



Cas clinique

La maladie fibro-buleuse sur terrain de Polyarthrite rhumatoïde : à propos d'une observation au CHU de Conakry (Guinée)

Fibrobulous disease in the field of rheumatoid arthritis: apropos of an observation at the University Hospital of Conakry (Guinea)

TA Wann*¹, Kamissoko AB², D Touré³, MLY Bah¹, A Kaké¹, A Daliwa¹, D Sylla¹

Résumé

La maladie fibrobuleuse est une des complications des rhumatismes inflammatoires chronique notamment la polyarthrite rhumatoïde et la spondylo-arthropathie ankylosante. Elle se manifeste par des images de milliaires à la radiographie. Nous rapportons le cas d'une patiente de 42 ans traité à 2 reprises pour une tuberculose pulmonaire devant l'aspect de miliaire à la radiographie alors qu'il s'agit d'une maladie fibrobuleuse associé à une polyarthrite rhumatoïde. Elle a bien évolué sous corticothérapie.

Toute image de miliaire à la radiologie n'est pas forcément une tuberculose pulmonaire en milieu tropical, il faudra penser à la maladie fibrobuleuse.

Mots-clés : maladie fibrobuleuse; polyarthrite rhumatoïde, Donka.

Abstract

Fibrobulous disease is one of the complications of inflammatory rheumatism, in particular rheumatoid arthritis or ankylosing spondylo-arthropathy. It is manifested by images of milliaires on the x-ray. We report the case of a 42-year-old patient treated twice

for pulmonary tuberculosis in front of the appearance of miliaria on the X-ray when it is a fibrobulous disease associated with rheumatoid arthritis. She progressed well under corticosteroid therapy.

Any image of mileage on radiology is not necessarily pulmonary tuberculosis in a tropical environment, it will be necessary to think of fibrobulous disease.

Keyword: fibrobulous disease; rheumatoid arthritis, Donka.

Introduction

les manifestations extra-articulaires des maladies rhumatismales dont la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont multiples [1,2]. Elles peuvent être cardio-vasculaires et pulmonaires. La maladie fibrobuleuse du poumon (MFB) est une entité nosologique rare, souvent décrite au cours des pathologies rhumatismales chroniques tels que la spondylarthrite ankylosante (SPA), la PR et parfois au cour du syndrome de Gougerot Sjogren (SGJ) dans sa forme secondaire [3-4]. Elle réalise une fibrose pulmonaire associé à

des bulles d'emphysème le plus souvent apical. Le mécanisme physiopathologique reste inconnu avec une symptomatologie clinique dominée par la toux et la dyspnée chronique. Le diagnostic précoce est basé sur le scanner contrairement à la radiographie standard dont les signes sont tardifs [1]. En milieu tropical l'aspect de miliaire à la radiographie du poumon peut faire évoquer une tuberculose pulmonaire conduisant à un retard diagnostique.

Nous rapportons un cas de maladie fibrobleuse associé à une PR qui a été traité comme une tuberculose pulmonaire devant les images radiologiques malgré une absence de preuve bactériologique à deux reprises.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente de 42 ans traitée à deux reprises pour une tuberculose pulmonaire reçue en hospitalisation en juin 2023 pour une tuméfaction douloureuse des grosses et petites articulations (membres supérieurs et inférieurs); associé à une fièvre d'allégation. A l'interrogatoire on retrouve une toux productive (expectoration jaunâtre), une dyspnée d'effort et une douleur thoracique évoluant depuis 7 ans par poussée et rémission. Dans son parcours de soins elle avait été traitée à plusieurs reprises pour une infection pulmonaire notamment à deux reprises pour tuberculose pulmonaire devant un aspect de miliaire à la radiographie sans preuve bactériologique (genexpert sur les crachats après tubage gastrique négatifs à plusieurs reprises) et une intradermo-réaction à la tuberculine (IDRt) faiblement positive à 12 mm la première fois et 15 mm la deuxième fois. A l'examen clinique, les constantes hémodynamiques

étaient bonnes mais l'échelle visuelle analogique (EVA) était à 10/10. Sur le plan ostéoarticulaire on notait une tuméfaction chaude et douloureuse des grosses et petites articulations (poignets; phalanges des doigts et orteils; genoux; chevilles et épaules); l'auscultation pulmonaire retrouvait des râles crépitants disséminés dans les 2 champs pulmonaires plus marqués aux sommets. Il n'y avait pas de manifestations dermatologiques.

