

GREFFE PNEUMOCYSTOSIQUE SUR UNE SARCOIDOSE PULMONAIRE

Resumé:

Autrefois appelé pneumocystis carinii, il est mieux connu aujourd’hui sous le nom de pneumocystis jirovecii . Peu décrite il ya environ trois décennies particulièrement avant l’avènement des traitements immuno-suppresseurs. Elle est devenue la manifestation inaugurale la plus courante et la plus fréquente dans le sida (60% des cas en l’absence de prophylaxie) .La pneumocystose est rapportée dans diverses maladies malignes ou sous traitement immunodépresseur.

Radiologiquement elle se caractérise par des lésions interstitielles. Ceci complique son diagnostic lorsqu’ elle se greffe sur des pathologies systémiques ou granulomateuses à expression pulmonaire fibrosante. Nous rapportons un cas d’une association de sarcoïdose pulmonaire avec une pneumocystose chez un patient âgé de 26 ans, ayant exercé dans l’élevage industriel de poulets et qui présente à la radiographie thoracique un syndrome alvéolo- interstitiel bilatéral à prédominance apical de découverte fortuite

La TDM thoracique objectiva des multiples cavités bilatérales associée à une miliaire micronodulaire et adénopathies médiastino –hilaires bilatérales.

L’examen physique couplé à l’échographie met en évidence des multiples adénopathie cervicales et abdominales.

La biopsie ganglionnaire cervicale objective un aspect histologique compatible avec une sarcoïdose ganglionnaire.

L’intra dermoréaction à la tuberculine négative et une ECA sérique élevée ont permis de poser le diagnostic de la sarcoïdose.

La recherche de kystes ou de trophozoïtes de pneumocystis dans l’expectoration par la technique d’immunofluorescence s’est avérée positive confirmant la greffe d’une pneumocystose sur une sarcoïdose chez notre patient.

La greffe d’une pneumocystose sur une sarcoïdose reste envisageable lors d’une poussée évolutive de la maladie particulièrement chez des patients sous corticothérapie. Le diagnostic demeure cependant laborieux devant l’intrication des lésions radiologiques.

Observation:

A. Bouali âgé de 26 ANS célibataire .employé dans une usine des poulets admis dans notre service pour une radiographie du thorax pathologique de découverte fortuite.

Dans les antécédents on retient :

- Un tabagisme a 7 paquets -année.
- Aucun autre antécédent.

►L’histoire de la maladie :

Remonte a deux jours avant l’admission marquée par la découverte fortuite d’une radio du thorax pathologique demandée dans le cadre d’un certificat de bonne santé, ensuite le patient a été rapidement orienté vers le service de pneumologie d où son admission.

►A l’examen clinique :

L’examen pleuro pulmonaire retrouve des râles crépitants bilatéraux à prédominance basale ;il n'ya pas d’hippocratisme digital.

L’examen des aires ganglionnaires retrouve deux adénopathies cervicales bilatérales.

Le reste de l’examen est sans particularité, TA. 120 /80 mm hg.

►Examen para clinique :

-Groupage :A positif .

-FNS :

- GB :6400.
- GR :4800000.
- HG :16g/dl.
- PLQ :240000.

-Glycémie :0,68g /L ,urée :0,25g/l ,create :09mg/l ,TGO :26 UI, TGP :37 UI , Phosphatases alcalines :288UI.

-**VS** à 21 mm.

-IDR à la tuberculine négative.

-Série de BK (faite à deux reprises), sérologies virales et bilan immunologique négatifs.

- Examen parasitologique :**
- des selles négatives.
 - Des crachats :des kystes de pneumocystis carinii.

►Imagerie :

Service de pneumo-physiologie : Pr Djebbar- Batna (ALGERIE)

Dr A.Karouche, Dr A.Ouahchi, W.Boudja, Dr R.Haddene ,Pr A, Djebbar .

