

## Infections aspergillaires broncho-pulmonaires du sujet non immunodéprimé

J. Camuset<sup>1,2</sup>, A. Lavolé<sup>2</sup>, M. Wislez<sup>2</sup>, A. Khalil<sup>3</sup>, A. Bellocq<sup>4</sup>, B. Bazelly<sup>5</sup>, C. Mayaud<sup>2</sup>, J. Cadranel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de Pneumologie, Hôpital Victor-Dupouy, Argenteuil.

<sup>2</sup> Service de Pneumologie et Réanimation Respiratoire,

<sup>3</sup> Service de Radiologie,

<sup>4</sup> Service d'Exploration Fonctionnelle,

<sup>5</sup> Service de Chirurgie Thoracique,

Hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75970 Paris Cedex 20.

**Correspondance :** J. Cadranel, à l'adresse ci-dessus.  
jacques.cadranel@tnn.aphp.fr

155

### Résumé

La définition des infections aspergillaires broncho-pulmonaires chez les patients non immunodéprimés reste vague et de nombreuses entités cliniques, radiologiques et anatomopathologiques ont été décrites avec une variété de dénominations, i.e. aspergillome simple, aspergillome complexe, aspergillose semi-invasive, aspergillose pulmonaire chronique nécrosante, aspergillose chronique cavitaire, fibrosante ou pleurale, trachéobronchite aspergillaire pseudo-membraneuse et aspergillose invasive. Néanmoins, ces entités partagent des caractéristiques communes, suggérant qu'elles appartiennent au même groupe d'infections aspergillaires : 1- altération locale ou systémique des défenses anti-infectieuses (alcool, tabac, diabète) ; 2- maladie broncho-pulmonaire sous-jacente responsable ou non de cavités pleurales ou broncho-pulmonaires résiduelles (tuberculose active ou séquelles tuberculeuses, dilatation des bronches, sarcoïdose, BPCO) ; 3- utilisation fréquente d'une corticothérapie prolongée orale ou systémique à faible dose ; 4- absence de ou faible invasion vasculaire, présence d'une réaction granulomateuse et faible tendance métastatique. À l'exception de l'aspergillose invasive, il n'y a pas de recommandations sur le traitement des infections aspergillaires broncho-pulmonaires du patient non immunodéprimé. L'embolisation bronchique peut stopper une hémoptysie dans certains cas. La chirurgie qui s'accompagne d'une morbi-mortalité élevée, est généralement impossible du fait de l'altération de la fonction respiratoire ou de la sévérité des co-morbidités. Beaucoup de cas cliniques ou de petites études rétrospectives ont rapporté l'efficacité de nombreux agents anti-fongiques. Les triazoles per os, i.e. l'itraconazole et, en particulier, le voriconazole apparaissent appropriés pour le traitement des infections

### Summary

#### Bronchopulmonary aspergillosis infections in the non-immunocompromised patient

The definition of broncho-pulmonary aspergillosis infections in non-immunocompromised patients remains vague and a wide range of clinical, radiological and pathological entities have been described with a variety of names, i.e. simple aspergilloma, complex aspergilloma, semi-invasive aspergillosis, chronic necrotizing pulmonary aspergillosis, chronic cavitary and fibrosing pulmonary and pleural aspergillosis, pseudomembranous tracheobronchitis caused by *Aspergillus*, and invasive aspergillosis. However, these disease entities share common characteristics suggesting that they belong to the same group of pulmonary aspergillosis infectious disorders: 1- a specific diathesis responsible for the deterioration in local or systemic defenses against infection (alcohol, tobacco abuse, or diabetes); 2- an underlying bronchopulmonary disease responsible or not for the presence of a residual pleural or bronchopulmonary cavity (active tuberculosis or tuberculosis sequelae, bronchial dilatation, sarcoidosis, COPD); 3- generally, the prolonged use of low-dose oral or inhaled corticosteroids and 4- little or no vascular invasion, a granulomatous reaction and a low tendency for metastasis. There are no established treatment guidelines for bronchopulmonary aspergillosis infection in non-immunocompromised patients, except for invasive aspergillosis. Bronchial artery embolization may stop hemoptysis in certain cases. Surgery is generally impossible because of impaired respiratory function or the severity of the comorbidity and when it is possible morbidity and mortality are very high. Numerous clinical cases and short retrospective series have reported the effect over time of

aspergillaires broncho-pulmonaires du patient non immunodéprimé.

