

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 10 août 2021

[Kaleïdoscope pneumologique](#)

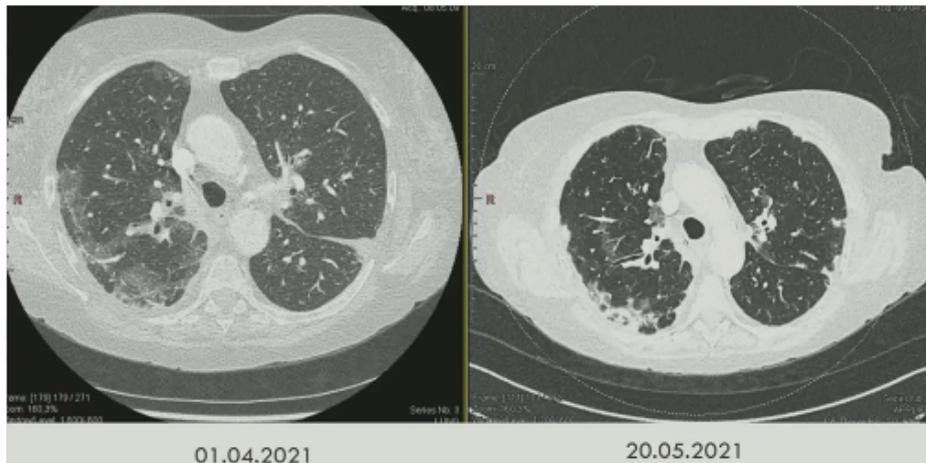
[Dre. C.Cantero](#), [Dre A. Gallois-Schmit](#), [Dre O. Höhn](#), [Dre C. Rayroux](#), [Dr J.Trungu](#)

Cas 1

Une femme de 62 ans qui a eu une transplantation pulmonaire pour BPCO en juin 2020, immunosupprimée par everolimus, présente un rejet aigu en mars 2021.

En mai 2021, son bilan est plutôt normal, la biologie et la gazométrie sont sans particularités.

La spirométrie présente un VEMS à 55% de la valeur prédite. En deux mois, elle a perdu 500ml de VEMS et 800ml par rapport à sa meilleure valeur en septembre 2020.



CT thoracique comparé avec le moment du rejet: Composante de verre dépoli diminuée, mais la consolidation est augmentée.

Q: Infection aiguë / rejet aigu / pneumonie organisée / fibrose pulmonaire?

→ Au lavage broncho-alvéolaire (LBA), il n'y a pas de germe identifié et les biopsies transbronchiques montrent une pneumonie organisée à la pathologie.

Pneumonie organisée

Pneumopathie interstitielle avec lésions inflammatoires en verre dépoli: multiples, bilatérales, et migratoires.

Causes multiples: post infection (covid), médicaments, auto-immun

Traitement: protocole GEM"O"P de Lyon (6 mois dégressif de corticoïdes) et éviction de la cause.

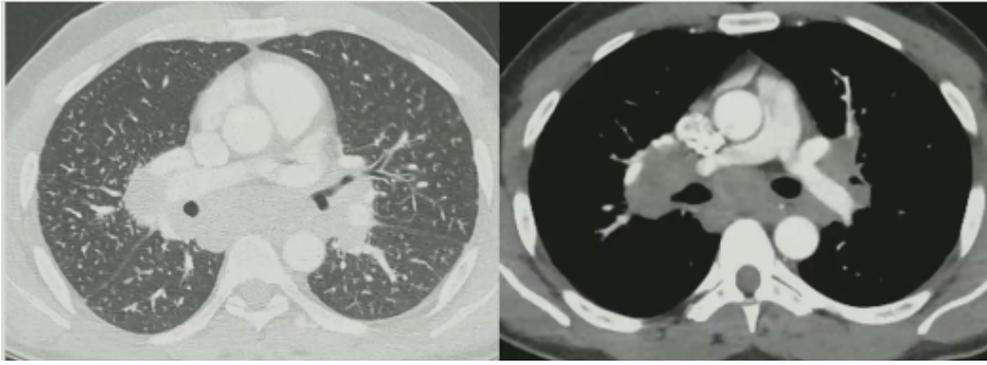
Ici c'est une pneumonie due à l'évérolimus.

Cas 2

Patient de 45 ans, connu pour asthme allergique, ancien tabagique.

Il présente de la toux depuis 7 mois avec des expectorations jaunâtres, il y a perdu 10 kg en six mois et présente des sudations nocturnes. Son statut est normal.

A la fonction pulmonaire il y a un trouble ventilatoire mixte avec déficit ventilatoire modéré.



Au scanner: infiltrat microlobulaire et adénopathies médiastinales, le PET CT confirme des adénopathies médiastinales et hilaires.

Q: Lymphome / Sarcoïdose / Mycobactérie atypique / Pneumoconiose / Tuberculose ?