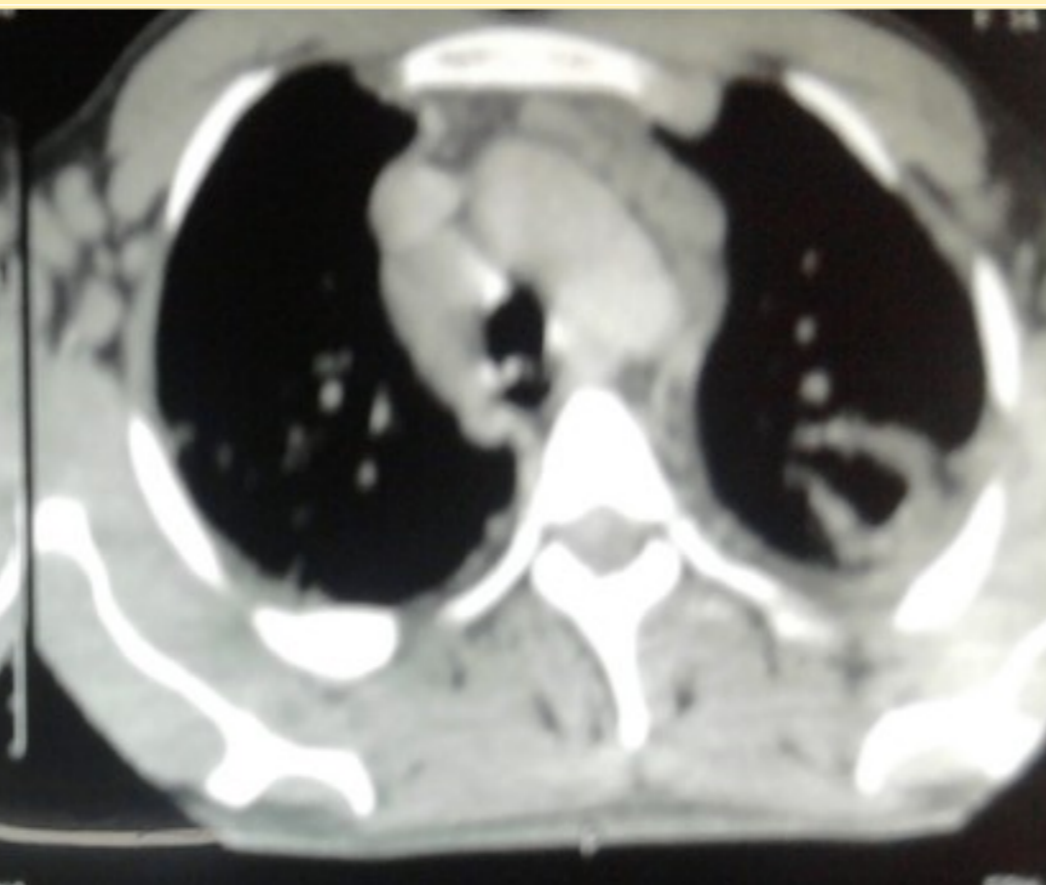
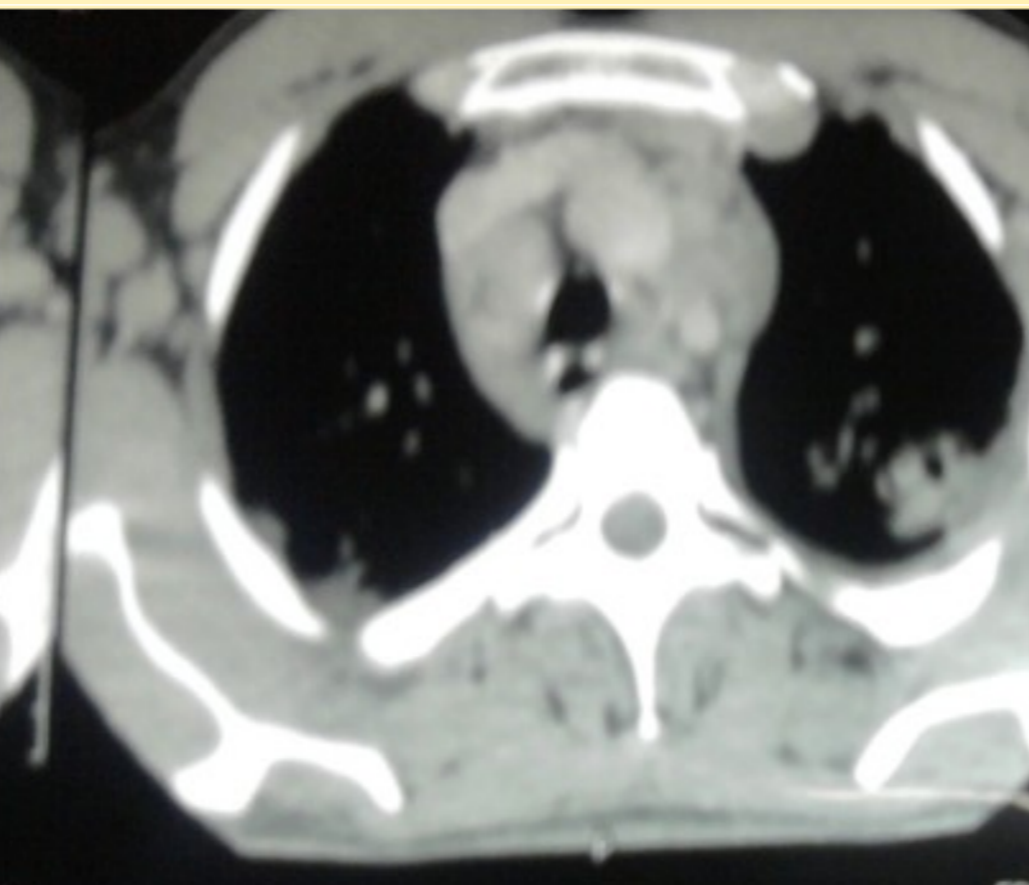
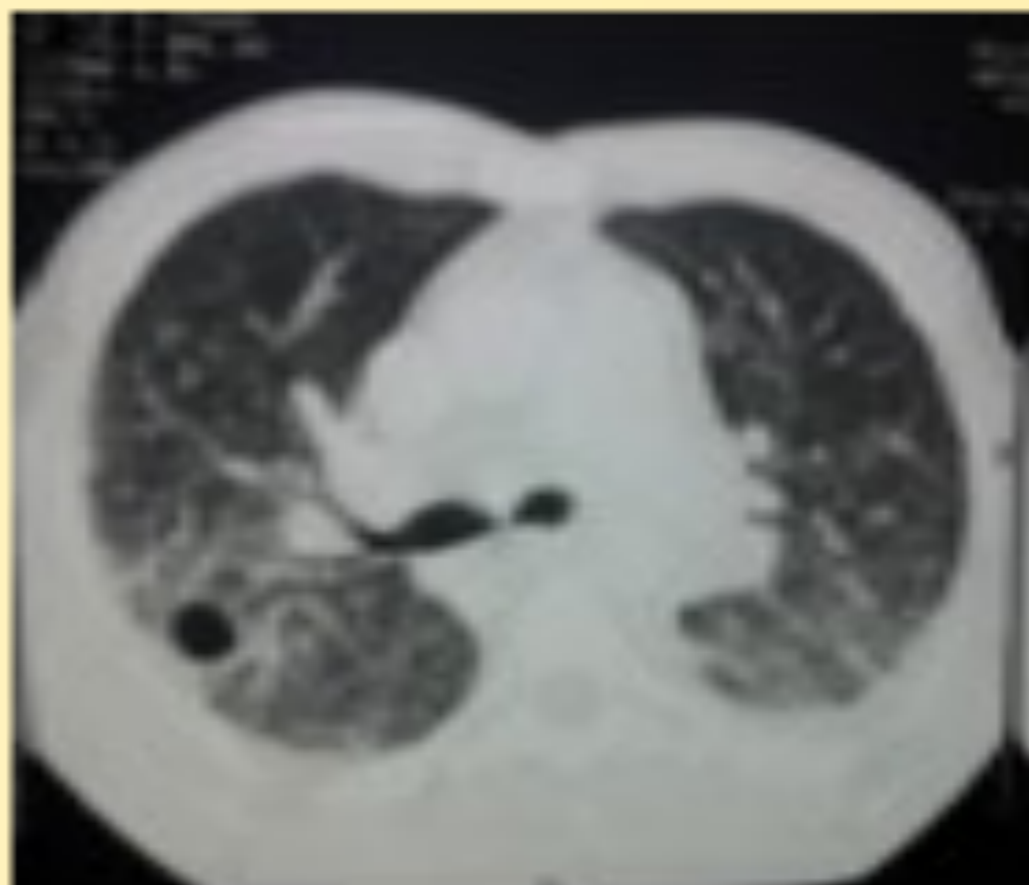
-RX de thorax de face: infiltrat micronodulaire bilatéral confluant par endroit associé à des images

