

Pneumopathie d’hypersensibilité : Profil clinique, radiologique et évolutif

Bamha H., Arfaoui H., Hallouli S., Jabri H., El Khattabi W., Afif M H.

Service des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Résumé

La pneumopathie d'hypersensibilité est une cause fréquente des pneumopathies interstitielles diffuses immuno-médiées. Elle est due à une exposition répétée à des antigènes environnementaux organiques. Les formes cliniques les plus communément retrouvées étant le poumon de fermier et le poumon d'éleveur d'oiseaux. Le but de notre travail est de déterminer le profil clinique, radiologique, thérapeutique et évolutif decette entité pathologique.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 13 cas de pneumopathie d'hypersensibilité colligés dans notre service sur une période de 3 ans . La moyenne d'âge était de 50 ans avec une prédominance féminine (71%). L'exposition a été retrouvée dans le cadre professionnel dans 50 % des cas et dans le cadre domestique dans 70 % des cas. La symptomatologie clinique est dominée par la dyspnée (84%), la toux sèche (54%), le syndrome bronchique purulent (39%). L'examen clinique est dominé par la présence de râles crépitants (75%), de râles sibilants (25%) et de squeaks (12%). Les sensations fébriles ont été observées dans un seul cas. La radiographie thoracique a montré un infiltrat réticulo-micronodulaire dans 54 % des cas. Elle était normale dans le reste des cas. La TDM thoracique a objectivé dans 100 % des cas des micronodules à disposition centrolobulaire. Les autres lésions élémentaires prédominantes sont le verre dépoli (87% des cas), les condensations (75 % des cas) et le rayon de miel (37 % des cas). Les précipitines étaient positives dans 83 % des cas. Le poumon d'éleveur d'oiseaux représente 89% de notre série. Le poumon de fermier est retrouvé dans un seul cas. Les explorations fonctionnelles respiratoires ont objectivé un trouble ventilatoire obstructif dans 65%. Tous les patients ont bénéficié d'une corticothérapie avec une éviction antigénique. L'évolution était favorable dans 100 % des cas.

Introduction

Les pneumopathies d’hypersensibilité (PHS) sont des pneumopathies de mécanisme immunoallergique dues à l’inhalation chronique de substances antigéniques, le plus souvent organiques, mais parfois aussi chimiques ou métalliques.

But du travail

Déterminer le profil clinique, radiologique, thérapeutique et évolutif des pneumopathies d’hypersensibilité

Matériels et méthodes

- ☐ Etude retrospective étalée sur 3 ans et demi entre juillet 2019 et juillet 2022
- ☐ Dossiers de 13 patients hospitalisés au service pour PHS
- ☐ Fiche d'exploitation pré-établie

Résultats

Epidémiologie

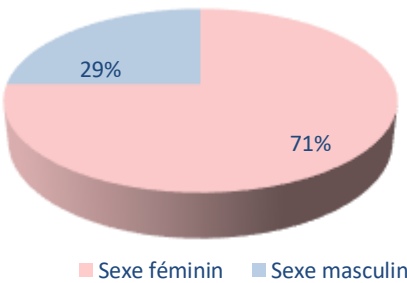


Figure 1: Répartition en fonction du sexe

Exposition

- Cadre professionnel : 50 %
- Cadre domestique : 70 %

Signes fonctionnels

- Dyspnée : 84 %
- Toux sèche : 54 %
- Syndrome bronchique purulent : 39 %

Signes physiques

- Râles crépitants : 75%
- Râles sibilants : 25%
- Squeaks : 12%
- Sensations fébriles : 12 %

Radiographie thoracique

- Infiltrat réticulo-micronodulaire : 54 %

TDM thoracique

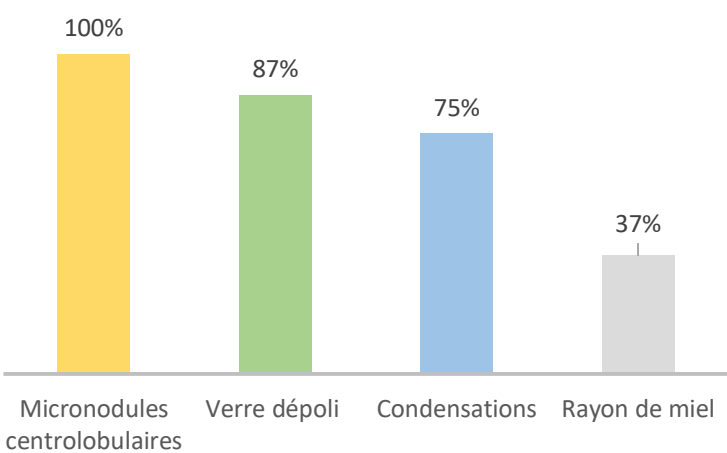


Figure 2: Profil scannographique

Dosage des précipitines

- Positif : 83%

EFR :

- Trouble ventilatoire obstructif : 65%

Traitement :

- Corticothérapie : 100 %
- Éviction antigénique

Évolution :

- Favorable : 100 %

Discussion

Les pneumopathies d’hypersensibilité peuvent se présenter de façon très variée, elles se manifestent après une exposition répétée à l’antigène causal. Les formes cliniques les plus communément retrouvées étant le poumon de fermier et le poumon d’éleveur d’oiseaux.

Les phases aiguës, subaiguës et chroniques sont typiquement rapportées. La phase aiguë est caractérisée par un état pseudo-grippal fait de fièvre, frissons et dyspnée. La phase subaiguë est plus progressive et caractérisée par une dyspnée croissante et la toux. La phrase chronique est de survenue insidieuse sur une période de quelques mois, avec une toux et une dyspnée d’effort progressivement croissantes, une fatigue et un amaigrissement. Le diagnostic repose sur une conjonction d’arguments cliniques et paracliniques.

La TDM thoracique de haute résolution peut objectiver des micronodules flous en verre dépoli de topographie centrolobulaire, un aspect de poumon “en mosaïque”, des condensations ainsi que des lésions de fibrose parenchymateuse.

Le lavage broncho-alvéolaire montre une alvéolite lymphocytaire constante, son absence permet d’éliminer le diagnostic de façon quasi certaine.

La valeur diagnostique de la présence de précipitines sériques n’est pas consensuelle.

L’EFR peut montrer une altération de la DLCO, un trouble ventilatoire restrictif ou un trouble ventilatoire obstructif.

Le traitement des PHS repose sur l’éviction antigénique et la corticothérapie.

L’évolution peut se faire vers une maladie obstructive emphysémateuse ou une pneumopathie interstitielle fibrosante en fonction du type de PHS et du mode d’exposition.

Conclusion

Le diagnostic précoce est de clé afin d’éviter l’évolution vers des formes chroniques graves fibrosantes. Intérêt de la prévention collective et individuelle dans les milieux professionnels

Références

1. American Thoracic Society : Respiratory health hazards in agriculture. *Am J Respir Crit Care Med* 1998 ; 158 : S1-S76.
2. Y Lacasse et al. Aspects cliniques et immunopathologiques des pneumopathies d'hypersensibilité. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 769-81
3. I Thaon et al. ccupational hypersensitivity pneumonitis. *Arch Mal Prof Env* 2007; 68: 518-540