

**LMETGE, A-S CLAES**

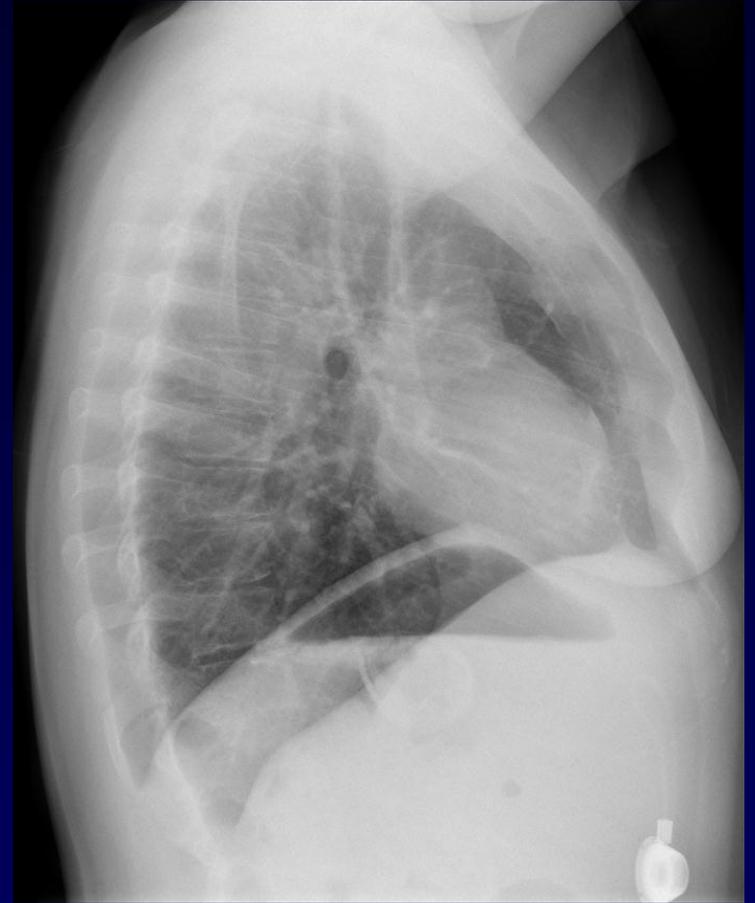
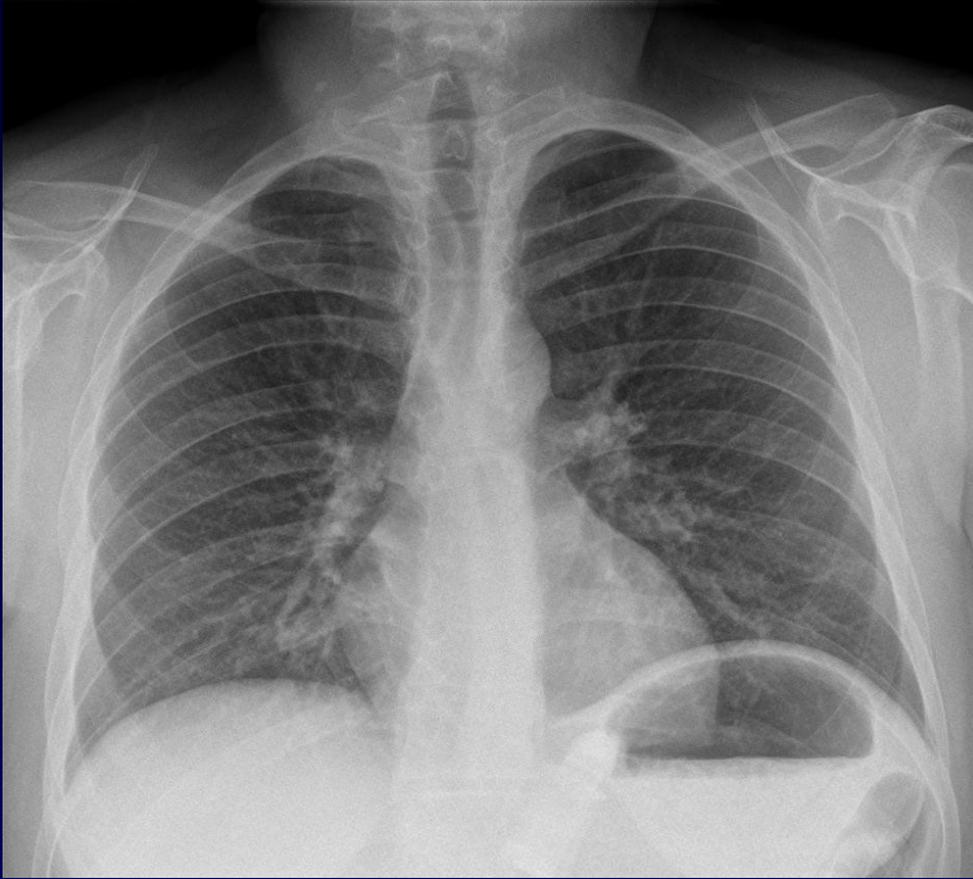
Femme de 27 ans

Tabagique 10 PA.

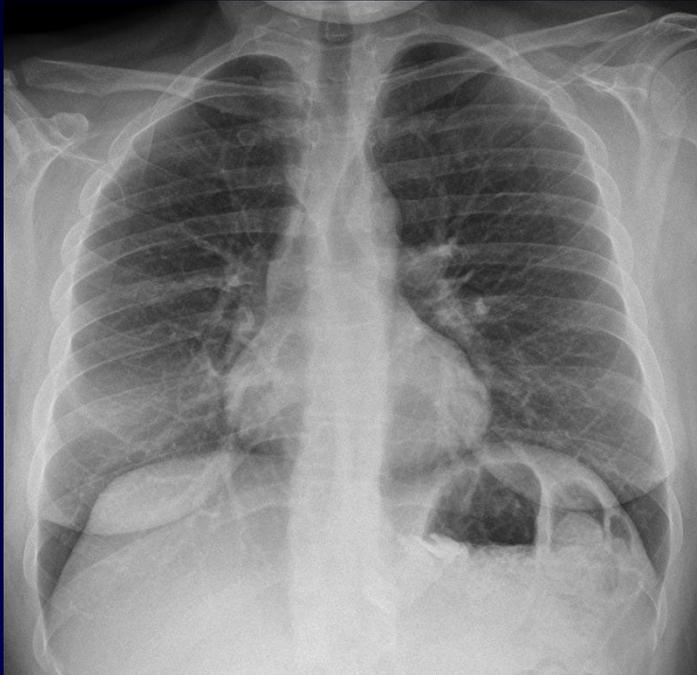
Anneau gastrique depuis 9 ans

Radiofréquence sur Wolf Parkinson White il y a 10 ans

Eczéma atopique guéri dans l'enfance



Toux sèche sans fièvre depuis 7j : MT corticoïde et symbicort  
ce jour toux + douleur thoracique à la toux → Urgences  
ECG : N; Ionogramme N ; Troponinémie normale  
aérosols+ antalgiques + salbutamol



