

UNE MYSTÉRIEUSE TOUX QUI, FINALEMENT, S'ILLUMINE.

Gaël GALLI^{1,2}, Ghoufrane TLILI³, Juliette PROLA¹, Victor HEMAR¹, Didier BRONNIMANN¹, Claire RIVOISY¹, Anne CONTIS¹, Sinan KOCER³, Hélène CHAUSSADE¹, Fabrice BONNET^{1,4}

1. Service de Médecine Interne, Immunologie Clinique et Maladies Infectieuses, CHU de Bordeaux, Hôpital Saint André, Bordeaux, France.
2. Univ. Bordeaux, CNRS, ImmunoConcEpT, UMR 5164, F-33000 Bordeaux, France.
3. Service de Médecine Nucléaire, CHU de Bordeaux, Hôpital Haut Leveque, Bordeaux, France.
4. Univ. Bordeaux, INSERM, Bordeaux Population Health, U1219, F-33000 Bordeaux, France.

Introduction

La polychondrite atrophiante est une maladie inflammatoire chronique rare touchant le cartilage et associée à des manifestations inflammatoires systémiques, principalement musculaires, articulaires ou oculaires. Nous rapportons ici le cas d'une polychondrite atrophiante s'exprimant par une toux chronique isolée, avec syndrome inflammatoire biologique, dont le diagnostic était finalement obtenu par la répétition d'un TEP-scanner au 18-FDG, pourtant initialement négatif.

Observation



Figure 1. Atteinte trachéobronchique isolée d'une polychondrite atrophiante.

A. Image de fusion TEP-TDM au 18-FDG (SUV max = 4.3) – Coupe transversale.

B. Image scanographique en fenêtre médiastinale – Coupe transversale.

Une femme de 74 ans présentait une toux chronique évoluant depuis 7 mois associée à une fièvre, un syndrome inflammatoire biologique (CRP = 150 mg/L) et une péricardite asymptomatique à l'échocardiographie.

Le bilan étiologique initial infectieux, auto-immun, tomodensitométrique et un TEP scanner au 18-FDG, avec doppler et biopsie d'artère temporale ne trouvait pas d'étiologie sous-jacente.

Une corticothérapie d'épreuve à faible dose (30 mg/j) améliorait transitoirement la patiente mais la toux récidivait au sevrage des corticoïdes, devenait insomnante et invalidante avec un syndrome inflammatoire biologique persistant (CRP = 225 mg/l).

Dans ce contexte, l'examen TEP-TDM au 18-FDG était répété 6 mois après le premier et révélait finalement un hypermétabolisme franc de la trachée (SUV max = 4.3), compatible avec le diagnostic de polychondrite atrophiante (1). L'hypermétabolisme trachéal mis en évidence est souligné en **Figure 1**.

La patiente ne présentait pas d'autres manifestations cartilagineuses de la maladie, et en particulier aucune des chondrites habituellement rencontrées dans cette pathologie et qui permettent le plus souvent d'en faire le diagnostic.

Les corticostéroïdes oraux à forte dose associés à un traitement immunosuppresseur par l'azathioprine amélioraient finalement l'ensemble des symptômes et le TEP-scanner au 18-FDG de contrôle à 9 mois de traitement montrait une régression de l'hypermétabolisme trachéal.

Conclusion

Généralement révélée par une chondrite pathognomonique de l'oreille ou du nez, la polychondrite atrophiante peut se présenter par une chondrite trachéobronchique isolée, manifestation la plus grave de la maladie, pouvant entraîner une détresse respiratoire, voire la mort, notamment en cas d'exploration endoscopique. Le diagnostic de notre patiente était finalement apporté par la répétition d'un examen, pourtant initialement négatif, montrant l'importance de réitérer les explorations diagnostiques comme le TEP-scanner au 18-FDG, en cas de persistance de la symptomatologie.