

LA CORTICOTHÉRAPIE DANS L'ASPERGILLOSE BRONCHOPULMONAIRE ALLERGIQUE (ABPA) : L'ARME FATALE

L'aspergillose broncho-pulmonaire ou Maladie de Hinsons-Paps résulte de la réaction d'hypersensibilité de l'arbre broncho-pulmonaire vis-à-vis de la moisissure d'*Aspergillus fumigatus*. Paradoxalement le traitement classique repose sur la corticothérapie par voie générale (1) alors même qu'il existe une « infestation » mycosique aspergillaire. Au long cours, ce traitement par ses effets secondaires immuno-déprimants peut induire l'apparition d'une complication aiguë. Nous rapportons la survenue d'une tuberculose sous ce traitement.

Un sénégalais de 47 ans, technicien de laboratoire médical est admis aux Urgence de l'HPD dans un tableau de bronchospasme aigu. Dans ses antécédents nous retrouvons une sinusite *per* annuelle sur terrain d'atopie familiale ; notion de bronchomée avec expectorations grumeleuses.

Le bilan au décours de la phase aiguë notait une hyperéosinophilie sanguine à 1 100 mm³ sans parasites intestinaux, l'existence de bulles d'emphysème des sommets associées à des dilatactions kystiques parenchymateuses bifocales à la tomodynamométrie thoracique, un trouble ventilatoire obstructif prédominant sur les petites bronches distales à l'EFR et réversible sous bêta 2 mimétiques, une positivité des tests cutanés aux extraits d'aspergillus et d'acariens (*D. farinae*, *B. tropicalis*) et une augmentation des Ig E totales à 2 500 UI. L'endoscopie bronchique et l'examen du liquide LBA ont permis d'écartier à l'examen direct et à la culture sur milieu de Lowenstein une infection tuberculeuse, mais a mis en évidence la présence de moisissures identifiées comme *Aspergillus fumigatus*. L'évolution a été rapidement favorable sous corticothérapie à la dose de 0,5mg/kg/j de prednisone puis dégressive et la maladie asthmatique stabilisée avec un traitement de fond (bêta 2 mimétique de longue durée, corticoïde inhalé à 1 000 mg/j) et prednisone à 10 mg/j. Au 2^e mois une nouvelle admission en réanimation est notée au décours d'une mauvaise compliance thérapeutique en raison de l'intolérance de l'itraconazole (200 mg/j) prescrit. L'examen des crachats a mis en évidence la présence de BAAR du complexe *Mycobacterium tuberculosis* à la culture.

L'amélioration du tableau pulmonaire est nette sous traitement antituberculeux, avec contrôle de BAAR négatif au 3^e mois, mais le patient décède dès son arrivée aux urgences dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë au 4^e mois du traitement antituberculeux.

L'ABPA est le résultat d'une réaction inflammatoire d'origine immunologique survenant au niveau des bronches et du parenchyme pulmonaire avoisinant impliquant deux types de réactions : réaction à Ig E médiée et les réactions immunologiques de type antigène-anticorps. Le diagnostic repose sur des critères positifs à aspergillus en lecture immédiate, la présence de bronchectasies proximales et une éosinophilie supérieure à 500) et des critères mineurs : présence dans l'expectoration d'*Aspergillus fumigatus*, tests cutanés positifs à aspergillus en lecture retardée, présence de moules bronchiques dans l'expectoration. Cinq stades évolutifs ont été décrits avec une progression ultime vers l'insuffisance respiratoire chronique (2). Notre observation remplit les critères diagnostiques de l'ABPA où le diagnostic est certain si 7 critères majeurs sont présents ou s'il existe 6 critères majeurs et critères mineurs (3) chez notre patient. La survenue d'une tuberculose chez le patient est la rançon du traitement de l'ABPA basée sur les antifongiques et paradoxalement sur la corticothérapie par voie générale en terrain infectieux, particulièrement en zone d'endémie tuberculeuse.

M. SANE, B. NDIAYE, P.S. BA, A.R. NIANG, A.R. NDIAYE, B. NIANG, B. DIATTA, B. CHEVALER, P.S.B. MBAYE, J.M. DEBONNE

• Travail des Services médicaux (M.S., B.N., P.S.B., A.R.N., A.R.Nd., P.S.B.M., J.M.D., Docteurs en médecine), du Service d'anesthésie et de réanimation (B.N., B.D., Docteurs anesthésistes) et du Service de biologie (B.C., Docteur en biologie), Hôpital Principal de Dakar, BP 3006, Dakar, Sénégal.

• Correspondance : M. SANE, Services médicaux, Hôpital Principal de Dakar, BP 3006, Dakar, Sénégal.

• Courriel : niangabd@hotmail.com •

1 - SEATON A., SEATON RA., WIGHTMAN AJ - Management of allergic bronchopulmonary aspergillosis without maintenance oral corticosteroids : a fifteen-year follow-up. *QJM* 1994 ; **87** : 529-537.

2 - PATTERSON R, GREENBERG PA, RADIN RC, ROBERTS M - Allergic bronchopulmonary aspergillosis: staging as an aid to management. *Ann Intern Med* 1982 ; **96** : 286-291.

3 - ROSENBERG M, PATTERSON R, MINTZER RA *et Coll* - Clinical and immunological criteria for the diagnosis of ABPA. *Am J Int Med* 1977 ; **86** : 405-414.

Correspondance

Nous recevons de C. Becker la correspondance suivante : « Médecine Tropicale a publié en 2000 (*Med Trop* 2000 ; **60** : 11-17) un article d'A. Carayon intitulé « L'Hôpital Principal de Dakar : plus d'un siècle d'histoire (1880-2000). »

Cet article est pratiquement la copie de l'article de J.C. Cuisinier-Raynal (successeur de A. Carayon à la tête de l'Hôpital Principal), que I. Thioub, S. Mbaye et moi-même avons publié en 1997 dans notre ouvrage sur l'AOF, après avoir vérifié que l'article était original.

Nous vous remercions d'indiquer que le texte publié dans votre revue est une publication légèrement remaniée du texte déjà publié antérieurement dans : BECKER C, MBAYE S, THIOUB I - Réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960. Dakar, Direction des Archives du Sénégal. AOF ed, Dakar, 1997, vol. 1 et 2, 1273 p. Sous le titre : CUISINIER-RAYNAL J.C. - L'Hôpital Principal de Dakar à l'époque de AOF de 1895 à 1958. AOF ed, Dakar, pp 1188-1192 ».

C. BECKER

(CNRS-Centre d'Etudes Africaines)

• Correspondance : C. BECKER, BP 5598 Dakar-Fann, Sénégal • Courriel : beckerleschar@sentoo.sn •