

Manifestations pleuro-pulmonaires au cours des connectivites chez les sujets ouest-africains dans un pays à ressources limitées.

Pleuropulmonary manifestations in connective among West African subjects in a country with limited resource.

Zavier Zomalhèto¹, Serges ADE², Anthelme Agbodande³, Marcelle Gounongbe¹, Martin Avimadje¹

1 Service de Rhumatologie, Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou - Bénin.

2 Service de Pneumologie, Centre National Hospitalier de Pneumo-phthisiologie, Cotonou - Bénin.

3 Service de Médecine Interne, Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou - Bénin.

Rev Mar Rhum 2015; 32: 40-3

Résumé

Objectif : Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des atteintes pleuro-pulmonaires au cours des connectivites dans l'unité de rhumatologie du CNHU-HKM.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur des dossiers des patients vus l'unité de rhumatologie dans la période de janvier 2000 à Mars 2013. Dans un premier temps, les dossiers des patients ayant souffert d'une connectivite ont été recensés. Le diagnostic de connectivite a été retenu selon les différents critères diagnostiques TANIMOTO 1995 pour la Dermatopolymyosite (DPM), ACR 1987 pour la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), ACR 1997 pour le lupus érythémateux systémique (LES), ACR 1989 pour la sclérodermie, Communauté Européenne 1993 pour le Goujerot-Sjögren, SHARP pour les connectivites mixtes. Dans un deuxième temps, les dossiers des patients ayant souffert de manifestations pleuro-pulmonaires ont été dépouillés. Le diagnostic d'atteinte pulmonaire a été posé sur des arguments clinique, radiologique et/ou après un test thérapeutique. Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel épi info 6.0.

Résultats : Sur 9785 patients vus dans l'unité de rhumatologie, 127 cas (1,3%) de connectivites ont été diagnostiqués. Il s'agissait de 99 béninois, 13 nigériens, 5 togolais, 4 ivoiriens, 3 maliennes, 2 burkinabés et une sénégalaise. La sex-ratio était de 0,17. L'âge moyen des patients était de 35,2 ± 5,2 [18-71] ans. Dix-sept (17) patients ont présenté des manifestations pleuro-pulmonaires. Elles étaient associées à d'autres atteintes séreuses (péricarde et péritoine) dans 6 cas. La toux était présente chez tous les patients. Elle était sèche dans n=14 cas et associée à une dyspnée dans n=5 cas. Les manifestations se présentaient comme suit : pleurésies rattachées au LES et à la PR (n=3 cas chacun), toxicité pulmonaire probablement liée au méthotrexate confirmée par l'arrêt du traitement de fond (n=5), broncho-pneumopathies infectieuses (n=4) et la fibrose pulmonaire en rapport avec la PR (n=2). L'évolution sous traitement (corticothérapie seule ou associée à un traitement de fond) a été favorable chez 14 patients, stationnaire chez 2 patients. Un cas de décès a été noté.

Conclusion : Les atteintes pleuro-pulmonaires occupent une place non négligeable parmi les complications liées aux connectivites. La corticothérapie et le traitement de fond par les DMARDs ne sont pas non plus dénués de complications pulmonaires. La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire s'impose pour le dépistage précoce et la prise en charge de ces complications.

Mots clés : Pneumopathie; Connectivite; DMARDs; Cotonou.

Abstract

Aim : To determine epidemiological and clinical features of lung disease in connective tissue disease in the rheumatology unit of National Hospital Unit Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

Patients and Methods : This is a retrospective descriptive study described on the file of patients seen in rheumatology unit from January 2000 to March 2013 who suffered from connective tissue disease. The diagnosis of connective was chosen according to different diagnostic criteria. Then, the file of patients who suffered from lung disease have been identified. The diagnosis of lung disease was made on clinical, radiological and / or after a therapeutic test arguments. Data were analyzed by epi info 6.0 software.

Results : Of 9785 patients seen in the rheumatology unit, 127 (1.3%) were diagnosed with connective disease. It was 99 Benin, 13 Nigerians, 5 Togolese, 4 Ivoirians 3 Malians, 2 Burkinabe and one Senegalese. The sex ratio was 0.17. The mean age of patients was 35.2 ± 5.2 [18-71] years. Seventeen patients had lung disease. Cough was present in all patients. It was dry in 14 cases and associated with dyspnea in 5 cases. The events were as follows: pleurisy attached to Rheumatoid Arthritis and Systemic lupus Erythemateous (n=3 each), pulmonary toxicity probably related to methotrexate (n = 5), infectious pulmonary diseases (n = 4) and pulmonary fibrosis associated with Rheumatoid Arthritis (n = 2). The response to treatment (corticosteroid alone or combined with a DMARDs) was positive in 14 patients.

