



Un croisement partagé de deux chemins différents :
Un syndrome de Sjogren qui s’associe à la silicose dans la genèse
d’une pneumopathie infiltrante diffuse

Hassen SIALA (1) ; Meryem JEBRI (1) ; Wiem BEN EL HAJ (1) ; Mohamed Salah HAMDY (1) ; Ines KECHAOU (1) ;
Samira AZZABI (1) ; Imen BOUKHRIS (1) ; Eya CHERIF (1) ; Lamia BEN HASSINE (1)
(1) Service de médecine interne B, CHU Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE

Introduction :

Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) présentent un spectre étiologique varié incluant les pneumoconioses. Il est crucial de se renseigner sur une éventuelle exposition professionnelle pouvant parfois être pourvoyeuse de complications respiratoires graves.

Vignette clinique :

- Patiente âgée de 60 ans
- **Dyspnée** d’aggravation progressive
- Examen clinique :
- Désaturation à l’effort
- **Râles crépitants** au niveau des bases
- Spirométrie : syndrome restrictif

Scanner thoracique

PID fibrosante : pattern de pneumopathie interstitielle commune (**UIP**) :

- Images kystiques **en rayon de miel bilatérales** diffuses
- Réticulations sous pleurales
- **Épaississement** diffus **des lignes septales**
- **Distorsions bronchiques et scissurales** bilatérales

Syndrome de Sjogren
avec atteinte pulmonaire

- Syndrome sec oculaire (break-up time à 3 secondes + kératite ponctuée superficielle)
- Sialadénite lymphocytaire chronique grade 3 à la biopsie labiale
- AAN à 1/3200 avec anti SSA positifs

Traitement :

Corticothérapie orale (0.5mg/kg/j) + Azathioprine

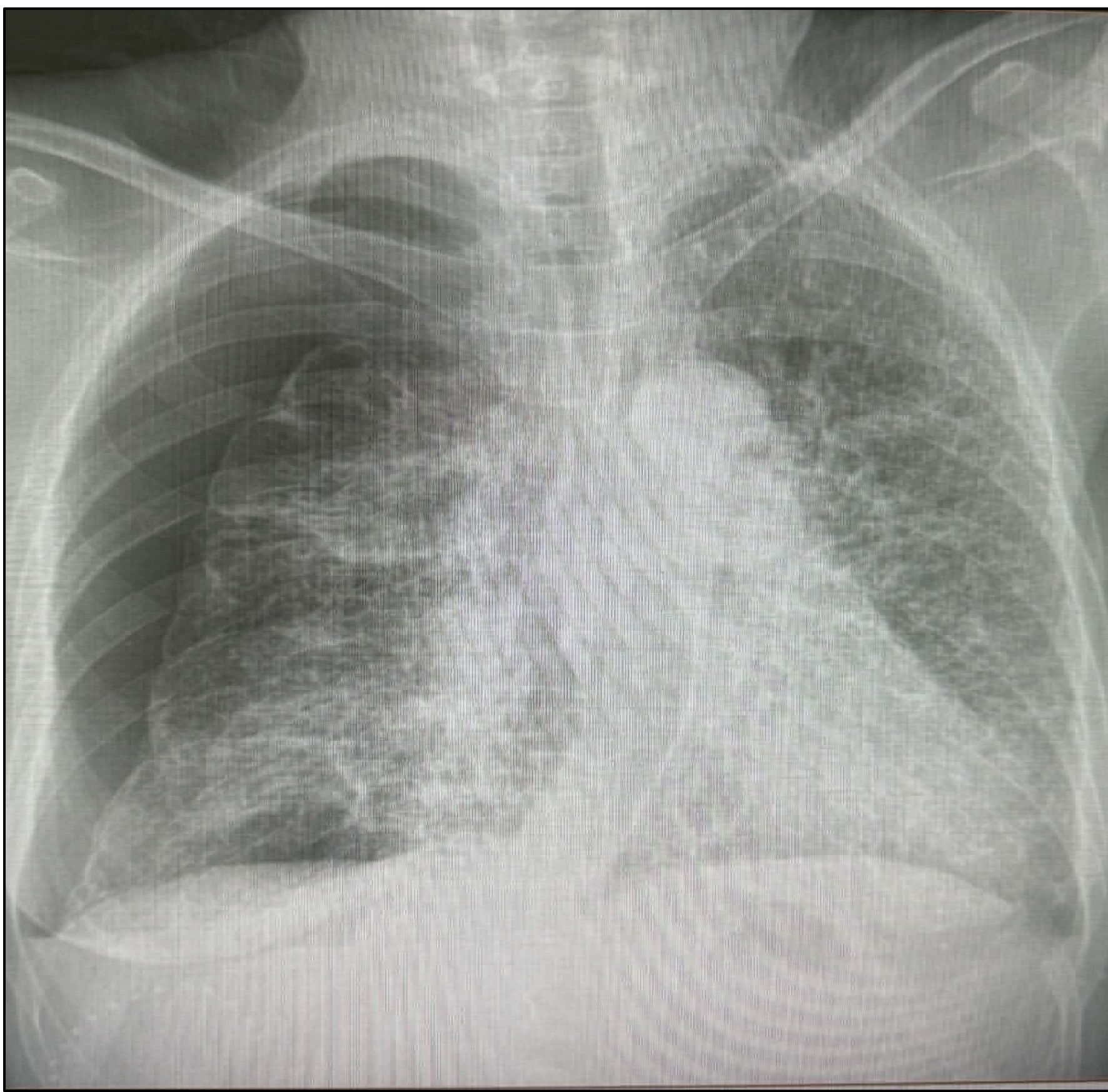


Figure 1 :
Pneumothorax droit complet et compressif associé à un pneumomédiastin et des bulles d’emphysème

- Aggravation de la **dyspnée**
- Désaturation au moindre effort
- Nécessité d’oxygénothérapie de longue durée
- **A la reprise de l’interrogatoire : exposition professionnelle à la silice il y 15 ans**

Scanner thoracique de contrôle

- Majoration des lésions de PID fibrosante
- Apparition de **bulles d’emphysème** basales bilatérales
- **Adénomégalias** médiastinales et sous carinaires sans signes clinico-biologiques de transformation lymphomateuse dans le cadre du syndrome de Sjogren

Après avis des médecins de travail :
Une silicose associée a été retenue

Une atteinte plus en faveur d’une silicose qu’un syndrome de Sjogren isolé

Apparition d’une d’**insuffisance respiratoire aiguë**
Radiographie thoracique : (Figure 1)
pneumothorax droit associé à un pneumomédiastin

Scanner thoracique pratiqué en urgence

- **Pneumothorax** antérieur
- **Pneumomédiastin** de moyenne abondance
- **Emphysème** sous-cutané de grande abondance

Discussion :

La silicose est une pneumoconiose qui affecte les personnes exposées aux poussières de silice cristalline inhalable. Elle est pourvoyeuse d’une atteinte respiratoire variable pouvant aller jusqu’à l’insuffisance respiratoire aiguë. Sur le plan scannographique, elle se caractérise par **une atteinte nodulaire, des adénomégalias** parfois calcifiées ou **un emphysème pulmonaire** responsable de décompensations aiguës comme en témoigne le cas de notre patiente.

Conclusion :

Les pneumoconioses figurent dans la liste étiologique des pneumopathies infiltrantes diffuses. Elles doivent être notamment évoquées devant la non-amélioration clinique d’une PID mise sur le compte d’une autre étiologie, chez un patient exposé.