



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Pneumocystose pulmonaire en dehors de l'infection à VIH

Pneumocystis jirovecii pneumonia in non-AIDS patients

A. Roux^a, V. Lemiale^a, A. Kouatchet^b, F. Vincent^c, G. Bollée^d,
 P. Roux^e, E. Azoulay^{a,*}

^a Service de réanimation médicale, hôpital Saint-Louis, université Paris 7, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service de réanimation médicale, CHU d'Angers, 4, rue Larrey 49933 Angers cedex 09, France

^c Service de réanimation médico-chirurgicale, hôpital Avicenne, CHU Bobigny, 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France

^d Service de néphrologie, CHU Necker, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

^e Service de parasitologie mycologie, CHU Saint-Antoine, 182, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France

Reçu le 21 mars 2010 ; accepté le 4 avril 2010

Disponible sur Internet le 29 avril 2010

MOTS CLÉS

Lymphome ;
 Greffe de moelle ;
 Transplantation ;
 Prophylaxie ;
 Ventilation
 mécanique

KEYWORDS

Lymphoma ;
 Bone marrow or
 hematopoietic stem

Résumé La pneumocystose pulmonaire (PCP) reste une infection sévère chez les patients immunodéprimés. En dehors de l'infection à VIH, elle survient chez les patients transplantés d'organe solide, les patients ayant une hémopathie maligne essentiellement lymphoïde, les patients greffés de moelle, et ceux recevant des immunosuppresseurs au long cours pour connectivite ou vascularite systémique. En pathologie humaine, la PCP est causée par un agent fongique appelé *Pneumocystis jirovecii*. Au cours des deux dernières décennies, de nombreux patients recevant des thérapies intensives pour hémopathie maligne, avec parfois des thérapies ciblées, avec ou sans greffe de moelle allogénique, présentent des complications infectieuses. Afin de maintenir un haut niveau de suspicion de PCP en dehors du VIH, cette revue est centrée sur les facteurs de risque, la présentation clinique et radiographique, ainsi que les moyens du diagnostic.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary PCP is a life-threatening opportunistic infection that can occur in non-AIDS immunocompromized patients, mainly in solid organ transplant recipients, in patients with hematological malignancy and those treated for autoimmune or inflammatory diseases. In human, PCP is caused by *Pneumocystis jirovecii*. Over the last years, advances in cancer treatments (including new drugs, high dose and intensive chemotherapy with bone marrow or stem

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elie.azoulay@sls.ap-hop-paris.fr (E. Azoulay).

cell transplantation;
Organ
transplantation;
Prophylaxis;
Mechanical
ventilation

cell transplantation) and immunomodulation resulted in an increased number of patients with impaired immunity and risk for PCP. This review focuses on practical aspects relevant to risk factors, diagnosis and treatment of PCP, in order to provide to clinicians an actual clinical picture of PCP in non-AIDS patients.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La pneumocystose pulmonaire (PCP) reste une des principales causes d'insuffisance respiratoire aiguë parmi les patients VIH non connus ou non traités [1,2]. La PCP peut également mettre en cause le pronostic vital de patients immunodéprimés non infectés par le VIH (transplantés d'organe solide, corticoïdes au long cours, patients traités pour hémopathie maligne essentiellement lymphoproliférative, ou maladie auto-immune ou inflammatoire) [1,2].

Pneumocystis jirovecii (PCJ), initialement dénommé *Pneumocystis carinii*, a été identifié pour la première fois au début du ^{xx}e siècle par Chagas, puis par Carinii dans des poumons de rat. Ils pensèrent avoir mis en évidence une nouvelle forme de trypanosome. Ce n'est qu'après plusieurs années que PCJ a été reconnu comme une espèce à part entière. Pendant plusieurs décennies, *pneumocystis* fut classé comme protozoaire, jusqu'à ce que de nouvelles études phylogénétiques montrent qu'il appartenait à l'ordre des champignons [3]. Il existe différentes espèces de *pneumocystis* chacune spécifique de leur hôte, PCJ étant celle spécifique de l'homme [1].

