

Les aspergillomes pulmonaires : à propos de 73 cas

Msika S., Nahidi M., Arfaoui H., Jabri H., El Khattabi W., Afif M H.

Service des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

- ❑ L’aspergillose pulmonaire regroupe plusieurs pathologies liées à la présence de champignons du genre Aspergillus dans les voies aériennes
- ❑ L’aspergillome pulmonaire est l’ensemble des manifestations liées au développement de ce champignon du genre Aspergillus le plus souvent fumigatus dans une cavité préexistante soit unique ou multiple

BUT DU TRAVAIL

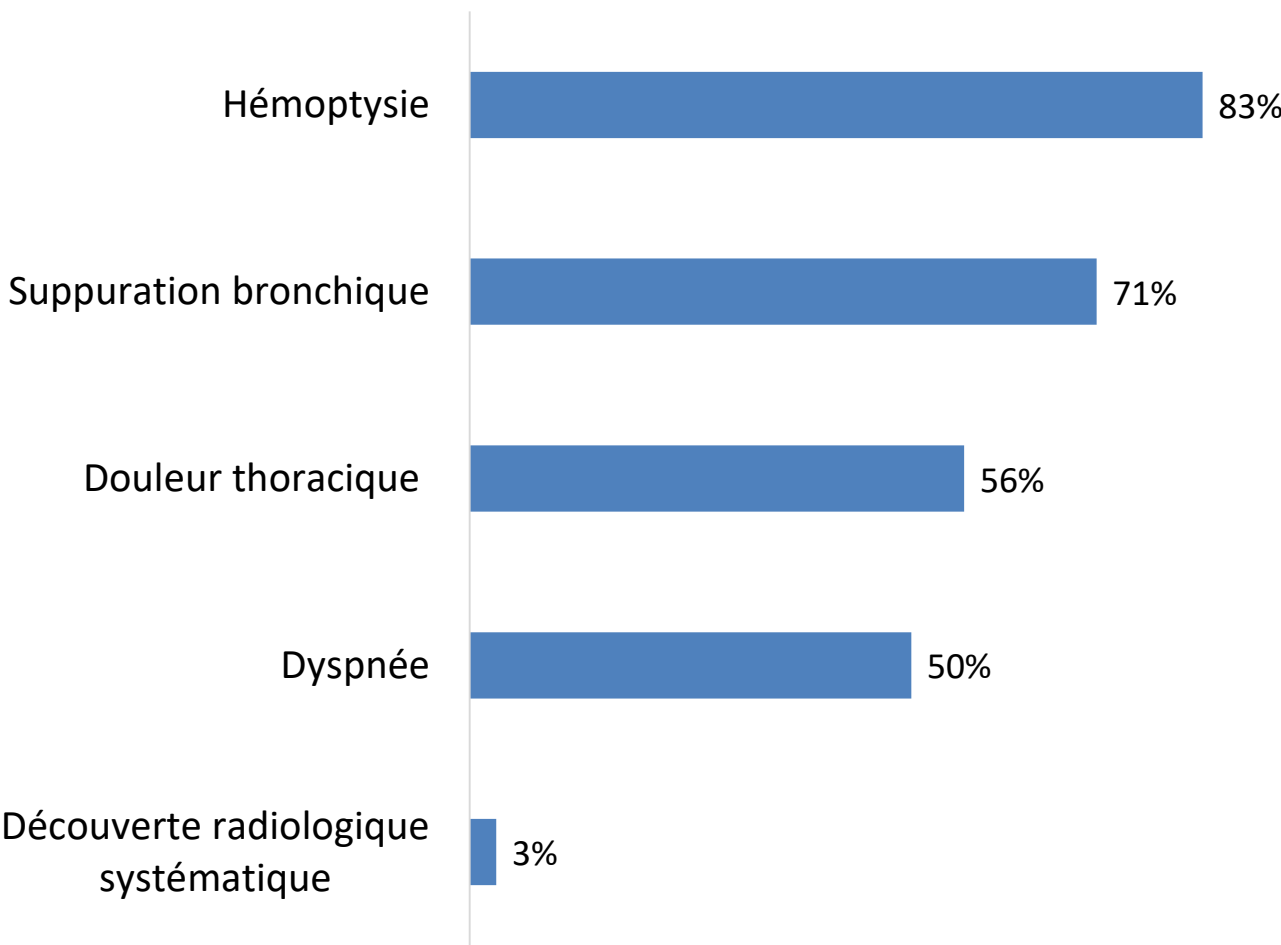
Déterminer le profil épidémiologique, les moyens diagnostiques notamment la sérologie aspergillaire et thérapeutiques.

