



LABORATORY OF RESEARCH ON DIABETES

مخبر بحث سكري

« LAREDIAB »

# **ATTEINTE PLEUROPULMONAIRE AU COURS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

**EXPÉRIENCE DU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE EN  
COLLABORATION AVEC LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE ET EPH  
REMCHI**

**PRÉSENTER PAR: DR DIB  
ENCADRER PAR: PR LOUNICI**

# **RATIONNEL**

**Les atteintes pulmonaires sont les secondes en fréquence après l'atteinte articulaire et sont la cause de 10-20% de la mortalité de la PR.**

**L'atteinte respiratoire y est présente dans 50 % des PR tout venant, mais elle n'est symptomatique que dans 10 % des cas.**

**L'atteinte pulmonaire peut précéder l'atteinte systémique dans 10-20% des cas.**

# **RATIONNEL**

**La TDM a bouleversé l'approche du poumon rhumatoïde.**

**Dans la PR, les manifestations respiratoires doivent faire systématiquement discuter les infections, en particulier opportunistes, et les pneumopathies médicamenteuses**

**Grande hétérogénéité des lésions**

**Pleurésie lymphocytaire**  
**Empyème aseptique Fibrothorax**

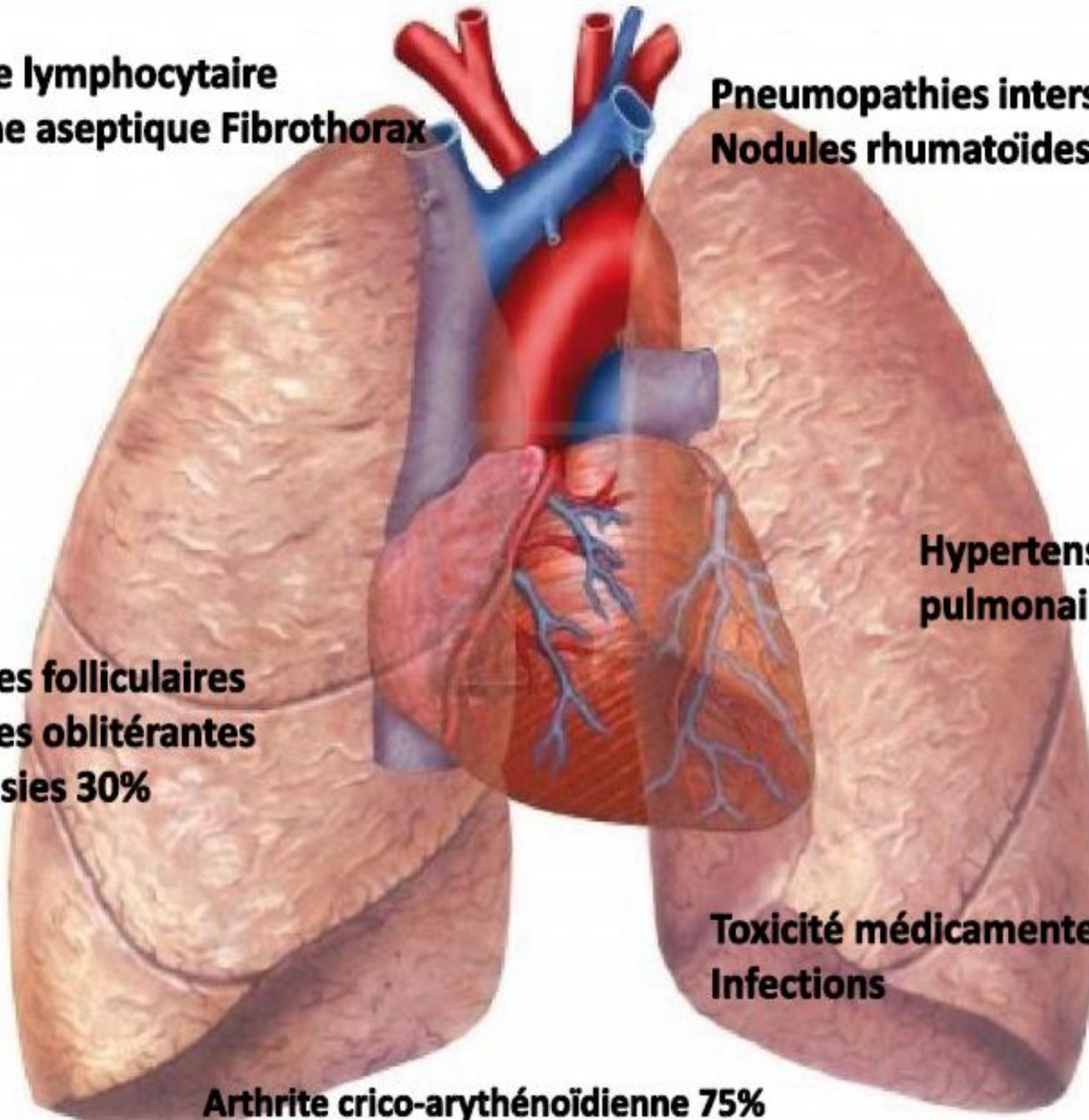
**Pneumopathies interstitielles**  
**Nodules rhumatoïdes**

