

Profil clinique, radiologique et évolutif de la sarcoïdose thoracique

N.Mounir, W.Jalloul, H.Benjelloun, K.Chaanoun, H.Harraz, Z.Laklaai, N.Zaghba
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd

Introduction

La sarcoïdose est une granulomatose systémique d'étiologie inconnue. L'atteinte médiastino-pulmonaire représente la forme la plus fréquente et constitue souvent le mode de révélation. L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinique, radiologique et l'évolution de la sarcoïdose thoracique.

Matériels et méthodes

étude rétrospective incluant 20 patients au service de pneumologie du CHU Ibn Rochd entre janvier 2020 et décembre 2025. Les données : caractéristiques démographiques, signes cliniques, atteintes extra-thoraciques, données radiologiques explorations fonctionnelles respiratoires, traitements reçus et évolution.

Epidémiologie

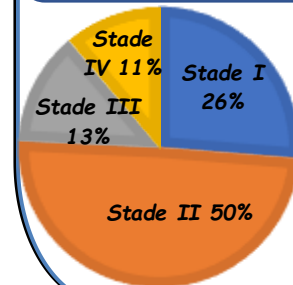
Moyenne d'âge : 36 ± 4 ans
Prédominance féminine à 75%

Interrogatoire

Signe clinique	Pourcentage
Toux sèche	40%
Dyspnée	60%

Clinique et paraclinique

râles crépitants : 35 %
Une atteinte extra-thoracique :
55% atteinte cutanée et oculaire
syndrome de Heerfordt : 10 %
syndrome de Löfgren : 20 %



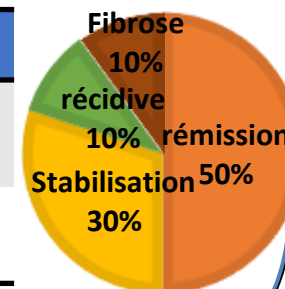
Résultats

TDM thoracique : adénopathies médiastinales, des micronodules pérbronchovasculaires, un aspect en verre dépoli, et des signes de fibrose pulmonaire débutante chez 11 % des patients

EFR	%	Confirmation histologique	Patients
TVO	20 %	Biopsies transbronchiques	30%
TVR	30 %	EBUS	20%
altération de la DLCO	45 %	Biopsie labiale	10%,
		Biopsie cutanée	10%

Traitement et Evolution

Traitement	Pourcentage
Corticothérapie (posologie initiale moyenne de 40 mg/j)	80 %
méthotrexate (forme évolutive ou corticodépendante)	25 %



Conclusion

La sarcoïdose thoracique touche principalement l'adulte jeune, avec une prédominance féminine. Les formes radiologiques de stade II sont les plus fréquentes. L'évolution est globalement favorable sous corticothérapie, mais un pourcentage non négligeable évolue vers la chronicité ou la fibrose. Une prise en charge précoce et un suivi régulier sont essentiels pour dépister les formes graves et optimiser le pronostic.



Caractéristiques cliniques, fonctionnelles et étiologiques des patients sous OLD au CHU Ibn Rochd de Casablanca

N. Mounir, W. Jalloul, H. Benjelloun, K. Chaanoun, H. Harraz, Z. Laklaai, N. Zaghiba
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd



Introduction

OLD est indiquée dans les insuffisances respiratoires chroniques sévères, principalement d'origine bronchopulmonaire. Au Maroc, les données locales sur le profil sont rares, alors que cette PEC représente un enjeu majeur en termes de survie, de qualité de vie et de coût de santé.

Matériels et méthodes

étude rétrospective : 15 patients mis sous OLD entre janvier 2022 et décembre 2025 au service de pneumologie du CHU Ibn Rochd. Les critères d'inclusion : décision d'OLD selon les recommandations ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ ou $55\text{--}60 \text{ mmHg}$ avec polyglobulie, HTAP, cœur pulmonaire chronique ou désaturations nocturnes).

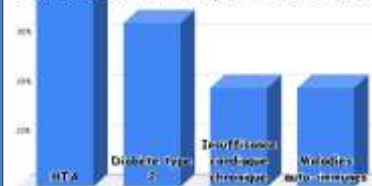
Résultats

Epidémiologie

Moyenne d'âge : 64 ± 11 ans
Prédominance masculine à 53%

Interrogatoire

Comorbidités chez les patients sous OLD



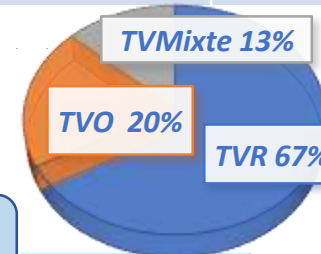
hospitalisation
exacerbation dans l'année
précédant l'inclusion était
47 %

Clinique et paraclinique

Signes clinique :
dyspnée 100 %
cyanose et l'hippocratisme
digital : 66%

PaO_2 moyenne: 51 ± 6
mmHg
 PaCO_2 moyenne : 45 ± 5
mmHg.

