cas, à la fraise et aux œufs dans 29% des cas chacun, à l'avocat dans 15% des cas, au poulet dans 12% des cas, aux olives dans 10% des cas, et à l'escargot dans 6% des cas. Pour trois asthmatiques avec des PT négatifs discordants avec la symptomatologie clinique, on a complété par le dosage des IgE spécifiques. L'asthme était contrôlé dans 44% des cas. **Conclusion :** À la lumière de cette étude, la prévalence de l'allergie alimentaire chez l'asthmatique est non négligeable. On insiste sur la nécessité et l'importance des mesures d'éviction allergénique.

P7- Asthme et obésité.

W. JALLOUL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Actuellement, il y a une augmentation parallèle de l'asthme et de l'obésité dans le monde. Le lien entre ces deux pathologies est réel devant les données épidémiologiques, cliniques et les mécanismes physiopathologiques. Nous avons mené une étude rétrospective sur 290 patients asthmatiques suivis à la consultation d'allergologie au CHU Ibn Rochd de Casablanca, sur une période de 8 ans. Le groupe des patients obèses représentait 21% de l'ensemble des patients, leur moyenne d'âge est de 37 ans (extrêmes : 15-79 ans) avec une prédominance féminine dans 85%. L'obésité était modérée dans 59% des cas, sévère dans 34% des cas et morbide dans 7% des cas. Dans les antécédents, on notait un diabète dans 12% des cas, une HTA dans 5% et une insuffisance cortico-surrénalienne dans 4% des cas. Le reflux gastro-œsophagien était retrouvé dans 39% des cas. L'atopie personnelle était retrouvée dans 90% des cas, faite de rhinite allergique dans 80% des cas, de conjonctivite dans 69% des cas et d'eczéma de contact dans 16% des cas. La spirométrie objectivait une courbe débits-volumes normale dans 62% des cas, une obstruction des petites voies aériennes dans 15% des cas, un trouble ventilatoire obstructif léger et modéré dans 16% des cas chacun. Une prise en charge nutritionnelle était préconisée chez tous les patients. Le traitement était basé sur les corticoïdes inhalés seuls dans 45% des cas, associés aux bronchodilatateurs à libération prolongée dans 48% des cas. L'asthme était contrôlé dans 46% des cas, partiellement contrôlé dans 32% des cas et non contrôlé dans 22% des cas. On note que les asthmatiques obèses ont un asthme sévère et difficile à contrôler.

P8- Asthme à fonction respiratoire normale.

H. BAKKAL, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes entraînant une obstruction bronchique réversible. La mise en évidence à la spirométrie de cette obstruction et de sa réversibilité est un élément fondamental mais non obligatoire au diagnostic. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 205 cas de patients asthmatiques ayant une fonction respiratoire initiale normale et dont le diagnostic d'asthme a été retenu à l'étape clinique, suivis à la consultation d'allergologie du CHU Ibn Rochd entre 2014 et 2018. Ils représentaient 54% de l'ensemble des asthmatiques. On note une nette prédominance féminine (78%), avec une moyenne d'âge de 28 ans (11 à 62 ans). L'obésité et le reflux gastro-œsophagien ont été notés dans 26% des cas chacun et le diabète dans 11% des cas. L'interrogatoire avait noté une rhinite

associée dans 42% des cas, une conjonctivite dans 29% des cas et une urticaire dans 26% des cas. Sur le plan fonctionnel, l'amélioration des paramètres sous bêta2mimétiques a été notée dans 39% des cas, sans trouble ventilatoire obstructif. Le VEMS moyen était de 92% et le rapport de Tiffeneau moyen de 83%. Les tests cutanés réalisés dans 42,7% des cas, étaient positifs dans 89% des cas. Une corticothérapie inhalée associée à un bronchodilatateur de longue durée d'action était prescrite chez 49% des patients. Vingt-huit pour cent des cas ont été mis sous anti leucotriène. L'asthme était contrôlé dans 34,5% des cas et non contrôlé dans 26,2% des cas. L'évolution était stationnaire dans la majorité des cas avec maintien du contrôle. Nous insistons à travers cette étude sur le fait qu'une spirométrie normale ne peut éliminer le diagnostic d'asthme retenu à l'étape clinique. Elle s'avère plutôt nécessaire pour la surveillance.

P9- La maladie du poumon des éleveurs d'oiseaux : à propos de 15 cas.

H. BAKKAL, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La maladie du poumon des éleveurs d'oiseaux est une alvéolite d'hypersensibilité secondaire à l'inhalation d'allergènes d'origine aviaire. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 15 observations de malades suivis pour maladie des éleveurs d'oiseaux au service des maladies respiratoires entre janvier 2008 et aout 2019 au CHU Ibn Roch de Casablanca. Il s'agit de huit femmes et de sept hommes. La moyenne d'âge était de 42 ans. Tous nos patients avaient une exposition quotidienne aux déjections de pigeons et de perruches avec une durée d'exposition entre 10 et 20 ans. La symptomatologie était dominée par la toux sèche et la dyspnée. La TDM thoracique montrait un syndrome interstitiel avec un aspect en verre dépoli au niveau des bases dans tous les cas, des micronodules centro-lobulaires et des lésions de fibrose chez cinq patients chacun. Le diagnostic est retenu devant l'exposition aux déjections d'oiseaux, la recherche de précipitines sériques positives et l'aspect radiologique évocateur. L'exploration fonctionnelle respiratoire a retrouvé un syndrome restrictif dans tous les cas. Le lavage broncho-alvéolaire réalisé chez tous nos patients était lymphocytaire. Le traitement a consisté essentiellement à l'éviction antigénique associé à la corticothérapie. Une oxygénothérapie au long cours a été indiquée chez quatre patients. L'évolution était marquée par la régression de la dyspnée chez 13 patients et la non-amélioration dans deux cas vue la persistance de l'exposition. La maladie des éleveurs d'oiseaux reste la cause principale de pneumopathies d'hypersensibilité dans notre pays. L'évolution peut se faire vers la fibrose pulmonaire irréversible, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et des mesures d'éviction.

P10- Asthme et ménopause.

H. HARRAZ, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'asthme de la femme ménopausée est sensible aux modifications hormonales qui surviennent durant cette période. Il s'agit soit d'un asthme d'apparition tardive ou d'une aggravation d'un asthme préexistant secondaire à l'augmentation de l'hyper réactivité bronchique induite par le déséquilibre hormonal. Afin de déterminer le profil clinique, thérapeutique et évolutif de cette association, nous avons mené une étude rétrospective portant sur 58 patientes âgées de 47 ans et plus, en péri et post-ménopause suivies en consultation entre 2016–2018. La moyenne d'âge était de 56 ans, dix neuf patientes étaient en péri-ménopause et 39 en post-ménopause. Toutes les patientes étaient non tabagiques, non exposées à la fumée de bois et ne recevaient aucune hormonothérapie substitutive. Vingt-deux patientes avaient un asthme d'apparition tardive et 36 un asthme préexistant, évoluant en moyenne depuis 10 ans. L'atopie personnelle était absente chez les patientes avec un asthme d'apparition tardive et présente dans 73% des cas avec d'asthme préexistant. Les facteurs aggravants, tels que : le RGO, le surpoids, l'obésité et l'intolérance à l'aspirine étaient retrouvés respectivement dans 56%, 52%, 33%, 10%. L'asthme était persistant sévère dans 64% des cas, persistant modéré dans 36% des cas. Un trouble ventilatoire obstructif fixe concernait une patiente sur 3, sévère dans 10 cas. Le traitement était basé sur l'association corticoïdes inhalées et broncho-dilatateurs de longue durée d'action. Vingt patientes avaient bénéficié en plus d'une corticothérapie orale en continu. Malgré ce traitement optimal, le contrôle total de l'asthme n'est obtenu que dans 37% des cas. L'asthme au cours de la ménopause est souvent sévère et difficile à contrôler nécessitant une prise en charge thérapeutique particulière non encore codifiée et une lutte contre les facteurs aggravants.

P11- Corticothérapie inhalée seule vs association corticothérapie inhalée et bronchodilatateurs de longue durée d'action dans le contrôle de l'asthme.

C. FARISSI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les principes du traitement de fond de l'asthme sont actuellement bien codifiés dans les recommandations internationales. Cependant, face à une situation clinique donnée, le choix entre les différentes alternatives possibles n'est pas toujours aisé. Afin de comparer l'efficacité de la corticothérapie inhalée exclusive et celle de l'association corticothérapie inhalée et bronchodilatateurs de longue durée d'action (BCDA) dans le contrôle de l'asthme, on propose une étude rétrospective portant sur 626 asthmatiques suivis à la consultation d'allergologie du service des maladies respiratoires entre 2009 et 2019.

La moyenne d'âge était de 32 ans avec une prédominance féminine dans 62% des cas. Une rhinite allergique était associée dans 57% des cas initialement. L'asthme était persistant sévère dans 15% des cas, persistant modéré dans 37% des cas, persistant léger dans 24% des cas et intermittent dans 24% des cas. Une corticothérapie inhalée exclusive était prescrite chez 156 patients, soit 25% des cas (Groupe 1) et l'association corticothérapie inhalée et BCDA chez 470 patients, soit 75 % des cas (Groupe 2). L'asthme était non contrôlé dans 18% des cas du groupe 1 vs 6% des cas du groupe 2, partiellement contrôlé dans 36% des cas du groupe 1 vs 28 % des cas du groupe 2 et contrôlé dans 46% des cas du groupe 1 vs 66% des cas du groupe 2. La durée moyenne de contrôle était de six mois (extrêmes : 1 à 28 mois) dans le groupe 1 vs cinq mois (extrêmes : 1 à 26 mois) dans le groupe 2. Les effets secondaires de la corticothérapie étaient notés dans 5% des cas du groupe 1 vs 9% des cas du groupe 2.

P12- Asthme et grossesse.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUNE, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La grossesse peut être un facteur favorisant l'exacerbation d'asthme tout comme l'asthme peut être un facteur de risque pour la grossesse. L'équilibre de l'asthme avant et pendant la grossesse est donc un enjeu majeur dans la prise en charge de la grossesse chez l'asthmatique. **Méthodes** Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 27 cas de femmes enceintes asthmatiques suivies au service des maladies respiratoires CHU Ibn Rochd de Casablanca. **Résultats :** La moyenne d'âge des patientes était de 28 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 39 ans. Le délai d'apparition des symptômes d'asthme variait de 1 à 29 ans. Durant la période de la grossesse, on a noté quatre exacerbations chez neuf parturientes et trois exacerbations chez sept autres. Les principales causes de ces exacerbations étaient l'arrêt du traitement de fond par crainte d'un risque tératogène, fœtal, l'exposition aux allergènes, la surinfection bronchique et le reflux gastro-œsophagien. Le traitement reposait sur l'éducation thérapeutique et l'éviction des facteurs déclenchants dans tous les cas, associée aux corticoïdes inhalés seuls dans 12 cas, et aux corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs de longue durée d'action dans 11 cas. L'asthme était contrôlé dans neuf cas, partiellement contrôlé dans 16 cas et non contrôlé dans deux cas. La grossesse a été menée à terme pour toutes les parturientes et sans complications. **Conclusion :** Parmi l'ensemble des sociétés savantes faisant référence dans le domaine de l'asthme, très peu ont proposé des recommandations concernant la prise en charge de l'asthme pendant la grossesse. Cependant un suivi régulier est nécessaire. Les traitements inhalés ne présentent pas de risque pour la grossesse ni pour le fœtus, et doivent être maintenus tant qu'ils permettent l'équilibre de l'asthme.

P13- Asthme et comorbidités.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUNE, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches. La présence de comorbidités aggrave son pronostic du fait de la mauvaise observance du traitement malgré une bonne éducation. Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective analytique comparative chez 598 patients asthmatiques suivis à la consultation d'allergologie du CHU Ibn Rochd sur 9 ans. Résultats : Les comorbidités chez les asthmatiques sont notées chez 93 patients (15.6%). Leur moyenne d'âge était de 46 ans avec une prédominance féminine de 79%. Une atopie personnelle était notée dans 81% des cas, faite de rhinite allergique dans 72% des cas, de conjonctivite dans 63% des cas et de dermatite atopique dans 24% des cas. Les comorbidités retrouvées étaient : l'obésité dans 26% des cas, le RGO dans 30% des cas, le diabète dans 17% des cas, l'hypertension artérielle dans 9% des cas, la dyslipidémie dans 11% des cas, l'insuffisance cortico-surrénalienne, l'insuffisance rénale et l'hypothyroïdie dans 4% chacune des cas. La néoplasie et la BPCO sont retrouvées dans six cas et quatre cas respectivement, une infection rétrovirale dans six cas, une psychose, une dépression et une épilepsie dans trois cas chacune, une cardiopathie congénitale, une cirrhose et une hémopathie dans deux cas chacune. L'asthme est contrôlé dans 52% des cas chez les patients avec comorbidités vs 61% chez le groupe sans comorbidités, partiellement contrôlé dans 24% des cas vs 27% et non contrôlé dans 30% des cas vs 19%. Les mesures hygiéno-diététiques étaient indiquées chez tous les patients. Le traitement de fond à base de corticoïdes inhalés seuls était préconisé dans 38% des cas et à base d'association corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs à libération prolongée dans 61% des cas. Conclusion : À travers cette étude, il paraît que les patients asthmatiques ayant des comorbidités ont un asthme plus sévère et difficile à contrôler.

P14- Étude comparative entre le profil de l'asthme chez la femme et chez l'homme.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUNE, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Homme et femme sont-ils égaux face à l'asthme ? L'asthme chez la femme a des spécificités modulées par la vie hormonale. Si la prévalence de l'asthme est plus élevée chez le jeune garçon, ce rapport s'équilibre à la puberté puis s'inverse chez l'adulte. L'asthme devient, non seulement plus fréquent, mais également plus grave chez la femme. Méthodes : Nous proposons une étude rétrospective allant de 2008 au 2019 portant sur 302 asthmatiques suivis à la consultation d'allergologie au CHU Ibn Rochd de Casablanca, répartis en deux groupes. Le

groupe 1 comprend 153 femmes asthmatiques et le groupe 2 comprend 149 hommes asthmatiques. Résultats : La moyenne d'âge était de 38 ans dans le groupe 1 vs 35 ans dans le groupe 2. Le RGO était retrouvé dans 11,2% des cas du groupe féminin vs 8,7% des cas du groupe masculin. L'asthme était associé à une rhinite allergique chez 89,5% des cas (G1) vs 82% des cas (G2) et à une conjonctivite allergique dans 79,7% des cas (G1) vs 74% des cas (G2). L'atopie familiale était présente dans 58% des cas (G1) vs 54 % des cas (G2), l'allergie alimentaire dans 21 % des cas (G1) vs 17% des cas (G2) et l'allergie médicamenteuse dans 9% des cas (G1) vs 7% des cas (G2). On a noté une aggravation de l'asthme déclenchée par la grossesse chez 6 patientes, et par les menstruations chez 3 patientes. L'asthme était initialement classé persistant sévère dans 57% des cas (G1) vs 34% des cas (G2), persistant modéré dans 28% des cas (G1) vs 36% des cas (G2), persistant léger dans 11% des cas (G1) vs 21% des cas (G2) et intermittent dans 4% des cas (G1) vs 9% des cas (G2). Sous traitement optimal et bien conduit, l'asthme était partiellement non contrôlé chez 84% des cas (G1) vs 43% des cas (G2). Conclusion : En terme de cette étude, il ressort que l'asthme chez la femme est plus fréquent, plus sévère et difficile à contrôler. Sa prise en charge doit tenir compte de ces particularités liées spécialement au profil hormonal.

P15- Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'asthme chez les sujets âgés.

H. HARRAZ, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'asthme est un problème de santé publique. Sa prévalence chez le sujet âgé de plus de 60 ans est estimée de 7 à 9% et pose des problèmes de prise en charge du fait de la fréquence des comorbidités associées et des difficultés d'adhérence aux traitements. Pour étudier le profil épidémiologique et les difficultés thérapeutiques de l'asthme chez le sujet âgé, nous avons mené une étude rétrospective concernant 100 patients âgés de 60 ans et plus, suivis pour asthme à la consultation d'allergologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur 10 ans. La moyenne d'âge était de 65 ans. Un antécédent de diabète est noté dans 12 cas, une hypertension artérielle dans 15 cas, une tuberculose pulmonaire dans trois cas et une hépatite C dans un cas. L'atopie familiale est notée dans 36 cas et personnelle dans 61 cas, faite d'une rhinite allergique dans 41 cas, conjonctivite dans 23 cas et eczéma de contact dans trois cas. Les facteurs déclenchants sont dominés par l'exposition au froid, les viroses respiratoires et la fumée du tabac. Le reflux gastro-œsophagien est noté dans 17 cas. L'asthme évoluait en moyenne depuis six ans. Les tests cutanés réalisés dans 34 cas, sont positifs dans 17 cas. La spirométrie était réalisée chez tous nos patients. La prise en charge thérapeutique reposait sur l'éducation thérapeutique dans tous les cas, l'association de

corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs de longue durée d'action dans 55%, corticoïdes inhalés seuls à forte dose dans 44%. Seuls 30% des patients utilisaient correctement l'aérosol, les autres avaient recours à la chambre d'inhalation. L'asthme est classé non contrôlé dans 53%, partiellement contrôlé dans 30% et contrôlé dans 16%. L'asthme du sujet âgé pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Il s'agit soit d'un asthme tardif de NOVO ou un asthme vieilli.

P16- Asthme et tabac : à propos de 146 cas.

R. CHERKAoui, H. JABRI, F. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Parmi les causes majeures d'exacerbation et de perte de contrôle de l'asthme est le tabac. Les asthmatiques fumeurs ou anciens fumeurs représentent 40% des patients asthmatiques. Cette population a une qualité de vie moins bonne par rapport au reste des patients asthmatiques. Nous avons mené une étude rétrospective au centre de consultation d'allergologie de l'hôpital 20 Aout 1953 de Casablanca sur une période de janvier 2014 à avril 2018. 146 dossiers de patients asthmatiques ont été colligés, répartis en 2 groupes, le groupe 1 comprenait 46 fumeurs, le groupe 2 comprenait 100 non-fumeurs. Les asthmatiques fumeurs représentaient 31% de l'ensemble de nos patients. L'âge moyen était de 41 ans dans le groupe 1 versus 30 ans dans le groupe 2, dominés par le sexe masculin 90%. Les exacerbations sévères étaient plus fréquentes dans le groupe 1. Le contrôle était mauvais dans 93% dans le groupe 1, 7% des patients du groupe 1 étaient contrôlés versus 40% du groupe 2 ($p=0,001$), aucun patient du groupe 1 n'avait un contrôle total sur son asthme contrairement au groupe 2 avec un contrôle total de 26% chez ces patients non fumeurs. Le VEMS/CVF était en moyenne de 51% dans le groupe 1 et de 65% dans le groupe 2. Les patients du groupe 1 étaient tous sous corticothérapie inhalée associée aux bronchodilatateurs de longue durée d'action. 60% des patients du groupe 2 étaient sous corticothérapie inhalée associée aux bronchodilatateurs de longue durée d'action et 15% sous corticothérapie inhalée seule. Le contrôle de l'asthme chez le fumeur semble plus difficile que celui du non-fumeur, le tabac entretient l'inflammation bronchique et diminue l'efficacité de la corticothérapie, d'où l'importance du sevrage tabagique chez les asthmatiques.

P17- Facteurs prédictifs du non contrôle de la maladie asthmatique.

H. EL KHAL, W. EL KHATTABI, A. BOUMEHDI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Selon les recommandations de la GINA, le contrôle de l'asthme est un objectif majeur du traitement. Toutefois, les asthmatiques restent majoritairement insuffisamment contrôlés. Plusieurs facteurs en sont

responsables. L'objectif de notre étude rétrospective menée chez les patients suivis pour asthme dans la consultation d'allergologie de notre service entre juillet 2016 et juin 2019 est de déterminer les causes de ce non contrôle. On a 49 cas d'asthme non contrôlés colligés sur un total de 173 patients asthmatiques vus en consultation. Il s'agit de 28 femmes et 21 hommes. L'âge moyen est 44 ans. La majorité de nos patients (69%) présente un asthme ancien (plus de 10 ans). Les facteurs du non contrôle retrouvés étaient dominés par la non-observance thérapeutique notée chez 36,6% des patients, l'exposition à des facteurs environnementaux (exposition continue à un allergène) chez 60,6% des malades. 25% des malades ont une rhinite allergique non contrôlée et 20% ont une sinusite chronique. Une mauvaise technique d'inhalation est retrouvée chez 36,1% des cas. Les patients accusant des signes cliniques de RGO représentent 38% des malades et une obésité est retrouvée chez 34,4% des cas. Le pourcentage des fumeurs actifs est de 17% et 13% sont des fumeurs passifs. Un SAOS a été découvert chez 6% des cas. Une seule patiente présente un non-contrôle de son asthme en période prémenstruelle. Une meilleure connaissance des facteurs prédictifs du non contrôle de l'asthme permettrait une action ciblée pour améliorer le contrôle de cette maladie chronique.

P18- Impact de la bronchectasie sur le contrôle de l'asthme.

FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, R. CHARKAOUI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Résumé : L'asthme et la bronchectasie sont deux pathologies distinctes mais leur association est relativement fréquente. Cette comorbidité pose un problème de prise en charge thérapeutique, ce qui implique le contrôle de l'asthme, liées souvent à des exacerbations sévères et l'évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique est plus fréquentes. Nous avons mené une étude rétrospective menée au service sur une période de 5 ans allant janvier 2014 au Janvier 2019. Les informations recueillies sont consignées sur une fiche d'exploitation préalablement conçue. Notre étude a concerné 145 patients asthmatiques. Nous avons noté une prédominance féminine à 69%, l'âge moyen est de 38 ans. Le diagnostic de bronchectasie est posé chez 08% des patients. Les dilatations des bronches cylindriques dans 62% des cas, moniliforme dans 23% des cas et kystiques dans 15%. Près de 61% des patients porteurs d'une DDB ont un asthme non ou partiellement contrôlé. La bronchectasie est impliquée dans le mauvais contrôle de l'asthme. Au cours de notre travail, l'impact négatif de la bronchectasie sur le contrôle de l'asthme a été relevé. Une meilleure connaissance de l'interaction de ces deux pathologies pourrait optimiser leur prise en

charge commune, afin de freiner leurs progressions, éviter les complications et d'améliorer la qualité de vie des patients.

P19- L'impact de l'asthme non contrôlé sur le retentissement économique.

FZ. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La prévalence de l'asthme est en augmentation et la proportion de cas mal contrôlés demeure importante. Les conséquences économiques de ce problème de santé publique restent peu documentées. Le but de notre travail est d'évaluer le retentissement économique du non contrôle de l'asthme. Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective portant sur 620 patients dont 8% ont un asthme sévère, colligés dans notre service sur une période allant de septembre 2012 au janvier 2019. La moyenne d'âge est de 34ans avec une prédominance féminine. L'ancienneté de la maladie est en moyenne de 10 ans avec un âge de début de 20 ans. L'asthme est partiellement contrôlé dans 62% des cas, et non contrôlé dans 9% des cas. Les patients qui sont non ou mal contrôlés ont comme antécédent : une hospitalisation antérieure dans un service de pneumologie dans 22% des cas et au service de réanimation dans 6% des cas, la moyenne de la durée d'hospitalisation est de 4 jours. Cinquante-six pourcent des patients ont bénéficié d'au moins une consultation par mois aux urgences. La durée moyenne de l'absentéisme est de 6 jours. Un pourcent des patients on bénéficié d'un reclassement professionnel. il ressort de cette étude qu'à l'heure où l'on observe une augmentation de la prévalence de l'asthme, il est indispensable de s'interroger sur l'efficacité des actions recommandées pour améliorer le niveau de contrôle de cette maladie. La mesure de cette efficacité passe sans doute, en partie, par la possibilité de déterminer les économies générées par un meilleur contrôle de la maladie.

P20- Syndrome de Fernand Vidal : à propos de 6 cas.

FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Résumé : Le syndrome, décrit par Fernand Vidal (SFW) en 1922, associe un asthme, une polyposse naso-sinusienne (PNS), une éosinophilie sanguine, et une intolérance à l'aspirine (IA) et aux AINS. Il est présent chez 10 % des asthmatiques, il doit être recherché. Nous rapportons 6 observations colligées au service des maladies respiratoires de l'Hôpital 20 Aout Casablanca durant la période de janvier 2013 au janvier 2019. La moyenne d'âge est de 45 ans. L'ancienneté de la maladie asthmatique est en moyenne de 10 ans. L'interrogatoire retrouve une intolérance clinique à la prise d'acétylsalicylique à type de crises d'asthme qui surviennent après la prise

d'aspirine ou AINS dans les 6 cas. La polyposse naso-sinusienne est confirmée au scanner chez tous les patients. La spirométrie a trouvé une obstruction des petites bronches dans un cas et un trouble ventilatoire obstructif réversible sous beta2mimétiques dans 5 cas. L'asthme est classé persistant modéré dans un cas et sévère dans 5 cas. La prise en charge des 4 patients est basée, sur la proscription de l'aspirine et des AINS, la corticothérapie inhalés associés aux bronchodilatateurs à libérations prolongée et un suivi ORL pour la polyposse nasosinusienne. L'asthme est partiellement contrôlé dans 3 cas, mal contrôlé dans 2 cas et bien contrôlé dans un cas. Le SFW est une entité nosologique dont la physiopathologie n'est pas encore complètement clarifiée. Sa fréquence serait sous-estimée. Des signes évocateurs doivent être recherchés afin d'éviter des prescriptions inappropriées

P21- Facteurs de mauvaise observance de l'asthme: à propos de 140 cas.

S. BAINA, J. ACHRANE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. ELFTOUH (RABAT)

Introduction : L'observance médicamenteuse peut être définie par le respect des conseils et des prescriptions du médecin. A l'instar de toutes les maladies chroniques, l'observance est souvent inadéquate dans l'asthme, en effet, elle est correcte dans 50% des cas seulement, toute maladie confondue. But : Evaluer l'observance thérapeutique chez les patients asthmatiques sous traitement de fond et détailler les facteurs intervenant dans la mauvaise observance de l'asthme. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective portant sur 140 patients asthmatiques sous traitement de fond adapté consultant à l'hôpital Moulay Youssef entre 2016 et 2018. Les facteurs de mauvaise observance de l'asthme sont classés en facteurs liés au patient, au médecin, à la maladie asthmatique et enfin en facteurs liés au traitement. Résultats : Sur 140 patients, 56% sont de sexe féminin avec un âge allant de 16 à 68 ans. 75 patients avaient une bonne observance thérapeutique soit 55%. Parmi les facteurs liés au patient on trouve l'âge avec une observance de 32% seulement entre 16 et 24 ans. Le niveau de scolarisation avec 40% seulement de bonne observance chez les patients illettrés contre 84% chez les patients ayant fait des études supérieures. Comme facteurs psychologiques on constate un déni de la maladie dans 19% des cas et un refus ou gêne sociale concernant l'utilisation des aérosols dans 37% des cas. La présence d'autres tares associées diminue l'observance thérapeutique par le nombre de drogues prescrites. En effet, parmi les 38 patients multitarés 39% ont une bonne observance. Concernant les facteurs liés au médecin et l'éducation de l'asthmatique, l'explication de la maladie est retrouvée dans 23% des cas, celle du schéma thérapeutique dans 68% des cas, l'utilisation des dispositifs dans

57% des cas et la prise en charge des effets secondaires quant à elle est retrouvée dans 18% des cas. Pour les facteurs liés à la maladie asthmatique, on note que la chronicité de la maladie et le traitement au long court sont à l'origine d'abandon et d'irrégularité de prise médicamenteuse chez 60 personnes soit 37% des cas. Enfin, pour les facteurs liés au traitement de fond, le nombre de prise quotidienne intervient dans l'observance, en effet, au-delà de 2 prises par jour cette dernière diminue. Le coût élevé du traitement est également un facteur de mauvaise observance retrouvée dans 61% des cas. Conclusion : Parmi les facteurs influençant l'observance thérapeutique de l'asthme et sur lesquels on peut agir, on trouve essentiellement le rôle du médecin dans l'éducation de son patient asthmatique qui reste selon les statistiques très insuffisante. Pour cet effet, des séances d'éducation de l'asthmatique en dehors des consultations standards est un concept à développer dans les structures hospitalières spécialisées afin d'obtenir une adhésion optimale au traitement et ainsi une meilleure observance.

P22- L'impact de la rhinite allergique sur le contrôle de l'asthme.

K. BOUYTSE, B. DAHER, JE. BOURKADI, M. SOUALHI, K. MARC, R. ZAHRAOUI, J. BENAMOR (RABAT)

Introduction : L'asthme et la rhinite sont des manifestations allergiques souvent associées, cette dernière aggrave la maladie asthmatique et rend plus complexe sa prise en charge. Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, descriptive sur une période de 2 ans chez des patients asthmatiques âgés plus de 12 ans vus en consultation de pneumo-allergologie à l'hôpital moulayyoussef à Rabat. L'évaluation de contrôle de l'asthme se fait à l'aide du Test de Contrôle l'Asthme (CAT). Résultats : Notre étude comprend 103 patients ayant un âge moyen de 31 ans $\pm$ 15 ; Il existait une prédominance féminine 52%, Une atopie personnelle était présente chez 34% de nos patients. La rhinite allergique était présente chez 61% des patients, cette rhinite était classée persistante modérée à sévère dans 50% des cas. Des prick-test pour les principaux pneumallergènes ont été pratiqués, et étaient positifs dans 53% des cas. L'allergène le plus incriminé est le dermatophagoides pteronyssinus DP 48%. Près de 65% des patients rhinitiques avaient un asthme non contrôlé. La rhinite allergique était impliquée dans le mauvais contrôle de l'asthme de façon significative avec un $p < 0,05$. À noter que lors du suivi, le contrôle de la rhinite a permis le contrôle de l'asthme. Conclusion : Cette étude nous a permis de conclure que la rhinite allergique rend l'asthme plus difficile à contrôler, Son traitement adéquat et son observance améliorent la qualité de vie de ces patients.

P23- Profil spirométrique des patients hospitalisé

pour une Crise d'asthme au service de pneumologie, hôpital ARRAZI.

S. HAIMEUR, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : un motif fréquent de consultations aux urgences, la crise d'asthme peut parfois mettre en jeu le pronostic vital du patient d'où l'intérêt d'une bonne prise en charge initiale, un traitement de fond adapté et une bonne éducation thérapeutique y compris une bonne observance et l'éviction des facteurs déclenchants. But du travail : évaluer à court et à long terme la prise en charge pour crise d'asthme au service de pneumologie de Marrakech. Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 67 patients hospitalisés au service de pneumologie du CHU Mohammed VI de Marrakech entre juin 2016 et septembre 2018. Résultats: La moyenne d'âge de nos patients était de 39,8 ans. une nette prédominance féminine a été observée 3H/7F. le DEP moyen à leur admission était de 150 l/min. Le facteur déclenchant de la crise est dominé par la surinfection bronchique. La crise d'asthme était majoritairement modérée dans 72% des cas. Un séjour moyen de 4 jours en réanimation était nécessaire chez 18 patients dont 38% ont été intubés et ventilés. La durée moyenne d'hospitalisation dans notre service et de 4.5 jours. Tous nos patients ont bénéficié d'une Spirométrie après stabilisation ayant objectivé un trouble ventilatoire obstructif sévère dans 50% des cas, modéré dans 38% des cas, léger dans 12% des cas, avec une réversibilité allant de 20 à 35% ce qui a permis d'initier un traitement de fond associant un bronchodilatateur longue durée d'action et un corticoïde inhalé à forte dose chez 95%, par ailleurs le montelukast a été nécessaire chez 5% des cas. L'évolution a été marquée par l'amélioration dans 85% des cas sans aucun décès avec une récurrence chez 3 cas. Conclusion: A travers ce travail, on insiste sur une bonne prise en charge initiale, un traitement de fond adapté et une bonne éducation thérapeutique y compris une bonne observance et l'éviction des facteurs déclenchants.

P24- Etat nutritionnel chez les patients atteints de BPCO.

K. FAHMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La prévalence de la dénutrition chez les patients atteints d'une bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) est élevée et varie entre 20 et 70 %, elle conditionne le pronostic vital en aggravant le pronostic de l'insuffisance respiratoire chronique. Le but de notre étude est d'évaluer l'état nutritionnel et de prendre en charge sur le plan diététique les patients atteints de BPCO. Nous avons mené une étude rétrospective s'étalant de janvier 2017 jusqu'à décembre 2018 portant sur 23 patients suivis au CHU Ibn Rochd de Casablanca pour BPCO. Ont été exclus

les patients ayant une autre pathologie respiratoire et ceux ayant une pathologie pouvant interférer sur l'état nutritionnel (cancer, troubles gastro-intestinaux ou métaboliques ou endocriniens, une intervention chirurgicale récente). Il s'agit de 22 hommes et d'une femme, dont la moyenne d'âge est de 62,8 ans. Tous les patients sont tabagiques (consommation moyenne : 48 PA). Seize patients ont un bas niveau socio-économique. La BPCO est classée selon la classification GOLD 2017 en grade A dans 13% des cas, grade B dans 34,7% des cas, grade C dans 13% et grade D dans 18% des cas. La dyspnée est retrouvée dans 95% des cas, la toux avec expectoration dans 91% des cas. L'IMC moyen était de 18,8 Kg/m² (extrêmes 11,8- 23,6 Kg/m²), une dénutrition sévère définie par un IMC < 18 kg/m² était constatée dans 30,4% des cas. La dénutrition était plus importante dans les stades avancés de BPCO : 5,1% des patients sont dénutris au grade A, 6,8% au grade B, 9,4% au stade III, 9,1% au stade IV. La prise en charge sur le plan diététique s'est basée sur la prescription des régimes alimentaires de base tels que le régime hypercalorique, hyperprotéique ainsi qu'une alimentation riche en vitamines et sels minéraux avec la prescription des compléments alimentaires. Le traitement de fond de BPCO s'est basé sur les bronchodilatateurs à libération prolongée seuls dans 70% des cas, associés aux corticoïdes inhalés et aux xanthiniques dans 8,7% des cas chacun. Trois patients étaient mis sous oxygénothérapie de longue durée et six sous ventilation non invasive. La dénutrition au cours de la BPCO est un facteur prédictif de mortalité. De ce fait, une évaluation nutritionnelle devrait être systématique pour évaluer le pronostic et bénéficier d'une assistance nutritionnelle afin d'améliorer la survie et de la qualité de vie du patient BPCO, indépendamment de son état respiratoire.

P25- L'antibiothérapie au cours des exacerbations aiguës de la BPCO : entre la pratique et les recommandations.

K. FAHMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'antibiothérapie au cours des exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a fait l'objet de nombreuses recommandations internationales concernant l'indication et le choix de l'antibiotique. Le but de notre travail est de déterminer la conformité des indications et du choix de l'antibiothérapie prescrite dans notre formation avec les recommandations de l'Afssaps 2010. Notre étude est rétrospective portant sur 34 patients porteurs de BPCO hospitalisés entre janvier 2017 et juin 2019 pour exacerbation aiguë de BPCO. L'exacerbation est retenue selon la définition proposée par les recommandations du GOLD 2017 et l'origine infectieuse est retenue selon les critères d'Anthonisen, ceux ayant une cause d'exacerbation non infectieuse ont été exclus. Il s'agit de 29 hommes et cinq femmes,

dont la moyenne d'âge est de 62,8 ans (extrêmes 48-78 ans). Tous les patients étaient tabagiques avec une consommation moyenne de 47 PA. Des facteurs de risque d'évolution péjorative des exacerbations aiguës ont été retrouvés dans 69,5% des cas (BPCO sévère (17,3%), fréquents exacerbateurs (21,5%), antibiothérapie dans les 3 mois précédents (4,3%), comorbidités (56,5%)). La BPCO était classée grade A dans 13% des cas, grade B dans 34,7% des cas, grade C dans 13% et grade D dans 18% des cas. Les exacerbations étaient sévères dans 34,7 % des cas responsables du recours à la ventilation non invasive (26%), d'hospitalisation en réanimation (13%) avec recours à la ventilation mécanique (8,6%). L'infection était confirmée par un examen bactériologique des expectorations dans 49% des cas. Le pneumocoque était le germe le plus isolé (23%). L'antibiothérapie était prescrite chez tous nos patients, la monothérapie a été prescrite dans 78,2% des cas alors qu'une bithérapie n'a été prescrite que dans 21,7% des cas. L'amoxicilline-Acide clavulanique était la plus prescrite (69,5%), les fluoroquinolones et les céphalosporines n'étaient prescrits que dans 34,7% et 8,6% respectivement. Le choix de l'antibiotique était conforme avec les recommandations de l'Afssaps 2010 (premier choix) dans 78,2% des cas. Un changement de l'antibiotique était effectué dans 26% des cas. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 8,7 jours. Notre étude montre que la prescription des antibiotiques est conforme avec les recommandations dans la majorité des cas. Les difficultés rencontrées étaient liées au coût et la disponibilité de certains antibiotiques, néanmoins, le taux d'échec thérapeutique reste faible.

P26- Place de la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive.

L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTAB, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Introduction : La kinésithérapie respiratoire est un programme multidisciplinaire de soins fait partie de la réhabilitation respiratoire (RR) conduit de façon personnalisée, permettant l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de BPCO tout en diminuant le recours non programmé aux structures de soins. Méthodes : Il s'agit d'un essai clinique randomisé réalisé sur 56 patients porteurs de BPCO stable confirmée et qui étaient assignés soit au groupe « intervention » (G1 : 26 patients) bénéficiant d'une kinésithérapie de renforcement musculaire 2 fois par semaine pendant 6 semaines, soit au groupe témoin (G2 : 30 patients) pratiquant uniquement une activité physique régulière. Les paramètres étudiés étaient le stade de la dyspnée, le test HAD, le test de marche de 6 min, le stade et le grade de la maladie (GOLD) et la gazométrie artérielle. Les données sont analysées par le logiciel SPSS 16.0. Résultats : Tous les patients étaient de sexe masculin, tabagiques chroniques

sevrés dans 94,6% des cas. L'ancienneté de la maladie, semblable dans les deux groupes, était plus de 5 ans dans 19,6% des cas. Tous les patients étaient dyspnéiques. La BPCO était très sévère chez 16,1% des patients, classée grade D dans 14,3% des cas. Le traitement de fond était basé sur l'association LABA + association corticothérapie inhalée et bronchodilatateur de longue durée d'action dans 35,7 % des cas. On a noté une amélioration de la dyspnée de 73,7% (G1) vs. 26,3% (G2) ($p = 0,011$), jugée importante dans 21,4% (G1) vs 0 % (G2) ($p = 0,29$). Le score d'anxiété a diminué de 0,61 (G1) vs 0,03 (G2) soit $p = 0,009$. La moyenne de différence du test de marche de 6 min est de 41,53 (G1) vs 20 (G2) ($p = 0,041$). Les patients ont récupéré après les 6 semaines de renforcement musculaire 7,15% de leur VEMS (G1) vs 0,6% (G2) soit $p = 0,003$. De même, ils ont augmenté leur saturation de 1,13% (G1) vs 0,36% (G2), soit $p = 0,055$. Dans le (G1), la PaO₂ s'est améliorée de 6,12% vs 0,15% (G2) ($p = 0,092$) ainsi que la Paco₂ a diminué de 3,13 (G1) vs 0,26 (G2) ($p = 0,0001$). À l'analyse multivariée, on a trouvé des valeurs statistiquement significatives entre les deux groupes concernant tous les paramètres étudiés. Conclusion : À travers ce travail on conclut que la kinésithérapie de renforcement musculaire a un effet bénéfique sur les symptômes de dyspnée ainsi que l'activité globale des patients, d'où la nécessité de l'introduire dans la prise en charge des patients souffrant de BPCO.

P27- IMC et BPCO.

L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTABI, FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La perte du poids dans les BPCO est un facteur de mauvais pronostic. De multiples études ont démontré l'existence d'une nette corrélation entre la diminution de l'IMC et la mortalité dans la BPCO. Le but de notre étude est d'analyser la relation entre l'IMC et la sévérité de la BPCO. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 145 dossiers de patients porteurs de BPCO hospitalisés et/ou suivis à la consultation. Les patients sont divisés en trois groupes selon leur IMC : groupe 1 : patients maigres (IMC < 18,5 kg/m²) : 31 patients ; groupe 2 : patients de poids normal (IMC entre 18,5 et 25 kg/m²) : 59 patients et groupe 3 : patients porteurs de surcharge pondérale ou obèses (IMC > 25 kg/m²) : 55 patients. Nous avons analysé la sévérité dans les BPCO chez les trois groupes. Nous avons retrouvé un taux significativement plus élevé de patients maigres (IMC < 18,5 kg/m²) dans le groupe de BPCO sévères et très sévère comparativement au groupe de patients porteurs de BPCO légère à modérée (11,6% versus 5,8%, $p = 0,004$). Par ailleurs, l'analyse des différents paramètres de sévérité de la BPCO dans les trois groupes a montré un taux significativement plus élevé de malades au stade d'insuffisance respiratoire sous VNI dans le groupe 1 (18,3%) versus 11,1 % dans le groupe 2 et 16,7% dans le groupe 3 ($p = 0,05$). L'index de BODE est plus élevé dans le groupe 1 ($P < 0,001$).

L'étude des autres paramètres de sévérité (nombre d'hospitalisations, nombre d'exacerbations, les perturbations gazométriques) était similaire dans les trois groupes. Le taux des décès par complications du BPCO est plus élevé dans le groupe 1 ($P < 0,001$).

Notre étude a montré l'existence d'une relation inverse entre l'IMC et la sévérité de la BPCO.

P28- Les atteintes cardiovasculaires au cours de la broncho-pneumopathie obstructive.

L. ELHAMDAOUI, H. JABRI, S. RAFTANI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les atteintes cardiovasculaires dans la bronchopneumopathie chronique obstructive sont fréquentes, dominées par le cœur pulmonaire chronique, l'hypertension artérielle pulmonaire et l'insuffisance coronarienne. Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence de ces complications dans la BPCO et de décrire le profil des patients présentant ces affections. C'est une étude rétrospective incluant 78 cas étalée sur trois ans (2014—juillet 2019). Parmi 277 patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO, 100 malades ont des complications cardiovasculaires (36%) retenues sur la clinique, l'ECG et l'échocardiographie. La moyenne d'âge est de 61 ans. Tous les malades sont de sexe masculin. Le tabagisme est noté chez tous les patients (une moyenne de 25 paquets-année), 55% sont non sevrés, 40% sont consommateurs de cannabis, le nombre moyen d'exacerbations est de trois par an. Le début de la maladie est en moyenne de 9 ans, 69% sont des patients non observant du traitement. La BPCO est classée stade III dans 74% et stade IV dans 20%. L'ECG trouve une ACFA chez 20 cas soit, une HVD chez 60 cas, un bloc de branche droit chez 17 cas. L'échocœur objective une HTP chez 31 cas soit 48 %, une hypertrophie du ventricule droit chez 20 cas soit 31 %, et une insuffisance cardiaque globale chez 17 cas soit 26%. Le traitement est basé sur les diurétiques, les antiarythmiques, les digitaliques et les anticoagulants, associé au traitement de l'exacerbation et au traitement de fond de la BPCO. L'évolution est favorable faite d'une régression des nombres des exacerbations et une amélioration de la fonction respiratoire pour 60% des patients. On insiste sur le dépistage des complications cardiovasculaires dans la BPCO, les plus concernés sont les sujets âgés avec un long passé de bronchite chronique, une mauvaise observance thérapeutique et un nombre élevé d'exacerbations.

P29- Les comorbidités dans la BPCO.

N. REGUIG, Y. AMCHICH, I. OUERDJA, B. DAHER, A. RHANIM, A. JNENE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : La BPCO est une maladie respiratoire chronique mais aussi générale avec de nombreuses comorbidités, telles que l'ensemble des pathologies cardiovasculaires, le cancer du poumon, le diabète, le

syndrome métabolique, l'anémie, l'ostéoporose, la dysfonction musculaire périphérique, l'anxiété et la dépression. Elles ont un impact important sur les symptômes, le pronostic vital et le coût du traitement. L'objectif de notre travail est de préciser la prévalence des principales comorbidités de la BPCO. Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de Pneumologie de l'Hôpital Ibn-Sina de Rabat incluant 119 patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO entre Janvier 2017 et Décembre 2018. Résultats : La moyenne d'âge des patients était de 59 (extrêmes 27-92 ans) avec une nette prédominance masculine 99%. Les facteurs de comorbidités étaient présents chez 67 des cas soit 59% dont 14 avaient au moins 2 facteurs de comorbidités. Une maladie cardiovasculaire était présente chez 27 patients, retenue sur la clinique, l'ECG et l'échocoeur ; représentée essentiellement par l'insuffisance cardiaque présente chez 11 patients soit 9,2%, les maladies thromboemboliques chez 8 patients soit 6,7%, l'HTAP chez 5 patients soit 4,2%, les coronaropathies chez 4 patients soit 3,3%, l'arythmie cardiaque et la fibrillation auriculaire chez 2 patients soit 2%. L'anémie est retrouvée dans 38 cas soit 32%, dépistée sur la numération sanguine alors que la polyglobulie était présente chez 5 patients soit 4,2% 5% des patients avaient un diabète ; 1,7% présentaient un cancer broncho-pulmonaire associé. Discussion : La BPCO et ses comorbidités ont en commun de nombreux facteurs de risque, tels que leur association au vieillissement, à l'intoxication tabagique et à des prédispositions génétiques [1]. Toutefois, différentes études suggèrent que la BPCO pourrait avoir un lien direct avec certaines de ses comorbidités, notamment les maladies cardiovasculaires [2]. La principale hypothèse avancée actuellement est que ce lien direct soit la présence d'une inflammation systémique de bas grade dans cette population [3,4]. Dans notre série, les comorbidités cardiovasculaires et l'anémie étaient les plus fréquentes. Les maladies cardiovasculaires représentent les principales causes de mortalité ; alors que l'anémie aggrave la dyspnée et altère la qualité de vie. Conclusion : La BPCO affecte la qualité de vie du patient par le handicap respiratoire et par ses nombreuses comorbidités. L'évaluation et le traitement précoce des comorbidités pourraient avoir un impact positif sur la morbidité et la mortalité des patients atteints des BPCO. Références : [1] Patel ARC, Hurst JR. Extrapulmonary comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease: state of the art. *Expert Rev Respir Med* 2011;5:647-62. [2] Sin DD, Wu L, Man SF. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality: a population based study and a systemic review of the literature. *Chest* 2005;127:1952—9. [3] Pai JK, Pischon T, Ma J, Manson JE, Hankinson SE, Joshipura K, et al. Inflammatory markers and the risk of coronary heart disease in men and women. *N Engl J Med* 2004;351:2599—610. [4] Agusti AG. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am*

Thorac Soc 2005;2:367—70.

P30- Profil étiologique des exacerbations de BPCO.
Y. AMCHICH, N. REGUIG, A. BOUCAID, A. ZEGMOUT, H. SOUHI, H. EL OUAZZANI, I.A. GHORFI, A. ABID (RABAT)

Introduction : L'exacerbation de BPCO est un événement aigu caractérisé par une aggravation des symptômes respiratoires du patient au-delà des variations quotidiennes normales et conduit à un changement en sa médication. La décompensation est une exacerbation sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital, c'est la complication la plus fréquente de cette pathologie. Objectif de l'étude : Déterminer la fréquence des différentes causes de ces exacerbations dans notre contexte. Méthodes : Étude rétrospective portant sur 70 cas de BPCO hospitalisés dans le service durant une période de 4 ans (2016–2019). Résultats : Nous avons colligé 70 cas d'exacerbations de BPCO, dont 98% sont de sexe masculin. La moyenne d'âge est de 64 ans. La poursuite de l'intoxication tabagique est retrouvée chez 97% des cas. Les causes de l'exacerbation de BPCO sont représentées par l'infection bronchopulmonaire (69%), le pneumothorax (15%), la décompensation d'une cardiopathie (11%), l'embolie pulmonaire (4%). Chez 5% des malades l'étiologie reste indéterminée. Une mauvaise observance thérapeutique au traitement de fond est retrouvée chez 66% des patients. La durée moyenne d'hospitalisation est de 10 jours. Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement d'urgence à base de : oxygénothérapie, bronchodilatateurs courte durée d'action, corticothérapie systémique de courte durée et une adaptation du traitement de fond. Une antibiothérapie est instaurée chez 70% de nos malades. L'évolution est favorable dans 85% des cas. Conclusion : La BPCO est une affection chronique fréquente des voies respiratoires. Ses exacerbations retentissent sur la qualité de vie, accélèrent le taux du déclin de la fonction respiratoire, sont très onéreuses et constituent un facteur indépendant de mortalité. Les étiologies sont variées mais restent dominées dans notre contexte par les infections virales et bactériennes et la non compliance au traitement de fond.

P31- La mise en place de la VNI aiguë dans les exacerbations aiguë de BPCO : l'évolution, le taux de réussite et d'échec.

I. OUERDJA, N. REGUIG, M. OUASSARI, A. RHANIM, A. JNIE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : La ventilation non invasive (VNI) en aiguë, représente le traitement de choix dans l'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) hypercapnique, mais cette technique est souvent initiée au service de Pneumologie. Dans ce travail, notre but était de déterminer la place de vni en aiguë dans les

exacerbations de bpc, en précisant les facteurs de réussite et d'échec thérapeutique. Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective a tenté d'évaluer l'évolution des malades bpc au stade d'IRA hypercapnique traitée par VNI en aigue, au service de pneumologie de l'hôpital Ibn Sina de Rabat durant l'année 2017 au 2018, en précisant le nombre des patients, les indications, les paramètres utilisés, le nombre des séances, l'évolution, ainsi que le taux d'échec (l'échec de la VNI était défini par la nécessité d'une intubation et le transfert du patient en réanimation ou le décès). Résultats : Parmi 106 admissions des patients bpc, 10 cas au stade d'IRA aigue hypercapnique ($\text{PaCO}_2 \geq 45$ mm Hg, acidose) ont nécessité le recours à la VNI aigue, ou les paramètres utilisés ont été IPAP=14, PEP=4 AI=10, pour une fréquence de 3 séances de 2H par jour pendant 5 jours, le taux global de réussite est de 60%, Le taux global d'échec est de 40%, associé significativement à une acidose respiratoire avec pH inférieur à 7,30. Discussion : Selon les revues de la littérature, la réussite thérapeutique dépend essentiellement de l'instauration précoce de vni aigue, et de degré de sévérité de l'IRA, ce qui nous amène à une mise en place précoce, et rapide de vni aigue, vu son efficacité au cours d'une IRA modérée au service de pneumologie, afin d'éviter le recours à une intubation (échec thérapeutique). Conclusion : La VNI en aigue est efficace au cours de l'IRA modérée au service de pneumologie. Cependant, les patients en acidose respiratoire avec pH < 7,30 courent un risque d'échec de la prise en charge.

P32- Evaluation de la Qualité de vie des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

B. DAHER, R. AZZEDDINE, N. RGUIG, A. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. ELFTOUH (RABAT)

Contexte : La bronchopneumopathie chronique obstructive est un problème de santé publique, qui s'accompagne souvent d'altération de la qualité de vie ; Le questionnaire de Saint-George permet d'évaluer les symptômes, le retentissement sur l'activité quotidienne et l'impact sur la vie des patients atteints de BPCO. Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer la qualité de vie des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude prospective menée au service de pneumologie à l'hôpital Ibn Sina de Rabat du Mai 2019 à Juillet 2019 incluant 54 patients atteints de BPCO ; Les études statistiques ont été analysées par le logiciel SPSS 20.

Résultats : Au total 54 patients ont été recrutés, l'âge moyen était de 65 +/- 25 ans ; tous les patients sont des hommes et tous les patients sont tabagiques (la consommation moyenne est de 57 PA); 31% ont un bas niveau socio-économique, 33% des patients ont au moins une comorbidité, La BPCO est classée phénotype A dans 6 % des cas, phénotype B dans 30

%, phénotype C dans 40% et phénotype D dans 24 % des cas. Le score moyen des symptômes est de 65,5, celui de l'activité est de 69, alors que le score de l'impact sur la vie quotidienne est de 53,3 et le score total du questionnaire est de 62,6. Le score total du questionnaire du Saint-George est de 22,1 pour le phénotype A, de 50 pour le phénotype B, de 69,9 pour le phénotype C, et de 78,1 pour le phénotype D.

Conclusion : Le questionnaire de Saint-George est un outil fiable qui permet de confirmer la corrélation entre l'altération de la qualité de vie des patients et le stade de la sévérité de la BPCO.

P33- Evaluation de l'état nutritionnel des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

B. DAHER, R. AZZEDDINE, A. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. ELFTOUH (RABAT)

Contexte : La dénutrition est fréquente chez les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive, qui résulte essentiellement d'un hyper-métabolisme de repos due à la consommation d'oxygène des muscles respiratoires. Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer l'état nutritionnel et de prendre en charge sur le plan diététique les patients atteints de BPCO. Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude prospective menée au service de pneumologie à l'hôpital Ibn Sina de Rabat de Mai 2019 à Juillet 2019 incluant 54 patients atteints de BPCO ; Les études statistiques ont été analysées par le logiciel SPSS 20. Résultats : Au total 54 patients ont été recrutés, l'âge moyen était de 65 +/- 25 ans ; tous les patients sont des hommes et tous les patients sont tabagiques (la consommation moyenne est de 57 PA); 31% ont un bas niveau socio-économique, 33% des patients ont au moins une comorbidité, La BPCO est classée phénotype A dans 6% des cas, phénotype B dans 30%, phénotype C dans 40% et phénotype D dans 24% des cas. L'IMC a objectivé une dénutrition chez 44% dont 13% est sévère. 56% des patients ont un apport hypoprotidique, hypolipidique et hypoglucidique. La dénutrition était plus importante dans les stades avancés de BPCO : 0% des patients sont dénutris dans le phénotype A, 46% dans le phénotype B, 68% dans le phénotype C, 84 % dans le phénotype D. La prise en charge sur le plan diététique s'est basé sur la prescription des régimes alimentaires de base tels que le régime hypercalorique, hyperprotéique ainsi qu'une alimentation riche en vitamines et en sels minéraux avec la prescription des compléments alimentaires. Conclusion : La dénutrition est fréquente chez les patients atteints de la BPCO, elle augmente avec la sévérité de la maladie. Sa recherche systématique est indispensable à la prise en charge optimale des patients atteints de BPCO.

P34- Les phénotypes de BPCO.

Y. AMCHICH, N. REGUIG, A. BOUCAID, A. ZEGMOUT, H. SOUHI, H. EL OUAZZANI, I.A. GHORFI, A. ABID (RABAT)

Introduction : La Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie systémique et très hétérogène. La classification historique, fondée sur la sévérité de l'obstruction bronchique estimée sur le VEMS, ne rend que partiellement compte de la sévérité de la BPCO d'où l'intérêt de la nouvelle classification intégrant le VEMS mais aussi les symptômes (dyspnée et/ou qualité de vie) et l'historique des exacerbations. **Objectif de l'étude :** Préciser les phénotypes prédominants de cette pathologie chez nos patients. **Méthodes :** Étude rétrospective portant sur 70 cas de BPCO suivi dans le service durant une période de 4 ans (2016–2019). **Résultats :** Nous avons colligé 70 cas de malades présentant une BPCO, dont 98 % sont de sexe masculin. La moyenne d'âge est de 64 ans. L'intoxication tabagique est retrouvée chez 97% des cas. Une mauvaise observance thérapeutique au traitement de fond est retrouvée chez 60% des patients. Soixante douze pour cent des patients ont une dyspnée de base minimum stade 2 de la mMRC. Vingt sept pour cent ont fait au minimum 2 exacerbations au cours de la dernière année. Cinquante pour cent des patients sont au stade IV du GOLD, 33% au stade III et 17% au stade II. Soixante six pour cent des malades sont classés phénotype D, 19% sont de phénotype B, 11% de phénotype C, et 4% de phénotype A. Tous les patients du groupe D sont mis sous association beta2 longue durée d'action (LABA) et corticoïde inhalé seul soit en association avec un anti-cholinergique (LAMA). Les malades du groupe C sont mis sous un anti-cholinergique (LAMA). Les patients du groupe B sont mis sous LABA ou bien anti-cholinergique LA seul. Les patients du groupe A sont mis sous beta2 courte durée d'action à la demande associé ou non à un bronchodilatateur de longue durée d'action. **Conclusion :** L'identification récente des phénotypes de patients atteints de BPCO et ayant une présentation clinique et des caractéristiques évolutives différentes laisse envisager une compréhension de l'hétérogénéité de cette maladie et une meilleure individualisation de la prise en charge thérapeutique. Les patients du groupe D sont les plus fréquents du fait du diagnostic souvent tardif et de la mauvaise observance thérapeutique.