MATERIEL ET METHODES

- ❑ Etude rétrospective allant du 1er janvier 2000 à juillet 2022 au service de pneumologie 20 Août 1953
- ❑ Une fiche d’exploitation a recueilli les données suivantes, âge et sexe des patients, les antécédents pathologiques, le tableau clinique, le tableau radiologique, le bilan biologique et immunologique, les résultats de l’endoscope bronchique et la prise en charge thérapeutique

RESULTATS

- ❑ Nombre de cas colligés : 73 patients
- ❑ Moyenne d’âge : 44 ans
- ❑ Sexe: prédominance masculine 57 des cas
- ❑ Terrain d’immunodépression
 - Diabète : 14% des cas
 - Cardiopathie : 14% des cas
 - LLC : 1,4% des cas
- ❑ Lésions pulmonaires prédisposantes :
- ❑ Type intracavitaire développés sur:
 - Tuberculose pulmonaire à microscopie positive : 90% des cas
 - Kyste hydatique pulmonaire : 3 cas
 - Cavité séquellaire post –opératoire : 4 cas
 - Dilatation de bronches : 2 cas
 - Aspergillome pulmonaire : 2 cas



- ❑ **Imagerie thoracique**
 - Radiographie thoracique
 - Image en grelot : 31% des cas
 - Images cavitaires : 27% des cas
 - Parenchyme détruit : 24,5% des cas
 - Opacités alvéolaires : 14,5% des cas
 - Tomodensitométrie thoracique (photo 2)
 - Image en grelot déclive et mobile : 54% des cas (figure1)
 - ✓ Siège au lobe supérieur : 80% des cas
 - ✓ Multiples et bilatéraux : 20% des cas
 - Epaissement irrégulier des parois cavitaires : 19% des cas (figure2)
 - Destruction parenchymateuse : 19% des cas (figure2)
 - Image de truffe mycélienne non mobile occupant la majeure partie d’une cavité : 6,8% des cas (figure3)

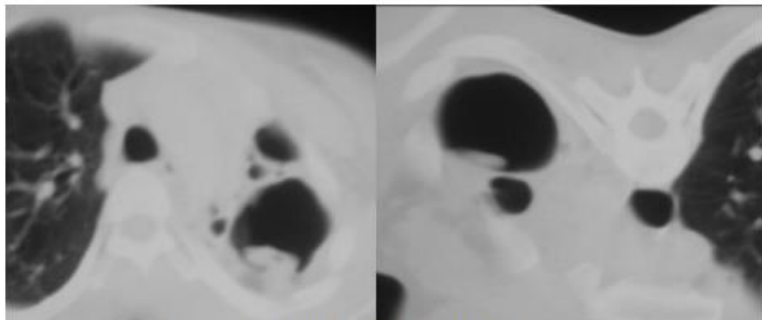


Figure 1: Image en grelot du sommet gauche mobile

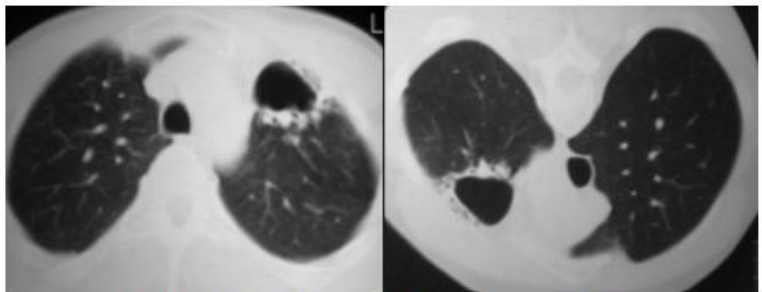


Figure 2: cavité apicale gauche avec un épaissement irrégulier isolé des parois cavitaires

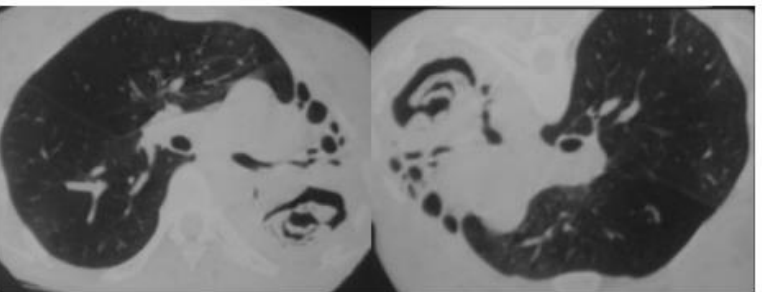


Figure 3: destruction parenchymateuse pulmonaire gauche siège d'une cavité lobaire inférieure avec en son sein une truffe mycélienne mobile aux changements de position

