



Open Access Full Text Article

CASE REPORT

Association of mixed connectivity disease and bronchial carcinoma

Association d'une connectivité mixte et d'un carcinome bronchique

FZ. Yousfi, S. Guerrouj, A. Thouil, H. Kouismi

Service de Pneumologie, Centre hospitalier Universitaire Mohammed VI
Faculté de Médecine et de Pharmacie Oujda

ABSTRACT

Introduction. The association between connectivitis and neoplastic conditions is described in the literature. We report a case collected at the Pneumology department of the CHU Mohammed VI Oujda illustrating the association of an overlapping syndrome and a bronchial carcinoma in a 55-year-old patient revealed by moderately abundant hemoptysis and a balloon drop appearance on CT scan. -thoracic.

Observation. 55-year-old patient followed for an overlapping syndrome made up of RA and lupus complicated by pulmonary fibrosis treated with methotrexate, a synthetic antimalarial and corticosteroid therapy.

Conclusion. Bronchial carcinoma during connective tissue disease worsens the prognosis. The risk of cancer is related to the immunological disorder, immunosuppression, disease activity and the immunosuppressive therapy used to treat these diseases.

KEYWORDS: Mixed connective tissue disease; Paraneoplastic syndrome; Rheumatoid arthritis.

RÉSUMÉ

Introduction. L'association entre les connectivites et les affections néoplasiques est décrite dans la littérature. Nous rapportons un cas colligé au service de Pneumologie du CHU Mohammed VI Oujda illustrant l'association d'un syndrome de chevauchement et un carcinome bronchique chez une patiente de 55 révélé par une hémoptysie de moyenne abondance et un aspect en lâcher de ballon à la TDM-thoracique.

Observation. Patiente de 55 ans, suivie pour un syndrome de chevauchement fait d'une PR et un lupus compliqué d'une fibrose pulmonaire traitée par méthotrexate, antipaludéen de synthèse et corticothérapie.

Conclusion. Le carcinome bronchique au cours d'une connectivite aggrave le pronostic. Le risque du cancer est lié au désordre immunologique, l'immunodépression, l'activité de la maladie et le traitement immunosuppresseur utilisé pour traiter ces maladies.

MOTS CLÉS: Connectivite mixte; Syndrome paranéoplasique; Polyarthrite rhumatoïde.

Corresponding author:

Yousfi Fatima Zahra.

Service de Pneumologie, Centre hospitalier Universitaire Mohammed VI. Faculté de Médecine et de Pharmacie Oujda

E-mail: yousfifatimazahra112@gmail.com

INTRODUCTION

Les cancers peuvent être à l'origine de manifestations auto-immunes dont le champ d'expression est varié. En revanche, les mécanismes de l'auto-immunité au cours des cancers solides sont plus obscurs. Ces pathologies auto-immunes ne se comportent pas forcément comme d'authentique syndrome paranéoplasique, leur évolution pouvant ne pas être parallèle à celle de la pathologie tumorale. D'une manière générale, un cancer occulte doit être suspecté devant une myosite, un tableau de polyarthrite ou une vascularite quand les manifestations sont sévères, cortico-résistantes et qu'elles surviennent chez un sujet âgé.

OBSERVATION

Patiente de 55 ans, suivie pour un syndrome de chevauchement fait d'une PR et un lupus compliqué d'une fibrose pulmonaire traitée par méthotrexate, antipaludéen de synthèse et corticothérapie.

Admise en service de Pneumologie du CHU Mohammed VI Oujda pour hémoptysie de moyenne abondance associée à une dyspnée stade II selon la classification de Sadoul.

