

ABSTRACT		
Session	<input type="checkbox"/> Orale	<input checked="" type="checkbox"/> poster
Titre de la communication	<b>Fibrose pulmonaire au cours d'une pneumopathie organisée cryptogénique après COVID-19 : difficulté diagnostique et évolutive. A propos d'un cas</b>	
Auteur principal (Nom et Prénom)	<b>Dr NADJI Karima (Maître assistante en pneumologie)</b>	
Co auteurs (Nom et Prénom)	<b>M.OULAD KOUIDER, M.A.SAHOULI,S.ADJMI</b>	
Service Etablissement et ville de l'auteur principal	Unité onco-pneumologie, HMLCC (Hôpital Mixte de lutte contre le cancer) SBA	
Téléphone et Email de l'auteur principal	07 79 72 21 88 / karima.nadji@hotmail.fr	

**ABSTRACT**

**Introduction**

La pneumopathie organisée cryptogénique (POC) est une pneumopathie interstitielle idiopathique dont les manifestations cliniques et radiologiques peuvent être similaires à celles de la pneumopathie à COVID-19, rendant parfois le diagnostic différentiel difficile.

**Observation**

Nous rapportons le cas d'une patiente de 48 ans, sans antécédents particuliers, suivie pour une pneumopathie organisée cryptogénique diagnostiquée sur des arguments cliniques, radiologiques et biologiques après élimination des causes secondaires.

La symptomatologie était marquée par une dyspnée chronique progressivement aggravée, classée stade III selon l'échelle mMRC, précédée d'un syndrome pseudo-grippal fébrile. L'examen clinique retrouvait des râles crépitants basaux bilatéraux.

Le téléthorax montrait des opacités alvéolaires périphériques bilatérales prédominant aux bases. La tomodynamométrie thoracique objectivait des foyers de condensation parenchymateuse multifocaux, bilatéraux et asymétriques, sous-pleuraux et intraparenchymateux, associés à des plages en verre dépoli prédominant aux lobes inférieurs. Le lavage broncho-alvéolaire révélait une alvéolite panachée à prédominance lymphocytaire. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire avec bilan immunologique négatif. Les explorations fonctionnelles respiratoires montraient un syndrome restrictif léger avec gazométrie artérielle normale.

La patiente a été mise sous corticothérapie systémique à la dose de 1 mg/kg/j avec décroissance progressive et traitement adjuvant. L'évolution initiale était favorable avec amélioration clinique et radiologique après trois mois de traitement.

Lors de la deuxième vague de COVID-19, la patiente a présenté une aggravation de la dyspnée associée à une asthénie importante et un syndrome pseudo-grippal. La TDM thoracique montrait l'apparition de plages en verre dépoli postéro-basales bilatérales, évoquant soit une poussée de POC soit une atteinte pulmonaire liée au SARS-CoV-2. L'infection à COVID-19 a été confirmée par PCR positive avec une atteinte pulmonaire estimée entre 25 et 50 %. Un traitement conventionnel de la COVID-19 a été instauré.

Six mois plus tard, devant la persistance et l'aggravation de la dyspnée, une nouvelle TDM thoracique a mis en évidence des bronchectasies de traction et des images en rayon de miel à prédominance basale, compatibles avec une fibrose pulmonaire périphérique.

**Discussion**

Cette observation soulève la problématique du diagnostic différentiel entre une fibrose post-COVID-19 et une évolution fibrosante de la POC. Les similitudes radiologiques entre ces deux entités compliquent leur distinction.

La bonne réponse initiale à la corticothérapie ainsi que l'apparition secondaire des lésions fibrosantes après l'infection virale suggèrent un rôle aggravant de la COVID-19 dans l'évolution pulmonaire de cette patiente.

**Conclusion**

L'association entre POC et COVID-19 pose des difficultés diagnostiques, évolutives et thérapeutiques. Les données actuelles restent insuffisantes pour différencier clairement la fibrose post-COVID-19 des autres pneumopathies interstitielles fibrosantes. La place des traitements antifibrosants demeure encore discutée.

**Mots-clés :** Pneumopathie organisée cryptogénique ; COVID-19 ; fibrose pulmonaire ; pneumopathie interstitielle diffuse ; corticothérapie ; verre dépoli.