**Hypertension  
pulmonaire**

**Bronchiolites folliculaires**  
**Bronchiolites oblitérantes**  
**Bronchectasies 30%**

**Toxicité médicamenteuse**  
**Infections**

**Arthrite crico-arythénoïdienne 75%**



# **OBJECTIF**

**Évalué la fréquence des atteintes pleuropulmonaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde.**

**Déterminer les caractéristiques cliniques et radiologiques de ces pathologies.**

# **MÉTHODES**

## **1- Study design:**

**Type de l'étude : Il s'agit d'une étude transversale descriptive.**

**Facteurs étudiés : Atteintes pleuropulmonaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde.**

**Durée de l'étude : 6 mois (de septembre 2019 au février 2020)**

## **2- Eligibility:**

### **Population étudiée :**

**Patients hospitalisés au service de médecine interne, ou ayant consulté au niveau de l'unité de rhumatologie porteurs de polyarthrite rhumatoïde**

▪ **Critères d'inclusion** :

- Patients avec Dc retenu de PR, répondant au critères Dc ACR/EULAR 2009.
- N'ont pas une atteinte pleuropulmonaire secondaire à la PR.
- Il n'ont pas une autre pathologie connue qui peut causée une atteinte pleuropulmonaire.

▪ **Critères d'exclusion** :

- Patients ne répondant pas au critères Dc ACR/EULAR 2009
- Déjà connu pour poumon rhumatoïde
- Ayant une autre pathologie associé qui peut causée une atteinte pleuropulmonaire

### **3- Outcomes Measures:**

- **Principal :**

- TDM thoracique

- **Secondaires :**

- Examen clinique respiratoire

- test de la marche de 6 min

- Une exploration fonctionnelle respiratoire par spiromètre

## **4- Définition des outcomes mesures:**

**Un examen clinique respiratoire : par l'interrogatoire à la recherche de signes fonctionnel respiratoire et par un examen physique à la recherche d'anomalies auscultatoire.**

**Un test de la marche de 6 min : réaliser à notre service en suivant un Protocol strict et en respectant les contre-indications. sur un couloir de 30 m le patient est équipé d'un oxymètre de pouls (pour surveiller la saturation en O2 et la fréquence cardiaque), effectue des aller/retours sur une période de 6 minutes (le test est interrompu si apparition de symptômes gênant comme une dyspnée importante et/ou douleur thoracique et si la saturation en O2 descend au-dessous de 90%).**

**Une exploration fonctionnelle respiratoire par spiromètre, réalisé par l'équipe de pneumologie à la recherche d'un syndrome restrictif et/ou obstructif**

**TDM thoracique 16 Barrettes à coupes fine, réalisé et interpréter à l'EPH Remchi.**

## **5- Fiches de recueil des données :**

- Fiche polyarthrite rhumatoïde. (annexe 01)**
- La fiche poumon rhumatoïde. (annexe 02)**

## **6- Consentement des patients :**

**Les patients doivent donner leur consentement éclairé sur l'enquête**

	UNIVERSITE ABOUBAKR BELKAID	
	FACULTE DE MEDECINE BENAOUA BENZERDJEJ	
	CHU TIDJANI DAMERDJI	
	SERVICE DE MEDECINE INTERNE	
Pr. A. LOUNICI (Tel/Fax : 043 41 74 57)		