J3 toux non fébrile avec sueurs et vomissements à la toux → Urgences

GB 32 000; CRP- ; Ionogramme normal

GAZOMETRIE pH : 7,55 ; Po<sub>2</sub>: 122mmHG, pCO<sub>2</sub>: 24 mmHg; lactates 3,7  
(aérosols)

Crise d'asthme

Corticothérapie + anti-histaminiques

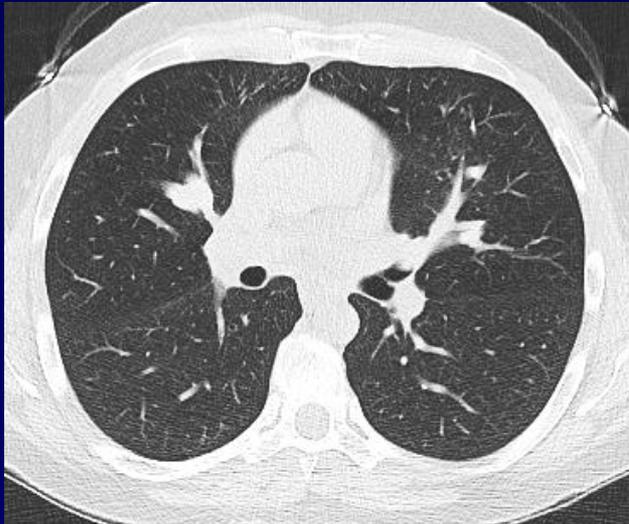
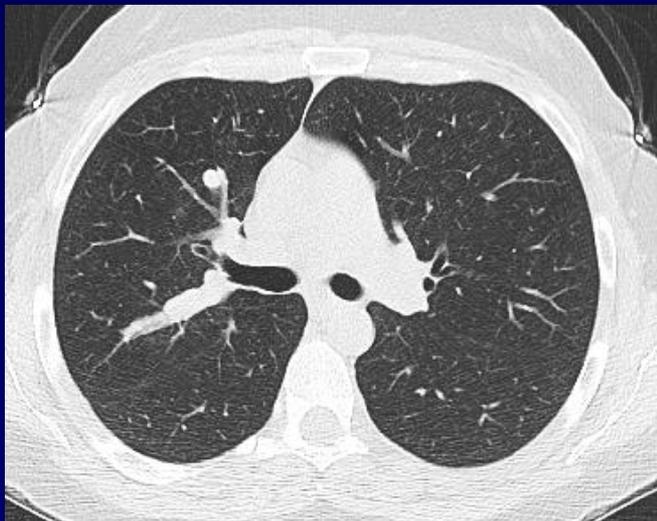
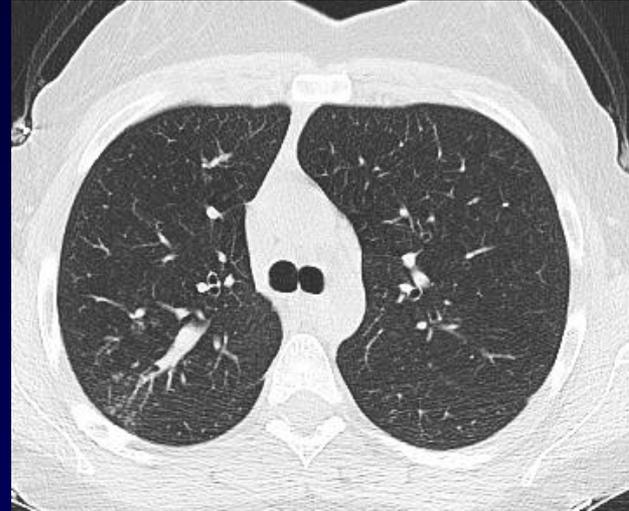
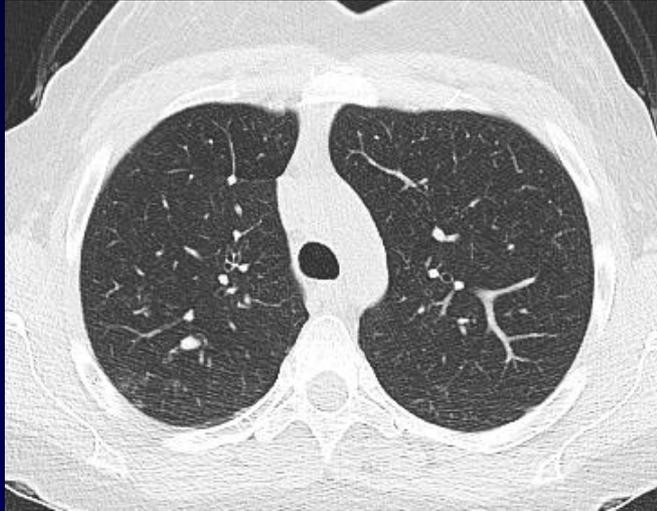
Asthmatique allergique