cavitaires à prédominance apicale.



- LA TDM thoracique : multiples cavernes bilatérales et miliaire micronodulaire avec adénopathies

Médiastinales et hilaires bilatérales.



-Echographie minale : adénopathies cervicales et multiples adénopathies abdominales profondes.

-Fibroscopie bronchique :non concluante .

-Biopsie d’adénopathie cervicale : aspect histologique d’une sarcoïdose ganglionnaire.

- EFR : retrouve un syndrome restrictif.

-Le diagnostic d’une sarcoïdose pulmonaire associée a une pneumocystose étant retenu. le malade fut mis sous traitement ;corticoïde associé au BACTRIM FORT en date de 24/01/2012.

Commentaires:

♦La sarcoïdose une pathologie systémique de cause indéterminée ;elle est avant tout une maladie de l’adulte jeune. en effet 70% des patients ont un âge moins de 40 ans lors de la découverte de la maladie .et dans plus d’un tiers des cas cette découverte est fortuite lors d’une radiographie thoracique.

- Trois grandes présentations sont donc possibles :
 - Sarcoïdose intra thoracique pure 40% des cas .
 - Sarcoïdose intra et extra thoracique 40% des cas .
 - Sarcoïdose extra thoracique 20%des cas.

♦L’anomalie élémentaire de l’atteinte parenchymateuse de la Sarcoïdose pulmonaire à l’imagerie est représentée par le micronodule rarement des images cavitaires ;qui sont décrites chez **0,8 à 8,3%** des patients ayant une sarcoïdose .Ces cavitations sont présentes lors du diagnostic de la maladie ou lors du suivi évolutif.

♦la rémission spontanée est observée dans 2/3 des cas ; elle dépend au stade radiologique : **60-90 % (stade I), à 40-70 %(stade II), 30 % (stade III) et 0 % (stade IV)** .la mortalité est estimée à **5%** .

♦La pneumocystose pulmonaire est une infection opportuniste due à *Pneumocystis carinii* qui survient chez les patients immunodéprimés et principalement au cours de l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) et L’immunodépresseion liée aux cancers et surtout les hémopathies .

♦Dans une étude prospective menée entre 1972 et 1974 chez des enfants traités pour hémopathie l’incidence de la pneumocystose était de **16 %** , **soit trois fois** plus élevée que chez les enfants suivis dans le même hôpital pour d’autres cancers .

♦chez les patients atteints de sarcoïdose .malgré l’immunodépresseions induite par la corticothérapie ; l’infection par le pneumocystis demeure rare mais existe vue les quelques cas publiés .

♦le diagnostic de la sarcoïdose bien qu’évoqué en premier lieu devant l’aspect clinique Radiologique et la preuve histologique aurait caché en l’absence de l’examen parasitologique des crachats la coexistence d’une pneumocystose sous jacente .

Bibliographie:

- Vleyre,D. Nunes H, Duperron F, Soller P, Brauner M. -Sarcoïdose-page:6039D10.EMC-pneumologie 2009 .

2-TAZI ,A. , KAMBOUCHNER ,M., .SOLLER ,P. -sarcoïdose– ,traité de médecine -Flammarion -883.

3-.Girard N; .Cottin V .Hott A.. Chidiac C. . Infections opportunistes et sarcoïdose -Revue du praticien-2004-1084.

4-Castro N.,.Pavie J ,.Molina J.M, Pneumocystose chez les patients d’onco-hématologie. -Revue de praticien-2004-742.

5-Cottin v . Pulmonary sarcoidosis :diagnostic challenges -La revue de médecine interne-2011-93 -100.