Etiologies	Pourc
PID	33 %
DDB	27%
BPCO sévère (grade E)	20 %
carcinomes bronchogéniques métastatiques	13%
maladie pulmonaire post-tuberculeuse	7 %



Evolution

Compliance: 15 ± 2
heures/jour
Mortalité globale : 13 %,
PID évolutive

Conclusion

Les patients mis sous OLD sont majoritairement des sujets âgés, tabagiques avec des comorbidités. Les étiologies sont dominées par la PID, les bronchectasies et la BPCO. L'OLD reste un traitement essentiel permettant d'améliorer la survie et de réduire les exacerbations, mais nécessite un suivi régulier et une prise en charge globale incluant le sevrage tabagique, la réhabilitation respiratoire et la prévention des exacerbations.



Facteurs cliniques, fonctionnels et biologiques associés aux exacerbations fréquentes chez les patients atteints de BPCO



n.Mounir, W,Jalloul , H.Benjelloun, K.Chaanoun,H.Harraz,Z.Laklaai, N,Zaghba
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd

Introduction

BPCO est une maladie chronique caractérisée par une limitation persistante du débit aérien. Les exacerbations de BPCO sont responsables d'une accélération du déclin fonctionnel, d'une altération de la qualité de vie. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs cliniques, fonctionnels et biologiques associés à un profil exacerbateur fréquent chez des patients suivis pour BPCO.

Matériels et méthodes

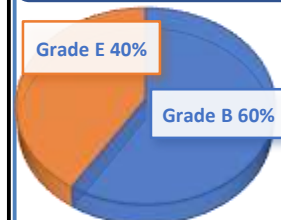
étude rétrospective / période de 2 ans entre janvier 2024 et décembre 2025 / service de pneumologie du CHU Ibnu rochd. Ont été inclus les patients âgés de plus de 40 ans, ayant un diagnostic confirmé de BPCO confirmée sur la spirométrie selon le Gold 2026.
2 Groupes : G1 grade B : exacerbateur non fréquent /G2 grade E : exacerbateur fréquent

Epidémiologie

Moyenne d'âge : 66 ± 8 ans
Prédominance masculine à 72%

Interrogatoire

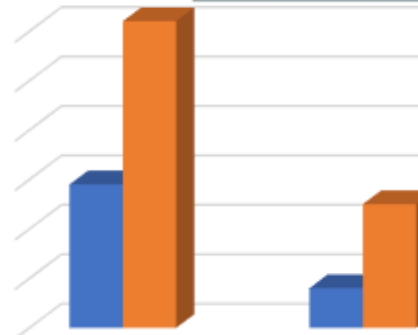
tabagisme actif : 83 %
index tabagique moyen: 41PA



ATCD	G1	G2
comorbidités cardiovasculaires	25%	44 %
Hospitalisation pour exacerbation	12,5%	56 %

Résultats

Clinique et paraclinique



Dyspnée 3

IMC <21kg/m²

Examen paraclinique	G1	G2
bulles d'emphysème associées à la TDM thoracique	8 %.	13%
VEMS	37 ± 10 %	52 ± 8 %
distance au test de marche de six minutes	354 ± 70 m	295 ± 60 m

CRP > 10 mg/L: G1: 17 %, G2: 44%

éosinophilie $\geq 300/\mu\text{L}$: G1:12,5 %, G2: 31%

Conclusion

Les exacerbations fréquentes de la BPCO sont fortement associées à un VEMS sévère, des antécédents d'hospitalisation et la présence de comorbidités. La coexistence de ces facteurs permet d'affiner l'identification des patients à haut risque et par conséquent de rationaliser l'optimisation thérapeutique afin de réduire la morbidité et la mortalité associées aux exacerbations de la BPCO.



Introduction

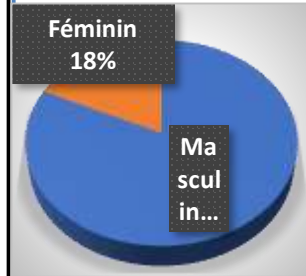
Le carcinome bronchogénique ; 1^{ere} cause de mortalité par cancer. En plus de ses manifestations respiratoires, il peut s'accompagner de syndromes paranéoplasiques manifestations pouvant être endocriniennes, neurologiques, dermatologiques, hématologiques ou rhumatologiques précédant le diagnostic de cancer, orientant vers un type histologique ou aggraver la morbidité du patient.