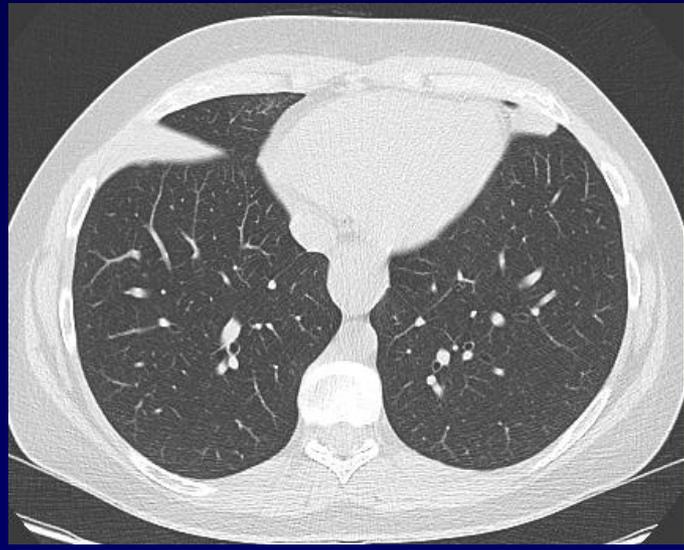
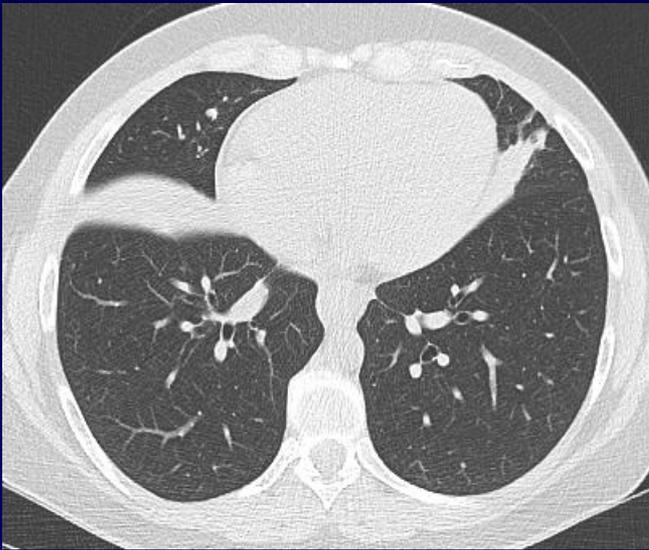
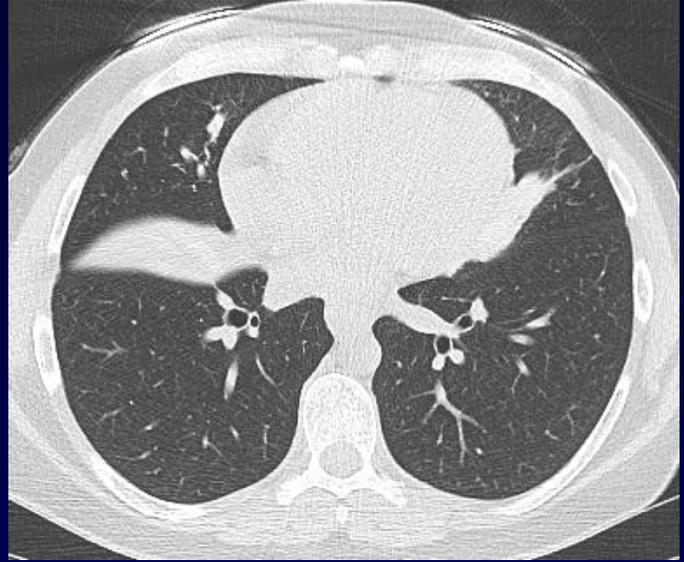
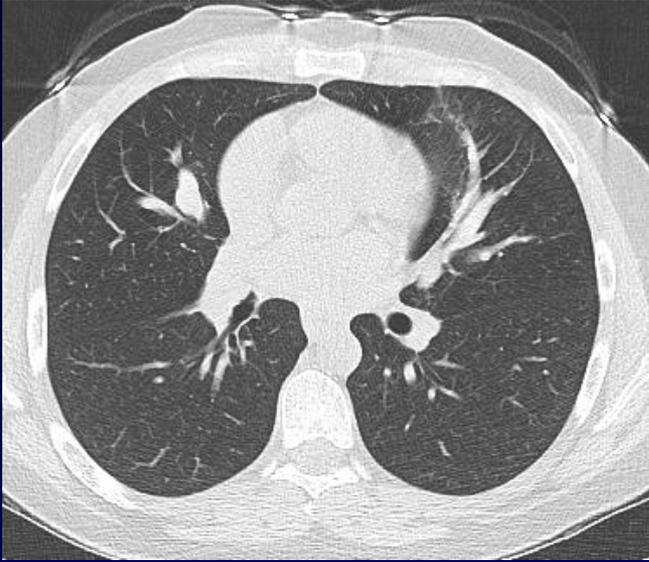
Ancienne vendeuse en boulangerie

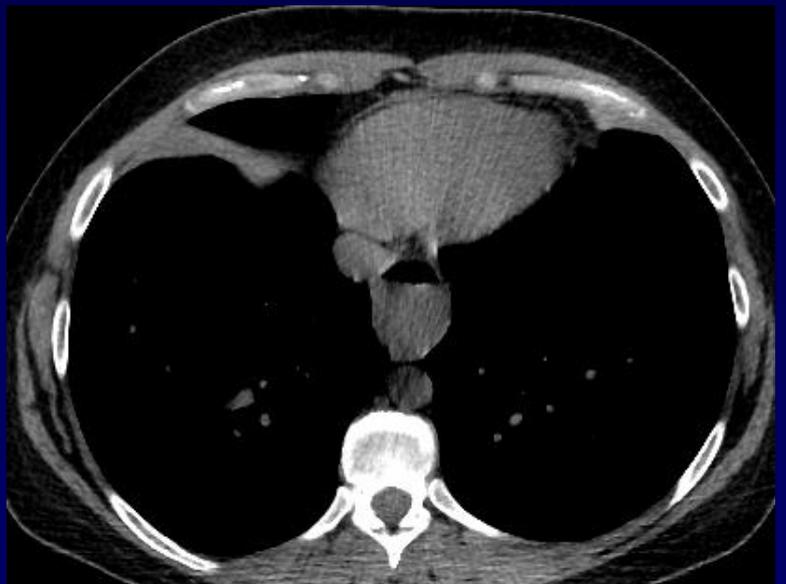
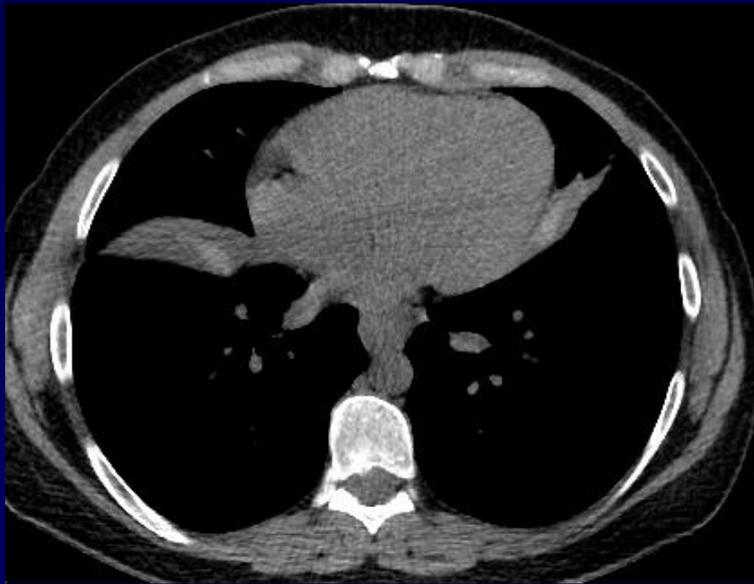
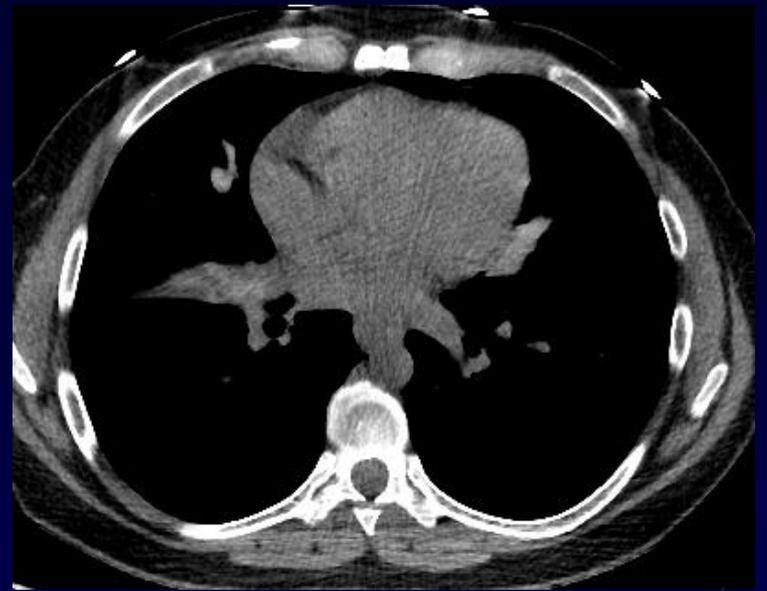
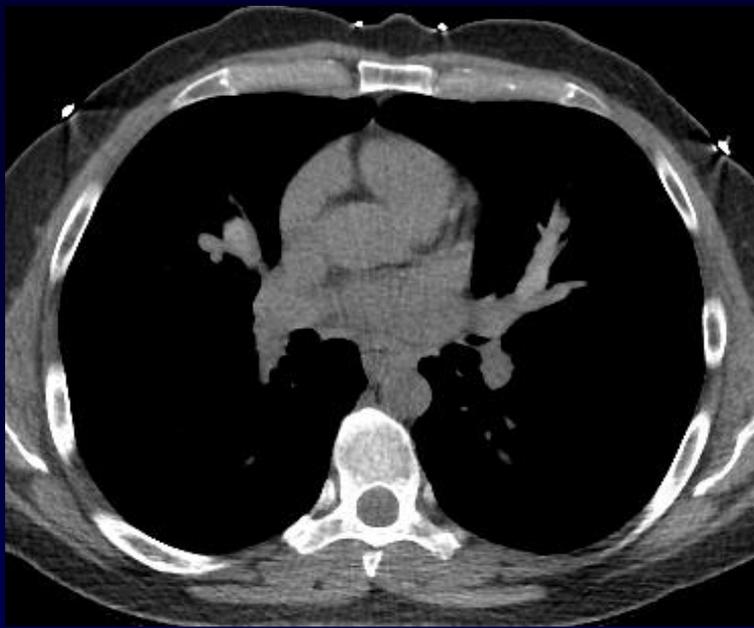


