

Cas clinique du mois

Claire Coutelle (interne) - Dr Julien Behr (PH)
CHU de Besançon

Histoire clinique

Patient de 64 ans

Consulte au SAU pour douleur basi-thoracique gauche et dyspnée évoluant depuis environ 15 jours.

Antécédents : HTA, tabagisme sevré, OH chronique, asthme et psoriasis sévère sous traitement

Biologie : D-dimères à 12 000, troponinémie à 27 ng/L et syndrome inflammatoire biologique avec CRP = 147 mg/L.



Angioscanner thoracique

Histoire clinique

Scanner initial

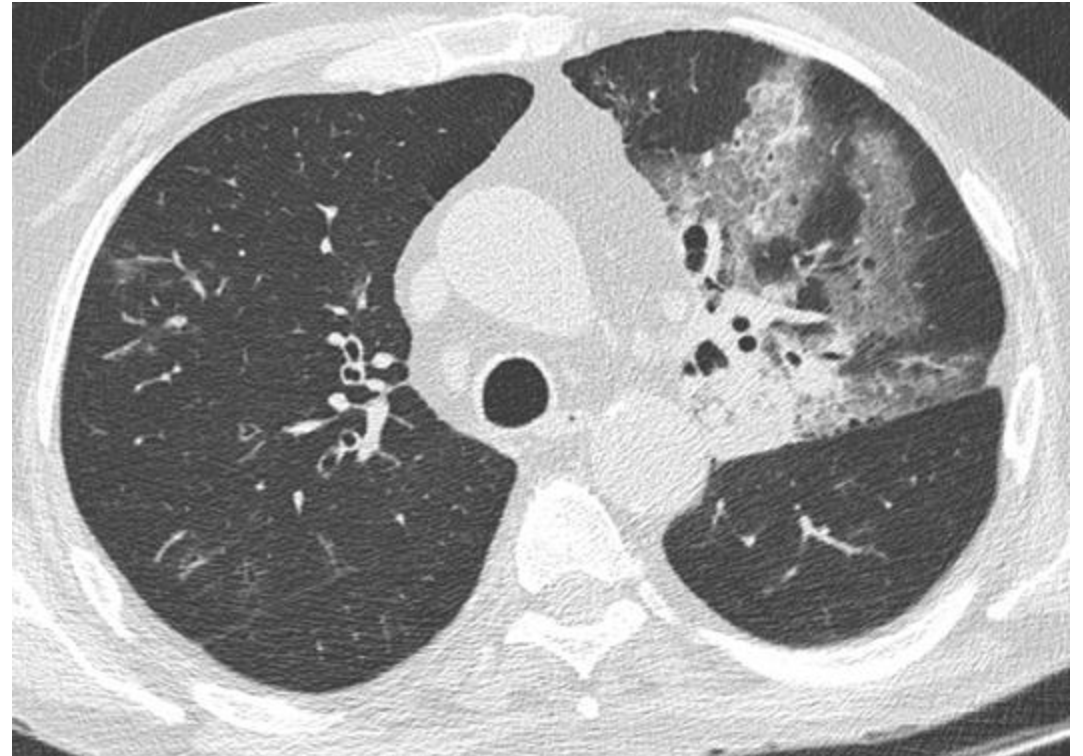


- ➔ Embolies pulmonaires aiguës bilatérales avec foyers d'infarctus pulmonaire
- ➔ Pseudo-nodule apical gauche avec halo périphérique en verre dépoli

Histoire clinique

3 mois plus tard :

AEG, polypnée, majoration du syndrome inflammatoire biologique



Quel est votre diagnostic?

Aspergillose pulmonaire angio-invasive

Critères diagnostiques :

- Terrain : patient de 64 ans, traitement par **biothérapie** pour psoriasis sévère
- Critères microbiologiques : mise en évidence d'Aspergillus par PCR sur le LBA
- Critères radiologiques :
 - **Condensations** nodulaires/masses avec **nécrose** centrale secondaire
 - Plages en verre dépoli péri-broncho-vasculaires +/- condensées
 - Infarctus pulmonaires

Aspergillose pulmonaire angio-invasive

Aspergillose pulmonaire :

Cause la plus fréquente d'infection fongique pulmonaire

Germe : *Aspergillus fumigatus* la plupart du temps

Différentes formes survenant sur des terrains différents (aspergillose pulmonaire angio-invasive, aspergillose broncho-pulmonaire allergique et aspergillose pulmonaire chronique)

Forme angio-invasive :

- **Patients immunodéprimés +++** (*maladies hématologiques malignes, neutropénie post-chimiothérapie, transplantation de moelle osseuse ou d'organe solide*)
- Dissémination hématogène : atteinte pulmonaire > SNC, foie, reins
- Forme **la plus grave** : 80% de mortalité globale sans traitement et 30-50% de mortalité globale sous traitement

Aspergillose pulmonaire angio-invasive

Physiopathologie : invasion et occlusion de petites et moyennes artères pulmonaires par des filaments fongiques.

Signes scanographiques :

- Infarctus pulmonaires (condensations sous-pleurales)
- Nodules/condensations
- Signe du halo précoce, transitoire (J0-J5)
- Condensation avec nécrose centrale (J5-J10)
- Détertion du foyer avec excavation “signe du croissant d’air” après résolution de la neutropénie (J10-J20) - signe tardif et inconstant
- +/- épanchement pleural
- Complications vasculaires



Références

- *Pulmonary aspergillosis : diagnosis and treatment, F. Lamothe and T. Calandra. European Respiratory Review Series 2022*
- *Different forms of pulmonary aspergillosis: A pictorial essay. Tamkeviciute L, Tumenas A, Zaveckiene J, Irion K, Franquet T, Radike M. European Journal of Radiology 2024*
- *DU Imagerie Thoracique, Université Paris Cité – cours du Dr Samia Boussouar*