Matériels et méthodes

Étude rétrospective /Service de Pneumologie du CHU Ibn Rochd, Casablanca/ période de 4 ans (janvier 2021 –janvier 2025) sur 35 Patients hospitalisés ou suivis pour carcinome bronchogénique confirmé histologiquement. But : décrire les caractéristiques cliniques et biologiques des SPN associés au CBG dans une population suivie au CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Epidémiologie

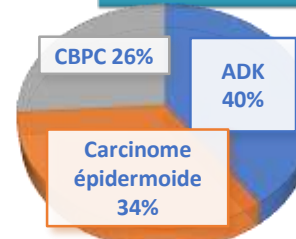
Moyenne d'âge : 61 ± 9 ans
Prédominance masculine à 82%
tabagisme: 88 %



Interrogatoire

Résultats

Clinique et paraclinique



Syndrome paranéoplasique	nombre de patient
hippocratisme digital	12
ostéarthropathie hypertrophiante pneumique	5
dermatomyosite	4
SIADH	6
syndrome de Cushing	3
neuropathies périphériques sensitivo-motrices	7
anémie	17
thrombocytose	10

Conclusion

Les syndromes paranéoplasiques représentent près d'un cinquième des carcinomes bronchogéniques dans cette série. Ils sont particulièrement associés au carcinome bronchique à petites cellules et constituent parfois un mode de révélation. Leur identification précoce reste essentielle pour accélérer le diagnostic et adapter la prise en charge. Cette étude confirme l'importance d'un examen clinique complet et d'une vigilance accrue devant tout SPN, afin d'améliorer le délai diagnostique et la prise en charge du carcinome bronchogénique.



Biomarqueurs inflammatoires et pneumonies aiguës communautaires (PAC)

N.Mounir, W.Jalloul, H.Benjelloun, .Chaoun, H.Harraz, Z.Laklaai, N.Zaghba
Service des Maladies Respiratoires – CHU Ibn Rochd



Introduction

PAC demeure une cause fréquente d'hospitalisations et de morbi-mortalité. L'évaluation initiale repose principalement sur les données cliniques et radiologiques, mais les biomarqueurs inflammatoires simples, tels que la CRP et la numération des leucocytes, peuvent aider à estimer l'intensité de l'inflammation et à prédire l'évolution clinique,

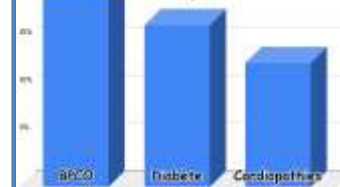
Matériels et méthodes

étude rétrospective / période de 1 an entre octobre 2024 et octobre 2025 au service de pneumologie du CHU Ibn Rochd.
30 patients hospitalisés une PAC devant une symptomatologie clinique et radiologique avec évaluation initiale via le score CRB-65.
Objectif: évaluer l'association entre CRP et leucocytose à l'admission et l'évolution des PAC hospitalisées en service de pneumologie

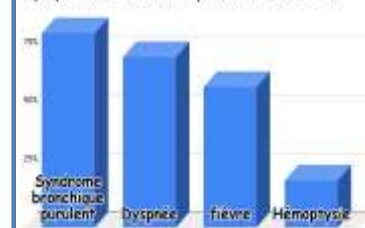
Epidémiologie

Moyenne d'âge : 68 ± 4 ans
Prédominance masculine à 60%
Interrogatoire

Comorbidités chez les patients avec PAC



Symptômes chez les patients avec PAC



Clinique et paraclinique

Polypnée: 100%
râles crépitants
+tachycardie: 10 patients

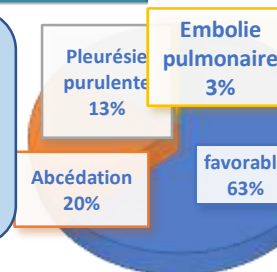
Résultats

Radio thorax	%
atteinte lobaire	70 %
atteinte bilobée	30 %
pleurésie associée	15%.

CRP moyenne : 118 ± 52 mg/L, avec 47 % des patients : CRP ≥ 150 mg/L. La leucocytose moyenne : $11\,600 \pm 3\,800/\text{mm}^3$, 37 % des patients présentaient des leucocytes $\geq 14\,000/\text{mm}^3$.

Evolution

PAC avec embolie pulmonaire : ainsi qu'une hospitalisation prolongée, oxygénothérapie, bi-antibiothérapie anticoagulation



Conclusion

Chez les patients hospitalisés pour pneumonie aiguë communautaire, CRP et leucocytose à l'admission sont des indicateurs simples et fiables de l'évolution chez ces patients et permettent de guider la prise en charge thérapeutique. Leur utilisation permet de guider le suivi et la prise en charge, de prédire l'évolution chez ces patients.