P35- Profil étiologique du syndrome cave supérieur.
M. AMI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le syndrome cave supérieur (SCS) est la conséquence de l'interruption partielle ou totale du retour veineux cave supérieur. Les étiologies sont très variées qu'elles soient malignes ou bénignes. Nous rapportons 136 cas colligés au service des maladies respiratoires sur 19 ans de 2000 à 2019. La moyenne d'âge était de 49,3 ans avec une nette prédominance masculine de 80 %. Le tabagisme actif était retrouvé dans 82 % des cas. Le SCS était noté à sa phase d'état dans 85,5 % des cas et à sa phase de début dans les autres cas. Associée au SCS, la dysphagie était relevée chez 31 %

des patients et la dysphonie dans 19 % des cas. La radiographie thoracique montrait un élargissement médiastinal dans 59,5% des cas et une atteinte parenchymateuse dans 22,5 % des cas. La TDM thoracique retrouvait des adénopathies médiastinales dans 25 % des cas, un processus tumoral médiastino-pulmonaire dans 39 %, un processus médiastinal dans 16,4 % des cas, une thrombose de la veine cave supérieure (VCS) isolée dans 4,6% des cas et associée à un processus tumoral dans 24,9% des cas. Le diagnostic étiologique était posé par les biopsies bronchiques dans 40% des cas, par la ponction biopsie transpariétale dans 25,1% des cas, par la biopsie sous médiastinoscopie dans 7,4% des cas, par la biopsie ganglionnaire périphérique dans 15% des cas et par la ponction biopsie pleurale dans 8,1% des cas. Le carcinome bronchogénique est noté dans 58,5% des cas, l'hémopathie maligne dans 14,5% des cas, le carcinome thymique dans 4,5% des cas, la maladie de Behçet dans 5% des cas, un cancer de l'œsophage dans 1,5% des cas. Et chez 10% des patients, l'étiologie n'a pas pu être confirmée. Associé au traitement étiologique, le traitement était basé sur une corticothérapie dans 77% des cas et des anticoagulants dans 24,8% des cas. L'évolution était favorable dans 22% des cas. Nous déplorons le décès chez 32% des cas. Nous concluons que le syndrome cave supérieur relève de plusieurs étiologies et que la pathologie maligne en est la cause la plus fréquente.

P36- Embolie pulmonaire sur poumon pathologique.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les patients pris en charge au service de pneumologie pour embolie pulmonaire sont souvent porteur de pathologie pulmonaire associée, ce qui rend leur prise en charge plus difficile. L'objectif de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique, clinique, étiologique, et évolutif de ces patients. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service des maladies respiratoires de CHU ibn rochd Casablanca sur une période de 2 ans. **Résultats :** Nous avons colligé 25 patients, il s'agissait de 15 femmes et 10 hommes, d'une moyenne d'âge de 63 ans, avec des extrêmes d'âge entre 41 ans et 89 ans, les pathologies relevées étaient : la BPCO chez 17 patients (groupe D chez 7 cas), connus porteurs de PID (7 cas), une DDB (1 seul cas), la cardiopathie gauche chez 5 patients, le diabète chez 4 patients, et 3 patients avaient un antécédent de thrombose veineuse profonde. L'aggravation aiguë d'une dyspnée chronique était le motif de consultation de la quasi-totalité de nos patients (85 % des cas), la douleur thoracique a été retrouvée chez 11 patients, hémoptysie (9 cas), et tous nos patients se plaignaient de toux. Tous nos patients ont bénéficié d'une imagerie thoracique, qui en plus de diagnostic positif d'embolie pulmonaire, avait montré des signes de tuberculose active (5 cas), des lésions

séquellaires de tuberculose (6 cas), un poumon emphysémateux (16 cas), des DDB (2 cas), une PID (7 cas), un processus tumoral (2 cas). Le diagnostic de l'affection pulmonaire associée était concomitante à celui de l'embolie pulmonaire chez 19 patients., tous les patients étaient mis sous traitement anticoagulant et traitement spécifique de la pathologie pulmonaire sous-jacente. L'évolution était marquée par le décès de 8 patients. Conclusion : La gravité de l'embolie pulmonaire est étroitement liée aux comorbidités associées notamment pulmonaires, d'où l'intérêt d'une prise en charge parallèle des deux pathologies.

P37- Le Syndrome cave supérieur : Diagnostic étiologique.

FZ. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, L. ELHAMDAOUI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le syndrome cave supérieur(SCS) est l'obstruction complète ou partielle de la veine cave supérieur. Nous rapportons 145 cas que nous avons colligés aux services des maladies respiratoires de janvier 2010 au janvier 2019. Le but de ce travail de dresser les différentes étiologies du SCS. La moyenne d'âge était de 51 ans avec une nette prédominance masculine. Le tabagisme actif a été retrouvé dans 75,5% des cas. Le SCS était associée à une dysphagie dans 9,6% des cas et à une dysphonie dans 8,5% des cas. La radiographie thoracique montrait un élargissement médiastinal dans 54,2% des cas et une atteinte parenchymateuse dans 45,8% des cas. La TDM thoracique retrouvait des adénopathies médiastinales dans 30% des cas. Un processus médiastino-pulmonaire et un processus médiastinal dans 23% des cas chacun, et une thrombose de la veine cave supérieure isolée dans 24% des cas. La bronchoscopie montrait une infiltration tumorale dans 31,5% des cas et un aspect de compression extrinsèque dans 24% des cas et une sténose tumorale dans 16 % une muqueuse hyperhémisée saignant au contact dans 28,5% des cas. Le diagnostic a été posé par biopsies bronchiques dans 31,4% par ponction biopsie transpariétale dans 19,3%, par biopsie sous médiastinoscopie dans 10,2% des cas, par biopsie ganglionnaire périphérique dans 7,83% des cas et par ponction biopsie pleurale dans 7,44% des cas ; L'étiologie est dominée par le carcinome à petites cellules dans 34% des cas, Adénocarcinome dans 27% des cas. L'hémopathie maligne a été notée dans 21% des cas, le carcinome thymique dans 1% des cas, et dans 17% des cas l'étiologie n'a pu être confirmée. Associée au traitement étiologique, le traitement a été basé sur une corticothérapie dans 87% des cas et les anticoagulants dans 12,7% des cas. L'évolution était favorable dans 21,3 % des cas. nous déplorons un décès chez 37% des cas. 41% des patients ont été perdus de vue. Nous concluons que le syndrome cave supérieur relève de plusieurs étiologies, l'origine maligne est la plus fréquente.

P38- Profil étiologique des embolies pulmonaires à l'hôpital Ibn Sina.

M. OUASSARI, N. REGUIG, I. OUERDJA, A. RHANIM, A. JNENE, L. HARRAK, L. ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : L'embolie pulmonaire est une pathologie fréquente et grave, elle peut avoir un caractère immédiat dramatique ou un risque évolutif important. Les objectifs principaux de cette étude étaient d'analyser le profil étiologique des embolies pulmonaires prises en charge à l'hôpital Ibn Sina de Rabat. Méthodes : Etude rétrospective menée au service de pneumologie de l'hôpital Ibn Sina de Rabat incluant 101 patients hospitalisés pour embolie pulmonaire entre Janvier 2016 et Décembre 2018. Résultats : Il s'agissait de 60 hommes et 41 femmes (sexe ratio 1,4), d'âge moyen de 61 ± 16 ans, parmi les 41 femmes 20 étaient ménopausées soit 48,7% des femmes, 2,4% des femmes avait un accouchement récent, les facteurs de risque les plus associés étaient l'alitement (11,9%), une intervention chirurgicale (8,9%) et la thrombose veineuse profonde (2%). L'embolie pulmonaire était révélée par la bronchopneumopathie chronique obstructive décompensée dans 7,9% des cas, l'insuffisance cardiaque dans 7,9% des cas, la maladie de Behcet dans 2% des cas, l'exacerbation d'une fibrose pulmonaire dans 4,9% des cas et une tuberculose pulmonaire dans 2% des cas, elle était paranéoplasique accompagnant une néoplasie dans 28,7% des cas. Discussion : Dans notre étude nous avons retrouvés une prédominance des comorbidités dans 53,4% des cas (Néoplasie, Insuffisance cardiaque, des pathologies respiratoires chroniques), et des facteurs des risques dans 22,8% des cas. Conclusion : La présentation clinique et la gravité au cours de l'embolie pulmonaire diffèrent selon les comorbidités associées d'où l'intérêt d'une prise en charge ciblée.

P39- Syndrome de Trousseau : A propos de 17 cas.

R. AZZEDDINE, L. ACHACHI, A. GHANIM, A. JNENE, M. ELFTOUH, L. HERRAK (RABAT)

Introduction : L'embolie pulmonaire (EP) qui est souvent de nature fibrinocruorique, est une maladie fréquente et grave. Elle constitue une urgence médicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le lien entre cancer et thrombose était surtout connu lors de cancers évolués notamment à un stade métastatique, mais il est aujourd'hui admis que l'épisode thrombotique peut être révélatrice d'un cancer occulte, définissant le syndrome de Trousseau, et posant le problème de la recherche du cancer occulte. Le but de notre travail est d'étudier la prévalence et les caractéristiques des cancers occultes chez des patients admis pour une embolie pulmonaire. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de pneumologie de

l'hôpital Ibn sina de Rabat, durant 44 mois (janvier 2016 - aout 2019), concernant tous les cas hospitalisés pour une embolie pulmonaire avec découverte d'un cancer occulte. Résultats : 126 patients sont pris en charge pour embolie pulmonaire, un cancer occulte a été découvert chez 17 patients (13.5%), l'âge moyen de nos patients était de 58.4 ans (extrêmes de 36 -80 ans), une prédominance masculine est noté dans 64.7%, le tabagisme est retrouvé dans 70%, les signes cliniques étaient dominés par la dyspnée (92%), les douleurs thoraciques (69%), les hémoptysies (30%), une pleurésie a été retrouvé dans 23% des cas. Le diagnostic de l'embolie pulmonaire était confirmé par l'angioscanner thoracique (100%), objectivant une obstruction droite dans 35%, gauche 23,5% et bilatérale dans 41% des cas, l'embolie était massive avec signes de gravité dans 17% des cas. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan étiologique de l'embolie pulmonaire, objectivant la prédominance d'un cancer pulmonaire dans 53% des cas, dont 55% d'adénocarcinome, 22% carcinome épidermoïde, 11% sarcome histiocytaire et 11% de tumeur carcinoïde, une carcinose péritonéale (17,6%), un cancer gynécologique (17,6%) dont 66% d'adénocarcinome ovarien et 33% cancer de l'endomètre, une hémopathie (5,8%), tumeur cérébrale glioblastome (5,8%), Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement anticoagulant à dose curative, 3 patients ont bénéficié d'une thrombolyse en urgence, l'évolution a été marquée par la survenue de 7 décès (41%). Conclusion: Compte tenu de la fréquence des cancers révélés dans cette étude, la recherche d'un cancer en cas d'embolie pulmonaire idiopathique apparaît contributive, nous insistons à travers notre travail sur la nécessité de réaliser un bilan étiologique exhaustif devant toute embolie pulmonaire à la rechercher une néoplasie sous jacente.

P40- Les kystes hydatiques thoraciques.

S. WAGUAF, N. IDELHAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Introduction : Le kyste hydatique est une parasitose de type anthroponose cosmopolite provoquée par la forme larvaire d'un ténia du chien appelé *Echinococcus granulosus*. Par sa fréquence, sa gravité et son retentissement économique, l'hydatidose représente encore un fléau social et un véritable problème de santé publique au Maroc. La localisation pulmonaire est la deuxième par sa fréquence après le siège hépatique tout âge confondu. Matériel et méthodes : Ce travail est une étude rétrospective de 236 cas d'hydatidose thoraciques opérés dans le Service de Chirurgie Thoracique du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 5 ans (de Janvier 2014 à Décembre 2018). Résultats : La moyenne d'âge était de 35.68 ± 16.82 avec des extrêmes allant de 6 à 81 ans, avec une légère prédominance féminine avec 51.70% contre 48.30% d'hommes. L'origine rurale des malades était prédominante, avec 86.4% des

patients, contre 12.3% qui sont d'origine urbaine et dans 1.3% l'origine n'a pas été notée. La notion de contact avec les chiens a été retrouvée chez 91.5% des patients. L'antécédent de chirurgie pour kyste hydatique a été retrouvé chez 21.2% des patients. La découverte d'un kyste hydatique thoracique était fortuite chez 3.40% des patients. Pour la découverte symptomatique, les manifestations respiratoires étaient surtout à type de douleur thoracique et de la toux. Des signes généraux non spécifiques à type de fièvre, asthénie et altération de l'état général ont été observés chez 20% des cas. L'examen physique était normal dans 49.15% des cas. Un syndrome d'épanchement liquidien a été retrouvé dans 46.60% des cas et un syndrome d'épanchement mixte a été retrouvé dans 4.70%. Chez 20%, une hépatomégalie a été associée. La TDM thoracique a été réalisée chez tous les patients, objectivant un kyste hydatique unique chez 80.50% des patients contre 19.50% chez qui le kyste était multiple ≥ 2 . Pour les kystes hydatiques multiples, la localisation unilatérale était retrouvée chez 11.30% des patients et la localisation bilatérale était retrouvée chez 88.70% des patients. La taille des kystes était variable, allant de 4 cm à 16 cm. Le kyste hydatique peut siéger n'importe où dans la cavité thoracique avec prédilection au niveau des poumons surtout le poumon droit plus précisément le lobe inférieur droit avec un pourcentage de 39.8%. KH médiastinal chez 8 patients, diaphragmatique chez 16 patients, pleurale chez 9 patients et pariétal chez 8 patients. L'échographie abdominale a été réalisée chez tous nos patients dans le cadre du bilan d'extension de la maladie hydatique et elle a objectivé une seconde localisation dans 34.7% des cas, avec une prédominance du kyste hydatique hépatique sain dans 28%. La sérologie hydatique a été pratiquée chez 63.60% des cas. Elle était positive dans 76.50% des cas, négative dans 23.50%. La bronchoscopie souple a été réalisée seulement chez 28.40% des patients et chez qui elle a objectivé une inflammation dans 80% des cas, pour le reste elle était normale. Tous les patients ont été traités chirurgicalement. 75.40% des patients ont été opérés par thoracotomie postérolatérale contre 27.50% par VATS. 2.10% seulement des patients ont été opérés par thoracotomie antérolatérale. La kystectomie a été réalisée pour 206 kystes (soit 87.3% des cas). Le kyste était sain dans 51.3% et la taille des kystes était inférieure à 10 cm dans 90% des cas. La périkystectomie pour 60 kystes soit 25.4% des cas. Le traitement de la cavité résiduelle avec capitonnage et aveuglement des fistules a été réalisé pour 178 des kystes soit 75.4 % des cas. Dans notre série, 32 cas avaient bénéficié d'un traitement radical qui a consisté en une résection atypique pratiquée pour 24 kystes et à une résections pulmonaires systématisées : 7 lobectomie et une seule pneumonectomie gauche chez une patiente ayant eu plusieurs récurrences. Le drainage thoracique était systématique pour nos patients, en utilisant un ou deux drains de type JOLY (1

drain pour 33 cas et 2 drains dans 203 cas). La durée moyenne du drainage thoracique était de 4.42 ± 0.87 . Le traitement médical a été prescrit seulement en post opératoire chez tous nos malades à base d'Albendazole (10 mg/kg/j) pendant 20 jours avec des fenêtres de 10 jours pendant 6 mois. Les suites opératoires étaient simples dans 86.90% des cas et compliquées dans 13.10 %. Les complications étaient de type infectieuse surtout. Un encombrement bronchique chez 20 patients, une suppuration pariétale chez 2 patients, une pneumopathie chez 4 patients et un pyopneumothorax rapporté chez 6 patients. Aucun décès n'a été rapporté. On note que dans les suites opératoires simples la durée moyenne d'hospitalisation ne dépassait pas 7 jours, alors qu'en présence de complications cette durée pouvait s'allonger jusqu'à 2 semaines. Tous nos malades étaient suivis régulièrement en consultation des anciens opérés. La surveillance était basée sur un contrôle clinique et radiologique. On a noté que chez seulement 8.90% des patients le kyste a récidivé et 1.70% a disséminé, pour le reste des cas rien n'a été signalé. Conclusion : Le kyste hydatique est une pathologie fréquente. La chirurgie est le traitement de choix.

P41- Profil épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du cancer bronchique primitif.

S. WAGUAF, N. IDELHAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Objectif : L'objectif de ce travail est l'étude du profil épidémiologique, clinique, anatomopathologique et thérapeutique de cancer bronchique primitif. Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur une série de 74 cas, déroulée dans le service de chirurgie thoracique du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca, de Janvier 2016 à Octobre 2018 et qui répondaient aux critères d'inclusion. Ont été retenus tous les dossiers de patients chez qui le diagnostic du cancer bronchique primitif était retenu sur la base de l'examen anatomopathologique effectué sur les pièces opératoires. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide de Microsoft Office Excel et du logiciel SPSS. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne. Résultats : Nous avons pu recenser 74 patients durant cette période d'étude. Il s'agissait de 56 hommes (76%) et de 18 femmes (24%) avec un sexe-ratio calculé à 3,11. L'âge moyen était de 58,5 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 24 à 82 ans. 35% de nos patients avaient une confirmation histologique au moment du diagnostic portée par la bronchoscopie souple ou la ponction biopsie scanno-guidée. L'exposition professionnelle n'était pas notée chez nos malades. 65% de nos patients étaient fumeurs. La consommation d'alcool était retrouvé dans 14% des cas, chicha dans 75% des cas

et le cannabis dans 6% des cas. Les antécédents pathologiques médicaux étaient la tuberculose dans 10% des cas, l'hypertension artérielle dans 10% des cas, le diabète dans 8% des cas et la bronchopneumopathie chronique obstructive dans 4% des cas. Les antécédents néoplasiques étaient le cancer pulmonaire dans 4% des cas, le cancer digestif dans 4% des cas, cancer du sein dans 3% des cas, le cancer de la sphère ORL dans 6% des cas. Le délai moyen de consultation a dépassé trois mois dans 80% des cas. Le symptôme ayant motivé la consultation était la douleur thoracique dans 46% des cas, la toux dans 43% des cas, la dyspnée dans 28% des cas et l'hémoptysie dans 26% des cas. Les lésions radiologiques siégeaient préférentiellement au niveau du lobe inférieur droit. Le PET-Scan était réalisé dans 65% des cas et l'exploration fonctionnelle respiratoire dans 93% des cas. Une chimiothérapie néoadjuvante était nécessaire dans 32% des cas et une radiothérapie néoadjuvante dans 19% des cas. Le traitement était chirurgical. La voie d'abord était la thoracotomie postérolatérale (TPL) dans 21 cas (28%) et la chirurgie thoracique vidéo-assistée (VATS) dans 53 cas (72%). La conversion en TPL était nécessaire chez 9 cas. Les causes étaient la dissection impossible de l'artère pulmonaire en intrascissural chez 4 cas, les adhérences pleurales chez 2 cas, le problème hémorragique chez 2 cas et la désaturation chez un cas. Les interventions réalisées étaient 63 lobectomies (85%) et 11 pneumonectomies (15%). La taille moyenne de la tumeur était de 5,5 cm (0,5-12 cm). Le type histologique prédominant était l'adénocarcinome dans 64% des cas. Sur le plan évolutif, à court terme, les suites opératoires étaient simples dans 80% des cas. Les autres cas avaient eu diverses complications. La principale complication enregistrée était le bullage prolongé dans 3,2% des cas. Conclusion : Le cancer bronchique est redoutable, surtout chez la population masculine, avec une incidence et une létalité importante et un mauvais pronostic. Mots-clés : cancer, poumon, primitif, lobectomie, pneumonectomie, TPL, VATS.

P42- Le Syndrome de Doege-Potter.

S. HAFIDI, S. WAGUAF, N. IDELHAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Introduction : Le syndrome de Doege-Potter est une entité rare. Il se caractérise par la survenue d'une tumeur fibreuse pleurale solitaire, révélée par des hypoglycémies. Observation : Une femme âgée de 65 ans, hypertendue sous traitement, a été hospitalisée pour des douleurs basithoraciques droites associées à une hypoglycémie. Examen clinique est sans particularité. L'imagerie thoracique a mis en évidence une grosse masse basale droite. La ponction biopsie transpariétale scannoguidée a diagnostiqué une tumeur fibreuse pleurale. Une exérèse chirurgicale complète sous thoracotomie postérolatérale a été effectuée avec une bonne évolution postopératoire.

Discussion : Le syndrome de Doege-Potter comprend la survenue d'une tumeur fibreuse pleurale solitaire associée à la sécrétion paranéoplasique d'un analogue de l'insuline, l'IGF-2, responsable d'hypoglycémie. L'examen anatomopathologique permet d'apporter la certitude diagnostique. La chirurgie avec exérèse la plus complète possible demeure le traitement de référence. La chirurgie avec exérèse la plus complète possible demeure le traitement de référence.

P43- Chondrosarcome myxoïde : à propos d'un cas.
M. GRIGUIHI, A. MOUMEN, N. IDELHAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Le chondrosarcome primitif des tissus mous est beaucoup plus rare que son homologue intra-osseux. Le type myxoïde est une entité distincte sur les plans clinique, histologique, immunohistochimique, cytogénétique et évolutif. Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques de cette tumeur, ainsi que de mettre en évidence la difficulté de son diagnostic et de son traitement. Pour cela, nous rapportons un cas de chondrosarcome myxoïde des parties molles profondes atteignant les côtes, localisé au niveau de la paroi thoracique antérieure. Exploré par TDM thoracique et scintigraphie osseuse, le patient a bénéficié d'une biopsie scannoguidée dont l'examen histologique a conclu à un chondrosarcome de grade 2. Il a donc bénéficié d'une résection chirurgicale large emportant les 2^{ème} et 3^{ème} côtes avec un remplacement prothétique de ces dernières par des plaques de stratos. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a effectivement conclu à un chondrosarcome myxoïde de grade 2 selon la classification OMS qui infiltre les côtes réséquées ainsi que les parties molles en regard sous forme de micronodules à distance de la tumeur principale. Les suites post-opératoires étaient simples. Après réunion de concertation pluridisciplinaire, aucun traitement adjuvant n'a été indiqué. Le chondrosarcome myxoïde est considéré comme un sarcome de malignité intermédiaire, caractérisées par un haut potentiel d'invasion locale. Ni chimiothérapie ni radiothérapie n'ayant fait leurs preuves dans le traitement de cette variante, il semblerait que le traitement curatif repose sur une chirurgie large.

P44- Endometriose avec épanchement pleural et ascite : à propos d'un cas.
M. GRIGUIHI, N. IDELHAJ, A. FATENE, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Introduction : L'endométriose thoraco-abdominale est une situation rare dont le tableau se manifeste exceptionnellement par un épanchement pleural associé à une ascite. Observation : Nous présentons un cas d'une patiente âgée de 34 ans suivie pour endométriose rectale depuis 2011 sous traitement hormonal. La symptomatologie remontait en 2015 faite par une douleur thoracique droite avec une dyspnée stade II associée à une douleur abdominale.

Sa radiographie thoracique initiale montrait un épanchement liquidien pleural droit de moyenne abondance, complétée par une tomodensitométrie thoraco-abdominale objectivant un épanchement liquidien pleural droit associé à un épanchement liquidien intra abdominal abondant. Un drainage thoracique était indiqué ramenant un liquide sérohématique. La patiente avait subi une thoracoscopie vidéo assistée uniportale exploratrice révélant de petits ports au niveau du diaphragme qui ont été fermées. L'exploration n'avait pas objectivé des anomalies parenchymateuse ou pleurale. Conclusion : L'endométriose thoraco-abdominale est une pathologie rare qui nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

P45- Schwannome de la fosse axillaire : à propos d'un cas.
M. GRIGUIHI, A. MOUMEN, N. IDELHAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)

Introduction : Les schwannomes sont des tumeurs nerveuses rares. En raison d'une croissance tumorale lente, le diagnostic pré-opératoire est rarement obtenu. Leur traitement est principalement chirurgical, éventuellement associé à de la radiothérapie. Presque toujours bénignes. Observation : Il s'agit d'un patient, âgé de 47 ans, opéré en 2013 pour une masse axillaire identifiée à l'étude anatomopathologique comme un lipome lipocytaire. 5 ans plus tard, la masse récidive au même endroit et augmente progressivement de volume entraînant des névralgies cervico-brachiales et des dysesthésies. L'examen clinique retrouve une masse axillaire s'étendant jusqu'à la paroi thoracique antérieure, dure, fixe, légèrement douloureuse avec une circulation veineuse collatérale en regard. Le scanner thoracique ainsi que l'IRM de la paroi ont objectivé une masse tissulaire pseudo-lipomateuse de 18 cms liée au grand pectoral et en contact avec les artères sous-clavière et axillaire. Le patient a bénéficié d'une ponction biopsie trans-pariétale de la masse. L'examen anatomopathologique a retrouvé une prolifération compatible avec un schwannome. Devant la discordance entre les deux diagnostics histologiques, une biopsie chirurgicale de la masse a été indiquée et a permis de confirmer le diagnostic de schwannome. Après réunion de concertation pluridisciplinaire, une exérèse chirurgicale a été réalisée emportant la totalité de la masse axillaire. Un drain de redon a été mis en place et retiré deux jours après. Les suites opératoires étaient simples avec notamment une disparition de la symptomatologie initiale sans signe neurologique surajouté. Depuis, le patient est régulièrement suivi en consultation avec une bonne évolution clinico-radiologique. Conclusion : Le diagnostic pré-opératoire des schwannomes de la fosse axillaire reste difficile. L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de choix dans le bilan lésionnel et le diagnostic de certitude reste histologique.

P46- La videochirurgie des kystes hydatiques pulmonaires.*N. ID EL HAJ, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)*

Introduction : L'approche vidéothoroscopique du kyste hydatique du poumon (KHP) obéit aux règles de la chirurgie conventionnelle. Cette technique a été longtemps controversée à cause de la difficulté de fermeture des fistules broncho pleurales. Le but de notre travail est d'établir la place de la vidéothoroscopie dans le traitement du KHP, de démontrer la faisabilité et la fiabilité de la technique ainsi que ses bénéfices sur les patients après une revue de la littérature. **Matériel et méthodes :** C'est une étude rétrospective descriptive bi-centrique, réalisée au service de chirurgie thoracique au CHU de Casablanca, sur une période allant de Janvier 2016 à Décembre 2018 ayant colligé 118 patients opérés pour KHP par vidéothoroscopie. **Résultats :** L'âge moyen des patients était de 31 ans (6 à 84 ans), le sexe ratio était de 0,78. La taille moyenne des kystes était de 7,55 ± 3,15 cm (3,5-17,7). La toux et la douleur thoracique sont les motifs de consultation les plus fréquemment dans notre étude avec des taux respectifs de 66,1% et 47,45%. Le diagnostic du kyste hydatique pulmonaire est porté essentiellement sur les données de la radiographie du thorax et à La TDM thoracique, pratiquée chez tous nos patients. Tous nos patients étaient opérés par la videochirurgie. La durée opératoire moyenne était de 58 minutes. Les suites opératoires étaient simples dans 94,06%, 5,93% des patients présentés des complications étaient représentées par le bullage prolongé, l'atélectasie et les infections. La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire de nos malades était de 3,13 ± 1 jour. Le suivi de nos patients ne retrouve aucune récurrence, avec un recul moyen de 16,73 mois (6-36). **Conclusions :** La vidéothoroscopie est une technique, faisable en toute sécurité ; elle a sa place dans le traitement chirurgical du kyste hydatique. Cette technique rapporte un bénéfice par rapport à la douleur post opératoire, la durée d'hospitalisation ainsi qu'un bénéfice esthétique.

P47- L'intérêt de la chirurgie dans la prise en charge du pneumothorax spontané.*A. MOUMEN, N. IDELHAJ, A. FATENE, S. BOUBIA, M. RIDAI (CASABLANCA)*

Introduction : Le pneumothorax spontané est défini comme la présence d'air dans la cavité pleurale. C'est une pathologie fréquente, pouvant survenir sur un poumon sain ou pathologique.. Les modalités thérapeutiques sont nombreuses, dépendent de plusieurs paramètres et sont choisies au cas par cas. **Méthodes :** Etude rétrospective portant sur 267 pneumothorax spontanés colligés au service de chirurgie thoracique du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 9 ans. **Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 46 ans, avec une nette

prédominance masculine (91%). Le tabagisme a été noté dans 71% des cas avec une consommation moyenne de 28 PA. La symptomatologie était majoritairement dominée par la dyspnée (82%). L'antécédent de pneumothorax spontané a été retrouvé chez 45% des patients. La radiographie thoracique a été demandée chez tous les patients, complétée par une TDM thoracique dans 92% des cas qui objectivait un pneumothorax à droite dans 62%, gauche dans 34% et bilatéral dans 4% des cas. La principale étiologie était un emphysème bulleux dans 55% des cas. Le traitement était basé sur le drainage thoracique dans 85% des cas. Il a été indiqué seul chez 30% des patients ayant présenté un premier épisode de pneumothorax. Un talcage via drain chez 5% des patients qui ont présenté une contre indication à la chirurgie. La chirurgie a été indiquée chez 59% des patients qui avaient un pneumothorax récidivant. 55% des patients opérés ont eu une thoracoscopie, 24% une thoracotomie et 21% des patients ont subi une voie d'abord convertie. L'évolution favorable était notée dans 71%, une récurrence dans 4% des cas et nous déplorant 2 cas de décès. **Conclusion :** Malgré son caractère bénin, le pneumothorax spontané peut être à l'origine d'une détresse respiratoire majeure, voire même de décès. Le drainage thoracique est toujours indiqué. En cas d'échec ou de récurrence, la chirurgie reste le traitement de choix.

P48- Les manifestations pleuro-pulmonaires de la polyarthrite rhumatoïde.*H. BAKKAL, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)*

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la première connectivite pourvoyeuse de manifestations respiratoires. Tous les compartiments anatomiques du poumon (les voies aériennes, la plèvre et le parenchyme pulmonaire) peuvent être atteints. Ces manifestations peuvent atteindre le pronostic vital et fonctionnel. Afin de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des atteintes respiratoires au cours de la polyarthrite rhumatoïde, nous avons mené une étude rétrospective à propos de 26 cas de PR colligés au service des maladies respiratoires du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca s'étalant sur 12 ans de janvier 2006 à décembre 2018. Une prédominance féminine était notée dans 85% des cas avec une moyenne d'âge de 60 ans. L'atteinte articulaire précédait la symptomatologie respiratoire dans 22 cas. Les symptômes étaient faits surtout de dyspnée dans 85% des cas, de bronchorrhées dans 35% des cas, de douleurs thoraciques chez 23% des patients et d'hémoptysie dans 15% des cas. Les manifestations respiratoires retenues après un bilan radiologique, immunologique, bronchoscopie et fonctionnel sont une pneumopathie interstitielle diffuse (PID) dans 48% des cas, les dilatations des bronches (DDB) dans 31%

des cas et une pleurésie dans deux cas. Trois cas de pleurésies étaient de cause infectieuse non spécifique. La PID était à type de réticulations associées à des condensations dans 57% des cas, un verre dépoli dans 28.6% des cas et l'aspect de rayon de miel évoquant une fibrose pulmonaire dans 24.4% des cas. Le syndrome restrictif était retrouvé chez la moitié des malades présentant une PID avec diminution de la DLCO chez quatre patients. Le traitement était surtout le traitement de la polyarthrite rhumatoïde avec une corticothérapie systémique dans 85% des cas, les immunosuppresseurs dans 42.3% des cas. L'évacuation de la cavité pleurale en cas de pleurésie et une kinésithérapie respiratoire avec traitement hémostatique en cas de DDB avec hémoptysie. Dans notre étude, l'évolution favorable a été notée dans 19 cas avec une nette amélioration sur le plan respiratoire. Six cas étaient en cours de traitement, et un malade était perdu de vue. Aucun décès n'a été constaté. La polyarthrite rhumatoïde est la première connectivite pourvoyeuse de manifestations respiratoires. Tous les compartiments anatomiques peuvent être atteints. Un diagnostic et un traitement précoce permet d'éviter l'évolution vers des lésions pulmonaires irréversibles et ainsi améliorer le pronostic de ces patients.

P49- Les manifestations respiratoires du LED.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le lupus érythémateux disséminé atteint surtout la femme jeune et se caractérise par une atteinte systémique évoluant par poussée. Ses manifestations respiratoires sont fréquentes en particulier l'atteinte pleurale qui constitue un critère diagnostique. Elles se caractérisent par l'absence de lésions histologiques spécifiques et pose ainsi un problème de diagnostic différentiel avec les processus infectieux. Afin de préciser le profil clinique, biologique, radiologique et évolutif, nous avons mené une étude rétrospective portant sur 32 patients colligés au service entre 2010 et 2019. Il s'agit de 29 femmes et trois hommes, la moyenne d'âge est de 34 ans. L'atteinte respiratoire était révélatrice de la maladie dans 29 des cas. L'atteinte neuropsychique était retrouvée dans deux cas, l'atteinte rénale dans six cas. Les signes cliniques sont dominés par la dyspnée dans 29 cas et la douleur thoracique dans 23 cas. Le délai d'évolution de la maladie avant le diagnostic était en moyenne de trois mois. Une pneumopathie basale était retrouvée dans sept cas, une pleurésie dans 18 cas, des opacités alvéolaires avec épaississement pleural dans trois cas, une pneumopathie infiltrante diffuse dans quatre cas et une opacité alvéolaire unilatérale dans un cas. Tous les patients avaient un bilan immunologique positif. Une corticothérapie était prescrite dans tous les cas, l'évolution à court terme était favorable dans 26 cas. Nous déplorons un décès par AVC ischémique, et deux par détresse respiratoire, vingt-trois patients sont toujours suivis. Nous soulignons la fréquence de

l'atteinte pleurale, comme manifestation respiratoire du lupus, et son bon pronostic sous corticothérapie.

P50- L'atteinte respiratoire au cours de la granulomatoses avec polyangéite.

H. BAKKAL, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

La granulomatoses avec polyangéite, anciennement appelée maladie de Wegener, est une vascularite systémique nécrosante des vaisseaux de petits calibres, associant une inflammation de la paroi vasculaire et une granulomatoses péri et extravasculaire. Elle se traduit par une atteinte oto-rhino-laryngologique (ORL), respiratoire et rénale. D'autres manifestations systémiques de vascularite peuvent être présentes. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 11 cas admis au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une durée de 15 ans, allant de janvier 2004 à août 2019. La moyenne d'âge de nos patients était de 49 ans avec une légère prédominance féminine (55%). L'atteinte pulmonaire était révélatrice de la maladie dans l'ensemble des cas. Le délai de consultation était de 55 jours. Le mode d'installation était progressif dans dix cas et aigu dans un seul cas. La dyspnée, l'hémoptysie, le syndrome bronchique et la douleur thoracique étaient les signes fonctionnels respiratoires prédominants. La radiographie thoracique a montré des images réticulo-micronodulaires et des opacités excavées bilatérales dans respectivement quatre et trois cas. Sur le plan scannographique, des foyers de condensation alvéolaire étaient l'aspect le plus noté dans 55% des cas. La bronchoscopie souple réalisée chez 73% des patients, a objectivé un état inflammatoire diffus dans tous les cas, un saignement actif et sous forme de traces dans deux cas. Une preuve histologique a été notée dans trois cas, par biopsies transbronchiques dans deux cas et par biopsie pulmonaire sous thoracoscopie dans un cas. Le bilan immunologique réalisé chez dix patients, a objectivé des c-ANCA positifs chez 80% des patients. D'autres localisations extrapulmonaires ont été retrouvées : rénale et vasculaire dans neuf cas chacune, ORL dans cinq cas, cutanée dans trois cas et neurologique dans deux cas. Cinquante-cinq pour cent des cas présentaient une hémorragie intra-alvéolaire et 27% des cas un syndrome pneumo-rénal. Quarante-deux pour cent de nos patients ont bénéficié d'un traitement de fond à base de corticoïdes et d'immunosuppresseurs. L'évolution a été marquée par le décès de 6 patients, 4 patients ont été perdus de vue et 1 seul patient de 62 ans est toujours en vie. Une bonne analyse des manifestations clinico-radiologiques thoraciques et extra-thoraciques ; de la sérologie ANCA positive ; et des signes histologiques associant granulome, vascularite et nécrose ; permet de poser le diagnostic. Le pronostic de la maladie est lié à l'atteinte rénale.

P51- Les dilatations des bronches et polyarthrite rhumatoïde.

C. FARISSI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'association polyarthrite rhumatoïde (PR) et dilatations des bronches (DDB) peut atteindre 25% des cas, mais il n'est pas possible à ce jour d'affirmer de véritables liens de causalité entre les deux affections. Afin de mettre au clair cette association, nous rapportons une étude rétrospective entre 2006 et 2018 portant sur 12 cas présentant cette association au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Il s'agit de 11 femmes et un homme, avec une moyenne d'âge de 49 ans. La PR a précédé les DDB chez sept patientes avec une durée moyenne de 8 ans. Le diagnostic de PR était retenu selon les critères de l'EULAR-ACR (2009) chez tous nos patients. La symptomatologie respiratoire était représentée par la bronchorrhée et la dyspnée d'effort dans 10 cas, l'hémoptysie dans quatre cas. L'examen clinique a retrouvé des déformations des mains dans huit cas. L'imagerie thoracique a objectivé des DDB diffuses dans neuf cas, localisées dans quatre cas et bilatérales dans huit cas. Le facteur rhumatoïde était positif chez dix patients et les anticorps anti-CCP chez six patientes. Le traitement était basé sur l'antibiothérapie probabiliste en cas de surinfection bactérienne, les xanthiniques, la kinésithérapie de drainage bronchique chez tous les patients, une lobectomie inférieure gauche chez une patiente, et une corticothérapie systémique chez dix patients comme traitement de fond de la PR. À travers ce travail, on insiste sur la rareté et les difficultés de prise en charge de cette association.

P52- Le poumon rhumatoïde.

S. RAFTANI, L. NAJAH, H. JABRI, W. ELKHETTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les manifestations respiratoires de la polyarthrite rhumatoïde (PAR) sont les secondes en fréquence et certainement les plus graves des atteintes respiratoires des connectivites. Nous avons mené une étude rétrospective depuis janvier 2012 à juillet 2019, analysant 7 observations de poumon rhumatoïde. Trois de nos patients étaient de sexe masculin, la moyenne d'âge était de 70 ans. Tous nos patients consultaient en pneumologie pour des signes respiratoires dominés par la dyspnée et la toux sèche. Dans deux cas le diagnostic de PAR était connu et étaient suivis en rhumatologie, et dans 5 cas, la maladie a été découverte en dehors de l'atteinte respiratoire. Les signes articulaires étaient en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde dans tous les cas. La sérologie rhumatoïde (facteur rhumatoïde et Anti CCP) était positive dans deux cas. La TDM thoracique montrait un syndrome interstitiel dans 6 cas et double processus dans un cas et un cas de fibrose associé. la radiographie des extrémités trouve des lésions en faveur de PAR dans 4

cas. À leur sortie, tous nos patients étaient sous traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde dont deux sous immunosuppresseurs. Une adaptation de la corticothérapie a été faite dans un seul cas devant l'aggravation fonctionnelle respiratoire. Aucun patient n'a nécessité une oxygénothérapie au long cours. L'évolution clinique et radiologique étaient favorable dans tous les cas. Le poumon rhumatoïde devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire grâce à la définition précoce et précise des lésions pulmonaires au scanner.

P53- Granulomatose éosinophilique avec polyangeite : nouvelle observation.

S. BAINA, J. ACHRANE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : La granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA ou ancien syndrome de Churg et Strauss) est une vascularite qui associe une hyperéosinophilie sanguine périphérique, un asthme et une vascularite systémique. Nous en rapportons deux cas. Observation 2 : Il s'agit d'une patiente âgée de 56 ans, suivie pour rhinite allergique et asthme non contrôlé malgré un traitement de fond optimal. Elle rapporte depuis 2 ans une toux sèche avec dyspnée stade II et des arthralgies d'allure inflammatoire, évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. L'examen pleuro-pulmonaire retrouvait des râles sibilants bilatéraux et diffus, l'examen ORL a objectivé la présence d'une inflammation de la muqueuse nasale avec polypose. Le bilan radiologique thoracique avait objectivé un aspect en verre dépoli avec des foyers de condensation labiles. La spirométrie a montré un TVO sévère, non réversible sous béta2 mimétiques courte durée d'action. La fibroscopie bronchique avec LBA montrait une éosinophilie alvéolaire à 19%. Une éosinophilie tissulaire a été retrouvée sur la biopsie nasale, digestive et bronchique. Une échographie thoracique a montré une péricardite minime circonférentielle non compressive et une IRM cardiaque est en cours à la recherche d'une atteinte myocardique. Un électro-myogramme fait est revenu en faveur d'une polyneuropathie sensitivo-motrice des membres inférieurs avec des signes de myosite associées. Le diagnostic de maladie de Churg et Strauss a été retenu chez notre patiente, en se référant aux critères de l'ACR, et la patiente fut mise sous corticothérapie orale avec une nette amélioration. Conclusion : l'EGPA est une vascularite systémique, l'atteinte cardiaque est un élément de gravité pouvant engager le pronostic vital et nécessitant une prise en charge urgente.

P54- Atteinte respiratoire au cours du lupus érythémateux disséminé (LED).

L. NAJAH, W. EL KHATTABI, L. EL HAMDIOUI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'atteinte respiratoire du lupus érythémateux

systémique (LES) est moins connue que les atteintes cutanées, articulaires et rénales, son diagnostic peut être difficile en raison de son éventail de présentations. Le but de ce travail est d'étudier les différentes manifestations pleuropulmonaires du LED. A travers une étude rétrospective portant sur 9 patients hospitalisés entre janvier 2014 et Juillet 2019 pour une manifestation pleuropulmonaire rattachée au LED après avoir éliminé l'atteinte infectieuse et iatrogène, et rassemblé au moins 4 critères des 11 critères de l'Association des Rhumatologues Américains (ARA) retenant le diagnostic de LED. Tous les patients étaient de sexe féminin, l'âge moyen était de 30 ans. Trois patientes étaient connues suivies pour lupus. La symptomatologie clinique était dominée par la dyspnée dans 95% des cas. La pleurésie était l'atteinte prédominante dans notre série. On a relevé deux cas d'atteinte interstitielle chronique, et 3 cas de pneumopathie. Tous les patients ont bénéficié d'une corticothérapie par voie orale, associée aux antipaludéens de synthèse dans deux cas, et cinq patientes ont bénéficié d'une antibiothérapie. L'évolution a été favorable chez toutes nos patientes. Les atteintes respiratoires au cours du lupus peuvent précéder les autres manifestations du LED ou survenir à n'importe quel moment au cours de la maladie. Sa reconnaissance est cependant essentielle, car c'est un indicateur pronostic important qui peut mettre en jeu le pronostic vital à court terme.

P55- Syndrome pneumo-rénal : à propos de 10 cas.
S. RAFTANI, S. AIDOU, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le syndrome pneumo-rénal (SPR) est une urgence rare définie par l'association d'une hémorragie alvéolaire et d'une glomérulonéphrite rapidement progressive. Nous rapportons dix observations de SPR. Il s'agit de six hommes et quatre femmes, la moyenne d'âge est de 46 ans. Les signes d'appel sont l'hémoptysie chez neuf patients et un syndrome bronchique persistant associé à des hématuries chez une patiente. La TDM thoracique a montré la présence de lésions en verre dépoli dans tous les cas. Le bilan biologique a mis en évidence chez tous les patients une anémie hypochrome microcytaire associée à une insuffisance rénale rapidement progressive. Le bilan immunologique a trouvé les P ANCA et les anticorps anti MBG élevés chez une patiente, des C ANCA élevés chez six patients, des anticorps antinucléaires élevés chez deux patients et des anticorps anti SM chez une seule patiente. Tous les patients ont bénéficié de lavage broncho-alvéolaire qui a confirmé l'hémorragie alvéolaire et de biopsie rénale qui mis en évidence une glomérulonéphrite extra capillaire. Le diagnostic de granulomatose avec polyangéite a été retenu chez six patients et l'association de la maladie de Good Pasture et pANCA chez une patiente et lupus érythémateux disséminé chez trois patients. Les patients ont été mis sous bolus de corticoïde et de cyclophosphamide. Le

SPR est une urgence diagnostique et thérapeutique, et tout retard est grevé d'un préjudice vital et fonctionnel, de séquelles pulmonaires et rénales.

P56- Une nouvelle observation d'une polyarthrite rhumatoïde révélée par une PID : à propos d'un cas.
S. BOUSFIHA, A. BAHLOUI, M. HERRAG, NAITLHOU (CASABLANCA)

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une connectivite qui se caractérise par des atteintes articulaires chroniques, volontiers bilatérales, destructrices et déformantes. Les manifestations respiratoires de la polyarthrite rhumatoïde sont les secondes en fréquence et certainement parmi les plus graves. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 50 ans qui consulte pour une dyspnée d'effort d'aggravation progressive. Elle a présenté 4 mois avant son admission une dyspnée d'effort et une toux sèche évoluant dans un contexte de sensations fébriles et d'amaigrissement de 12 kg. L'examen thoracique retrouve des râles crépitants aux bases. L'imagerie (téléthorax et scanner thoracique) objective une pneumopathie infiltrative diffuse (PID). Dans l'enquête étiologique, l'interrogatoire retrouve des antécédents familiaux de PR (la mère et le frère), des polyarthralgies des grosses et petites articulations d'allure inflammatoire avec déverrouillage matinal et à l'examen une arthrite des poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) et interphalangiennes proximales (IPP). Au plan biologique : vitesse de sédimentation (VS) accélérée à 62mm à la première heure, le facteur rhumatoïde positif à 24, les anticorps anti-peptides citrullinés (anti CCP) positif à 20 et les anticorps anti-nucléaires sont positifs (1/160) avec un aspect moucheté. L'échographie montre un épaississement synovial bilatéral des MCP et IPP. L'échographie cardiaque retrouve un épanchement péricardique minime avec un péricarde épaissi. L'exploration fonctionnelle respiratoire objective un trouble ventilatoire restrictif (CPT à 65%) et une nette altération de la DLCO. L'examen ophtalmologique révèle une xérophtalmie avec un test de Schirmer positif. Le diagnostic de la PR a été retenu par la présence d'un score à 9 selon la classification de l'ACR/EULAR 2010. Devant l'absence d'autres étiologies de la PID, cette dernière a été retenue comme manifestation extra articulaire de la PR. Le traitement proposé est une corticothérapie au long cours associée à un traitement de fond antirhumatismal type Léflunomide. L'évolution a été marquée par la régression des arthrites et une amélioration partielle des signes respiratoires. A la lumière de cette observation, nous rappelons que malgré la fréquence des PID au cours des PR, les formes révélées par des manifestations pulmonaires restent relativement rares. Et nous soulignons la gravité des formes avec atteintes respiratoires, notamment les PID.

P57- Association d'une connectivite mixte et carcinome bronchique.*FZ. YOUSFI, S. GUERROUJ, H. KOUISMI (OUJDA)*

L'association entre les connectivites et les affections néoplasiques est décrite dans la littérature. Une augmentation du risque de malignité semble actuellement bien établie au cours de la dermatopolymyosite (DPM) et de la sclérodermie systémique (SS) mais controversée au cours du lupus érythémateux systémique (LES). Nous rapportons un cas illustrant cette association avec une revue de littérature. Observation : Il s'agit d'une patiente de 55 ans, suivie en rhumatologie pour un syndrome de chevauchement fait de polyarthrite rhumatoïde, lupus à tropisme articulaire, immunologique et hématologique, un syndrome de goujerot compliqué d'une fibrose pulmonaire, une péricardite et pan cytopénie fluctuante sous traitement à base de methothrexate, antipaludéen de synthèse et corticothérapie. La patiente est admise au service de pneumologie pour une hémoptysie de moyenne abondance associée à une dyspnée 2 selon la classification de Saadoul sans autres signes respiratoires associés. Examen clinique trouve une

patiente en bon état général OMS à 1, un hippocratisme digital bilatéral. Le bilan biologique à objectivé une pan cytopénie et un bilan inflammatoire positive avec une CRP à 100 mll. La radiographie thoracique et le scanner thoracique (figure 1 et figure 2) ont mis en évidence une image en lâcher de ballon et un bilan d'extension (scanner cérébral et thoraco abdominopelvien) a objectivé des métastases hépatiques et osseuses. La biopsie Trans pariétal était réalisé revenant en faveur d'carcinome épidermoïde peu différencié et invasif du poumon. Une fibroscopie bronchique rigide à été réalisé objectivant la présence d'un bourgeon endoluminale de la bronche souche droite s'étendant à la carène et la bronche souche gauche avec la mise en place d'une prothèse. L'évolution a été marquée par la régression de l'hémoptysie et l'amélioration de la fonction respiratoire de la patiente. Conclusion : La survenue de cancer au cours d'une connectivite aggrave le pronostic. Le risque de néoplasie est en rapport avec le désordre immunologique et l'immunodépression provoqués par ces maladies, l'activité de la maladie ainsi que le traitement immunosuppresseurs utilisé pour le traitement de ces maladies.

14h30-18h00 : Communications affichées 2**PO-58 à PO-114****P58- Particularités des pneumopathies infiltrantes diffuses chez l'homme.**

N. BOUGTEB, W. EL KHATTABI, L. NAJAH, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les pneumopathies infiltrantes diffuses regroupent des pathologies respiratoires de causes variées qui diffèrent en fonction du sexe. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 83 patients de sexe masculin suivis pour PID, sur une période de 05 ans (janvier 2014- juillet 2019). Le but de notre étude est de déterminer le profil clinique, endoscopique et étiologique des PID chez l'homme. La moyenne d'âge était de 56 ans avec des âges extrême (44ans-70ans). Le tabagisme actif était présent chez 67% des patients, les signes de reflux gastro-œsophagien dans 11% des cas, l'exposition à l'amiante dans 5% des cas, aux déjections d'oiseaux dans 21% des cas. La symptomatologie clinique était dominée par la dyspnée dans tous les cas, la toux sèche dans 83% des cas. Les arthralgies étaient rapportées par 9% des cas. L'examen clinique a trouvé des râles crépitants dans 61% des cas, un hippocratisme digital dans 54% des cas. Par ailleurs 2 patients avaient des déformations articulaires. L'imagerie thoracique a objectivé des signes de fibrose pulmonaires dans 51% des cas. La bronchoscopie était réalisée chez tous les patients, le lavage bronchiolo-alvéolaire était macrophagique dans 54% des cas. Les biopsies bronchiques ont montré un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse dans 7% chez des cas. Les étiologies sont représentées par la sarcoïdose dans 17.5% des cas, la sclérodermie dans 3% des cas, les pneumoconioses dans 8% des cas, la pneumopathie d'hypersensibilité dans 3.5% des cas et la fibrose pulmonaire idiopathique dans 15.5% des cas. Par ailleurs 52.5% des patients restent sans étiologies. Nous rapportons à travers ce travail les particularités des pneumopathies infiltrantes diffuses chez l'homme dont les étiologies restent inconnues dans la majorité des cas.

P59- Syndrome d'emphysème des sommets et fibrose pulmonaire des bases combinés : à propos de 3 cas.

F.Z. YOUSFI, A. HAYOUNE, H. KOUISMI (OUJDA)

Introduction : Le syndrome d'emphysème des sommets et fibrose pulmonaire des bases (SEF) est une atteinte pulmonaire concomitante associant des lésions emphysemateuses des sommets et une fibrose des bases, entraînant une modification progressive et profonde de la structure des poumons. A travers ces deux cas cliniques diagnostiqués dans notre CHU

MOHAMED VI OUJDA, nous insistons sur l'intérêt du diagnostic de ce syndrome. Observation 1: il s'agit d'un patient de 57 ans, tabagique chronique à raison de 20P/an non sevré, suivi pour une bronchite chronique sous traitement, admis pour une dyspnée stade II (SAADOUL) et une toux grasse sans autres signes respiratoires ou extrarespiratoires en faveur d'une connectivite notamment pas de poly arthralgies, pas de déficit musculaire, pas de xérostomie ou xérophtalmie, pas de phénomène de Raynaud ou autres signes cutanés. L'examen clinique était sans particularités. Le bilan biologique était positif avec une hyperleucocytose à 14970 et une CRP à 56, D-dimères à 5,84 mg/l. La radiographie thoracique a objectivé un syndrome alvéolo interstitiel gauche (figure 1) et l'angioscanner thoracique a mis en évidence un poumon emphysemateux associé à des pneumopathies interstitielles diffuses et un foyer de DDB kystique LIG ET LSG (figure2). Une fibroscopie bronchique était réalisée objectivant un aspect inflammatoire diffus de l'arbre bronchique et des taches anthracosiques diffuses. Le patient a été mis sous traitement bronchodilatateurs (anticholinergique de longue durée d'action, et B2 mimétique de courte durée d'action) et une antibiothérapie par voie injectable à base d'amoxicilline protégée à raison de 2G/JR puis par voie orale pendant deux semaines avec une bonne évolution clinique. Observation 2 : Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, tabagique chronique à raison de 40 paquets/année, admis pour une dyspnée stade IV et une toux productive, évoluant depuis 2 ans, sans signes respiratoires ou extra-respiratoires associés. L'examen clinique a objectivé un hippocratisme digital bilatérale et des râles crépitants baso-thoraciques bilatéraux sans signes en faveur d'une connectivite. La radiographie et la TDM thoraciques (Figures 3 et 4) ont confirmé le diagnostic en précisant la présence d'un emphysème au niveau des 2/3 des sommets et une fibrose pulmonaire au niveau des bases faite des lésions de type pneumopathie interstitielle commune usuelle. La spirométrie objectivait un trouble ventilatoire mixte. L'échocardiographie révélait la présence d'une HTAP à 50 mmHg. Le malade a été mis sous oxygénothérapie à domicile, les bronchodilatateurs, une corticothérapie inhalée, les anticoagulants et le sildénafil. L'évolution était favorable marquée surtout par une amélioration de la dyspnée qui est devenue stade II de SAADOUL, et un contrôle de son HTAP qui a régressé à 35 mmHg. Observation N°3 : Patient âgé de 64 ans, non tabagique suivi pour une psychose et une pneumopathie interstitielle diffuse d'étiologie inconnue admis pour une toux productive et des arthralgies d'allure inflammatoire sans autres signes respiratoires

ventilatoire mixte avec une chute de DLCO. Le malade a été mis sous bronchodilatateurs, corticoïde inhalée et un traitement immunosuppresseurs pour sa polyarthrite rhumatoïde. Conclusion : Le syndrome de fibrose des bases et d'emphysème des sommets est une entité rare qui survient dans un contexte de tabagisme ou de connectivite, le diagnostic est basé sur le scanner thoracique de haute résolution. La survenue d' HTAP constitue le principal facteur de mauvais pronostic de ce syndrome. des sommets et syndrome interstitiel au niveau des bases

P60- Aspects scannographiques des pneumopathies infiltrantes diffuses.

O. FIKRI, S. AITBATAHR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) constituent un groupe de pathologie fréquente en pneumologie, leur expression clinique riche à la fois thoracique et extra-thoracique les rendant parmi les maladies les plus invalidantes. Le scanner thoracique de haute résolution est un élément clé dans le bilan diagnostique. Une meilleure analyse permet d'orienter le diagnostic étiologique. **But de travail :** Le but de notre travail est de préciser l'apport du scanner thoracique dans le diagnostic des PID. **Matériel et méthode :** Nous avons analysés rétrospectivement les dossiers de patients hospitalisés pour PID chronique colligés au service de pneumologie CHU Mohamed VI de Marrakech entre Janvier 2013 et Juin 2019. **Résultats :** 138 cas ont été colligés. Il s'agissait de 112 femmes et 26 hommes avec un sexe ratio de 0,2. La moyenne d'âge était de 52,3ans avec des extrêmes de 24 à 79 ans. Les symptômes cliniques étaient dominés par la dyspnée (90,2%) et la toux (79,6%). Au scanner thoracique, un syndrome interstitiel fait d'infiltrats réticulo- micronodulaires et nodulaires diffus et bilatéraux était notés dans 48 cas soit 34,53%. L'épaississement des septasinterlobulaires et/ou intralobulaires notait dans 78 cas soit 56% et le verre dépoli dans 72 cas soit 52%. Un rayon de miel était retrouvé dans 52 cas soit 38%, une atteinte alvéolo-interstitielle dans 36 cas soit 26% et les adénopathies médiastinales dans 28 cas soit 20,28% contenant des calcifications dans 8 cas. L'image scannographique typique de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) est retrouvé dans 8 cas soit 5,8%, d'une pneumopathie infiltrante non spécifique(PINS) dans 2 cas soit 1,4% et d'une pneumopathie infiltrante idiopathique inclassable dans 30 cas soit 21,7%. La présentation radiologique, les signes extrathoraciques spécifiques trouvés dans 50,6% des cas ainsi que le bilan paraclinique avait permis de conclure à une PID secondaire à une sarcoïdose dans 42 cas soit 30,4%, associée à une connectivité dans 20 cas soit 14,5%, secondaire à une alvéolite allergique extrinsèque et une silicose dans 10 cas soit 7,2%, secondaire à une lymphangite carcinomateuse dans 8 cas soit 5,8%, d'origine médicamenteuse et une histiocytoselangerhansienne dans 4 cas chacun.