# Discussion

Toux avec quelques expectorations non hémoptoïques







**Diagnostic ?**

# Diagnostic

## Aspergillose bronchopulmonaire allergique

sur asthme de diagnostic retardé,  
sur bronchomucocèles à contenu hyperdense ayant entraîné une atélectasie  
avec éosinophilie d'abord masquée,  
sérodiagnostic aspergillaire négatif mais IgE élevées.

# Discussion

Endoscopie : bouchons muco-purulents difficilement aspirés et biopsiés

Pas de LBA car mal toléré

Bactériologie négative

Mycologie : filaments évocateurs d'aspergillose mais culture : candida albicans

Biopsie bronchique : « bouchon muco-inflammatoire avec filaments mycéliens septés évoquant une aspergillose »

ABPA

Eosinophiles 800/ mm<sup>3</sup>

sérologie aspergillaire –

IgE totales 2600ui/ ml

IgE anti-aspergillus 10.800 ui /ml

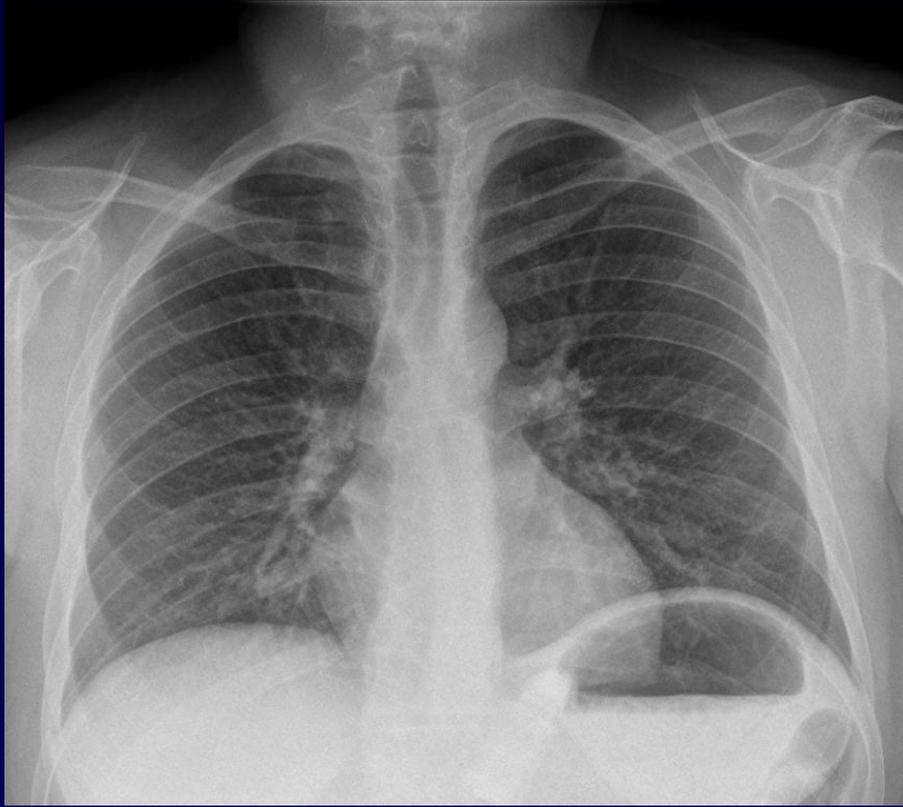
## Traitement :