Les récentes avancées en thérapeutique anticancéreuse (nouvelles molécules, chimiothérapie intensive, greffe de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques) et immunomodulatrice ont notablement augmenté le nombre de patients présentant une altération de l'immunité favorisant le risque de survenue de PCP. Cependant, la PCP reste anecdotique sous anti-TNF ou anti-CD52.

Nous avons voulu proposer dans cette revue, une mise au point sur la PCP chez les patients non VIH. Seront abordés des données épidémiologiques, les facteurs de risque de PCP, la présentation clinique et radiographique, les outils diagnostiques ainsi que les thérapeutiques préventives et curatives.

Transmission

Pendant de nombreuses années, la PCP était considérée comme résultant de la réactivation d'une infection latente contractée dans l'enfance. Cette théorie s'appuyait sur la prévalence importante d'anticorps anti-*pneumocystis* à un âge précoce, la fréquence élevée de PCP chez les enfants VIH+, la présence de PCJ dans des prélèvements respiratoires de patients non immunodéprimés asymptomatiques, et sur les caractéristiques intrinsèques du pathogène compatibles avec un portage chronique [4]. Cependant, plusieurs éléments ont montré que la réactivation d'une infection chronique n'est probablement pas seule en cause et que l'infection résulte vraisemblablement aussi d'une exposition environnementale ou d'une contamination interpersonnelle

[4,5]. En effet, la présence d'ADN de PCJ a été mise en évidence dans l'environnement et l'incidence de PCP est plus élevée dans certaines zones géographiques. Par ailleurs, l'acquisition de PCJ serait liée dans un certain nombre de cas à une transmission aéroportée à partir de porteur asymptomatique ou de patients atteints de PCP [5,6]. Cependant, à ce jour, l'isolement des patients avec PCP n'est pas recommandé.

Patients à risque de pneumocystose pulmonaire

Les premiers cas de PCP ont été décrits il y a une soixantaine d'années chez des nouveaux-nés prématurés et des enfants dénutris [7]. Différentes études rétrospectives ont permis l'identification des situations cliniques associées à la survenue de PCP chez les patients immunodéprimés non VIH (Tableaux 1–3). Actuellement, dans les pays développés, les patients non VIH les plus à risque de PCP sont ceux présentant une hémopathie maligne, ceux traités par de fortes doses de corticoïdes dans le cadre de cancers solides, de maladie inflammatoire ou auto-immune et les transplantés d'organe [8–11]. Parmi les patients traités pour hémopathie maligne, cinq groupes sont nettement plus à risque de PCP que les autres [12,13]: (1) les patients atteints de maladies lymphoïdes; (2) les patients recevant des stéroïdes au long cours ou à forte dose; (3) les patients greffés de moelle ou de cellules souches hématopoïétiques (surtout dans les greffes allogéniques); (4) les patients traités par anticorps anti-CD20 ou anti-CD52 et (5) les patients présentant une lymphopénie profonde et prolongée comme ceux ayant reçu une chimiothérapie par fludarabine. L'identification de ces facteurs de risque est nécessaire pour déterminer les patients qui bénéficieraient d'une prophylaxie anti-*pneumocystis* et ceux pour lesquels le diagnostic de PCP devrait être évoqué et un traitement entrepris en urgence en cas d'atteinte respiratoire.

Hémopathies malignes

Il est établi depuis longtemps que les enfants traités par chimiothérapie pour leucémie aiguë lymphoblastique sont à risque particulièrement élevé de PCP. L'étude de Hugues et al. montre un taux d'attaque de 4,1% dans cette population [14]. En fait, la PCP a été décrite dans la plupart des hémopathies malignes [12]. L'incidence exacte de PCP pour chacune des hémopathies malignes n'est pas connue, mais il semble qu'elle soit plus élevée pour les leucémies lymphoblastiques et les lymphomes non hodgkiniens, où les taux d'attaque sont de l'ordre de 0,2 à 0,5% [9,12]. Les patients ayant un cancer et qui développent une PCP le font en général après avoir reçu une chimiothérapie et des stéroïdes à forte dose ou pour une durée prolongée. Cependant, dans

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2612824>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2612824>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)