



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Autobullectomie post-infectieuse

Post-infectious autobullectomy

J. Vella-Boucaud^{a,*}, S. Chouabe^b, F. Bourin^b,
J. Nardi^a, J.-M. Perotin^a, F. Lebargy^a, G. Deslee^a

^a Service des maladies respiratoires, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51092 Reims cedex, France

^b Service de pneumologie, centre hospitalier de Charleville-Mézières, 45, avenue de Manchester, BP 10900, 08011 Charleville Mézières cedex, France

Reçu le 7 août 2013 ; accepté le 18 décembre 2013

MOTS CLÉS

Bulle ;
Emphysème ;
Régression
spontanée ;
Infection

Résumé

Introduction. — Les bulles d'emphysème sont définies par un espace aérien de plus de 10 mm de diamètre. La régression ou la disparition spontanée des bulles est rare, décrite sous le terme d'« autobullectomie ».

Observation. — Nous rapportons l'observation d'un patient de 37 ans, fumeur actif (10 paquets-années), aux antécédents d'emphysème bulleux avec une bulle lobaire supérieure droite et de pneumothorax gauche traité chirurgicalement en 2005. Le patient est hospitalisé en septembre 2010 pour une pneumonie aiguë communautaire droite avec infection de la bulle lobaire supérieure droite. Aucun germe spécifique n'est identifié. L'évolution clinique est favorable sous bi-antibiothérapie (lévofloxacine, ceftriaxone) pendant 3 semaines. Sur le plan radiologique, on note un épaississement des parois de la bulle et une diminution progressive du volume de la bulle. En juin 2011, la tomodensitométrie thoracique montre une régression complète de la bulle lobaire supérieure droite.

Conclusion. — Nous rapportons une disparition complète d'une bulle après un épisode infectieux, permettant d'obtenir une « autobullectomie ». Les mécanismes évoqués sont une occlusion inflammatoire bronchiolaire liée à l'infection et/ou une fibrose des parois.

© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : juliette.vellaboucaud@hotmail.fr (J. Vella-Boucaud).

KEYWORDS

Pulmonary bulla;
Emphysema;
Spontaneous
regression;
Infection

Summary

Introduction. — Bullous emphysema is defined as an airspace of more than 10mm in diameter. The spontaneous regression or disappearance of a bulla is unusual, described as an "autobullectomy".

Case report. — We report the case of a 37-year-old man with a 10-pack/year history of smoking, a history of pneumothorax surgically treated in 2005, and emphysema with a bulla in the right upper lobe. In September 2010, the patient was hospitalized for a community-acquired pneumonia associated with an air-fluid level in the bulla. Clinical symptoms improved with a course of antibiotics (levofloxacin, ceftriaxone) for 3 weeks. Chest X-rays showed a progressive decrease in the size of the bulla. In June 2011, a chest CT scan showed complete regression of the bulla in the right upper lobe.

Conclusions. — We report the complete regression of a bulla after infection, leading to an "autobullectomy". It can be hypothesized that the mechanisms might involve fibrosis of the walls and/or the obstruction of the bronchus supplying the bulla.

© 2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les bulles d'emphysème sont définies par un espace aérien de plus de 10mm de diamètre. Elles ne participent que très partiellement à la ventilation et ne sont pas perfusées. En cas d'élargissement avec piégeage aérien, elles peuvent devenir compressives ou se compliquer de pneumothorax, infection ou hémorragie et nécessiter une prise en charge chirurgicale. La régression ou la disparition spontanée des bulles est rare, décrite sous le terme d'« autobullectomie ». Nous rapportons un cas d'autobullectomie observé après une infection pulmonaire.

Observation

Monsieur L., 37 ans, fumeur actif (10 paquets-années), est connu du service de pneumologie depuis 2005, suite à la prise en charge chirurgicale d'un pneumothorax gauche après échec d'un drainage. À cette occasion, une bulle lobaire supérieure droite (Fig. 1A, B et C) avait été mise en évidence. Le taux d'alpha-1-antitrypsine était normal. Les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) réalisées en 2005 étaient dans les limites de la normale (Tableau 1).

L'indication chirurgicale de bullectomie n'avait pas été retenue.

En septembre 2010, le patient est hospitalisé pour une douleur thoracique droite d'apparition brutale, avec une fièvre à 39°C et un syndrome inflammatoire biologique (CRP=250 mg/L). La radiographie thoracique initiale ne montre qu'un épaississement de la paroi inférieure de la bulle lobaire supérieure droite (Fig. 2, j0). L'évolution radiologique est marquée par l'apparition d'un niveau hydro-aérique au niveau de la bulle lobaire supérieure droite (Fig. 2, j7). Le scanner thoracique montre une condensation parenchymateuse au contact de la bulle lobaire supérieure droite (Fig. 1D, E et F). La bronchoscopie est normale et les prélèvements ne mettent pas en évidence de germe. Un scanner sinusien est réalisé et révèle une sinusite maxillaire gauche avec foyer infectieux dentaire, nécessitant une extraction dentaire. La sérologie aspergillaire est négative. L'évolution clinique est favorable sous bi-antibiothérapie (lévofloxacine, ceftriaxone) pendant 3 semaines. Le suivi radiologique montre un épaississement des parois de la bulle (Fig. 2, j35) et une diminution progressive du volume de la bulle (Fig. 2, j60).

En juin 2011, le patient est asymptomatique sur le plan respiratoire. La radiographie de thorax et la tomodensitométrie thoracique montrent une régression complète de la bulle lobaire supérieure droite (Fig. 1G, H, I et Fig. 2, 9 mois). Les EFR montrent une légère augmentation de la CV et du VRE et un trouble ventilatoire restrictif modéré (CPT inférieure au 5^e percentile) (Tableau 1).

Tableau 1 Évolution de la fonction pulmonaire chez le patient, avant (2005) et après (2011) autobullectomie.

	2005	2011
VEMS (L, %)	3,1 (81)	3 (83)
CV (L, %)	4,18 (89)	4,2 (96)
VEMS/CVF	0,78	0,71
VR (L, %)	1,26 (76)	0,7 (38)
CPT (L, %)	5,44 (86)	4,9 (77)
VRE (L)	2	2,4
CRF (L)	3,3	3,1

VEMS : volume expiratoire maximal par seconde ; CV : capacité vitale ; VR : volume résiduel ; CPT : capacité pulmonaire totale ; VRE : volume de réserve expiratoire ; CRF : capacité résiduelle fonctionnelle ; CRF mesurée par pléthysmographie.

Discussion

Nous rapportons le cas d'un jeune patient porteur d'une bulle lobaire supérieure droite disparaissant complètement après la survenue d'un épisode infectieux.

Le terme d'« autobullectomie » a été utilisé pour la première fois en 1991 [1]. La physiopathologie de l'autobullectomie demeure mal connue. L'un des mécanismes le plus souvent évoqué est une occlusion inflammatoire de la bronchiole de drainage. En isolant la bulle, l'air et le liquide disparaîtraient progressivement. Une fibrose des parois de la bulle pourrait également être impliquée dans

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5874775>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5874775>

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