Journal de Mycologie Médicale (2010) **20**, 231—234

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

CAS CLINIQUE / CASE REPORT

Conduite à tenir face au risque d'aspergillose pulmonaire chez un patient atteint de maladie de Wegener

How to manage aspergillosis risk in a patient with Wegener's granulosis

L. Delhaes [a,*], S. Leroy [b], P. Caneiro [a], S. Ache [a], J. Bruge [a], E. Fréalle [a], N. Van Grunderbeeck [b], E. Dei-Cas [a], B. Wallaert [b]

[a] *Service de parasitologie-mycologie (EA3609 — BDEEP), CHRU de Lille, faculté de médecine, université Nord-de-France (UDSL), boulevard J.-Leclercq, 59037 Lille, France*
[b] *Service de pneumologie et immuno-allergologie, hôpital Calmette, CHRU de Lille, faculté de médecine, université de Lille-2, 59037 Lille, France*

Reçu le 2 mai 2010 ; reçu sous la forme révisée 4 June 2010; accepté le 5 juin 2010
Disponible sur Internet le 23 juillet 2010

MOTS CLÉS
Aspergillus fumigatus ;
Aspergillose pulmonaire invasive ;
Granulomatose de Wegener ;
Immunodépression (LBA) ;
Biothérapie

KEYWORDS
Immunosuppression;
Biotherapy;

Résumé À côté des populations à risque bien documentées que sont les transplantés d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques, les patients modérément immunocompromis constituent une population croissante de candidats à l'aspergillose pulmonaire invasive (API), dont le pronostic va dépendre de la rapidité du diagnostic, de sa prise en charge thérapeutique et de celle de la pathologie sous-jacente. Nous rapportons le cas d'un patient porteur d'une granulomatose de Wegener (GW) chez lequel fut mis en évidence *Aspergillus fumigatus* au niveau pulmonaire (LBA) avec une clinique évocatrice de pneumopathie (dyspnée, toux et expectoration sans fièvre) au décours du traitement immunosuppresseur standard de GW diffuse. La clinique fut améliorée sous traitement antifongique (voriconazole) ; l'immunothérapie étant également modifiée (arrêt du cyclophosphamide au profit de l'azathioprine). Les auteurs replacent la conduite à tenir face à un bilan mycologique positif dans le contexte physiopathologique de la GW ; ils discutent également la prise en charge thérapeutique d'un tel bilan chez un patient modérément immunodéprimé.
© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Beside the well-known population at risk for invasive pulmonary aspergillosis (IPA) (bone marrow and solid transplantations), new populations of immunocompromised patients (treated with corticosteroids, cyclophosphamide, and/or biotherapy...) are emerging, for which aspergillosis outcome will be improved with a rapid diagnosis, the administration of antifungal

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail: laurence.delhaes@pasteur-lille.fr, l-delhaes@chru-lille.fr (L. Delhaes).

1156-5233/$ — see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.mycmed.2010.06.002

Aspergillus fumigatus;
Invasive pulmonary aspergillosis;
Wegener's granulomatosis

drugs as well as the management of underlying disease. We report herein a case of possible IPA in a patient with Wegener granulomatosis (WG). *Aspergillus fumigatus* was isolated from BAL, associated with respiratory failure (dyspnea, cough and expectoration in the absence of fever) after initiating current immunosuppressive therapy for extensive WG. The clinical status has been improved under antifungal therapy (voriconazole); the immunosuppressive treatment was also modified cyclophosphamide being replaced with azathioprine. The authors discuss how to manage and treat such aspergillosis risk regarding WG physiopathology, taking into account the immunosuppressive therapy.
© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les aspergilloses invasives font partie des infections fongiques dont l'incidence a augmentée ces dix dernières années. En effet, l'apparition du VIH, les progrès de la médecine en antibiothérapie, en thérapie ciblée, en chimiothérapie anticancéreuse et antirejet, et le développement des techniques médicochirurgicales, de réanimation et de greffes d'organes ou de moelle ont multiplié le risque fongique, propulsant l'aspergillose au premier plan des infections nosocomiales : environ 5 % des décès enregistrés dans les hôpitaux universitaires européens chez des patients atteints de leucémie aiguë sont dus à une aspergillose pulmonaire invasive (API) [8]. À côté des populations à risque bien connues et bien documentées que représentent les transplantés d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques [8], les patients bénéficiant de traitements immunosuppresseurs considérés comme modérés (corticothérapie au long cours ou, plus récemment, l'introduction des biothérapies) constituent une population croissante de candidats de plus en plus fréquents à l'API, dont le pronostic va dépendre de la rapidité du diagnostic fongique, de sa prise en charge thérapeutique et de celle de la pathologie sous-jacente [5,7,10,11]. Or, les aspergilloses invasives ont encore à ce jour une mortalité importante en raison de leur difficulté de diagnostic et de traitement (74 à 92 %) [5,8,10]. Nous rapportons le cas d'un patient porteur d'une granulomatose de Wegener (GW) chez lequel fut mis en évidence *Aspergillus fumigatus* au niveau pulmonaire (examen direct, PCR en temps réel et culture du lavage broncho-alvéolaire [LBA] positifs) avec une clinique évocatrice de pneumopathie au décours du traitement immunosuppresseur standard (cyclophosphamide et corticoïdes) d'une GW diffuse. La clinique fut améliorée sous traitement antifongique (voriconazole), l'immunothérapie ayant été également modifiée (arrêt du cyclophosphamide au profit de l'azathioprine). Les auteurs replacent la conduite à tenir face à un bilan mycologique positif dans le contexte physiopathologique de la GW ; ils discutent également la prise en charge thérapeutique d'un tel bilan chez un patient modérément immunodéprimé.

