



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Une aspergillose broncho-pulmonaire allergique de présentation pauci-symptomatique

Paucisymptomatic presentation of an allergic bronchopulmonary aspergillosis

E. Monge^{a,*}, P. Mascarel^b, A. Watrin^a, V. Gazaille^a

^a Service de pneumologie, CHU Félix-Guyon, 97400 Saint-Denis, Réunion

^b Service de radiologie, clinique Sainte-Clotilde, Sainte-Clotilde, Réunion

MOTS CLÉS

Aspergillose
broncho-pulmonaire
allergique ;
Aspergillose ;
Asthme ;
Bronchectasie ;
Hyperéosinophilie
pulmonaire ;
Hyperéosinophilie

KEYWORDS

Allergic
bronchopulmonary
aspergillosis;

Résumé Les présentations cliniques atypiques de pathologies pulmonaires rares peuvent poser un problème diagnostique. Dans ce cas clinique, l'aspergillose pulmonaire allergique ne se présente pas sous la forme classique d'asthme sévère mais est révélée par une toux persistante. Le scanner thoracique et les examens biologiques doivent être prescrits lorsqu'il existe un doute afin de confirmer le diagnostic. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique doivent être faits précocement dans cette pathologie afin d'éviter les complications à type de dilatation des bronches.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Clinical atypical presentations of rare lung disease can cause a diagnostic issue. In this case report, allergic bronchopulmonary aspergillosis is not like in the traditional form of severe asthma but is revealed by a persistent cough. CT scan and biological examinations

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : monge.emmanuel@laposte.net (E. Monge).

Aspergillosis;
Asthma;
Bronchiectasis;
Pulmonary
eosinophilia;
Eosinophilia

should be prescribed when there is doubt in confirming the diagnosis. Diagnostic and therapeutic management should be done early in this disease to avoid complications such as bronchiectasis.
© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA) est un des diagnostics d'asthme sévère. C'est une pathologie rare et sévère. Son diagnostic précoce est nécessaire afin d'instaurer un traitement et de limiter la destruction broncho-pulmonaire. Malheureusement certaines présentations atypiques peuvent compliquer le diagnostic.

Observation

Une femme de 47 ans d'origine mauricienne et vivant à Maurice arrive en consultation pour un deuxième avis sur des images thoraciques inquiétantes. Elle présente comme antécédent un asthme traité par budésonide et formotérol, une rhinite allergique. Il n'y a pas d'exposition toxique particulière ni de tabagisme.

La patiente rapporte depuis deux mois une toux productive isolée sans autre signe associé, sa pathologie asthmatique étant contrôlée depuis plusieurs années. Une radiographie thoracique un mois après le début des symptômes retrouve des opacités bilatérales et justifie la réalisation d'un premier scanner thoracique. Celui-ci objective des opacités alvéolaires et bronchiques bilatérales (Fig. 1). Un traitement par amoxicilline-acide clavulanique et clarithromycine est débuté pour une durée de 7 jours, apportant une amélioration. Un deuxième scanner est réalisé 2 semaines après le premier et ne montre pas d'évolution des images.

La patiente consulte dans le service pour deuxième avis, une semaine après la fin des antibiotiques.

À l'examen clinique, l'état général est bon sans perte de poids ni sueur nocturne. La patiente ne rapporte pas d'hémoptysie. La toux qui était le principal symptôme, a disparu et l'auscultation pulmonaire est normale.

L'option diagnostique prise à la fin de cette consultation est celle d'une broncho-pneumopathie aiguë bien traitée et d'évolution favorable. La persistance des images scannographiques est attribuée à un contrôle trop précoce du scanner. Il est décidé de réaliser un scanner thoracique de contrôle six semaines après la fin de l'antibiothérapie.

La patiente est perdue de vue et ne réalise pas le scanner de contrôle. Elle revient en consultation cinq mois plus tard. Elle présente depuis un mois des sueurs nocturnes et une récurrence de la toux peu productive avec quelques crachats hémoptoïques. Elle signale des douleurs paravertébrales gauches soulagées par la prise d'anti-inflammatoires non

stéroïdiens. Elle n'a pas noté de perte de poids, d'anorexie ou de fièvre.

La radiologie de contrôle retrouve une aggravation des images avec apparition de masses arrondies bilatérales et d'images d'allure tubulée (Fig. 2).

La patiente est hospitalisée, le nouveau scanner thoracique objective des images tubulées dont l'aspect en doigt de gants fait évoquer de volumineuses dilatations des bronches bilatérales et proximales (Fig. 3). Ces dilatations des bronches sont le siège d'impactions mucoïdes spontanément hyperdenses et en amont de ces dernières on retrouve une condensation correspondant à une pneumopathie rétentive. Ces images sont très évocatrices d'une aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA). Il existe une adénopathie de la fenêtre aorto-pulmonaire.

Le bilan complémentaire confirme ce diagnostic. La numération formule sanguine (NFS) retrouve une hyperéosinophilie majeure à 4030 éléments/mm³. Les immunoglobulines E (IgE) totales sont supérieures à 2500 UI/mL, la recherche d'anticorps anti-*Aspergillus fumigatus* est positive, la recherche d'IgE spécifiques ainsi que le prick-test *A. fumigatus* sont positifs. Il existe également un syndrome inflammatoire majeur avec une CRP à 149 mg/L. Trois examens des crachats confirment l'absence de BAAR au direct (les cultures sont négatives). À la fibroscopie bronchique, il est observé des plaques blanchâtres à l'entrée des bronches segmentaires du lobe supérieur gauche. Sur le prélèvement per-endoscopique, on ne retrouve pas de filament à l'examen direct mais la culture revient positive à *Aspergillus*. La patiente est mise sous corticothérapie à 1 mg/kg et itraconazole. L'état pulmonaire s'améliore rapidement sous traitement.

Discussion

Démarche diagnostique

À l'issue de la première consultation, le diagnostic d'ABPA n'est pas évoqué. La symptomatologie est évocatrice d'une broncho-pneumopathie non spécifique. Les images scannographiques sont atypiques mais devant l'amélioration clinique et le bon état général de la patiente, une décision attentiste est prise. Elle consiste à reconstruire le scanner à distance. Devant une atteinte infectieuse broncho-pulmonaire, on se laisse « classiquement » un délai de six semaines avant de réaliser un nouveau scanner. Un contrôle scannographique trop précoce retrouve souvent des images liées à l'infection initiale et va aboutir à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419380>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419380>

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