

**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  $\beta$ -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. Nous rapportons trois observations des patients diagnostiqués pour l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques.

## Observations :

**Observation n° 1 :** 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. L'examen général trouve une patiente consciente instable sur le plan respiratoire avec une  $saO_2$  : 87 % AA se corrige sous 2L d' $O_2$

. Dans le bilan étiologique de l'exacerbation de son asthme, on a retrouvé une hyperéosinophilie sanguine constante et des IgE totales et spécifiques positives. 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 la tomodensitométrie 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.

**Observation n° 2 :** patient âgé de 41 ans, suivi pour asthme depuis 10 ans, actuellement en niveau 5 non contrôlé. Examen général : patient conscient, HD et respiratoire stables,  $SAO_2$  95%, E.P. : râles sibilants apicaux.

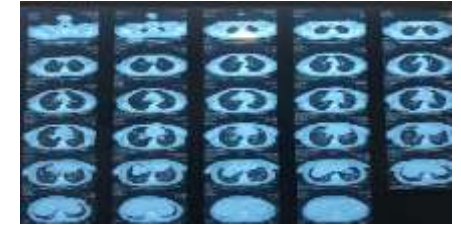
Dans le bilan étiologique de l'exacerbation de son asthme, nous avons trouvé une hyperéosinophilie constante dans le sang et des IgE totales et spécifiques positives, une recherche d'*Aspergillus fumigatus* dans le liquide de fibro-aspiration, des ANCA, une PU de 24 heures, une coproparasitose des selles : Négatifs. La radiographie pulmonaire et le scanner ont montré une dilatation des bronches. Compte tenu du contexte clinique, biologique et radiologique, le diagnostic d'ABPA a été retenu.

**Observation n° 3 :** patient âgé de 25 ans, ayant comme ATCDs, suivi dans notre formation pour DDB depuis le mois 05/2022, L'examen clinique retrouvait un patient conscient avec une fonction respiratoire stable, une  $SaO_2$  à 96% AA, et des râles sibilants bilatéraux à l'auscultation.

Dans le cadre du bilan étiologique, le patient a subi : un bilan biologique qui a révélé une hyperéosinophilie à la NFS, FR, AC anti-CCP, ANCA, des sérologies : négatives, un bilan physiologique : négatif - fibro-aspiration bronchique objectivant la présence d'antigène soluble d'*Aspergillus fumigatus*.

Le scanner thoracique a montré des bronchectasies

moniliformes bilatérales avec des micro nodules de distribution péri bronchiolaire, en forme d'arbre à bourgeons. Au vu de ce contexte clinique, biologique et radiologique, le diagnostic d'ABPA a été retenu.



## Discussion :

L'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA) est une pathologie rare, mais importante à considérer chez les asthmatiques réfractaires. Son diagnostic repose sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques.

Les trois cas rapportés illustrent la diversité des présentations. Le premier patient a présenté une exacerbation sévère avec hyperéosinophilie et confirmation d'*Aspergillus fumigatus* dans le lavage broncho-alvéolaire. Le second cas met en évidence un asthme non contrôlé avec des exacerbations fréquentes, malgré un traitement maximal, et la présence d'*Aspergillus fumigatus* dans les sécrétions bronchiques. Le troisième patient, avec des antécédents de dilatation des bronches et polyposse nasale, a présenté une aggravation respiratoire avec confirmation de l'ABPA par fibroaspiration.

**Conclusion :** L'ABPA correspond à une entité clinique précise et requiert une thérapeutique spécifique.