**Mots-clés :** Aspergillome. Aspergillose pulmonaire chronique nécrosante. Aspergillose pulmonaire invasive. Aspergillose trachéo-bronchique nécrosante ou pseudo-membraneuse. Mycétome. Traitement antifongique.

the various antifungal agents available. Oral triazoles, i.e. itraconazole, and in particular voriconazole, appear to provide suitable treatment for broncho-pulmonary aspergillosis infections in non-immunocompromised patients.

**Key-words:** Aspergilloma. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis. Invasive pulmonary aspergillosis. Necrotizing tracheobronchic aspergillosis. Pseudomembranous tracheobronchitis caused by *Aspergillus*. Antifungal treatment.

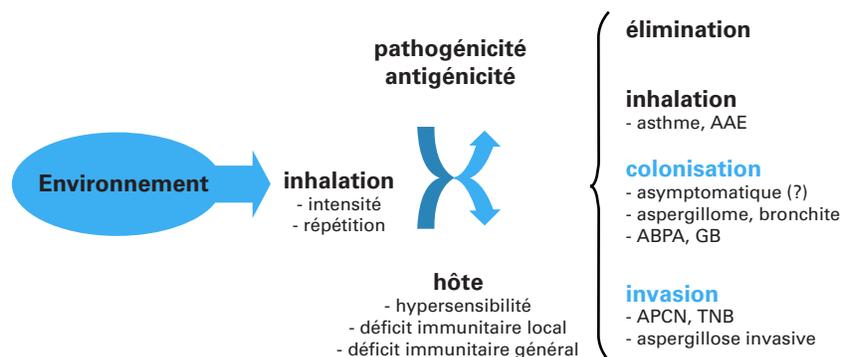
156

Les *Aspergillus species* sont responsables d'un large éventail de maladies respiratoires mais aussi de maladies disséminées. Environ 30 espèces d'*Aspergillus* sont pathogènes pour l'homme, mais *Aspergillus fumigatus* est responsable de 90 % des atteintes respiratoires, puis viennent *Aspergillus flavus* et *Aspergillus niger*. Les maladies respiratoires aspergillaires peuvent concerner les tissus trachéobronchique, pulmonaire ou pleural. Leur expression clinique dépend des caractéristiques de l'exposition aspergillaire (importance de l'inoculum ou de la répétition de l'exposition), de la présence ou non d'une altération des défenses anti-infectieuses locales (intégrité de la muqueuse bronchique et du mucus ou de la barrière alvéolo-capillaire) et de la sévérité d'un éventuel déficit immunitaire général associé (figure 1).

Les *Aspergillus* peuvent initier une réponse immunitaire exagérée et se trouver responsables d'une pneumopathie d'hypersensibilité, d'un asthme ou d'une « aspergillose broncho-pulmonaire allergique » (ABPA). Chez les patients immunodéprimés, l'*Aspergillus* peut envahir

la muqueuse des voies aériennes, causant une « aspergillose trachéo-bronchique nécrosante » (ou « aspergillose trachéo-bronchique pseudo-membraneuse ») ou le parenchyme pulmonaire, entraînant alors une « aspergillose pulmonaire invasive », puis se disséminer par voie hématogène à tout l'organisme.

En l'absence de réponse immunitaire exagérée ou de déficit immunitaire marqué, l'*Aspergillus* peut coloniser les voies aériennes entraînant une simple bronchite aspergillaire, notamment chez les patients présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) post-tabagique, une dilatation des bronches ou une mucoviscidose, ou coloniser une cavité pré-existante bronchique, pulmonaire ou pleurale et former un « mycétome », responsable d'un « aspergillome ». Dans certains cas, ces formes d'aspergillose localisée s'accompagnent d'une invasion loco-régionale et sont regroupées sous les termes variés d'« aspergillose pulmonaire chronique nécrosante », d'« aspergillose semi-invasive », d'« aspergillose granulomateuse chronique ».



**Figure 1.** - Les différents types d'aspergilloses respiratoires. AAE : alvéolite allergique extrinsèque ; ABPA : aspergillose broncho-pulmonaire allergique ; GB : granulomateuse bronchocentrique ; APCN : aspergillose pulmonaire chronique nécrosante ; TBN : trachéo-bronchite nécrosante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3420103>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3420103>

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