### FICHE POLYARTHRITE RHUMATOIDE

(Sendani Lounid Version10062017)

Date :		Explorateur :		Médecin Traitant :	
Nom :		Prénom :		DON :	
Sexe=		Age=		Mobile	
BMI :		Date du dg de la PR=		Assuré (O)	
Diagnostics associés :			Commune de résidence :		
Médicaments en cours :					
Cholestérol total :		TG :		HDL :	
LDL :		LDL :		Non HDL :	

#### CRITERE DIAGNOSTIC DE LA PR ACR/EULAR

<b>Type d'articulation (0-5)</b>	
1 articulation moyenne ou grosse	0
2-10 articulations moyennes ou grosses	1
1-3 petites articulations	2
4-10 petites articulations	3
>10 articulations (au moins 1 petite articulation)	5
<b>Sérologie (0-3)</b>	
Ni FR ni ACPA	0
Au moins un test faiblement positif (<3 fois normale)	2
Au moins un test fortement positif (>3 fois normale)	3
<b>Durée de la goniose (0-1)</b>	
<6 semaines	0
>6 semaines	1
<b>Marqueurs de l'inflammation (0-1) (Inflammation (0-1))</b>	
Ni VS ni CRP élevée	0
VS ou CRP élevée	1

#### FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC

Activité élevée de la maladie (DAS28 >3.2) (O/N)	Score HAQ ≥ 0.5 (O/N)
Positivité précoce des auto anticorps FR et surtout son titre élevé et/ou ACPA positif (O/N)	
Apparition précoce de lésions érosives en imagerie (O/N)	
Existence de manifestations extra articulaires (systémiques autres que ténoosynovite) (O/N)	

Nombres de facteurs =

Diagnostic passé si le score est ≥ 6.  
Score patient=

#### MANIFESTATIONS EXTRA ARTICULAIRES

+	<b>Cutanées (O/N) :</b>		<b>Doigts Avant bras Coude :</b>		<b>Tendon d'Achille - Pieds Genoux</b>		<b>Autres : cuir chevelu - épaule</b>	
	Dg clinique + biopsie	2/Vasculrite cutanée :	micro-infarctus digitaux péri-onychiaux :	nécrose digitale ou des ongles :	ulcères profonds à l'emporte-pièce :	livido réticulaire :	purpura vasculaire :	

<b>Neuromusculaires (O/N) :</b>	canal carpien :	compression médullaire (rachis cervical) :	Myalgies : Amyotrophie :	Dg clinique et signes de poly/mono neuropathie à l'EMG/ENG	
<b>Oculaires (O/N) :</b>	Sclérite :	Episclérite :	Xérophtalmie :	Dg posé par un ophtalmologiste	
<b>Syndrome de Gougeon-Sjogren secondaire (O/N) :</b>	2 des 3 critères suivants: Keratoconjunctivite ; Xérostomie ; preuve sérologique: FR, ANA, anti-Ro (SSA), anti-La (SSB) ou hypergammaglobulinémie				
<b>Pleuro-pulmonaires (O/N) :</b>	pleurésie rhumatoïde :	bronchiectasie :	fibrose pulmonaire interstitielle diffuse :	nodules rhumatoïdes pulmonaires :	Clinique TTX TDM EFR LBA
<b>Cardiaques (O/N) :</b>	Péricardite	Cardiomyopathie	Cardiopathie ischémique :	Endocardite : Valvulopathies nodule ou fibrose : prolapsus de la valve mitrale :	Dg clinique et confirmation ECG et échographique
<b>Rénales (O/N) :</b>	Amylose AA	Glomérulonéphrites :	néphropathies interstitielles :	Dg clinique et PBR	
<b>Hématologiques (O/N) :</b>	Adénopathies	Syndrome de Felty (SPM & neutropénie<1.8 (à 2 reprises) :			
<b>Ostéoporose (O/N)</b>					