Bronchoscopie: Adénopathies symétriques et homogènes

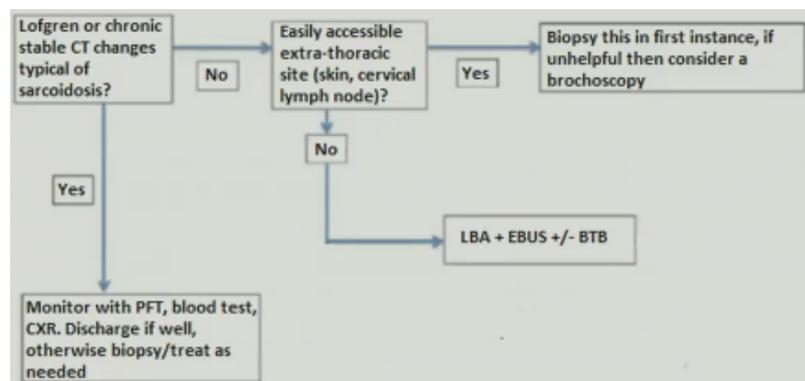
- LBA: alvéolite lymphocytaire. PCR négative pour les mycobactéries, pas de suspicion de malignité à la cytologie.
- Les biopsies et l'EBUS montre une lymphadénite granulomateuse non nécrosante avec cellules géantes.

Sarcoïdose

Maladie multisystémique granulomateuse d'origine inconnue qui fait une atteinte pulmonaire dans plus de 90% des cas.

Diagnostic:

- Présentation clinique et radiologique typiques
- Inflammation granulomateuse géantocellulaire non nécrosante à l'histologie
 - Sensibilité EBUS 79%, biopsies trans-bronchiques 40-90%
- Exclusion d'autres causes potentielles: infectieuses, toxiques, inflammatoires, lymphomes...



Cas 3

Patient de 61 ans avec greffe rénale, immunosupprimé, reçoit une prophylaxie antibiotique et est au décours d'un rejet aigu humoral traité par prednisone. Il est également connu pour de multiples cancers, hématologiques, cutanés et intestinaux.

Aux urgences, il présente une dyspnée progressive mMRC 4 avec toux et expectorations

jaunâtre sans hémoptysie et 38°C. Il sature à 84% à l'air ambiant et présente des lésions vésiculaires para-cervicales. → insuffisance respiratoire hypoxémique chez un patient immunosupprimé

CT: infiltrats micronodulaire dans tous les lobes, qui condensent par endroit

Q: Pneumocystis jirovecii / varicelle-zona virus / lymphangite carcinomateuse / tuberculose ?



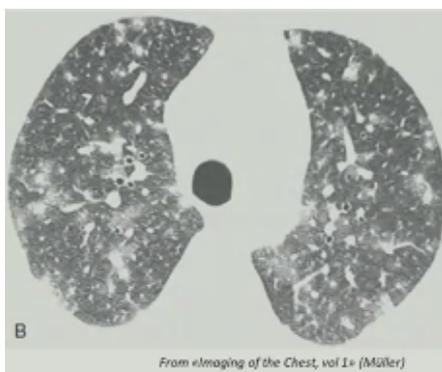
Bronchoscopie du lobe sup droit:
lésions vésiculaire et lésions
blanchâtres gélatineuses

La PCR du LBA est positive pour la varicelle, tout comme les biopsies (qui montrent des inclusion intranucléaire) et le frottis cutané des lésions vésiculaires.

Pneumonie à VZV

C'est la complication la plus fréquente de la primo-infection et de la réactivation (zona).
L'incidence estimée est de 16 à 33% avec 20% de mortalité.

Clinique typique: env. 5 jours après le rash cutané, avec toux, fièvre, dyspnée, tachypnée et douleur thoracique.



A l'imagerie on trouve des nodules diffus en verre dépoli, confluents.
Ils disparaissent au traitement mais peuvent aussi se calcifier.

Traitement par aciclovir IV ou Per Os si immunocompétent sans atteinte d'organe.

Le vaccin est recommandé pour les adultes non immuns et immunodéprimés.

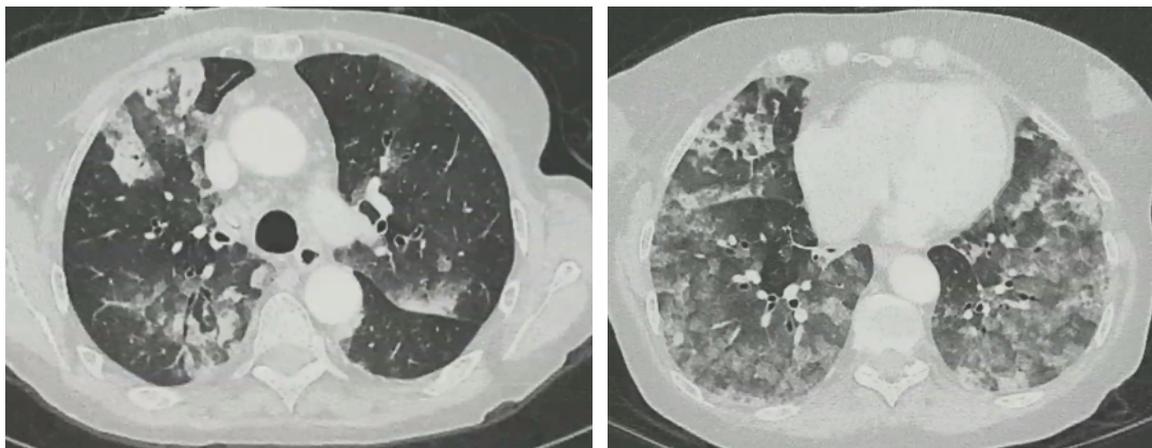
Comme le patient est immunodéprimé, il faut exclure d'autres pathogènes. Il présentait d'ailleurs du pneumocystis jirovecii et de l'aspergillus dans l'analyse du LBA.

