



Maladie de Carrington ou la pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles : à propos d'un cas

L.BOUKHIDOUS, A. THOUIL, M. AHARMIM, H. KOUISMI, J. BOURKADI

Service de pneumologie-physiologie, hôpital Moulay Youssef CHU Ibn Sina RABAT

Introduction

Les pneumopathies à éosinophiles constituent un groupe hétérogène de maladies caractérisés par une augmentation des éosinophiles dans le lavage broncho-alvéolaire associé fréquemment à une hyperéosinophilie sanguine. Les étiologies sont nombreuses et le diagnostic d'une pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles reste un diagnostic d'élimination mais primordial vu le bon pronostic sous corticothérapie initiée en temps opportun.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59 ans ayant comme antécédents une exposition à la poussière de sable et l'encre utilisé pour écriture coranique, sans notion de prise médicamenteuse, de symptomatologie digestif ou cutané associées ou voyage en zone tropicale, qui consulte pour une dyspnée évoluant depuis 8 mois d'aggravation progressive devenant stade II mMRC associée à une toux chronique sèche.

L'examen clinique trouve un patient conscient, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec une SaO₂ : 97% AA et un examen pleuro-pulmonaire sans particularité avec notion d'asthénie, anorexie et fièvre non chiffrée.

La radiographie pulmonaire montre des opacités réticulo-micronodulaires bilatérales et le scanner thoracique objective un aspect en verre dépoli avec condensations bilatérales périphériques.

Sur la numération formule sanguine on note une hyperéosinophilie sanguine à 2000mg/l, la fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire retrouve une hyperéosinophilie à 29%, par ailleurs les anticorps anti-nucléaires, les ANCA, l'anti CCP, et le facteur rhumatoïde sont négatifs.

Le bilan fonctionnel respiratoire a mis en évidence un léger syndrome restrictif avec une CPT à 86%, le test de marche 6 min ne trouve pas une désaturation à l'effort et une DLCO normale.

Le traitement médical été basé sur la corticothérapie orale à raison de 0.5 mg/Kg avec une amélioration clinique favorable au bout de deux mois.

Radio thoracique face :
Opacités de tonalité hydrique, réticulo-

TDM thoracique : verre dépoli avec condensation périphériques

Discussion

La maladie de CARRINGTON est rare, représentant 3% de l'ensemble des pneumopathies interstitielles diffuses avec une prévalence chez les femmes 2/1 et une moyenne d'âge de 45 ans, et la majorité des patients sont non-fumeurs (2) cette dernière coïncide avec ce patient.

Les 2/3 ont un asthme et la moitié ont une atonie familiale.

Conformément à la littérature l'évolution est progressive sur plusieurs mois marqué par une dyspnée chez 60 à 90% des cas, une toux chez 90% des cas, associé à une asthénie anorexie et fièvre (2).

Le 1/3 des patients présente une anomalie à l'examen clinique.

Radiologiquement l'atteinte se manifeste par des infiltrats bilatérales surtout périphériques dans 25% des cas, le scanner thoracique haute résolution met en évidence des condensations bilatérales périphériques sous pleurales prédominant les lobes supérieurs (1) comme rapporté chez ce patient.

Biologiquement l'hyperéosinophilie sanguine de 20 à 30 % est présente chez la majorité des patients qui n'ont pas reçus de corticothérapie, alors qu'une hyperéosinophilie supérieure à 25% sur le liquide broncho-alvéolaire confirment le diagnostic (1), c'est le cas de notre patient.

Concernant les explorations fonctionnelles respiratoires, généralement la moitié des patients ont un syndrome restrictif (1), en effet notre patient a un syndrome restrictif léger.

Le traitement repose principalement sur une corticothérapie orale par une dose minimale efficace, bien qu'une résolution spontanée soit possible (1).

Conclusion

Les pneumopathies à éosinophiles regroupent des pathologies respiratoires de causes variées, par ailleurs il faut éliminer les causes évidentes ; avant de maintenir le diagnostic de la pneumopathie chronique idiopathique à éosinophile.