Corticothérapie peros et Sporanox®

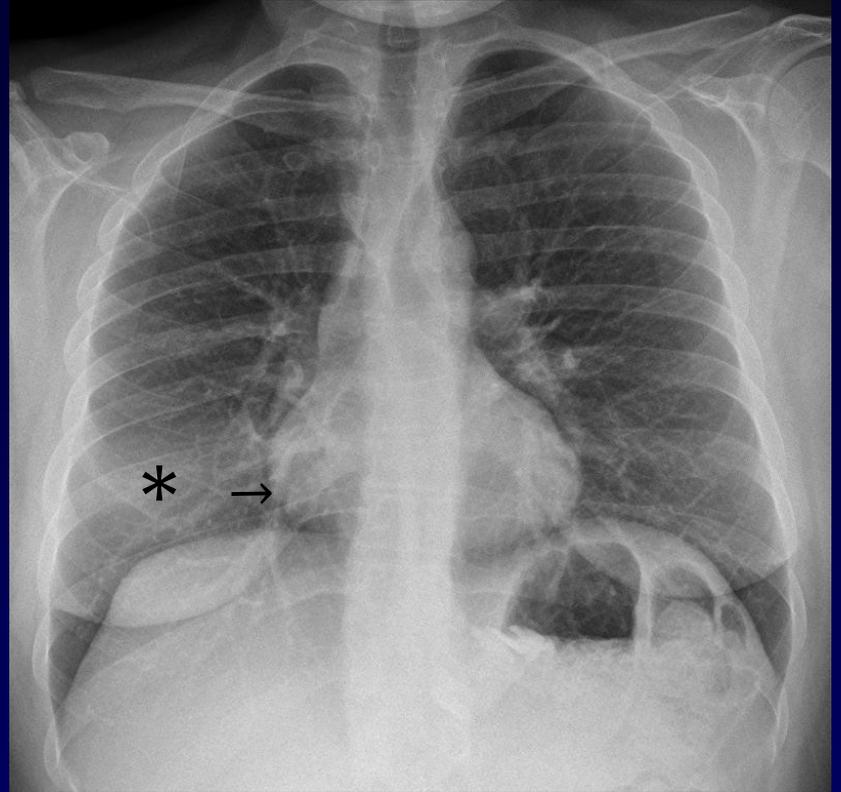
Symbicort Turbuhaler

Salbutamol à la demande

Contrôle fonction hépatique et dosage de l'itraconazolémie

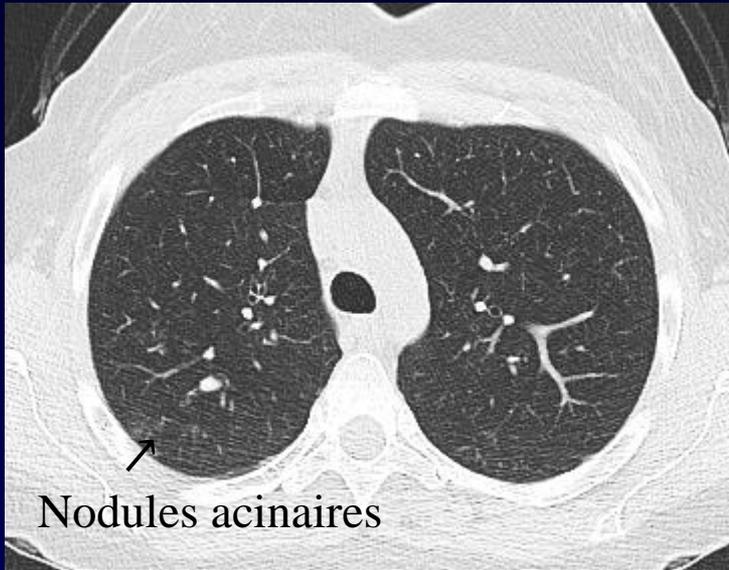


**J0**

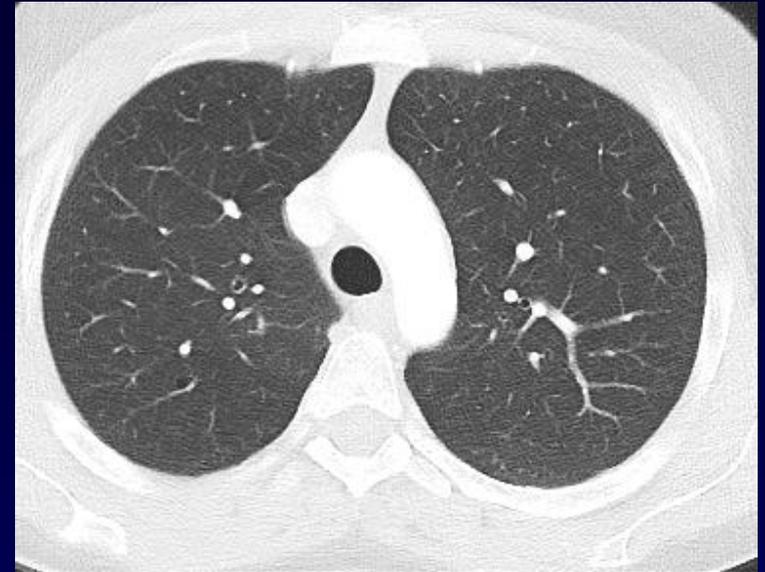


**J3**

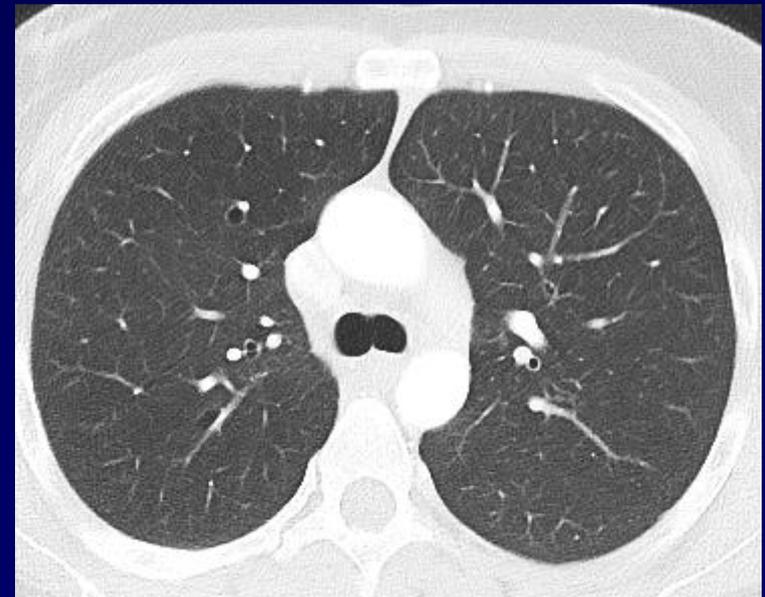
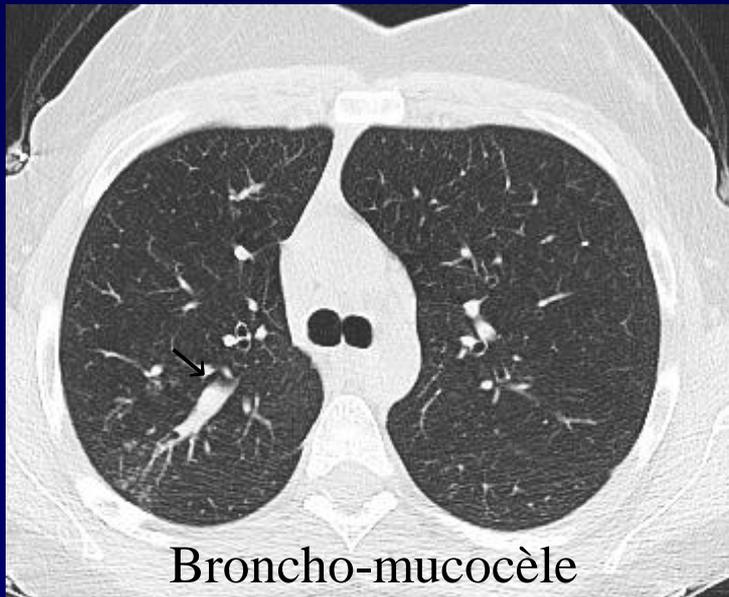
Atélectasie lobaire moyenne de face \*  
Effacement bord droit du cœur (AP inf D)