Conclusion : Les aspects scannographiques des PID sont multiples : dominés dans notre contexte par les réticulations, épaississements des septas et le verre dépoli. Une approche clinique et scannographique, basées notamment sur l'analyse des signes prédominants, guide le clinicien dans la prise en charge des PID.

P61- Les images hydro aériques : profil étiologique.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les images hydroaériques (IHA) constituent un motif fréquent d'hospitalisation dans un service de pneumologie. Ils posent souvent un problème de diagnostic étiologique. **Méthodes :** Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 126 cas d'IHA colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca de janvier 2010 à décembre 2018. **Résultats :** La moyenne d'âge était de 49 ans, avec une prédominance masculine dans 79% des cas. Un antécédent de tabagisme était noté dans 64% des cas, de tuberculose pulmonaire dans 9,14% des cas et de diabète dans 7,4% des cas. Le tableau clinique était dominé par le syndrome bronchique purulent dans 64% des cas suivi par la douleur thoracique dans 50,6% des cas. L'examen clinique a retrouvé un syndrome d'épanchement mixte dans 41% des cas, liquidien dans 32,51% des cas et un gargouillement intestinal intrathoracique dans 8,4% des cas. Le téléthorax a montré une IHA à paroi fine avec un niveau ondulé dans 21 % des cas, avec niveau régulier dans 30,45% des cas, délimitant le moignon pulmonaire dans 38,6% des cas et une variabilité des images radiologiques dans 8,5% des cas. Le siège était pleural dans 56,5%, parenchymateux dans 45,7% et diaphragmatique dans 7,4% des cas. Le diagnostic de kyste hydatique pulmonaire rompu était posé dans 31,6% des cas, d'abcès pulmonaire dans 25,4% des cas, de pyopneumothorax tuberculeux dans 17,32% des cas, de carcinome bronchogénique dans 11,4% des cas, d'hémopneumothorax dans 7,5% des cas, de pyopneumothorax bactérien dans 5,1% des cas et d'hernie diaphragmatique dans 2% des cas. Le traitement était basé sur une bi-antibiothérapie probabiliste avec kinésithérapie respiratoire dans 35,9% des cas, un traitement antibacillaire dans 17,32% des cas, un traitement chirurgical dans 21% et un traitement palliatif dans 9,4% des cas. L'évolution était bonne dans 87,2% des cas. On déplore 15 décès. **Conclusion :** Les étiologies des IHA sont très variées dominées dans notre contexte par les pyopneumothorax tuberculeux, les kystes hydatiques et les abcès pulmonaires.

P62- Profil étiologique des troubles de ventilation.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Les troubles de ventilation sont des

anomalies extrêmement fréquentes en pathologie respiratoire. Ils sont dus à un obstacle endobronchique ou à une compression extrinsèque. Méthodes : Étude rétrospective portant sur 95 cas de patients hospitalisés pour un trouble de ventilation colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Roch de Casablanca de janvier 2006 à janvier 2019. Résultats : Il s'agit de 61 hommes et 34 femmes. La moyenne d'âge était de 61 ans (17–85 ans). Le tabagisme était retrouvé dans 59 cas. Les symptômes cliniques étaient dominés par un syndrome bronchique dans 52 cas, une douleur thoracique dans 46 cas et des hémoptysies dans 43 cas. L'examen clinique retrouvait un syndrome d'épanchement liquidien dans 54 cas et un syndrome de condensation dans 32 cas. Le téléthorax objectivait une atélectasie de tout un hémithorax dans 52 cas et une atélectasie lobaire dans 43 cas. La bronchoscopie, faite dans tous les cas, avait trouvé une tumeur bourgeonnante dans 39 cas, une sténose d'allure tumorale dans 32 cas, des granulations dans 12 cas, un aspect de compression extrinsèque dans neuf cas, une distorsion bronchique dans deux cas. Le diagnostic positif était porté par les biopsies bronchiques dans 76 cas, par biopsies sous thoracotomie dans sept cas, sous médiastinoscopie dans huit cas et par ponction biopsie transpariétale dans quatre cas. Les étiologies étaient : un carcinome bronchogénique dans 74 cas, une tuberculose endobronchique dans neuf cas, une tumeur carcinoïde dans dix cas, un lymphome B et un anévrisme de l'artère lobaire inférieure dans un cas chacun. Le traitement dépendait de l'étiologie. L'évolution était bonne dans 46 cas, douze cas sont en cours de traitement et nous déplorons 31 décès, six cas sont perdus de vue. Conclusion : Nous insistons sur la diversité étiologique des troubles de ventilation, qui est dominée par le carcinome bronchogénique et sur l'intérêt de la bronchoscopie dans le diagnostic.

P63- Profil étiologique des opacités pulmonaires excavées.

C. FARISSI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les opacités pulmonaires excavées représentent un motif fréquent de consultation en pneumologie. Nombreuses pathologies peuvent en être responsables, notamment infectieuses ou néoplasiques, d'où la difficulté de leur prise en charge diagnostique. Nous rapportons une analyse de 175 cas d'opacité pulmonaire excavée, colligés au service des maladies respiratoires entre janvier 2005 et décembre 2019. La moyenne d'âge était de 55 ans, avec une nette prédominance masculine (78%). Les antécédents sont dominés par la tuberculose dans 30 % des cas et le diabète dans 18 % des cas. Le délai moyen de consultation était de 3 mois. Le tableau clinique était d'installation progressive dans 92%, dominé par le syndrome bronchique (90%), l'hémoptysie (45%), la fièvre (60%) et l'altération de

l'état général (80%). La radiographie thoracique a retrouvé une opacité excavée unique dans 75% des cas et multiple dans 23% des cas. La tomodensitométrie thoracique a objectivé un processus tumoral dans 40% des cas, une condensation alvéolaire dans 32% des cas et des bulles d'emphysème surinfectées dans 17% des cas. Le délai diagnostique moyen était de 15 jours. Les étiologies étaient dominées par la tuberculose dans 34 % des cas et le carcinome pulmonaire dans 28% des cas. L'abcès pulmonaire est retrouvé dans 18% des cas, la greffe aspergillaire dans 8%, des bulles d'emphysème, des séquelles de tuberculose surinfectées dans 3% chacune, des DDB surinfectées dans 1% des cas, quatre cas de kyste hydatique, une staphylococcie pulmonaire et une détermination pulmonaire de maladie de Wegener dans un cas chacune. À travers cette étude, on souligne la diversité étiologique des opacités pulmonaires excavées, qui reste dominée par la tuberculose et le cancer pulmonaire dans notre contexte.

P64- Profil étiologique des images en lâcher de ballon : à propos de 106 cas.

A. FAHMI, H. JABRI, H. ARFAOUI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les étiologies des images en lâcher de ballons sont nombreuses. Elles font craindre en premier l'origine maligne. Leur découverte est parfois fortuite. Le but de ce travail est d'analyser le profil étiologique de ces lésions. Nous avons mené une étude rétrospective entre janvier 2011 et mars 2018 portant sur 106 patients hospitalisés pour image pulmonaire en lâcher de ballon. Il s'agit de 47% de sexe masculin et 53 % de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 53 ans. Dans les antécédents, 50% des patients ont été suivis pour néoplasie. La douleur thoracique était retrouvée chez 69% des cas et la dyspnée dans 62% des cas. L'altération de l'état général a été retrouvée dans 75% des cas. Le scanner thoracique a objectivé des images en lâcher de ballons bilatérales dans 86% des cas, et unilatérales dans 14% des cas. Le diagnostic était établi grâce à la bronchoscopie dans 44% des cas, la ponction-biopsie trans-thoracique dans 18% des cas, la biopsie d'une adénopathie périphérique dans 26% des cas. L'origine maligne a été retenue dans 80% des cas, dont le carcinome bronchogénique dans 26% des cas. L'hydatidose pulmonaire multiple a été retrouvée dans 7% des cas, une pneumonie à *Staphylococcus aureus* dans 2% des cas et la tuberculose et sarcoïdose thoracique dans 1% des cas. Le traitement a été en fonction de l'étiologie. L'évolution a été favorable dans l'origine infectieuse (7% des cas) et marqué par le décès chez 24 patients. La prédominance de l'étiologie maligne devant des images en lâcher de ballons rend le pronostic péjoratif surtout devant l'évolution silencieuse des métastases pulmonaires.

P65- L'apport de la broncoscopie souple dans l'extraction des corps étrangers endobronchiques chez l'adulte.

A. FAHMI, H. JABRI, H. ARFAOUI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'inhalation des corps étrangers est un accident rare chez l'adulte qui peut mettre immédiatement en jeu le pronostic vital ou être à l'origine de séquelles graves. Nous rapportons 15 cas de corps étrangers endobronchiques de l'adulte colligés au service du janvier 2016 à Juillet 2019. Il s'agit de 4 hommes et 11 femmes dont la moyenne d'âge est de 35 ans (15 à 78 ans). L'inhalation a été accidentelle dans tous les cas. Le délai moyen de consultation était de 7 jours. Le motif de consultation était dominé par le syndrome de pénétration dans 13 cas, et les infections respiratoires à répétition dans deux cas. L'examen clinique a été sans particularité. La radiographie thoracique a montré un corps étranger radio-opaque dans 60% des cas. Il siège à droite dans 9 cas, à gauche et au niveau de la trachée dans trois cas chacun. La broncoscopie a visualisé le corps étranger dans 11 cas (73%). La nature du corps étranger était variable, mais reste largement dominée par les épingles à foulards notamment chez les jeunes filles dans 9 cas, canule de trachéotomie dans 3 cas et os du poulet dans un seul cas. L'extraction du corps étranger est réalisée par la broncoscopie souple dans 9 cas (60%), rigide dans deux cas (14%), et par la chirurgie chez un seul cas. Trois patientes ont rejeté spontanément le corps étranger. Les corps étrangers semblent également être l'apanage de l'adulte mais reste un phénomène rare. Elle peut être à l'origine de séquelles graves et doit être suspectée devant tout tableau de pneumopathie traînante ou récidivante.

P66- Cytodiagnostic du liquide d'aspiration bronchique.

FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, L. NAJAH, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Résumé : La broncoscopie souple fait partie du bilan carcinologique des carcinomes bronchogéniques. Elle permet la réalisation des biopsies bronchiques mais aussi l'aspiration du liquide bronchique en vue d'une étude anatomopathologique notamment cytodiagnostics à la recherche des cellules tumorales. Le but de notre travail est de déterminer l'apport du cytodiagnostics du liquide d'aspiration bronchique en cas de suspicion de carcinome bronchogénique. Il s'agit d'une enquête rétrospective réalisée pendant 6 ans de Janvier 2013 à Janvier 2019. Toutes les hémopathies malignes ont été exclues. Au cours de cette étude, 485 cas de carcinomes bronchogéniques étaient recensés, dominés par les carcinomes épidermoïdes dans 298 cas (62%). Le diagnostic était porté par la biopsie bronchique dans 212 cas (44%) et porté par la biopsie d'un autre site dans 273 cas (56%). La broncoscopie réalisée chez 449 patients (92%) montrait des anomalies chez 373 patients (80%). Le

cytodiagnostics du liquide d'aspiration bronchique réalisée chez tous les patients a été contributif chez 12 patients (3%) seulement. Il était non contributif chez tous les patients ayant une broncoscopie normale. Ces 12 patients étaient classés au stade III dans 4 cas et au stade IV dans 8 cas. Le rendement de la biopsie bronchique au cours du cancer bronchogénique dans le cadre du bilan étiologique est significatif. Notre enquête montre que l'étude du liquide d'aspiration bronchique par cytodiagnostics est non contributive, coûte cher au patient et ne modifie en rien la prise en charge. A travers ce travail, le cytodiagnostics du liquide d'aspiration bronchique ne doit pas être systématique lors de la broncoscopie même devant les anomalies endoscopiques.

P67- Inhalation d'épingle à foulard : Expérience du service de pneumologie de Casablanca.

FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, L. NAJAH, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'inhalation d'un corps étranger est un accident rare chez l'adulte. L'inhalation d'épingle à foulard est un accident exceptionnel chez les jeunes patientes porteuses de voile dans les pays musulmans. Nous rapportons 52 cas d'inhalation d'épingle à foulard entre janvier 2010 et janvier 2019. La moyenne d'âge a été de 17 ans. L'inhalation a été accidentelle dans tous les cas. Le syndrome de pénétration était retrouvé chez les toutes patientes sauf une, avec accès de suffocation dans 22 cas, une toux sèche dans 45 cas, des expectorations purulentes dans 28 cas et des hémoptysies dans 12 cas. L'examen clinique est normal dans tous les cas. La radiographie thoracique a objectivé le corps étranger sous forme d'une opacité linéaire radio-opaque localisée dans l'hémithorax gauche dans 56% des cas. Six patientes ont fait une expulsion spontanée. La broncoscopie souple, réalisée chez les autres patientes, a permis de visualiser le corps étranger au niveau de la pyramide basale gauche dans 52% des cas, dans la pyramide basale droite dans 40% des cas et dans 8% au niveau de la bronche souche gauche dans 8% des cas. La broncoscopie a retrouvé un corps étranger recouvert d'un granulome dans 45% des cas. La manœuvre d'extraction par la broncoscopie souple a réussi dans 95% des cas. Le recours à la broncoscopie rigide et à la thoracotomie est indiqué dans un cas chacun. À travers cette étude, nous insistons sur l'intérêt de la sensibilisation des jeunes filles voilées sur la manipulation prudente des épingles et sur le rôle de la broncoscopie souple dans l'extraction des corps étrangers et en particulier des épingles à foulard inhalées. La broncoscopie rigide et la chirurgie restent toujours indiquées en cas d'échec.

P68- L'apport de l'échographie thoracique dans la prise en charge des pleurésies.

A. FAHMI, H. JABRI, H. ARFAOUI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'échographie thoracique est devenue un outil indispensable en pneumologie. Elle permet d'améliorer la prise en charge des pathologies pleurales en assurant la réalisation des gestes pleuraux en toute sécurité notamment les ponctions pleurales. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 77 cas de patients admis pour pleurésie ayant bénéficié d'une échographie thoracique entre juin et janvier 2018. L'âge moyen était de 40 ans. Le tabagisme était retrouvé chez 10 patients, 4 patients étaient suivis pour pathologie néoplasique, une hypothyroïdie a été retrouvée dans un cas. La symptomatologie était dominée par les douleurs thoraciques chez 60% des cas, suivie par la dyspnée chez 34%. L'aspect radiographique était atypique dans 32% des cas. L'échographie thoracique a détecté la pleurésie avec une sensibilité de 98% et une spécificité de 100%. La localisation de l'épanchement était droite chez 42 patients, gauche chez 32 patients et bilatérale chez 3 patients. 38% des épanchements étaient cloisonnés. La ponction biopsie pleurale a objectivé une tuberculose pleurale chez 32 patients (44,16%), une pleurésie maligne chez 25 patients (32,47%) ; dont 15 épanchements étaient métastatiques du cancer bronchogénique et 10 de cancers extra-thoraciques. On a pu conclure que l'échographie thoracique est une technique d'exploration accessible, non invasive et qui peut être d'un grand apport aussi bien dans le diagnostic de certaines pathologies pleurales que pour guider des gestes à visée diagnostique, cependant elle reste une technique dépendante de l'expérience de son opérateur.

P69- Apport du GeneXpert dans le liquide d'aspiration bronchique dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

H. EL KHAL, H. JABRI, A. FAHMI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

La tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse endémique au Maroc. Son diagnostic repose sur une confrontation clinique, biologique et radiologique. Le GeneXpert est un des outils de diagnostic rapide de la tuberculose pulmonaire. Il est actuellement recommandé par l'OMS en association avec l'examen direct des expectorations et de la culture. Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 125 patients suspects de tuberculose pulmonaire ayant bénéficié de la recherche de l'ADN du *Mycobacterium Tuberculosis* par Genexpert dans le liquide d'aspiration bronchique entre Juin 2016 et Février 2019. La moyenne d'âge était de 48 ans avec prédominance masculine 86H/39F. Le tabagisme a été noté dans 97% des cas avec une moyenne de 22 PA. Nos patients avaient un tableau clinique et radiologique évocateur de tuberculose pulmonaire avec examen direct négatif. Pour cela, une bronchoscopie souple avec examen direct, culture et GeneXpert dans le liquide d'aspiration bronchique ont été réalisées. La décision de démarrer le traitement anti bacillaire a été prise dans 52,8% des cas suspects, soit

66 malades. L'examen direct dans le L.A.B était positif dans 16 cas soit 12,8% des malades, soit une sensibilité de 24,2 %. La culture est revenue positive dans 22 cas soit 17,6% des malades, soit une sensibilité de 33,3 %. La recherche de l'ADN du *mycobacterium Tuberculosis* par GeneXpert est revenue positive dans 40 cas soit 32% des malades, soit une sensibilité de 60,6%. La spécificité des différents tests était de 100%. La résistance à la rifampicine a été retrouvée dans un cas. Le délai moyen de l'obtention du résultat du GeneXpert était de cinq jours. En conclusion, le test GeneXpert dans le L.A.B a permis de réconforter le diagnostic de tuberculose pulmonaire chez 12,8% des malades ayant un examen direct positif, et de démarrer le traitement dans un délai moyen de 05 jours chez 32% malades, contournant la contrainte de temps de la culture qui reste nécessaire.

P70- Profil épidémiologique, clinique et étiologique des hémithorax opaques.

R. CHERKAoui, W. ELKHATTABI, L. EL HAMDAOUI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'hémithorax opaque est une cause fréquente de consultation en pneumologie dans notre pays. D'étiologies diverses, il constitue une difficulté diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 64 patients sur une période de 5 ans (janvier 2015-juillet 2019). Il s'agit de 38 hommes et 25 femmes. La moyenne d'âge était de 41 ans. Le tabagisme actif était noté chez 52% des patients, l'antécédent de tuberculose pulmonaire chez 12% des cas et le diabète dans 6% des cas. La symptomatologie était dominée par la douleur thoracique dans tous les cas et la dyspnée dans 84% des cas. L'altération de l'état général était notée dans 73% des cas. L'examen clinique a objectivé un syndrome d'épanchement liquidien dans 75% des cas, des adénopathies périphériques dans 7% des cas. La radiographie thoracique a montré un hémithorax opaque avec refoulement des éléments de médiastin dans 43% des cas et un hémithorax opaque rétractile dans 57% des cas. La bronchoscopie souple a objectivé une tumeur bougeonnante dans 23% des cas, une sténose infiltrative dans 19% des cas et un épaississement des éperons dans 24% des cas. Par ailleurs, la bronchoscopie souple était normale dans 34% des cas. Le diagnostic étiologique était porté par les biopsies bronchiques dans 28% des cas, la ponction biopsie pleurale dans 39% des cas, la thoracoscopie dans 18% des cas et la biopsie d'autres sites dans 15% des cas. Les étiologies sont dominées par le carcinome bronchogénique dans 52% des cas, les métastases pleurales dans des cas 32% et la tuberculose pleurale dans 16% des cas. L'évolution était marquée par le décès dans 12% des patients ayant des étiologies malignes. Nous signalons la nécessité d'une prise en charge précoce devant tout hémithorax opaque dont les étiologies restent dominées par l'origine maligne.

P71- Opacités pulmonaires excavées : profil étiologique.

L. ELHAMDAOUI, H. JABRI, A. BOUMEHDI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Introduction : Les opacités pulmonaires excavées représentent un motif fréquent d'hospitalisation en pneumologie. **Méthodes :** Nous rapportons une étude rétrospective étalée sur 6 ans (juillet 2013–juillet 2019), menée au service des maladies respiratoires à l'hôpital 20-Août de Casablanca, concernant 99 patients hospitalisés pour opacité pulmonaire excavée. **Résultats :** La moyenne d'âge est de 55 ans, avec une nette prédominance masculine (83%). Le tabagisme actif est noté chez 70% des cas. Les antécédents sont dominés par la tuberculose pulmonaire dans 42% des cas, le diabète dans 7.3% des cas et la polyarthrite rhumatoïde dans 2,8% des cas. Le délai moyen de consultation est de 3 mois. Le tableau clinique est d'installation progressive dans 97%, dominé par le syndrome bronchique (80%), la douleur thoracique (65%), l'hémoptysie (29%), la fièvre (54,5%) et l'altération de l'état général (79%). La radiographie thoracique a retrouvé une opacité excavée unique dans 88% des cas et multiple dans 12% des cas. Le siège apical est noté dans 51% des cas. La tomodensitométrie thoracique a objectivé un processus tumoral dans 46,5% des cas, une condensation alvéolaire dans 48,5% des cas et des cavités séquellaires sur-infectées dans 10% des cas. Le délai diagnostique moyen est de 14 jours. Les étiologies sont dominées par le carcinome bronchogénique dans 54% des cas, la tuberculose pulmonaire dans 20% des cas. Les autres étiologies sont représentées par l'abcès pulmonaire (7%), les bulles d'emphysème sur-infectées (7%), la greffe aspergillaire dans 7%, une surinfection sur-dilatation de bronches dans 3% des cas, la détermination pulmonaire de la granulomatoses avec polyangéite et de la polyarthrite rhumatoïde dans 2% chacun. **Conclusion :** Les étiologies des opacités excavées sont variables mais restent dominées par le cancer pulmonaire et la tuberculose dans notre contexte.

P72- L'échographie thoracique réalisée par les pneumologues : expérience du service.

L. HAMDAOUI, R. ADYEL, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'échographie thoracique réalisée par les pneumologues a permis le diagnostic et le suivi de pathologies pulmonaires, pleurales et pariétales. Elle a permis aussi la réalisation de guider des gestes explorateurs : ponction pleural, ponction biopsie Trans pariétale augmentant le taux de réussite de ces gestes et en diminuant les complications. Il s'agit d'une étude rétrospective analytique de 252 cas ayant bénéficiés de l'échographie thoracique durant 2 ans (du juillet 2017 au juillet 2019). L'étude porte sur 195 hommes et 57 femmes. L'échographie a détecté 130

épanchement pleuraux, 117 masse pulmonaires, 2 masse médiastinales antérieurs, 4 foyers de condensation, 2 hydro pneumothorax, 1 abcès pulmonaire. L'échographie a permis aussi de guider 116 gestes dont 45 ponctions biopsies Transpariétales et 71 ponctions biopsies pleurales. L'échographie est donc primordiale pour le diagnostic et le suivi de la pathologie pulmonaire vu sa reproductibilité, sa disponibilité, et son faible coût bien que ce soit un examen opérateur dépendant.

P73- Apport diagnostique de la scintigraphie pulmonaire dans l'embolie pulmonaire non confirmée par l'angioscanner.

L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTABI, R. CHARKAOUI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Introduction : L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie fréquente, grave, multifactorielle, en l'absence de signe clinique pathognomonique, la démarche diagnostique repose sur l'évaluation de la probabilité clinique associée à la réalisation d'examen complémentaires. **Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 30 patients suspectés d'EP avec D-dimères (+) et angioscanner (-), répartis en deux groupes : groupe (A) de 11 patients avec scintigraphie pulmonaire de perfusion (+) et groupe (B) de 19 patients avec scintigraphie pulmonaire de perfusion (-) ou (intermédiaire). La scintigraphie a été réalisée chez tout patient qui a gardé une symptomatologie respiratoire sans étiologie apparente. À noter que l'angioscanner disponible dans notre structure est à 16 barrettes. Le but de notre travail est d'évaluer l'apport de la scintigraphie pulmonaire chez des patients avec probabilité clinique intermédiaire ou forte (score de Wells) et un angioscanner (-). **Résultats :** Sur 30 patients suspectés d'embolie pulmonaire chez qui l'angioscanner thoracique était non contributif, les résultats de la scintigraphie pulmonaire étaient les suivants : la moyenne d'âge est de 52 ans dans le groupe (A) et de 40 ans dans le groupe (B) avec une prédominance masculine dans les deux groupes, le sex-ratio H/F : 1,2 dans le groupe (A) et 1,1 dans le groupe (B). Les antécédents pathologiques du groupe (A) sont dominés par la BPCO (25%), la neurobehçet chez un seul patient et ATCD d'embolie pulmonaire chez un seul patient. Les antécédents pathologiques chez le groupe (B) sont dominés par l'hypertension pulmonaire (10%), BPCO (12%), tuberculose pulmonaire chez 6%, lupus chez 6%, Behçet chez 10%, cancer chez 3% et chirurgie récente chez 3% des patients. Les manifestations cliniques chez le groupe (A) sont dominés par la dyspnée (78%) suivie par la douleur basithoracique (11%) et l'hémoptysie (11%). Dans le groupe (B) : la dyspnée (89%), douleurs basithoraciques (48%), hémoptysie (13%). La prise en charge thérapeutique a été basée sur l'héparine à bas poids moléculaire avec relais par les antivitamines K. L'évolution a été favorable dans 93% des cas et 7% de

cas de décès. Conclusion : On note à travers ce travail qu'une scintigraphie pulmonaire a un apport non négligeable dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire quand on est devant l'association de la probabilité clinique intermédiaire est forte et l'absence de diagnostic alternatif plus probable.

P74- Apport de l'imagerie dans le diagnostic de l'hydatidose thoracique.

H. ARBOUNI, H. EL AZOUAZI, K. EL KHADIR, O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectifs : - Déterminer l'apport de l'imagerie dans le diagnostic de l'hydatidose thoracique. Matériels et méthodes : - Illustrer les aspects radiologiques de l'hydatidose thoracique. Résultats : - L'hydatidose est la cestodose humaine la plus fréquente due au développement larvaire d'Echinococcus granulosus. - L'hydatidose thoracique peut toucher tous les organes intra thoraciques mais la localisation pulmonaire est largement dominante. - Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques. - L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic et le bilan d'extension. Conclusion : - l'imagerie permet de connaître des aspects radiologiques de l'hydatidose thoracique, et joue un rôle important pour poser le diagnostic.

P75- Aspects scannographiques de la silicose.

H. ARBOUNI, H. BAKALI, H. EL AZOUAZI, O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectifs : - Savoir identifier les principales lésions faisant évoquer une silicose. - Discuter et illustrer les aspects radiologiques de cette pathologie. Matériels et méthodes : - Illustrer les aspects radiologiques de la silicose par des coupes tomographiques. Résultats : - La silicose est une pneumoconiose liée à l'exposition à la poussière de la silice créant une réaction fibroblastique interstitielle induisant la formation de nodules pulmonaires. - La répartition de ces nodules peut être soit centro-lobulaire, soit inter-lobulaire péri-broncho vasculaire, ou sous pleurale. - Ils prédominent au niveau des lobes supérieurs et des segments apicaux des lobes inférieurs. - Il s'y associe des adénopathies avec calcifications en coquille d'œuf. - La silicose revêt plusieurs formes cliniques: simples, compliquées ou aiguës. - Elle peut être associée à la polyarthrite rhumatoïde dans le cadre du syndrome de Caplan-Collinet ou bien avec la sclérodermie dans le cadre du syndrome d'Erasmus. Conclusion : - la bonne connaissance des aspects radiologiques de la silicose est indispensable dans l'interprétation des examens tomographiques des patients atteints de cette pathologie.

P76- Imagerie des dilatation des bronches.

H. ARBOUNI, H. EL AZOUAZI, Z. ABBAD

ELANDALOUSSI, O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectifs : - Déterminer l'apport des la TDM dans les DDB. - Préciser le profil clinique, radiologique et évolutif des DDB. Matériels et méthodes : - Illustrer les aspects radiologiques des DDB par des coupes tomographiques. Résultats : - La dilatation des bronches est un syndrome anatomo-clinique où l'imagerie confirme le diagnostic. - Il s'agit d'une augmentation permanente et irréversible du calibre des lumières bronchiques et bronchiolaires. - C'est une pathologie assez fréquente dont l'exploration repose sur le scanner thoracique qui est l'examen de référence. - Elles sont classées en trois catégories : cylindrique, variqueuse et kystique. - Le scanner permet également d'écarter les diagnostics différentiels à savoir essentiellement l'emphysème et les kystes pulmonaires. - La TDM permet également de poser le diagnostic étiologique des DDB. Conclusion : - Le scanner thoracique en coupes fines et en haute résolution permet de connaître des aspects radiologiques des DDB, d'éliminer des diagnostics différentiels et d'orienter le clinicien à l'étiologie pour une prise en charge optimale.

P77- Condensation pulmonaire : quoi faire ?

H. Arbouni, Z. Abbad El Andaloussi, H. El Azouazi, O. Amriss, H. Belgadir, N. Moussali, N. Elbenna (Casablanca)

Objectifs : - Connaître la liste des diagnostics à évoquer devant une condensation parenchymateuse pulmonaire sur un scanner thoracique. - Savoir utiliser les signes spécifiques associés pour orienter le diagnostic. Matériels et méthodes : - Reconnaître les aspects radiologiques des condensations pulmonaires ainsi que des lésions associées sur des coupes tomographiques. Résultats : - La condensation pulmonaire fait référence à un exsudat ou autre produit anormal qui remplace l'air alvéolaire, rendant le poumon solide. - Radiologiquement; elle apparaît comme une augmentation homogène de l'atténuation pulmonaire qui efface les bords des vaisseaux et des parois des voies aériennes. Un broncho gramme aréique peut être présent. - C'est un signe commun à plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, localisées ou diffuses. - La confrontation de l'imagerie et des données épidémiologiques, anamnestiques, cliniques, biologiques, fonctionnelles et cytologiques permet généralement d'aboutir au diagnostic. Conclusion : - Le scanner thoracique permet de connaître des aspects radiologiques des condensations pulmonaires, et d'orienter le clinicien à l'étiologie pour une prise en charge optimale.

P78- Recommandations Fleischner 2017 pour les nodules pulmonaires.

H. EL AZOUAZI, H. ARBOUNI, O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectif : - préciser la démarche diagnostique devant un nodule pulmonaire non calcifié de découverte fortuite au scanner thoracique. - identifier les nouvelles recommandations de Fleischner society 2017. Matériel et méthodes : Illustration de l'analyse sémiologique des nodules pulmonaires sur les coupes tomodensitométriques. Résultats : Fleischner society est un groupe international multidisciplinaire éditant des recommandations sur la prise en charge des nodules pulmonaires détectés fortuitement sur un scanner thoracique pour éviter d'inclure dans le protocole de surveillance les nodules dont le risque cancéreux est inférieur à 1%. Ses recommandations actualisées en 2017 diffèrent selon le type du nodule ; solide ou non solide. Elles introduisent pour la prise en charge en plus des caractéristiques du sujet la mesure volumique du nodule et également l'existence d'un ou multiples nodules. En ce qui concerne l'évaluation du risque individuel de développer un cancer, la Fleischner society recommande de s'appuyer sur des catégories proposées par l'American College Of ChestPhysians basées sur le jugement clinique du médecin, sur la base de caractéristiques cliniques, radiologiques et métaboliques pour obtenir un classement du risque. Conclusion : L'utilisation des recommandations de Fleischner society 2017 permet de cibler les nodules pulmonaires incidents sur le scanner thoracique nécessitant une surveillance afin de guetter une lésion néoplasique.

P79- Apport du scanner thoracique dans le diagnostic de l'aspergillose angio invasive chez l'immunodéprimé.

H. EL AZOUAZI, H. ARBOUNI, O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectifs : Préciser l'intérêt du scanner thoracique dans le diagnostic de l'aspergillose invasive chez le patient immunodéprimé. Décrire les signes scannographiques évocateurs. Matériels et méthodes : Identifier les signes radiologiques évocateurs de l'aspergillose angio invasive sur des coupes scannographiques. Résultats : L'aspergillose angio invasive est la forme la plus grave de l'infection aspergillaire chez l'immunodéprimé. Se définit comme une pneumopathie aigue extensive nécrosante, son pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. Sa confirmation diagnostique est délicate ; elle repose sur un faisceau de critères cliniques, biologiques et radiologiques. Ses aspects scannographiques évocateurs sont le signe du halo et le signe du croissant gazeux avec une spécificité du signe du halo qui est fugace d'où l'intérêt de la réalisation précoce du scanner thoracique. Ces deux signes sont inclus dans la nomenclature de l'EORT/MSG (European Organization for Research and Treatment of Cancer/Mycoses Study Group) permettant de poser le diagnostic d'aspergillose angio invasive. Le scanner thoracique permet de faire un

bilan précis des lésions pulmonaires, guider les actes à visée diagnostique ainsi que suivre l'évolution et dépister une rechute ou récurrence. Conclusion : Le scanner thoracique représente un outil majeur dans la démarche diagnostique de l'aspergillose angio invasive chez l'immunodéprimé.

P80- Intérêt du scanner thoracique dans le dépistage des hernies diaphragmatiques congénitales chez l'adulte.

H. EL AZOUAZI, H. ARBOUNI, O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectif : Rôle du scanner thoracique dans le diagnostic des hernies diaphragmatiques congénitales de l'adulte. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude de cas à propos de 5 cas colligés au service de radiologie de 20 août CHU IBN ROCHD entre 2017 et 2019 et explorés par scanner thoracique avec injection de PDC. Résultats : La série comprend 3 hommes et 2 femmes. L'âge moyen est de 36ans. Les signes respiratoires à type de dyspnée, toux chronique, douleur thoracique étaient révélateurs dans 3 cas. La hernie était de découverte fortuite dans 2 cas. Le scanner thoracique a confirmé le diagnostic dans tous les cas avec détermination de son type ; 2 patients avaient une hernie de Bochdalek, un patient avait une hernie de Morgani et les 2 autres une hernie de Larrey. Discussion : La hernie diaphragmatique congénitale de l'adulte est une entité rare de découverte fortuite souvent qui pose des difficultés diagnostiques devant ses tableaux cliniques inhabituels. Il existe deux types des hernies diaphragmatiques congénitales de l'adulte ; la hernie de Bochdalek qui est postéro latérale ; la hernie de Larrey et Morgani issue de l'hiatussterno costal. Le diagnostic repose sur la radiographie thoracique et surtout le scanner thoracique qui confirme le diagnostic en montrant le défaut diaphragmatique avec présence de viscères digestifs en position sus diaphragmatique. Le traitement est chirurgical, consiste à la réparation du defect ce qui permet une évolution favorable et éviter ses complications notamment l'occlusion. Conclusion : Le scanner thoracique joue un rôle primordial dans le dépistage et la confirmation du diagnostic des hernies diaphragmatiques congénitales de l'adulte permettant une prise en charge chirurgicale précoce pour éviter ses complications.

P81- Staging TNM des cancer bronchopulmonaires: quoi de neuf ?

K. ELKHADIR, H. AZOUAZI, H. BELGADIR, O. AMRISS, N. MOUSSALI, N. EL BENNA (CASABLANCA)

Objectifs : Annoncer la dernière classification TNM du cancer pulmonaire et détailler les éléments qui la composent. Souligner les points de différences avec l'ancienne version. Illustrer chaque stade par des

images du service. Résumé : La stadification initiale est un élément essentiel de la prise en charge du cancer broncho-pulmonaire permettant de classer les patients en groupe de même pronostic, actuellement l'« International Association for the study of Lung Cancer –IASLC » propose la 8ème édition de la classification TNM. Cette dernière version établie sur une base large de patients, pouvant être appliquée également sur les cancers à petites cellules, affine les critères de classification pour mieux orienter les attitudes thérapeutiques. Conformément aux éditions précédentes, cette nouvelle version se base sur trois statuts : T pour l'étendue de la tumeur primaire, N pour l'atteinte ganglionnaire, et M pour la maladie métastatique. L'étude tomodensitométrique joue un rôle pivot dans la détermination de ces critères. la stadification TNM peut être utilisée dans l'imagerie pré-opératoire, mais elle est également applicable en post-opératoire pour la stadification pathologique définitive, et permet un re-staging après traitement.

P82- Nodule pulmonaire de découverte fortuite : quelle conduite à tenir ?

K. ELKHADIR, H. AZOUAZI, H. BELGADIR, O. AMRISS, N. MOUSSALI, N. EL BENNA (CASABLANCA)

Introduction : La découverte fortuite d'un nodule pulmonaire est une situation de plus en plus fréquente du fait de la demande plus importante de la tomodensitométrie thoracique. La prise en charge par le radiologue d'un patient présentant un nodule pulmonaire unique de découverte fortuite est standardisée permettant de classer le nodule en bénin, malin et indéterminé et d'assurer le suivi évitant au patient des explorations invasives non nécessaires. Objectifs : - souligner les caractéristiques morphologiques permettant d'affirmer la bénignité du nodule ou de suspecter la malignité illustrée par des images du service. - proposer un suivi radiologique adapté pour les nodules indéterminés. Résumé : La démarche diagnostique devant un nodule pulmonaire découvert fortuitement repose sur une analyse sémiologique systématisée. Elle se base sur un nombre d'éléments notamment la taille, la forme, les contours, le siège, la densité, la présence d'excavation et de bronchogramme. Ces caractéristiques tomodensitométriques permettent d'orienter le diagnostic vers un nodule bénin, hautement suspect de malignité ou indéterminé. Quand le nodule paraît bénin aucune investigation complémentaire n'est requise. Au contraire un nodule hautement suspect de malignité doit bénéficier d'une vérification. Un nodule jugé indéterminé doit selon les recommandations fleischner 2017 être l'objet d'un suivi dont les modalités varient en fonction du niveau du risque. La bonne analyse sémiologique du nodule pulmonaire sur le scanner thoracique avec application des recommandations de fleischner society 2017 pour évaluer le risque de malignité permet d'instaurer une meilleure prise en charge et surveillance des nodules pulmonaires sans

méconnaître une lésion néoplasique.

P83- La ponction pulmonaire transthoracique : indications, technique et complications.

K. ELKHADIR, H. EL AZOUAZI, H. BELGADIR, O. AMRISS, N. MOUSSALI, N. EL BENNA (CASABLANCA)

Objectifs : Énumérer les indications de la PTT et les critères de choix des cibles. Décrire, les techniques et le matériel nécessaire utilisés, ainsi que les modalités de préparation du patient. Citer les différentes complications qui peuvent découler de la PTT et la conduite à tenir devant. Résumé : La ponction transthoracique (PTT) est devenue un examen répandu, sûr et efficace. Ces indications sont évolutives dans le temps, au début le but était de différencier un cancer d'une cause non tumorale, maintenant elle permet de différencier les types histologiques, d'établir une cartographie génomique et de rechercher des mutations génomiques échappant au traitement ciblé. Les cibles peuvent être pariétales pleurales, parenchymateuses, hilaires et médiastinales. La pratique a évolué dans le temps, cet examen est actuellement réalisé au cours d'une hospitalisation journalière voir externe. Toutefois une bonne préparation du patient et une technique rigoureuse doivent être respectées pour éviter des complications qui peuvent parfois engager le pronostic vital.

P84- Imagerie des plaques pleurales.

K. ELKHADIR, N. BENARBA, H. BELGADIR, O. AMRISS, N. MOUSSALI, N. EL BENNA (CASABLANCA)

Objectifs : - présenter la sémiologie tomodensitométrique des plaques pleurales et dresser un tableau des autres atteintes pleuropulmonaires entrant dans le cadre de l'asbestose. - Connaître les principaux pièges diagnostics. Résumé : Les pathologies pleurales associent à divers degrés épanchement pleural, épaississement pleural et calcifications. Les plaques pleurales sont des dépôts fibreux bénins sur la plèvre pariétale. Elles sont quasi constamment liées à la maladie asbestosique, leur diagnostic a donc des implications médico-légales, socioéconomiques et psychologiques non négligeables : Le diagnostic de plaque pleurale repose sur la combinaison de limites nettes avec l'interface pleuropulmonaire, d'une topographie évocatrice, de la bilatéralité et multiplicité des localisations. Les plaques sont dans un contexte d'exposition à l'amiante caractéristiques de cette exposition, contrairement aux épaississements pleuraux diffus, des images en pied de corneille, des bandes parenchymateuses et des atelectasies par enroulement. La tomodensitométrie (TDM), grâce à une technique rigoureuse et à une sémiologie précise, occupe une place essentielle dans le diagnostic positif des plaques pleurales, et dans l'élimination des diagnostics différentiels.

P85- Aspect scannographique de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire : à propos de 18 cas.

A. NEJMEDDINE, A. FAHL, A. LAANAIT O. AMRISS, H. BELGADIR, N. MOUSSALI, N. EL BENNA (CASABLANCA)

Objectifs : Appliquer une approche diagnostique de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire grâce à la TDM. Démontrer l'apport du scanner dans le suivi et le pronostic de la pathologie. Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 18 cas dont les données cliniques et radiologiques sont colligées au sein du service de radiologie 20 Août du CHU Ibn Rochd Casablanca sur une période de 12 mois entre Juin 2018 et Juin 2019. Résultat : L'âge moyen de nos patients était de 47 ans avec une prédominance féminine avec des extrêmes entre 16 et 63 ans. L'atteinte extra-thoracique était présente chez 54% des patients. Le stade II de Silzbach était le plus fréquent à la réalisation de la TDM avec 67% des cas. Les adénopathies médiastinales ou hilaires étaient présentes chez 14 patients (77% des cas), dont la majorité se trouvaient au niveau du hile pulmonaire et au niveau sous-carinaire. Discussion : L'imagerie grâce à la radiographie standard mais surtout la TDM apporte un grand nombre d'informations utiles pour le diagnostic positif de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire au moment ou la clinique et l'anamnèse sont parfois assez limitées surtout si présence de signes extra-thoraciques. La TDM thoracique permet de poser le diagnostic et d'établir le pronostic par la détection d'adénopathies, de nodules et micronodules, l'atteinte des espaces péri-broncho-vasculaires et les autres signes d'atteinte interstitielle. Conclusion : La radiographie thoracique reste l'examen de 1^{ère} intention mais c'est la TDM qui permet le diagnostic positif de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire. Devant des signes cliniques souvent limités ou au contraire très variés, il est nécessaire pour le radiologue de connaître et maîtriser les différents aspects scannographiques que peut présenter la pathologie.

P86- Imagerie des lymphomes médiastinaux : à propos de 20 cas.

N. BENARBIA, K. ELKHADIR, H. ARBOUNI, H. BELGUADIR, O. AMRISS, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Introduction : Les lymphomes de siège médiastinal sont fréquents, et sont l'apanage de l'adulte jeune, leur symptomatologie clinique est secondaire à la compression des organes du médiastin ; une masse tumorale du médiastin est l'image la plus fréquente en radiologie, le diagnostic positif est histologique et essentiellement apporté par la biopsie transpariétale. Objectifs : - Préciser l'intérêt de l'imagerie dans le diagnostic et le suivi du lymphome médiastinal. - Décrire l'aspect radiologique évoquant un lymphome médiastinal. Matériels et méthodes : Nous rapportons

une série de 20 patients suivie pour lymphome médiastinal entre Décembre 2018 et avril 2016 et qui ont bénéficiés d'un bilan radiologique incluant une TDM TAP durant leurs prise en charge au CHU Ibn Rochd Casablanca. Résultats : Parmi les 20 patients l'âge moyen est 22 ans (13 hommes, 7 femmes), dont le diagnostic de lymphome médiastinal est confirmé histologiquement chez tous les malades la radiographie thoracique objectivait un élargissement médiastinal (100% des cas), TDM thoracique initial montrait un processus tissulaire médiastinal chez 16 patientes, associé à d'énormes adénopathies médiastinales chez 19 patiente (95%), des nodules pulmonaires chez 4 patients (20%), et une atteinte pleurale chez 7 patientes (35%) l'imagerie d'évaluation, à objectivé une régression totale sur TDM TAP en fin de TTT chez 6 (30%) patients, une stabilité chez 7 (35%) et une masse médiastinale résiduelle chez 6 (30%) patients. Conclusion : L'imagerie basée principalement sur la tomодensitométrie reste l'exploration de référence dans le bilan initial et d'extension associée à une TEP- SCAN dans un certain nombre de cas.

P87- Apport de la sérologie hydatique dans le diagnostic positif de l'hydatidose thoracique.

W. JALLOUL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

La sérologie hydatique constitue une étape essentielle du diagnostic, elle permet d'orienter le diagnostic de l'hydatidose dans 80 à 95 %, à condition de réaliser une technique qualitative (recherche de l'arc 5) et une technique quantitative (Elisa, immunofluorescence indirecte...). Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 140 cas de kystes hydatiques colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd sur 10 ans. La moyenne d'âge est de 40 ans, avec une prédominance masculine 72 cas. L'origine rurale est retrouvée dans 103 cas. La symptomatologie clinique faite de douleurs thoraciques (115 cas), toux (120 cas), hémoptysie (49 cas), hydatidoptysie (25 cas) et de vomique hydatique (2 cas). La radiographie du thorax a objectivé une opacité homogène (89 cas), une image hydroaérique (27 cas), un aspect en lâcher de ballons (7 cas), une rétention de membranes sèches et une pleurésie purulente dans un cas chacun. Le scanner thoracique réalisé dans 137 cas, a mis en évidence un kyste hydatique sain (75 cas), remanié (29 cas), rompu dans la plèvre (30 cas) et rompu dans les bronches (3 cas). La bronchoscopie a visualisé des membranes hydatiques dans 20% des cas. La sérologie hydatique était positive dans 90 cas, négative dans 50 cas. Le kyste hydatique pulmonaire était associé à une atteinte hépatique dans 26 cas. En dehors d'examen d'orientation non spécifiques, La sérologie hydatique peut apporter des éléments diagnostiques dans un grand nombre de cas et de suivre l'efficacité thérapeutique.

P88- Abscès pulmonaire compliqué d'une pleurésie purulente.*K. FAHMI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)*

L'abcès pulmonaire est une suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée dans le parenchyme par une infection aiguë non tuberculeuse. Parmi ses complications aiguës, la pleurésie purulente. Nous avons mené une étude rétrospective réalisée entre janvier 1997 et janvier 2019 portant sur 110 cas d'abcès pulmonaire dont quatorze compliqués de pleurésie purulente, soit 12,72%. La moyenne d'âge était de 41 ans avec une nette prédominance masculine. Le tabagisme était retrouvé dans treize cas, le diabète dans cinq cas, l'otite chronique, le post-partum, l'insuffisance rénale et la syphilis tertiaire dans un cas chacun. Le tableau clinique était brutal dans 65% des cas, prédominé par la douleur thoracique dans tous les cas et la fièvre dans 90% des cas. Le syndrome d'épanchement liquidien était retrouvé chez tous les patients. Le téléthorax avait montré une opacité de type pleural homolatérale à l'abcès dans tous les cas, prédominante à droite dans 56 % des cas. Le liquide pleural était purulent chez tous les patients. L'étude bactériologique du liquide pleural avait isolé un *Streptococcus* bêta-hémolytique dans trois cas et un bacille gram négatif dans deux cas. La bronchoscopie avait montré un corps étranger endobronchique dans un cas. Le traitement était à base d'une bi-antibiothérapie dans tous les cas, drainage thoracique d'emblée dans six cas, ponctions pleurales évacuatrices biquotidiennes dans huit cas avec une kinésithérapie respiratoire dans tous les cas. L'évolution clinique et radiologique était bonne dans 65,19% des cas. Cinq cas se sont compliqués de pachypleurite. La pleurésie purulente est une complication assez fréquente de l'abcès pulmonaire, et qui est source de complications parfois invalidantes d'où l'intérêt du traitement précoce et adapté de ce dernier.

P89- L'atteinte thoracique de l'actinomyose : à propos de quatre cas.*M. AMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUNE, N. YASSINE (CASABLANCA)*

L'actinomyose est une maladie infectieuse rare causée par une bactérie anaérobie, le plus souvent *Actinomyces israelii*. L'atteinte thoracique représente 20 à 25% des formes décrites et vient après la localisation cervicofaciale. Sa fréquence a diminué depuis l'amélioration du niveau social et le développement de l'antibiothérapie. Nous rapportons une série de quatre cas d'actinomyose thoracique, colligés au service des maladies respiratoires au CHU Ibn Rochd de Casablanca. Il s'agit de 4 hommes âgés respectivement de 21, 45, 49 et 50 ans. Trois patients avaient un mauvais état buccodentaire. Les signes révélateurs étaient dominés par la douleur thoracique

et la fièvre dans tous les cas, l'hémoptysie a été notée dans 3 cas. L'examen clinique a retrouvé une altération de l'état général dans 3 cas et un syndrome d'épanchement liquidien dans un cas. Le téléthorax a montré une opacité hétérogène du sommet gauche dans trois cas et un hémithorax opaque dans un cas. La tomodensitométrie thoracique a objectivé un processus dense excavé du lobe supérieur gauche dans deux cas, une condensation pulmonaire systématisée au culmen et une collection liquidienne gauche dans un cas chacun. La bronchoscopie a mis en évidence une obstruction endobronchique par une tuméfaction blanc nacré dans un cas. Le diagnostic d'actinomyose est confirmé par l'examen direct du liquide d'aspiration bronchique dans 2 cas, du liquide pleural dans un cas et sur pièce opératoire dans un cas. Tous nos patients ont reçu une antibiothérapie à base de pénicilline G à forte dose, suivie d'amoxicilline dans 3 cas et de tétracycline dans un cas avec une bonne évolution clinique et radiologique pour les 4 cas. À la lumière de ces observations, nous rappelons la rareté de la localisation thoracique de l'actinomyose et son évolution favorable sous antibiothérapie prolongée.

P90- L'aspergillome pulmonaire : une pathologie fréquente et potentiellement grave.*M. AMI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)*

L'aspergillome pulmonaire est une mycose due au développement d'un amas de filaments mycéliens dans une cavité préexistante d'origine le plus souvent tuberculeuse. Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des aspergillomes pulmonaires. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 121 cas colligés au service des maladies respiratoires de janvier 2003 à juillet 2019. La moyenne d'âge était de 46,5 ans, avec une prédominance masculine dans 70% des cas. L'antécédent de tuberculose pulmonaire était retrouvé dans 95% des cas. Le délai moyen entre la survenue de la tuberculose et la greffe aspergillaire était de 14,2 ans. L'hémoptysie dominait le tableau clinique dans 88% des cas et la dyspnée dans 51% des cas. La radiographie thoracique montrait une image en grelot dans 38,5% des cas, un aspect de lobe ou de poumon détruit dans 30% des cas, des images cavitaires dans 17,5%, des opacités rondes dans 15% des cas et des épaississements pleuraux dans 11,4% des cas. La TDM thoracique faite chez 93% des patients, montrait une image en grelot décline et mobile dans 42% des cas. La bronchoscopie mettait en évidence un saignement endobronchique dans 17% des cas. La culture sur milieu de Sabouraud du liquide d'aspiration bronchique isolait l'*Aspergillus fumigatus* dans 27,6% des cas et un cas d'*Aspergillus versicolor*. La sérologie aspergillaire était positive dans 77% des cas et 40,6% des patients étaient opérés. Le traitement médical à base d'itraconazole était

préconisé dans 46% des cas. L'aspergillome pulmonaire est la forme la plus fréquente des aspergilloses thoraciques dans notre pays vu l'endémicité de la tuberculose. Le traitement radical reste la chirurgie.

P91- Intérêt de la bronchoscopie dans les aspergillomes pulmonaires.

H. HARRAZ, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'aspergillome pulmonaire (AP) est une mycose due au développement d'un amas de filaments mycéliens dans une cavité préexistante d'origine le plus souvent tuberculeuse. La bronchoscopie a un intérêt diagnostique permettant la réalisation de prélèvements à la recherche d'aspergillus et la visualisation de la truffe aspergillaire. Ces derniers restent négatifs dans 50% des cas. Le but du travail est d'étayer le rôle de la bronchoscopie dans le diagnostic positif des aspergillomes, à travers une étude rétrospective portant sur 120 cas (AP) colligés au service des maladies respiratoires sur une période de 14 ans. La moyenne d'âge était de 45 ans, avec une prédominance masculine dans 62% des cas. L'antécédent de tuberculose pulmonaire était retrouvé dans 95% des cas. Le délai moyen entre la survenue de la tuberculose et la greffe aspergillaire était de 11,7 ans. L'hémoptysie dominait le tableau clinique dans 90% des cas suivie par la dyspnée dans 68% des cas. La radiographie thoracique montrait un aspect de lobe ou de poumon détruit dans 34% des cas, une image en grelot dans 32% des cas, des épaississements pleuraux dans 15% des cas et des images cavitaires dans 13% des cas. La TDM thoracique, faite chez 90 patients, montrait la truffe aspergillaire dans 43% des cas. La bronchoscopie mettait en évidence un saignement endobronchique dans 23% des cas et une truffe aspergillaire dans 5% des cas. La culture sur milieu de Sabouraud du liquide d'aspiration bronchique isolait l'*Aspergillus fumigatus* dans 12% des cas. La sérologie aspergillaire était positive dans 69% des cas. Soixante-six pour cent des patients étaient opérés. Le traitement médical à base d'itraconazole était préconisé dans 23% des cas. Nous soulignons, à travers notre étude, l'intérêt de la bronchoscopie dans le diagnostic positif de l'aspergillome pulmonaire.

P92- Les aspects radiologiques des hydatidoses thoraciques.

C. FARISSI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le kyste hydatique du poumon est une infection parasitaire causée par un cestode : *Echinococcus*. Après le foie, le poumon constitue le siège le plus fréquent du kyste hydatique, représentant 10 à 30% de toutes les localisations. Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie. Il est aisé dans les

formes typiques tandis qu'il est difficile dans certains cas (Fig. 1). Étude rétrospective concernant 226 cas recensés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 19 ans. Il s'agissait de 115 femmes et 111 hommes avec une moyenne d'âge de 37 ans. La clinique était faite de douleur thoracique dans 82% des cas, de toux dans 83% des cas, d'hémoptysie dans 38%, d'hydatidoptysie dans 14% et d'une vomique hydatique dans 2% des cas. Le téléthorax a objectivé une opacité homogène dans 142 cas, une image hydro-aérique dans 52 cas, un aspect en lâcher de ballons dans 30 cas, un aspect de rétention des membranes et une opacité de type pleural dans 2 cas chacun. La localisation du kyste hydatique pulmonaire était droite dans 72% et bilatérale dans 12%. La TDM thoracique a retrouvé un kyste hydatique sain dans 104 cas, remanié dans 62 cas, rompu dans la plèvre dans 40 cas et rompu dans les bronches dans 20 cas. La bronchoscopie a visualisé des membranes hydatiques dans 26% des cas. Le kyste hydatique était unique dans 76% des cas, associé à une atteinte hépatique dans 17%, à une atteinte splénique dans 6%, à une atteinte pariétale dans 4%, à une atteinte cardiaque dans 2%, à une atteinte médiastinale et péritonéale dans 2% des cas chacune et à une atteinte diaphragmatique et génitale dans 0,5% des cas chacune. Le traitement était chirurgical dans 182 cas et médical dans 44 cas. L'évolution était bonne dans 97%. Nous soulignons l'intérêt de l'imagerie thoracique dans le diagnostic positif des hydatidoses thoraciques notamment dans les cas atypiques.

P93- Actinomycose pulmonaire.

