



G.DURAND S.BOMMART

Homme de 27 ans animateur

Tabac: 10 gr/j

Sclérodermie en coup de sabre

Fragilité bronchique

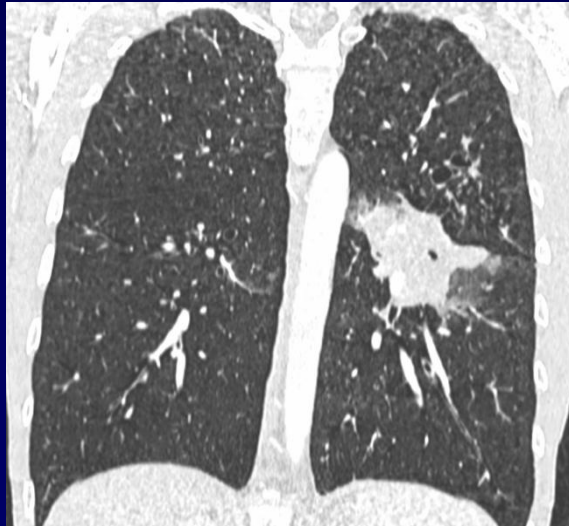
Asthme modéré avec HRB

CVF a106%

VEEMS a 100%



- Exacerbation avec:
- Fièvre, toux , expectoration marron, dyspnée
- Dégradation spirométrique :
- VEMS à 1,5 l soit 37%, Spo2 à 93%
- Radio thorax: opacité para-hilaire gauche



- Biologie:

PCR : 37

NFS: 10100 leucocytes

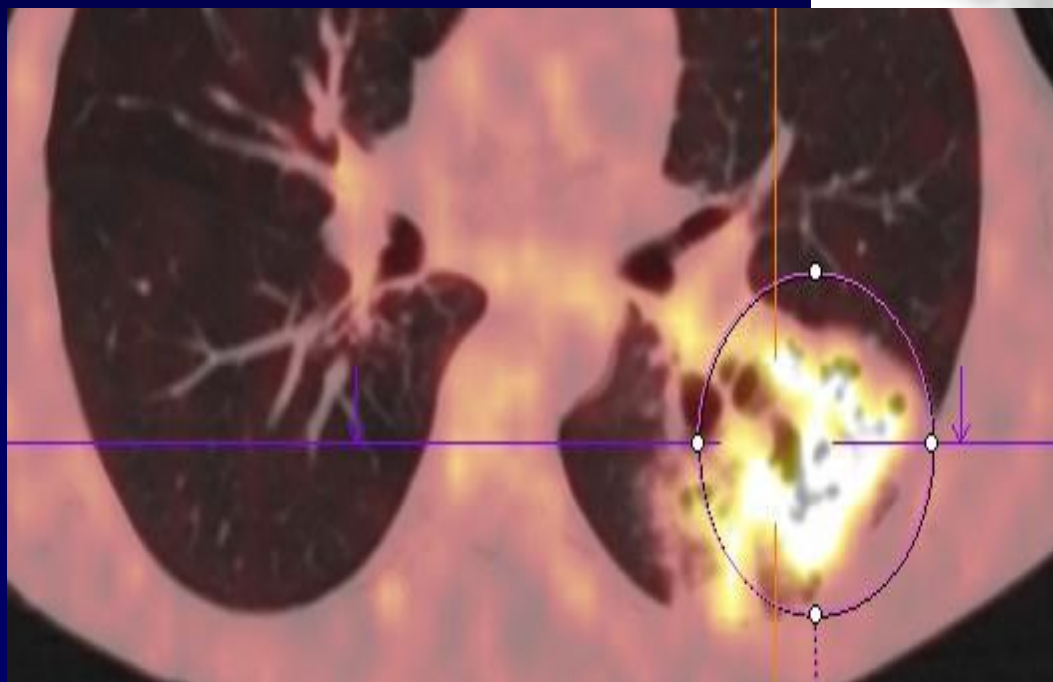
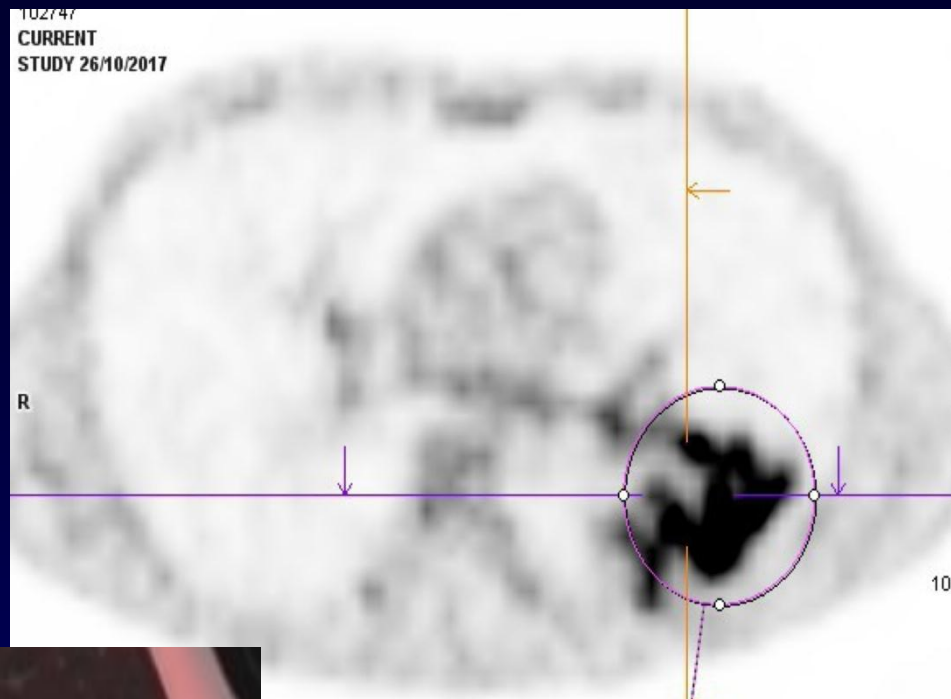
(PNN 65%, éosino 10%, lympho 17%)