A la biologie l'hémogramme, l'ionogramme sanguin, la fonction rénale et le bilan hépatique étaient dans les valeurs normales. On notait un syndrome inflammatoire biologique non spécifique avec une protéine C réactive (CRP) élevée à 38 mg/l et une vitesse de sédimentation élevée également. Les facteurs rhumatoïdes étaient positifs. Les anticorps (Ac) anti-peptide citrullinés sont en cours. La Radiographie pulmonaire a mis en évidence un syndrome alvéolaire fait d'infiltrats alvéolaires en aspect de miliaire avec des bulles d'emphysème apicale.

Le tomodensitométrie (TDM) et l'exploration fonctionnelle (EFR) respiratoire n'ont pas été fait. Nous avons retenu une maladie fibrobleuse (aspect de miliaire à la radiographie) associé à une polyarthrite rhumatoïde. Elle a été mise sous corticoïde avec de la Prednisolone 20 mg/j à la phase initiale associé à des antalgiques de pallier II permettant d'obtenir une amélioration de la douleur (EVA 2/10) et de l'inflammation des articulations en quelques jours. L'évolution globale était favorable (douleur, toux, dyspnée) à court terme et la dose d'entretien a été maintenue à 10 mg de Prednisolone.



Figure 1 : Montrant l'inflammation des mains



Figure 2 : Radiographie du poumon montrant les infiltrats alvéolaires en aspect de miliaire.

Discussion

Les connectivites dont la PR et la SPA sont des rhumatismes inflammatoires chroniques pouvant toucher plusieurs organes dans leurs manifestations extra-articulaire notamment le poumon. Les manifestations pulmonaires les plus spécifiques sont les pneumopathies interstitielles et l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) [5]. La maladie fibrobulleuse est l'une de ces affections pulmonaires au cours des connectivites comme la PR et la SPA. Elle a été initialement décrite par Dunham et Kaus en 1941 comme une complication pulmonaire rare de la spondylarthrite (SPA) avec des images radiologiques apicales de miliaire [1]. La ressemblance radiologique de la maladie fibrobulleuse et la miliaire tuberculeuse, a poussé Hamilton en 1945 à la décrire pour la première fois comme une tuberculose sans germe [1]. Dans notre observation, on a retrouvé cet aspect de miliaire à la radiographie évoquant et traitant une tuberculose pulmonaire à plusieurs reprises sans preuve bactériologique comme rapporté dans la littérature. La MFB a été décrite au cours de la polyarthrite rhumatoïde et au cours du syndrome de gougerot secondaire dans la littérature [3,4,6]. Chez notre patiente la MFB est bien survenue sur un terrain de PR devant le tableau de polyarthralgie inflammatoire avec des FR positifs. Ce qui corrobore avec les données de la littérature. Le mécanisme de survenue de ces lésions restent inconnue [1]. La TDM est l'examen radiologique de choix pour une détection précoce des lésions pulmonaires et l'épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) montre selon les auteurs un syndrome restrictif ou obstructifs [1,7,8]. Dans notre cas la TDM et l'EFR n'ont pas été fait par faute de moyens qui aurait montré des anomalies devant ce tableau clinique évoluant de longues années. Devant l'aspect de miliaire à la radiographie du poumon ces patients sont souvent traités pour une tuberculose pulmonaire malgré l'absence de preuve bactériologique [6]. Notre patiente a été traitée à deux reprises pour une tuberculose pulmonaire sans succès comme retrouvé

dans la littérature. La prise en charge de la MFB repose sur la corticothérapie, les immunosuppresseurs et les biothérapies [1,8,10]. Notre patiente a bénéficié d'une corticothérapie permettant une amélioration rapide de la symptomatologie à court terme.