S. RAFTANI, A. FAHMI, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'actinomycose pulmonaire est une pathologie infectieuse rare. Le tableau clinico-radiologique est trompeur pouvant simuler un cancer broncho-pulmonaire ou une tuberculose pulmonaire. Le but de notre travail est de déterminer le profil clinique, radiologique, thérapeutique et évolutif de l'actinomycose pulmonaire. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 6 cas d'actinomycose pulmonaire, sur une période s'étalant de janvier 2010 à juillet 2019. La moyenne d'âge est de 61 ans, le tabagisme et l'alcoolisme ont été retrouvés chez 83,3% des cas. Le début des symptômes a été progressif dans tous les cas, le tableau clinique est dominé par l'hémoptysie associée à la dyspnée dans tous les cas. L'examen clinique a trouvé une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez tous les patients et des râles crépitants et ronflants chez un patient. La radiographie et le scanner thoracique ont montré des nodules pulmonaires excavés chez 33,3% des cas, foyer de condensation du lobe supérieur chez 50% des cas et un processus de densité tissulaire du lobe supérieur chez 16,7% des cas. Le diagnostic de l'actinomycose a été retenu par la mise en évidence de

la bactérie d'actinomyose dans les aspirations bronchiques chez 66,6% des cas, sur les biopsies bronchiques chez 16,7% des cas et sur la pièce de lobectomie supérieure chez 16,7% des cas. Le traitement est basé sur l'amoxicilline protégée chez tous les cas avec une bonne évolution clinique et radiologique. L'actinomyose pulmonaire est une maladie bénigne dont le diagnostic reste difficile du fait de son polymorphisme clinique et radiologique. Dans les formes pseudo-tumorales, il est nécessaire d'écarter un carcinome bronchogénique qui peut être associé.

P94- Une nouvelle observation de leptospirose avec hémoptysie massive : à propos d'un cas.

S. BOUSFIHA, A. BAHLAOUI, M. HERRAG (CASABLANCA)

La leptospirose est une anthroponose due à des spirochètes du genre *Leptospira*. La forme clinique la plus fréquente associe une atteinte hépatique et rénale. L'atteinte pulmonaire est peu fréquente, peut être révélée par une toux, une dyspnée ou des signes radiologiques aspécifiques, cependant les hémoptysies sont des signes précoces qui doivent conduire à la vigilance pour ne pas méconnaître un contexte hémorragique intra-alvéolaire ou d'œdème pulmonaire lésionnel. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 53 ans tabagique chronique admis aux urgences pour un syndrome occlusif. Le patient rapporte l'apparition 3 jours avant l'hospitalisation de céphalées, myalgies et fièvre à 40°C. L'examen à l'admission retrouve un ictère conjonctival, un érythème cutané diffus, des adénopathies inguinales et une légère sensibilité abdominale diffuse. L'évolution a été marquée par la survenue d'une détresse respiratoire avec des épisodes d'hémoptysies de grande abondance, menaçant le pronostic vital. A l'examen le patient était polypnéique, la SpO₂ à 78 % avec des râles crépitants bilatéraux à l'auscultation. Le téléthorax a objectivé des opacités alvéolaires bilatérales des deux champs pulmonaires. La TDM thoraco-abdominale a montré une distension des anses coliques sans images d'obstacles avec des condensations alvéolaires bilatérales diffuses. L'échographie cardiaque a révélé une hypokinésie inféro-septale avec fraction d'éjection basse à 45%. Au plan biologique existe une anémie à 10.9 g/dl, une lymphopénie à 870 et une thrombopénie à 123000 avec un syndrome infectieux positif (une protéine C réactive à 149 et une procalcitonine à 1). Le bilan hépatique montrait une cytolysé hépatique à 10 fois la norme et une cholestase. Les sérologies hépatites virales C, B et HIV étaient négatives. Le bilan d'hémostase était normal. Le reste du bilan a révélé une hyponatrémie, une Pro-BNP à 19519. La fonction rénale était conservée avec absence de protéinurie. Le bilan immunologique était négatif. Le diagnostic de leptospirose a été soulevé devant le tableau clinique (syndrome ictère-hémorragique) et les résultats du

bilan biologique. Les hémoptysies sont alors rattachées au syndrome hémorragique de la maladie sous forme d'hémorragie intra-alvéolaire. Le traitement par antibiothérapie (ceftriaxone) a été démarré associé à des mesures de réanimation. La sérologie de leptospirose est revenue ultérieurement positive (IgM à 23.4 U/ml). Les hémoptysies au cours de la leptospirose sont la traduction visible des hémorragies intra-alvéolaires. Leur fort taux de mortalité impose parfois une escalade thérapeutique majeure qu'il faut savoir mettre en œuvre rapidement.

P95- Une cause inhabituelle du syndrome de Claude Bernard Horner : le plasmocytome médiastinal : à propos d'un cas.

S. BOUSFIHA, A. BAHLAOUI, M. HERRAG (CASABLANCA)

Le syndrome de Claude Bernard Horner associe un ptosis, un myosis, une enophtalmie et parfois une anhidrose. Les causes sont multiples, certaines inattendues. Le plasmocytome est une prolifération plasmocytaire monoclonale médullaire ou extra-médullaire (PEM) localisée. Il peut être isolé (solitaire) ou entrer dans le cadre d'une maladie de Kahler. Les PEM sont des tumeurs siègent préférentiellement au niveau des voies aérodigestives supérieures (80%), la localisation médiastinale est très rare. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 65 ans hospitalisée pour la prise en charge d'une pneumopathie (2^{ème} épisode dans la même année). La patiente rapporte des paresthésies douloureuses du bord cubital du bras et de l'avant-bras gauche évoluant depuis 6 mois nécessitant des consultations chez différents spécialistes. L'examen clinique retrouve un ptosis gauche associé à un myosis, signant un syndrome de Claude Bernard Horner (SCH), une diminution du réflexe cubito-pronateur et des râles crépitants gauches. La TDM thoracique révèle une masse médiastinale postérieure et supérieure gauche de 29/20 mm en regard de D2 associée à un foyer de condensation supérieure gauche. La ponction-biopsie trans-thoracique sous scanner de la masse médiastinale était réalisée, l'analyse histologique et le profil immunohistochimique étaient en faveur d'une prolifération plasmocytaire avec des anticorps anti CD138 positifs. L'électrophorèse des protéines sériques avec l'immuno-fixation réalisés dans le cadre des infections récidivantes révélaient un pic monoclonal en IgG Lambda à 200.93 mg/l. Le myélogramme montrait une infiltration plasmocytaire de 18% fait d'éléments très dysmorphiques. Le reste du bilan notamment la numération sanguine, la calcémie et la fonction rénale étaient normaux. Le diagnostic de myélome multiple à IgG Lambda associé au plasmocytome médiastinal postérieur était alors retenu. La patiente a été adressée au service d'hématologie pour complément de la prise en charge. Notre observation se singularise par l'existence d'un PEM et d'un

myélome multiple. Cette association est rare (5% des cas environ de plasmocytome) et elle l'est encore plus en cas de localisation médiastinale. La survenue des plasmocytomes extra-médullaires au moment du diagnostic du MM témoigne d'une maladie très agressive, d'une faible chimiosensibilité, d'un pronostic sombre et d'une survie très faible.

P96- Hydatidose multiviscérale.

S. RAFTANI, H. ARFAOUI, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'hydatidose multiviscérale est une forme rare qui représente 5 à 7,5% des hydatidoses. Dominée par l'atteinte hépato-pulmonaire, elle peut toucher plusieurs organes. Le traitement essentiellement chirurgical peut poser des problèmes si le kyste est à localisations multiples. Nous avons mené une étude sur une période de huit ans (Janvier 2011 à Juillet 2019) concernant 105 cas d'hydatidose. Nous avons recensé 30 cas d'hydatidose multiple dont la prévalence est de 28.5 %. La moyenne d'âge est de 35 ans, le sexe masculin est légèrement prédominant (53 %). Un contage hydatique est retrouvé dans 56% des cas. Un antécédent de kyste hydatique opéré hépatique dans 5 cas et pulmonaire dans 3 cas. La symptomatologie clinique est représentée essentiellement par la douleur thoracique dans 86% des cas, un syndrome bronchique dans 73%, des hémoptysies dans 33% des cas, l'hydatidoptysie dans 19% des cas. La majorité des patients sont en bon état général. La radiographie thoracique a objectivé une opacité bien limitée dans 73% des cas. Le nombre des kystes hydatiques pulmonaires est en moyenne 3. La TDM thoracique a confirmé la nature kystique des opacités thoraciques et a objectivé d'autres localisations ; hépatique dans 43% des cas, pleurale dans 26% des cas, médiastinale dans 13% des cas, splénique dans 7%, et un cas d'hydatidose diaphragmatique, un cas d'hydatidose cardiaque, et un cas d'hydatidose vertébrale, pariétale thoracique et médiastinale. Le traitement médical à base d'albendazole a été le choix de la prise en charge dans 36% des cas avec une bonne évolution radio-clinique après un recul de 3 ans, le traitement chirurgical suivi d'un traitement médical est préconisé dans 46% des cas et un traitement chirurgical seul dans 36% des cas (portant d'abord sur l'atteinte pulmonaire puis les autres organes). L'hydatidose multiple reste moins fréquente mais peut être grave par ses localisations.

P97- Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) révélant une pneumopathie virale à Influenza H1N1.

S. RAFTANI, W. ELKHATTABI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Introduction : En mars 2009, l'Influenza A H1N1 a été identifié au Mexique et au Canada comme une nouvelle souche résultant de la combinaison du virus

de la grippe aviaire, porcine et humaine. Le SDRA est l'une des complications les plus fréquentes de la pneumopathie virale H1N1, dont le taux de mortalité reste élevé. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 22 ans, tabagique chronique à 3PA et toxicomane à l'héroïne, admis dans un tableau de détresse respiratoire aiguë. L'examen clinique à l'admission trouve un patient fébrile à 38.2 tachycarde à 124 BPM, tachypnéique à 26 cpm et une spO_2 à 72%, avec signe de luttres respiratoire avec cyanose péribuccale, des râles crépitants bilatéraux à l'auscultation. La radiographie et la TDM thoracique ont mis en évidence un foyer de condensation bilatéral. Le bilan biologique trouve une leucopénie à 1530/mm³, une lymphopénie à 450/mm³, Hypoplaquetose à 110000 /mm³, une cytolysie hépatique. La CRP était à 14,5mg/l et la procalcitonine à 0,37ng/ml. L'étude virologique par PCR sur écouvillonnage nasale était positive pour l'Influenza A H1N1. La prise en charge initiale était basée sur une mise en condition avec oxygénothérapie sous masque à haute concentration et une antibiothérapie à large spectre ainsi qu'une corticothérapie à raison de 120mg/J de méthylprednisolone et un traitement anti-viral à base d'Oseltamivir à raison de 75mgx2 /j. Cependant, l'évolution était marquée par l'aggravation de la symptomatologie avec agitation, persistance des signes de luttet et altération des gaz du sang avec hypoxie à 32mmHg suite à laquelle le patient a été transféré en milieu de réanimation où une ventilation non invasive a été instaurée. L'évolution était marquée par une amélioration clinique et biologique, avec un nettoyage radiologique complet à j35. Conclusion : La pneumopathie à Influenza H1N1 peut rapidement évoluer vers le syndrome de détresse respiratoire aiguë avec une hypoxémie profonde mettant en jeu le pronostic vital.

P98- Staphylococcie pleuropulmonaire chez l'adulte immunocompétent : à propos d'un cas.

S. IQRAOUN, S. ANIMI, S. ZOUITEN, N. BOUTAHIRI, A. ISMAILI M. SERRAJ, B. AMARA bouchra, M. El BIAZE, M.C. BENJELLOUN (FES)

La staphylococcie pleuropulmonaire est une pathologie infectieuse fréquente chez l'enfant de moins de deux ans. Sa survenue chez l'adulte immunocompétent est rare. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 43 ans, sans antécédent pathologique notable admise pour prise en charge d'un lâcher de ballon dans un contexte de fièvre, asthénie profonde et altération de l'état général. Elle présentait comme signe extra respiratoire une augmentation du volume du sein gauche et du membre supérieure gauche faisant craindre une néoplasie mammaire avec localisation pulmonaire secondaire. L'examen clinique trouve une patiente consciente, apyrétique, des râles crépitants basithoraciques droit. Il y a également un nodule au niveau de sein gauche de consistance ferme mobile non douloureux et sans

signes inflammatoires en regards avec un œdème blanc dur froid de MSG et une limitation passive et active des mouvements de l'épaule gauche. La TDM thorax confirmait la présence de lésions nodulaires diffuses au niveau des deux hémichamps thoraciques sans adénopathies médiastinales. Son bilan révélait une hyperleucocytose à PNN et une CRP élevée à 297. Ce bilan a permis également la découverte d'un diabète. Devant la crainte d'une origine néoplasique un bilan a été réalisé. Il comprenait une fibroscopie bronchique avec LBA pour et BBE, des marqueurs tumoraux et une exploration mammaire. Cette dernière a objectivé un abcès mammaire gauche. L'étude bactériologique du liquide de ponction de l'abcès mammaire a permis d'isoler un staphylocoque. Une actualisation de la TDM thoracique a fini de retenir l'origine infectieuse des nodules dont la majorité se sont excavées et liquéfiées. Le diagnostic de staphylococcie pulmonaire a été retenu après élimination d'une tuberculose pulmonaire et la patiente fut mise sous bi antibiothérapie avec une évolution clinique et radiologique favorable. Nous insistons sur la rareté de cette affection chez l'adulte et la nécessité de rechercher un terrain favorisant notamment un diabète.

P99- Apport de la sérologie aspergillaire dans le diagnostic des aspergillomes pulmonaires.

S. ABDALA, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : L'aspergillus est un champignon filamenteux pouvant coloniser les voies aériennes ou les cavités pulmonaires préexistantes. Les moyens diagnostiques incluent : la clinique, l'imagerie, l'endoscopie et l'immunologie. But du travail : Etudier l'intérêt de la sérologie aspergillaire dans le diagnostic des aspergillomes pulmonaires. Méthodes : Notre étude est rétrospective incluant 24 patients présentant un aspergillome pulmonaire et hospitalisés au service de pneumologie du CHU Mohamed VI de Marrakech sur une période de 8 ans. Résultats : L'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 70 ans. Nous avons noté une prédominance masculine 81.5%. Les antécédents étaient dominés par la tuberculose pulmonaire et le tabagisme actif dans 24 cas (100%) et 15 cas (62.5%) respectivement. Le maître symptôme était l'hémoptysie dans 19 cas (79%) puis la dyspnée dans 10 cas (42%). La TDM thoracique avait objectivé des images cavitaires dans 14 cas (58%), une image en grelot dans 8 cas (33%), et un aspect de dilatations de bronches dans 5 cas (21%). La sérologie aspergillaire réalisée chez tous les patients, avait objectivé des anticorps anti-Aspergillus fumigatus dans 18 cas (75%). La culture sur milieu de Sabouraud du liquide d'aspiration bronchique n'avait isolé l'A. fumigatus que dans 8.5% des cas. Dans les autres cas, le diagnostic était retenu devant le tableau radio-clinique typique. 83.5% de nos patients ont été opérés. Le traitement médical a été préconisé dans

16.5 % des cas. Conclusion : La sérologie aspergillaire garde une place prépondérante dans le diagnostic des aspergillomes pulmonaires, de tant plus qu'elle représente un examen non invasif, facile à réaliser et peu coûteux.

P100-Hydatidose pulmonaire : Aspect radio-clinique et thérapeutique.

S. HAIMEUR, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : L'hydatidose humaine est une zoonose retrouvée surtout dans les zones d'élevage. Le poumon est l'organe le plus atteint dans 20 à 30% après le foie (60 à 70 %). Matériels et méthodes : Notre travail est une étude rétrospective étalée entre janvier 2015 et Mars 2018 portant sur 23 cas de kyste hydatique pulmonaire (KHP). Résultats : Une légère prédominance masculine est notée dans 51 % des cas. La moyenne d'âge est de 35,6 ans. L'origine rurale a été notée dans 54,1 % des cas. L'antécédent de kyste hydatique hépatique opéré est retrouvé dans 9 cas ; le kyste hydatique pulmonaire est asymptomatique dans 3 cas. Les signes cliniques retrouvés sont : des douleurs thoraciques dans 89,5 % des cas, une dyspnée d'effort dans 10,5% des cas, une hémoptysie dans 48,6% des cas, une vomique hydatique dans 26% des cas, une toux sèche dans 28,1% des cas, un syndrome bronchique dans 66,2% des cas. À la radiographie thoracique, le kyste est unique dans 18 cas, au nombre de deux dans 3 cas et multiples dans 2 cas. Il est localisé à droite dans 15 cas, à gauche dans 6 cas, bilatérale dans 2 cas et multiple chez un seul cas. Il était sain dans 15 cas, rompu dans les bronches chez 8 cas. Il est compliqué d'hydropneumothorax dans 5 cas, d'hydatidoptysie foudroyante dans 1 cas, et de surinfection dans 3 cas. La localisation hépatique est associée dans 4 cas, une localisation intracardiaque retrouvée chez un seul cas. La bronchoscopie a objectivé des membranes hydatiques dans 12 cas. La sérologie hydatique était positive dans 19 cas. Le traitement chirurgical a été adopté dans 14 cas. Le traitement antiparasitaire seul a été réservé aux cas inopérables. Conclusion : Devant la forte prévalence de l'hydatidose dans le Maroc, la non spécificité des signes cliniques et la gravité des complications. Le volet préventif est capital, il est basé essentiellement sur la rupture du cycle parasitaire en traitant les chiens et en détruisant les cadavres de moutons infestés.

P101- Poumon éosinophile parasitaire : à propos d'un cas.

H. BAKKAL, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Face à une symptomatologie respiratoire associée à des infiltrats radiologiques et la présence d'éosinophilie périphérique supérieure à 1500 G/l et/ou alvéolaire > 25%, un diagnostic sera parfois difficile.

Ces affections sont nommées pneumopathies à éosinophiles et sont divisées en plusieurs entités selon les caractéristiques clinique et étiologique. Les étiologies les plus courantes sont les parasites et les médicaments. L'Entamoebahistolitica est la seule espèce parasite de l'homme à être pathogène parmi les six types d'amibes identifiées à ce jour. Nous présentons l'observation d'un homme de 37 ans, maçon de profession, non connu asthmatique sans prise médicamenteuse récente, hospitalisé en novembre 2016 pour une symptomatologie clinique évoluant depuis neuf mois faite d'une toux sèche, une dyspnée d'effort avec une hyperthermie à 38°C et une asthénie sans amaigrissement ni trouble digestif. L'examen clinique était normal. La radiographie thoracique montrait des opacités pulmonaires axillaires bilatérales fixes en œdème pulmonaire inverse. La TDM thoracique était en faveur d'un verre dépoli des lobes supérieurs symétrique avec des adénopathies médiastinales. La NFS ne retrouvait pas d'hyperleucocytose mais une hyperéosinophilie sanguine à 2010 /mm³. La bronchoscopie a retrouvé un état inflammatoire du 1^{er} degré. Le lavage bronchiolo-alvéolaire avait montré un liquide non hématique macrophagique avec une éosinophilie à 9% et les biopsies bronchiques étaient en faveur d'un infiltrat inflammatoire modéré riche en polynucléaires éosinophiles formant par places des micro-abcès. Le dosage des ANCA était négatif à 2 reprises. L'examen ORL était normal. La sérologie amibienne était négative mais l'examen parasitologique des selles (EPS) isolait une Entamoebahistolitica. La sérologie d'autres parasitoses et mycoses était négative. Aucune autre localisation viscérale de l'amibiase n'avait été retrouvée notamment pas d'abcès à l'étage sous-diaphragmatique sur l'échographie abdominale. Le traitement initial était basé sur le métronidazole pendant 14 jours sans négativation de l'EPS de contrôle. Par contre le relais par l'albendazole a permis la régression des signes cliniques, la négativité de l'EPS, la normalisation de l'éosinophilie et le nettoyage radiologique avec disparition du verre dépoli et régression de la taille des adénopathies. L'anamnèse, le contexte clinicobiologique mais aussi les caractéristiques de l'hyperéosinophilie (niveau, ancienneté, courbe évolutive et localisation des infiltrats tissulaires d'éosinophiles) sont autant d'éléments indispensables pour établir un diagnostic. C'est seulement au prix d'un suivi régulier et prolongé que la cause sera parfois identifiée. Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd, Casablanca.

P102- Maladie de Takayasu : à propos d'un cas.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La maladie de Takayasu ou artérite de Takayasu, est une maladie rare, inflammatoire, qui touche des vaisseaux (presque toujours des artères de gros calibre : aorte et ses branches, artères pulmonaires),

survenant plus fréquemment chez les femmes. Nous présentons l'observation d'une femme de 57 ans, connue hypertendue depuis 2 ans mal suivie, qui a présenté une hémoptysie et une hémiparésie révélant une embolie pulmonaire et un AVC ischémique. au bilan la VS était accélérée à 117 mm, AU TEP et à l'angioscanner, multiples sténoses de l'artère sous Clavière droite, l'artère mésentérique supérieure, et l'artère rénale la patiente était mise sous traitement anticoagulant puis relais par les AVK, kinésithérapie et corticothérapie. L'évolution était bonne marquée par la mobilisation du membre supérieur et la disparition de l'embolie ainsi que la sténose mésentérique. La maladie de Takayasu est une maladie rare, le diagnostic est à base de multiples arguments cliniques et radiologiques, les corticoïdes est le traitement de choix.

P103- Profil étiologique du poumon éosinophile.

L. ELHAMDAOUI, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le poumon éosinophile est un groupe hétérogène d'affections caractérisées par une infiltration du parenchyme pulmonaire par les éosinophiles, associée ou non à une éosinophilie circulante. L'objectif de l'étude était de relever les caractéristiques cliniques et paracliniques du poumon éosinophile et de dégager le profil étiologique de ce groupe d'affections. Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 6 patients (5 femmes et un homme) hospitalisés pour un poumon éosinophile entre 2011 et 2018. L'âge moyen était de 45 ans (18–57 ans). Des antécédents d'asthme ont été retrouvés chez tous les patients. Les signes cliniques étaient dominés par la toux et la dyspnée retrouvés chez tous les patients. Une atteinte neurologique dans 3 cas, une péricardite et une pleurésie bilatérale dans un cas, une atteinte sinusale dans un cas. L'hyperéosinophilie sanguine était en moyenne de 2810 éléments. L'éosinophilie a été retrouvée dans le lavage bronchoalvéolaire. Les étiologies retrouvées étaient l'angéite de Churg et Strauss (5 cas) et l'aspergillose bronchopulmonaire allergique (1 cas). Tous les patients étaient traités par une corticothérapie par voie générale associée à un traitement antifongique dans un cas et immunosuppresseur dans 2 cas. L'évolution était favorable chez les 6 patients. Le poumon éosinophile est une affection grave, voire mortelle. Une enquête étiologique rigoureuse est nécessaire pour adapter la prise en charge thérapeutique qui reste basée sur la corticothérapie.

P104- Déficit immunitaire commun variable à révélation tardive : à propos d'un cas.

I. ESSABBAHI, B. AMARA, M. SERRAJ, M. ELBIAZE, MC. BENJELLOUN (FES)

Introduction : Les déficits immunitaires humoraux sont des maladies hétérogènes allant des formes asymptomatiques rencontrés lors de déficits sélectifs

en immunoglobulines A et en sous classes d'immunoglobulines G aux formes graves des agammaglobulinémies congénitales. Le déficit immunitaire commun variable est le plus fréquent des déficits immunitaires humoraux primitifs, et le seul à pouvoir se révéler à l'âge adulte. Des complications respiratoires sont très souvent observées, le plus souvent d'origine infectieuses à type de suppurations bronchique et des VAS. Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente de 44 ans, sans ATCD pathologique notables. Elle a présente depuis 3 ans des épisodes récurrents (plus de 3 fois /an) de toux expectorations mucopurulentes associées à une dyspnée chronique. La radiographie thoracique montrait à chaque fois des foyers de condensations de siège différent, la patiente est mise à chaque fois sous antibiothérapie probabiliste avec bonne évolution clinique. Le bilan phthisiologique était négatif. La TDM thoracique faite à 3 reprises montrait des foyers de condensation de siège différent à chaque fois. Devant ce tableau clinique la patiente a été adressée dans notre service pour prise en charge, elle rapporte en plus des signes respiratoires, des polyarthralgies des grosses et des petites articulations d'allure inflammatoire. Vue la symptomatologie clinique, le caractère migrateur des lésions à la radio, une BOOP a été évoquée mais un déficit immunitaire est à évoqué en premier. Un bilan immunologique réalisé : AAN, FR, AntiCCP revenant négatifs, VS non accélérée, la sérologie HIV revenant négatif, EPP a montré une hypogammaglobulinémie profonde à 0.2, le dosage pondéral des immunoglobulines a révélé un déficit en IgA à 0.25 g/l, et en IgG à 3.20 g/l. Le diagnostic de déficit immunitaire commun variable a été retenu, patiente est candidate à un traitement substitut en immunoglobulines. Conclusion : Malgré que le déficit immunitaire est une cause rare des infections à répétition chez l'adulte, on doit toujours y penser pour ne pas retarder le diagnostic et éviter les complications, alors que le diagnostic est facile et le traitement est possible.

P105- Microlithiase alvéolaire pulmonaire.

M. BELAIDI, F. AIT AHMED, M. SERRAJ, B. AMARA, M. ELBIAZE, MC. BENJELLOUN (FES)

Introduction : La microlithiase alvéolaire pulmonaire (MLA) est une maladie rare, 1000 cas ont été répertoriés à l'échelle mondiale, caractérisée par la formation et le dépôt de concrétions phosphocalciques au niveau de la lumière alvéolaire pulmonaire. L'étiologie de la MLA est inconnue, mais une mutation du gène SLC34A2 codant pour un cotransporteur sodium/phosphore exprimée à la surface du pneumocyte type IIb, semble responsable de cette maladie. Le diagnostic est suspecté devant la radiographie thoracique, confirmé par les données du scanner thoracique et par la présence de microlithe dans le liquide du LBA ou sur les fragments de biopsie pulmonaire. Observation : Nous rapportons un cas

d'une jeune patiente de 30 ans, sans ATD pathologiques particuliers. Elle présente depuis 2 ans une toux sèche, parfois productive ramenant des expectorations muqueuses, sans dyspnée associée. L'examen pleuro-pulmonaire trouve des râles crépitants diffus, elle ne désature pas au test de marche. La radiographie thoracique a montré une fine miliaire avec des micronodules calcifiés. La TDM thoracique a montré de fines réticulations et micronodules calcifiés diffus aux deux champs pulmonaires avec calcifications pleurales. Le bilan biologique est normal, notamment le bilan phosphocalcique et le dosage du PTHus. Devant la discordance entre le tableau radiologique et clinique le diagnostic de microlithiase alvéolaire a été évoqué et confirmé par l'objectivation des microlithes au LBA. Une surveillance de la patiente est préconisée. Conclusion : La microlithiase alvéolaire est une maladie qui reste longtemps asymptomatique, en effet le diagnostic repose sur la discordance entre la présentation clinique et l'expression radiologique surtout scannographique par une TDM haute résolution. L'évolution naturelle se fait vers l'insuffisance respiratoire chronique avec ses complications. La transplantation pulmonaire reste le seul et dernier recours thérapeutique de cette maladie, en attendant l'apport de la cytogénétique et de la biologie moléculaire dans les perspectives thérapeutiques de cette maladie.

P106- Broncholithiase se manifestant par une lithoptysie : à propos d'un cas.

S. IQRAOUN, S. ANIMI, S. ZOUITEN, N. BOUTAHIRI, A. ISMAILI, M. SERRAJ, B. AMARA, M. EL BIAZE, MC. BENJELLOUN (FES)

La broncholithiase est définie par la présence de matériel calcifié dans la lumière bronchique, elle est secondaire à l'érosion de la paroi bronchique par des ganglions calcifiés siégeant à proximité immédiate de la bronche. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 29 ans, traitée en 2008 pour tuberculose pulmonaire TPM+, qui présente depuis 1 an des épisodes récidivant d'hémoptysie de faible abondance avec notion de 3 épisodes de lithoptysie. La fibroscopie bronchique a été effectuée ayant objectivé des broncholites au niveau du tronc intermédiaire, Le scanner thoracique a objectivé la présence d'un matériel dense au niveau d'une bronche sous segmentaire LID en rapport avec une broncholithiase sous segmentaire LID, présence par ailleurs de quelques nodules calcifiés intéressant les deux champs pulmonaires et des adénopathies calcifiées. Le diagnostic de broncholithiase a été retenu, Patiente fut adressée au service de chirurgie thoracique qui ont demandé un transit oesogastroduodenale avant de décider pour l'acte opératoire. La broncholithiase est une pathologie rare mais potentiellement grave. Ses manifestations cliniques ne sont pas spécifiques puisque la lithoptysie qui est pathognomonique de cette maladie est rare.

P107- La protéinose alvéolaire : à propos de deux cas.*H. CHARAF, K. MARC, JE. BOURKADI (RABAT)*

Introduction : La protéinose alvéolaire pulmonaire est une maladie rare qui affecte les poumons. Elle est caractérisée par l'accumulation d'une substance lipoprotéïnacée dans les espaces aériens distaux. Le diagnostic de la PAP est évoqué sur le scanner thoracique, montrant un aspect classique de crazy paving, puis confirmé par l'aspect laiteux de la LBA, et la présence de matériel lipoprotéïnacé PAS positif.

Observations : 1^{ère} Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, traitée pour tuberculose pulmonaire sans confirmation bactériologique il y'a 4ans, qui présente depuis une semaine une toux productive ramenant des expectorations muqueuses, et une dyspnée d'effort d'aggravation progressive classée à son admission stade VI de la mMRC. L'examen clinique trouve la patiente légèrement polypnéique à 24 c/min, des râles crépitants basithoraciques bilatéraux. la radiographie du thorax montre des opacités réticulomicronodulaires bilatérales et un aspect de crazy paving à la TDM thoracique. NFS, ionogramme, bilan rénal et hépatique, le bilan calcique, Proteinurie de 24h, Troponine et BNP : normaux EFR a mis en évidence un trouble restrictif modéré avec une CPT à 77%. L'endoscopie bronchique a objectivée de multiple tache anthracosique lobaire supérieure droite et du liquide laiteux au LBA, la coloration PAS positive.

2^{ème} observation : il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans, traitée pour tuberculose pulmonaire sans confirmation bactériologique, qui présente une dyspnée d'effort classée actuellement stade III de la mMRC, avec une toux productive ramenant des expectorations purulentes, sans autres signes respiratoire ou extra respiratoire. L'examen clinique trouve la patiente légèrement dyspneique, la saturation au repos est correcte, des râles crépitants basithoraciques bilatéraux. la radiographie du thorax montre un syndrome interstitiel basal bilatéral et un aspect de crazy paving à la TDM thoracique. EFR a mis en évidence un trouble restrictif modéré. LBA a ramené du liquide d'aspect laiteux et la coloration PAS est positive. Chez les deux patientes le diagnostic de PAP a été retenu sur le tableau clinique, aspect scannographique compatible, l'aspect laiteux du liquide de lavage bronchoalveolaire, la coloration PAS est positive.

Conclusion : Le traitement reposant sur le « grand lavage pulmonaire thérapeutique » est réservé aux patients très symptomatiques et, dans les formes réfractaires, le GM-CSF et le rituximab.

P108- Kyste bronchogénique : à propos de 2 cas.*L. NAJAH, W. EL KHATTABI, FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)*

Les kystes bronchogéniques sont des dysembryomes kystiques qui s'intègrent dans le spectre des

malformations broncho-pulmonaires et digestives. Ce sont des affections bénignes rares de découverte souvent fortuite et de diagnostic uniquement anatomopathologique. Nous rapportons 2 cas de kyste bronchogénique colligés au service des maladies respiratoires. Il s'agit d'une femme et d'un homme, âgés respectivement de 31 et de 34 ans, le tabagisme actif est noté chez notre patient à 05 PA, sans autres antécédents pathologiques pour les deux patients. La symptomatologie est représentée par une douleur thoracique pour la femme et une toux sèche ainsi que des épisodes d'hémoptysies minimales pour l'homme. L'examen clinique retrouve des patients en bon état général, ainsi qu'une matité basi-thoracique droite chez notre patiente, le reste de l'examen somatique était normal chez les deux patients. La radiographie thoracique objective une opacité para-cardiaque droite chez la patiente et gauche chez le patient. La TDM thoracique montre un aspect de kyste pleuropéricardique. Une bronchoscopie souple est réalisée, objectivant chez la patiente une compression extrinsèque sur la partie inférieure du tronc intermédiaire, ainsi qu'une inflammation du 2^{ème} degré de tout l'arbre bronchique avec des granulations blanchâtres diffuses sans autres anomalies chez les deux patients. Le traitement reposait sur une thoracoscopie diagnostique et thérapeutique chez les deux patients. Histologiquement, c'est un kyste bronchogénique. Les suites opératoires étaient simples. L'évolution a été marquée par la régression totale des signes cliniques et radiologiques et les deux patients sont asymptomatiques avec un recul de 22 mois pour la patiente et 12 mois pour le patient. Le kyste bronchogénique reste une affection rare chez l'adulte, mais de bon pronostic.

P109- La bronchite plastique : à propos d'un cas clinique.*R. TAGHLAOU, A. HAYOUNE, H. KOUISMI (OUJDA)*

Résumé : La bronchite plastique (BP) ou maladie des moules bronchiques est une pathologie rare, rencontrée à tout âge, avec une prédilection chez l'enfant. Le diagnostic est généralement évident et repose sur l'aspect des expectorations solides et ramifiées. Cependant, la recherche étiologique n'est pas facile et n'aboutit pas souvent à un diagnostic. Nous rapportons le cas d'un patient de 16 ans, aux antécédents la notion d'infections respiratoires à répétition depuis l'enfance qui présente des expectorations chroniques persistantes solides et ramifiées depuis janvier 2019 ; la symptomatologie s'est aggravée deux semaines avant son admission par la majoration de la toux et l'apparition d'une dyspnée stade 3 de Sadoul. La radio thorax montrait une opacité basale gauche associée à un syndrome bronchique prédominant à gauche. Les coupes scannographiques misaient en évidence une dilatation des bronches kystique localisée au niveau basal de LSG et apical de LIG. La fibroscopie bronchique

retrouvait des sécrétions épaisses solides d'aspect blanchâtre obstruant les bronches au niveau de PB de LIG et de culmen. L'examen anatomopathologique de matériel prélevé par fibroscopie montrait un tissu fibreux lâche avec présence de quelques cellules inflammatoires. Quelques jours après la bronchoscopie, le patient a rejeté davantage des expectorations bronchiques, et ainsi la dyspnée s'est améliorée. L'évolution était favorable sous antibiothérapie et kinésithérapie respiratoire. Le diagnostic de BP sur un foyer localisé DDB est retenu. La présence d'expectorations solides et ramifiées doit faire penser à la maladie des moules bronchiques et inciter à réaliser une fibroscopie bronchique à visée diagnostique et thérapeutique. La prise en charge doit être précoce pour éviter des complications. Mots clés : Bronchite plastique ; Moule bronchique ; Fibroscopie bronchique.

P110- La microlithiase alvéolaire : à propos de cinq cas.

H. CHARAF, K. MARC, JE. BOURKADI (RABAT)

Introduction : La microlithiase alvéolaire, est une affection rare, caractérisée par l'accumulation de concrétions calciques dans la lumière alvéolaire pulmonaire. Elle est le plus souvent asymptomatique, découverte à l'occasion d'un examen radiologique systématique, et confirmé par le scanner thoracique dont l'aspect est pathognomonique permettant ainsi d'éviter la confirmation histologique. Résumé : Il s'agit de 5 patients marocains : 3 femmes et 2 hommes. L'âge variait de 14 à 53 ans. Il y avait une notion de tabagisme chez deux patients et un antécédent de tuberculose pulmonaire sans confirmation bactériologique traitée cinq ans auparavant chez une autre patiente. La découverte était fortuite chez trois patients, et devant le bilan de dyspnée chez deux autres. L'examen clinique était normal chez un patient et mettait en évidence des râles crépitants chez quatre patients. La radiographie thoracique montrait une fine miliaire avec des micronodules calcifiés, et la tomodensitométrie thoracique révélait des calcifications micronodulaires parenchymateuses, au niveau des septas et sous-pleurales. L'endoscopie bronchique était normale. La recherche de microlithes à LBA n'a pas été réalisée par manque de moyens. La recherche du bacille de Koch était négative dans l'aspiration bronchique et les biopsies bronchiques étagées en faveur de remaniements inflammatoires. EFR était normale chez 3 patients et mettait en évidence un trouble restrictif modéré chez 2 patients. L'échographie abdominale était normale. Enfin, la fonction rénale et le bilan calcique étaient normaux chez les cinq patients et le dosage de la parathormone réalisé chez deux patientes était normal. Le diagnostic était retenu après confirmation histologique sur une biopsie transbronchique chez une patiente, une biopsie pulmonaire chez 2 patientes et l'aspect scannographique chez 2 patients. L'enquête familiale

réalisée chez 4 patients n'avait pas mis en évidence de cas similaires dans la famille. L'évolution était marquée par le décès d'une patiente, 4 ans après le diagnostic, une stabilité clinique et radiologique chez une patiente à 6 ans, un trouble restrictif modéré chez une patiente cinq ans plus tard, alors que 2 patients étaient perdus de vue. Conclusion : Les possibilités thérapeutiques sont limitées. La mise en évidence du gène responsable de la MLA pourrait constituer un espoir thérapeutique.

P111- Profil étiologique des tumeurs médiastinales primitives.

K. FAHMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les tumeurs médiastinales sont des tumeurs rares, représentant un ensemble hétérogène d'origine néoplasique ou bénigne. Notre étude est rétrospective étalée sur une période de 13 ans, portant sur 33 cas de tumeurs médiastinales hospitalisés au service des maladies respiratoires du CHU de Casablanca. On note une prédominance masculine dans 64% des cas avec une moyenne d'âge de 38,4 ans. Le tableau clinique était dominé par une dyspnée dans des cas, une douleur thoracique dans des cas, une toux sèche dans des cas, un syndrome cave supérieur dans des cas, et une altération de l'état général dans des cas. La radio du thorax avait révélé une opacité d'allure médiastinale chez 23 patients, une opacité à projection hilairale chez 4 patients, un hémithorax opaque chez 3 patients, un élargissement médiastinal chez 5 patients. Le bilan étiologique avait conclu à une tumeur thymique dans 30,3% des cas, une tumeur germinale un tératome et dans des 18% des cas chacun, un goitre plongeant et un séminome dans 6% des cas chacun, et un schwannome dans 6%. Le traitement était chirurgical dans 51,5% des cas et à base d'une chimiothérapie dans 41,4% des cas. L'évolution était bonne chez 42% des cas, et on avait déploré 9 cas de décès. Les tumeurs médiastinales sont des affections rares, d'étiologie diverses.

P112- Profil étiologique des adénopathies médiastinales.

M. ZERRAA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Les adénopathies médiastinales dominent la pathologie médiastinale par leur fréquence et par les difficultés du diagnostic essentiellement étiologique. Le but du travail est de préciser les étiologies les plus fréquemment retrouvées des adénopathies médiastinales. Méthodes : Etude rétrospective portant sur 80 patients hospitalisés au service des maladies respiratoires de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 8 ans. Résultats : La moyenne d'âge de nos patients était de 41 ans (17 à 70 ans). On a noté une prédominance féminine dans 78% des cas. Le contact tuberculeux récent était noté dans 18% des cas. Les signes

cliniques étaient dominés par la dyspnée dans 75% des cas et les douleurs thoraciques dans 52%. L'examen clinique a retrouvé des adénopathies périphériques dans 23% des cas, des nodules cutanés dans 7% des cas, des lésions érythémateuses et un syndrome d'épanchement liquidien dans 10% des cas chacun. La radiographie thoracique révélait un aspect de lymphome hilaire bilatéral dans 58% des cas, un aspect d'élargissement médiastinal isolé dans 24% des cas et associé à une opacité de type pleural dans 9% des cas. La tomodensitométrie thoracique retrouvait des adénopathies médiastinales chez tous nos patients dont 12% étaient nécrosées. Le diagnostic histologique est porté par les biopsies bronchiques dans 38% des cas, les biopsies ganglionnaires périphériques dans 20% des cas, biopsie sous médiastinoscopie dans 16% des cas. Les adénopathies médiastinales étaient d'origine sarcoïdienne dans 44% des cas, tuberculeuse dans 29% des cas, lymphomateuse dans 21% des cas et métastatiques dans 6% des cas. L'évolution, jugée sur l'amélioration clinique et la régression voire la stabilisation des adénopathies, était bonne dans 75% des cas, 13% des cas sont en cours de traitement et 12% des cas sont perdus de vue. Conclusion : Il ressort de cette étude les difficultés du diagnostic étiologique des adénopathies médiastinales, qui reste dominé par la sarcoïdose dans notre contexte.

P113- Apport de la ponction biopsie transparietale dans le diagnostic des tumeurs médiastinales.

M. ZERRAA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Les tumeurs médiastinales sont des tumeurs rares, dont le diagnostic repose le plus souvent sur l'histologie. Méthodes : Pour préciser l'apport de la ponction biopsie transpariétale (PBTP) dans la confirmation histologique des tumeurs médiastinales. Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 61 cas colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Résultats : La moyenne d'âge était de 48 ans. Le tableau clinique était dominé par la douleur thoracique et la dyspnée. Le téléthorax objectivait une opacité de type médiastinale dans 35 cas, un aspect d'élargissement médiastinal dans dix cas, associé à un lâcher de ballons dans un cas, une opacité de type pleural dans quatre cas, une opacité à projection hilaire dans sept cas, un hémithorax opaque et un aspect de surélévation de la coupole diaphragmatique dans deux cas chacun. Le scanner thoracique montrait un processus tissulaire du médiastin antérieur dans 33 cas, du médiastin moyen dans 14 cas, du médiastin postérieur dans huit cas, et un processus de densité liquidienne dans six cas. L'étiologie était confirmée par la ponction biopsie transpariétale (PBTP) dans 20 cas (scanoguidée dans 12 cas et échoguidée dans huit cas), sur la pièce opératoire de la masse médiastinale dans 24 cas, le dosage des marqueurs tumoraux dans

neuf cas et par la biopsie sous médiastinoscopie dans huit cas. Il s'agissait d'une tumeur thymique dans 19 cas, une tumeur germinale dans dix cas, un séminome dans cinq cas, un goitre plongeant dans sept cas, un tératome dans six cas, un schwannome dans cinq cas, un sarcome dans quatre cas ; un kyste pleuropéricardique dans deux cas, et un kyste bronchogénique dans trois cas. La chirurgie était préconisée dans 30 cas et la chimiothérapie dans 25 cas. Conclusion : La PBTP est un moyen peu invasif permettant de confirmer histologiquement les tumeurs médiastinales, en respectant ses indications.

P114- Kyste hydatique médiastinal : à propos de dix cas.

M. ZERRAA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La localisation médiastinale du kyste hydatique est extrêmement rare. Elle représente 0 à 4% de toutes les localisations. Cette localisation pose volontiers un délicat problème diagnostique avec les lésions kystiques du médiastin. Nous rapportons dix cas de kyste hydatique du médiastin colligés au service des maladies respiratoires CHU Ibn Rochd entre 2000 et 2018. À travers cette étude, nous insistons sur les difficultés diagnostiques du kyste hydatique. Il s'agissait de sept hommes et trois femmes. La moyenne d'âge était de 33 ans. Tous nos patients étaient d'origine rurale. Un patient était déjà opéré pour kyste hydatique pulmonaire quatre ans auparavant et un autre pour kyste hydatique hépatique 14 ans auparavant. Le tableau clinique était dominé par la toux sèche et la douleur thoracique dans quatre cas chacune et la dyspnée d'effort dans sept cas. Chez un patient, la découverte était fortuite. La radiographie thoracique avait retrouvé une image en lâcher de ballon bilatéral dans cinq cas, associée à une cardiomégalie dans deux cas, un aspect d'élargissement médiastinal dans quatre cas, une opacité latéro-trachéale droite dans trois cas et une opacité rétro-cardiaque dans un cas. La TDM thoracique a permis de déterminer précisément le compartiment médiastinal atteint et d'étudier les rapports du kyste avec les structures adjacentes. L'IRM thoracique a été nécessaire pour confirmer l'envahissement de l'artère pulmonaire chez trois patients. Le kyste hydatique médiastinal était isolé dans deux cas, associé à une localisation pleurale, pulmonaire, péritonéale, pariétale, splénique et hépatique dans un cas, une localisation cardiaque dans cinq cas, artérielle pulmonaire dans trois cas, aortique dans un cas et pulmonaire multiple dans six cas. La chirurgie était préconisée chez quatre patients, associée à un traitement médical à base d'albendazole dans un cas. Le traitement était médical seul dans six cas. L'évolution était favorable dans huit cas et on déplore deux décès. kyste hydatique médiastinal isolé et la rareté de cette localisation souvent associée à une atteinte multiviscérale, d'où son mauvais pronostic.

08h30-12h00 : Communications affichées 3**PO-115 à PO-172****P115- Profil étiologique des masses médiastinales antérieures.**

L.NAJAH, W.ELKHATTABI, FZ. CHAAIBATE, H.JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le médiastin peut être le siège de pathologies tumorales très variées, chacune étant associée à un compartiment médiastinal particulier. Ces tumeurs sont rares, souvent de découverte fortuite. Posant un problème de diagnostic étiologique, le diagnostic définitif est histologique. Nous avons mené une étude rétrospective incluant 20 cas de masses médiastinales antérieures entre janvier 2017 et juillet 2019. La moyenne d'âge est de 32 ans. Le sexe masculin prédomine dans 12 cas. Le délai moyen de diagnostic est de 20 jours. La découverte est fortuite dans 4 cas. Ailleurs, La symptomatologie clinique est faite surtout de syndrome cave supérieur, douleur thoracique, dyspnée à l'effort, toux sèche. La radiographie thoracique montre un élargissement médiastinal dans la majorité des cas associé à une opacité de type pleural dans 3 cas, le cliché thoracique est normal dans 2 cas. La TDM thoracique réalisée chez tous nos patients objective une masse médiastinale antérieure dans la majorité des cas, associée à un épanchement pleural homolatéral dans 3 cas et péricardique dans un cas. Le diagnostic histologique est obtenu par biopsie transpariétale (PBTP) (11 cas), biopsies bronchiques (3 cas), cervicotomie de Kocher (3 cas), médiastinoscopie/thoracoscopie (2 cas), ponction biopsie pleurale (PBP) dans 1 cas. L'examen anatomopathologique complété par immuno-histochimie (IHC) a montré un carcinome à petites cellules (6 cas), un goitre plongeant (3 cas), un lymphome lymphoblastique T (5 cas), un thymome (3 cas), un kyste bronchogénique (un cas), un tératome (un cas), un séminome (un cas). Le traitement est chirurgical dans 7 cas, une chimiothérapie est indiquée dans 8 cas. Trois patients sont adressés en hématologie pour complément de suivi. Nous rappelons à travers cette étude que les masses médiastinales constituent souvent un problème de diagnostic étiologique. Le scanner thoracique est la plaque tournante dans la démarche diagnostique. La preuve histologique est indispensable pour prédire du pronostic et orienter l'attitude thérapeutique ultérieure nécessitant une collaboration étroite entre pneumologue, oncologue, chirurgien, radiologue et pathologiste.

P116- Adénopathies médiastinales : profil étiologique.

N. BOUGTEB, W. EL KHATTABI, L.HAMDAOUI , H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les adénopathies médiastinales dominent la pathologie médiastinale par leur fréquence et par les difficultés du diagnostic étiologique. Le but du travail est de déterminer le profil étiologique des adénopathies médiastinales, à travers une étude rétrospective portant sur 112 patients hospitalisés au service entre janvier 2017 et juillet 2019. La moyenne d'âge est de 49 ans (22 à 68ans) avec une prédominance masculine à 53%. Le tabagisme chronique a été retrouvé dans 61% des cas et le contage tuberculeux récent a été noté dans 8.5 % des cas. Les signes cliniques ont été dominés par la dyspnée dans 53.22% des cas, la douleur thoracique dans 42.53% des cas. L'examen clinique a retrouvé des adénopathies périphériques dans 34.76% des cas, un syndrome d'épanchement liquidien dans 10.91% des cas. La tomodensitométrie thoracique a retrouvé des adénopathies médiastinales nécrosées dans 22.67% des cas, associées à une PID dans 7.44% des cas et à des nodules pulmonaires dans 21.96% des cas. Les adénopathies médiastinales ont été d'origine tuberculeuse dans 47.06% des cas, lymphomateuse dans 16.11% des cas, sarcoïdienne dans 24.68% des cas et métastatique dans 12.15% des cas. On constate de cette étude les variétés du diagnostic étiologique des adénopathies médiastinales qui reste dominé par la tuberculose dans notre contexte malgré la stratégie de lutte antituberculeuse.

P117- Médiastinite fibreuse chronique : à propos de 3 cas.

H. BEN ATAYA, R. AZZEDINE R. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK. L.ACHACHI M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : La médiastinite fibreuse chronique est un désordre bénin rare, résultant d'un processus scléreux du tissu médiastinal avec survenue de compression, d'obstruction, voir une infiltration des organes médiastinaux, il constitue la première étiologie bénigne du syndrome cave supérieur (SCS). Matériel et Résultat : Trois patients, 2 femmes et 1 homme, l'âge moyen est de 40 ans, un antécédent de diabète a été retrouvé chez (1cas), une thyroïdectomie total chez (1cas), ils étaient admis pour bilan de magmas d'ADP médiastinale chez (2 patients) et masse médiastinales chez (1 cas) , le délai moyen d'apparition des signes est de 1 an, à type de dyspnée (3 cas), toux sèche (3 cas), hémoptysie

(1cas), l'examen physique note un syndrome cave supérieur (3 cas), La Rx de thorax a montré un élargissement médiastinale chez les 3cas, la TDM thoracique met en évidence une masse médiastinale tissulaire hétérogène avec calcifications chez (1 cas), magmas d'ADP médiastinales chez (2cas), l'endoscopie bronchique est normale. Une médiastinoscopie a été réalisée dans (3 cas), les biopsies sont revenues en faveur de médiastinite fibreuse chronique. Le traitement médical par corticothérapie orale est indiqué chez (2cas), la corticothérapie et le traitement antibacillaire chez une patiente. Discussion : La médiastinite fibrosante est une affection rare provoqué par une prolifération fibro-inflammatoire dûe probablement à une réponse immunologique anormale d'origine le plus souvent infectieuse (Tuberculose, histoplasmosis) entraînant un engainement avec envahissement et compression des structures de basse pression : VCS, veines pulmonaires, artères pulmonaires. Conclusion : La médiastinite fibreuse chronique est une affection rare, l'imagerie grâce à la TDM et IRM permet une approche diagnostique, celui-ci reste histologique afin d'éliminer toute cause néoplasique.

P118- Profil des patients adultes hospitalisés pour exacerbation de dilatation des bronches.

M. AMI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les dilatations des bronches (DDB) sont une cause de morbi-mortalité non négligeable principalement dans les pays en voie de développement. Les exacerbations de DDB nécessitant le recours à l'hospitalisation restent fréquentes dans notre pays, pour cela, nous avons étudié le profil des patients hospitalisés pour exacerbation de DDB. Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 115 cas colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur sept ans (2012–2019). La moyenne d'âge était de 54,8 ans avec une nette prédominance féminine (64,4 %). La DDB était connue chez 29 % des cas, parmi eux 8,8 % avaient été déjà hospitalisés au cours de l'année écoulée. Dans les antécédents, une tuberculose pulmonaire était notée chez 26% des cas, des infections respiratoires à répétition chez 15% des cas, une polyarthrite rhumatoïde chez 6% des cas et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin chez 4% des cas. Un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë était présent dans 77% des cas. L'augmentation du volume des expectorations, qui étaient purulentes, était notée dans tous les cas, associée à des hémoptysies dans 21% des cas. Les DDB étaient diffuses et bilatérales dans 68 % des cas. L'origine bactérienne de l'exacerbation aiguë des DDB a été retenue dans 45,5% des cas. Les germes isolés étaient le *Streptococcus pneumoniae* dans 34% des cas, le *Pseudomonas aeruginosa* dans 15% des cas et l'*Hemophilus influenzae* dans 10,2%. Tous les patients ont reçu une bi-antibiothérapie probabiliste associée à

une kinésithérapie respiratoire avec une bonne évolution clinique et biologique. Une oxygénothérapie à domicile était indiquée dans 9% des cas et une ventilation non invasive dans 7,8% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours. Nous soulignons que le motif d'exacerbation aiguë de DDB reste dominé par la surinfection bronchique d'origine bactérienne d'où l'intérêt de la vaccination chez ce type de patients.

P119- Dilatation de bronches révélant une mucoviscidose chez l'adulte.

A. FAHMI, W. EL KHATTABI, S. RAFTANI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La mucoviscidose est une maladie génétique responsable d'une hyperviscosité du mucus entraînant des surinfections pulmonaires avec des dilatations de bronches chez l'adulte jeune. Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence, le profil clinique et les moyens diagnostiques et thérapeutiques de ses patients. Nous avons colligé entre janvier 2002 et janvier 2019 quatre cas de cette maladie révélée par des dilatations de bronches. Les quatre cas étaient des patientes dont l'âge moyen était de 25 ans. Les infections respiratoires à répétition depuis l'enfance associée à la bronchorrhée chronique étaient présentes dans 100% des cas. Deux patientes étaient suivies pour un diabète insulino-dépendant. Les manifestations ORL et digestives étaient présentes dans 50% des cas. Les dilatations des bronches étaient kystiques et cylindriques, diffuses et bilatérales dans tous les cas. L'examen cyto bactériologique des expectorations a montré une infection à *Pseudomonas Aeruginosa* dans 50% des cas. Le diagnostic a été retenu grâce au test à la sueur qui est revenu positif dans tous les cas ainsi que par la recherche de la mutation du gène CFTR qui a permis de mettre en évidence la mutation delta F508 dans trois cas. La prise en charge thérapeutique consistait en une bi-antibiothérapie ciblée associée à une kinésithérapie respiratoire de drainage des expectorations et un traitement symptomatique nutritionnel. L'évolution à court terme a été satisfaisante pour toutes les patientes. La mucoviscidose reste sous diagnostiquée dans notre contexte. La sensibilisation des praticiens sur cette maladie ainsi qu'une stratégie nationale de sa prise en charge permettra d'améliorer la qualité de vie de ses patients.

P120- Profil bactériologique des dilatations des bronches.

FZ. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, L. NAJAH, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La survenue de la DDB suppose la conjonction de facteurs environnementaux notamment infectieux. Le but de notre travail est de déterminer le profil bactériologique de DDB. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 375 patients hospitalisés

dans notre service entre janvier 2010 et juin 2019. La moyenne d'âge était de 47 ans, avec une légère prédominance féminine (58% des cas). La symptomatologie a été dominée par un syndrome bronchique dans 92% des cas et par la dyspnée dans 74% des cas. L'imagerie thoracique a confirmé le diagnostic de DDB localisée dans 38% des cas et de DDB diffuse dans 62% des cas. L'examen bactériologique a permis d'isoler le germe dans 35% des cas, représenté essentiellement par le streptocoque pneumoniae dans 28% des cas. Dans les autres cas négatifs, 68% des patients ont reçu une antibiothérapie préalable et 26% des cas n'avaient pas d'expectoration. Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste associée à une kinésithérapie respiratoire. L'évolution a été marquée par la régression des signes cliniques dans 76% des cas. Cependant 24% des patients, dont 6% parmi eux ont transité par un autre service, ont présenté des germes résistants au traitement antibiotique, ajusté par la suite selon l'antibiogramme. A travers ce travail, on souligne l'importance de réaliser systématiquement un bilan infectieux aux cours des DDB, ainsi que la fréquence du *Streptococcus pneumoniae* chez nos patients.

P121- Profil épidémiologique, clinique, radiologique, et étiologique des bronchectasies hospitalisées au service de pneumologie de Marrakech.