- Endoscopie: normale,

- LBA impossible

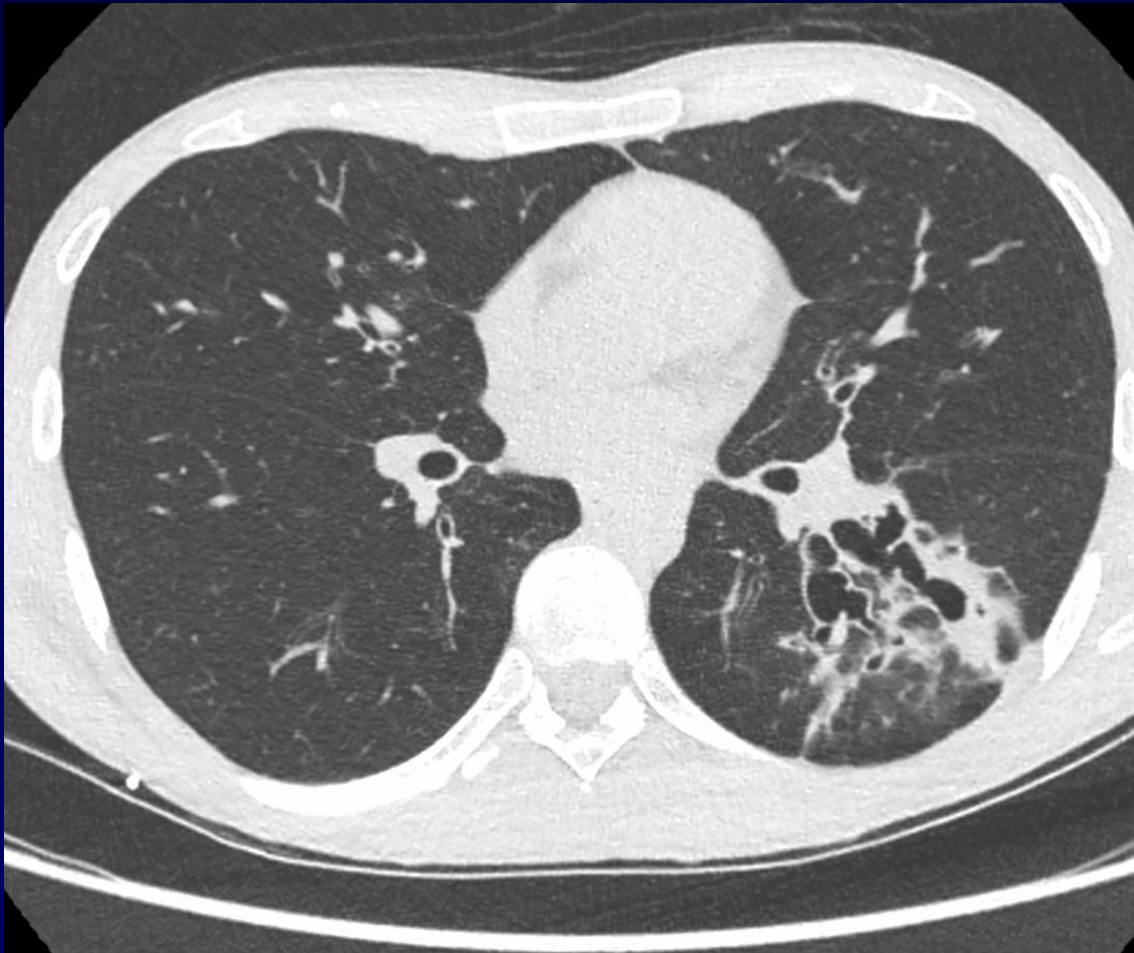
(désaturation et collapsus bronchique)

