



INTRODUCTION

L'aspergillose bronchopulmonaire allergique (ABPA) est une maladie inflammatoire des voies aériennes inférieures caractérisée par une réaction immunologique complexe dirigée contre un champignon du genre *Aspergillus*. Elle survient classiquement au cours de maladies chroniques des voies aériennes, le plus souvent l'asthme et la mucoviscidose, plus rarement la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), exceptionnellement chez le sujet sain.

Ce poster présente un cas clinique d'ABPA, mettant en lumière les symptômes, les défis diagnostiques, ainsi que les traitements et les résultats obtenus; L'objectif est de sensibiliser les professionnels de santé à cette pathologie encore trop souvent sous-diagnostiquée et d'offrir un aperçu de la gestion thérapeutique de l'ABPA à travers un cas concret.

OBSERVATION

Patiente âgée de 51 ans, aux ATCDs d'asthme suivi depuis 30 ans, non contrôlé malgré un traitement optimal (palier 5); Polypose nasale opérée à 2 reprises.

Symptomatologie:

Exacerbations fréquentes d'asthme ayant nécessité plusieurs cures de corticothérapie de courte durée.

Examen physique:

SpO2:96 %AA Fc:124 bpm Fr:20 cycles/mn.

Examen pleuropulmonaire:

Râles sibilants expiratoires au niveau des deux champs pulmonaires.

TDM thoracique :

Foyers de bronchectasies sacculaires et variqueuses centrales en doigts de gant bilatérales à paroi légèrement épaissie. Fig 1;2

Bilan biologique:

PNE : 190 /UI.

Sérologie aspergillaire : 30 UI/ml (positive).

IgE totales : 113 UI/ml.

IgE spécifiques : *Aspergillus fumigatus* : 1.24 KUA/L (positive).

ANCA : négatifs.

EPP : Profil normal.

Fibroscopie bronchique :

Muqueuse bronchique d'aspect inflammatoire avec présence de quelques sécrétions transparentes.

LBA : Macrophages : 70 % lymphocytes : 30 % PNN : 00 %.

Examen mycologique : Absence d'éléments fongiques, culture négative.

Spirométrie : sans anomalies.

Traitement: prednisone 40mg/j pendant 15jours puis dégression progressive.

Evolution: très bonne amélioration clinique avec diminution de la fréquence des exacerbations et de leurs intensités.

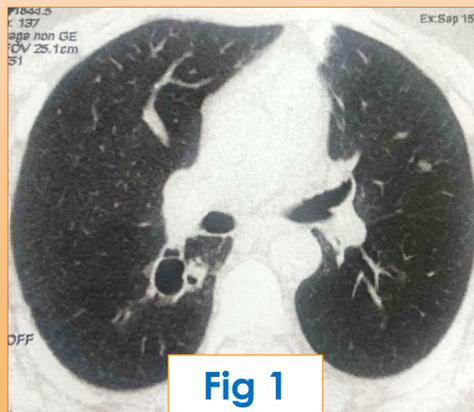


Fig 1

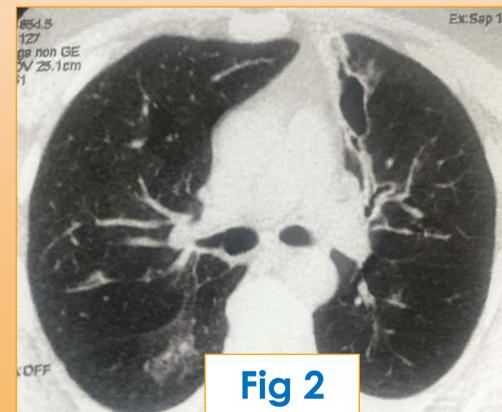


Fig 2

DISCUSSION

Le diagnostic d'aspergillose broncho-pulmonaire a été retenu en appliquant les critères modifiés de la Société Internationale de Mycologie Humaine et Animale 2020:

Condition prédisposante: asthme.

Critères majeurs:

1-IgE sp anti *aspergillus fumigatus*: 1.24 KUA/L

2-IgE totales:113 UI/ml.

Critères mineurs:

1-Sérologie aspergillaire:30 UI/ ml.

2-Bronchectasies sur la TDM thoracique.

Chez la plupart des patients ABPA ; les IgE totales sériques sont d'environ 500 UI/mL; néanmoins des taux beaucoup plus bas ont été décrits chez des patients qui ont déjà reçus une corticothérapie ; les personnes âgées ou chez les patients ayant un taux d'IgE

constitutivement bas avant de développer l'ABPA

Dans la nouvelle classification ABPA; l'ABPA nouvellement diagnostiquée et l'exacerbation ont été assemblées sous une même entité qui est l'ABPA aiguës dont le traitement de référence est la corticothérapie:

Prednisone : 0.5mg/kg à pendant 2 semaines puis 0.5mg/kg un jour sur deux pour 8 semaines puis dégression de 5mg chaque 2 semaines jusqu'à l'arrêt du TRT ou la dose minimale efficace.

Les triazoles antifongiques oraux, en particulier l'itraconazole, ont des effets similaires à ceux des glucocorticoïdes, mais plus lent; ils sont indiqués en deuxième intention en cas de contre indication des corticoïdes.

ISHAM modifiés 2020

Condition prédisposante (obligatoire)

Asthme, mucoviscidose, BPCO

Critères majeurs (tous doivent être présents)

1. IgE sp > 0,35 KUA/L ou test cutané positif à *A. fumigatus* en lecture immédiate
2. IgE totales ≥ 500 KU/L

Critères mineurs (au moins 2 présents)

1. Précipitines anti-*A. fumigatus* positives ou IgG > 27 mg/L
2. Bronchectasies sur le scanner thoracique
3. Éosinophilie sanguine > 0,5 G/L

CONCLUSION

L'ABPA est une forme d'aspergillose non invasive touchant exclusivement les voies aériennes chez des patients prédisposés. La présence de bronchectasies chez un patient asthmatique mal contrôlé malgré un traitement optimal doit faire rechercher d'autres signes évocateurs du diagnostic, notamment la présence d'impactions mucoïdes; un taux élevé d'IgE totales et spécifiques anti *aspergillus* ;précipitines et une éosinophilie sanguine.

REFERENCES

- Pelcat, A., & Brun, A. L. (2022). Aspergillose bronchopulmonaire allergique. *Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle*, 5(5), 292-297
- Ritesh Agarwal; Revised ISHAM-ABPA working group clinical practiceguidelines for diagnosing, classifying and treatingallergic bronchopulmonary aspergillosis/mycoses; Eur Respir J 2024; 63: 2400061