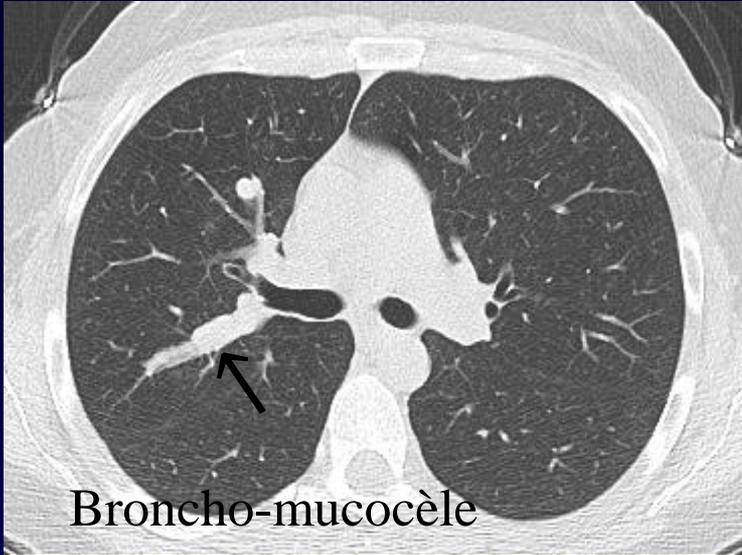


**Avant traitement**

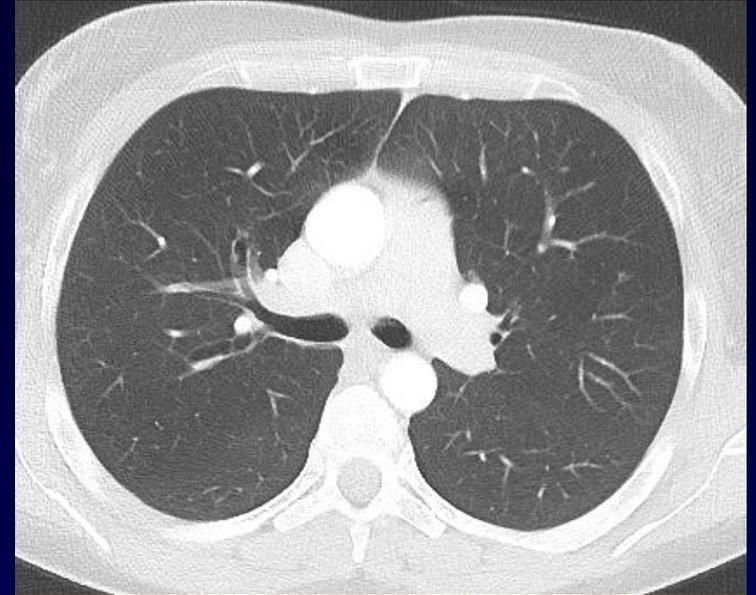


**Après traitement**

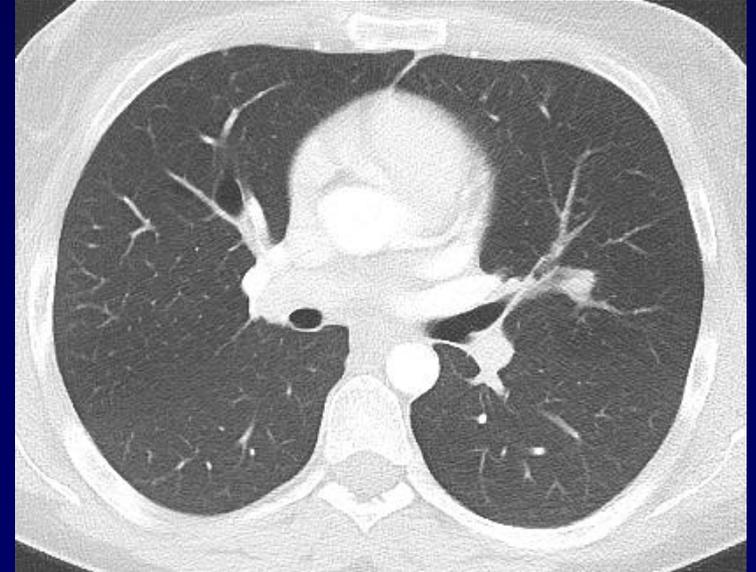
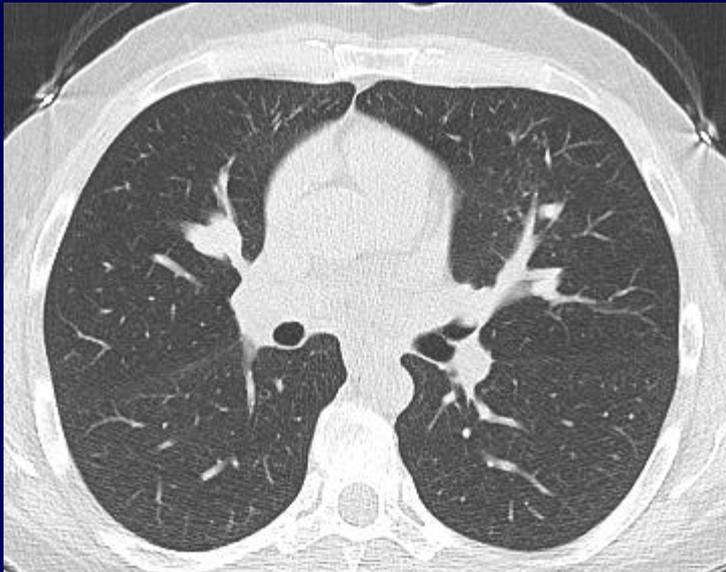