- ❑ **Sérologie aspergillaire** (méthode d’hémagglutination indirecte)
 - Positive : 64% des cas
 - Négative : 29% des cas (terrain d’immunodépression)
 - Limite : 7% des cas
- ❑ **Bronchoscopie souple** réalisée chez 50 patients (les autres patients présentaient des contrindications)
 - Etat inflammatoire des bronches : 80% des cas
 - Sécrétions purulentes abondantes : 20% des cas
 - Saignement spontané : 12% des cas
 - Culture sur milieu de Sabouraud du liquide d’aspiration bronchique faite chez tous nos patients a permis l’isolément d’Aspergillus fumigatus : 9 cas
- ❑ **Traitement**
 - Traitement chirurgical : 60% des cas, ayant
 - Traitement médical (Itraconazole ou voriconazole) pour les patients non opérables : 39% des cas
 - **Evolution** : marquée par des complications locorégionales :
 - Hémoptysies répétées, suppurations bronchiques
 - rechute : détectée par la sérologie aspergillaire
 - Passages vers d’autres maladies aspergillaires plus graves (aspergillose invasive).

DISCUSSION

Les aspergillomes pulmonaires sont des manifestations les plus fréquentes des infections du tractus respiratoires dues au développement dans une cavité préexistante unique ou multiple des champignons du genre Aspergillus. ❑ Le champignon Aspergillus est constitué de plus de 300 espèces, dont environ 30 sont pathogènes pour l’homme, avec A. fumigatus en cause dans 80 à 90% des atteintes respiratoires ❑ La cavité préexistante en cause est le plus souvent une séquelle de tuberculose tel est le cas dans notre série. Il peut s’agir d’une cavité séquellaire post-opératoire, de kyste hydatique pulmonaire rompu ❑ L’aspergillome pulmonaire peut se voir à tout âge avec une prédilection des sujets adultes de sexe masculin et moyenne d’âge varie entre 36 ans et 59 ans ❑ L’hémoptysie est la principale manifestation clinique, tel est aussi le cas dans notre série ❑ L’image en grelot est l’anomalie radiologique évocatrice de l’aspergillome pulmonaire chez la majorité de nos patients (22 cas) ce qui contraste avec les données de la littérature. Elle peut être unique ou multiple, mobile ou non. ❑ La confirmation du diagnostic d’aspergillome pulmonaire se fait par: • La sérologie aspergillaire: quasiment toujours positive, sauf lorsqu’il s’agit d’une espèce autre que A Fumigatus ou lorsque le malade est sous corticothérapie. • La mise en évidence du champignon dans des prélèvements répétés: Dans le liquide du lavage bronchiolo alvéolaire : examen cytot bactériologique des expectorations, aspiration bronchique, prélèvement distal protégé per-endoscopique,... ❑ La sérologie aspergillaire correspond à la détection des anticorps dans le sérum des patients, le terme sérodiagnostic recouvrant, en plus, la recherche d’antigènes ou d’autres molécules d’origine fongique dans le sérum. ❑ La méthode d’hémagglutination indirecte manque de spécificité. Elle devrait être couplée à une technique d’immunoprécipitation. ❑ La détection des anticorps anti-Aspergillus est réalisée depuis plus de 50 ans pour le diagnostic de différentes pathologies aspergillaires d’évolution chronique, comme l’aspergillome puis, plus tard, l’aspergillose chronique nécrasante. ❑ La recherche est indiquée pour le diagnostic initial de la maladie aspergillaire et son suivi, que ce soit l’évolution sous traitement ou la détection de rechutes. ❑ Son intérêt est limité pour le diagnostic des aspergilloses invasives aiguës, face à la détection des antigènes galactomannanes. Les résultats sérologiques pour un patient donné doivent être, comme d’habitude, interprétés en fonction de sa clinique et des autres données disponibles (imagerie, biologie dont la mycologie) ❑ La chirurgie est le seul traitement essentiel de l’aspergillome pulmonaire. En cas de contre indication et si l’aspergillome est symptomatique on peut proposer un traitement antifongique, lorsque l’aspergillome pulmonnaire est asymptomatique, on se contentera d’une surveillance.

CONCLUSION

L’aspergillome pulmonaire unique ou multiple pose un problème de prise en charge thérapeutique. Il faut rechercher une greffe aspergillaire à priori devant des hémoptysies sur séquelles de tuberculose. la sérologie aspergillaire, examen simple et peu coûteux, garde un intérêt particulier dans l’arsenal diagnostique de l’aspergillome pulmonaire dans notre contexte

REFERENCES

1. Patterson C, Streck M. Diagnosis and Treatment of Pulmonary Aspergillosis Syndromes . Chest 2014;146(5): 1358-1368.
2. Estivals M, Barbe C, Rouleau V, et al. Une image cavitaire «en grelot». Rev Mal Respir 2012;29: 440-443
3. F. Persat a,*,b. Aspergillus serology, from yesterday to today for tomorrow; Journal de Mycologie Médicale (2012) 22, 72—82