Conclusion : The lung diseases occupy a significant place among the complications associated with connective tissue disease in our area. Corticosteroids and DMARDs are not stripped of pulmonary complications. The establishment of a multidisciplinary team is essential for early detection and management of these complications

Key words : Lung; Connective tissue disease, DMARDs; Cotonou.

Manifestations pleuro-pulmonaires au cours des connectivites chez les sujets ouest-africains dans un pays à ressource limitée.

Les localisations pleuro-pulmonaires des connectivites sont rares, et exceptionnellement révélatrices de la connectivite sous-jacente [1]. Elles ne présentent habituellement pas de spécificité, ni clinique, ni histologique et sont diverses ce qui rend leur diagnostic difficile. Diverses pathologies pleuro-pulmonaires peuvent être évoquées devant ces manifestations notamment une pathologie infectieuse favorisée par le traitement corticoïde et immunosuppresseur de la connectivite, une pneumopathie iatrogénique médicamenteuse, voire une pathologie banale indépendante de la connectivite [2-3].

Les plus habituelles sont les pneumopathies interstitielles qui se rencontrent surtout au cours de la polyarthrite rhumatoïde et de la sclérodémie, où prédomine la fibrose. L'hypertension artérielle pulmonaire par atteinte vasculaire est le plus souvent rencontrée au cours de la sclérodémie et du lupus érythémateux disséminé et les anomalies fonctionnelles isolées notamment la baisse de la diffusion du CO ne sont pas rares au cours des connectivites [4].

En Afrique noire, peu d'études se sont consacrées à l'étude des connectivites encore moins aux manifestations pleuro-pulmonaires [5-6]. L'objectif de ce travail a été de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des atteintes pleuro-pulmonaires au cours des connectivites chez les sujets ouest-africains consultant dans l'unité de rhumatologie du Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur des dossiers des patients vus l'unité de rhumatologie dans la période de janvier 2000 à Mars 2013. Dans un premier temps, les dossiers des patients ayant souffert d'une connectivite ont été recensés. Le diagnostic de connectivite a été retenu sur la base des différents critères diagnostiques suivants :

- ACR 1987 pour la PR, ACR 1997 pour le lupus systémique et ACR 1989 pour la sclérodémie systémique
- TANIMOTO 1995 pour la Polymyosite
- Communauté Européenne 1993 pour le Goujerot Sjogren,
- SHARP pour les connectivites mixtes.

Dans un deuxième temps, les dossiers des patients ayant souffert de manifestations pleuro-pulmonaires ont été dépouillés. Le diagnostic d'atteinte pulmonaire a été posé

sur des arguments clinique, radiologique et/ou après un test thérapeutique. Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel épi info 6.0.

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Sur 9785 patients admis, 127 cas de connectivites ont été diagnostiqués, soit une fréquence hospitalière de 1,3%. Il s'agissait de 99 béninois, 13 nigériens, 5 togolais, 4 ivoiriens, 3 maliennes, 2 burkinabés et une sénégalaise.

Il y avait 22 hommes pour 105 femmes (sex-ratio=20,9) et l'âge moyen des patients était de $35,2 \pm 5,2$ [18-71] ans.

Manifestations des connectivites

Le tableau 1 résume la répartition des différentes connectivites diagnostiquées suivant les différents critères avec leurs caractéristiques épidémiologiques. La polyarthrite rhumatoïde a été la connectivite la plus

Tableau 1 : Répartition des connectivites

	Nombre/sex-ratio/âge moyen	(%)
Polyarthrite Rhumatoïde	101 /4,1/ 42,39±8,3	83,5
Lupus	19 /18/ 28,76±8,01	15
Sclérodémie	2 /1/ 41,5	1,6
Syndrome de goujerot sjögren	1 /1/ 33	0,8
Dermatopolymyosite	1/1/55	0,8
Connectivite mixte	3 (3/0) 39,3	2,3
Total	127	100

Tableau 2 : Manifestations cliniques et paracliniques des connectivites

	Nombre	(%)
Polyarthrite et polyarthralgies	119	94,3
Symptômes cutanéomuqueux	89	70,7
Signes généraux	101	78,9
Manifestations pleuro-pulmonaires	17	13,4
- toux sèche	17	
- dyspnée	4	
Manifestations cardio-vasculaires	15	12,1
Manifestations hépato-digestives	3	2,3
Atteintes rénales	16	12,5

ARTICLE ORIGINAL

fréquente devant le lupus et les autres connectivites. Elles étaient toutes à forte prédominance féminine avec un âge moyen plus jeune dans le cas du lupus ($28,76 \pm 8,01$).