M. IJIM, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Les bronchectasies ou dilatation des bronches (DDB) sont définies comme une augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches, altérant leurs fonctions dans des territoires plus ou moins étendus. Elle constitue une cause de morbidité et de mortalité considérable. **But de travail :** Le but de notre travail était de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et étiologiques des bronchectasies. **Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective incluant 46 cas de dilatation des bronches hospitalisés au service de pneumologie CHU Mohammed VI durant 4 ans et demi de janvier 2015 à juin 2019. **Résultats :** Nos patients se répartissent en 19 hommes (41%) et 27 femmes (59%). Leur moyenne d'âge était de 45,4 ans. Les signes fonctionnels étaient dominés par la dyspnée chez 42 cas (91,3%), la bronchorrhée dans 38 cas (82,6%), et l'hémoptysie chez 17 cas (36,9%). Le signe physique le plus fréquent était La découverte de râles bronchiques à l'auscultation pulmonaire chez 41 cas (89,1%) ; il y avait des râles crépitants dans 71,7% des cas, des râles ronflants dans 41,3% des cas et des sibilants dans 32,6 % des cas. Un hippocratisme des doigts ou des orteils était présent chez 33 cas (71,7%), et 32 cas (69,5%) avaient un mauvais état bucco-dentaire. La radiographie thoracique standard était anormale dans tous les cas ; elle montrait une prédominance d'images aréolaires (91,3% des cas) et d'images pseudo kystiques (8,7% des cas). La localisation était diffuse et bilatérale dans 35 cas

(76,1%). La TDM thoracique a été réalisée dans 89,1% des cas, montrant des lésions kystiques dans 45,6%, cylindriques chez 41,3% des cas et mixtes dans 36,9% des cas. L'étiologie des DDB était post infectieuse dans 47,8 % des cas (post-tuberculeuse dans 26,1% des cas), et restait indéterminée dans 47,8% des cas, avec un cas de dyskinésie ciliaire primitive. Tous nos patients avaient reçu un traitement médical. La chirurgie a été indiquée chez 4 patients (8,6%). La survenue de complications était notée dans 28% des cas. **Conclusion :** La bronchectasie se manifeste le plus souvent par un tableau clinique évocateur et se confirme par les données radiologiques et scannographiques. Les DDB demeurent fréquentes dans notre pays, dominées par les formes post infectieuses, la lutte antituberculeuse reste un volet important pour réduire l'incidence de cette maladie.

P122- Les tumeurs germinales.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. ENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les tumeurs germinales du médiastin sont constituées de tissus ressemblant à ceux qui se succèdent au cours du développement embryonnaire, par différenciation des feuilletts primordiaux et des feuilletts extra-embryonnaires. La pratique conduit à séparer les tératomes matures (bénins), les séminomes et les tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS). La chimiothérapie a bouleversé le pronostic de ces tumeurs. Étude rétrospective étalée sur une période de 14 ans, à propos de 17 cas colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca. La moyenne d'âge était de 39 ans, avec une prédominance masculine. Le tableau clinique était dominé par la douleur thoracique et la dyspnée. La radiographie thoracique objectivait une opacité de type médiastinal dans six cas, un aspect d'élargissement médiastinal dans deux cas, associé à une opacité à projection hilare dans quatre cas, à un lâcher de ballons dans deux cas, à une opacité de type pleural, à un hémithorax opaque et à un aspect de surélévation de la coupole diaphragmatique dans un cas chacun.. Le diagnostic étiologique est confirmé par l'étude histologique de la pièce opératoire dans cinq cas, de la ponction biopsie transpariétale dans trois cas et par les marqueurs tumoraux dans neuf cas. Il s'agissait d'une tumeur germinale non séminomateuse dans huit cas, d'un tératome dans cinq cas, d'un séminome dans deux cas, d'un choriocarcinome et une tumeur du sac vitellin dans un cas chacun. La chirurgie était préconisée chez 4 patients, et la chimiothérapie chez 13 patients. Les tumeurs germinales sont des tumeurs rares, dont la chimiothérapie a bouleversé le pronostic de ces tumeurs.

P123- Les masses pariétales thoraciques.

W. JALLOUL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les masses pariétales thoraciques peuvent être liées à différentes étiologies. Afin de tracer le profil clinique, radiologique et étiologique de cette entité pathologique, nous rapportons une étude rétrospective portant sur 55 cas colligés entre 2009 et 2019. La moyenne d'âge était de 50 ans. La symptomatologie était dominée par la douleur thoracique dans 85 % des cas. L'examen clinique a trouvé une tuméfaction pariétale dans tous les cas. Celle-ci est de siège thoracique postérieur dans 45 % des cas, antérieur dans 38% des cas, axillaire dans 12 % des cas, sus et sous claviculaire dans 5 % des cas. La radiographie thoracique a objectivé une opacité de type pariétale dans 40 %, une lyse costale dans 35 % des cas. Le scanner thoracique a noté un processus pariétal avec lyse costale dans 40 % des cas, associé à une atteinte parenchymateuse dans 33 %, une atteinte pleurale et un épaississement des parties molles en regard de la masse dans 18 % des cas chacun. Le diagnostic était posé par la biopsie de la masse dans 52% des cas, biopsie des berges après mise à plat chirurgicale dans 15% des cas, ponction d'abcès dans 12% des cas, biopsie bronchique dans 13% des cas et par biopsie ganglionnaire et ponction biopsie pleurale dans 4 % chacune. L'origine carcinomateuse est retrouvée dans 35% des cas, l'origine tuberculeuse dans 27,5% des cas, les hémopathies malignes dans 23% des cas, les tumeurs pariétales primitives dans 4 cas, les tumeurs fibreuses solitaires de la plèvre et l'histiocytose, l'étiologie bactérienne et indéterminée dans un cas chacune. L'évolution est bonne dans 53% des cas, 20% des patients sont décédés, et 27% sont perdus de vue. Nous concluons que les étiologies des masses pariétales thoraciques sont très diverses et sont dominées par l'origine maligne et tuberculeuse dans notre contexte.

P124- Métastases pleuro-pulmonaires des cancers gynéco-mammaire chez la femme.

W. JALLOUL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les métastases pleuro-pulmonaires surviennent chez 30 à 50 % des patients atteints de cancers connus. Certaines sont spécifiques de la femme. Le but de notre travail est d'étudier les particularités des métastases pleuro-pulmonaires des cancers gynéco-mammaires chez la femme. Notre étude a concerné 57 patientes admises au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre janvier 2015 et juin 2019. La moyenne d'âge des patientes était de 46 ans. Le néo-primitif était connu et traité chez toutes nos patientes avec un délai moyen de 3 ans entre l'apparition du primitif et des métastases pleuro-pulmonaires. Il s'agissait d'un cancer du sein dans 33 cas, cancer du col de l'utérus dans douze cas, cancer de l'ovaire dans huit cas, cancer de l'endomètre et de la vulve dans deux cas chacun. À l'imagerie thoracique, les métastases pleuro-

pulmonaires du cancer du sein étaient représentées par un lâcher de ballons (14%), des micronodules diffus (23%) et une atteinte pleurale (84%). Les métastases du cancer du col de l'utérus, de l'ovaire, de l'endomètre et de la vulve étaient représentées par une atteinte pleurale chez toutes les patientes. Les tumeurs les plus fréquemment en cause des métastases pleuro-pulmonaires chez la femme sont les cancers gynécologiques avec en tête le cancer du sein.

P125- Cancer bronchique primitif et exposition professionnelle.

H. HARRAZ, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Le tabac reste le principal facteur de risque en matière de carcinogénèse pulmonaire. Cependant, l'exposition professionnelle constitue un autre agent causal. L'objectif de notre étude est de rechercher les métiers les plus exposant au risque de cancer bronchique primitif. Méthodes : C'est une étude rétrospective concernant 61 patients, ayant un carcinome bronchique avec une exposition professionnelle, hospitalisés au service de pneumologie CHU Ibn Rochd de Casablanca du janvier 2018 au juin 2019. Résultats : Il représente 59,8% de l'ensemble des patients. Il s'agit de 55 hommes et 6 femmes avec une moyenne d'âge de 61 ans. Le tabagisme actif est retrouvé dans 93% des cas avec une consommation moyenne de 58,5 PA. Les professions les plus rencontrées sont : agriculteur dans 39% des cas, maçon dans 19,5% des cas, mineur dans 12% des cas, marin dans 7% et celui de puisatier, plâtrier et peintre de bâtiment dans 2 cas chacun. L'amiante et la silice sont les expositions les plus retrouvées. Une bronchoscopie est réalisée chez tous les patients. Elle a objectivé une tumeur bourgeonnante dans 36,5% des cas, une sténose tumorale dans 29% des cas et un aspect endoscopique normal dans 22% des cas. La ponction biopsie transpariétale était faite chez 19 patients, une échoendoscopie chez 3 patients, la thoracotomie et la médiastinoscopie dans 2 cas chacun. Les types histologiques retrouvés étaient : un adénocarcinome pulmonaire dans 54% des cas, un carcinome à petites cellules dans 24 % des cas et un carcinome épidermoïde dans 21% des cas. Le carcinome pulmonaire est classé stade IV dans 41% des cas, stade IIIB dans 44% des cas, stade IIIA et IIB dans 7% des cas chacun. Le traitement chirurgical est proposé chez 3 patients. L'association radiothérapie-chimiothérapie est indiquée chez la majorité des patients. Conclusion : L'exposition à l'amiante et à la silice multiplie le risque du cancer bronchique primitif. D'où l'intérêt du dépistage et de la prévention primaire contre les facteurs de risque.

P126- Le syndrome de Pancoast-Tobias.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUNE, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Le syndrome de Pancoast-Tobias se définit comme une tumeur de l'apex pulmonaire, une lyse costale et/ou vertébrale, des névralgies cervico-brachiales et un syndrome de Claude-Bernard-Horner. Cette topographie aux confins thoraciques du cou et du membre supérieur explique la richesse et la variété de leur présentation clinique. Elle représente moins de 5% des cancers bronchopulmonaires. **Méthodes :** Le but de notre étude est de déterminer le profil épidémiologique, clinique et évolutif des cancers bronchiques révélés par ce syndrome. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 104 cas colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2005 et 2019. **Résultats :** La moyenne d'âge était de 55 ans, avec une prédominance masculine (98%). Le tabagisme était retrouvé dans 98% des cas. Le délai moyen entre le début des symptômes et la prise en charge au service de pneumologie était de 5 mois. La symptomatologie clinique était dominée par les névralgies cervico-brachiales dans 72% des cas, le syndrome de Claude-Bernard-Horner était noté dans 25 % des cas. L'imagerie thoracique a objectivé un processus tumoral apical avec lyse costale dans 67 % des cas et une lyse du corps vertébral dans 19% des cas. Le diagnostic était confirmé par la ponction biopsie trans-pariétale dans 62,6% des cas, les biopsies bronchiques dans 19,3% des cas, la biopsie ganglionnaire périphérique dans 14,5% des cas, et la biopsie sous thoracotomie dans 3,6% des cas. Le type histologique prédominant était l'adénocarcinome (69%). Le traitement s'est basé sur la radio-chimiothérapie seule dans 74% des cas, suivie d'une chirurgie dans 8% des cas, le traitement chirurgical seul chez deux malades et des soins palliatifs dans 16% des cas. L'évolution était bonne dans 45% des cas traités. **Conclusion :** Le syndrome de Pancoast-Tobias n'est pas une entité monolithique sur le plan sémiologique. On pourrait proposer sa classification en une forme typique et des formes atypiques.

P127- Les métastases endobronchiques.

H. HARRAZ, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Les métastases endobronchiques d'une néoplasie extrathoracique sont souvent rapportées dans la littérature. Peu fréquentes, de l'ordre de 2% de l'ensemble des métastases, la dissémination se fait par voie lymphatique récurrente en sous-muqueux vers la carène et la trachée. **Méthodes :** Nous rapportons dix observations de métastases endobronchiques colligées au service des maladies respiratoires entre 2005 et 2018. **Résultats :** La moyenne d'âge était de 55,3 ans. Le cancer du col utérin (huit cas) était le cancer primitif le plus fréquent. L'adénocarcinome rectal et mammaire était retrouvé dans un cas chacun. Le tableau clinique était dominé par les hémoptysies, la douleur thoracique et la

profonde altération de l'état général. La radiographie thoracique avait montré un trouble de ventilation dans cinq cas, un lâcher de ballons dans trois cas, une opacité rétractile des lobes moyen et inférieur droit, une opacité du lobe supérieur droit avec lyse osseuse et une opacité de type pleural dans deux cas. La bronchoscopie avait objectivé une tumeur bourgeonnante dans six cas et une sténose infiltrative d'allure tumorale dans quatre cas. Le diagnostic de métastases endobronchiques était retenu par les biopsies bronchiques dans tous les cas. Le cytodagnostic du liquide d'aspiration bronchique avait retrouvé des cellules malignes dans cinq cas. Actuellement, cinq patientes sont sous chimiothérapie et les 3 autres sont perdus de vue. Nous déplorons 2 décès. **Conclusion :** Les métastases endobronchiques est une pathologie rare. Le cancer du col utérin reste l'étiologie la plus fréquente dans notre contexte.

P128- Adénocarcinome in situ.

H. HARRAZ, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'adénocarcinome in situ (ADC is) ou carcinome bronchioloalvéolaire est une variété non-invasive d'adénocarcinome pulmonaire. Par convention, il doit avoir un diamètre inférieur à 3 cm. C'est une tumeur rare qui ne représente qu'environ 5 % des carcinomes broncho-pulmonaires. Sa définition histologique stricte et restrictive nécessite une exérèse pulmonaire chirurgicale complète afin d'exclure tout signe d'invasion. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 22 cas d'ADC is, colligés au service des maladies respiratoires au CHU Ibn Rochd de Casablanca entre juin 1999 et décembre 2018. Il s'agit de 13 femmes et 9 hommes. La moyenne d'âge était de 55 ans. Le tabagisme était présent dans 6 cas. Le tableau clinique était dominé par la bronchorrhée muqueuse, la dyspnée et l'altération de l'état général. L'imagerie thoracique montrait un aspect en verre dépoli diffus dans 9 cas, un nodule unique en verre dépoli et des foyers de condensation alvéolaire dans 5 cas chacun, un aspect en lâcher de ballon dans 4 cas, des nodules excavés dans 3 cas et un aspect de miliaire dans 1 cas. Le traitement était chirurgical suivi d'une chimiothérapie dans 9 cas et un traitement symptomatique associé à une chimiothérapie palliative dans 13 cas. L'évolution est marquée par une stabilisation clinique dans 8 cas, 6 patients sont perdus de vue et nous déplorons 8 décès. À travers cette étude, nous rappelons que l'aspect en verre dépoli est la présentation radiologique la plus fréquente de l'adénocarcinome in situ.

P129- Aspects radiologiques thoraciques des hémopathies malignes.

M. ZERRAA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

introduction : Les hémopathies malignes sont des

tumeurs développées aux dépens du tissu hématopoïétique et des ganglions lymphatiques. Les déterminations thoraciques des hémopathies malignes sont fréquentes et d'aspect radiologique variable. Méthodes : Une étude rétrospective portant sur 119 cas colligés entre 2003 et 2018. Résultats : Il s'agit de 61 femmes et 58 hommes. La moyenne d'âge était de 38 ans. Le syndrome d'épanchement liquidien était noté dans 59% des cas, des adénopathies périphériques dans 33%, des masses pariétales dans 11,5% et des nodules sous-cutanés dans 7%. Le téléthorax montrait un élargissement médiastinal dans 68% des cas, une opacité de type pleural dans 49,8%, une opacité pulmonaire dans 10%, un syndrome alvéolaire dans 8%, une atélectasie dans 5% et un aspect en lâcher de ballon dans 2%. Le scanner thoracique avait noté des adénopathies médiastinales dans 59% des cas, un complexe gangliotumoral dans 19,5%, un processus parenchymateux dans 9%, une condensation alvéolaire dans 8%, des opacités réticulaires de distribution lymphatique dans 1% et un épanchement pleural associé dans 46%. Il s'agissait d'un lymphome malin non hodgkinien dans 53% des cas, d'une maladie d'Hodgkin dans 33%, d'une maladie de Kahler dans 9%, de leucémie aiguë dans 4% et de leucémie lymphoïde chronique dans 1%. Le traitement reposait essentiellement sur la polychimiothérapie. L'évolution était favorable dans 62% des cas, avec 8% de rechute, 14% toujours sous traitement et 16% des cas sont décédés. Conclusion : Les aspects radiologiques des atteintes thoraciques des hémopathies malignes sont polymorphes et aucun aspect radiologique n'est spécifique. La TDM thoracique permet de suspecter fortement le diagnostic.

P130- Tumeur fibreuse solitaire pleurale : à propos d'un cas.

M. ZERRAA, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

La tumeur fibreuse solitaire pleurale (TFSP) est une tumeur mésoenchymateuse rare, le plus souvent bénigne, d'évolution imprévisible. Elles siègent fréquemment au niveau thoracique. Nous rapportons une observation de tumeur fibreuse solitaire pleurale. Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans, le motif de consultation était la toux, la douleur thoracique et la dyspnée d'effort, associée à des hypoglycémies. L'examen clinique a révélé un syndrome d'épanchement liquidien occupant les 2/3 inférieurs de l'hémithorax droit. La TDM thoracique objectivait une grosse masse tissulaire thoracique postéro basale mesurant 17 cm de diamètre. La ponction biopsie transpariétale a confirmé le diagnostic, la résection était complète de la masse tumorale sous thoracotomie, l'aspect morphologique a conclu à une prolifération tumorale maligne fusocellulaire. A l'immuno-histochimie les cellules tumorales exprimaient le CD34 et CD99, l'évolution sur un an était

bonne sans récurrence après la chirurgie. La TFSP est une tumeur rare, évoquée par l'imagerie et confirmée à l'histologie. Le traitement repose sur l'exérèse complète de la tumeur, une surveillance au long cours est recommandée devant les possibilités de récurrence ou de transformation maligne, locale ou à distance.

P131- Les tumeurs carcinoïdes bronchiques : à propos de 11 cas.

M. ZERRAA, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Les tumeurs carcinoïdes bronchiques sont des tumeurs neuro-endocrines pulmonaires les mieux différenciées et les moins agressives, représentent 2% des tumeurs broncho-pulmonaires. Nous rapportons 11 cas colligés au service des maladies respiratoires Chu Ibn Rochd de Casablanca. Il s'agit de huit femmes et trois hommes. La moyenne d'âge est de 28 ans. Les signes révélateurs sont la douleur thoracique et les hémoptysies dans six cas, les infections respiratoires à répétition dans un cas, la découverte est fortuite dans quatre cas. La radiographie thoracique montre un trouble de ventilation dans sept cas, une opacité à projection hilairale dans deux cas. La bronchoscopie montre une tumeur du tronc intermédiaire dans six cas, de l'orifice du Fowler dans deux cas, de la pyramide basale droite et de la lingula dans un cas chacun et de la lobaire inférieure gauche dans un cas. Le diagnostic de tumeur carcinoïde est retenu dans deux cas après étude histologique de biopsie tumorale par bronchoscopie et sur la pièce de résection chirurgicale dans neuf cas. L'étude histologique confirme une tumeur carcinoïde atypique avec envahissement ganglionnaire dans trois cas et d'un carcinoïde typique dans huit cas. Associé au curage ganglionnaire, cinq patients ont subi une lobectomie, quatre patients ont bénéficié d'une lobectomie et une chimiothérapie palliative chez deux patients. L'évolution est favorable avec une moyenne de recul de quatre ans pour les patients ayant une tumeur carcinoïde typique. La prise en charge des tumeurs carcinoïdes bronchiques repose essentiellement sur la chirurgie. Très peu de données sont disponibles à propos de l'efficacité de la chimiothérapie et la radiothérapie. Le pronostic dépend du type histologique et le stade d'invasion ganglionnaire.

P132- Particularités cliniques, radiologiques, histologiques et évolutives du carcinome bronchogénique chez la femme.

M. ZERRAA, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le cancer bronchique primitif chez la femme représente le troisième cancer par sa fréquence, derrière le cancer du sein et le cancer colorectal. L'incidence et la mortalité de ce cancer est toujours en augmentation. Le but de ce travail est de souligner les particularités cliniques, radiologiques, histologiques et

évolutives du carcinome bronchogénique chez la femme. Notre étude rétrospective porte sur 90 cas de carcinome bronchogénique chez des femmes colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd entre janvier 2015 et juin 2019. La moyenne d'âge était de 61 ans, avec des extrêmes allant de 38 à 88 ans. Soixante onze pourcent des femmes habitaient en milieu rural, 63% étaient exposées à la fumée du bois, 10% des patientes étaient des tabagiques actives, le tabagisme passif était retrouvé chez 14% des femmes, sans exposition professionnelle. Le délai moyen de consultation était de 62 jours. La symptomatologie était dominée par la douleur thoracique (86%), la dyspnée (81%), le syndrome bronchique (79%) et l'hémoptysie (32%). L'examen clinique a retrouvé un syndrome d'épanchement liquidien dans 34% des cas, des adénopathies périphériques dans 7% des cas, alors qu'il était normale dans 53% des cas. Le téléthorax a objectivé une opacité à projection hilare (50%), une opacité arrondie parenchymateuse (29%), une opacité de type pleural (25%), et une atélectasie (12%). La TDM thoracique a révélé un processus tissulaire d'allure tumorale dans 91% des cas, associés à des adénopathies médiastinales dans 67% des cas, une pleurésie dans 30% des cas et un nodule spiculé isolé chez deux patientes. La bronchoscopie a montré un état inflammatoire avec épaississement des éperons (40%), un bourgeon tumoral (30%), une infiltration d'allure tumorale (19%) et une compression extrinsèque (3%). Le diagnostic est obtenu par une biopsie bronchique (55%), une ponction biopsie pleurale (15%), une ponction biopsie transpariétale (11%), une biopsie sous médiastinoscopie et une biopsie sous thoracotomie dans cinq cas chacune, une biopsie osseuse dans deux cas et une biopsie ganglionnaire périphérique dans un cas. Il s'agissait d'un adénocarcinome pulmonaire primitif dans 62% des cas, un carcinome épidermoïde dans 19% des cas, un carcinome neuroendocrine à petites cellules dans 14% des cas, alors que dans quatre cas le diagnostic n'a pas été posé en raison de l'état général altéré. La plupart des carcinomes étaient classés stade IV. Parmi les 90 patientes, 65 ont bénéficié d'un traitement palliatif, 11 d'une chimio-radiothérapie, dix sont décédées. un traitement chirurgicale et une immunothérapie étaient indiquées chez deux patientes chacun. À travers ce travail, nous insistons sur la fréquence élevée de l'exposition à la fumée du bois comme principal facteur carcinogène chez la femme et sur l'adénocarcinome comme principal type histologique.

P133- Le profil histologique du carcinome bronchogénique chez la femme.

M. ZERRAA, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le cancer bronchique chez la femme constitue un véritable problème de santé publique. Son incidence

est en nette augmentation. Ceci s'explique par la forte consommation de tabac chez la femme depuis 20 ans. Pour comparer le profil histologique du cancer bronchique selon les facteurs de risque, nous avons mené une étude comparative entre un groupe 1 (G1) de 21 femmes tabagiques et un groupe 2 (G2) de 69 femmes non tabagiques, porteuses d'un carcinome bronchique confirmé entre janvier 2015 et juin 2019, suivies au service des maladies respiratoires Chu Ibn Rochd de Casablanca. La moyenne d'âge était de 58 ans dans le groupe 1 vs 62 ans dans le groupe 2. Trente huit pour cent (38%) des femmes étaient exposées à la fumée du bois dans le G1 vs 72% dans le G2. Dans les deux groupes, la symptomatologie clinique était dominée par la dyspnée et la douleur thoracique dans 90% des cas dans le G1 vs 82% des cas dans le G2. L'examen clinique était sensiblement normal dans 57% dans G1 vs 52% dans le G2. L'imagerie thoracique a objectivé un processus tumoral parenchymateux dans respectivement 95% et 87% associé à des adénopathies médiastinales dans respectivement 62% et 74%. La confirmation histologique est apportée par les biopsies bronchiques dans 61% (G1) et 51%(G2). Le type histologique était dominé principalement dans le groupe 1 par l'adénocarcinome dans 76% des cas et le carcinome neuroendocrine à petites cellules dans 24% des cas. Alors que dans le groupe 2, l'adénocarcinome était retrouvé que dans 58% des cas, suivi du carcinome épidermoïde (26%) et le carcinome neuroendocrine à petites cellules (11%). Dans le groupe 1, 62% des femmes ont bénéficié d'un traitement palliatif vs 74% dans le groupe 2, d'une chimio-radiothérapie 24% (G1) vs 6% (G2). Dix patientes sont décédées dans le groupe 2. Notre étude montre que l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent chez les femmes tabagiques et non tabagiques.

P134- L'exposition à la fumée du bois : facteur de risque de carcinome bronchogénique chez la femme vivant en milieu rural.

M. ZERRAA, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le rôle de l'environnement domestique chez la femme en milieu rural, et essentiellement l'exposition à la fumée du bois a été reconnu par l'OMS comme facteur de risque du carcinome bronchogénique chez la femme. L'objectif de notre étude est d'évaluer le profil des patientes porteuses de carcinome bronchogénique et exposées à la fumée du bois. Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 53 patientes vivant en milieu rural, exposées à la fumée du bois, admises pour un carcinome bronchique primitif entre janvier 2015 et juin 2019 au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Les patientes tabagiques ou exposées au tabagisme passif ont été exclues de cette étude. La moyenne d'âge était de 65 ans (42-88 ans), toutes les femmes habitaient en milieu rural et étaient exposées à

la fumée du bois : cuisson au feu du bois dans tout les cas. L'exposition était quotidienne et régulière avec une durée moyenne de 34 ans. Le délai moyen de consultation était de 70 jours. Alors que le délai moyen entre l'exposition et l'apparition des symptômes était de 14 ans. La symptomatologie était faite d'une dyspnée d'effort (81%), d'un syndrome bronchique (75%), d'une douleur thoracique (68%) et d'hémoptysie (30%). L'examen clinique était normale dans 51% des cas. La tomodensitométrie a objectivé un processus médiastino-pulmonaire dans 90% des cas, associé à une pleurésie dans 34% des cas. La preuve histologique est obtenue par les biopsies bronchiques dans 28 cas, par la ponction biopsie transpariétale dans dix cas et par la ponction biopsie pleurale dans huit cas. L'adénocarcinome représente le type histologique le plus fréquent dans 57% des cas. Au total, la plupart des cas étaient classés stade IV. Soixante dix neuf pourcent des femmes ont bénéficié d'un traitement palliatif, une association radio-chimiothérapie était indiquée chez quatre patientes, une immunothérapie chez deux patientes, et quatre femmes sont décédées. Nous insistons à travers cette étude sur la relation de cause à effet entre l'exposition à la fumée du bois et la survenue du carcinome bronchogénique chez les personnes exposées et notamment les femmes vivant en milieu rural.

P135- Le carcinome bronchogénique chez la femme.

L. NAJAH, W. EL KHATTABI, N. BOUGTEB, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le nombre de cancer augmente de 5,6% par an chez les femmes, toutes les tranches d'âge sont concernées. C'est une étude rétrospective allant de janvier 2013 à juillet 2019 intéressant 35 patientes hospitalisées pour cancer bronchique primitif (CBP). Le (CBP) féminin a une prévalence de 34%, la moyenne d'âge est de 60 ans avec des extrêmes allant de 21 ans à 60 ans, 14% des patients sont des tabagiques actives, le tabagisme passif est retrouvé chez 22% des patientes, pas d'exposition professionnelle, toutes les patientes étaient symptomatiques lors de la première consultation avec un délai moyen entre l'installation des symptômes et l'hospitalisation de 2 mois et demi. Les principaux symptômes sont la dyspnée dans 89% des cas, la toux sèche dans 80% des cas et la douleur thoracique dans 75% des cas. Radiologiquement l'atteinte parenchymateuse périphérique représente 90% des images radiologiques. L'endoscopie bronchique a montré un aspect de bourgeon tumoral dans 35 % des cas et une infiltration d'allure tumorale dans 34% des cas. La preuve histologique est obtenue par biopsies bronchiques dans 42 % des cas PBP dans 32%, par PBTP dans 26% des cas. L'adénocarcinome représente le type histologique le plus fréquent (54%). Soixante-deux cinq pourcent des cas sont aux stades IIIB-IV. Onze pourcent des (CBP)

chez la femme sont opérables d'emblée, 38% ont bénéficié d'une chimiothérapie néo-adjuvante, 16 % d'une chimiothérapie palliative et 35% d'un traitement symptomatique à base de corticoïdes. Le cancer bronchique primitif est une réalité dont la principale cause est l'augmentation du tabagisme féminin.

P136- Les tumeurs de Pancoast -Tobias.

FZ. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, L. ELHAMDAOUI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le syndrome de pancoast et tobias associe une tumeur de l'apex pulmonaire, une lyse costale et ou vertébrale, des névralgies cervico-brachiales et un syndrome de Claude Bernard Horner. IL représente 5% de l'ensemble des cancers bronchiques. Nous rapportons une étude prospective portant sur 26 hommes présentant une tumeur de Pancoast et Tobias, colligés au service de entre janvier 2014 au janvier 2019. L'âge moyen des patients est de 56 ans. Le tabagisme actif est noté dans 100% des cas. La symptomatologie clinique est dominée par les névralgies cervico-brachiales dans 83%, la toux dans 52%, la dyspnée dans 50% des cas, l'AEG dans 67% des cas, et le syndrome de Claude Bernard –Horner est noté dans 16% des cas. Et on note un syndrome cave supérieur dans 2 cas. La radio du thorax montre dans tous les cas une opacité apicale. La confirmation histologique est obtenue par biopsie bronchique dans 58 % des cas et par ponction biopsie transpariétale dans 42%. Le type histologique est dominé par le carcinome épidermoïde dans 66,7% des cas. un carcinome indifférencié dans 8,4 des cas, et une tumeur neuroendocrine dans 8% des cas. Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic histologique est 2 mois et demi. Le traitement est basé sur une radio-chimiothérapie dans 92%. Il ressort de cette étude le retard du diagnostic positif et la prédominance du carcinome épidermoïde.

P137- Métastases choroïdiennes révélatrices d'un cancer bronchique : à propos de trois cas.

FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Introduction : Les métastases oculaires sont rares au cours des cancers bronchiques, et exceptionnellement inaugurales. Méthodes : Nous rapportons trois observations de métastase choroïdienne symptomatique, inaugurale de carcinome bronchique. Résultats : La moyenne d'âge était de 35 ans. Les trois patients étaient tabagiques chroniques. Les signes révélateurs sont des métamorphopsies associés à une baisse brutale de l'acuité visuelle ainsi qu'une dyspnée au repos. Le cancer primitif est un adénocarcinome peu différencié dans deux cas et un carcinome à petite cellule dans un cas. Les trois malades étaient classés T4N2M1C. Un traitement palliatif a été démarré chez les trois patients. L'évolution a été marquée par le décès de deux

patients. Conclusion : Les métastases oculaires peuvent être inaugurales d'un cancer bronchique et sont souvent associées à d'autres localisations secondaires. Le pronostic global reste mauvais.

P138- Traitement palliatif du carcinome bronchogénique : Expérience du service de pneumologie 20 Aout.

FZ. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le carcinome bronchogénique représente la première cause de mortalité par cancer chez l'homme dans le monde. Malgré les avancées thérapeutiques, le pronostic reste relativement peu amélioré. Nous rapportons l'expérience de notre service dans la prise en charge palliative des patients atteints de carcinome bronchique localement avancé ou métastatique. Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 650 cas de cancer bronchogénique diagnostiqués dans notre service entre avril 2014 et janvier 2019. La moyenne d'âge des patients était de 60 ans avec une nette prédominance masculine à (88%). Les patients présentaient des CNPC dans 83%. Après une décision RCP, le traitement palliatif commence initialement en milieu hospitalier, Le suivi des patients se fait en ambulatoire dans 75% des cas, à domicile dans 21% des cas et un suivi en hospitaliser dans 4%. L'index de karnofsky évalué lors de la première consultation était en moyenne de 40%. La durée de suivi était en moyenne 60 jours. Les symptômes traités étaient dominés par la douleur (94%), c'était une douleur mixte dans 37% des cas. Quatre vingt deux pourcent des patients ont été mis sous opioïdes et la réévaluation de la douleur montre un contrôle des symptômes dans 88% des cas. Les autres symptômes traités étaient la dyspnée (63%) les vomissements (9%), les hallucinations (23%), et la constipation (26%).

P139- Manifestations thoraciques des Lymphomes: LH et LMNH.

FZ. CHAAIBATE, W. ELKHATTABI, S. RAFTANI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les lymphomes malins non Hodgkiniens et Hodgkiniens (LMNH et LH) traduisent une prolifération maligne des cellules lymphoïdes. Les atteintes thoraciques peuvent être primitives ou secondaires comprenant des localisations médiastinales, parenchymateuses, pleuro- péricardiques et pariétales. Notre étude vise à préciser les particularités cliniques et radio-anatomiques des lymphomes thoraciques. Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les cas de lymphome thoracique diagnostiqués au service de pneumologie entre janvier 2013 et janvier 2019. Nous avons colligé 37 cas de lymphome thoracique dont 72% sont de type non hodgkinien. 77% des cas de LMNH sont de sexe masculin versus 23 % des cas de LH. L'âge moyen dans le LMNH est de 36,7 ans versus 40 ans dans le LH. La

symptomatologie clinique est dominée dans les 2 groupes par la toux, la dyspnée et la douleur thoracique. Le prurit était dominant chez les patients ayant un LH dans 65% des cas. L'examen clinique a objectivé des adénopathies périphériques dans 75% des cas. Le bilan radiologique objective une atteinte médiastinale dans 84,6 % des cas de LMNH et 80% des cas de LH, suivie par l'atteinte pleurale notée dans 61,5% des cas de LMNH et absente dans LH. Les autres structures intrathoraciques sont moins fréquemment atteintes. Le diagnostic est histologique confirmé par biopsie pleurale dans 61,53%, biopsie scannoguidée de la masse médiastinale dans 46,15% et surtout par biopsie ganglionnaire périphérique dans 80% et une biopsie chirurgicale dans un cas pour LH. Le recours à la chirurgie est exceptionnel. Le LMNH est plus fréquent. La localisation médiastinale est prédominante suivie par celle pleurale. Les autres structures intrathoraciques peuvent être atteintes par différents mécanismes.

P140- Myélome multiple révélé par une atteinte thoracique. Syndrome pneumo-rénal : à propos de 10 cas.

S. RAFTANI, L. ELHAMDAOUI, H. JABRI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Introduction : Le myélome multiple est une prolifération plasmocytaire maligne caractérisée par l'infiltration de la moelle osseuse par des plasmocytes synthétisant une immunoglobuline monoclonale complète ou incomplète. Méthodes : Afin de décrire les différents aspects cliniques, radiologiques et biologiques du myélome avec localisation thoracique, nous avons réalisé une étude rétrospective sur une durée de 7 ans de janvier 2012 à juillet 2019, incluant 11 patients atteints de myélome multiple avec une localisation thoracique, hospitalisés au service de pneumologie de L'Hôpital 20 Aout de Casablanca. Résultats : Il s'agit de sept hommes et quatre femmes. La moyenne d'âge était 60 ans. Des douleurs osseuses diffuses sont notées dans 80% des cas dont les douleurs thoraciques (50%), des hémoptysies (50%), une masse pariétale (40%), une fièvre (30%) et une altération de l'état général (100%). L'imagerie thoracique avait montré une opacité périphérique (8 cas) et une lyse costale (7 cas). La triade: atteinte rachidienne, vitesse de sédimentation accélérée et protéinurie de Bence-Jones positive était trouvée dans 80% des cas. Le diagnostic histologique du myélome multiple était posé par le myélogramme (5 cas), par la biopsie ostéomédullaire (3 cas), biopsie de la masse pariétale (3cas). Quatre-vingt dix pourcent des patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie. La radiothérapie était prescrite chez trois patients présentant des douleurs osseuses persistantes et un patient était décédé avant de démarrer le traitement. L'évolution est marquée par l'aggravation dans la majorité des cas. Conclusion : Les localisations thoraciques du myélome sont rares et leur prise en charge doit être pluridisciplinaire.

P141- Exacerbation de BPCO révélant un rhabdomyosarcome pariétal thoracique.*L. NAJAH, H. JABRI, S. AIDOU, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)*

Les sarcomes sont des tumeurs mésenchymateuses rares chez l'enfant, sauf le rhabdomyosarcome qui représente la tumeur la plus fréquente à cet âge. Chez l'adulte, leur survenue est exceptionnelle. Les rhabdomyosarcomes se rencontrent plus fréquemment dans la région de la tête et du cou et dans les organes génito-urinaires. L'atteinte thoracique reste exceptionnelle. Nous rapportons une nouvelle observation concernant un patient âgé de 79 ans, extabagique chronique à 40 PA, il est connu porteur d'une BPCO mal suivie, sans autres comorbidités. La symptomatologie révélatrice était une exacerbation de sa BPCO, associée à une douleur thoracique droite, avec sensations fébriles et altération de l'état général. La radiographie thoracique objective une opacité à projection axillaire gauche d'allure pariétale avec un trouble de ventilation associé, la TDM thoracique montre une masse tissulaire à point de départ pariétal avec des adénopathies médiastinales compressives ainsi qu'une atélectasie associée. Une bronchoscopie est indiquée mais refusée par le patient après plusieurs tentatives. La preuve histologique est obtenue par la ponction biopsie transpariétale complétée par une étude immunohistochimique. Le bilan d'extension réalisé montre des lésions osseuses secondaires. Le traitement repose sur la chimiothérapie, mais l'évolution est fatale. La localisation pariétale thoracique est exceptionnelle mais de mauvais pronostic.

P142- Chylothorax secondaire à une hémopathie maligne : à propos de 5 cas.*L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTABI, R. CHERKAoui, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)*

Introduction : Le chylothorax est une effusion du chyle dans la cavité pleurale. Cette affection rare est due, le plus souvent, à une compression du canal thoracique dans son trajet médiastinal. Méthodes : Nous rapportons cinq observations de chylothorax compliquant une hémopathie maligne parmi 8 observations de chylothorax, colligées au service entre mai 2000 et août 2016. Résultats : Il s'agit de deux hommes et trois femmes âgés entre 23 et 65 ans. Les symptômes sont dominés par la douleur thoracique et la dyspnée d'effort. L'examen clinique retrouve un syndrome d'épanchement liquidien basithoracique droit dans quatre cas et gauche dans un cas, des adénopathies périphériques dans quatre cas. Le chylothorax est évoqué devant l'aspect lactescent du liquide pleural et confirmé par le taux élevé des triglycérides dans le liquide pleural. Le chylothorax est révélateur d'une maladie d'hodgkin dans trois cas et d'un lymphome malin non hodgkinien dans les deux autres cas. Le traitement a comporté des ponctions

évacuatrices, un régime pauvre en graisse associé au traitement de la maladie en cause. L'évolution est bonne dans trois cas. Conclusion : La rareté du chylothorax et la variabilité pronostique dépendent étroitement de la maladie causale.

P143- Carcinome sarcomatoïde pleural.*S. ANIMI, S. ZOUITEN, M. SERRAJ, B. AMARA, M. EL BIAZE, MC. BENJELLOUN (FES)*

Le carcinome sarcomatoïde (CS) est une tumeur rare. Ce sont des carcinomes peu différenciés qui contiennent un contingent pseudo-sarcomateux ou sarcomateux associé à un contingent carcinomateux de différenciation glandulaire, malpighienne ou à grandes cellules. L'atteinte primitive de la plèvre est exceptionnelle et pose le problème difficile du diagnostic différentiel avec d'autres types anatomopathologiques et particulièrement le mésothéliome pleural primitif. Nous illustrons à travers un cas clinique la difficulté diagnostic de cette tumeur. C'est une observation d'une patiente de 88 ans ; sans antécédents particuliers et sans exposition qui consulte pour une douleur thoracique gauche et une altération profonde de l'état général. L'examen clinique a objectivé un OMS à 2 et un syndrome d'épanchement liquidien de la moitié inférieure de l'hémichamps thoracique gauche. Le bilan scannographique a mis en évidence des masses de la plèvre diaphragmatique gauche envahissant la paroi, avec épaississement pleural diffus nodulaire, des nodules pulmonaires bilatéraux ainsi que des adénopathies médiastinales et des localisations secondaires hépatiques et musculaires. La confirmation histologique a été obtenue grâce à l'étude immunohistochimique (cytokératine et vimentine) des fragments de biopsies pleurales puis a été confirmé par 2 autres relectures. La patiente a été adressée pour chimiothérapie mais n'a pas pu la recevoir vue l'altération profonde de l'état général. Sa prise en charge a été purement palliative à visée symptomatique. Le diagnostic de carcinome sarcomatoïdepleural reste difficile à établir. Il nécessite une confrontation anatomo-clinique et une étude immuno-histochimique complète. Le traitement repose avant tout sur la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie semblant peu efficaces. Le pronostic est mauvais quel que soit le traitement.

P144- Lymphome trachéal : à propos d'un cas.*S. ANIMI, N. BOUTAHIRI, K. JANATI IDRISI, B. AMARA, M. SERRAJ, M. EL BIAZE, B. ALAMI, M. MAAROUFI, MC. BENJELLOUN (FES)*

Le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) est le type de lymphome non hodgkinien (LNH) le plus courant. Cependant l'atteinte trachéale est une localisation rare. Le but de notre travail est de discuter les aspects cliniques, radiologiques et endoscopiques de cette entité rare. Nous en rapportons un cas.

Observation : Patiente âgée de 63 ans, sans ATCD pathologique notables, elle consulte pour une dyspnée inspiratoire d'aggravation progressive évoluant depuis 9 mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen physique retrouve une patiente en bon état général ; et un wheezing trachéal localisé. La TDM thoracique avait objectivé la présence d'un processus lésionnel tissulaire de la paroi antérieure de la trachée mesurant 50 mm de hauteur et 10 mm de largeur, étendu à la carène. La Bronchoscopie rigide avait objectivé la présence d'une formation bourgeonnante translucide, ne saignant pas au contact, friable, siégeant au niveau des 2 derniers cm de la trachée sur la face latérale droite. La carène est épaissie, et la bronche souche gauche a un calibre réduit. L'exploration des bronches distales est sans particularité. Une Désobstruction, avec mise en place de prothèse trachéale a été faite. La biopsie trachéale a mis en évidence la présence d'un processus tumoral fait de cellules de petites tailles. Aspect histologique évoquant un lymphome de type B, CD20++, ki67 =2%. La patiente a été adressée en médecine interne pour suite de prise en charge, l'indication d'une radiothérapie première suivie d'une chimiothérapie a été posée. Conclusion : Le lymphome trachéal est une entité rare, de bon pronostic par rapport aux autres types histologiques à condition de diagnostic précoce. Le traitement repose sur la chimiothérapie et la radiothérapie.

P145- Tumeur maligne des gaines et des nerfs périphériques à localisation thoracique : à propos d'un cas.

S. ANIMI, S. ZOUITEN, M. SERRAJ, B. AMARA, M.EL BIAZE, MC. BENJELLOUN (FES)

Les tumeurs malignes des gaines et des nerfs périphériques ou MPNST (Malign Peripheral Nerve Sheath Tumors selon les anglo-saxons) sont des tumeurs rares. Elles constituent la principale complication des neurofibromatoses de type 1 (NF1), affection à expression clinique variable, dont la transformation maligne est rare et redoutable. Nous rapportons ; une observation de MPNST à localisation thoracique compliquant une NF1. Observation : il s'agit d'un patient âgé de 54 ans, a consulté pour des douleurs thoraciques droites insomniantes isolées. L'examen clinique a trouvé des tâches café au lait sur tout le corps, avec présence de nombreux neurofibromes au niveau du thorax et de l'abdomen, qui existait depuis l'enfance. La TDM CTAP avait objectivé la présence d'un processus tumoral tissulaire pariétopulmonaire lytique centré sur l'arc moyen de la 4^{ème} cote droite, avec lyse osseuse de l'arc antérieur de D 9 et lyse de l'arc postérieur de D1. L'aspect histologique après biopsie transpariétale échoguidée est revenu en faveur d'une tumeur maligne des gaines nerveuses et nerfs périphériques. La chirurgie n'était pas envisageable vue la multiplicité des lésions, le patient a été adressé pour chimiothérapie palliative.

Conclusion : Les MPNST sont des tumeurs rares qui représentent la principale complication des NF1 d'où l'intérêt d'une surveillance rapprochée chez ces patients. Le traitement des tumeurs malignes des gaines des nerfs périphériques est avant tout chirurgical quand la localisation le permet. La radiothérapie et la chimiothérapie sont très peu efficaces.

P146- Le cancer broncho-pulmonaire chez la femme.

R. AZZEDDINE, B. DAHER, A. JNİYENE, L. ACHACHI, L. HERRAK, M. ELFTOUH (RABAT)

Introduction: Le cancer broncho-pulmonaire (CBP) reste un problème majeur de santé publique, c'est le cancer le plus fréquent au monde depuis plusieurs décennies, avec 1,8 million de nouveaux cas estimés en 2012, et le plus meurtrier, avec 1,6 million. Le but de notre travail est de préciser les particularités épidémiologiques, cliniques, les moyens diagnostics ainsi que le stade au moment du diagnostic du cancer broncho-pulmonaire chez la femme. Matériels et méthodes: il s'agit d'une étude rétrospective incluant toutes les femmes hospitalisées pour cancer broncho-pulmonaire au sein du service de pneumologie de CHU Ibn Sina durant une période de 3 ans allant de janvier 2016 au décembre 2018. Résultats: Durant cette période 30 cas ont été colligés, dont l'âge moyen était de 63,8 ans avec des extrêmes allant de 22 à 88 ans, le tabagisme n'est retrouvé que dans 13% des cas, les antécédents étaient dominés par les cardiopathies dans 40%, une tuberculose pulmonaire dans 10%, et une patiente avait une néoplasie du sein en rémission, 84% de nos patientes n'avaient aucune exposition professionnelle particulière, les signes cliniques étaient dominés par la toux dans 63%, la dyspnée 30%, la douleur thoracique 30% et l'hémoptysie dans 23%, l'examen clinique trouvait un syndrome cave supérieur dans 13% des cas, la fibroscopie bronchique permettait le diagnostic dans 40% des cas, le bourgeon tumoral était la lésion endoscopique la plus fréquente avec 66%, la biopsie transpariétale permettait le diagnostic dans 26% ainsi que la biopsie pleurale dans 26% des cas, alors que la biopsie ganglionnaire permettait le diagnostic dans 6,6%, les principaux types anatomopathologiques étaient les adénocarcinomes dans 60% des cas, et les carcinomes épidermoïdes dans 26% des cas, et les carcinomes à petites cellules dans 6,6% des cas, 73% de nos patientes avaient un stade IV au moment du diagnostic, avec la survenue de 6 décès soit 20% de cas. Discussion : chez la femme, l'incidence et la mortalité du CBP sont en forte augmentation depuis 1980. Cela s'explique essentiellement par une augmentation de l'exposition des femmes au principal facteur de risque de ce cancer, à savoir la fumée de tabac, ce qui ne concorde pas avec notre étude ou l'intoxication tabagique n'a été constaté que chez 13% de nos femmes, ceci pourrait être expliqué par la

sous-estimation du tabagisme passif, ainsi par l'implication de plusieurs facteurs à savoir le polymorphisme génétique, le terrain hormonal et l'exposition environnemental. L'âge moyen de nos patientes (63,8ans) rejoint approximativement celui rapporté dans la littérature. Toutes nos femmes étaient symptomatiques au moment du diagnostic avec prédominance de la toux ce qui rejoint les données de la littérature où il s'agit du signe clinique le plus fréquemment retrouvé, car les femmes ont une sensibilité significativement accrue au réflexe de toux par rapport aux hommes. Concernant le type histologique l'adénocarcinome est le type dominant chez les femmes ce qui rejoint parfaitement notre étude. Conclusion : Le cancer broncho-pulmonaire est une affection grave au pronostic redoutable, qui représente le cancer le plus fréquent au monde, chez la femme le CBP a de nombreuses spécificités, tant en ce qui concerne les facteurs de risques, que la présentation clinique et la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Les particularités biologiques, génétiques et hormonales des cancers bronchiques féminins conduisent à explorer de nouvelles pistes de recherche dans l'avenir.

P147- Le cancer broncho-pulmonaire d'origine professionnelle : facteurs de risque, durée d'exposition, et métiers impliqués.

I. OUERDJA, R. AZZEDINE, H. BENATAYA, A. RHANIM, A. JNIE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : Les cancers broncho-pulmonaires sont les cancers professionnels les plus fréquents. De nombreux agents cancérigènes professionnels sont identifiés, bien que le tabac reste le premier facteur de risque exogène incriminé dans le CBP. Matériels et méthodes : L'objectif de notre étude étant la réalisation d'une enquête épidémiologique, dédiée à l'évaluation rétrospective de l'origine professionnelle de cancer broncho-pulmonaire chez des malades du service de pneumologie de l'Hôpital Ibn Sina de CHU de Rabat, sur une période de 3 ans de 2015 au 2017. Résultats : Sur une série de 86 cas, et pour une durée d'exposition de 10 ans (c'est la période recommandée pour parler d'un CBP d'origine professionnelle), l'exposition professionnelle à la silice cristalline était la plus importante de notre série 26,7% aussi elle concernait le plus nombre de professions, elle a été repérée dans 9 différents métiers, métier de maçon, journalier, puisatier, tôlier, ouvrier de carrière, artisan de céramique, artisan de poterie, carreleur, et électricien, elle est suivie par l'exposition à l'amiante : 19,8%, et six métiers : maçon, journalier, ouvrier d'entretien des chaudières, pompier, mécanicien, et électricien. En troisième position vient l'exposition à l'arsenic 16,3% et 3 métiers : agriculteur, artisan de cuir et journalier (ayant travaillé dans un atelier de tannage de cuir pendant de longues années). À noter que le type histologique le plus fréquemment associé à une origine

professionnelle était l'adénocarcinome dans 49,1% des cas, bien que dans notre série le 4/5 des patients (79,8%), étaient des consommateurs de tabac. Discussion : De nombreuses revues de la littérature, confirment le caractère multifactoriel de CBP professionnel et du rôle important joué par le tabagisme, et que l'amiante est classé au premier rang des facteurs professionnels impliqués, par contre dans notre étude, l'exposition à l'amiante est classée en 2^{ème} rang, après l'exposition à la silice cristalline, ce qui concorde avec le caractère diversifié de cette pathologie. Conclusion : En raison de l'importance des expositions professionnelles, nous recommandons de suivre une stratégie préventive de lutte contre les nuisances en milieu de travail. Le tabac reste le premier facteur de risque non professionnel établi dans le CBP, ce qui nous amène à renforcer le sevrage tabagique.

P148- Apport de l'endoscopie bronchique dans le diagnostic du cancer bronchique : à propos de 150 cas.

S. BAINA, J. ACHRANE, J. BENAMOR, JE. BOURKADI (RABAT)

Introduction : L'endoscopie bronchique est souvent le premier examen réalisé chez un patient suspect de cancer bronchique. C'est un examen capital puisqu'il permet de préciser l'histologie de la tumeur et l'extension locale endobronchique. But du travail : Préciser l'apport de l'endoscopie dans le diagnostic histologique du cancer bronchique. Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective concernant 150 cas de cancer bronchique colligés à l'hôpital de jour de l'hôpital Moulay Youssef de Rabat sur une période de 3 ans. Résultats : Il s'agit de 143 hommes (96%) et 7 femmes (4%) avec une moyenne d'âge de 60 ans (allant de 28 à 83 ans). Le tabagisme est noté chez 132 patients (88%). La radiographie thoracique a objectivé une opacité proximale dans 64 cas et une opacité distale dans 86 cas. L'endoscopie bronchique a été réalisée chez tous les patients. Nous avons noté que la lésion siège au niveau des VAS dans un cas (0.6%), des cordes vocales dans un cas (0.6%), de la trachée dans 7 cas (4.6%), de la carène dans 4 cas (2.6%), de la bronche souche droite dans 7 cas (4.5%), de la bronche souche gauche dans 17 cas (11,3 %), de la lobaire supérieure droite dans 38 cas (25%), du tronc intermédiaire dans 10 cas (6.4%), de la lobaire moyenne dans 12 cas (7.7 %), de la lobaire inférieure droite dans 17 cas (10.9 %), de la lobaire supérieure gauche dans 22 cas (12.8%), de la lobaire inférieure gauche dans 14 cas (8.9%). La bronchoscopie a permis de confirmer le diagnostic dans 60% des cas. Par contre, en cas de lésions proximales la bronchoscopie a contribué au diagnostic dans 82% des cas et dans 12% des lésions distales. Le bourgeon tumoral est retrouvé chez 65 cas (43.8%), l'infiltration sténosante dans 32 cas (21%), l'épaississement des éperons dans 54 cas (36%), la compression

extrinsèque dans 17 cas (11.3%), et un état inflammatoire dans 20 cas (13.3%). La Biopsie est positive chez 92 malades (61%). Le brossage bronchique est concluant dans 27 cas (18%). L'aspiration bronchique pour cytodagnostic est positive dans 19 cas (12.6%). Le carcinome épidermoïde constitue 48% des différents types histologiques. Conclusion : l'endoscopie bronchique garde un intérêt majeur dans le diagnostic histologique du cancer bronchique particulièrement en cas de tumeur proximale.

P149- Difficultés diagnostiques étiologiques des foyers de condensation alvéolaire d'origine maligne.

L. ELHAMDAOUI, W. ELKHATTABI, N. BOUGTEB, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le syndrome de comblement alvéolaire est une entité radiologique qui regroupe les opacités pulmonaires déterminées par le remplacement de l'air alvéolaire par un produit pathologique de nature liquidienne, cellulaire ou par une substance anormale. Nous avons mené une étude rétrospective étalée du janvier 2012 au juillet 2019, comportant 65 patients suivis pour bilan étiologique du foyer de condensation alvéolaire non amélioré sous antibiothérapie, soit 10% de l'ensemble des foyers de condensations suivis au service. L'évolution est marquée chez cette catégorie par la persistance voire l'aggravation des images radiologiques, la négativité du bilan bactériologique et la dégradation clinique de ces patients, chez lesquels nous avons poussé le bilan étiologique dont l'origine maligne est la plus probable. La moyenne d'âge est de 58 ans avec une prédominance masculine (75%). Le tabagisme actif est retrouvé dans 61% des cas, le diabète dans 6% des cas, l'antécédent de tuberculose pulmonaire dans 17.8% des cas et de carcinome canalaire infiltrant du sein dans 10% des cas. La durée moyenne de la symptomatologie est de 2.5 mois. Le tableau clinique est dominé par la dyspnée dans 89% des cas, et l'altération de l'état général dans 78% des cas. L'imagerie thoracique a objectivé un foyer de condensation alvéolaire bilatéral dans 48% des cas. La bronchoscopie souple a montré un bourgeon tumoral chez 14% des patients, une sténose infiltrative dans 10% des cas. Par ailleurs, l'aspect était sensiblement normal dans 76% des cas. La confirmation histologique est apportée par la PBTP dans 52% des cas, la bronchoscopie souple dans 24% des cas, la biopsie des glandes lacrymales et la biopsie chirurgicale dans 10% des cas chacune. La ponction biopsie pleurale a permis le diagnostic positif chez un seul patient. Le délai moyen de confirmation du diagnostic est de 5 mois. Le type histologique est dominé par le lymphome pulmonaire primitif et l'adénocarcinome pulmonaire dans 29% des cas chacun, le carcinome neuroendocrine dans 14% des cas, le carcinome épidermoïde et les métastases pulmonaires du carcinome du sein dans 10% des cas

chacun. Le myélome multiple est noté chez un seul patient ainsi que l'hamartochondrome. Le traitement était palliatif dans la majorité des cas d'où l'intérêt de faire un diagnostic étiologique précoce. À travers cette étude, il faut penser au carcinome bronchogénique chez tout patient tabagique qui présente un foyer de condensation chronique rebelle au traitement antibiotique.

P150- Lymphomes thoraciques : à propos de 24 cas.

L. NAJAH, H. JABRI, L. EL HAMDAOUI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les lymphomes thoraciques représentent un groupe de maladies hétérogènes résultant de la prolifération maligne de cellules lymphoïdes à différents stades de différenciation. Cette prolifération peut se faire aux dépens d'un organe ganglionnaire ou extra-ganglionnaire. Les manifestations thoraciques des lymphomes malins sont fréquentes et très variées. Elles sont habituellement d'apparitions secondaires rarement révélatrices. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les aspects cliniques, radiologiques et histologiques observés chez 24 patients hospitalisés de janvier 2016 au décembre 2019. L'effectif comprend 11 femmes et 13 hommes avec une moyenne d'âge de 40 ans. Les circonstances de découvertes sont des signes respiratoires chez tous patients (toux dans 13 cas, dyspnée dans 10 cas, douleur thoracique dans 9 cas, syndrome cave supérieure débutant dans 3 cas), un fléchissement de l'état général est observé chez 15 patients, des adénopathies périphériques observées chez 12 patients, aucune découverte n'a été fortuite. La radiographie thoracique retrouve un élargissement médiastinal chez 12 patients, un élargissement médiastinal associé à une opacité de type pleural chez 4 patients, des opacités hilaires et sous hilaires dans 4 cas. Un hémithorax opaque dans un seul cas. Une opacité axillaire avec des nodules et micronodules, une opacité supérieure de l'hémithorax dans un seul cas chacune. Le diagnostic histologique est porté par la ponction biopsie transpariétale dans 9 cas, la biopsie ganglionnaire périphérique dans 10 cas, la biopsie pleurale dans 3 cas, la médiastinoscopie dans 1 cas. Les signes biologiques inflammatoires sont présents dans 43,8% des cas. Le type histologique est un lymphome hodgkinien dans 5 cas (33,3%) et un lymphome non hodgkinien dans 10 cas (66,7%). Nos patients ont été classés stade III dans 66,7% des cas et stade IV dans 33,3% des cas. Le délai moyen entre l'hospitalisation et la confirmation diagnostique est de 21 jours.