Cas clinique

Un patient, caucasien de 58 ans, a été hospitalisé dans le service de pneumologie du CHRU de Lille pour altération de l'état général accompagnée de fièvre, dyspnée, hémoptysies et polyarthralgies. Il a présenté rapidement un syndrome de détresse respiratoire avec syndrome alvéolaire bilatéral radiologique (Fig. 1). L'endoscopie bronchique a confirmé une hémorragie alvéolaire diffuse. Sur le plan biologique, ont été retrouvées une augmentation de la CRP à 165 mg/L et une anémie à 6,9 g/dL. Le bilan rénal a révélé une protéinurie (1,18 g/l) avec hématurie microscopique et une insuffisance rénale aiguë.

Devant ce contexte clinique et la présence d'un taux élevé d'anticorps antineutrophiles cytoplasmiques (c-Anca) de spécificité antiprotéinase 3 (PR3-Anca), le diagnostic de GW a été évoqué. Le traitement associant un bolus de méthylprednisolone (15 mg/kg par jour) pendant trois jours de suite, puis six bolus de cyclophosphamide (0,5 g/m^2) toutes les trois semaines a alors été mis en œuvre et aura permis d'obtenir une amélioration clinique nette en 48 heures. Le patient bénéficiera, en relais des bolus, d'une corticothérapie par voie orale (prednisone, 1 mg/kg par jour).

Deux mois plus tard, une biopsie rénale a été réalisée devant la persistance de l'insuffisance rénale. Elle a permis de diagnostiquer une glomérulonéphrite segmentaire et focale avec fibrose d'un quart des glomérules. Le diagnostic de maladie de Wegener multiviscérale était alors confirmé, avec persistance sous traitement des anticorps c-Anca, ce qui représente un facteur prédictif de rechute.

Au décours du sixième et dernier bolus de cyclophosphamide, le patient a présenté une symptomatologie respira-

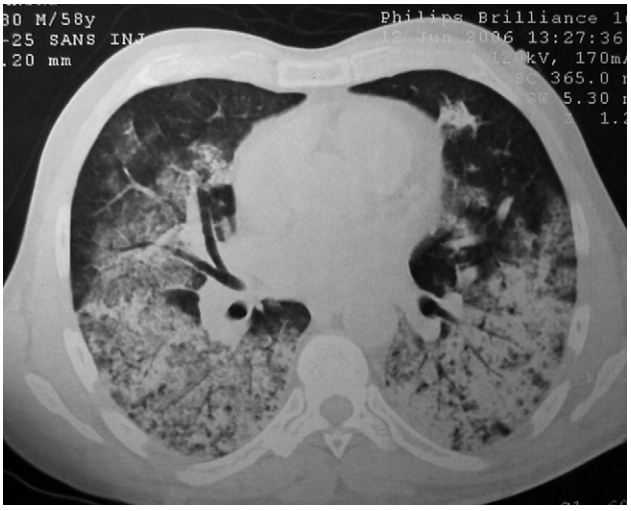

Figure 1 Syndrome alvéolaire bilatéral au scanner réalisé à l'admission.
Bilateral alveolar syndrome at the thoracic CT-scan realized during the admission.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3220070

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3220070

Daneshyari.com