Le tableau 2 résume les différentes manifestations des connectivites objectivées. Les manifestations pleuro-pulmonaires venaient au 4^{ème} plan après les manifestations articulaires, les signes généraux et les atteintes cutanéomuqueuses.

Les différentes manifestations pleuro-pulmonaires dominées par les pleurésies et les atteintes immuno-allergiques sont résumées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Répartition selon les manifestations pleuro-pulmonaires

	Nombre	(%)
Pleurésies lupique et rhumatoïde	6	36
Pneumopathies immuno-allergiques (méthotrexate)	5	29,5
Broncho-pneumopathies infectieuses au cours du lupus et PR	4	23
Fibrose pulmonaire rhumatoïde	2	11,5
Total	17	100

Les figures 1 et 2 représentent des cas de pleurésie d'origine lupique et de fibrose pulmonaire respectivement.

Données évolutives

Sous corticothérapie seule ou associée à un traitement de fond ou sous antibiothérapie selon le cas, l'évolution a été favorable chez 14 patients. Un cas de décès survenu dans un contexte de sepsis sévère a été noté (figure 3).

DISCUSSION

Les manifestations pleuro-pulmonaires sont relativement fréquentes dans notre série et représentent la 4^{ème} atteinte après les signes cutanés, articulaires et généraux. Les données de la littérature sur les manifestations respiratoires des collagénoses sont relativement fréquentes. Celles-ci ne sont pas au premier plan des symptômes et sont rarement révélatrices de la maladie [1-4]. La littérature noire-africaine est très peu pauvre sur ce sujet [5,6].

Au premier plan de ces manifestations respiratoires, figurent les pleurésies qui ont été prédominantes et observées surtout dans la polyarthrite rhumatoïde et le lupus systémique (n= 6 cas chacun). King et coll. avaient déjà observé cette prédominance des pleurésies dans la polyarthrite rhumatoïde et le lupus pouvant atteindre 20 à 50% et associées à une autre sérite (péritoine ou

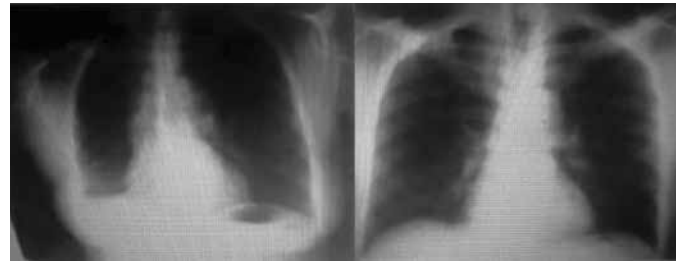


Figure 1 : Pleurésie lupique chez une patiente avant et après 3 mois de traitement par corticoïde.



Figure 2 : Fibrose pulmonaire chez une patiente ayant une polyarthrite rhumatoïde

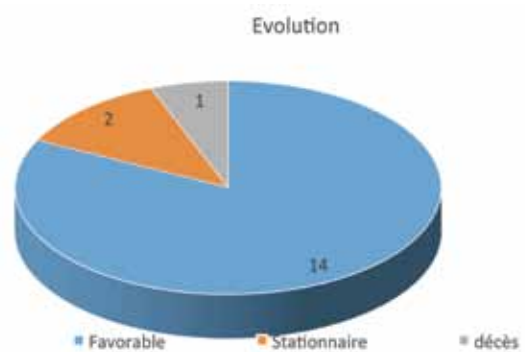


Figure 3 : Données évolutives des manifestations pleuro-pulmonaires des connectivites

péricarde) [1]. Elles sont habituellement unilatérales et peu abondantes avec un liquide pleural (exsudatif) caractérisé par une élévation du titre de facteur rhumatoïde et des auto-anticorps. Le diagnostic est histologique après une pleuroscopie pouvant révéler la présence de nodule sur la plèvre pariétale [4,7]. L'évolution est habituellement favorable sous traitement médical. Cette pleuroscopie est inexistante dans notre pays d'où les errances diagnostiques et les patients sont traités à défaut comme une pleurésie tuberculeuse devant une manifestation inaugurale, un

Manifestations pleuro-pulmonaires au cours des connectivites chez les sujets ouest-africains dans un pays à ressource limitée.

liquide lymphocytaire et la présence d'une ascite ou péricardite.