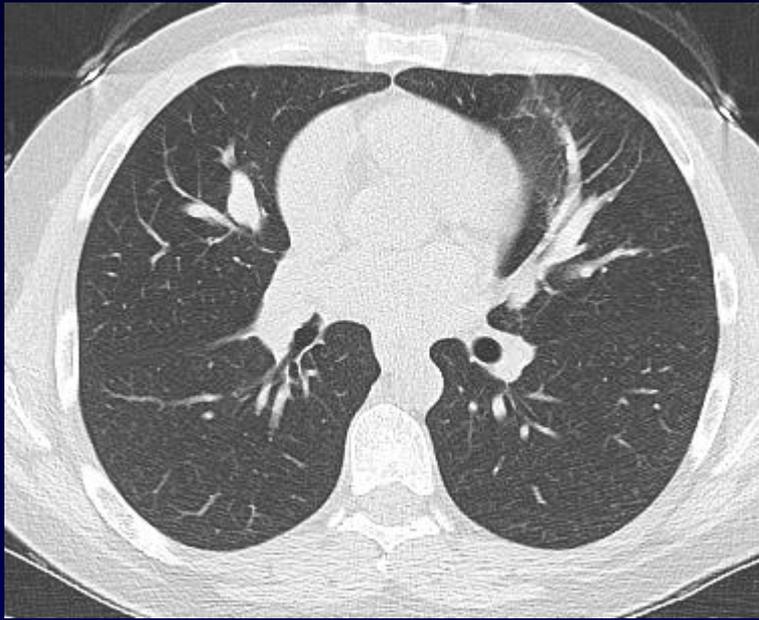


**Avant traitement**

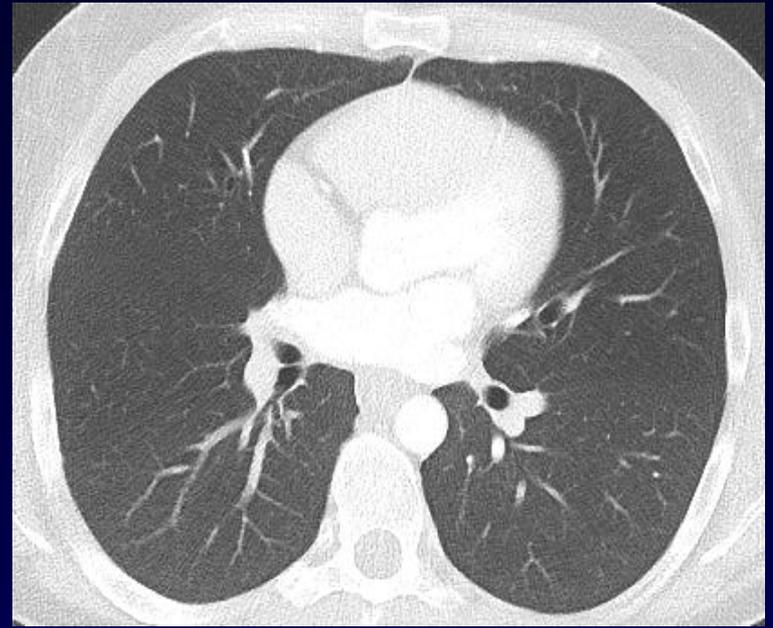


**Après traitement**

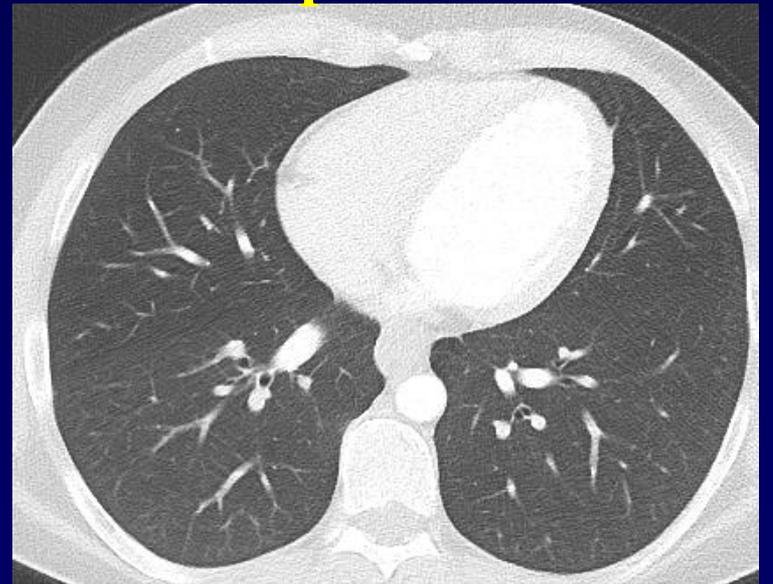
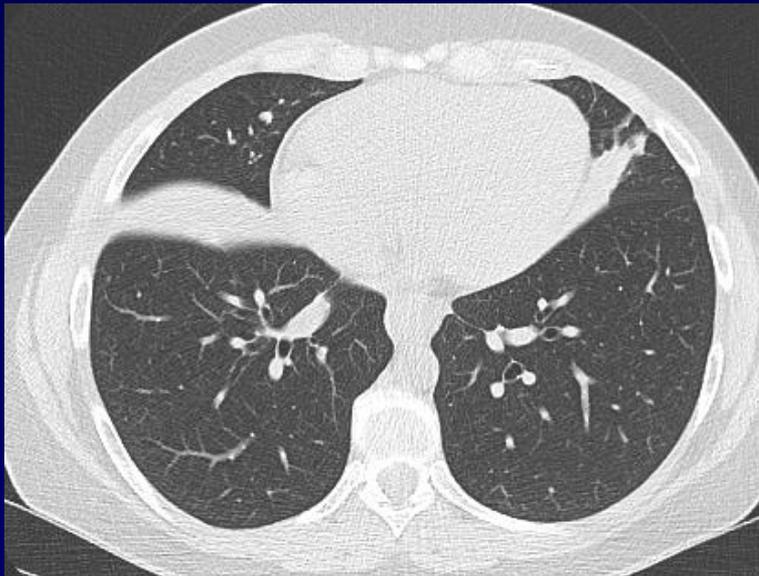




