Dr. F. KHALOUF

 **PNEUMOPATHIES OPPORTUNISTES**

**I-Introduction:**

* La survenue d’une pneumopathie opportuniste chez l’immunodéprimé est fréquente
* Morbi-mortalité importantes
* Nombreux agents pathogènes impliqués, isolément ou de façon associée; communautaires ou nosocomiaux
* **II-principales causes d’immunodépression:**
* Altération du système immunitaire local ou systémique
* La nature de l’infection dépend du type d’immunodépression:

**III-Présentation clinique:**

* Début aigu ou subaigu
* La fièvre peut être masquée
* Le reste des signes clinique ne diffère pas des pneumopathies de l’immunocompétent
* Signes extra respiratoires:

Rares mais de grande valeur diagnostique: atteinte nodulaire +cérébrale: mycose: aspergillose; mucomycose; cryptococcose; candidose; nocardiose

**IV-outils diagnostics:**

Dès que le diagnostic est posé, un traitement empirique s’impose le plus tôt possible en parallèle avec les explorations diagnostiques

Les moyens diagnostiques invasifs ( endoscopie, biopsie pulmonaire) se discutent

au cas par cas.

1-examen de l’expectoration: Spontanée ou induite, simple et non invasive, permet de poser le diagnostic dans 31% des cas

L’expectoration induite est très rentable pour le diagnostic de pneumocystose

2- aspiration naso-pharyngée**:** virus respiratoires

3-scanner thoracique: Dépister les lésions, topographie, étendue, nature, orientation des prélèvements

Ne pas négliger le rôle du la radiographie thoracique

4- endoscopie bronchique**:** Utile chez les patients recevant une antibiothérapie ampirique, avec le LBA et les biopsies transbronchiques il constitue un examen de référence pour le diagnostic bactériologique, viral et mycologique

5- biopsie pulmonaire: Transthoraciquescanno-guidée ou par abord chirurgical ( vidéothoracoscopie ou thoracotomie), mais à envisager en seconde intention, car morbidité et mortalité importantes chez ces patients,

**V-différentes pneumopathies infectieuses:**

**1-pneumopathies bactériennes et mycobactéries:**

* Particulièrement fréquentes chez les immunodéprimés
* BGN et *staphylococcus aureus* méthicilline résistants particulièrement fréquents
* Légionellose, notamment chez les transplantés
* *Nocardia* est fréquente chez les patients sous corticoïdes à forte dose, localisation disséminée
* *Mycobacterium tuberculosis:* risquede 50 à 100 fois par rapport à la population générale, avec mortalité plus élevée, liée à l’infection et la toxicité médicamenteuse,
* Souvent par réactivation endogène
* Les signes cliniques et radiologiques sont souvent atypiques
* Mycobactéries atypiques

**2-pneumopathies virales:**

* CMV; autrefois fréquent, son incidence a diminué grâce aux traitements prophylactiques

L’infection peut être asymptomatique, ou se traduire par une forme disséminée

* Adénovirus: morbi-mortalité élevées, réactivation endogène, l’atteinte pulmonaire est extensive, et l’atteinte disséminée est souvent observée
* VRS, virus influenzae et para influenzae: infection saisonnière très contagieuse
* Rhinovirus et coronavirus
* Herpès virus: la réactivation du type1 survient chez 70 80% des patients, donne rarement des pneumopathies mais qui sont souvent fatales

**3-infections fongiques:**

1. ***Pneumocystisjirovecii,***

fréquemment responsable de pneumopathies en cas de déficit de l’immunité cellulaire

* Mortalité de 30 à 60%
* Début aigu: fièvre, toux et dyspnée variable, voire IRA,
* RX: variable: peut être normale; ou verre dépoli diffus, micronodules et nodules solitaires ou multiples, kystes pulmonaires, épanchements pleuraux et adénopathies médiastinales
* DG: kystes de pneumocystis dans les expectorations induites ou le LBA

**B- aspergillose pulmonaire invasive:**

* Infection fongique la plus fréquente (A. *FUMIGATUS+++)*
* Immunodépression profonde, morbidité et mortalité importantes
* Patients à risque élevé: VIH + et hémopathies malignes, transplantés allogéniques et d’organes
* Risque accru lors des neutropénies profondes et prolongées et des anomalies de phagocytose
* Clinique: douleur thoracique, fièvre, toux et hémoptysie
* RX: peut être normale
* TDM: intérêt majeur pour orienter le diagnostic
* DG: isolement du champignon dans le LBA dans 50% des cas
* MEE dans les biopsies pulmonaires (certitude)
* TRT: voriconazole

C- candida:

Infections systémiques, l’atteinte pulmonaire se fait par dissémination hématogène

D- Autres champignons:

Zygomycètes, cryptococcose,histoplasmose, blastomycose

**4- pneumopathies parasitaires:**

**A-*toxoplasmagondii:***

Rarement responsable de pneumopathies en cas d’immunodépression cellulaire profonde, fatale dans 60 à 100% des cas

L’atteinte pulmonaire survient généralement dans le cadre d’une dissémination systémique avec signes neurologiques fréquents

DG: MEE du toxoplasmagondii dans le LBA ou biopsie par la coloration Giemsa

immunofluorescence directe ou par PCR

**VI- conclusion:**

La prise en charge des pneumopathies opportunistes est en constante évolution, vu l’émergence de nouveaux profils d’immunodépression, de nouveaux pathogènes et de nouveaux outils diagnostiques et les progrès des thérapeutiques anti-infectieuses, néanmoins la variabilité clinique rend difficile de dresser une approche diagnostique et une prise en charge codifiée