



Aspergillose pulmonaire

Mouhssine N., EL Khattabi W., Arfaoui H., Msika S., Bamha H., Bougteb N., Jabri H., Afif My. H.

Service des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août 1953, Casablanca Maroc

RESUME

On distingue classiquement trois grandes catégories d'aspergilloses pulmonaires : Aspergillome pulmonaire, l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA), l'aspergillose pulmonaire invasive (API). Notre travail est une étude retrospective descriptive s'étalant du Janvier 2018 au Juin 2025, sur une série de 112 cas suivis au sein du service de pneumologie et d'oncohématologie au sein de l'hôpital 20 Août de Casablanca. Les formes observées étaient des aspergillomes dans 69 % des cas, des API dans 21,9 % des cas, des aspergilloses broncho-pulmonaires allergiques dans 8,5 % des cas. L'âge des patients variait de 18 ans à 80 ans, avec une moyenne de 45,56 ans. Bien que la répartition par sexe varie selon les formes cliniques d'aspergillose pulmonaire, une prédominance masculine est observée. 74,75 % Présentaient des lésions pulmonaires prédisposantes. La dyspnée était le principal signe révélateur retrouvée chez 78,5 % des patients. Chez les patients présentant un aspergillome, l'image en grelot a été observée dans 55 % des cas, l'aspergillose pulmonaire invasive se manifestait par des nodules entourés de verre dépoli dans 25 % des cas, l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique se traduisait par des impactions mucoïdes et des DDB. La bronchoscopie souple a permis de visualiser la truffe aspegillaire dans 12,5 % des cas, avec isolement du champignon chez 16 % des patients. Le taux de PNE des patients ayant des ABPA était supérieur à celui des autres patients. La recherche d'antigène galactomannane était positive chez tous les patients ayant une API. Une prise en charge chirurgicale a été faite chez 71 % des cas d'aspergillome, et non réalisée chez les autres cas en raison de contre-indication. Un traitement par voriconazole a été administré chez tous les cas de API, et tous les patients atteints d'ABPA ont été traités par corticothérapie orale. L'aspergillose est une affection grave, qui peut prendre différents aspects cliniques et évolutifs selon l'état immunitaire du patient; et un diagnostic précoce suivi d'un traitement approprié est crucial afin de diminuer la morbi-mortalité.

INTRODUCTION

L'aspergillose pulmonaire regroupe un ensemble de maladies pulmonaires résultant de l'inhalation des spores aéroportées des espèces du genre *Aspergillus*. On distingue classiquement trois grandes catégories d'aspergilloses pulmonaires : Aspergillome pulmonaire, l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA), l'aspergillose pulmonaire invasive (API).

OBJECTIF

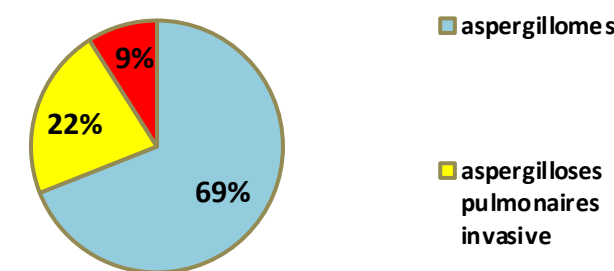
L'objectif de cette étude est d'analyser et de documenter les facteurs de risque, les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques, et évolutives des ces patients afin d'améliorer la compréhension de la maladie et d'optimiser les stratégies de prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

Notre travail est une étude retrospective descriptive s'étalant du Janvier 2018 au Juin 2025, sur une série de 112 cas suivis au sein du service de pneumologie et d'oncohématologie au sein de l'hôpital 20 Août de Casablanca.