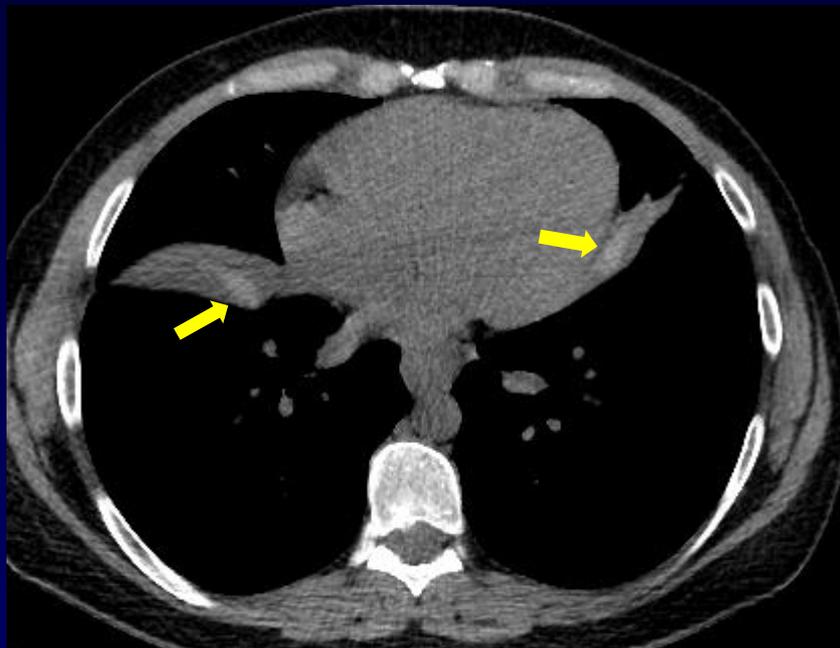
**Avant traitement**



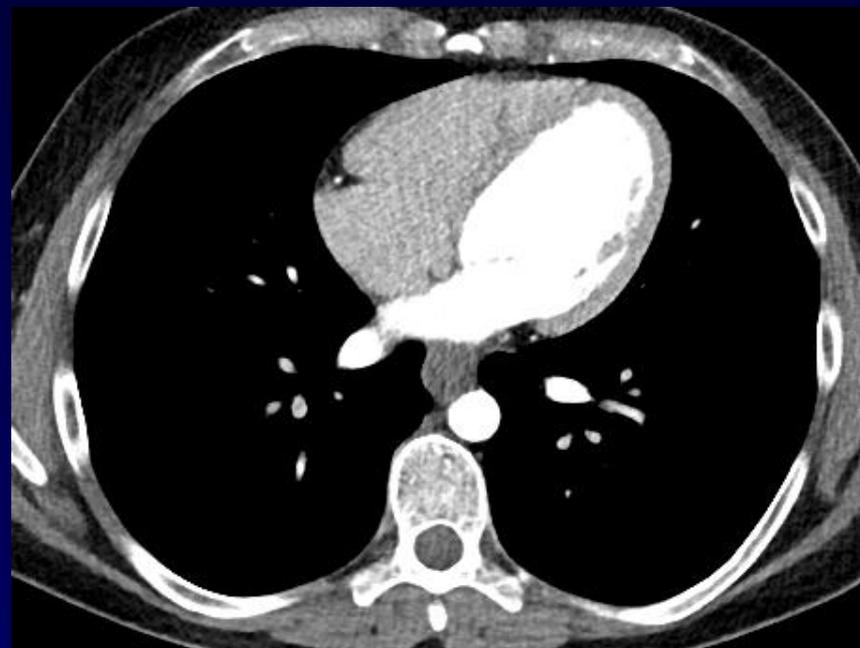
**Après traitement**



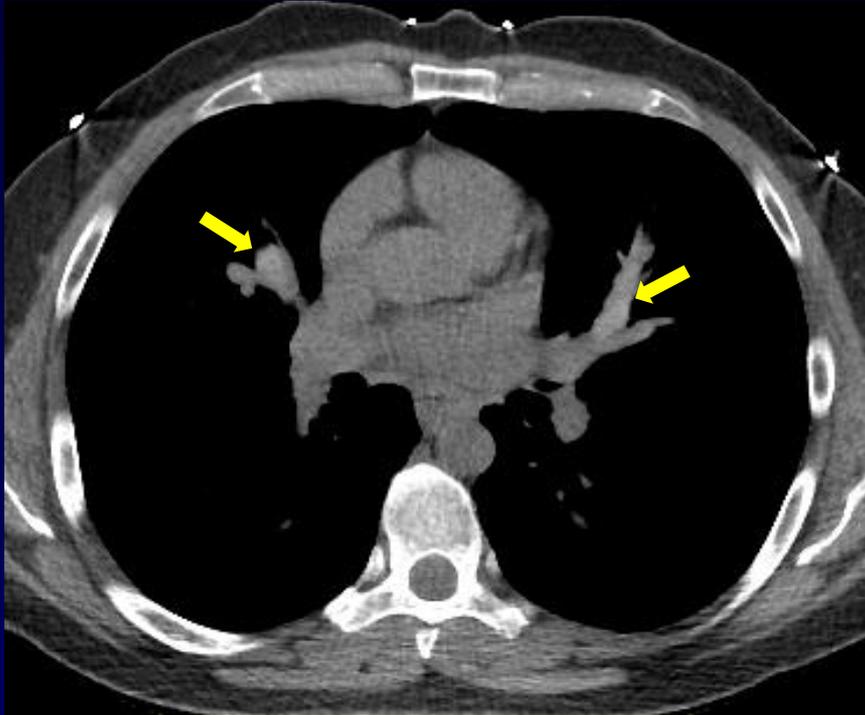
Hyperdensité des bouchons muqueux



**Avant traitement**

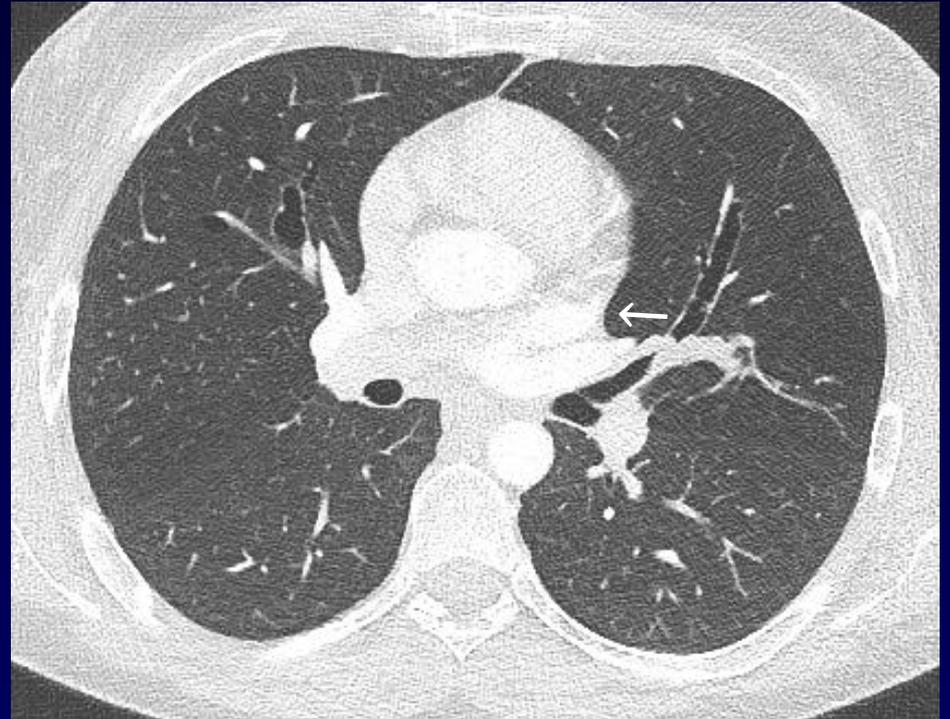


**Après traitement**



**Avant traitement**

Bouchon muqueux hyperdense



**Après traitement**

Bronche aérée dilatée et vide

# Aspergillose bronchopulmonaire allergique

Réaction inflammatoire locale avec afflux d'éosinophiles et comblement des voies aériennes souvent dilatées par des bouchons de mucus , aspergillus et éosinophiles

Population d'asthmatiques et de patients atteints de mucoviscidose

Aspect de bronchectasies pleines en Y ou en V, segmentaires et sous segmentaires

± calcifications ou hyperdensité des bouchons muqueux

± atélectasie lobaire ou segmentaire

± épanchement pleural ou pneumothorax

## *Critères diagnostiques majeurs :*

Asthme

Test cutanés + *Aspergillus fumigatus* (AF)

Ig E totales élevées

Bronchectasies centrales

% IgE et IgA spécifiques élevés pour AF

## *Critères diagnostiques mineurs :*

AF dans les crachats

Bouchons muqueux bruns

Réaction d'Arthus à l'ag aspergillaire+

## Références

Aspergillose pulmonaire : Ce que le radiologue doit savoir

A. GORACCI, ML CHABI, N ROCHE, A PAUGAM, A MANSUET-LUPO, MP REVEL

Pe.sfrnet.org Consultation poster 2013