**CALCUL DU DAS28 =**

**Scores radiologiques : SHARP modifié par van der Heijde :**

Pincement articulaire	Erosions osseuses	Score totale

**Indice HAQ (questionnaire)=**

## FICHE POU MON RHUMATOIDE

(A.Lounici, T.Oukabdene, B.Ziane, J.A.Dib)

Date :	Explorateur :	Médecin traitant :		
Nom :	Prénom :	DDN :	N <sup>o</sup> TA :	Age :
Traitements en cours :		Maladies associées :		
Date du diagnostic de la PR :		Maladie pulmonaire existante : oui/ non		

Critères diagnostique de la PR ACR/EULAR :	/10	Facteurs de mauvais pronostic :	/5
DAS 28 :	HAQ :		

### Vaccin :

Anti hépatite B :			
Anti grippal :			
Anti pneumococcique :	13 :	23 :	

Signes généraux :	Asthénie	amaigrissement	anorexie	fièvre	Hippocratisme digital
Signes fonctionnels :	Toux :	Dyspnée :	Dlr thoracique :		Hémoptysie :
		Stade NYHA :			
Signes physique :	Auscultation (râles crépitants diffuse) :			SaO <sub>2</sub> :	
Test de la marche de 6 min	Périmètre de marche :		Ratio :	Hypoxie :	

Biologie	GB	N	E	B	Lyp	HB	Hq	VS	CRP	NT-proBNP	
ECG	SI Q3		P D2		R/S V1=	S V5, V6=		ACFA:	QTc=		
Radio de thorax	ICT:	Opacité réticulaire	nodulaire	micronodulaire	Reticulo-nodulaire		pleurésie				
TDM à coupe fine haute résolution HR 64 barrettes	réticulation		Verre dépoli	Bronchectasie par traction	Rayon de miel		micronodules	Nodules troués			
Echocardiographie	CPC				HTAP		VG				
	Hypertrophie D <sub>x</sub>		Dilatation D <sub>x</sub>		Papa :		FEVG	VTD			
Echographie thoracique	Epanchement pleurale :			Synd interstitiel :							
Fibrosopie bronchique	LBA	Etude cytologique :			Microbiologique :						
	Fibro- aspiration	Recherche de BK :									
EFR/Pléthysmographie	TVR : oui /non										
Gaz du sang	PaO <sub>2</sub> :				PaCO <sub>2</sub> :						

conclusion	Manifestations respiratoires spécifique à la PR
	Pathologies infectieuses secondaire aux traitements reçus
	Toxicité pulmonaire médicamenteuse

## Annexe 02

# **RÉSULTATS**

**Nous avons inclus 26 patients, 22 femmes, âge moyen 52 ans**

**Tous les patients n'avaient pas de manifestation respiratoire à l'examen clinique**

**Test de la marche pathologique chez 15%**

**EFR : syndrome restrictif chez 19%.**

**TDM thoracique: 19% (5 patients) avaient une atteinte parenchymateuse, dont 20% asymptomatique (pneumopathie infiltrant 19%, nodule rhumatoïde 4%, atteinte bronchique 4%)**

# DISCUSSION

**Nos résultats concorde avec la littérature, et avec l'étude Tunisienne de Beni et all**

	<b>Notre étude</b>	<b>Beni et all</b>	<b>Littérature</b>
Nombre échantillon	26	30	
Fréquence d'atteinte Pul	19%	25%	50%
symptomatique	0%	25%	10%
Test de marche pathologique	15%		
EFR pathologique	19%	30%	
PID	19%	10%	20%
Nodule rhumatoïde	4%		20%
bronchique	4%	4%	30%

# **DISCUSSION**

**La fréquence des atteintes pulmonaire retrouvée dans notre série et dans celle de Beni et all est inferieur à celle décrite dans la littérature (50%), mais l'exploration par TDM était réaliser chez la moitié de nos patients seulement**

**Toute les atteintes pulmonaires dans notre série était asymptomatique ce qui concorde avec la littérature.**

# CONCLUSION

**Les manifestations respiratoires peuvent toucher tous les compartiments anatomiques du poumon. La plupart du temps l'atteinte est asymptomatique d'où réside l'importance de la recherche systématique par la tomодensitométrie thoracique permettant ainsi d'instaurer un traitement adéquat et précoce.**