

INTRODUCTION

La pneumopathie d'hypersensibilité (PHS), anciennement appelée alvéolite allergique extrinsèque, est une maladie pulmonaire interstitielle diffuse complexe. Elle résulte d'une réponse immunologique anormale et excessive du parenchyme pulmonaire à l'inhalation répétée d'un antigène environnemental (micro-organismes, protéines animales ou végétales etc.) chez des individus préalablement sensibilisés. C'est une pathologie rare, dont les formes les plus communes sont le poumon de fermier et le poumon d'éleveur d'oiseaux.

OBJECTIFS

- décrire les aspects clinique, radiologique, fonctionnel et évolutif de la PHS pour améliorer le diagnostic et la prise en charge

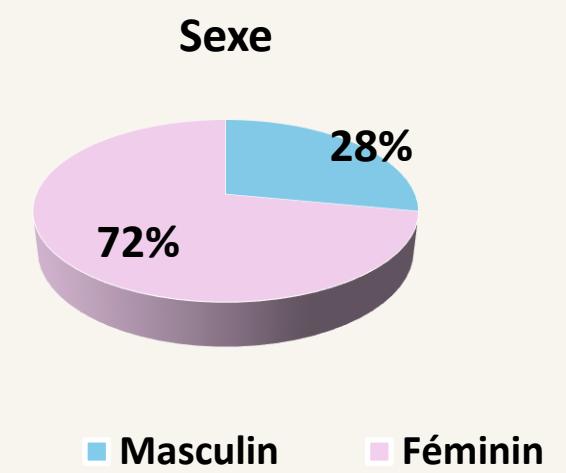
MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Etude rétrospective
- Service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 Août 1953, entre janvier 2020 et décembre 2025
- 11 patients hospitalisés pour PHS
- Fiche d'exploitation préétablie

RESULTATS

Age moyen : 50 ans

Sexe



Exposition

- Professionnelle : 36%
- Domestique : 64%

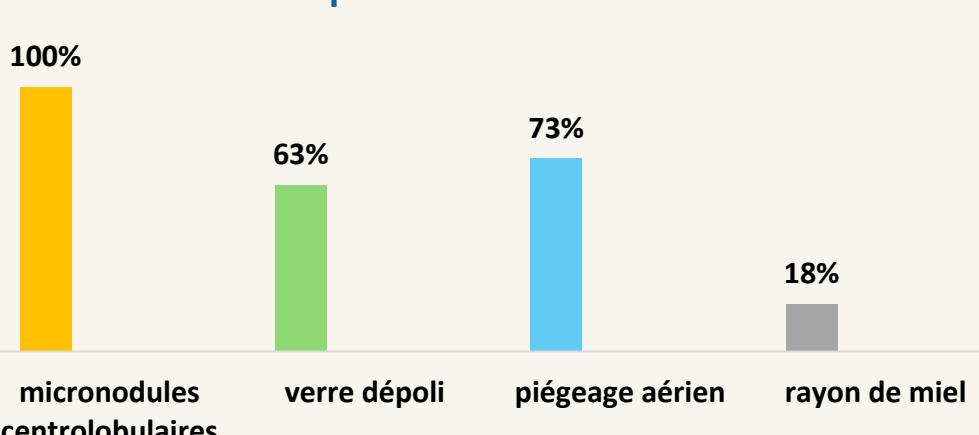
Signes fonctionnels

- Dyspnée : 81%
- Toux sèche : 81%
- Syndrome bronchique purulent : 27%
- Tableau pseudo-grippal (sensation fébriles, frissons, myalgies) : 27%

Signes physiques

- Râles crépitants : 54%
- Râles sibilants : 27%

TDM thoracique



Biologie

- **Dosage des précipitines**
 - Positif : 72%
- **Lavage broncho-alvéolaire**
 - Prédominance lymphocytaire : 81%

Exploration fonctionnelle

- Normale : 9%
- Syndrome restrictif : 46%
- Syndrome obstructif : 18%
- Syndrome mixte : 27%

Traitement

- Corticothérapie : 100%
- Eviction antigénique

Évolution

- PHS non fibrosante : 81%
- PHS fibrosante : 9%

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.

La phase subaiguë est plus progressive et caractérisée par une dyspnée croissante. La phase chronique est de survenue insidieuse sur une période de quelques mois, avec une toux et une dyspnée d'effort progressive, fatigue et 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.

Le traitement des PHS repose sur l'évitement 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

La PHS est un diagnostic de suspicion qui repose sur une triade essentielle : exposition à un antigène, manifestations cliniques/radiologiques/fonctionnelles compatibles et une preuve d'une sensibilisation (précipitines sériques ou analyse de LBA).

Le diagnostic précoce est la clé permettant d'éviter les formes chroniques graves fibrosantes.

BIBLIOGRAPHIE

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. Occupational hypersensitivity pneumonitis. *Arch Mal Prof Env* 2007; 68: 518-540