Cas 4

Patiente de 76 ans, connue pour une FA, un basedow et une cholangite biliaire primitive.
Aux urgences elle présente une dyspnée mMRC ¾ avec une toux grasse et une tachypnée.
Elle a un syndrome inflammatoire sans leucocytose et la gazométrie montre une hypoxémie sans hypercapnie ni trouble acido-basique.

La radio du thorax montre un infiltrat bilatéral.

Son score CURB65 est à 2 points, elle est hospitalisée pour de l'oxygène et investigations.



CT:
condensation et
infiltrat en verre
dépoli

Q: Pneumonie bactérienne / Embolie pulmonaire / Hémorragie alvéolaire / insuffisance cardiaque ?

Hémorragie alvéolaire - vasculite à ANCA anti MPO

Lors de l'image en verre dépoli, y penser même si pas d'hémoptysie!

Ici c'est une polyangéite microscopique avec hémorragie alvéolaire diffuse et atteinte rénale (micro-hématurie glomérulaire).

Des manifestations pulmonaires sont présentes dans 5 à 45% des vasculites à ANCA, avec une mortalité élevée (90% à 2 ans sans traitement)

En cas d'atteinte d'organe, on donne des corticoïdes à haute dose et cyclophosphamide ou rituximab.

Cas 5

Patient de 66 ans connu pour hypertension, diabète de type 2 et fibrillation auriculaire. C'est un ancien fumeur à 25 UPA, arrêté en 1996.

Aux urgences, il se présente avec une dyspnée mMRC 3, de la toux, des expectorations blanchâtres et un état fébrile depuis une semaine. Il est en insuffisance respiratoire hypoxémique sévère avec un PaO₂ à 9,5 kPa pour 65% de FiO₂.

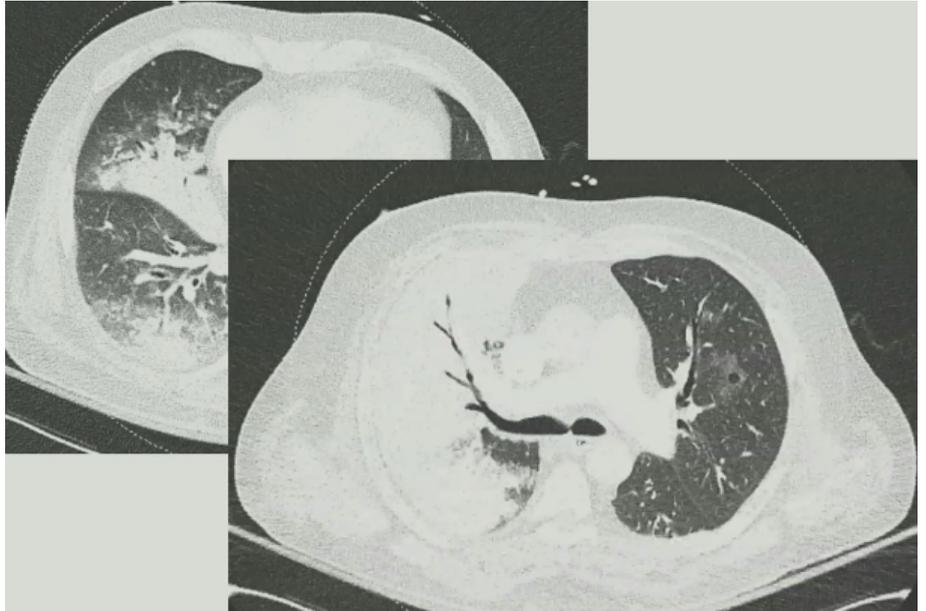
A l'auscultation, il présente des râles grossiers bilatéraux.

Le labo montre une leucocytose avec une déviation gauche et la radio du thorax un infiltrat du lobe droit. Il est placé sous antibiotiques (plusieurs fois apparemment) mais l'état fébrile récidive à chaque arrêt.

On demande alors un LBA pour analyse microbiologique car il n'y en avait aucune documentée.



Au scanner, on trouve une condensation et une image en verre dépoli du lobe moyen et supérieur droit et postérieur gauche. En plus du lavage, on fait une biopsie.



Q: Pneumonie lupique /
Pneumopathie
médicamenteuse à
l'amiodarone / Syndrome
lymphoprolifératif / Cancer pulmonaire ?

C'est un adénocarcinome pulmonaire lipidique, qui se reconnaît par la densification de la composante verre dépoli ou alors par l'augmentation en taille de la partie solide.

Mr avait une maladie avancée, et est décédé quelques semaines plus tard.