Conclusion

La MFB est une affection fréquente au cours des maladies rhumatismales chroniques ou systémique surtout dans la SPA et la PR. Sur le plan radiologique on retrouve un aspect de miliaire pouvant prêter à confusion avec une tuberculose pulmonaire dans un contexte tropical avec errance diagnostique.

*Correspondance

Thierno Amadou WANN

thwann@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Mars 2024

- 1 : Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU de Conakry, Guinée
- 2 : Service de Rhumatologie, Hôpital National Ignace Deen, Conakry, CHU de Conakry, Guinée
- 3 : Service de Gériatrie, CH Charleville-Mézières, France

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] El Ouadih M, Rachidi W, Janani S, Mkinsi O. Maladie fibrobulleuse apicale bilatérale : manifestation extrasquelettique des spondylarthropathies. *La Rev Médecine Interne*. 2012 Dec 1;33:A184.
- [2] La maladie fibro-bulleuse des poumons. A propos

d'un cas associé à une polyarthrite rhumatoïde et un syndrome de Gougerot-Sjögren - Santé tropicale [Internet]. [cited 2023 Jul 7]. Available from: http://www.santetropicale.com/sites_pays/resume_oa.asp?revue=man&action=lire&id_article=2718&rep=senegal#close

Sidi Mohamed Ben Abdallah du Maroc; 2018.

Pour citer cet article :

TA Wann, AB Kamissoko, D Touré, MLY Bah, A Kaké, A Daliwa et al. La maladie fibro-bulleuse sur terrain de Polyarthrite rhumatoïde : à propos d'une observation au CHU de Conakry (Guinée). *Jaccr Africa* 2024; 8(1): 250-253

- [3] Strimlan CV, Rosenow EC, Divertie MB, Harrison EG, Divertie MB. Pulmonary manifestations of Sjogren ' s syndrome . *Pulmonary Manifestations of Sjogren ' s Syndrome*. 2009;19(4).
- [4] Wendling D. Lung and spondyloarthritis. *Rev du Rhum Monogr* [Internet]. 2018;85(3):160–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2018.01.003>
- [5] Mama N, Brillet PY, Nunes H, Abad S, Uzunhan Y, Brauner MW. Poumon des maladies systémiques de l'adulte. *EMC - Radiol Imag médicale - Cardiovasc - Thorac - Cervicale*. 2009;4(3):1–17.
- [6] S. Diallo, M. Niasse CD. La maladie fibro-bulleuse des poumons. A propos d'un cas associé à une polyarthrite rhumatoïde et un syndrome de Gougerot-Sjögren. Publié dans *Médecine d'Afrique Noire*. 6203:173–8.
- [7] Zrour SH, Touzi M, Bejia I, Golli M, Rouatbi N, Sakly N, et al. Corrélations entre la tomodensitométrie thoracique de haute résolution et les données clinicofonctionnelles au cours de la polyarthrite rhumatoïde. Étude prospective de 75 cas. *Rev du Rhum (Edition Fr)*. 2005;72(1):46–53.
- [8] Durmuş D, Alayli G, Uzun O, Tander B, Cantürk F, Bek Y, et al. Efficacité de deux programmes d'exercices individuels sur la fonction pulmonaire des patients atteints de spondylarthrite ankylosante. *Rev du Rhum (Edition Fr)*. 2009;76(3):239–44.
- [9] Abba A, Niasse M, Diaby LM, Ali H. Spondylarthrite ankylosante au Sénégal: aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au Centre Hospitalier Universitaire Aristide LeDantec de Dakar. *Pan Afr Med J*. 2021;40.
- [10] Yasmine F. Spondylarthrite - TDM thoracique - Poumon - Fibrose apicale - Syndrome restrictif(Etude prospective à propos de 50 cas). Université