TEP
SUV = 15



Conduite à tenir ?

TDM de contrôle



- Biologie :
- PCR 1, NFS normale
- Ig A, M normales
- Ig E, 8348
- Ig E spécifiques aspergillus Fumigatus , Niger, Flavus +++
- Ig G antiaspergillus (métaboliques et somatiques)+++ 7arcs de précipitation
- Tests cutanés + à Aspergillus Fumigatus (3+)

Diagnostic ?

Diagnostic

**Aspergillose Broncho-Pulmonaire Allergique
ABPA**

Tableau. Critères diagnostiques de l'aspergillose bronchopulmonaire allergique (1).

Présence d'une pathologie sous-jacente : asthme ou mucoviscidose

Critères obligatoires :

- Présence d'une hypersensibilité immédiate au test cutané aspergillaire
ou IgE sp aspergillaires > 0,35 kUA/l
 - IgE totales > 1 000 UI/ml
-

Autres critères (au moins 2 des 3) :

- Présence d'anticorps précipitants ou d'IgG positifs envers *Aspergillus fumigatus*
 - Infiltrats radiologiques liés à une ABPA (transitoires/persistants/dilatations bronchiques)
 - Hyperéosinophilie > 500 éléments/mm³ en l'absence de corticothérapie en cours ou préalable
-

Stades	Clinique	Biologie	Imagerie
I Aigu	Fièvre, Toux Asthme Expectorations Douleurs thoraciques	IgE élevées Eosinophiles élevés	Infiltrats
II Rémission	Asymptomatique	Baisse des IgE et des éosinophiles	Régression des infiltrats
III Exacerbation	Symptomatique ou asymptomatique	IgE élevées	Nouvelles images
IV Asthme cortico- dépendant	Asthme +++	IgE élevées	Variable
V Fibrose	Dyspnée Cyanose Insuffisance respiratoire chronique	IgE variables	Fibrose

Réf :

• [Salez F.](#) et al: Aspergillose bronchopulmonaire allergique. *Rev Mal Respir* 2000;17:265-78

Central bronchiectasis: extensive, usually involving three or more lobes

Mucus plugging, usually hypodense

High-attenuation mucus, seen in up to 20% of patients

Centrilobular nodules with or without tree-in-bud opacities

Atelectasis

Areas of consolidation

Mosaic attenuation due to air trapping

BIBLIOGRAPHIE

- Pulmonary aspergillosis: histologic, clinical, and radiologic findings. *Radiographics*. 2001, 21:825-37
Franquet T, Muller NL, Gimenez A, Guembe P, de La Torre J, Bague S
- **Proceedings of the American Thoracic Society**
Vol. 7, No. 3 | May 15, 2010
Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis
Karen Patterson ¹, and Mary E. Strek ¹Agarwal R.
- Allergic bronchopulmonary aspergillosis.
Chest 2009; 135:805. Agarwal R
- Indian J Radiol Imaging. 2011 Oct-Dec; 21(4): 242–252.
Pictorial essay: Allergic bronchopulmonary aspergillosis
Ritesh Agarwal, Ajmal Khan, Mandeep Garg, Autos N Aggarwal, and Dheeraj Gupta