

Aspergillose pulmonaire invasive chez l'immuno-compétent : à propos d'un cas

Hammadi J, Majdoub Fehri S, Abdenneji S, Dorgham D, Kwash H

Service de Pneumologie, Hôpital universitaire de Gabès

Introduction:

Aspergillus englobe un groupe de champignons ubiquitaires auxquels l'être humain est quotidiennement exposé. Il est rarement pathogène chez le patient immunocompétent.

Objectifs:

Nous présentons à travers ce travail un cas d'aspergillose pulmonaire invasive à *Aspergillus fumigatus* chez une patiente immunocompétente.

Observation :

- * Patiente âgée de 21 ans, Originaire de Gabès
- * Sans antécédents pathologiques notables
- * Elle se présentait aux Urgences de Gabès pour fièvre évoluant depuis quelques semaines non améliorée par un traitement symptomatique.

- * A l'examen :
 - fébrile à 39°, eupnéique avec SpO₂:97%, - Tachycarde à 111 bpm.
 - L'auscultation pulmonaire: un silence auscultatoire au niveau de la base droite.

*La radiographie du thorax a montré un aspect en faveur d'une pleuro pneumopathie de la base droite (Fig1)



Fig 1

- La biologie : hyperleucocytose à 24500 élm /mm³ et une CRP à 321 mg/L.
- Elle a été mise initialement sous bi antibiothérapie : céphalosporine 3ème génération et une lévofloxacine.
- L'évolution a été marquée par une aggravation sur le plan clinique; la patiente est devenue fébrile à 40°, polynéique à 35 cycles/min avec un tirage inter costale, tachycarde à 135 bpm et elle a présenté une désaturation à 93%. Devant cette aggravation, une radiographie thoracique faite a montré l'apparition de multiples opacités alvéolaires qui sont devenues bilatérales (2), et un bilan biologique fait a montré une ascension du syndrome inflammatoire biologique

- > L'antibiothérapie est changée par : Impipénème (Tienam) + Aminosides (Amiklin)
- > l'évolution a été marquée par une aggravation clinique et radiologique : apparition d'une opacité excavée au niveau de la base droite (Fig 3).

Angio-scanner thoracique : aspect d'embolie pulmonaire bilatérale sans signes de gravité, une atteinte pulmonaire associant une atteinte vasculaire à type de thrombose et de dilatation artérielle, des condensations péricoronaire-vasculaires, des masses et nodules excavés pouvant cadrer avec une atteinte fongique invasive.

Sérologie aspergillaire : positive.

Le diagnostic d'API compliquée d'embolie pulmonaire a été retenu

Traitement spécifique par voriconazole et anticoagulation curative.



Fig 2



Fig 3

A deux mois de traitement avec une bonne évolution sur les plans clinique, biologique et radiologique.

Discussion:

Les aspergilloses pulmonaires invasives (API) sont définies par l'invasion aiguë des différentes structures anatomiques du parenchyme pulmonaire par des filaments mycéliens d'*Aspergillus*. La contamination aérienne explique que les sites primitifs d'infection sont en premier lieu les poumons et à un degré moindre, les sinus (1). C'est une pathologie sévère avec une lourde morbi-mortalité et représente l'infection fongique la plus fréquente chez les patients fortement immunodéprimés (2), mettant en jeu leurs pronostic vital (1). Le diagnostic doit être évoqué chez tout patient immunodéprimé qui présente une pneumonie résistante aux antibiotiques ou compliquée d'hémoptysies (1). Les aspects tomométriques caractéristiques de l'API sont les nodules et condensations avec signes de halo et/ou excavations (3). Dans notre cas, la patiente est immunocompétente et le diagnostic de l'API a été suspecté devant la résistance de sa pneumopathie aux ATB et l'aggravation clinique et radiologique. Le diagnostic de l'API repose généralement sur les données radiologiques, l'étude mycologique, la recherche des antigènes solubles ainsi que sérologie aspergillaire. La prise en charge des aspergilloses invasives est complexe, et nécessite souvent une prise en charge lourde (4). Dans notre situation, un traitement à base de voriconazole était instauré.

Conclusion : Le diagnostic d'API comme étant une pathologie mortelle doit être évoquée chez les patients immunodéprimés ou apparemment immunocompétents " qui présentent une pneumonie résistante aux antibiotiques .

Bibliographie:

- (1): DR P. GERMAUD, Aspergilloses pulmonaires : du diagnostic au traitement, REV. PNEUMOL. CLIN., 2004, 60, 6-5S11-5S18.
- (2): Saint-Léger P. Aspergillose pulmonaire invasive chez le patient immunocompétent grippé. Med Mal Infect (2018), Pages 2.
- (3): E. Blancharda, F. Gabrielb, C. Jeanne-Leroyer, V. Servantd, P.-Y. Dumase, Aspergillose pulmonaire invasive, Revue des Maladies Respiratoires (2018) 35, 171–187
- (4): Dr kontoyiannis, les points critiques dans le traitement d'une Aspergillose invasive, médecine et maladies infectieuses 37 (2007)9-11.