P151- Le synoviosarcome thoracique : à propos de 4 cas.

L. NAJAH, H. JABRI, R. CHERKAOUI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Les synoviosarcomes représentent 10% des sarcomes des tissus mous, et siègent le plus souvent sur les extrémités. Dans 10% des cas, leur développement est extra-articulaire, mais leur siège primitif thoracique demeure extrêmement rare. Les métastases thoraciques aggravent son pronostic et conditionnent la prise en charge thérapeutique. Nous rapportons quatre cas de patients atteints de synoviosarcome thoracique en trois ans. Il s'agit de trois hommes et une femme, âgés respectivement de 42, 34, 37 et 30 ans. On note un synoviosarcome de la cuisse droite opéré et suivi de trente séances de radiothérapie chez le premier patient, un synoviosarcome de la jambe gauche opéré chez la 4^e patiente. Le délai moyen entre le diagnostic du synoviosarcome et l'apparition des signes respiratoires chez ces deux patients est de 12 mois. Les deux autres patients ne présentaient pas d'antécédents de localisation extrathoraciques. La durée moyenne de la symptomatologie est de trois mois. Les symptômes cliniques sont dominés par la douleur thoracique et la dyspnée chez les quatre patients. La radiographie thoracique montre un hémithorax opaque droit avec une opacité basale gauche chez le premier patient, un hémithorax opaque gauche avec un aspect en lâcher de ballon chez la quatrième patiente, et une opacité de type pleurale dans les autres cas. La TDM thoracique a objectivé un épanchement pleural avec un épaississement pleural nodulaire chez la majorité des patients. La confirmation histologique est obtenue par la ponction biopsie transpariétale dans deux cas, la ponction biopsie pleurale dans un cas et la biopsie chirurgicale d'une masse pleurale solidokystique dans un cas. L'atteinte secondaire est retenue chez les patients ayant des antécédents de synoviosarcome et l'atteinte pleurale primitive chez deux patients sans antécédents avec un bilan d'extension négatif et un recul de un an. La décision collégiale du staff multidisciplinaire est de démarrer une chimiothérapie palliative chez les quatre cas. Un patient est décédé et les autres sont sous chimiothérapie avec une régression partielle de la douleur. Le pronostic chez ces patients reste réservé d'où l'intérêt de la prise en charge thérapeutique précoce.

P152- Profil épidémiologique, clinique, radiologique des tumeurs bronchiques proximales hospitalisées au service de pneumologie Marrakech.

I. OULDITTOU, S. AIT BATAHAR, L. AMRO

Introduction : Le cancer bronchique représente près de 20% des cancers chez l'homme. C'est la première cause de mortalité par cancer dans le monde. Le diagnostic se fait à un stade métastatique dans 70% des cas. Sa survenue est étroitement liée au tabagisme. Le diagnostic des tumeurs proximales repose essentiellement sur les biopsies bronchiques
But de travail : Le but de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologique, clinique,

radiologique des tumeurs proximales bronchiques.
Matériel et méthode : Étude rétrospective portant sur les cas de carcinome bronchique, localisés au niveau de : la trachée, la carène et les bronches souches, pris en charge colligés au service de pneumologie CHU Mohamed VI de Marrakech entre Janvier 2013 et juillet 2019. **Résultats :** 220 cas de carcinome bronchiques ont été étudiés parmi eux 70 cas de tumeur proximale retrouvés. Il s'agissait de 68 hommes et 2 femmes. L'âge moyen était de 58 ans. L'exposition au tabac était le principal facteur retrouvé chez tous nos patients avec une consommation moyenne de 40 PA. Les autres expositions retrouvées ont été : la silice chez 10%, le plâtre chez 8%, les pesticides chez 3% et les particules de fer chez 1 patient. Le délai moyen de prise en charge était de 5 mois. La symptomatologie respiratoire a été dominée par la dyspnée notée chez 62% des patients. L'altération de l'état général a été notée chez 50% des patients. La TDM thoracique avait objectivé une localisation droite dans 67,5% des cas, gauche chez 15,9%, bilatérale 11,6% des cas, et au niveau de la carène dans 5% des cas. La tumeur était associée à une lymphangite carcinomateuse dans 2% des cas, une lyse costale dans 9% des cas, et une atteinte pleurale dans 1% des cas. Le diagnostic a été confirmé par la biopsie bronchique chez 94% patients et par la biopsie pleurale chez 4%. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent (88%) suivi du carcinome à petites cellules (12%). Tous nos patients avaient bénéficié d'un bilan d'extension fait d'un scanner cérébral et une échographie abdominale et 2 patients avaient réalisé une scintigraphie osseuse. 67% des tumeurs ont été diagnostiquées au stade IVA, 12% au stade IVB, 11,3% au stade III B, 5,2% au stade III A, 2,1% au stade II B et 2,4% au stade II A. Une chimiothérapie a été instaurée dans 89,3%, et un traitement chirurgical dans 2% des cas. **Conclusion :** la dyspnée est le principal signe fonctionnel révélant les tumeurs bronchiques proximales. Le diagnostic positif repose sur la bronchoscopie. L'existence d'autres facteurs cancérigènes en plus du tabagisme serait-elle en rapport avec la localisation proximale du carcinome bronchique ?

P153- Profil épidémiologique et facteurs pronostiques du carcinome bronchique non à petites cellules localement avancées.

O. FIKRI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Malgré les progrès thérapeutiques accomplis ces dernières années, le pronostic des cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) localement avancés (stade IIIB et IIIC) reste mauvais. **Objectif du travail :** Étudier le profil clinique et thérapeutique ainsi que la survie et les facteurs pronostiques des CBNPC stade IIIB et IIIC. **Patients et méthodes :** Étude rétrospective concernant 34 patients suivis pour CBNPC stade IIIB et IIIC sur une période allant de janvier 2013 à Aout 2019. **Résultats :** La

moyenne d'âge a été de 58,8 ans. La majorité de nos patients était de sexe masculin (87,9%). Le tabagisme est noté chez 83,2 % de nos patients avec une moyenne de 40 PA. La symptomatologie respiratoire est dominée par la douleur thoracique notée chez 34% des patients. L'altération de l'état général est notée chez 71,7% des patients. L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent (50%) suivi du carcinome épidermoïde (27%) et le carcinome indifférencié (23%). Au total, 77% des cas ont reçu un traitement par radio chimiothérapie concomitante sauf en cas de contre-indication à l'une d'entre elles. Dans 23% des cas, un simple traitement symptomatique a été indiqué (PS > 2, âge avancé, insuffisance respiratoire). La médiane de survie de nos patients était de 6 mois. Le sexe féminin, le score PS $\geq$ 2, l'âge supérieur à 60 ans, une dénutrition, l'adénocarcinome et l'apparition d'une pleurésie néoplasique ont constitué des facteurs de mauvais pronostic empêchant l'instauration d'un traitement spécifique. Conclusion : Le pronostic des CBNPC de stade IIIB et IIIC reste réservé en raison du mauvais état général des patients qui ne permet pas d'instaurer un traitement spécifique. La prédominance de l'adénocarcinome comme type histologique témoignerait-elle de l'agressivité de celui-ci par rapport aux autres CBNPC ?

P154- Le cancer bronchique primitif chez le sujet jeune.

I. SAIDI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Le cancer du poumon constitue un véritable problème de santé public. Quoiqu'elle reste prédominante chez le sujet âgé, l'incidence du cancer bronchique chez le sujet jeune a connu une nette augmentation dans les dernières décennies. Objectif de l'étude : le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, radiologique, histologique et thérapeutique du cancer bronchique chez le sujet jeune. Matériel et méthode : C'est une étude rétrospective intéressant 42 patients hospitalisés au service de pneumologie CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période de 4 ans et demi allant du Janvier 2015 au Juin 2019. Résultats : La moyenne d'âge était de 41 ans, avec prédominance masculine à 88%. Le tabagisme était noté dans 35 cas avec une consommation moyenne de 20 PA. La notion d'exposition au tabagisme passif a été retrouvée chez toutes les femmes dans notre série et chez 59% des hommes. Le délai moyen de consultation était de 4 mois avec des extrêmes allant d'un mois à 12 mois. La symptomatologie prédominante était l'altération de l'état général dans 96%, suivie par la dyspnée et la douleur thoracique dans 84%. La TDM thoracique avait objectivé un processus tissulaire dans tous les cas, il était proximal dans 74% des cas et distal dans 26%, associé à des adénopathies médiastinales dans 50 % et une pleurésie dans 23,8%. La bronchoscopie était pratiquée chez 92,8% des patients, permettant de

déceler des anomalies dans 84,6 % des cas. La confirmation histologique était obtenue par la biopsie bronchique, la biopsie transpariétale, la ponction biopsie pleurale, la biopsie ganglionnaire, la biopsie d'une masse pariétale dans respectivement 22 ; 11 ; 6 ; 2 et 1 cas. L'adénocarcinome était le type histologique prédominant chez 25 cas, suivi du carcinome épidermoïde chez 12 cas, à petites cellules chez 4 cas et à grandes cellules chez 1 cas ; 78,5 % des patients étaient classés stade IV. La majorité des patients dans notre étude ont bénéficié d'un traitement à base de chimiothérapie exclusive. Conclusion : Selon notre série le cancer bronchique primitif reste assez fréquent chez le sujet jeune, avec un pronostic défavorable. L'exposition au tabagisme passif durant l'enfance est une notion à chercher dans l'interrogatoire. Nous insistons sur le sevrage tabagique et le diagnostic précoce afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

P155- Pneumothorax bilatéral spontané.

H. BAKKAL, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le pneumothorax bilatéral spontané est la présence simultanée d'air dans les deux cavités pleurales. C'est une atteinte rare qui survient le plus souvent chez les patients jeunes dont les poumons sont sains ou secondaire à une maladie pulmonaire sous-jacente. Nous rapportons une étude rétrospective menée au service de pneumologie du CHU de Casablanca, colligeant sept patients atteints de pneumothorax bilatéral spontané. Ils représentent 3 % des patients atteints d'un pneumothorax spontané sur une période de cinq ans et 8 mois suivis dans notre service de janvier 2014 à août 2019. Nous avons noté une prédominance féminine dans 57% des cas. La moyenne d'âge était de 31,2 ans. Un seul patient a été tabagique. L'obésité n'a été retrouvée chez aucun malade. La douleur thoracique bilatérale brutale en coup de poignard et la dyspnée ont été notées chez tous nos malades, ainsi que l'emphysème sous cutané dans deux cas. Le pneumothorax était mal toléré chez cinq malades. La radiographie thoracique avait retrouvé un pneumothorax bilatéral associé à un aspect de miliaire et un pneumomédiastin dans un cas chacun et un aspect interstitiel dans deux cas. Le pneumothorax bilatéral spontané était primitif dans un cas et secondaire dans les autres cas : à un asthme suite à une toux quinteuse, à une BPCO par rupture de bulle d'emphysème, à une miliaire tuberculeuse, révélant une tumeur carcinoïde, à un poumon kystique et à une pneumopathie interstitielle diffuse au stade de fibrose. Le drainage thoracique bilatéral a été réalisé dans trois cas et d'un seul côté dans trois autres cas. Le recours à la chirurgie a été préconisé dans deux cas, suite à un échec de drainage et pour la cure d'une tumeur carcinoïde. Une patiente ayant un pneumothorax bilatéral avec un décollement de moins de 2 cm a été gardée sous repos avec

oxygénothérapie L'évolution a été bonne dans quatre cas. Trois décès ont été déploré suite à une détresse respiratoire chez les patients ayant la fibrose pulmonaire, le poumon kystique et lamillaire tuberculeuse. Le pneumothorax bilatéral reste une extrême urgence survenant surtout chez le sujet jeune avec un pronostic réservé chez les patients ayant un poumon pathologique.

P156- Syndrome de Demons-Meigs : à propos de quatre cas.

K. FAHMI, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le syndrome de Demons-Meigs associe une tumeur bénigne de l'ovaire et des épanchements séreux (pleural, péritonéal) récidivants mais résorbables après exérèse de la tumeur primitive. Très rare, sa physiopathologie reste obscure. A travers quatre observations et une revue de la littérature, nous rapportons les particularités du syndrome de Demons meigs. Nous rapportons quatre cas de patientes âgées respectivement de 47, 49, 51, et 63 ans. Le motif de consultation était une douleur thoracique chez toutes nos patientes. L'examen clinique a révélé un syndrome d'épanchement liquidien unilatéral dans deux cas, et bilatéral dans les deux autres cas, et des signes physiques d'ascite dans les quatre cas. L'imagerie abdomino-pelvienne objectivait une masse abdomino-pelvienne dépendante de l'ovaire. Le dosage du marqueur tumoral CA125 était très élevé chez toutes nos patientes avec une moyenne de 741UI/ml. L'exploration chirurgicale révélait une ascite sérohématique sans aucune lésion péritonéale suspecte et un fibrothécome ovarien volumineux chez toutes nos patientes. Les suites opératoires étaient simples, avec un assèchement total et spontané des épanchements. Le syndrome de Demons-Meigs est une pathologie bénigne et de bon pronostic. Le traitement est purement chirurgical. L'exérèse de la tumeur ovarienne entraîne un assèchement des épanchements pleuraux et péritonéaux.

P157- Le mésothéliome pleural malin : à propos de 28 cas.

H. BAKKAL, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le mésothéliome pleural malin (MPM) est une tumeur maligne primitive de la plèvre de pronostic redoutable. Afin de déterminer les différents aspects radio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs, nous rapportons 32 cas de MPM colligés au service des maladies respiratoires au CHU Ibn Rochd de Casablanca entre janvier 1996 et août 2019. La moyenne d'âge était de 58 ans avec une prédominance masculine (19 hommes et 13 femmes). L'exposition à l'amiante est retrouvée dans 17 cas. La symptomatologie clinique révélatrice était dominée par la douleur thoracique, la dyspnée et l'amaigrissement. L'examen clinique objectivait dans 30 cas, un

syndrome d'épanchement liquidien et dans un cas un syndrome d'épanchement aérique. L'imagerie thoracique avait montré une opacité de type pleural dans 30 cas, associée dans 23 cas à des lésions parenchymateuses, un aspect mamelonné de la plèvre dans 17 cas, un pneumothorax cloisonné et des calcifications dans un cas chacun. L'atteinte était unilatérale dans tous les cas. L'aspect du liquide pleural était séro-hématique dans 21 cas, jaune citrin dans sept cas. Le diagnostic du MPM était confirmé dans 18 cas par la ponction biopsie pleurale, dans 13 cas par la biopsie sous thoracoscopie, et dans un cas par la ponction biopsie transpariétale. L'étude immuno-histochimique a montré la positivité de la Calrétinine dans 21 cas, la Cytokératine 5, 6 dans 14 cas, la Vimentine dans 2 cas alors que la TTF1 était négative dans 21 cas. Le traitement était à base d'une chimiothérapie dans 16 cas ainsi qu'un traitement symptomatique dans 17 cas associé à un talcage thoracique dans 12 cas et des ponctions pleurales évacuatrices chez les autres patients. L'évolution était marquée par le décès dans 13 cas. À travers notre étude, nous insistons sur les difficultés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que le pronostic sombre du MPM.

P158- L'apport de la ponction-biopsie pleurale dans le diagnostic des pleurésies métastatiques.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La ponction-biopsie pleurale est une biopsie percutanée à l'aveugle facilement réalisable en utilisant des trocars de type Abrams ou Castelain. Le but de notre travail était d'étudier l'apport de la ponction-biopsie pleurale dans le diagnostic étiologique des pleurésies métastatiques. Méthodes Étude rétrospective portant sur 434 cas colligés, au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2003 et 2019. Résultats : La moyenne d'âge était de 63 ans, avec prédominance masculine dans 62,3%. Un antécédent de néoplasme était retrouvé chez 42 % des patients. La douleur thoracique était le maître symptôme. Le syndrome d'épanchement liquidien était présent dans 100% des cas, unilatéral dans 97% des cas. L'imagerie thoracique a objectivé une opacité de type pleural isolée dans 73.2% des cas, associée à des opacités parenchymateuses dans 14% des cas, à un élargissement médiastinal dans 16% des cas et à un syndrome interstitiel dans 10% des cas. Tous les patients ont bénéficiés d'une ponction-biopsie pleurale, qui a pu confirmer le diagnostic de pleurésie métastatique dans 89% des cas. Il s'agissait de métastases pleurales de carcinome bronchogénique dans 65.6% des cas, du cancer de sein dans 17.2% des cas, d'une détermination pleurale d'une hémopathie maligne dans 3.8% des cas, du cancer de la prostate dans 3.4%, de cancer digestif dans 1.8%, du cancer du cavum dans 1% des cas. Le cancer du

rein, du col utérin et de la thyroïde sont retrouvés dans 0,8% des cas chacun et le cancer de l'ovaire dans 0,4% des cas. L'étiologie reste indéterminée dans 6% des cas. Conclusion : À travers notre étude, nous rappelons l'intérêt de la ponction-biopsie pleurale dans le diagnostic des pleurésies métastatiques. Dans notre contexte, elle nous a permis de faire le diagnostic étiologique dans 89% des cas.

P159- Le chylothorax spontané : à propos de 7 cas.
M. AMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le chylothorax se caractérise par la présence d'un liquide riche en triglycérides dans la cavité pleurale. Cette affection rare est due, le plus souvent, à une compression du canal thoracique dans son trajet médiastinal. Nous rapportons sept cas de chylothorax spontanés colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca, entre juin 2001 et décembre 2018. La moyenne d'âge était de 40,5 ans (extrême : 15 ans et 68ans) avec une prédominance masculine de 85,7% (six hommes et une femme). Les symptômes ont été dominés par la douleur thoracique et la dyspnée d'effort. L'examen clinique a retrouvé un syndrome d'épanchement liquidien bilatéral dans quatre cas, unilatéral gauche dans deux cas et droit dans un cas. Il a été noté des adénopathies périphériques dans quatre cas, un syndrome cave supérieure avec aphtose bipolaire récidivante, une péricardite et une ascite dans un cas chacun. Le chylothorax a été évoqué devant l'aspect lactescent du liquide pleural et confirmé par le taux élevé des triglycérides dans le liquide pleural. Le chylothorax a été secondaire à la maladie d'hodgkin dans deux cas, à un lymphome malin non hodgkinien, à des métastases ganglionnaires médiastinales d'un adénocarcinome gastrique, à une maladie de Behcet avec thrombose de la veine cave supérieure dans un cas chacun, et à une leucémie lymphoïde chronique dans deux cas. Le traitement s'est basé sur des ponctions évacuatrices, un régime pauvre en graisse associés au traitement étiologique dans tous les cas. L'évolution sous chimiothérapie a été bonne dans quatre cas, elle a été fatale dans un cas et deux cas ont été perdus de vue. À la lumière de ces observations, les auteurs insistent sur la rareté du chylothorax et sur le pronostic qui dépend de la maladie causale.

P160- Relation entre le tabagisme et la survenue de pneumothorax.

C. FARISSI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le tabagisme favorise la survenue des pneumothorax par l'augmentation de la résistance des voies aériennes inférieures et la constitution de blebs et de bulles d'emphysème par action destructrice sur le poumon. Nous proposons une étude rétrospective concernant 223 patients hospitalisés au service des

maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour pneumothorax. La moyenne d'âge était de 47 ans avec 93% d'hommes. Quatre-vingt-sept pour cent des patients étaient tabagiques dont 24% à moins de 10 paquets-années (PA), 24% entre 10 et 20 PA, 16% entre 21 et 30 PA et une majorité de 36% de plus de 30 PA. On note aussi la présence d'un consommateur de narguilé, un chiqueur de tabac et 9 patients étaient exposés au tabagisme passif. Cinquante-huit pour cent des patients avaient une BPCO, 19% une tuberculose pulmonaire dans les antécédents, 6% suivis pour asthme. La douleur thoracique en coup de poignard et la dyspnée étaient les maîtres symptômes. La radiothorax a confirmé le diagnostic dans 99% des cas. Le traitement s'est basé sur une exsufflation dans 18% des cas, une exsufflation puis drainage thoracique dans 32%, un drainage d'emblée dans 46% et le repos seul dans 4% des cas. L'évolution était bonne dans 89% des cas. La chirurgie était nécessaire chez 5% des cas. Le lien de causalité entre le tabagisme et le pneumothorax est évident justifiant encore une fois l'intérêt de la lutte antitabac.

P161- Pleurésie tuberculeuse et grossesse.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUNE, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La tuberculose est un fléau de santé publique au Maroc et dans le monde. Sa survenue chez la femme enceinte n'est pas exceptionnelle. Méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective s'étalant sur une période de 7 ans, portant sur 20 cas de tuberculose pleurale diagnostiquée au cours de la grossesse. Résultats : La moyenne d'âge était de 28 ans et le délai moyen de consultation était de 3 mois. La douleur thoracique, la toux sèche, la dyspnée, ainsi qu'un fléchissement de l'état général étaient retrouvés chez toutes nos patientes. Les grossesses étaient estimées à 15 semaines d'aménorrhée en moyenne. Un contage tuberculeux était noté chez quatre patientes. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive dans tous les cas avec un diamètre moyen de 12 millimètres. Le téléthorax avait montré une opacité de type pleural chez toutes les patientes. Le diagnostic était confirmé par la ponction-biopsie pleurale dans tous les cas. Elles ont toutes bénéficié d'un traitement antituberculeux régime 2RHZE/4RH associé à des ponctions pleurales évacuatrices et une kinésithérapie respiratoire avec une bonne évolution clinique et radiologique. Conclusion : Au terme de ce travail, nous concluons que la tuberculose pleurale chez la femme enceinte est une pathologie peu fréquente, mais qui nécessite un diagnostic précoce et une bonne prise en charge thérapeutique afin d'assurer la guérison pour la mère et le développement harmonieux pour l'enfant.

P162- L'hémopneumothorax : profil étiologique et évolutif : à propos de 25 cas.

N. BOUGTEB, W. EL KHATTABI, H. EL KIHAL, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

L'hémopneumothorax est une pathologie de l'adulte jeune qui peut être secondaire à la rupture d'une bride pleurale au cours d'un pneumothorax, c'est une pathologie qui reste rare. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, étiologique et évolutif de l'hémopneumothorax. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 25 cas d'hémopneumothorax spontané colligée au service de pneumologie 20 Août de janvier 2010 à juillet 2019. L'hémopneumothorax spontané et iatrogène sont inclus dans notre étude alors que l'hémopneumothorax traumatique est exclus de l'étude. La moyenne d'âge est de 33 ans, le tabagisme est retrouvé chez 16 cas, un antécédent de tuberculose pulmonaire traitée dans 6 cas et de pneumothorax drainé dans 4 cas. Le début des symptômes a été brutal dans la majorité des cas, le tableau clinique est dominé par la douleur thoracique associée à la dyspnée dans 18 cas. L'examen clinique a trouvé des signes de lutte respiratoire dans 4 cas, une pâleur cutanéomuqueuse dans 13 cas et des adénopathies périphériques dans 11 cas. La radiographie thoracique a montré une image hydro-aérique dans tous les cas, un refoulement médiastinal dans 5 cas, une opacité hilare dans 2 cas et dans un seul cas une opacité paracardiacque ainsi qu'une image cavitare. La ponction pleurale a ramené un liquide hémorragique incoagulable dans tous les cas, l'étude cytologique a montré une prédominance lymphocytaire dans 10 cas et à polynucléaires neutrophiles dans 6 cas, une anémie normochromenormocytaire chez 12 cas et hypochrome microcytaire dans un cas. La ponction biopsie pleurale a été en faveur d'une tuberculose dans 9 cas, métastatique dans 4 cas, une origine infectieuse probable dans 7 cas et indéterminée dans 2 cas. Le traitement est basé sur le drainage thoracique chez 20 cas et talcage par thoracoscopie dans 4 cas associé au traitement de l'étiologie causale. L'évolution était bonne dans 21 cas, avec aggravation nécessitant un séjour en réanimation dans un seul cas et un cas décédé. L'hémopneumothorax est une pathologie peu fréquente dont le diagnostic étiologique reste difficile à déterminer et qui nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide.

P163- Pleurésie purulente révélant un abcès splénique.

H. EL KIHAL, W. EL KHATTABI, A. FAHMI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La pleurésie purulente, appelée également empyème, est une pathologie thoracique définie anatomiquement par la présence de liquide purulent entre les deux feuillets de la plèvre. Certains sepsis abdominaux comme l'abcès splénique sont susceptibles de se

compliquer de pleurésies purulentes. C'est le cas d'une patiente âgée de 54 ans, suivie pour polykystose hépatique isolée depuis deux ans. Sa symptomatologie remonte à 4 semaines par l'installation progressive d'une douleur basithoracique gauche en point de côté, toux sèche sans hémoptysie et une dyspnée au moindre effort, associée à une douleur de l'hypochondre gauche à type de pesanteur non irradiante, évoluant dans un contexte de sensations fébriles et d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve une patiente fébrile à 39,2 °C, une SpO2 à 93%, avec un syndrome d'épanchement liquidien de la moitié inférieure de l'hémi thorax droit. L'examen abdominopelvien retrouve un abdomen distendu avec sensibilité de l'hypochondre gauche. La radiographie thoracique, l'échographiethoracique et la ponction pleural retrouve un liquide trouble hématique fétide. La TDM thoraco-abdominale réalisée en urgence devant la suspicion d'une collection purulente a mis en évidence une volumineuse rate hétérogène siège de zone hypodense rompue dans la cavité pleurale à travers une brèche diaphragmatique responsable d'un empyème pleural homolatéral, associé à un foie multikystique. L'étude chimique, cytologique, bactériologique et parasitologique du liquide pleural a retrouvé des leucocytes très nombreux avec 96% de PNN et 4% de lymphocytes, présence de nombreux bacilles à gram négatif fusiformes évoquant des anaérobies avec isolement à la culture anaérobie de *Streptococcus Milleri* et *Actinomyces viscosus*. La recherche de scolex et d'amibes dans le liquide pleural est revenue négative. Le bilan sanguin a retrouvé une hyperleucocytose GB à 24930 é/mm3 à PNN 22610 é/mm3 avec une CRP à 316 mg/l. Les sérologies hydatique et amibienne sont négatives. La tri antibiothérapie en IV a été démarrée d'urgence : C3G : 1gx2/j, Metronidazol: 500mgx3/j, Gentamicyne 120mg/j. La patiente a bénéficié en urgence au service de chirurgie viscéral d'une splénectomie avec fermeture de la fistule diaphragmatique associée à un drainage thoracique. L'examen anatomo-pathologique de la splénectomie a révélé un aspect compatible avec un abcès splénique. Elle a bénéficié après sa sortie de séances de kinésithérapie respiratoire, d'une vaccination anti pneumococcique et anti méningococcique et d'une antibioprophylaxie : Pénic V : 1 MUx 2/J durant 2 ans. L'origine sous diaphragmatique des pleurésies purulentes doit être recherchée surtout en cas d'association à des signes cliniques abdominaux. L'abcès de la rate est une de ses causes et sa rupture à travers une brèche diaphragmatique reste une étiologie rarissime ce qui fait l'intérêt de cette observation.

P164- Pneumothorax du sujet jeune.

L. NAJAH, W. EL KHATTABI, N. BOUGTEB, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le pneumothorax correspond à la survenue d'un épanchement aérien dans la cavité pleurale. Nous

avons mené une étude rétrospective portant sur 97 jeunes patients hospitalisés au service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 août 1953 pour un premier épisode de pneumothorax spontané entre Janvier 2014 et juin 2019. Nous avons noté une prédominance masculine (97%). La moyenne d'âge est de 25 ans. Le tabagisme a été noté dans 73% des cas. Un antécédent de tuberculose pulmonaire a été retrouvé chez 15 patients. Les signes cliniques révélateurs sont dominés par la douleur thoracique (98%), la dyspnée (75%) et la toux (44%). La radiographie thoracique a objectivé une hyperclarté sans trame vasculaire chez tous les patients, la TDM thoracique a montré un pneumothorax total dans 70% des cas et partiel chez 30% des cas. Le pneumothorax était droit dans 60% des cas et bilatéral chez deux patients. Une exsufflation a été indiquée chez 46 patients, le drainage thoracique d'emblée chez 15 patients et après échec de l'exsufflation chez 20 patients, avec une médiane d'arrêt de bullage de 2 jours. Une abstention thérapeutique avec repos strict a été indiquée chez neuf patients. L'évolution est favorable chez 98% des patients. Nous avons noté six cas de récurrence homolatérale au bout d'un mois, chez cinq patients suivis pour BPCO et chez un patient tuberculeux, ayant évolué favorablement après drainage thoracique chez quatre patients, et un cas ayant évolué favorablement après une deuxième exsufflation. Nous soulignons par ce travail, que l'évolution est généralement favorable chez le sujet jeune quoique les récurrences ne soient pas exceptionnelles.

P165- Profil bactériologique des pleurésies purulentes.

FZ. CHAAIBATE, H. JABRI, A. BOUMEHDI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

La pleurésie purulente constitue une urgence diagnostique et thérapeutique responsable d'une mortalité élevée (10 à 15% des cas). Nous rapportons une étude rétrospective de 128 cas de pleurésies purulentes colligées entre septembre 2010 et janvier 2019. La moyenne d'âge est de 48 ans avec une prédominance masculine (70%). Le diabète est retrouvé dans 11% des cas, l'insuffisance rénale chronique dans 2% des cas, la leucémie aigue myéloïde et le lymphome gastrique dans 1% des cas chacun. La symptomatologie est dominée par la douleur. La ponction pleurale a ramené un liquide franchement purulent dans 76% des cas. Le germe en cause est isolé dans 27 cas (25%), représenté par le pneumocoque dans 12% des cas, le streptocoque dans 7% des cas, les BGN dans 4% des cas, le pseudomonas aeruginosa et le bacille de koch dans 2% des cas chacun. Le staphylocoque méticillino-résistant est noté chez un seul patient suivi pour maladie d'Alport. La cytologie du liquide pleural a objectivé la prédominance des PNN dans tous les cas. Par ailleurs la recherche du germe est non contributive dans 75% des cas. Les étiologies sont dominées par

les cocci gram positif dans 61% des cas, tuberculeuse dans 16% des cas. L'évolution est favorable seulement dans 34% des cas, marquée par le décès dans 4% des cas. Ceci est corrélé à la présence d'un foyer septique à distance dans 13% des cas, d'une pneumopathie sous jacente dans 30% des cas, ainsi qu'un obstacle endo-bronchique dans 8% des cas. L'évolution des pleurésies est souvent favorable à condition que la prise en charge soit précoce et adéquate.

P166- Pneumothorax chez la femme : à propos de neuf cas.

Y. AMCHICH, N. REGUIG, A. BOUCAID, A. ZEGMOUT, H. SOUHI, H. EL OUZZANI, I.A. GHORFI, A. ABID (RABAT)

Le pneumothorax spontané primitif ou secondaire touche essentiellement le sujet jeune de sexe masculin, sa survenue chez la femme est trois fois moins fréquente. Nous avons mené une étude rétrospective chez neuf patientes hospitalisées au service de pneumologie de l'HMIMV sur une période de cinq ans (entre 2008—2013). la moyenne d'âge de nos patientes est de 33 ans, un antécédent de tuberculose est retrouvé dans cinq cas, la symptomatologie clinique est dominée par la douleur et la dyspnée, la radiographie du thorax a objectivé un pneumothorax isolé dans sept cas, unilatéral dans tout les cas, partiel et localisé dans cinq cas, total dans quatre cas, le scanner thoracique réalisé chez quatre patientes a montré de multiples bulles bilatérales dans deux cas, des lésions kystiques bilatérales dans un cas, une fibrose pulmonaire dans un autre cas ; le diagnostic de pneumothorax idiopathique est retenu dans deux cas, secondaire à des séquelles de tuberculose dans trois cas, en rapport avec une tuberculose grave évolutive dans deux cas, une fibrose pulmonaire dans un cas, et iatrogène dans un cas. Sur le plan thérapeutique le retour complet du poumon à la paroi a été obtenu par le drainage thoracique dans trois cas, et par exsufflation dans quatre cas, et le repos avec oxygénothérapie a été de mise dans deux cas. L'évolution a été bonne dans tous les cas. Enfin nous insistons sur l'âge jeune de nos patientes, l'étiologie qui reste dominée par les séquelles de tuberculose dans notre contexte.

P167- Le profil étiologique, thérapeutique, évolutif, de pneumothorax spontané : expérience de service de pneumologie de l'hôpital Ibn Sina au CHU de Rabat durant l'année 2017-2018.

I. OUERDJA, M. OUASSARI, N. REGUIG, A. RHANIM, A. JNENE, L. HERRAK, L. ACHACHI, M.EL FTOUH (RABAT)

Introduction : Le pneumothorax est défini par la présence d'air dans l'espace pleural, ce qui peut avoir comme conséquence un collapsus du poumon. On définit le pneumothorax spontané par opposition au pneumothorax traumatique et iatrogénique. Matériels

et méthodes : C'est une étude rétrospective du pneumothorax spontanés au service de pneumologie à l'Hôpital Ibn Sina Rabat (2017-2018). L'objectif était de déterminer le profil étiologique, thérapeutique et évolutif. Résultats : Il s'agit de 166 patients, On a recensé 19% de pneumothorax spontanés primitif, et 81% de PNO secondaire (bulle d'emphysème à 56%, et tuberculose pulmonaire à 16%, pneumonie à germe banaux à 11%, néoplasique à 9%, iatrogène à 6%, PID à 1%, et un cas associé à kyste hydatique du poumon). La prise en charge initiale est l'hospitalisation de tous les patients : le drainage thoracique (94%), l'extubation à l'aiguille (1%). Le repos et l'O₂ (5%). Le retour du poumon à la paroi a été obtenu avant 10 jours chez 88%. L'évolution est favorable chez 89%. Et les complications immédiates : l'emphysème sous cutané (2 cas); une infection (4 cas) et 4 décès (arrêt cardio-respiratoire), les complications à distance sont les récurrences dans 11,6%, avec un taux de pneumothorax chronique opéré à 7%. Discussion : Dans toutes les études les étiologies les plus fréquentes du Pneumothorax spontanés sont: la BPCO et la tuberculose. Sur le plan thérapeutique, l'attitude thérapeutique immédiate fut basée sur le type et la tolérance du PNO, avec un taux de drainage thoracique supérieure à 80%. Dans notre étude, le choix du traitement est le drainage thoracique dans 94%. L'évolution est favorable chez 89% des cas de notre étude; même résultat dans toutes les études, avec un taux de récurrences (11%) qui ne dépend pas de type de traitement, mais dépend surtout de tabagisme, et l'existence d'une pathologie pulmonaire préexistante. Conclusion : Ce travail montre le profil étiologique et l'intérêt du drainage thoracique et la surveillance dans la prise en charge du pneumothorax pour éviter les complications et surtout pour éviter les récurrences avec un éventuel recours à la chirurgie.

P168- L'atteinte pleurale au cours des lymphomes : à propos de dix observations.

S. BAINA, J. ACHRANE, J. BENAMOR, JE, BOURKADI (RABAT)

Introduction : Les lymphomes malins correspondent à une prolifération clonale de cellules lymphoïdes. L'atteinte pleurale est rare. Nous rapportons 10 observations de lymphomes à localisation pleurale, selon l'expérience de l'hôpital Moulay Youssef de Rabat. Observation : Tous les patients sont de sexe masculin avec une moyenne d'âge de 41 ans. La présentation clinique associe douleur thoracique, toux, dyspnée et amaigrissement. La radiographie thoracique montre dans sept cas une opacité de type pleurale unilatérale associée à une opacité de type médiastinale et dans les trois autres cas une opacité de type pleurale isolée. La pleurésie est unilatérale dans tous les cas, de grande abondance dans deux cas, et de moyenne abondance dans les autres cas. La ponction pleurale a objectivé un liquide jaune citrin dans 5 cas, sérohématique dans 3 cas et chyleux dans 2 cas. L'atteinte pleurale est confirmée

histologiquement par biopsie pleurale dans tous les cas. Il a été trouvé 5 cas de LMNH à petites cellules, 3 cas de LMNH de type indolent et 2 cas de LMNH lymphoblastique. La localisation pleurale est isolée dans un seul cas. Tous les patients sont classés stade IV. Le traitement s'est basé sur la chimiothérapie. L'évolution est favorable dans 8 cas et on déplore 2 décès. Conclusion : A travers ces observations, nous proposons de rappeler les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques de l'atteinte pleurale au cours des lymphomes.

P169- Aspects épidémiologiques, cliniques, radiographiques des pleurésies : à propos de 78 cas.

H. CHARAF, BENAMOR, J. EL BOURKADI (RABAT)

Introduction : Les pleurésies constituent un motif fréquent de consultation en pneumologie. Leurs aspects épidémiologiques sont diverses, la clinique permet de suspecter le diagnostic, la radiographie thoracique et l'échographie permettent de le confirmer, tandis que la ponction pleurale complétée souvent pas la biopsie permet de préciser l'étiologie de l'épanchement pleural. Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période de 8 mois colligeant les données épidémiologiques, cliniques, radiographiques des patients consultants pour exploration d'un épanchement pleural au sein de l'Hôpital Moulay Youssef de Rabat. Résultat : Parmi les 78 patients inclus, 27 femmes (35%) et 51 hommes (65%). La moyenne d'âge est de 36,77 ans (13-80 ans). Les antécédents de pathologie néoplasique étaient retrouvés chez 5% des patients (4 cas de cancer sein), le diabète était également retrouvé chez 5% des patients, 27 patients étaient des fumeurs (35%), avec une moyenne de 19,4 PA. La notion de contagio tuberculeux était retrouvée chez 22% des cas. L'antécédent de tuberculose pulmonaire n'a été trouvé chez aucun patient. Le délai moyen de consultation était de 40 jours. La symptomatologie était dominée par la toux (85%), la douleur thoracique (81%), la fièvre (71%), et les sueurs nocturnes (64%). L'épanchement pleural était de moyenne abondance dans 48,7% des cas, grande abondance dans 24,4%, et petite abondance dans 27%. 26 patients ont bénéficiés d'une échographie thoracique (33%) dont 77% pour pleurésie de petites abondances, et 11,5% pour pleurésie enkystée. Les épanchements étaient unilatéraux dans 96% des cas. La pleurésie était associée à des lésions du parenchyme pulmonaire dans 10% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction pleurale ramenant un liquide jaune citrin dans 78,2% des cas, jaune clair dans 11,5% des cas et séro-hématique dans 10,2% des cas. Le liquide était exsudatif chez 75 patients (96%), et transudatif chez 3 patients (4%). Le dosage de l'adénosine désaminase (ADA) réalisé chez 26 patients était positif. Le liquide à prédominance lymphocytaire chez tous les malades. La biopsie pleurale était réalisée chez (84%) des patients et la

thoroscopie chez (8%) des patients. La biopsie pleurale à l'aveugle au trocart de boutin était concluante dans (90%) des cas. Dans 3 cas le diagnostic de tuberculose pleurale était retenu sur des faisceaux d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques. Les étiologies retrouvées étaient : la tuberculose (59% des cas), le cancer métastatique (8% des cas), 2 cas (3%) d'adénocarcinome, 2 cas de carcinome non à petite cellule. La tuberculose est plus fréquente chez le jeune de moins de 40 ans (moyenne d'âge de 30,5 ans) alors que les pleurésies néoplasiques étaient plus présentes après l'âge de 40 ans (moyenne d'âge de 56,5%). Conclusion : La tuberculose occupe la première place étiologique parmi les pleurésies, suivie de pleurésie néoplasique particulièrement le cancer du poumon et le cancer du sein. La biopsie pleurale à l'aveugle reste un examen indispensable avec une bonne rentabilité diagnostique et peu invasif permettant d'éviter la thoroscopie dont le prix est plus onéreux.

P170- Sarcome d'Ewing pleural: à propos d'un cas clinique

R. TAGHLAUI, A. IDMBAREK, H. KOUISMI (OUJDA)

Résumé : Le sarcome d'Ewing est une tumeur maligne de l'enfant et l'adolescent appartenant à la famille des tumeurs neuroectodermique localisées essentiellement au niveau osseux et exceptionnellement au niveau des tissus mous. Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 25 ans présentant un sarcome d'Ewing pleural, localement avancé. Ce patient avait été traité chirurgicalement, à l'âge de 16 ans pour un ostéosarcome localisé au niveau de tibia droit, par amputation de sa jambe et remplacement par prothèse. Le patient a présenté cliniquement une dyspnée associé à une toux sèche avec douleur thoracique droite dans un contexte d'altération d'état général avec amaigrissement, l'examen clinique trouvait un patient conscient, polypneux, l'examen pleuro pulmonaire objectivait un syndrome de condensations thoracique droit ; une radiographie thorax réalisé a mis en évidence un poumon blanc droit avec refoulement du médiastin, le scanner thoracique montrait une volumineuse masse pleurale occupant la quasi-totalité de l'hémithorax droit, la fibroscopie bronchique retrouvait un aspect de compression extrinsèque sur les deux tiers inférieurs de la trachée ainsi que l'entrée de l'arbre bronchique droite. La biopsie trans-pariétale de la masse pleurale: l'étude histologique trouvait un aspect morphologique d'un sarcome de haut grade dont le complément immunohistochimique était en faveur d'un sarcome d'Ewing. Notre patient a été adressé au service d'oncologie médicale pour démarrer une chimiothérapie. Mots clés : Sarcome d'Ewing, pleurésie, chimiothérapie.

P171- Aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des pleurésies d'origine néoplasique hospitalisées au service de pneumologie.

R. TAGHLAUI, A. IDMBAREK, H. KOUISMI (OUJDA)

Introduction : Les cancers sont de plus en plus incriminés dans la survenue de la pleurésie au Maroc. Notre travail vise à décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des pleurésies néoplasiques. Méthodologie: il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive des dossiers des pleurésies néoplasiques pris en charge du 1er janvier 2017 au 31 mars 2019 au service de pneumologie du CHU Mohammed VI d'Oujda (Maroc). Les cas de pleurésies néoplasiques confirmés histologiquement ou apparaissant dans un contexte de cancer connu sans autre étiologie identifiée ont été retenus. Résultats : Nous avons recensé 44 cas, la prédominance était masculine (57%) avec un sex ratio (M / F) de l'ordre 1, 31. L'âge moyen des cas était de 58 ans. Les symptômes étaient la dyspnée (68%) et des douleurs thoraciques (64%). L'altération d'état général est retrouvée dans 70% alors que l'amaigrissement intéresse 61% des cas. La pleurésie était principalement unilatérale (89%), intéressant le côté droit dans la majorité des cas et d'abondance moyenne (50%). Le liquide pleural était séro-hématique, voire hématique dans 57% des cas. L'adénocarcinome était le type histologique le plus diagnostiqué (63%). La tumeur primitive était retrouvée dans 61% des cas. Il s'agissait d'un cancer néo-broncho-pulmonaire chez l'homme (45%) ou d'un cancer du sein chez la femme (26%). Le traitement consistait à des ponctions pleurales itératives, le drainage thoracique et le talcage pleural. Conclusion: Les pleurésies néoplasiques sont l'apanage du sujet dans la cinquantaine, principalement secondaires au cancer bronchique chez le sujet tabagique et cancer du sein chez la femme. Malgré les progrès thérapeutiques, elles restent de mauvais pronostic. Mots-clés: pleurésie néoplasique, épidémiologie, clinique, étiologie.

P172- Profil étiologique des pleurésies chez la femme admise en hôpital du jour du service de pneumologie du CHU Ar-razide Marrakech.

S. ABDALA, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

était principalement unilatérale (89%), intéressant le côté droit dans la majorité des cas et d'abondance moyenne (50%). Le liquide pleural était séro-hématique, voire hématique dans 57% des cas. L'adénocarcinome était le type histologique le plus diagnostiqué (63%). La tumeur primitive était retrouvée dans 61% des cas. Il s'agissait d'un cancer néo-broncho-pulmonaire chez l'homme (45%) ou d'un cancer du sein chez la femme (26%). Le traitement consistait à des ponctions pleurales itératives, le drainage thoracique et le talcage pleural. Conclusion: Les pleurésies néoplasiques sont l'apanage du sujet dans la cinquantaine, principalement secondaires au cancer bronchique chez le sujet tabagique et cancer du sein chez la femme. Malgré les progrès thérapeutiques, elles restent de mauvais pronostic. Mots-clés: pleurésie néoplasique, épidémiologie, clinique, étiologie.

14h30-18h00 : Communications affichées 4**PO-173 à PO-232****P173- Profil étiologique des pleurésies chez la femme admise en hôpital du jour du service de pneumologie du CHU Ar-razide Marrakech.**

S. ABDALA, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : la pleurésie constitue un motif de consultation fréquent en pneumologie, l'objectif de cette étude est de dresser le profil étiologique de la pleurésie chez la femme. **Matériel et patients :** il s'agit d'une étude rétrospective menée à l'hôpital du jour du service de pneumologie du CHU Ar-razi de Marrakech incluant les femmes admises pour une pleurésie sur une période de 12 mois allant de Mars 2018 au Février 2019. **Résultats :** soixante (60) femmes porteuses d'une pleurésie ont été incluses dans ce travail, l'âge moyen est de 43,61 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 73 ans, les pleurésies sérofibrineuses représentent 72%, sérohématisées 15,5% et transsudatives 11,5%. Parmi les principales étiologies retrouvées : l'origine tuberculeuse est la plus fréquente retrouvée dans 48% des cas suivie de l'origine tumorale dans 26,5%. Les principales étiologies tumorales retrouvées sont : le carcinome du sein (40%), le lymphome (27%), les néoplasies pelviennes et digestives dans 13,5% des cas chacune, et le schwannome malin pulmonaire dans un cas. L'origine cardiaque a été retrouvée dans 7,5% des cas, hépatique dans 3,5% des cas, et la pleurésie secondaire à une polyarthrite rhumatoïde dans 3,5% des cas. Dans 11% des cas aucune étiologie n'est retrouvée. Pour les femmes âgées de moins de 40 ans, l'étiologie tuberculeuse est la plus fréquente alors que pour celles âgées plus de 40 ans, c'est l'origine tumorale qui prédomine. **Conclusion :** Bien que la tuberculose constitue presque la moitié des étiologies des pleurésies chez la femme. L'obtention d'une confirmation diagnostique doit être la règle notamment chez les femmes de plus de 40 ans pour ne pas passer à côté d'une pleurésie métastatique révélatrice d'une néoplasie gynécologique.

P174- Pneumothorax spontané révélant un Syndrome de Marfan : à propos d'un cas.

I. OULDITTOU, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Le syndrome de Marfan est une maladie génétique rare liée à la mutation du gène FBN1, codant la fibrilline. Les atteintes cardiovasculaires, squelettiques et ophtalmologiques sont les plus fréquentes, mais la maladie peut toucher le poumon et se manifester par des pneumothorax qui atteignent 5 à 11 % des patients. Nous rapportons un cas d'un

patient chez qui le pneumothorax était le mode révélateur de sa maladie. **Observation :** Patient âgé de 18 ans, sans ATCDs pathologiques particuliers, admis pour une douleur thoracique aiguë en coup de poignard gauche associée à une dyspnée stade II de SADOUL, l'examen clinique avait objectivé un thorax en careen (figure 1) avec un syndrome d'épanchement aérique gauche. La radiographie thoracique avait montré un pneumothorax gauche de grande abondance (figure 2) traité immédiatement par un drainage thoracique avec réexpansion du poumon à la paroi et ablation du drain à J3. Le patient était longiligne (177cm) avec une envergure sur la taille de 1,22. L'examen du squelette avait objectivé une cyphose dorsale, des doigts longs et fins (figure 3) avec un signe de poignet (figure 4) et du pouce positif (figure 5), l'examen cutané avait montré la présence des vergetures cutanées au niveau du bas dos et la région axillaire (figure 6). La TDM thoracique avait objectivé une hernie diaphragmatique antérieure ainsi qu'une dilatation de l'aorte (figure 7) objectivée également à l'échographie trans thoracique, mis sous bétabloquant 10 mg/j. Le fond d'oeil était sans anomalie. Le patient a été adressé à la consultation de chirurgie thoracique pour une pleurodèse et phrénotomie. **Conclusion :** La prise en charge du pneumothorax dans le syndrome du Marfan est identique à celle de tout pneumothorax spontané, mais le risque de récurrence est élevé pour cela ; Il est important pour un pneumologue de l'évoquer chez un patient présentant des pneumothorax spontanés récurrents ou une déformation thoracique, car aussi la détection d'une atteinte cardiaque associée et sa prise en charge précoce conditionne le pronostic.

P175- Tumeur fibreuse solitaire de la plèvre : à propos de 2 cas.

I. OULDITTOU, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

La tumeur fibreuse solitaire de la plèvre ou fibrome pleural est rare (5% des tumeurs pleurales). Elle est d'origine mésenchymateuse, développée à partir de cellules dendritiques interstitielles au niveau du médiastin, des poumons mais également au niveau des organes extrathoraciques. Nous rapportons 2 observations de 2 patientes hospitalisées dans notre formation. **Observation 1 :** Patiente de 42 ans, sans exposition particulière, qui présente d'installation progressive une douleur basithoracique droite en point de côté avec une dyspnée d'effort stade I de SADOUL dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique avait objectivé un syndrome de condensation basal droit, la radiographie

thoracique avait objectivé une opacité basale droite dense, hétérogène siège de quelques calcifications avec aspect d'attraction de la trachée vers le côté droit et une ascension de la coupole diaphragmatique droite. Le scanner thoracique a montré une masse tumorale de la base thoracique droite bien limitée tissulaire sus diaphragmatique, de contours bosselés mesurant 145mm/140mm/125mm avec calcifications. Une thoracotomie a été réalisée, objectivant une énorme masse bien encapsulée, une résection complète a été réalisée, l'étude macroscopique a objectivé une masse blanchâtre pesant 1223,5 g, et mesurant 16 x 10 x 7 cm, l'étude microscopique avait objectivé une prolifération des cellules fusiformes et le complément immunohistochimique a été en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire de la plèvre. Observation 2 : Patient de 47 ans, sans exposition particulière, qui présente d'installation progressive une douleur basithoracique gauche en point de côté, toux sèche avec une dyspnée d'effort stade II de SADOUL dans un contexte d'apyrexie et de fléchissement de l'état général. L'examen clinique avait objectivé un syndrome de condensation du 2/3 inférieur de l'hémithorax gauche, la radiographie thoracique avait objectivé une opacité basale gauche dense. Le scanner thoracique a montré une masse tumorale gauche de 13 x 15 x 18 cm avec calcifications, ayant un contact avec la bronche souche gauche avec atéléctasie lobaire supérieur gauche. La bronchoscopie avait montré une sténose de la lobaire inférieur gauche, la biopsie bronchique ainsi qu'une biopsie scannoguidée ont été réalisées révélant un état inflammatoire. Une thoracotomie a été réalisée, objectivant une énorme masse hémorragique occupant les 2/3 de l'hémithorax gauche, une résection complète a été réalisée, l'étude macroscopique a objectivé une masse pesant 2120g, et mesurant 24 x 19 x 10 cm, l'étude microscopique a montré une prolifération des cellules fusiformes et le complément immunohistochimique a été en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire de la plèvre. Les suites post-opératoire étaient simples. Conclusion : Les fibromes pleuraux sont des tumeurs rares qui peuvent se manifester par différents signes thoraciques et/ou extra-thoraciques. La TDM et l'IRM permettent d'évoquer le diagnostic, en particulier lorsqu'il s'agit d'une tumeur pédiculée mobile au sein de la cavité pleurale ou lorsqu'il s'agit d'une tumeur à base d'implantation large. Quel que soit l'aspect radiologique ou clinique, devant cette incertitude diagnostique et dans les limites de l'opérabilité du patient, la chirurgie est de règle. L'exérèse chirurgicale radicale ne dispense jamais d'un suivi rigoureux afin de dépister précocement une récurrence qui peut être maligne.

P176- Particularités du pneumothorax spontané chez la femme.

L. AAZRI, S. AIT BATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Un pneumothorax spontané est défini par la présence anormale d'air dans la cavité pleurale en l'absence de facteur précipitant d'origine traumatique ou iatrogène. Il est primaire lorsqu'il survient en l'absence de maladie respiratoire chronique sous-jacente, et secondaire lorsqu'il survient sur un poumon pathologique. Cette pathologie est plus rare chez la femme avec une incidence variant entre 1,2 et 10 cas par 100 000 habitants. But du travail : Déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif du pneumothorax spontané chez la femme. Matériel et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective incluant les cas de pneumothorax spontanés survenus chez les femmes, hospitalisés au service de pneumologie du CHU Mohamed VI de Marrakech entre Janvier 2014 et juin 2019. Les pneumothorax bilatéraux, récidivants, et iatrogènes ont été exclus de l'étude. Résultats : Nous avons colligé 18 patientes, l'âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes allant de 20 à 73 ans. 5 patientes étaient exposées au tabagisme passif et 7 patientes à la fumée de bois. 2 cas étaient suivis pour une PID (11%), alors qu'un asthme, un cancer de l'endomètre et un antécédent de TBK pulmonaire ont été notés dans un cas chacun (5,6%). Le début de la symptomatologie était brutal sans facteur déclenchant dans 77,8% des cas. La douleur thoracique était présente chez toutes les patientes, la dyspnée dans 88,9% des cas, la toux dans 77,8% des cas et une hémoptysie de faible abondance dans 5,6% des cas. Le pneumothorax était unilatéral chez toutes les patientes, droit dans 14 cas (77,8%), total dans 13 cas (72,2 %) et partiel dans 5 cas (27,7%). Le pneumothorax était primitif dans 2 cas, et secondaire à une rupture de bulles d'emphysème dans 7 cas (38,9%), une endométriose dans un cas (5,6%), une lymphangioléiomyomatose, une PID, une rupture de caverne tuberculeuse, et des métastases dans 2 cas chacun (11%). Le traitement a consisté sur le repos et oxygénothérapie dans tous les cas, l'exsufflation a été réalisée dans 2 cas (11%) et le drainage thoracique chez 13 patientes (72,2%), au niveau du 4^{ème} ou 5^{ème} espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne pour une durée moyenne de 14 jours. L'évolution était marquée par le retour du poumon à la paroi dans 14 cas (77,8%) et 4 patientes ont été adressées en chirurgie thoracique devant l'échec du drainage. Le geste chirurgical a consisté sur une pleurodèse avec bullectomie sous thoracotomie dans 3 cas et sous thoracoscopie dans un cas. Une récurrence homolatérale a été notée dans un cas et controlatérale dans un autre cas. Conclusion : Le pneumothorax spontané chez la femme se caractérise par une faible incidence, et des étiologies variées. A souligné sa corrélation avec les variations hormonales. La prise en charge thérapeutique doit être urgente et le choix du traitement dépend de l'abondance de l'épanchement. L'évolution est le plus souvent favorable après drainage thoracique.

P177- Le pyopneumothorax : Profil épidémiologique, radio clinique et étiologique.

M. Bougadoun, S. Ait Batahar, L. Amro (Marrakech)

Introduction : Le pyopneumothorax se définit par la présence d'air et de pus dans la cavité pleurale. C'est une pathologie infectieuse qui peut engager le pronostic fonctionnel respiratoire et même vital. Son étiologie est dominée par la tuberculose dans notre contexte. Responsable d'un taux considérable d'hospitalisation. Méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective portant sur patients colligés au service de pneumologie CHU Mohammed VI de Marrakech entre janvier 2015 et juin 2019. Résultats : 16 cas ont été inclus. La moyenne d'âge était de 43 ans, avec des extrêmes allant de 29 ans à 68 ans. On note une nette prédominance masculine (62,5%). 37,5% des patients étaient tabagiques. 10 patients vivaient dans le milieu rural et 6 en urbain. Un diabète est noté dans 2 cas, une tuberculose pulmonaire dans 3 cas et un carcinome bronchique chez un malade. Le délai du début de la symptomatologie était de 32 jours en moyenne faite de douleur thoracique dans 87% des cas, une toux et dyspnée dans 75% des cas, la fièvre a été objectivée chez 37% des cas. La radiographie thoracique a noté une image hydro-aérique dans tous les cas, associée à des opacités pulmonaires excavées dans 4 cas, une dominance des lésions du côté droit a été objectivée chez 62,5% de nos malades. Tous les malades avaient une sérologie VIH négative. L'origine tuberculeuse est retrouvée dans 50 % des cas, bactérienne dans 37,5 %, et par rupture de kyste hydatique pulmonaire dans 12%. Le diagnostic est confirmé par GeneXpert dans le pus pleural dans 4 cas et dans les expectorations dans 4 cas, l'isolement de germes pyogènes dans 6 cas. Le traitement local est basé sur un drainage thoracique chez tous nos malades, il était en moyenne de 13,5 jours. 75% d'entre eux ont reçu une antibiothérapie et les anti bacillaires ont été indiqués dans 50% des cas. L'évolution était favorable chez 37,5% de nos patients, le traitement chirurgical était indiqué chez 62,5% des patients. Conclusion : Le pyopneumothorax est une complication rare mais grave. L'étiologie reste dominée par la tuberculose dans notre contexte. Le traitement local est problématique vu le recours fréquent au traitement chirurgical ainsi l'augmentation en jours d'hospitalisation.