Examen Clinique trouvait un patient bien portant, OMS à 1, hippocratisme digital bilatérale:

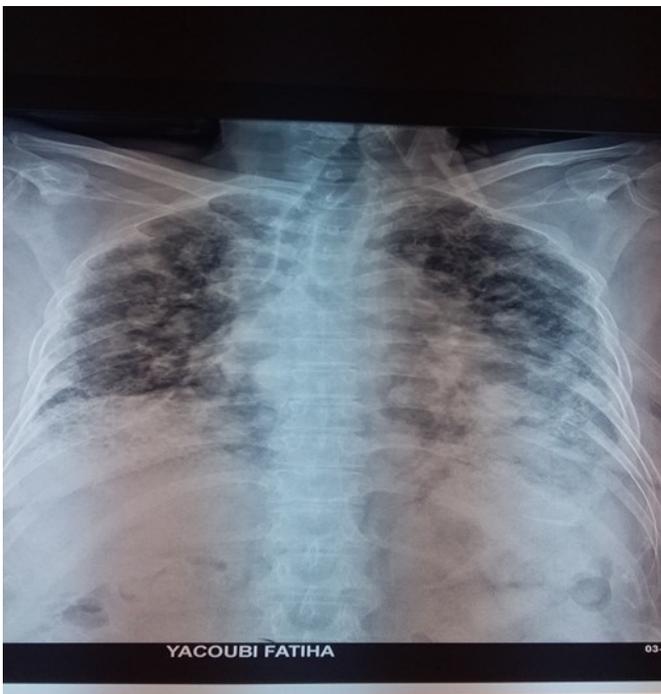


FIGURE 1. Radio thoracique de face objectivant la présence des opacités nodulaires diffuses bilatérales, rétraction de la trachée vers le côté droit, épanchement pleurale liquidien plus marquée à gauche, syndrome interstitiel bilatérale.

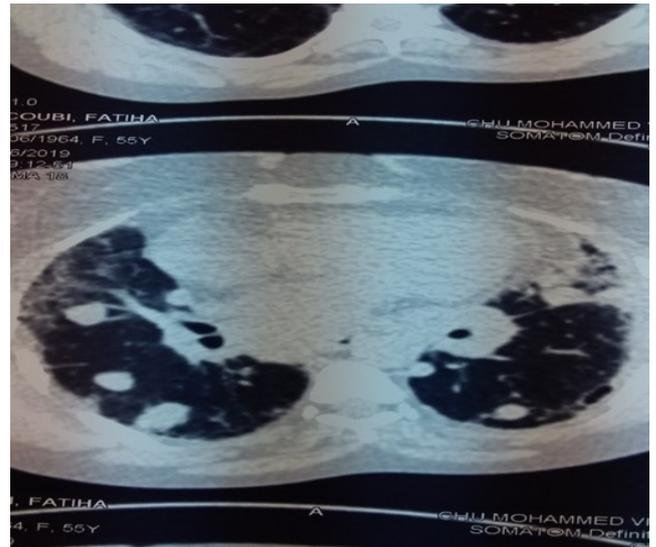


FIGURE 2. TDM thoracique en fenêtres parenchymateuse, coupes axiale, objectivant image en lâcher de ballon, et une pneumopathie infiltrative diffuse bilatérales.

La Radio thoracique de face objectivait la présence des opacités nodulaires diffuses bilatérales, rétraction de la trachée vers le côté droit, épanchement pleurale liquidien plus marquée à gauche, syndrome interstitiel bilatérale des opacités nodulaires diffuses bilatérales (Figure 1).

La TDM du crâne et cervico-thoraco-abdominopelvien était réalisée dans le cadre d'un bilan d'extension objectivait la présence de multiples nodules bilatéraux avec métastases hépatiques et osseuses vertébrales et osseuses au niveau des crêtes iliaques (Figure 2).

CONFLIT D'INTERET

Aucun à déclarer.

REFERENCE

1. P. Olive, G. d' Abridgeon, P. Ceballos, A. Le Quellec, A.J. Ciurana Une polyarthrite paranéoplasique séropositive Rev Med Interne, 16 (1995), p. 865.
2. Ptitzenmeyer P, Bielfield P, Tavernier C, Besancenot JF, Gaudet M. Aspects actuels de la polyarthrite aiguë paranéoplasique. Rev Med Interne 1992;13: 195-9
3. Youinou P, Le Goff P. Actu
3. Meyer O. Lupus érythémateux systémique. Encycl Méd Chir, Elsevier,14-244-A-10, 2004.