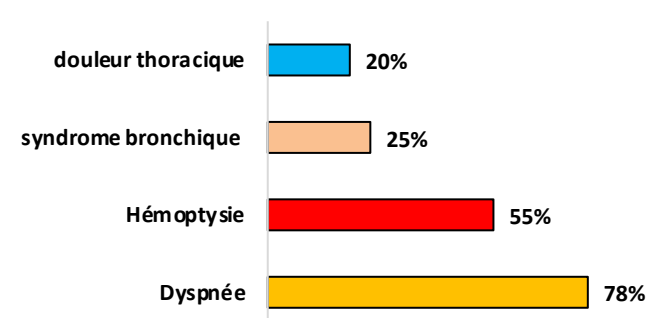
RESULTATS

Les formes observées :



La moyenne d'âge : 45 ans

La clinique :



L'imagerie :

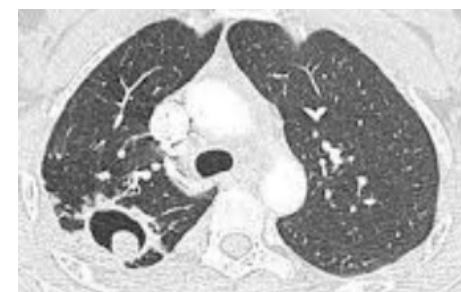


image en grelot



nodules entourés de verre dépoli

La bronchoscopie :

- ✓ Visualisation de la truffe aspegillaire dans 12,5 %
- ✓ isolement du champignon dans 16 %

La sérologie aspegillaire était positive dans 84,8% :

- ✓ 56 Aspergillomes
- ✓ 1 API
- ✓ 4 ABPA

La recherche d'antigène galactomannane était positive chez tous les patients ayant une API

Traitement :

- ✓ Aspergillome : chirurgie chez 71 % des cas
- ✓ API : voriconazole
- ✓ ABPA : corticothérapie orale

DISCUSSION

L'Aspergillome intra-cavitaire est le Développement du champignon dans une cavité séquellaire restée en communication avec l'arbre bronchique, ce qui permet l'arrivée des spores et l'aération de la cavité nécessaire à la croissance fongique. L'exérèse chirurgicale reste le traitement. L'API est une complication infectieuse majeure de l'immunodéprimé, responsable d'une mortalité de 30 % à 80 % dépendante de la gravité initiale, de la dissémination ou non, de la sévérité et de la durée de l'immunodépression. La TDM thoracique peut mettre en évidence, les premiers jours, sur les clichés en haute définition, le signe du halo, zone en verre dépoli entourant la lésion et correspondant au liseré hémorragique périphérique de l'infarctus.

-Le diagnostic de certitude, défini par les critères de l'EORTC, sur l'envahissement de tissus par *Aspergillus* spp. ou des cultures positives de tissus ou liquides habituellement stériles, est rarement possible chez ces patients à haut risque. L'aspergillose bronchopulmonaire allergique est une maladie respiratoire rare caractérisée par une réaction immunologique complexe dirigée spécifiquement contre un champignon du genre *Aspergillus*, appartenant le plus souvent en France métropolitaine à l'espèce *A. fumigatus*. Ce champignon filamenteux peut coloniser les voies aériennes au cours de certaines maladies respiratoires chroniques, le plus souvent l'asthme et la mucoviscidose, mais aussi la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

L'ABPA est définie par la survenue de manifestations cliniques évocatrices (toux productive, expectoration de moules bronchiques, hémoptysies) associées à une élévation des IgE totales et des IgE et IgG spécifiques d'*A. fumigatus*, parfois hyperéosinophilie) et dans la majorité des cas à des anomalies en imagerie (impactions mucoïdes, bronchocèles, atélectasies, opacités labiles, bronchectasies).

CONCLUSION

L'aspergillose est une affection grave, qui peut prendre différents aspects cliniques et évolutifs selon l'état immunitaire du patient; et un diagnostic précoce suivi d'un traitement approprié est crucial afin de diminuer la morbi-mortalité.

REFERENCES

- Pavlin BI, Kozarsky P, Cetron MS. Acute pulmonary schistosomiasis in travelers: case report and review of the literature. Travel Med Infect Dis 2012;10:209–19.
- Saade A, Carton E, Mansuet-Lupo A, Jouffroy R, Damotte D, Yera H, et al. Lung involvement in chronic schistosomiasis with bladder squamous cell carcinoma. Emerg Infect Dis 2018;24:2375–8.