

160- Le défi diagnostique de la pneumopathie d'hypersensibilité: perspectives cliniques et radiologiques

Ait mouddene N., Msika S., Bamha H., Bougteb N., Arfaoui H., Jabri H., Elkhatabi W., Afif H.
Service des maladies respiratoire Hôpital 20 Aout 1953 Casablanca

INTRODUCTION

La pneumopathie d'hypersensibilité est une cause fréquente des pneumopathies interstitielles diffuses immuno-médiées dû à une exposition répétée à des antigènes environnementaux organiques. Cette pathologie constitue un réel défi diagnostique vu la variabilité des présentations cliniques et la non spécificité des images radiologiques, la difficulté d'identifier les facteurs déclenchants et l'absence de test diagnostique unique.

OBJECTIFS

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

MATERIELS ET METHODES

- Etude rétrospective étalée sur 4 ans de janvier 2020 à juillet 2024
- Dossiers de 14 patients hospitalisés au service pour PHS
- Fiche d'exploitation pré-établie

RESULTATS

- Moyenne âge: 50 ans
- Epidémiologie:

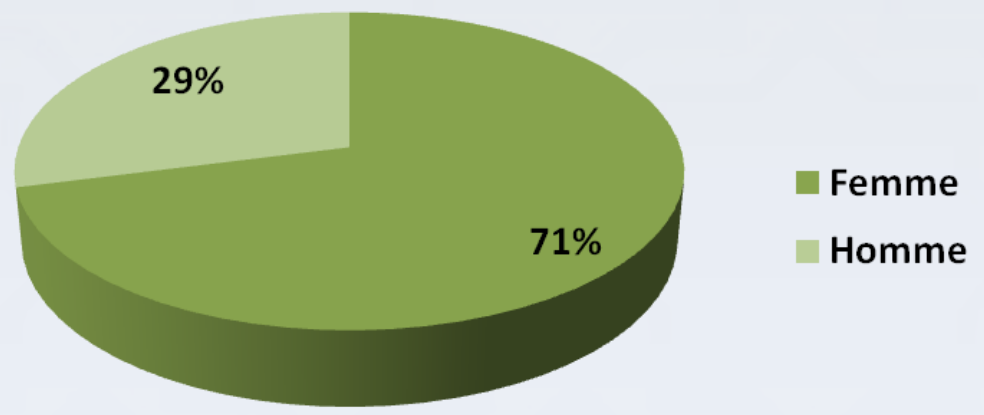


Figure 1: Répartition en fonction du sexe

- Exposition
 - Cadre professionnel : 50 %
 - Cadre domestique : 71 %
- Signes fonctionnels : non spécifique
 - Dyspnée : 86 %
 - Toux sèche : 50 %
 - Syndrome bronchique purulent : 36%
- Signes physiques
 - Râles crépitants : 78%
 - Râles sibilants : 24%
 - Squeaks : 14%
 - Sensations fébriles : 12 %
- Radiographie thoracique
 - Infiltrat réticulo-micronodulaire : 57 %

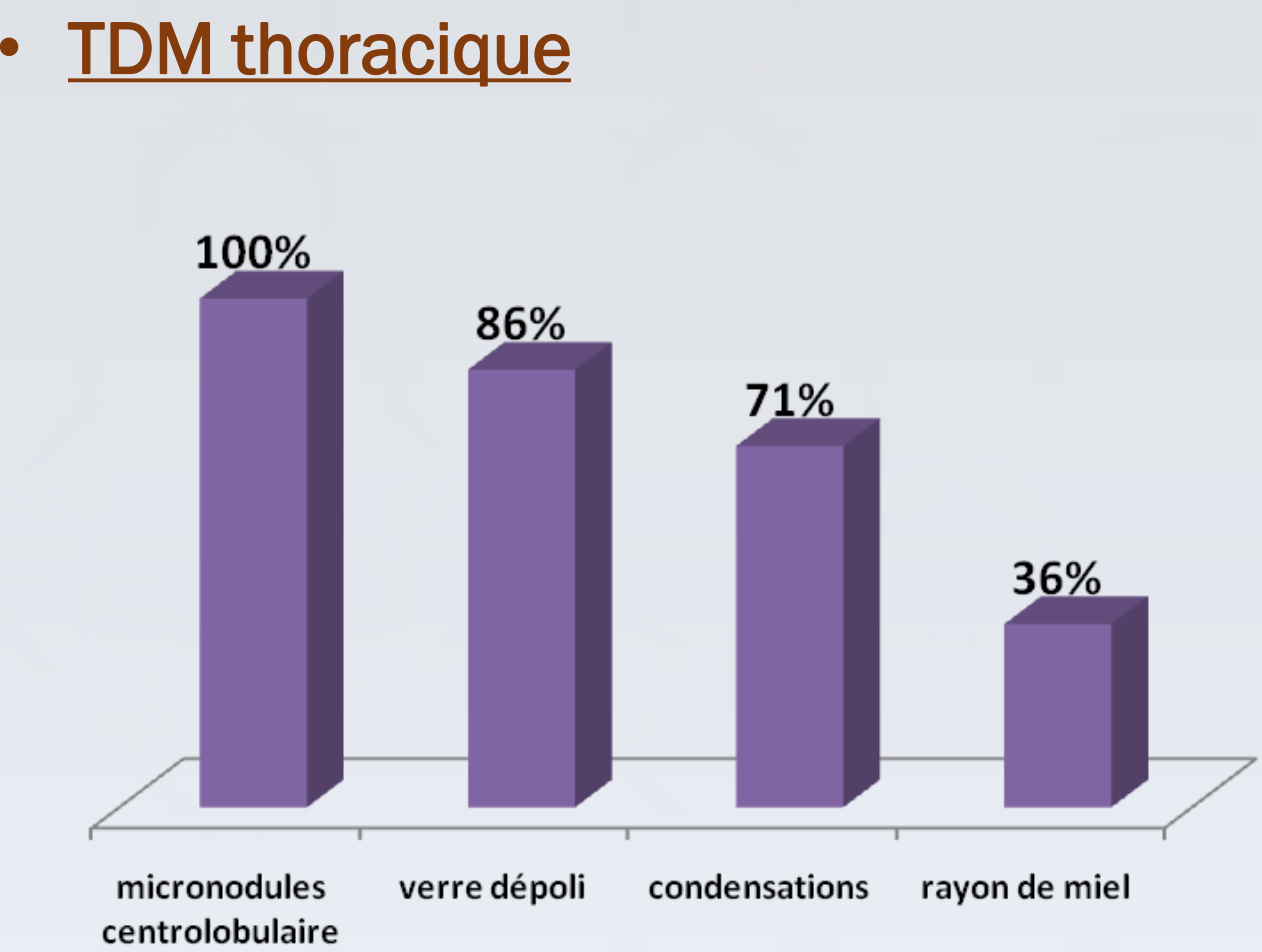


Figure 2: Profil scannographique

- Dosage des précipitines: Positif : 86%
 - poumon d'éleveur d'oiseaux représentait 93% des cas et
 - poumon de fermier était retrouvé dans un seul cas.
- EFR : Trouble ventilatoire obstructif chez 57% des cas.
- 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.

CONCLUSION

La PHS est une pathologie qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire car le défi principal réside dans l'intégration de toutes les données pour aboutir à un diagnostic précis, souvent indispensable pour éviter une progression vers une fibrose irréversible. Intérêt de la prévention collective et individuelle dans les milieux professionnels

REFERENCES

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