P178- Profil étiologique des pleurésies chez la femme admise en hôpital du jour du service de pneumologie du CHU Ar-razi de Marrakech.

S. ABDALA, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : la pleurésie constitue un motif de consultation fréquent en pneumologie, l'objectif de cette étude est de dresser le profil étiologique de la pleurésie chez la femme. Matériel et patients : il s'agit

d'une étude rétrospective menée à l'hôpital du jour du service de pneumologie du CHU Ar-razi de Marrakech incluant les femmes admises pour une pleurésie sur une période de 12 mois allant de Mars 2018 au Février 2019. Résultats : soixante (60) femmes porteuses d'une pleurésie ont été incluses dans ce travail, l'âge moyen est de 43,61 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 73 ans, les pleurésies sérofibrineuses représentent 72%, sérohématisées 15,5% et transsudatives 11,5 %. Parmi les principales étiologies retrouvées : l'origine tuberculeuse est la plus fréquente retrouvée dans 48% des cas suivie de l'origine tumorale dans 26,5%. Les principales étiologies tumorales retrouvées sont : le carcinome du sein (40%), le lymphome (27%), les néoplasies pelviennes et digestives dans 13,5% des cas chacune, et le schwannome malin pulmonaire dans un cas. L'origine cardiaque a été retrouvée dans 7,5% des cas, hépatique dans 3,5% des cas, et la pleurésie secondaire à une polyarthrite rhumatoïde dans 3,5% cas. Conclusion : Bien que la tuberculose constitue presque la moitié des étiologies des pleurésies chez la femme. L'obtention d'une confirmation diagnostique doit être la règle notamment chez les femmes de plus de 40 ans pour ne pas passer à côté d'une pleurésie métastatique révélatrice d'une néoplasie gynécologique.

P179- Apport du dosage de l'adénosine désaminase pleurale dans le diagnostic des pleurésies tuberculeuses.

S. ELIDRISSI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : Au Maroc, les pleurésies constituent, après la tuberculose pulmonaire, l'une des manifestations les plus fréquentes de la tuberculose. On estime que près de 5% des patients souffrant d'une tuberculose présenteront un épanchement pleural au cours de leur maladie. L'adénosine désaminase est un marqueur diagnostique non invasif proposé dans le diagnostic des pleurésies tuberculeuses pour pallier les limites des outils diagnostics classiques (examen direct, culture...). Objectif du travail : Déterminer l'apport du dosage de l'adénosine désaminase pleurale dans le diagnostic des pleurésies tuberculeuses. Matériels et méthodes : Nous avons mené notre étude prospective au service de pneumologie de l'hôpital Arrazi au CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une durée de 18 mois allant du Août 2017 jusqu'à Février 2019. Au cours de l'étude, nous avons réalisé un dosage de l'adénosine désaminase (Ada) dans le liquide pleural, selon la méthode de Giusti, chez 81 patients présentant une pleurésie. Nous avons classé les patients en deux groupes : groupe «1» (pleurésies tuberculeuses) et groupe «2» (pleurésies non tuberculeuses). Nous avons calculé la sensibilité (Se), la spécificité (Sp), la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN), les

faux positifs et les faux négatifs avec un seuil d'Ada fixé à 40 U/L. Une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme statistiquement significative. Résultats : Les diagnostics étiologiques retenus chez les 81 patients étaient les suivants : pleurésies tuberculeuses confirmées par les analyses histologiques de la biopsie pleurale +/- bactériologiques ($n=43$) et pleurésies non tuberculeuses, notamment des pleurésies métastatiques d'un cancer pulmonaire ou du sein confirmées par la cytologie ou l'histologie ($n=10$), des pleurésies lymphomateuses ($n=4$), des pleurésies cardiaques ($n=7$), des pleurésies purulentes confirmées bactériologiquement ($n = 4$) et des pleurésies d'étiologie indéterminée ($n = 13$). Le taux moyen d'Ada pleural dans le groupe «1» était de $55,85 \pm 24,13$ versus $71,00 \pm 56,08$ dans le groupe «2», on ne note pas de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0.129$). Par contre, il y a une augmentation significative ($p = 0,001$) de l'activité de l'Ada dans les pleurésies tuberculeuses ($55,85 \pm 24,13$) versus pleurésies cardiaques (31.57 ± 13.40). Par ailleurs, on ne note pas de différence significative entre le groupe des pleurésies tuberculeuse et le reste des groupes. Pour une valeur seuil fixée à 40 U/L, les performances diagnostiques globales étaient les suivantes : Se : 95,35%; Sp : 21,05%; VPP : 57,75%; VPN : 80%; FP : 30 et FN : 2; VP : 41; VN : 8. Conclusion : Notre étude confirme l'excellente sensibilité de l'activité Ada dans le liquide pleural. Toutefois, la spécificité altérée par la constatation de nombreux faux positif, essentiellement dans les pleurésies purulentes et néoplasiques, peut être améliorée en pratique par la prise en compte de la cytologie du liquide pleural et des données microbiologiques. Devant une pleurésie lymphocytaire, sa forte VPN permet d'éliminer une origine tuberculeuse même en zone de faible prévalence.

P180- Profil clinique, étiologique, thérapeutique et évolutif des patients hospitalisés à centre hospitalier régional (CHR) Hassan II d'Agadir pour pneumothorax spontanés.

K. AIT NACER, F. BOUNOUA, H. MOUBACHIR (AGADIR)

Introduction: Le pneumothorax spontané est la présence pathologique d'air dans l'espace pleural. Il peut être primitif ou secondaire à une pathologie pulmonaire sous-jacente. L'évolution est souvent favorable, mais le risque de récurrence reste fréquent. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des pneumothorax spontanés. Malades et Méthodes: Étude rétrospective de 60 patients hospitalisés à l'unité de pneumologie du CHR Hassan II d'Agadir pour pneumothorax spontané. Résultats : L'âge moyen était de 47 ans, avec une nette prédominance masculine (90% des hommes). Une recrudescence saisonnière estivale et hivernale était notée. Un tabagisme chronique était retrouvé dans 54% des cas. Le tableau clinique était dominé par la douleur thoracique dans

95%, la dyspnée dans 80% et la toux dans 56% des cas, le pneumothorax était secondaire à la BPCO dans 30% des cas et à la tuberculose pulmonaire dans 37% des cas et à une fibrose pulmonaire dans 6% des cas. Le pneumothorax était unilatéral total dans 90% des cas, unilatéral partiel dans 10 % des cas. Le côté gauche était atteint dans 57 % des cas. Un drainage thoracique était réalisé d'emblée dans 100% des cas. La durée moyenne de drainage était de 26 jours. Au total, 40% de nos patients ont présenté une récurrence. La chirurgie était indiquée dans 37% des cas. L'évolution était globalement satisfaisante. Conclusion : À travers cette étude, Nous insistons sur la prévention contre la tuberculose et le tabagisme et sur l'intérêt de l'approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des pneumothorax secondaires.

P181- Silicose pseudo tumorale : Aspects cliniques et radiologiques

H. EL KHAL, W. EL KHATTABI, N. BOUGTEB, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La silicose est une pneumoconiose due à l'inhalation de poussières contenant des cristaux de silice. Sa forme pseudo-tumorale reste une entité rare faisant poser le diagnostic différentiel de cancer du poumon surtout chez les fumeurs. Nous rapportons une étude rétrospective concernant 149 cas de silicose pseudo-tumorale pris en charge au service de pneumologie 20 Août 1953 de Casablanca entre juillet 2000 et Juin 2019. L'atteinte est exclusivement masculine avec une moyenne d'âge de 54 ans, le tabagisme actif est retrouvé dans 47 % des cas avec une moyenne de 21 PA. Nous retrouvons comme profession : puisatier : 54,2 % des cas, maçon : 25,8% des cas, mineur de fond : 14,3 % des cas, et 7% ont travaillé dans des industries diverses. La durée moyenne d'exposition à la poussière de silice est de 23 ans. La symptomatologie est dominée par la dyspnée dans 95% des cas, les douleurs thoraciques dans 53% des cas associée à des hémoptysies dans 30% des cas. La radiographie du thorax montre des opacités macro nodulaires confluentes réalisant des images pseudo-tumorales bilatérales dans 81% des cas, associées à des opacités micronodulaires diffuses dans 19% des cas. La TDM thoracique montre des masses de densité tissulaire proximales calcifiées par endroits dans 67,5% des cas associées à des adénopathies calcifiées en coquilles d'œufs dans 43% des cas. La recherche de BK dans les expectorations est revenue positive dans un seul cas ayant nécessité le démarrage du traitement anti bacillaire. L'exploration fonctionnelle respiratoire montrait un trouble ventilatoire mixte dans 48% des cas. Le diagnostic est retenu devant le contexte clinique évocateur de la silicose et le caractère pseudo-tumoral des lésions radiologiques. La déclaration de maladie professionnelle est faite dans 66% des cas alors que 33,5% des cas travaillent pour leur propre compte. Le

traitement est symptomatique à base de bronchodilatateurs et d'oxygénothérapie en cas d'insuffisance respiratoire chronique. La silicose pseudo-tumorale est une entité rare dont le retentissement fonctionnel est souvent important nécessitant un suivi à long terme.

P182- Poumon et lésions anthracosiques.

S. ABDALA, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : La découverte de taches anthracosiques lors d'une endoscopie bronchique est le plus souvent fortuite. Ces taches sont observées habituellement dans la pneumoconiose des mineurs de charbon, l'exposition excessive aux aérocontaminants notamment la cigarette, mais peuvent également être présentes chez des anciens tuberculeux, d'autres étiologies doivent cependant être évoquées. L'objectif de cette étude est de déterminer le profil étiologique des lésions anthracosiques dans notre contexte. **Méthodes et patients :** il s'agit d'une étude rétrospective incluant 47 cas ayant une lésion anthracosique à la bronchoscopie colligés au service de pneumologie de l'hôpital Ar-razi de Marrakech sur une période de 18 mois allant de janvier 2018 au juin 2019. **Résultats :** nous rapportons 47 cas d'anthracose bronchique dont 33 hommes (70.21%) et 14 femmes (29,79%). L'âge moyen est de 56.5 ans avec des extrêmes allant de 32 ans à 83 ans. Le tabagisme actif était présent dans 59.5% des cas, l'antécédent de tuberculose pulmonaire était retrouvée dans 32% des cas, l'exposition à la silice dans 8.5% des cas, l'amiante dans 6.3% des cas, la fumée de bois et le tabagisme passif dans un cas chacun. Les étiologies retrouvées chez nos patients étaient : un carcinome bronchique dans 19 cas, une surinfection surséquelles de tuberculose dans 8 cas, une pneumonie dans 6 cas dont la moitié des cas étaient des fumeurs actifs, 5 cas avaient une silicose pseudo-tumorale, des dilatations de bronches et un syndrome interstitiel diffus secondaire à une tuberculose dans 2 cas chacune, 5 cas avaient d'autres étiologies (une sarcoïdose, une pneumopathie infiltrante non spécifique (PINS), un abcès pulmonaire, un pyothorax et un hydropneumothorax tuberculeux). L'endoscopie bronchique a été réalisée chez tous nos patients, et avait objectivé des taches anthracosiques diffuses chez 20 cas (42.5%) et localisées dans les autres cas. **Conclusion :** Le tabagisme, la tuberculose et l'exposition professionnelle restent les principales étiologies liées aux taches anthracosiques. Cependant, d'autres étiologies peuvent être incriminées telles que les pneumonies et les dilatations de bronches dont l'origine ne s'avère pas en rapport avec la tuberculose ou l'exposition professionnelle.

P183- Place de la biopsie labiale dans le diagnostic positif de la sarcoïdose.

C. FARISSI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La sarcoïdose est une granulomatose bénigne d'étiologie inconnue, qui peut toucher plusieurs organes dont les glandes salivaires. Son diagnostic repose sur un ensemble d'arguments dont l'histologie qui met en évidence un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse. Cette signature peut être obtenue par une biopsie des glandes salivaires accessoires. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 56 cas de sarcoïdose colligés à notre service entre 2010 et 2019. Il s'agit de 48 femmes et 8 hommes. La moyenne d'âge était de 46 ans. La symptomatologie était dominée par la toux sèche dans 70% des cas et la dyspnée dans 65 % des cas. Les localisations extra thoraciques observées sont l'atteinte cutanée (23%), ORL (18%), ganglionnaire périphérique (20%) et ophtalmique (12%). La biopsie labiale faite dans 48 cas a montré un granulome épithélioé. giganto-cellulaire sans nécrose caséuse dans 9 cas (16%). La signature histologique était obtenue par la biopsie labiale seule dans deux cas (3%), associée à d'autres sites dans dix cas (10%). Les biopsies bronchiques étagées étaient positives dans 75% des cas, les biopsies cutanées dans 18% des cas, les biopsies ganglionnaires périphériques dans 9% des cas, et la biopsie nasale dans 5% des cas. La corticothérapie a été indiquée dans 53% des cas, et une abstention thérapeutique dans 47% des cas. L'évolution était marquée par une amélioration des lésions dans 68% des cas, la persistance des symptômes respiratoires dans 25% des cas, et une aggravation dans 7%. Nous insistons à travers ce travail sur l'intérêt de la biopsie labiale, geste simple et peu invasif, dans le diagnostic positif de la sarcoïdose.

P184- Atteinte ORL au cours de la sarcoïdose thoracique.

C. FARISSI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La sarcoïdose est une granulomatose systémique affectant principalement l'appareil respiratoire. L'atteinte naso-sinusienne est rare, et peut être révélatrice de la maladie. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 35 cas de sarcoïdose thoracique associée à une atteinte ORL soit 28% des sarcoïdoses thoraciques confirmées, sur une période de 21 ans colligée au service des maladies respiratoires. Il s'agissait de 30 femmes et 5 hommes dont la moyenne d'âge était de 43 ans (23-61). La découverte était fortuite dans 42 % des cas. La symptomatologie était dominée par la dyspnée et la toux sèche. Une parotidomégalie était associée dans 7 cas, un syndrome sec buccal dans 5 cas. À l'imagerie thoracique, la sarcoïdose était classée stade I dans 8 cas, stade II dans 22 cas et stade III dans 6 cas. La nasofibroscopie, réalisée chez tous nos patients,

retrouvait des granulations nasales dans 8 cas et un aspect pseudotumoral du cavum dans 2 cas, une rhinite croûteuse dans 6 cas, une muqueuse polyploïde des fosses nasales et une déviation septale des fosses nasales dans 2 cas chacune. Les biopsies nasales, réalisées chez tous nos patients, concluaient à une inflammation granulomateuse tuberculoïde sans nécrose caséeuse dans huit cas seulement. La biopsie labiale faite dans 27 cas montrait un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséeuse dans 19 cas. Le scanner objectivait une sinusite maxillaire et un comblement des cellules éthmoïdales dans 4 cas. La corticothérapie systémique et locale était indiquée dans la majorité des patients avec une bonne évolution. Il ressort de ce travail que l'atteinte ORL au cours de la sarcoïdose existe mais reste rare, ce qui rejoint les données de la littérature.

P185- Les manifestations extra thoraciques de la sarcoïdose thoracique.

H. EL KIHAL, H. JABRI, R. CHERKAoui, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'étiologie inconnue dont la principale localisation est médiastino-pulmonaire. Le granulome sarcoïdien peut être présent dans la quasi-totalité des organes provoquant ainsi des tableaux cliniques extrêmement polymorphes et de gravité variable menaçant le pronostic fonctionnel et/ou vital. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 118 cas de sarcoïdose thoracique colligés au service de pneumologie 20 Août 1953 de Casablanca entre janvier 2011 et juin 2019. La moyenne d'âge était de 49,8 ans avec une prédominance féminine (82%). La sarcoïdose était de type 0 dans 1% des cas, de type I dans 39,7% des cas, de type II dans 53,7 % des cas et de type III dans 5,5 % des cas. Des manifestations extrathoraciques étaient retrouvées chez 54 patients soit 47 % des cas. Il s'agissait essentiellement de localisation nasale dans 14 cas, cutanée dans 10 cas et oculaire dans 8 cas. La localisation salivaire et ganglionnaire périphérique était retrouvée dans 6 cas chacune. La localisation neurologique et rénale dans 2 cas chacune et une localisation musculaire, cardiaque, splénique et hépatique dans un cas chacun. Le traitement était à base de corticothérapie orale dans 15 cas devant des atteintes respiratoires sévères et/ou des atteintes extrathoraciques mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. L'abstention thérapeutique était le choix dans 78% des cas. Un traitement à base d'hydroxychloroquine et de corticothérapie locale était retrouvé dans 10 cas pour des atteintes cutanées (visage). La sarcoïdose est une maladie systémique qui peut affecter tous les organes du corps posant souvent des problèmes diagnostiques, pouvant menaçant le pronostic fonctionnel et/ou vital. Le traitement peut varier selon l'organe atteint mais les corticoïdes restent

le traitement de choix quand ce dernier est indiqué.

P186- L'apport de la bronchoscopie dans le diagnostic positif de la sarcoïdose Thoracique.

W. JALLOUL, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N.Y ASSINE (CASABLANCA)

La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'étiologie indéterminée dont le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques et histologiques. La sarcoïdose thoracique représente 80% des localisations viscérales de la maladie. Pour étudier l'intérêt de la bronchoscopie dans le diagnostic positif de la sarcoïdose thoracique, nous rapportons une étude rétrospective sur une période de 19 ans (1999 à décembre 2018), portant sur 153 cas de sarcoïdose thoracique, colligés au service, ayant tous bénéficié d'une bronchoscopie souple avec biopsies. Il s'agit de 128 femmes et de 25 hommes. La moyenne d'âge était de 46 ans (extrêmes : 24-68 ans). La toux a été retrouvée dans 84%, la dyspnée dans 66 % des cas et dans 31% des cas la découverte était fortuite. L'imagerie thoracique a objectivé des adénopathies médiastinales isolées dans 30,5% des cas syndrome interstitiel dans 42% des cas, un syndrome interstitiel isolé dans 11% des cas et une fibrose pulmonaire dans 16 % des cas. La bronchoscopie, était normale dans 26% des cas. Elle a objectivé un état inflammatoire diffus et épaississement des éperons dans 58% des cas, et des granulations endobronchiques dans 16% des cas. Les biopsies bronchiques étagées ont conclu à une inflammation non spécifique dans 27% des cas et de granulome tuberculoïde sans nécrose caséeuse dans 27,4% des cas. Les biopsies transbronchiques, réalisées chez 41,1% des cas, ont conclu à un granulome tuberculoïde sans nécrose caséeuse dans 18,3 % des cas. Le lavage broncho-alvéolaire fait chez 86% des cas a révélé une prédominance lymphocytaire dans 64% des cas. Le diagnostic a été confirmé par les biopsies cutanées dans 12 cas, la biopsie ganglionnaire périphérique dans 22 cas, la biopsie labiale dans 32 cas et la biopsie des fosses nasales dans 8 cas. Nous insistons sur l'intérêt de la bronchoscopie qui est l'examen clé dans le diagnostic positif de la sarcoïdose en permettant de faire le LBA, les biopsies bronchiques étagées ainsi que les biopsies transbronchiques.

P187- Aspect radiologique de la sarcoïdose thoracique.

N. BENARBIA, N. ODETTE, L. LBOUSTY, H. BELGUADIR, O. AMRISS, N. MOUSSALI, N. ELBENNA (CASABLANCA)

Objectifs : Décrire les aspects en imagerie des formes typiques de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire. Savoir orienter le diagnostique vers une sarcoïdose devant un tableau radio-clinique atypique. Messages à

retenir : La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'étiologie inconnue qui atteint principalement l'adulte jeune. La forme médiastino-thoracique représente la localisation la plus fréquente de cette pathologie (90% des cas). Le diagnostic repose sur l'association d'une présentation radioclinique compatible, la mise en évidence de lésions histopathologiques caractéristiques (granulome sans nécrose caséuse –cellules épithélioïdes) et l'exclusion d'autres causes de maladies granulomateuses. L'imagerie a un rôle majeur pour le diagnostic, le pronostic, la prise de décision thérapeutique et la surveillance de l'évolution. Les techniques d'imagerie sont actuellement largement dominées par la TDM qui offre une sémiologie radiologique fine des lésions élémentaires

P188- L'atteinte interstitielle au cours de la sarcoïdose.

O. FIKRI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'étiopathogénie non encore élucidée. Sa présentation clinique est polymorphe. L'atteinte pulmonaire est classique. Il peut s'agir d'une atteinte médiastinale et/ou interstitielle. L'atteinte interstitielle constitue un élément pronostic de la maladie. But de travail : Le but de notre travail était de préciser les caractéristiques clinico-radiologiques thérapeutiques et évolutives de la pneumopathie interstitielle au cours de la sarcoïdose. Résultats : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 42 patients atteints de sarcoïdose et hospitalisés au service de pneumologie CHU Mohamed VI de Marrakech entre Janvier 2013 et Juin 2019. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux patients ayant une PID. Il s'agit de 38 femmes et 4 hommes avec un âge moyen de 52,25 [41-70]. Les signes respiratoires étaient dominés par la dyspnée d'effort et la toux associés à des arthralgies dans 20 cas et une xérostomie avec xérophtalmie dans 12 cas. L'examen pleuro- pulmonaire avait objectivé des râles crépitants dans 6 cas (14%) avec une adénopathie cervicale, une déformation des doigts en coup de vent et un syndrome cave supérieure dans 2 cas chacun. La biologie avait montré une hypercalciurie dans 6 cas. L'enzyme de conversion était augmentée dans 14 cas, avec un taux moyen de 90,06 UI/L. Le scanner thoracique avait montré un syndrome interstitiel fait d'infiltrats réticulo-micronodulaires et nodulaires diffus et bilatéraux dans 22 cas (52%) associé à des adénopathies médiastinales dans 14 cas (33%). Un verre dépoli dans 16 cas (38%). Une fibrose avec des images en rayon de miel était observée dans 4 cas (9,5%) et des bronchectasies de traction dans 2 cas. Les lésions étaient prédominantes en sous pleurales et dans les zones supérieures et moyennes. Il s'agissait d'une sarcoïdose type II dans 14 cas, type III dans 24 cas et type IV dans 4 cas. L'exploration fonctionnelle

respiratoire avait montré un syndrome restrictif dans 10 cas (31,25%). La bronchoscopie avait montré des éperons épaissis dans 16 cas (38%), un état inflammatoire dans 6 cas (14,28%), des granulations dans 4 cas (9,5%) et un aspect normal dans 12 cas (28,57%). Le lavage broncho-alvéolaire pratiqué chez 32 patients avait objectivé une alvéolite lymphocytaire dans 22 cas (52,38%). Les biopsies bronchiques avaient montré un granulome épithélioïde et gigantomaculaire non nécrosant dans 10 cas (23,8%) et une muqueuse inflammatoire sans granulome dans 32 cas (76%). Un granulome était retrouvé sur les biopsies ganglionnaires et par EBUS dans 2 cas chacun et par médiastinoscopie dans 1 cas. La majorité des patients étaient traités par corticoïdes par voie générale. Quatre cas étaient mis sous oxygénothérapie au long cours. L'évolution était marquée par une amélioration de clinique dans 38 cas (85,7%), la survenue d'exacerbations chez 4 cas et la fibrose pulmonaire dans 2 cas. Conclusion : L'atteinte interstitielle au cours de la sarcoïdose est fréquente au cours de la sarcoïdose et fait craindre la fibrose pulmonaire dont le pronostic est sombre. L'imagerie, les explorations fonctionnelles respiratoires et le lavage bronchiolo-alvéolaire jouent un rôle majeur dans le diagnostic précoce et la décision thérapeutique.

P189- Particularités du syndrome d'apnée de sommeil chez le sujet jeune.

K. FAHMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABANCA)

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) peut s'observer à n'importe quel âge. L'objectif de notre étude est d'évaluer les particularités du SAHOS chez le sujet jeune. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 95 patients de moins de 45 ans suivis pour SAHOS au service des maladies respiratoires Chu Ibn Rochd de Casablanca. L'âge moyen des patients était de 35 ans avec une prédominance féminine à 63,4%. Le tabagisme était retrouvé dans 33%, une hypertension artérielle dans 28% des cas, un diabète dans 15% des cas et une dyslipidémie dans 12% des cas. Un antécédent familial de ronflements était retrouvé dans 38% des cas. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 32 Kg/m². Le périmètre abdominal moyen était de 98 cm et le tour du cou moyen était de 37,3 cm, une hypertrophie amygdalienne retrouvait dans 39% des cas. Les ronflements nocturnes étaient rapportés chez tous nos patients et les pauses respiratoires dans 96% des cas. Une hypersomnolence diurne était notée dans 80% des cas. Elle était évaluée par le score d'Epworth qui était en moyenne de 12. Tous nos patients ont bénéficié d'une polygraphie ventilatoire. L'index apnée hypopnée (IAH) moyen était de 18 avec une moyenne de désaturations de 202. Le SAHOS était léger dans 47,7% des cas, modéré dans 40,1% et sévère dans

12,2%. Une prise en charge nutritionnelle était préconisée chez les patients obèses et ceux en surpoids, la pression positive continue (PPC) était prescrite dans 32% des cas. L'évolution était marquée par l'amélioration des symptômes nocturnes et diurnes dans 63 % des cas. La recherche de SAHOS devrait être systématique chez les patients jeunes obèses afin d'éviter les complications cardiovasculaires et métaboliques.

P190- Asthme et Sahos.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et l'asthme sont deux pathologies chroniques dont la prévalence est en constante augmentation. **Méthodes :** Nous rapportons 25 observations de patients suivis au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour asthme ayant un SAHOS associé. **Résultats :** Il s'agit de 16 femmes et 9 hommes dont la moyenne d'âge était de 49 ans (extrêmes : 28–69 ans). Dans les antécédents, on a noté une HTA dans sept cas, un diabète dans cinq cas, une rhinite allergique dans 10 cas, une conjonctivite dans huit cas et un reflux gastro-œsophagien dans quatre cas. L'hypersomnolence diurne, les ronflements bruyants, la nycturie et la fatigabilité sont retrouvés dans tous les cas. L'examen clinique a révélé une obésité dans tous les cas : modérée dans neuf cas, sévère dans 11 cas et morbide dans cinq cas. L'examen ORL a retrouvé un rétrognathisme dans quatre cas et une hypertrophie amygdalienne dans sept cas. La spirométrie a montré un trouble ventilatoire obstructif sévère dans sept cas, modéré dans 12 cas et léger dans 6 cas. La polygraphie ventilatoire a montré un IAH moyen de 28. Le SAHOS était sévère dans 11 cas, modéré dans neuf cas et léger dans cinq cas. Le traitement s'est basé sur des mesures hygiéno-diététiques et l'association corticoïdes inhalés et bronchodilatateurs à libération prolongée dans tous les cas. La PPC a été indiquée dans onze cas et l'orthèse d'avancée mandibulaire dans un cas. L'évolution de l'asthme est marquée par le contrôle de l'asthme dans la majorité des cas, celle du SAHOS est marquée par la régression des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie. **Conclusion :** L'existence d'un SAOS est un facteur indépendant de mauvais contrôle de l'asthme. Chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé par le traitement médicamenteux, la présence d'un SAHOS doit être recherchée et traitée.

P191- Syndrome d'apnées-hypopnées obstructive du sommeil sévère.

H. HARRAZ, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La sévérité du syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) est basée

sur l'IAH, on parle de SAHOS sévère pour un $IAH \geq 30$. L'importance de la somnolence diurne est également prise en compte dans l'évaluation de la sévérité. **Méthodes :** Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 95 dossiers de patients suivis pour SAHOS sévère. **Résultats :** Il s'agit de 60 femmes et 35 hommes. La moyenne d'âge était de 51 ans. Dans les antécédents, on note un diabète dans 34%, une hypertension artérielle dans 75%, un tabagisme dans 42%, un reflux gastro-œsophagien dans 32%, une dyslipidémie dans 35%, une coronaropathie dans 6% et une consommation d'alcool dans 5%. La symptomatologie clinique était dominée par le ronflement nocturne avec pauses respiratoires et somnolence diurne dans tous les cas. La nycturie est retrouvée dans 60% des cas. L'examen clinique trouve une obésité sévère dans 50% et morbide dans 40%. La moyenne de l'IAH était de 42. **Conclusion :** Le SAHOS est une affection qui, à travers ses complications cardiovasculaires et métaboliques ainsi que son retentissement sur la vigilance diurne représente un véritable problème de la santé publique, sa prise en charge doit être multidisciplinaire

P192- Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et hypertension artérielle : étude comparative.

M. ZERRAA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La relation causale du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAOHS) et l'HTA est maintenant bien établie malgré l'existence de facteurs confondants, parmi lesquels l'obésité. Nous rapportons une étude rétrospective comparative entre des sujets hypertendus (groupe 1 = 126 patients) et non hypertendus (groupe 2 = 130 patients) porteurs de SAHOS confirmé par une polygraphie ventilatoire, suivis au service des maladies respiratoires Chu Ibn Rochd de Casablanca. On a noté une prédominance féminine dans les 2 groupes. L'obésité était retrouvée respectivement dans 86% groupe 1 vs 42% groupe 2. Le syndrome métabolique était plus fréquemment observé dans le groupe 1 (48% vs 15% groupe 2). Une coronaropathie était également plus souvent retrouvée dans le groupe 1 (8% vs 3% groupe 2). Dans les 2 groupes il n'y avait pas de différence dans l'expression clinique avec un score d'EPWORTH moyen à 12/24. L'index apnée-hypopnée était en moyenne de 18 dans le groupe 1 vs 14 dans le groupe 2. L'index de désaturation moyen était 26 événements/heure dans le groupe 1 vs 10/h dans le groupe 2. Un SAOHS sévère était plus fréquemment observé dans le groupe 1. La CPAP était indiquée chez 34% des patientes du groupe 1. L'évolution est marquée par la stabilisation des chiffres tensionnels des patients du groupe 1 avec une diminution du nombre de médicaments antihypertenseurs dans 63% des cas, celle du SAHOS est marquée par la régression des symptômes diurnes et nocturnes et l'amélioration de la qualité de vie. Un

SAHOS doit être systématiquement recherchée et traitée chez les patients hypertendus. L'effet bénéfique de la PPC sur les chiffres de la pression artérielle est encore discuté mais semble significatif en cas d'HTA réfractaire.

P193- Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et syndrome métabolique.

K. FAHMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le syndrome métabolique (SM) au cours du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est fréquent. Il existe des interactions complexes et bidirectionnelles entre SAHOS et le syndrome métabolique. Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 91 dossiers de patients suivis pour SAOS confirmé ayant un syndrome métabolique. Le syndrome métabolique était retenu selon la définition du National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III). La prévalence du syndrome métabolique était 30%. Il s'agit de 47 hommes et 44 femmes. La moyenne d'âge était de 48 ans avec des extrêmes allant de 31 à 74 ans. Dans les antécédents on note une hypertension artérielle dans 76%, un diabète dans 64%, une dyslipidémie dans 58% et un accident cardio-vasculaire dans 45% des cas. La symptomatologie clinique était dominée par le ronflement nocturne avec pauses respiratoires et somnolence diurne dans tous les cas. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 28 Kg/m², une obésité modérée a été notée dans 25%, sévère dans 43 % et morbide dans 32%. Le périmètre abdominal moyen était de 96 cm et le tour du cou moyen était de 40 cm, une adiposité facio-tronculaire a été retrouvée dans 35 % des cas. L'index apnée hypopnée (IAH) moyen était de 28 avec une moyenne de désaturations de 206. Le SAHOS était sévère dans 35% des cas, modéré dans 41 % et léger dans 24%. Une prise en charge nutritionnelle était préconisée chez les patients, la pression positive continue (PPC) était prescrite dans 53% des cas, l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) était indiquée dans 20%, la ventilation non invasive (VNI) dans 2% chez les patients ayant une BPCO avec hypercapnie. L'évolution était marquée par l'amélioration des symptômes nocturnes et diurnes dans 67% des cas, des pertes de vue étaient notées dans 22%. Notre étude a montré une corrélation entre le SM et la sévérité de SAHOS. Ces données suggèrent que la recherche d'un SAOS par un enregistrement du sommeil devrait être systématiquement proposée chez les patients ayant un SM.

P194- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et diabète type 2.

M. AMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est fréquent chez les patients diabétiques.

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 358 patients hospitalisés pour suspicion de SAOS au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd. Les sujets diabétiques représentent 37% soit 110 cas. Le SAOS a été confirmé chez 59 patients (53,6%) dont 41 femmes et 18 hommes. La moyenne d'âge était de 52 ans. Dans les antécédents, on a noté une hypertension artérielle dans 30% des cas, une hypothyroïdie et des signes de RGO dans 10% des cas et une dyslipidémie dans 8% des cas. L'hypersomnolence diurne, les ronflements bruyants, la nycturie et la fatigabilité sont retrouvés dans tous les cas. L'examen clinique a retrouvé une obésité dans tous les cas : modérée dans 17 cas, sévère dans 24 cas et morbide dans 18 cas. L'examen ORL a retrouvé un rétrognathisme dans 20% des cas et une hypertrophie amygdalienne dans 13% des cas. La polygraphie ventilatoire a retrouvé un IAH moyen de 12 (extrêmes : 5-50). Le SAOS était sévère dans 33% des cas, modéré dans 44% des cas et léger dans 23% des cas. Il ressort de notre étude que le SAOS chez les patients diabétiques est modéré à sévère, souvent associé à des facteurs de risque cardiovasculaires. D'où la nécessité d'un dépistage systématique du SAOS chez les patients diabétiques.

P195- Syndrome d'apnée du sommeil chez la femme.

M. AMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAOS) est une affection fréquente. Les complications cardiaques et cérébrovasculaires associées à cette affection sont à l'origine d'unemorbi-mortalité accrue qui en fait un véritable problème de santé publique. Nous rapportons une étude rétrospective menée au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca de 2009 à 2018, portant sur 358 cas adressés pour suspicion de SAOS basée sur le score Epworth et Berlin, un examen clinique minutieux et la polygraphie ventilatoire. Nous avons noté une prédominance féminine (248 femmes). La moyenne d'âge était de 53 ans avec des extrêmes de 31 à 74 ans. Dans les antécédents, on a noté une hypertension artérielle dans 55% des cas, une dyslipidémie dans 30% des cas, un diabète dans 37% des cas, un asthme et une rhinite dans 10% des cas chacun, une dysthyroïdie dans 25% des cas, une coronaropathie chez 2 patientes, une acromégalie dans 3% des cas et un trouble antidépresseur dans 2% des cas. La symptomatologie clinique était dominée par les ronflements nocturnes avec pauses respiratoires, une fatigabilité et hyper-somnolence diurne dans tous les cas. La nycturie est retrouvée dans 66% des cas. L'examen clinique trouvait une obésité dans 65 % des cas qui est sévère dans 42%. La moyenne de l'indice apnée-hypopnée était de 17 (extrêmes : 5-57). L'examen ORL retrouvait un rétrognathisme dans 31% des cas et une hypertrophie amygdalienne dans 27%

des cas. Le SAOS était sévère dans 52% des cas. Une prise en charge nutritionnelle était préconisée chez les patientes obèses et celles en surpoids, la pression positive continue était instaurée chez 21% des patientes. Le traitement chirurgical était préconisé chez six patientes et l'orthèse d'avancée mandibulaire chez 28% de cas. On conclut à travers notre étude une large prédominance féminine.

P196- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil et le reflux gastro-oesophagien.

M. AMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

L'association entre syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) et reflux gastro-oesophagien (RGO) est bien établie. Le RGO est considéré à la fois comme une cause et une conséquence du SAOS. Le but de l'étude est d'explorer la relation entre le SAOS et le RGO. C'est une étude rétrospective portant sur 120 patients chez qui l'interrogatoire avait retrouvé des signes de RGO sur les 343 patients hospitalisés dans notre formation pour suspicion du SAOS. Il s'agissait de 79 femmes et 37 hommes avec une moyenne d'âge de 52 ans (extrêmes 32 à 75 ans). Un pyrosis était noté dans tous les cas, associé à des régurgitations dans 32,5% des cas, des douleurs épigastriques dans 25 % des cas et des éructations dans 4 % des cas. L'hypersomnolence diurne, les ronflements bruyants et la fatigabilité étaient retrouvés dans tous les cas associées à une nycturie dans 32,5% des cas. L'examen clinique avait retrouvé une obésité dans tous les cas. L'indice de masse corporelle chez ces patients était en moyenne de 42,3 kg/m². Le score d'Epworth était de 16. L'analyse manuelle de l'enregistrement polygraphique de ventilation avait permis de retenir le diagnostic de SAOS avec un IAH moyen de 24, dont 53 sévères, 36 modérés et 27 légers. Le traitement était basé sur des mesures hygiéno-diététiques, les inhibiteurs de la pompe à protons, les antiacides et les prokinétiques. La pression positive continue était indiquée dans 45% des cas avec un taux d'acceptation de 11%. L'orthèse d'avancée mandibulaire était préconisée dans 8 cas. L'association SAOS et RGO est fréquente. Le traitement du RGO peut participer à réduire la sévérité chez les patients présentant un SAOS.

P197- Overlap syndrome (BPCO-SAOS) : profil clinique et évolutif.

L. NAJAH, W. EL KHATTABI, A. BOUMEHDI, H. JABRI, H. AFIF (CASABLANCA)

La coexistence de BPCO et du syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) -appelée overlap syndrome-, est assez fréquente. Nous avons mené une étude prospective allant de janvier 2018 à juillet 2019 et concernant 13 patients présentant un overlap syndrome. Il s'agit de 11 hommes et 2 femmes, la moyenne d'âge était de 51 ans, tous les patients

étaient des tabagiques chroniques avec une moyenne de 22 paquets année. Tous les patients avaient des signes cliniques de SAOS et de BPCO. Le score d'Epworth moyen était de 14. Selon le score de Berlin, 50% des patients avaient un haut risque de développer un SAOS. Un syndrome métabolique était trouvé chez 3 patients. La BPCO est classée stade II dans 53% des cas. Quarante-six pourcent des patients intègrent le groupe C selon la classification GOLD. La polygraphie ventilatoire avait montré un IAH moyen à 14. Le SAOS est sévère chez un patient, modéré chez 7 patients, et léger chez 5 patients. La CiPAP était indiquée chez 4 patients avec une nette amélioration de l'IAH, un sevrage tabagique et un traitement de fond de BPCO était préconisé chez tous les patients avec nette régression du nombre des exacerbations à la limite de la durée de notre étude. On note une bonne évolution clinique chez tous les patients. Notre étude confirme qu'une prise en charge correcte et adéquate de ces deux pathologies améliore la qualité du sommeil et diminue le nombre des exacerbations.

P198- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et comorbidités cardiovasculaires.

H. BEN ATAYA, R. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK. L.ACHACHI M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est caractérisé par la répétition d'occlusions complètes (apnées) ou incomplètes (hypopnées) du pharynx. L'association des troubles du sommeil à certaines comorbidités est fréquente et fait même parfois partie des critères diagnostiques de ces pathologies du sommeil. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil fait le lit de la pathologie cardiovasculaire. Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au service de pneumologie du centre hospitalier universitaire Ibn Sina, sur une période de 4ans, s'étalant de janvier 2016 au juin 2019 incluant 129 patients suivis pour syndrome d'apnée obstructive du sommeil, Intérêt de l'étude est d'évaluer la fréquence de la pathologie cardiovasculaire chez les patients suivis pour syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Résultats : Sur 4 ans, le nombre total des patients présentant un SAOS était de 129 cas, avec une moyenne de l'index apnée-hypopnée (IAH) moyen de 36/h. Le sexe féminin prédominant dans notre série avec 88 femmes soit 68,2% et 36 hommes soit 27,9% des cas. L'âge moyen des patients est de 49 ans. La fréquence des comorbidités cardiovasculaires est de l'ordre de 59,6% des malades de notre série dont 41,8% ont une HTA mal équilibrée, 13,1% sont suivies pour des troubles de rythme alors que l'écho-cœur a mis en évidence une cardiomyopathie ischémique non dilatée chez 5% des cas avec d'Hypertension pulmonaire chez un seul patient. Chez 56 patients on note un SAOS sévère soit 43,4% dont 65,6% ont une comorbidité cardio-vasculaire. Discussion : Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

concerne 2 à 4% de la population générale adulte et comporte des conséquences sur la morbi-mortalité cardiovasculaire clairement mises en évidence au cours de ces dernières années. Aussi bien dans notre étude que dans la littérature les comorbidités cardio-vasculaires sont fréquents au cours du SAOS plus particulièrement l'hypertension artérielle. Conclusion : La prévalence du SAOS continue à augmenter avec l'augmentation de la fréquence des comorbidités cardio vasculaire. Les patients ayant une hypertension, des cardiopathies doivent donc être interrogés spécifiquement sur les symptômes du SAOS en raison de l'effet délétère des apnées du sommeil sur le cœur et les vaisseaux.

P199- Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et la dépression.

H. BEN ATAYA, R. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK. L. ACHACHI M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : Le SAOS est une pathologie qui affecte les fonctions cognitives en provoquant des micro-éveils et une hypoxémie/hypoxie intermittente. Les troubles psychiques chez les patients atteints de SAOS, spécialement les symptômes dépressifs sont fréquents et peuvent être améliorés si traitement. Intérêt de l'étude : Etudier la fréquence des symptômes dépressifs chez les patients porteurs de SAOS. Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au service de pneumologie du centre hospitalier universitaire Ibn Sina, sur une période de 4ans, s'étalant de janvier 2016 au Juin 2019 incluant 129 patients suivis pour syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Résultats : Sur 4 ans, le nombre total des patients présentant un SAOS était de 129 cas, avec une moyenne de l'index apnée-hypopnée (IAH) moyen de 36/h. Le sexe féminin prédominant dans notre série avec 88 femmes soit 68,2% et 36 hommes soit 27,9% des cas. L'âge moyen des patients est de 49 ans. Dans notre série 24,8% des patients ont rapporté des troubles psychiques : chez 58,2 % de ces patients on note l'existence de symptômes dépressifs à partir d'un outil d'évaluation (le Patient Health Questionnaire,) associés à une irritabilité importante chez 34,8% des cas. L'IAH est supérieur à 30 chez 21,7% des cas soit 28 patients. Discussion : Les troubles psychiques sont de plus en plus fréquents chez les patient atteint de SAOS, surtout les symptômes dépressifs. Associés au SAOS, les symptômes de la dépression sont accentués imposant un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate. Conclusion : Le SAOS n'est pas seulement un trouble du sommeil mais il exerce un impact sur la qualité de vie, d'autant plus qu'il est sévère.

P200- Prévalence de la somnolence diurne excessive chez 53 patients atteints de SAHOS et sa corrélation avec l'Echelle de Somnolence d'Epworth.

H. BENATAYA, A. JNEINE, A. RHANIM, L. HARRAK, L.

ACHACHI, M. EL FTOUH (RABAT)

La somnolence diurne excessive (SDE) fait partie des principaux symptômes qui accompagnent les troubles du sommeil. Ces derniers incluent le SAHOS qui est un trouble caractérisé par une obstruction périodique complète ou partielle des voies respiratoires supérieures pendant le sommeil malgré les efforts respiratoires et qui est associé à des symptômes dont la SDE. Cette dernière représente un symptôme majeur de ce trouble, subjectif et souvent confondu avec la fatigue chronique. Dans ce contexte, des échelles ont été développées et largement utilisées dont l'Echelle de Somnolence d'Epworth (ESE). Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de la SDE chez des patients atteints de SAHOS et sa corrélation avec l'ESE. Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné des patients ayant bénéficié d'un questionnaire incluant l'ESE. Ces patients sont atteints de SAHOS dont le diagnostic a été posé par la polysomnographie au service de pneumologie de l'hôpital Ibn Sina entre octobre 2016 et décembre 2017. Résultats 53 patients ont été inclus (38 hommes et 15 femmes), leur moyenne d'âge était de $47,8 \pm 12,9$ ans. La prévalence de la SDE était de 98,1% et le score de l'ESE était supérieur à 10 en faveur d'une SDE dans 58,5% des cas. L'analyse statistique n'a pas montré de lien statistiquement significatif entre la SDE et le score de l'ESE ($p : 0,2$). Discussion/ Conclusion : La prévalence élevée de la SDE rapportée par les patients est souvent due à la confusion de terminologie et de perception avec la fatigue chronique, bien que ces 2 concepts sémiologiques présentent des différences fondamentales du point de vue physiologique et pathologique. L'ESE doit faire partie intégrante des questionnaires utilisés devant la suspicion d'apnée du sommeil chez une personne. Cependant, cette échelle étant elle-même un auto-questionnaire avec une certaine part de subjectivité, il serait intéressant d'envisager de nouveaux outils non invasifs, facilement réalisables et plus objectifs.

P201- Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et comorbidités ORL.

H. BEN ATAYA, R. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK. L. ACHACHI M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : Le SAOS reste une pathologie sous-estimée et sous diagnostiquée. Les anomalies de la sphère ORL font partie des étiologies du SAOS par obstruction ou réduction de la taille des voies aériennes supérieures. L'examen ORL a pour objectif d'identifier les sites obstructifs, et reconnaître les pathologies associées responsables du SAHO. Intérêt de l'étude : Etudier la fréquence des pathologies ORL chez les patients porteurs de SAOS. Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au service de pneumologie du centre hospitalier universitaire Ibn Sina, sur une période de 4, s'étalant de

janvier 2016 au Juin 2019 incluant 129 patients suivis pour syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Résultats : Sur 4 ans, le nombre total des patients présentant un SAOS était de 129 cas, avec une moyenne de l'index apnée-hypopnée (IAH) moyen de 36 /h. Le sexe féminin prédominant dans notre série avec 88 femmes soit 68,2% et 36 hommes soit 27,9% des cas. L'âge moyen des patients est de 49 ans. 70% des malades ont bénéficié d'un examen ORL alors que la naso-fibroscopie est pratiquée uniquement chez 27% des patients. Une hypertrophie amygdalienne est rencontrée chez 18,6% des cas, la déviation de la cloison nasale est observée chez 5,7% de nos patients, une rhino-pharyngite chez 8% des cas et une fracture de l'ethmoïde chez un seul cas. L'IAH est supérieur à 30/h chez 25% de nos malades atteints d'une pathologie ORL. Conclusion : Un examen ORL spécialisé est une étape essentielle dans la prise en charge du SAOS à la recherche d'une cause mécanique de l'obstruction des VAS avec des possibilités de traitement chirurgical chez ces patients.

P202- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil et les troubles métaboliques.

H. BEN ATAYA, R. RHANIM, A. JNEINE, L. HERRAK. L. ACHACHI M. EL FTOUH (RABAT)

Introduction : Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAOS) peut être impliqué dans le développement des maladies métaboliques. Une relation indépendante et possiblement causale existe entre le SAOS et l'obésité viscérale, l'insulinorésistance, la dyslipidémie et l'hypertension artérielle. Intérêt de l'étude : Déterminer la fréquence de comorbidités métaboliques chez les patients ayant un SAOS et sa relation indépendante et possiblement causale entre le SAOS et le syndrome métabolique et chacun de ses composants. Matériel Et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au service de pneumologie du centre hospitalier universitaire Ibn Sina, sur une période de 4ans, s'étalant de janvier 2016 au Juin 2019 incluant 129 patients suivis pour syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Résultats : Sur 4 ans, le nombre total des patients présentant un SAOS était de 129 cas, avec une moyenne de l'index apnée-hypopnée (IAH) moyen de 36/h. Le sexe féminin prédominant dans notre série avec 88 femmes soit 68,2% et 36 hommes soit 27,9% des cas. L'âge moyen des patients est de 49 ans. Dans notre étude 28,6% de nos patients sont diabétiques. L'indice masse corporelle (IMC) moyen est de 35,8kg/m² avec une obésité sévère trouvée chez 48% de malades alors que 20% des patients ont une obésité morbide. Une dyslipidémie est rapportée chez 17% des malades tandis que 14,7% des cas ont une dysthyroïdie associée. Une HTA mal équilibrée est constatée chez 41,8% des cas. Le SAOS est classé sévère (IAH supérieur à 30/H) chez 56 patients soit 43,4%, dont 74% des cas ont une IMC supérieure à 30 km/m². Discussion : Notre étude a montré une corrélation entre

les comorbidités métabolique et la sévérité du SAOS. Ces données suggèrent que la recherche d'un SAOS par un enregistrement du sommeil devrait être systématiquement proposée chez les patients ayant un SM. Conclusion : La fréquence des troubles métaboliques chez les sujets porteurs de SAOS n'est pas négligeable ce qui impose une prise en charge précoce et multidisciplinaire pour éviter les complications et le décès précoce.

P203- La pratique de la sieste chez les patients atteints de SAHOS est associée à une fatigue diurne, à propos de 53 patients.

H. BENATAYA, A. JNEINE, A. RAHNAIM, L. HARRAK, L. ACHACHI1, M. EL FTOUH (RABAT)

La sieste est un temps de repos qui peut être pratiqué tout au long de la vie et qui procure des avantages pour la santé. En général, la fréquence et la durée de la sieste varient beaucoup d'une personne à l'autre, de même que l'amélioration de la vigilance et la réduction de la fatigue, mais il est généralement admis que la sieste devrait durer au maximum 30 minutes par jour. Chez les patients qui présentent des perturbations de leur sommeil comme ceux atteints de SAHOS, la sieste tend à être longue en raison du déficit de qualité du sommeil nocturne. Chez ces patients, des études ont montré que les bénéfices pour la santé sont controversés et pourraient même aggraver leur état. Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer la pratique de la sieste dans un groupe de patients atteints de SAHOS modéré ou sévère nouvellement diagnostiqués et son association avec la fatigue diurne. Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné des patients atteints de SAHOS dont le diagnostic a été réalisé par la polysomnographie au service de pneumologie de l'hôpital Ibn Sina entre octobre 2016 et décembre 2017. Résultats: 53 patients ont été inclus (38 hommes et 15 femmes), leur moyenne d'âge était de 47,8 ± 12,9 ans. La pratique de la sieste a été retrouvée dans 49,1% des cas avec une durée médiane de 78 min [55; 133]. Dans ce groupe de patients, la fatigue diurne a été reportée dans 57,7% des cas (p: 0,01). Discussion/Conclusion: chez les patients atteints de SAHOS, il semble que la sieste soit associée négativement avec la fatigue diurne. En effet, tout sommeil, y compris la sieste, est susceptible de provoquer des apnées et/ou des hypopnées et donc un sommeil fragmenté et non réparateur. Il est primordial de conseiller ces patients sur l'importance de l'observance du traitement instrumental proposé y compris pendant la sieste dont la durée devrait rester limitée.

P204- Bronchopneumopathie chronique obstructive et syndrome d'apnée obstructive du sommeil« Overlap Syndrome »

O. FIKRI, M. RACHIDI, S. HAIMEUR, I. OULDITTOU, S. ELIDRISSI, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : La BPCO et le SAOS sont tous les deux associés à une série de perturbations physiologiques et biologiques qui se chevauchent. Les études épidémiologiques sont contradictoires quant à la prévalence du SAOS chez les patients porteurs de BPCO. L'objectif de l'étude : Déterminer la prévalence du SAOS chez les patients porteurs de BPCO, identifier les facteurs influençant cette prévalence et analyser les particularités cliniques, biologiques et radiologiques des patients porteurs d'un Overlap Syndrome. **Matériels et méthodes :** Etude prospective entre Mars 2018 et Mars 2019 incluant les patients porteurs de BPCO suivis régulièrement en consultation de pneumologie. Les patients bénéficiaient d'une polygraphie, d'un bilan biologique complet et d'une gazométrie artérielle. **Résultats :** Trente patients porteurs de BPCO étaient inclus, répartis en deux groupes ; Groupe 1 : porteur de BPCO + SAOS et Groupe 2 : porteur de BPCO seule. le SAOS était retrouvé chez 19 patients soit une prévalence de 63.3%. Une nette prédominance masculine était signalée 93.3%. La moyenne d'âge était de 65 ans. La moyenne d'IMC était de 25.13kg/m² dans le groupe 1 et de 23.32 kg/m² dans le groupe 2. Les patients présentant un score d'Epworth élevé étaient majoritairement porteurs de SAOS. Dans les 2 groupes, La moitié des patients était emphysémateux. Dans le groupe 1, La BPCO était majoritairement classée en GOLD III (47.3%) et GOLD IV (26.3%) alors que les patients du groupe 2 étaient majoritairement classés en GOLD II (45.4%) et GOLD I (36.3%). Cette différence est statistiquement significative avec un $p < 0.05$ pour les stades I et III du GOLD. La majorité des patients du groupe 1 avait une CRP élevée (63.2%) et la majorité des patients du groupe 2 avait une CRP normale (72.7%). Cette différence est statistiquement significative ($p = 0.05$). L'hypoxémie était retrouvée chez 12 patients soit 40% des cas et l'hypercapnie chez 11 patients soit 36.7% des cas avec une moyenne de PaCO₂ de 48.8mmHg. Dans le groupe 1, 9 patients étaient hypoxémiques (47.4%) et 8 patients étaient hypercapniques (42.1%). Les comorbidités étaient en premier lieu d'ordre métaboliques (30%) et cardiovasculaires (23.3%) avec une nette prédominance dans le groupe porteur de SAOS mais la différence entre les deux groupes reste non significative ($p = 0.39$, $p = 0.1$). Le traitement par PPC était prescrit chez 3 patients (10%) tous porteurs de SAOS modéré à sévère. **Conclusion :** Les points communs sur le plan physiopathologique entre la BPCO et le SAOS expliquent la haute prévalence de l'overlap syndrome (63.3%). Nous avons pu identifier comme facteur influençant cette prévalence, la sévérité de la BPCO et la présence de syndrome inflammatoire.

P205- Hépatotoxicité aux antibacillaires.

H. ANNICHE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La tuberculose demeure un enjeu majeur de santé publique. La toxicité hépatique des antituberculeux est un effet secondaire sérieux qui peut aller d'une simple perturbation transitoire du bilan hépatique jusqu'à l'hépatite fulminante imposant l'arrêt immédiat des antibacillaires. Le but de notre travail est de préciser les difficultés de prise en charge thérapeutique de l'hépatotoxicité aux antibacillaires. **Méthodes :** Nous rapportent 17 observations d'hépatite toxique aux antibacillaires colligées au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd. **Résultats :** Il s'agit de dix femmes et sept hommes avec une moyenne d'âge de 44 ans. La tuberculose était pulmonaire dans 14 cas, pleurale dans deux cas et ganglionnaire dans un cas. La découverte de l'hépatotoxicité était faite dans 6 cas lors de la surveillance du bilan hépatique, alors que 11 patients étaient symptomatiques. Le délai moyen de survenue des signes cliniques ou biologiques d'hépatotoxicité était de 40 jours (4–150 jours). Le bilan hépatique a montré une hépatite cytolytique dans dix cas, une hépatite cholestatique dans deux cas et une atteinte mixte dans cinq cas. Le traitement antibacillaire a été arrêté chez tous les patients. La reprise du traitement est progressive en commençant par l'antibacillaire le moins hépatotoxiques avec une bonne évolution dans presque tous les cas. **Conclusion :** L'hépatite toxique aux antibacillaires est, certes rare, mais son apparition menace l'observance thérapeutique et le pronostic de la maladie. Ainsi, la prévention s'impose par le strict respect des règles de prescription, le dépistage précoce des signes d'intolérance thérapeutique et le suivi rigoureux de l'évolution sous traitement antibacillaire.

