



INTRODUCTION :

L'asthme réfractaire constitue un phénotype clinique d'asthme caractérisé par une résistance aux effets combinés de hautes doses de corticoïdes inhalés et de β -2 mimétiques à longue durée d'action et cache de multiples entités pathologiques dont l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA).il s'agit d' une affection respiratoire rare qui touche 1 à 2 % des asthmatiques et jusqu'à 9 % des patients atteints de mucoviscidose.

Observation :

us rapportons le cas d'une patiente âgée de 62 ans connue asthmatique depuis 40 ans sous traitement, et notion de rhinite allergique et de recours fréquent aux urgences. L'évolution s'est marquée il y a une semaine par l'aggravation aiguë de sa dyspnée sifflante et l'apparition d'une toux productive gênante ramenant des expectorations blanchâtres L'examen général trouve la patiente consciente instable sur le plan respiratoire avec une saO_2 : 87 AA se corrige sous 2l d'oxygène devenant 92 . Dans le bilan étiologique de l'exacerbation de son asthme, on a retrouvé une hyper éosinophilie sanguine constante et des IgE totales et spécifiques positifs . la sérologie aspergillaire et Les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) et la coproparasitologie et la coproculture des selles revenant négatifs. La patiente a bénéficié d'un lavage broncho-alvéolaire et fibro-aspiration objectivant la présence d'aspergillus fumigatus. La radiographie pulmonaire et tomodynamométrie thoracique ont montré une dilatation des bronches et un syndrome interstitiel. Compte tenu du contexte clinique, biologique et radiologique, le diagnostic d'ABPA a été retenu.

Discussion :

L'ABPA résulte d'interactions multiples et complexes entre Af et le système immunitaire de l'hôte. Chez les sujets asthmatiques (et mucoviscidiques), le remodelage des voies aériennes, l'augmentation de la production de mucus (ou un mucus de mauvaise qualité) et une altération de la clairance mucociliaire permettent aux spores aspergillaires de survivre et de proliférer dans les voies aériennes, puis d'induire une réaction immunologique menant à la production d'IgE et d'IgG spécifiques, et à une inflammation éosinophilique. [1-2] Les facteurs favorisant l'apparition de l'ABPA sont multiples : facteurs génétiques, anomalies du mucus, propriétés biochimiques des antigènes d'Aspergillus, importance des destructions bronchiques et tissulaires. Ils sont intriqués et leur importance respective varie d'une catégorie de malades à l'autre.[3]

Le diagnostic chez l'asthmatique est établi sur la base d'un faisceau de critères cliniques (asthme récurrent souvent cortico-dépendant, toux et expectoration épaisse, prick-test positif à Aspergillus), biologiques (éosinophilie sanguine classique mais inconstante, IgE totales élevées, IgE et IgG spécifiques d'Aspergillus) et radiologiques (bronchectasies centrales principalement [4] Plusieurs autres critères peuvent être pris en considération tels que la présence de moles bronchiques ou la présence d'aspergillus fumigatus au niveau des expectorations Les explorations fonctionnelles respiratoires sont nécessaires au moment du diagnostic ou au cours d'épisodes d'exacerbations. Le trouble ventilatoire obstructif est constant mais sa réversibilité est moindre et moins fréquente que chez l'asthmatique ; il s'aggrave lors des exacerbations. On observe la survenue d'un trouble ventilatoire restrictif et de stigmates de distension dans les formes évoluées et une réduction de la diffusion au stade de fibrose

Le traitement de l'ABPA a pour objectif principal le contrôle des exacerbations et la prévention de la destruction pulmonaire. Deux molécules ont été classiquement utilisées pour leur efficacité dans cette affection : les corticoïdes et l'itraconazole.

Conclusion:

L'ABPA correspond à une entité clinique précise et requiert une thérapeutique spécifique. Face à un asthme réfractaire, elle est observée avec une fréquence non négligeable (1 à 2 %) et l'identification des critères habituels en assure aisément le diagnostic. L'ABPA est une réaction d'hypersensibilité broncho-pulmonaire complexe contre Af qui se manifeste chez une faible proportion de patients avec un asthme sévère ou une mucoviscidose.

Références:

1-Hilvering B, Speirs J, Van der Ent CK, et al. Allergic bronchopulmonary aspergillosis and other fungal diseases. Eur Respir Mon 2011;52:97-114 2- Knutsen AP. Allergic bronchopulmonary aspergillosis. Clinical and experimental allergy 2015;45:298-9. 3-André-Bernard Tonnel, Isabelle Tillie-Leblond. Asthme réfractaire: évoquer une aspergillose bronchopulmonaire allergique. Presse Med. 2008; 37(1): 161-166. 4Tillie-Leblond I, Scherpereel A, Iliescu C. L'aspergillose bronchopulmonaire allergique. Rev Fr Allergol Immunol Clin. 2002; 42: 231-40