Au deuxième plan, venait la toxicité pulmonaire en rapport avec le traitement immunosuppresseur notamment le méthotrexate. Elle est présente chez environ un patient sur 3 atteints de manifestations respiratoires.

Il s'agit souvent d'une bronchopneumopathie immuno-allergique avec une toux sèche accompagnée d'une dyspnée asthmatiforme. Dans la série de Wallaert et al cette complication est présente dans 15% des cas et les médicaments incriminés étaient le méthotrexate, les sels d'or, la D-pénicillamine, la salazopyrine. Les atteintes peuvent aller d'une simple toux sèche à une véritable fibrose pulmonaire [3]. Le lavage broncho-alvéolaire lorsqu'il est réalisé révèle un liquide lymphocytaire.

Au troisième plan, viennent les bronchopneumopathies infectieuses présentes chez 1 patient sur 4 avec manifestations respiratoires en rapport avec la connectivite sous-jacente (lupus et PR) et le traitement (corticothérapie). L'opacité parenchymateuse est l'image caractéristique. Sa fréquence est mal connue dans la littérature et les étiologies sont multiples ; en rapport avec la connectivite causale ou à la corticothérapie ou l'immunosuppresseur [1,4,7]. L'évolution est souvent favorable sous antibiothérapie.

La fibrose pulmonaire, complication grave, a été observée dans 2 cas dans notre série. Sa prévalence est mal connue cependant pour Schwartz et coll, elle varie entre 1 et 12% [8]. La radiographie thoracique met en évidence un syndrome interstitiel réticulonodulaire bilatéral siégeant dans les 2/3 inférieurs des poumons et la tomodensitométrie thoracique en haute résolution révèle l'aspect en verre dépoli. Les épreuves fonctionnelles respiratoires mettent en évidence les troubles de la diffusion du monoxyde de carbone. Le traitement est souvent difficile et répond peu aux corticoïdes. Les 2 cas de notre série ont été évacués dans un pays à technologie avancée et sont en attente de greffe pulmonaire.

Les autres manifestations respiratoires (atélectasies, hémorragie alvéolaire, atteinte vasculaire pulmonaire, HTAP asymptomatique) décrites dans la littérature [4, 9,10] ont été absentes dans notre série.

CONCLUSION

Les atteintes pleuro-pulmonaires occupent une place non négligeable parmi les complications liées aux connectivites. La corticothérapie et les traitements immunosuppresseurs notamment les DMARDs ne sont pas non plus dénués de complications pulmonaires.

Par ailleurs, l'absence d'un plateau technique adéquat n'ont pas permis de faire le diagnostic de certaines complications redoutable notamment l'hypertension artérielle pulmonaire. La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour le dépistage précoce et la prise en charge de ces complications.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. King TE Jr. Connective tissue disease. In: Schwartz MI and King TE Jr, eds. Interstitial lung disease: B.C. Decker Inc, 1998;451-505.
2. A. Kheliouen, L. Baough, D. Mekideche, S. Ali Halassa, R. Hitachi, N. Zidouni. Manifestations pulmonaires des connectivites observées dans un service de pneumologie d'Alger. Rev Mal Resp 2015;32:pA184.
3. Wallaert B, Perez T. Manifestations respiratoires des collagénoses. In: Aubier M, Fournier M and Pariente R, eds. Pneumologie: Flammarion Médecine-Sciences 1997;939-53.
4. Cottin V. poumon et connectivites Rev Méd Int 2011;32 (S2):S241-4.
5. Ntsiba H, Ngandeu-Sigwé M, Mbuyi-Muamba J. Les connectivites en Afrique centrale. Rev de Rhum 2010;77(S3) :A131-331.
6. Mody GM. Rheumatoid arthritis and connective tissue disorders. Baillere's lin Rheumatol 1995;9:31-44.
7. Gutsche M, Rosen GD, Swigris JJ. Connective Tissue Disease-associated Interstitial Lung Disease: A review. Curr Respir Care Rep 2012;21(1):224-32.
8. Schwartz M.I. And King T.E. Interstitial Lung Disease, eds Hamilton, ON:BC Decker, 2003;941p.
9. D. Carmier, S. Marchand-Adam, P. Diot, E. Diot. Atteinte respiratoire au cours du lupus érythémateux systémique. Rev Mal Resp 2008;25(10):1289-303.
10. Cordier JF, Valeyre D, Guillevin L, et al. Pulmonary Wegener's granulomatosis. A clinical and imaging study of 77 cases. Chest 1990;97:906-12.