P206- Hémoptysie sur séquelles de tuberculose : Approche étiologique

K. FAHMI, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

La tuberculose est fréquente au Maroc, et elle a commencé à évoluer favorablement grâce au traitement antibacillaire, mais les séquelles restent fréquentes. L'hémoptysie sur séquelles est l'une des complications les plus graves, et dont les étiologies sont très fréquentes. Nous rapportons une étude rétrospective sur 99 cas d'hémoptysie sur séquelles colligés au service des maladies respiratoires du CHU ibn Rochd de Casablanca sur une période de 6 ans du janvier 2013 au décembre 2018. La moyenne d'âge était de 43 ans avec prédominance masculine dans 62 cas. Le maître symptôme était l'hémoptysie dans 100% des cas, elle était de faible abondance dans 58,5% des cas, de moyenne abondance dans 39% des cas, et de grande abondance dans 2,6% des cas. L'imagerie avait révélé une opacité rétractile chez 56 patients, une opacité excavée chez 22 patients, un poumon détruit chez 14 patients et une image en grelot chez 7 patients. Les étiologies étaient respectivement une surinfection bactérienne dans 52% des cas, une

rechute tuberculeuse dans 27% des cas, une greffe aspergillaire dans 17% des cas, et une greffe néoplasique dans 4% des cas. Le traitement instauré était : des hémostatiques dans 100% des cas, une antibiothérapie dans 52% des cas, un traitement antibacillaire dans 27% des cas, une chirurgie chez 20% des cas, et un traitement antifongique dans 10% des cas. L'évolution était bonne chez 92% des patients. Les étiologies de l'hémoptysie sur séquelles sont diverses, dominées par les surinfections bactériennes et la rechute tuberculeuse.

P207- La polysérite tuberculeuse : à propos de 28 cas.

W. JALLOUL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

La polysérite est l'inflammation simultanée de plusieurs séreuses. L'origine tuberculeuse est fréquente dans notre contexte. Afin d'étudier le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif des polysérites tuberculeuses, nous avons mené une étude rétrospective portant sur 28 cas de polysérite tuberculeuse colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2010 et 2019. La moyenne d'âge de nos patients était de 34 ans, avec une prédominance féminine (55%). Un contage tuberculeux était retrouvé dans un 3 cas. La pleurésie était constante (unilatérale dans 24 cas, et bilatérale dans 4 cas), associée à une péricardite modérée dans 6 cas, à une ascite dans 20 cas et à un épanchement de la vaginale dans 2 cas. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive dans 82% des cas. La confirmation diagnostique était obtenue par ponction-biopsie pleurale dans tous les cas. Le traitement était à base d'antibacillaires selon le nouveau programme de lutte antituberculeuse au Maroc : 2RHZE/7RH, avec évacuation de la cavité pleurale et kinésithérapie respiratoire dans tous les cas. L'évacuation de la cavité péritonéale était réalisée chez 12 patients. L'évolution était bonne dans tous les cas. Nous insistons sur l'intérêt du diagnostic et du traitement précoce des polysérites tuberculeuses pour éviter les séquelles parfois invalidantes.

P208- La silico-tuberculose.

H. BAKKAL, H. BENJELLOUNE, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

La tuberculose est une complication fréquente et grave de la silicose. Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, radio-cliniques et évolutifs de cette pathologie. Cette étude concerne 25 cas de silicotuberculose colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc sur une période de 16 ans (janvier 2003-décembre 2018). Tous les patients étaient des hommes. Onze étaient puisatiers, neuf broyeurs de pierres, 7 mineurs et 4 maçons. La durée moyenne d'exposition à la silice était de 10.5 ans. La symptomatologie était dominée

par la dyspnée dans 98% des cas, le syndrome bronchique persistant dans 85% des cas et l'hémoptysie dans 44% des cas. Le fléchissement de l'état général était noté chez presque tous les patients. L'imagerie thoracique objectivait des opacités pseudotumorales dans tous les cas dont un cas avait un aspect de miliaire associé. On retrouvait également des adénopathies médiastinales calcifiées dans 14 cas, des opacités micronodulaires dans 15 cas et des opacités excavées dans trois cas. Le diagnostic de tuberculose était confirmé par l'isolement du bacille de Koch dans les expectorations dans 16% des cas et dans le liquide d'aspiration bronchique dans 60% des cas, par culture dans les expectorations post-bronchoscopie dans 4% des cas et une identification par genexpert dans le liquide d'aspiration bronchique dans cinq cas. Les biopsies bronchiques ont confirmé le diagnostic dans huit cas. La tuberculose compliquait la silicose sept ans en moyenne après l'arrêt de l'exposition à la silice dans 65% des cas. Le traitement antibacillaire était débuté chez tous les patients, avec une bonne évolution clinique dans 23 cas. Nous avons déploré un cas de décès dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë et un autre cas ayant présenté trois rechutes de tuberculose pulmonaire. La silicose augmente le risque de tuberculose, d'où l'importance du dépistage de la tuberculose chez tout patient atteint de silicose et chez qui une chimioprophylaxie antituberculeuse est fortement indiquée.

P209- Tuberculose multifocale chez l'immunocompétent : une série de 71 cas.

M. Zerraa, N. Zaghba, H. Benjelloun, N. Yassine (Casablanca)

Introduction : La tuberculose constitue un problème majeur de santé publique dans le monde et au Maroc. La tuberculose multifocale est définie par l'atteinte de deux sites extra-pulmonaires non contigus associée ou non à une atteinte pulmonaire. Méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 71 cas de tuberculose multifocale chez des patients immunocompétents, colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 18 ans allant de 2000 à 2018. Résultats : Il s'agit de 47 femmes et 24 hommes. La moyenne d'âge était de 33 ans. Le délai moyen de consultation était de 72 jours. Tous nos patients étaient correctement vaccinés par le BCG. Un contage tuberculeux récent était retrouvé dans 34% des cas. Un bilan du terrain réalisé chez tous les patients à la recherche d'une éventuelle immunodépression était négatif. Nos patients avaient au moins trois atteintes associées. La tuberculose pulmonaire était retrouvée dans tous les cas. Elle était associée à une atteinte pleurale dans 39,2% des cas, ganglionnaire médiastinale dans 24% des cas, péritonéale dans 19,4% des cas, ganglionnaire périphérique dans 16,4% des cas, splénique dans 14,8% des cas, un

abcès froid de la paroi thoracique dans 12% des cas, une atteinte uro-génitale dans 10,4% des cas, péricardique et cérébro-méningée dans 8,9% des cas chacune et ostéo-articulaire dans 7,4% des cas. Une atteinte cutanée et du cavum était notée dans deux cas chacune. Un abcès du psoas a concerné une seule patiente. Les patients étaient traités selon les recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose au Maroc. L'évolution sous traitement antibacillaire était favorable dans 68,9 % des cas. Une patiente a présenté une rechute tuberculeuse pulmonaire deux années après la 1^{er} atteinte. Nous avons déploré deux décès l'un dans un tableau de détresse respiratoire secondaire à un pneumothorax compliquant une miliaire tuberculeuse, l'autre suite à une défaillance multiviscérale secondaire à une CIVD et 19 patients ont été perdus de vue. La tuberculose multifocale est souvent décrite comme étant l'apanage de l'immunodéprimé notamment VIH positif. Conclusion : La tuberculose multifocale est souvent décrite comme étant l'apanage de l'immunodéprimé notamment VIH positif. Nous insistons à travers ce travail sur la possibilité de retrouver cette forme de tuberculose même chez les sujets immunocompétents. Un traitement antituberculeux doit être instauré le plus rapidement possible pour éviter des complications parfois désastreuses.

P210- Tuberculose pulmonaire pseudotumorale : à propos de 28 cas.

H. BAKKAL, N. YASSINE, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN (CASABLANCA)

La tuberculose pulmonaire est caractérisée par une grande diversité de son expression. La forme pseudotumorale est rare chez l'immunocompétent et peut simuler un cancer bronchopulmonaire (CBP). Nous rapportons 28 cas de tuberculose pulmonaire pseudotumorale colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2004 et 2018. Il s'agit de 19 hommes et neuf femmes avec une moyenne d'âge de 42 ans. Le tabagisme était retrouvé chez 14 hommes et une femme. La symptomatologie clinique était dominée par le syndrome bronchique, la douleur thoracique et l'hémoptysie. La radiographie thoracique avait objectivé une opacité d'allure tumorale dans 20 cas et une opacité rétractile dans huit cas. La bronchoscopie avait visualisé des bourgeons d'allure tumoraux dans 15 cas. Le scanner thoracique avait objectivé un processus tumoral périphérique dans 17 cas, et proximal dans 11 cas. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire était confirmé par les biopsies bronchiques dans 12 cas, les bacilloscopies et genexpert dans le liquide d'aspiration bronchique dans sept cas, la ponction biopsie transpariétale dans cinq cas, la biopsie sous thoracoscopie dans un cas et après thoracotomie dans trois cas. Sous traitement antibacillaire, l'évolution était bonne dans tous les cas.

La tuberculose pulmonaire pseudotumorale est inhabituelle et mérite d'être mieux connue car elle peut simuler un cancer. Le principal risque étant de méconnaître un traitement médical spécifique.

P211- La tuberculose des bases pulmonaires.

H. HARRAZ, H. BENJELLOUN, N. ZAGHBA, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction) : La tuberculose est un problème majeur de santé publique au Maroc. La tuberculose des bases pulmonaires (TBBP) est une forme rare et atypique qui soulève de réels problèmes diagnostiques. Patients et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 21 cas de tuberculose pulmonaire basale, colligés au service des maladies respiratoires de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca entre 2008 et 2018 (10 ans). Résultats : Sur un total de 21 patients atteints de TBBP, 13 cas (62%) étaient des femmes versus huit hommes (38%). La moyenne d'âge était de 33 ans. Le délai moyen du diagnostic était de 25 jours. Les comorbidités associées étaient dominées par le diabète dans six cas (28%). Les principaux aspects radiologiques retrouvés étaient les opacités inhomogènes (66%) et les foyers de condensations alvéolaires (28%). L'atteinte était unilatérale dans 20 cas, le lobe inférieur droit était le plus fréquemment affecté (71%). La bronchoscopie retrouvait un épaississement des éperons dans huit cas, des granulations endobronchiques dans sept cas et une inflammation bronchique dans six cas. Les biopsies bronchiques concluaient à une inflammation granulomateuse tuberculoïde nécrosante dans sept cas (33%). Les bacilloscopies étaient positives dans les expectorations dans trois cas (14%), dans le liquide d'aspiration bronchique dans quatre cas (19%), dans les expectorations induites dans un cas (4,7%) et dans les expectorations post-bronchoscopiques dans six cas (28%). Tous les patients étaient mis sous traitement antibacillaire avec bonne évolution clinique et radiologique. Conclusion : La localisation basale de la tuberculose pulmonaire est trompeuse, source de retard diagnostique, d'où la nécessité d'y penser surtout chez les patients ayant un terrain fragilisé.

P212- Pyopneumothorax tuberculeux.

A. BOUSSEHRA, N. ZAGHBA, H. BENJELLOUN, N. YASSINE (CASABLANCA)

Introduction : La tuberculose pose toujours un problème de santé publique au Maroc. Le pyopneumothorax tuberculeux est une complication rare, mais grave, secondaire à la rupture d'une caverne tuberculeuse dans la cavité pleurale. Méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 56 cas de pyopneumothorax tuberculeux hospitalisés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn-Rochd de Casablanca, entre 2004 et 2019. Résultats : La moyenne d'âge des patients était de 38 ans (extrêmes : 20 et 69 ans) avec une prédominance masculine

(61%). Un antécédent de tuberculose pulmonaire était noté dans 6 cas, de pyopneumothorax tuberculeux dans 2 cas et de diabète dans 12 cas. La symptomatologie clinique était dominée par la douleur thoracique et la dyspnée. La radiographie thoracique a objectivé une image hydroaérique dans tous les cas avec localisation à droite dans 33 cas, le pyopneumothorax était associé à des lésions parenchymateuses apicales dans 11 cas. Le diagnostic était confirmé par les bacilloscopies positives dans le pus pleural dans 34 cas et dans les expectorations dans 13 cas. Le diagnostic était retenu devant des arguments épidémiologiques et radiocliniques dans 9 cas. La sérologie VIH était positive dans 4 cas. Un traitement antibacillaire était instauré selon le régime 2SRHZ/7RH dans 25 cas, 2RHZ/4RH dans 18 cas et 2RHZE/4RH dans 13 cas. Un drainage thoracique était indiqué dans tous les cas. Le recours à la chirurgie était nécessaire dans 9 cas. L'évolution était bonne dans 38 cas, la récurrence était survenue dans 12 cas et nous rapportons 6 décès. Conclusion : À travers cette étude, nous insistons sur la gravité du tableau radio-clinique du pyopneumothorax tuberculeux et sur la difficulté de sa prise en charge thérapeutique.

P213- DRESS syndrome secondaire aux antituberculeux : à propos de deux cas.

L. NAJAH, H. JABRI, S. RAFTANI, W. EL KHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou drugreactionwith eosinophilia and systemicsymptoms (DRESS) est une toxidermie grave associée à un nombre limité de médicaments. Il peut mettre en jeu le pronostic vital par une défaillance multiviscérale. Nous avons mené une étude rétrospective au service de pneumologie de l'hôpital 20 Aout de Casablanca, entre 2012 et 2019, nous avons colligé deux cas de DRESS syndrome secondaire aux antituberculeux. La première observation d'une patiente âgée de 50 ans, ayant un fils traité pour tuberculose pulmonaire (TPM+). La patiente présente une pleurésie tuberculeuse mise sous traitement antibacillaire, elle a présenté, à 15 jours de la fin de la phase d'attaque de 4 mois, une fièvre à 38,5°C, prurit sans lésions évidentes et une cytolysé hépatique au bilan biologique. Ce qui a indiqué un arrêt immédiat du traitement et son hospitalisation. Des adénopathies cervicales bilatérales centimétriques à l'examen clinique. L'hémogramme a objectivé une hyperéosinophilie. Le diagnostic de DRESS syndrome est retenu à l'éthambutol et/ ou de la pyrazinamide. La deuxième observation d'une patiente âgée de 27 ans, traitée pour tuberculose pleurale droite, suite au résultat de l'étude immunohistochimique de la ponction biopsie pleurale. La patiente a présenté deux semaines après, une réaction cutanée généralisée prurigineuse avec œdème du visage. À l'examen clinique, la patiente était fébrile à 38,5 °C, l'examen dermatologique a objectivé un œdème du visage strié de lésion de grattage, un exanthème maculeux infiltré diffus et des

adénopathies cervicales centimétriques. Le bilan hépatique a montré un syndrome de cytolysé. Le diagnostic de DRESS syndrome a été retenu à l'éthambutol et l'isoniazide avec un doute sur la rifampicine. Tous les antituberculeux sont à risque de DRESS syndrome, l'apparition de cas de DRESS sous antituberculeux sous forme combinée doit mener à plus de prudence et soulève la difficulté de prise en charge thérapeutique qui nécessite une collaboration multidisciplinaire. La prise en charge thérapeutique du DRESS syndrome reste compliquée, difficile et mal codifiée en dehors de l'arrêt des antituberculeux. Nous rapportons deux cas de DRESS syndrome induit par les antituberculeux ayant bien évolué après réintroduction.

P214- La miliaire tuberculeuse.

A. BOUMEHDI, H. JABRI, L. HAMDAOUI, W. ELKHATTABI, H. AFIF (CASABLANCA)

La miliaire tuberculeuse est une forme de plus en plus rare (2% à 8%), définie par la dissémination hémotogène ou lymphatique du bacille tuberculeux à partir d'un foyer pulmonaire ou extra- pulmonaire mais qui reste grave pouvant entraîner une insuffisance respiratoire aigue par œdème pulmonaire lésionnel. Le but de notre travail est de déterminer le profil clinique, thérapeutique et évolutif des miliaires tuberculeuses. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 101 cas de miliaires tuberculeuses hospitalisés entre janvier 1989 et juillet 2019 au service de pneumologie 20 Août. L'âge moyen est de 43ans avec une prédominance masculine (64%), l'antécédent de tuberculose est retrouvé dans 8 cas et le contage tuberculeux dans 10 cas. L'altération de l'état général est le symptôme commun dans tous les cas (100%), la fièvre est présente dans 76,7% des cas, la toux sèche est retrouvée dans 75,5 % des cas, et la dyspnée est retrouvée dans 38,3% des cas. Parmi les causes d'immunodépression, nous avons noté : 3 cas de néoplasie, 5 cas de diabète, 5 cas de grossesse et 4 cas de maladies de système. La radiographie du thorax (en incidence de face) a retrouvé un aspect de miliaire pulmonaire dans tous les cas associé à une pleurésie dans 18 cas, une opacité excavée dans 3 cas et à un pneumothorax dans un cas. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive dans 35 cas. Le traitement antibacillaire est démarré en urgence chez tous les cas. L'évolution a été bonne dans la majorité des cas avec un seul décès. Le complément du bilan a permis la confirmation du diagnostic soit par l'isolement direct du bacille de kokh ou par la biopsie dans 42,4% des cas. La miliaire tuberculeuse est une urgence thérapeutique dont le retard de prise en charge peut engager le pronostic vital.

P215- Co-infection à Mycobacterium tuberculosis et Pneumocystisjiroveci chez une patiente immunocompétente.

N. BOUTAHIRI, S. ZOUITEN, M. SERRAJ, B. AMARA, M. ELBIAZE, M.C. BENJELLOUN (FES)

Introduction : La pneumocystose est une infection pulmonaire opportuniste fréquente chez le sujet immunodéprimé. Son incidence a rapidement augmenté avec l'émergence de l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La tuberculose pulmonaire peut, elle aussi, être favorisée par une immunodépression sévère. L'association de ces deux pathologies est cependant rarement décrite en dehors d'une infection par le VIH. Nous rapportons le cas d'une patiente ne présentant aucun facteur d'immunodépression et qui a fait une co-infection à ces deux agents infectieux.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans, femme au foyer, mariée et mère d'un enfant, sans ATCD pathologiques notables ; hospitalisée dans notre formation dans un tableau infectieux aigu. L'histoire de la maladie remonte à 20 jours par l'installation d'une dyspnée stade III, associée à une toux productive ramenant des expectorations muqueuses, le tout évoluant dans un contexte de sensation fébrile, asthénie importante et AMG important chiffré à plus de 10 Kg. La symptomatologie s'est marquée 4 jours avant son admission par l'aggravation de sa dyspnée devenant de repos, sans majoration de la toux ni des expectorations et sans modification de leur aspect. A noter que la patiente vient d'accoucher il y'a 2 mois avec survenue chez le nouveau-né de fièvre avec somnolence après le début de la symptomatologie chez la mère ayant conduit à son décès il y'a 6 jours.

Ex clinique : fébrile à 39,5°C, FR > 40 c/min, FC= 152 b/min, SaO₂= 52% à l'air ambiant, signes de lutte ventilatoire type tirage sus sternal, sus claviculaire et intercostal, Râles crépitants diffus bilatéraux. Rx thorax: multiples micronodules diffus bilatéraux avec quelques nodules surtout en basithoracique bilatéraux, diminution de transparence intéressant les 2 HC pulmonaire réalisant un aspect de miliaire fébrile

TDM thoracique : aspect de verre dépoli diffus bilatéral associé à des nodules intéressant les 2 hémichampspulmonaires. Bilan biologique : GB= 14000 PNN= 10332 lymph= 3122 CRP= 73 Hb= 9.5. vu le contexte fébrile et la détresse respiratoire>> patiente fut mise sous tritanti bacillaire + Corticoïde Inj puis passage à la voie orale avec dégression progressive. La recherche de pneumocystis dans les expectorations et dans le liquide de fibroaspiration est revenue positif ; patiente mise sous bactrim à dose curative. Bilan de terrain (sérologies virales, HIV, EPP, glycémie) est revenu négatif. L'évolution clinique était favorable la patiente est devenue asymptomatique avec une prise de poids de 20Kg. L'évolution radiologique était favorable avec persistance de lésions kystiques séquellaires sans retentissement fonctionnel

P216- La tuberculose pseudo-tumorale : à propos de 19 cas.

S. IQRAOUN, S. ANIMI, S. ZOUITEN Salim, N. BOUTAHIRI, A. ISMAILI, M. SERRAJ, B. AMARA, M. EL BIAZE, MC. BENJELLOUN (FES)

La tuberculose pulmonaire pseudo tumorale est une entité rare. Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec cancer et association cancer + tuberculose. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au sein du service de pneumologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 4 ans du juillet 2015 au juillet 2019. Nous avons colligé 19 patients (8 femmes et 11 hommes), d'âge moyen de 54 ans. Ils étaient tous pris en charge pour bilan d'opacité pulmonaire suggérant fortement une origine tumorale. Le tabagisme était retrouvé chez 11 patients, 2 patients avaient un antécédent de traitement anti bacillaire antérieur, une patiente était déjà traitée pour néo de col et une autre patiente traitée pour Leucémie lymphoïde chronique. La toux chronique était le maître symptôme suivie de la dyspnée d'effort. L'hémoptysie rapportait par 7 patients. L'altération de l'état général notait chez 12 patients. L'examen clinique était normal chez 90% patients, avait trouvé un syndrome d'épanchement liquidien chez 2 patients. La caractéristique pseudotumoral reposait sur les aspects radiologiques retrouvés notamment scannographique : opacité d'allure tissulaire chez 10 patients, des macronodules dans 11 cas, un envahissement trachéal chez deux cas. la localisation prédominante était lobaire inférieur droite (retrouvé chez 6 cas). La fibroscopie bronchique a permis la mise en évidence d'un bourgeon tumoral chez 5 patients. 4 patients avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale à but diagnostic et thérapeutique (biopsie exérèse dans un seul cas, résection atypique dans 2 cas, et une lobectomie dans 1 seul cas). Le diagnostic de tuberculose pulmonaire était confirmé par bactériologie dans 4 cas, et par histologie dans les cas restants. L'évolution sous traitement anti bacillaire était favorable chez environ 90% des cas avec contrôle clinique et radiologique. 10% des patients ont été perdus de vue. Conclusion : La tuberculose pulmonaire se traduit habituellement par des images radiologiques évocatrices 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 en montrant des signes de bénignité et d'autres signes évocateurs de la tuberculose et guidant des prélèvements transpariétaux.

P217- Tuberculose cutanée : à propos de 06 cas.

Y. BOUGRINI, H. NAJI-AMRANI, R. BELGHOL, A. OUARSSANI (MEKNES)

La tuberculose est une maladie infectieuse due au Mycobactérium Tuberculosis. Son incidence au Maroc est estimée à 91/100000 habitants. L'atteinte cutanée est rare, elle représente moins de 2%. Nous rapportons les cas de tuberculose cutanée pris en charge au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital militaire Moulay Ismaël Meknès. Nous avons colligé 06 cas de TC. Trois femmes et trois hommes. L'âge moyen était de 33,5 ans. Aucun cas d'antécédents personnels de tuberculose et la notion de contagion

tuberculeux récent était absente chez tous les patients. Le délai diagnostique était de 12,8 mois. Les formes cliniques se répartissaient comme suit : 3 cas de lupus vulgaris, 1 cas d'érythème induré de Bazin, 1 cas d'érythème noueux et 1 cas de gomme tuberculeuse. La tuberculose était multifocale chez deux patients. À l'histologie, le granulome était visualisé dans 05 cas avec ou sans nécrose caséuse. Aucun cas de d'infection par le VIH n'a été identifié. Tous les malades ont été mis sous traitement anti-bacillaire. L'évolution était favorable avec cicatrisation des lésions. Malgré la généralisation des moyens de lutte, la tuberculose sévit toujours à l'état endémique au Maroc. La tuberculose cutanée revêt plusieurs formes cliniques, et doit donc être évoquée devant toute lésion cutanée traînante.

P218- Les complications thromboemboliques au cours de la tuberculose : à propos de 39 cas.

J. ACHRANE, K. MARC, JE. BOURKADI (RABAT)

Introduction : La tuberculose demeure un problème de santé publique non négligeable, c'est une maladie infectieuse pouvant causer un état d'hypercoagulabilité responsable des complications thromboemboliques avec une prévalence qui se situe entre 0,6% et 3,9% (1). Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service de pneumophtisiologie de l'hôpital Moulay Youssef de Rabat entre Janvier 2015 et aout 2019 incluant 39 patients présentant une association de tuberculose active, et de maladie thromboembolique veineuse confirmée à type d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde. Résultats : Il s'agit d'environ 24 hommes et 15 femmes. L'âge moyen des deux sexes était de 42 ans. 10 patients avaient des antécédents de tuberculose pulmonaire. La maladie thromboemboliques était découverte lors de la tuberculose dans 30 cas alors qu'elle était révélatrice de la tuberculose chez 9 patients. Il s'agit de 31 cas de tuberculose pulmonaire et de 8 cas de tuberculose extrapulmonaire ; 4 cas de tuberculose pleurale, 2 cas de tuberculose péritonéale, 1 cas de tuberculose ganglionnaire et 1 cas de méningite tuberculeuse. La tuberculose pulmonaire est confirmée par l'examen direct des expectorations dans 22 cas et par GeneXpert dans 9 cas. La tuberculose extrapulmonaire est confirmée par examen direct dans 6 cas, par GeneXpert dans 2 cas et par histologie dans 2 autres. Tous les patients ont reçu un traitement antibacillaire. La thromboembolie veineuse survient en moyenne 17 jours après le début de la tuberculose. Elle est révélée par les signes cliniques et une élévation des D-dimères plasmatiques. La thromboembolie veineuse est confirmée par écho-Doppler ou par angioscanner thoracique. Il y a 20 cas d'embolie pulmonaire, 16 cas de thrombose veineuse profonde et 3 cas associant phlébite et embolie pulmonaire. Les cas de thrombose veineuse profonde incluent 13 localisations au membre inférieur et 4 au membre supérieur. Au cours

d'hospitalisation, tous les patients étaient en phase d'attaque de traitement antibacillaire et une patiente à la phase d'entretien. Le traitement était exclusivement médical, à base de : anti-vitamines K combinées à l'héparine de bas poids moléculaire chez 33 cas et dans 6 cas les nouveaux anticoagulants oraux sont prescrits. Conclusion : La maladie thromboembolique est une complication fréquente chez les patients tuberculeux ayant un facteur de risque thromboembolique, d'où la nécessité de rechercher systématiquement les signes cliniques de thromboembolie dans la tuberculose. Référence : J. Ben Amar, B. Dahri, H. Aouina, and H. Bouacha, "Maladie veineuse thromboembolique au cours de la tuberculose," Rev. Pneumol. Clin., vol. 71, no. 6, pp. 327-334, 2015.

P219- Tuberculose médiastinale pseudo-tumorale associée à une sclérodermie systémique : à propos d'un cas.

S. BAINA, J. ACHRANE, S. HAMMI, J. BENAMOR, JE. BOURKADI (RABAT)

Introduction : La tuberculose médiastinale pseudotumorale est une pathologie rare. Son diagnostic est difficile vu le caractère non spécifique de ses signes cliniques. Plusieurs cas d'association de la tuberculose avec la sclérodermie ont été rapportés dans la littérature. La fréquence de la tuberculose est plus élevée au cours des maladies systémiques. Il s'agit le plus souvent de la réactivation de la réactivation d'une tuberculose latente. La particularité de notre observation est l'association d'une forme rare de tuberculose médiastinale simulant un néoplasme notamment un lymphome et une sclérodermie systémique avec atteinte pulmonaire. But du travail : Soulever la difficulté diagnostique de la tuberculose médiastinale ainsi que les particularités de l'association de la tuberculose et la sclérodermie systémique. Observation : Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 34 ans, ayant une notion de contagé tuberculeux et présentant depuis 3 ans un syndrome de raynaud, des arthralgies inflammatoires, une chute de cheveux et une dyspnée d'effort. Cette symptomatologie s'est aggravée il y a un an par une dysphagie, des douleurs thoraciques et une altération de l'état général. L'examen clinique trouve une sclérose cutanée avec sclérodactylie et des râles crépitants secs au niveau des deux bases pulmonaires. La tomodensitométrie thoracique a montré une volumineuse formation tissulaire (60UH) médiastinale supérieure avec trois nodules lobaires supérieurs gauches et des opacités réticulomicronodulaires postérobasales bilatérales. La fibroscopie bronchique n'a pas montré d'anomalies et la recherche de BK était négative. Deux ponctions biopsies transthoraciques ont été effectuée dont le résultat était non concluant. Devant le doute diagnostique et la forte suspicion de néoplasie une biopsie chirurgicale a été réalisée permettant d'identifier une

tuberculose caséofibreuse. Un bilan immunologique a montré des AAN positifs à 1/320 de fluorescence homogène et des anti-Sc170 positifs. Le diagnostic de tuberculose médiastinale associée à une sclérodermie systémique avec atteinte pulmonaire a été retenu. La patiente a été mise sous traitement antibacillaire et immunosuppresseur avec une bonne évolution clinique et radiologique. Conclusion : A travers cette observation confrontée aux données de la littérature, nous discutons les particularités cliniques, paracliniques, évolutives et thérapeutiques de cette association.

P220- Réactions immunoallergiques secondaires à l'isoniazide.

S. BAINA, J. ACHRANE, JE. BOURKADI, J. BENAMOR (RABAT)

Introduction : La survenue de réactions immunoallergiques pose un problème diagnostique mais aussi thérapeutique. La fréquence globale des effets indésirables de l'isoniazide est estimée à environ 5% des sujets traités. Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 14 cas de réactions immunoallergiques secondaires à l'isoniazide colligés au service de phthisiologie de l'hôpital Moulay Youssef de rabat sur une période de 2 ans. Résultats : Il s'agit de 8 hommes et de 6 femmes d'âge moyen de 41 ans allant de 22 à 59 ans. Six patients étaient sous traitement pour tuberculose pleurale, deux patients pour tuberculose pulmonaire à microscopie négative, deux patients pour tuberculose ganglionnaire cervicale, trois patients pour mal de pott et un patient pour méningite tuberculeuse. Les manifestations immunoallergiques relevées étaient : Le lupus dans 6 cas, le syndrome d'hypersensibilité ou DRESS dans 3 cas, l'anémie hémolytique dans 4 cas et l'hépatite immunoallergique dans un cas. Le diagnostic de réaction immunoallergique à l'isoniazide a été retenu sur des critères d'imputabilités intrinsèques et extrinsèques. L'évolution a été favorable dans tous les cas. Conclusion : Ces cas cliniques illustrent la variabilité des mécanismes d'hypersensibilité observés avec ce médicament, la difficulté des tests d'imputabilité et des méthodes de confirmation immunologiques, l'intérêt d'un traitement continu qui permet de pallier à un certain nombre de ces accidents, ainsi que celui de la désensibilisation lors des réactions d'hypersensibilité immédiate qui rend possible la poursuite de cet antituberculeux majeur.

P221- La miliaire tuberculeuse expérience du service de phthisiologie de l'hôpital Moulay Youssef de Rabat.

S. BAINA, J. ACHRANE, JE. BOURKADI, J. BENAMOR (RABAT)

Introduction : La miliaire tuberculeuse est le résultat de la dissémination hématogène du BK. Elle constitue une localisation grave relativement rare par rapport aux

autres localisations de la tuberculose. Elle représente 2,8% des cas de tuberculose de toutes formes et 10% des tuberculoses extrapulmonaires. Matériel et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective de 100 cas de miliaire tuberculeuse colligés au Service de phthisiologie de l'hôpital Moulay Youssef de Rabat de Janvier 2011 au Juin 2017. Le but du travail : Déterminer le profil épidémiologique, clinique et évolutif des miliaires tuberculeuses. Résultats : La moyenne d'âge des patients est de 47ans. Le contage tuberculeux est retrouvé dans 29% des cas. Le tableau clinique était dominé par la fièvre et l'altération de l'état général (95%). Les bacilloscopies sont positives dans 23,6% des cas. Toutes les radiographies thoraciques montrent des opacités micronodulaires diffuses bilatérales. Les autres localisations de la tuberculose sont représentées par la méningite, l'atteinte cérébrale et la pleurésie respectivement dans 14,2%, 9% et 4,5% des cas. Dans tous les cas, le traitement antibacillaire préconisé est Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol pendant deux mois (phase d'attaque) puis Rifampicine et Isoniazide pendant sept mois (phase d'entretien). L'évolution est bonne dans 87% des cas. Nous déplorons 5 décès. Conclusion : La miliaire est une forme grave de la tuberculose qui reste encore fréquente dans notre pays. Le pronostic reste tributaire de la précocité du diagnostic et du traitement.

P222- La localisation multi étagée de la tuberculose ostéo-articulaire : cas rapporté.

R. BENCHANNA, A. BENJELLOUNE, R. BOUCHENTOUF (MARRAKECH)

Résumé : La tuberculose est un problème majeur de santé publique. La localisation osseuse est rarissime et représente 1 à 5% de toutes les formes, et 10 à 20% des formes extra-pulmonaire. Il s'agit d'un cas clinique d'une nouvelle observation de tuberculose osseuse de localisation multiple associant à la fois une coxite gauche, une sacro ilite droite et un tuberculome pulmonaire. Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans ayant une notion de contage tuberculeux récent. La patiente accusait depuis sept mois des lumbagos paroxystiques, fièvre vespérale, et une AEG avec perte de 10 kg en 5 mois. Par ailleurs la patiente présentait une douleur basi thoracique gauche associée à une toux productive. L'examen pleuro-pulmonaire montrait un syndrome de condensation basal gauche. L'examen ostéo-articulaire montrait d'une part une raideur de l'articulation sacro iliaque, et d'autre part une limitation douloureuse de l'abduction passive de la hanche gauche. La radiographie du thorax a montré une opacité basale gauche circonscrite ovalaire et bien limitée. L'examen direct à la recherche du BK à l'expectoration s'est révélé positif. La radiographie du bassin a montré un pincement de l'interligne coxo-fémorale gauche et l'IRM a montré une collection sacro-iliaque droite. La biopsie de la masse pulmonaire a montré une lésion granulomateuse avec nécrose

caséuse. une tuberculose osseuse a été retenue et un traitement a été prescrit à base de 2RHZE/4RH. L'évolution était marquée par une coxarthrose gauche. La tuberculose osseuse est de diagnostic difficile, la bactériologie reste la pierre assise.

P223- Profil cliniques et radiologiques et évolutive de la tuberculose pulmonaire du sujet âgé : à propos de 61 cas.

K. BOUYTSE, D. ZAGOUACH, JE. BOURKADIM, SOUALHI, K. MARC, R. ZAHRAOUI, J. BENAMOR (RABAT)

Introduction : Les personnes âgées représentent un groupe à risque vulnérable à toute infection, en particulier la tuberculose, L'objectif de notre étude est de dégager les particularités cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la tuberculose chez les sujets âgés. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective comparative de la tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement (TPCB) sur des dossiers des sujets âgés (au-delà de 60 ans) et jeunes, hospitalisés dans Hôpital Moulay Youssef à Rabat pendant une période de 14 mois entre avril 2018 et juin 2019. **Résultats :** Nous avons étudié 61 cas de TPCB dont 32.8% (n = 20) cas de sujets âgés (14 hommes et 6 femmes) et 67.2% (n = 41) des sujets jeunes (26 hommes et 15 femmes). Le tabagisme était un facteur associé marqués chez les personnes âgées (65% contre 51%) et 75% des patients âgés avaient des comorbidités en particulier un diabète (50%) et les cardiopathies (30%) alors que la co-infection VIH tuberculose est plus marquée chez les jeunes en représentant 17%. Le délai diagnostique était plus long chez les sujets âgés (59 jours vs 42 j). La toux était présente chez les 2 groupes de façon comparative. L'hémoptysie était plus fréquente chez les jeunes. La dyspnée prédominait chez les sujets âgés. Les images cavitaires et les condensations prédominaient chez les sujets âgés. 75% des sujets étaient mis sous un protocole 2RHZE/4RH alors que 10% sous traitement non hépatotoxique à cause des effets secondaires qui sont plus manifestes chez les patients âgés et qui sont prédominants par la cytolyse hépatique. Le taux de guérison était élevé dans les 2 groupes de patients. 7 cas de décès étaient observés dont 4 chez les patients âgés, les décès sont dus à une atteinte pulmonaire massive ou à une comorbidité associée. **Conclusion :** À travers cette étude, on déduit que la tuberculose du sujet âgé est caractérisée par un tableau clinique atypique d'où son retard de diagnostic.

P224- La tuberculose thoracique de l'enfant : spécificités en imagerie.

M. LABIED, K. FADIL, D. LAOUIDIYI, K. CHBANI, S. SALAM, L. OUZIDANE (CASABLANCA)

La tuberculose reste une cause importante de morbi-mortalité dans notre pays. Les enfants font partie des groupes à haut risque de développer cette

pathologie et posent souvent un problème au clinicien pour l'établissement d'un diagnostic définitif. Le constat mondial sur la tuberculose publié récemment par l'Organisation mondiale de la santé révèle une augmentation de 50% du nombre de décès dus à la tuberculose chez les enfants. La confirmation bactériologique de la maladie est souvent difficile chez les enfants. De ce fait les radiologues ont donc un rôle important à jouer dans le diagnostic précoce de cette maladie. Dans ce travail, nous discutons les diverses modalités d'imagerie diagnostique utilisées pour la tuberculose thoracique et de leurs indications, ainsi que la sémiologie lésionnelle spécifique de cette pathologie chez l'enfant.

P225- Troubles neurologiques révélant une tuberculose multifocale chez une patiente immunocompétente. à propos d'un cas clinique.

R. TAGHLAUI, A. IDMBAREK, H. KOUISMI

Résumé : La Tuberculose constitue un problème majeur de santé publique au Maroc. L'atteinte du système nerveux central est néanmoins rare, survenant dans un contexte de tuberculose multifocale ou miliaire tuberculeuse. Cependant elle peut être un mode de révélation même chez un sujet immunocompétent. Nous rapportons le cas d'une patiente de 49 ans, sans antécédents pathologiques qui présente un déficit hémicorporel droit associé à des troubles aphasiques, elle présente également des diarrhées glairo-sanglantes. On a réalisé une TDM cérébrale et thoraco-abdomino-pelvienne, à l'étage cérébral: on a noté la présence d'un tuberculome pariétal gauche, à l'étage thoracique : aspect radiologique évoquant en premier lieu une miliaire tuberculeuse, à l'étage abdominal : un épaississement iléo-cæcale étendu au colon ascendant en faveur d'une origine tuberculeuse. Une coloscopie faite avec des biopsies iléo-cæcales et anales montrant des lésions granulomateuses typiques de tuberculose. Le diagnostic de tuberculose multifocale fut retenu et donc la patiente fut mise sous traitement anti-bacillaire associé à une corticothérapie avec une bonne évolution clinico-radiologique. La particularité de ce cas clinique réside dans l'aspect et le siège des lésions tuberculeuses retrouvées à l'imagerie cérébrale, l'absence d'immunodéficience et la bonne évolution sous traitement, d'où l'intérêt de rechercher par un bilan exhaustif d'autres localisations tuberculeuses extra-cérébrales associées devant toute lésion cérébrale évocatrice de tuberculose. **Mots-clés :** Tuberculome intracrânien, tuberculose multifocale, TDM cérébrale

P226- Apport de l'aspiration bronchique dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

I. OULDI TOU, S. AIT BATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : La bronchoscopie constitue un moyen clé dans le diagnostic de la tuberculose

pulmonaire à microscopie négative. Objectifs : Etudier l'apport de la bronchoscopie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Matériels et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective allant de Janvier 2010 à Août 2019, portant sur 64 patients tuberculeux chez qui le diagnostic a été retenu par la recherche de bacille de koch (BK) dans le liquide d'aspiration bronchique, colligés au service de pneumologie au CHU Mohammed VI à Marrakech. Résultats : La moyenne d'âge était de 38 ans, avec une prédominance masculine (58,1%). 10 patients étaient diabétiques. 8 patients avaient une sérologie VIH positive et 10 patients étaient déjà traités pour tuberculose pulmonaire. Tous les patients avaient un tableau clinique évocateur d'une tuberculose pulmonaire fait principalement d'asthénie, d'anorexie, d'amaigrissement et de sueurs nocturnes. Tous les patients avaient des recherches de BK dans les expectorations à l'examen direct négatives. L'imagerie thoracique avait objectivé des images évocatrices à type d'opacités nodulaires excavées dans 30,5% des cas, des lésions infiltratives dans 57,5% des cas, un aspect de poumon séquellaire dans 12% et une opacité de type pleural était associée dans 12% des cas. La bronchoscopie souple avait montré une inflammation bronchique diffuse chez 80% des cas avec des sécrétions purulentes chez 52% des cas. La bascilloscopie directe du liquide d'aspiration bronchique était positive chez 12,4% des cas, le gène Xpert était positif dans le liquide d'aspiration bronchique dans 21,7%, la culture du liquide d'aspiration bronchique était positive chez tous les patients. Conclusion : La bronchoscopie souple demeure une exploration indispensable dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative. Elle doit être réalisée systématiquement devant toute suspicion de tuberculose pulmonaire à microscopie négative.

P227- Apport du gène X-PERT MTB/RIF dans le diagnostic de la pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse : étude préliminaire.

PAULVON PHÉROL KOUMEKA, S. AIT BATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : la pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse est l'une des formes extra pulmonaires les plus fréquentes de la tuberculose. Son diagnostic repose sur l'histopathologie et la culture de fragments biopsiques pleuraux. Ces examens sont invasifs et nécessitent un personnel spécialisé et entraîné. Le gène X-pert permettant la détection de l'ADN et l'identification de la résistance à la rifampicine du BK, examen peu invasif, facile de réalisation et rapide dans le rendu des résultats, a révolutionné le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Cependant, son apport dans le diagnostic de la pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse est peu étudié et objet de controverses. Objectif : évaluer les performances du gène Xpert MTB/RIF dans le diagnostic de la pleurésie

sérofibrineuse tuberculeuse. Patients et méthode : étude préliminaire, rétrospective, transversale, descriptive allant de 01 janvier 2019 au 30 juillet 2019, incluant les patients admis à l'hôpital du jour pour pleurésie sérofibrineuse, éligibles à la ponction biopsique pleurale. Le diagnostic de pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse était retenu soit devant la présence d'une lésion histopathologique évocatrice associée au contexte clinique évocateur, soit retenu à posteriori devant un faisceau d'argument en l'absence de confirmation histopathologique avec évolution clinique favorable sous traitement anti tuberculeux. L'histopathologie des fragments biopsiques a été le gold standard pour évaluer la performance diagnostique du gène X-pert. Les critères de jugement pour évaluer la performance du gène X-pert ont été la sensibilité, la spécificité, la VPP, VPN, l'indice de Youden, le coefficient de concordance kappa. L'analyse statistique s'est faite à l'aide d'Epi info 7, le seuil de significativité retenu était p value $< 0,05$. Résultats : 66 patients ont été inclus, la pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse était notée chez 71,43% ($n=45$) patients. L'analyse histopathologique était évocatrice de la tuberculose chez 93,02% ($n=40$) patients. Le taux de réalisation du gène X-pert était de 50 % ($n=33$). Le gène X-pert était positif chez 6 patients (soit 31,58%), sa sensibilité était de 31,58 %, sa spécificité de 100%, sa VPP de 100% et sa VPN de 51,85%. L'indice de Youden était de 0,31, la concordance du gène X-pert et l'histopathologie était faible ($k=0,28$). Conclusion : le gène X-pert est un examen spécifique de la tuberculose, mais peu sensible et peu efficace dans le diagnostic de la pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse.

P228- La place du bilan d'extension dans la miliaire tuberculeuse.

M. NOKRA, S. AITBATAHAR, L. AMRO (MARRAKECH)

Introduction : La miliaire reste une forme grave de tuberculose, mettant en jeu le pronostic vital. But de travail : déterminer l'apport du bilan d'extension dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la miliaire tuberculeuse. Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective concernant 26 patients admis pour miliaire tuberculeuse colligés au service de pneumologie du CHU Mohammed VI de Marrakech entre Janvier 2015 et juillet 2019. Résultats : nous avons colligé 26 patients. Une prédominance féminine a été notée dans 54% des cas, avec une moyenne d'âge de 39 ans. Un ATCD de tuberculose pleurale était noté chez un 1 patient (3.9%), le contage tuberculeux dans 3 cas (11.5%), le diabète est retrouvé dans 2 cas (7.8%), le post partum et la grossesse dans 2 cas (7.8%). Le délai moyen de diagnostic était de 1 mois et demi. Le diagnostic était bactériologique chez 6 patients (23%), dans les autres cas le diagnostic était retenu sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques. La radiographie thoracique avait montré un aspect de miliaire chez tous les patients, associé à

une lésion excavée chez 8 patients (30.8%). Le fond d'œil réalisé systématiquement chez tous les patients, a permis de mettre en évidence des nodules de Bouchut dans 2 cas (7.8%). La ponction lombaire a objectivé une atteinte méningée chez 2 patients (7.8%). La TDM cérébrale a noté dans un cas la présence de tuberculomes cérébraux (3.9 %). L'échographie abdominale a montré dans un seul cas une hépatomégalie homogène avec aspect d'angiome (3.9 %). La recherche de BK dans les urines est revenue négative chez tous nos patients. Le traitement antibacillaire a été administré en urgence pendant 9 mois selon le régime 2RHZE/7RH associé à CTC. L'évolution était bonne chez la majorité des patients avec la survenue de choléstase hépatique chez 3 patients (11.5%), ayant nécessité l'arrêt du traitement avec un protocole de réintroduction, une embolie pulmonaire bilatérale chez une patiente (3.9%) et le décès d'un patient (3.9%). Conclusion : à l'issue de notre étude, on conclut que devant une miliaire tuberculeuse, un bilan de dissémination doit être réalisé systématiquement même en absence de signes d'appel.

P229- La prévalence de la dépression chez les patients porteurs de co-infection TBK -VIH dans la région d'Agadir.

A. DAQUI, F. BOUTAGGOUNT, H. MOUBACHIR, H. SERHANE (AGADIR)

Introduction : La co-infection TB-VIH constitue un véritable problème de santé publique avec morbi-mortalité sévère. Le but de ce travail est de déterminer la prévalence de la dépression chez les patients porteurs de cette association dans la région d'Agadir. Matériel et Méthodes: Etude transversale menée à l'unité de Pneumologie du CHR HASSAN II d'Agadir. La dépression a été évaluée par l'échelle d'appréciation de la dépression de Beck version arabe. Résultats: Notre série comportait 16 hommes et 9 femmes. L'âge moyen des patients était de 37,16 ans. Plus de 80 % des patients étaient de bas niveau socioéconomique avec un faible soutien social. 72 % des patients présentaient les formes graves de la tuberculose (9 cas de miliaires et 9 cas de TBK multifocale). La dépression a été retrouvée chez 80% des patients, légère dans 30% de cas, modérée dans 50% et sévère dans 20%. Conclusion: La prévalence de la dépression était élevée chez les patients avec co-infection TBK-VIH d'où l'intérêt d'un dépistage précoce. Elle doit faire l'objet d'une intervention ciblée pour améliorer la qualité de vie des patients.

P230- Troubles neurologiques révélant une tuberculose multifocale chez une patiente immunocompétente : à propos d'un cas clinique.

R. TAGHLOUI, A. IDMBAREK, H. KOUISMI (OUJDA)

Résumé : La Tuberculose constitue un problème

majeur de santé publique au Maroc. L'atteinte du système nerveux central est néanmoins rare, survenant dans un contexte de tuberculose multifocale ou miliaire tuberculeuse. Cependant elle peut être un mode de révélation même chez un sujet immunocompétent. Nous rapportons le cas d'une patiente de 49 ans, sans antécédents pathologiques qui présente un déficit hémicorporel droit associé à des troubles aphasiques, elle présente également des diarrhées glairo-sanglantes. On a réalisé une TDM cérébrale et thoraco-abdomino-pelvienne, à l'étage cérébral: on a noté la présence d'un tuberculome pariétal gauche, à l'étage thoracique : aspect radiologique évoquant en premier lieu une miliaire tuberculeuse, à l'étage abdominal : un épaississement iléo-cæcale étendu au colon ascendant en faveur d'une origine tuberculeuse. Une coloscopie faite avec des biopsies iléo-cæcale et anale montrant des lésions granulomateuses typiques de tuberculose. Le diagnostic de tuberculose multifocale fut retenu et donc la patiente fut mise sous traitement anti-bacillaire associé à une corticothérapie avec une bonne évolution clinico-radiologique. La particularité de ce cas clinique réside dans l'aspect et le siège des lésions tuberculeuses retrouvées à l'imagerie cérébrale, l'absence d'immunodéficience et la bonne évolution sous traitement, d'où l'intérêt de rechercher par un bilan exhaustif d'autres localisations tuberculeuses extra-cérébrales associées devant toute lésion cérébrale évocatrice de tuberculose. Mots-clés : Tuberculome intracrânien, tuberculose multifocale, TDM cérébrale.

P231- Poumon éosinophile chez l'enfant.

S. ZOUIEN, A. ETTABYAOU, N. BOUTAHIRI, S. ANIMI, M. EL BIAZE, B. AMARA, MC. BENJELLOUN, M. SERRAJ (FES)

Introduction : Les pneumopathies à éosinophiles constituent un groupe d'affections hétérogènes secondaires à l'infiltration du parenchyme pulmonaire par des polynucléaires éosinophiles (PNE) entraînant des tableaux cliniques de sévérité variable. Elles sont exceptionnellement rapportées chez l'enfant. Les pneumopathies à éosinophiles se caractérisent par une atteinte pulmonaire associée à une éosinophilie alvéolaire et /ou une éosinophilie sanguine. Les étiologies les plus courantes sont les parasites et les médicaments. Selon la classification, on distingue les pneumopathies à éosinophiles idiopathiques, celles liées à une vascularite et celles d'étiologie secondaire. Il est important de poser le diagnostic et de débuter le traitement rapidement afin de diminuer le risque de complications. Le traitement primaire est basé sur la corticothérapie. Alors que dans les cas sévères ou les vascularites, les immunosuppresseurs sont nécessaires. Nous rapportons une observation chez un enfant de 12 ans, révélée par un syndrome de détresse respiratoire (SDRA). Observation : Un garçon âgé de 10 ans, né d'un mariage consanguin de 1^{er} degré, sans

antécédent pathologique personnel ni familial notable, a été hospitalisé au service de pédiatrie dans un tableau de détresse respiratoire aiguë fébrile, avec douleur abdominale diffuse, arthralgies et amaigrissement marqué. L'examen à l'admission, a trouvé une fièvre à 39 °C, une altération de l'état général et des signes cliniques d'insuffisance respiratoire aiguë, la saturation transcutanée en oxygène était à 80 % et l'auscultation pulmonaire objectivait une diminution bilatérale des MV au niveau des 2 bases, sans râles. splénomégalie à 3TDD, sans hépatomégalie, adénopathie inguinale gauche mesurant 1.3 cm, douleur à la palpation de la cheville droite sans arthrite, pas d'hypertrophie gingivale ni amygdalienne, pas d'infiltration testiculaire et pas de syndrome hémorragique. La radiographie du thorax révélait un syndrome interstitiel diffus. La numération formule sanguine montrait une anémie normochrome normocytaire à 7, thrombopénie à 80000, hyperéosinophilie à 39210. Bilans rénaux et hépatiques normaux, ionogramme complet normal et le bilan infectieux était négatif. La TDM thoracique objectivait de multiples foyers de condensation parenchymateuse en bilatéral, plus marqué au niveau basal, associé à un verre dépoli en bilatéral, des nodules et micronodules parenchymateux, adénopathies médiastinales multiples sans épanchement pleuro-péricardique, évoquant une origine infectieuse. Parallèlement, une antibiothérapie à large spectre comportant Triaxon – Flagyl a été instaurée pendant 10j, associée à une cure d'albendazole et une corticothérapie devant l'engagement du pronostic vital et visant un SDRA infectieux ou parasitaire. On nota au terme du traitement une disparition complète de la symptomatologie digestive et articulaire. Un lavage broncho-alvéolaire (LBA) réalisé par bronchoscopie rigide qui a objectivé une hémorragie alvéolaire avec un score de gold à 360, et une population cellulaire dominée par la présence de polynucléaires éosinophiles à 34%. Un bolus de corticoïde a été pris, à savoir Solumedrol 30mg/Kg/J pendant 3 jours, a été débuté le jour même, parallèlement à une enquête étiologique. Le bilan étiologique a compris 2 myélogrammes a montré une moelle riche avec hyperplasie granuleuse faite essentiellement d'éléments éosinophiles avec dysgranulopoïèse et infiltration par 11% de blastes, avec absence de corps de leishmanies sur le frottis médullaire, les sérologies virales : HVC HVB HIV négatives, parasitologie des selles négative, l'échographie et la TDM abdominale objectivait une hépato-splénomégalie homogène modérée, adénopathie mésentérique, et épanchement intra-péritonéal de moyenne abondance. Une ETT réalisée dans le cadre du bilan de retentissement qui est revenue normale, sans d'éléments en faveur d'une endocardiomyopathie dilatée. ANCA. Après les bolus de solumedrol le patient est mis sous corticothérapie orale, l'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état respiratoire et l'état général. lieu une cause

parasitaire, toxique, allergique, hématologique, ou une vascularite de Churg-Strauss. Conclusion : Même si l'infiltration pulmonaire par des PNE constitue une cause rare de SDRA chez l'enfant, la recherche d'un PAEI devant toute insuffisance respiratoire aiguë « inexpliquée » est d'autant plus justifiée qu'une exploration étiologique s'impose et qu'un traitement spécifique notamment par les corticoïdes pourrait être indiqué.

P232- Pneumocystose pulmonaire chez une patiente HIV négative.

S. ZOUITEN, M. EL BIAZE, B. AMARA, MC. BENJELLOUN, M. SERRAJ (FES)

Nous rapportons un cas de pneumocystose pulmonaire survenu chez une patiente non infectée par le VIH. Il s'agit d'une patiente de 23 ans en post-partum. Le tableau clinique est caractérisé par une toux, des expectorations muqueuses et une détresse respiratoire et par une hypoxie sévère. Une lymphopénie avec une anémie inflammatoire sont les anomalies biologiques. Le diagnostic est confirmé par l'isolement de *Pneumocystis jirovecii* dans les expectorations. Sous triméthoprime-sulfaméthoxazole et corticothérapie, l'évolution était favorable. *Pneumocystis jirovecii* (anciennement *P. carinii*) est un champignon opportuniste responsable de pneumopathies chez les patients immunodéprimés. Les pneumocystoses des patients non infectés par le VIH se distinguent des pneumocystoses du sida par des difficultés diagnostiques accrues, et un pronostic plus sombre. La prise en charge des pneumocystoses des patients non infectés par le VIH suit les principes établis pour les pneumocystoses du sida. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de kystes de *P. jirovecii* sur des prélèvements respiratoires, tandis que la PCR ne permet pas formellement de différencier colonisation et infection. Le traitement repose sur le triméthoprime-sulfaméthoxazole à fortes doses. Par contre, l'intérêt de la corticothérapie adjuvante pour les patients hypoxémiques, parfaitement documenté au cours du sida, est discuté pour les autres immunodépressions. La pneumocystose pulmonaire était une pathologie rare, atteignant les patients très immunodéprimés. Son incidence semble en augmentation ces dernières décennies probablement pour diverses raisons. Certes l'épidémie du sida en est la cause principale mais il y a aussi l'intensification des traitements immunosuppresseurs, l'amélioration des moyens diagnostiques, l'augmentation de la durée de vie des patients et du risque de transmission nosocomiale de l'infection [2,3]. L'hypothèse de souches de *pneumocystis* plus virulentes reste plausible [3]. Les cas de pneumocystose chez les patients immunodéprimés sont secondaires non seulement à une réactivation endogène du champignon, mais aussi à une contamination interhumaine ou

environnementale, notamment hospitalière. Ce risque augmente quand les lymphocytes T CD4 sont inférieurs à 200/mm³. Chez les patients non infectés par le VIH, l'incidence de la pneumocystose pulmonaire semble en progression. En 1992, 163 cas de Pneumocystoses ont été signalés dans sept centres hospitaliers parisiens dont 12 cas (7,4 %) chez des patients non VIH [2]. Roblot avait rapporté 103 cas colligés entre 1995 et 1999 dans sept services

hospitaliers français [5]. Sur les 221 LBA reçus au laboratoire de parasitologie d'un hôpital tunisien, 18 (8,1 %) avaient isolé un *P. jiroveci* [6]. Parmi ceux-ci, cinq prélèvements provenaient de patients non infectés par le VIH. En dehors des patients sidéens, la pneumocystose pulmonaire s'observe plus volontiers chez les patients atteints d'hémopathies malignes, de maladies dysimmunitaires et de néoplasies solides.