

Staff RX 19/02

Kerwin Roelandt

Thorax

3^e-5^e

Contexte clinique

- ◇ Homme de 83 ans se présente aux urgences
- ◇ Fatigue depuis 1w, perte d'appétit, toux grasse, crachats mousseux, dyspnée.
- ◇ « Notion d'anomalie » à la Rx réalisée J-14
- ◇ Ferait souvent des bronchites depuis quelques années
- ◇ Ancien fumeur, ancien ingénieur, pas d'allergie connue
- ◇ Demande d'angio-CT pour exclure embolie

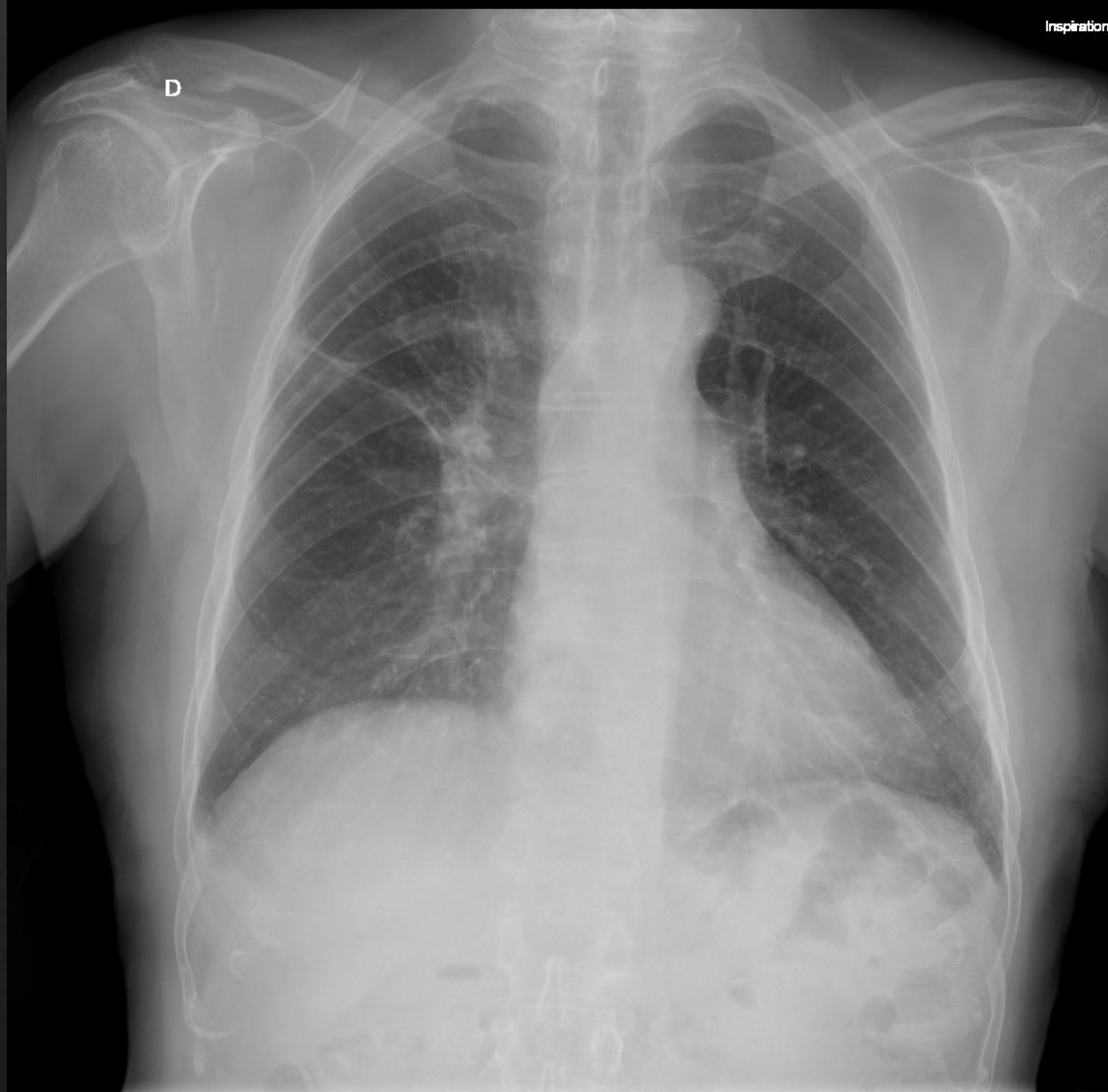
Rx J-14





P

Rx J0



Inspiration

D

Question

Quelles sont les anomalies sur cette Rx Thorax:

- 1) Bronchectasies
- 2) Aspect saillant du hile droit
- 3) Atélectasie LSD
- 4) Toutes ces propositions

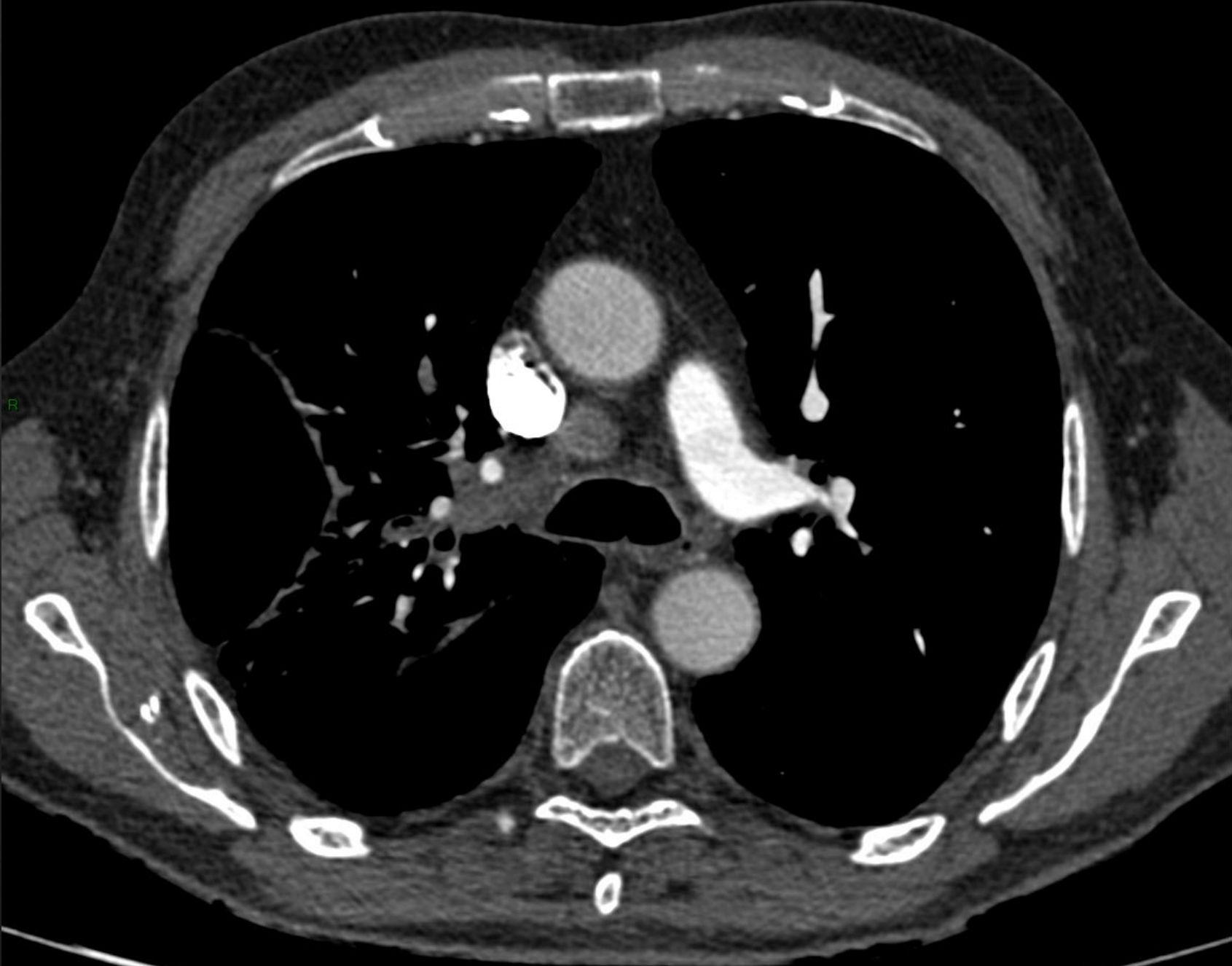
Question

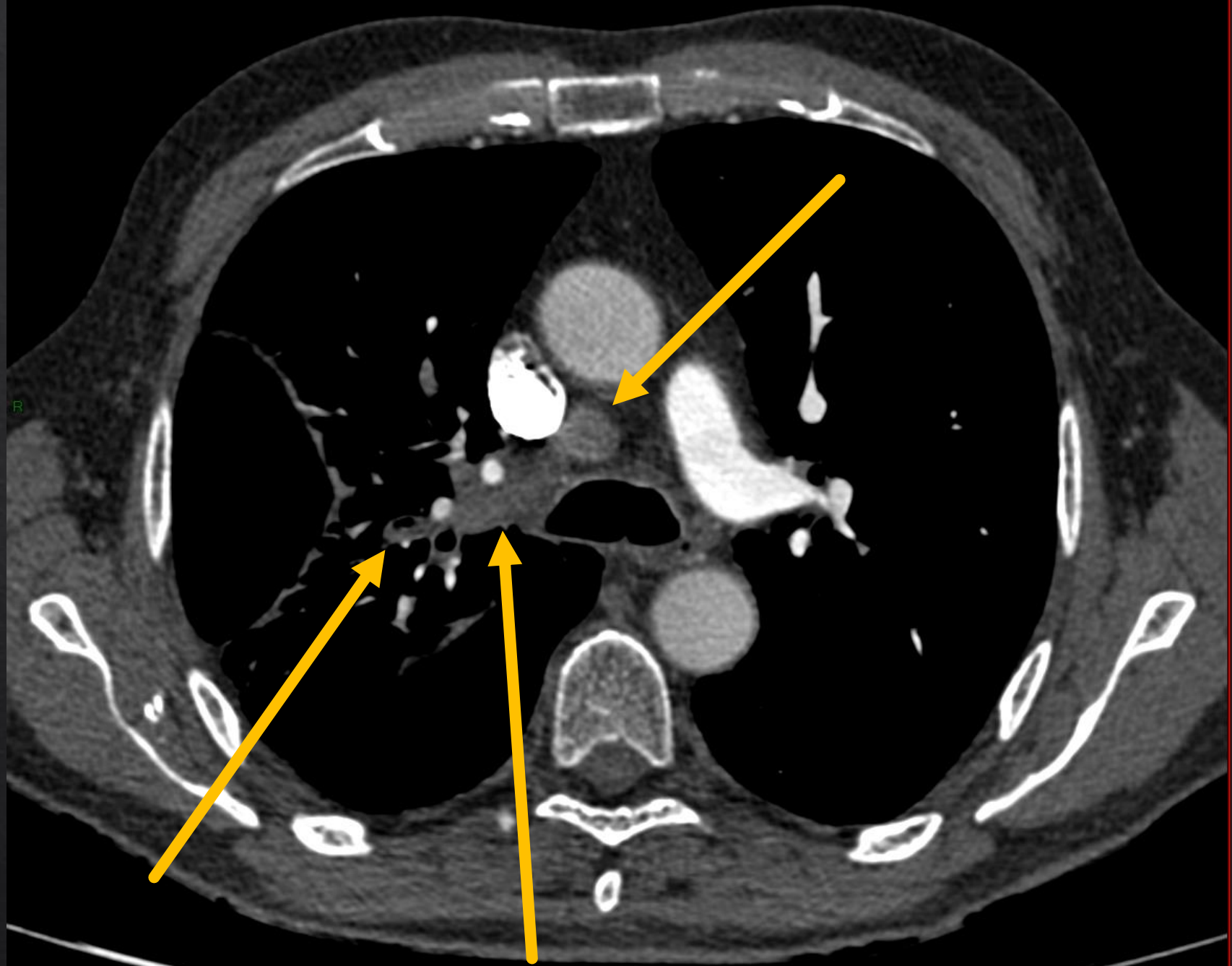
Quelles sont les anomalies sur cette Rx Thorax:

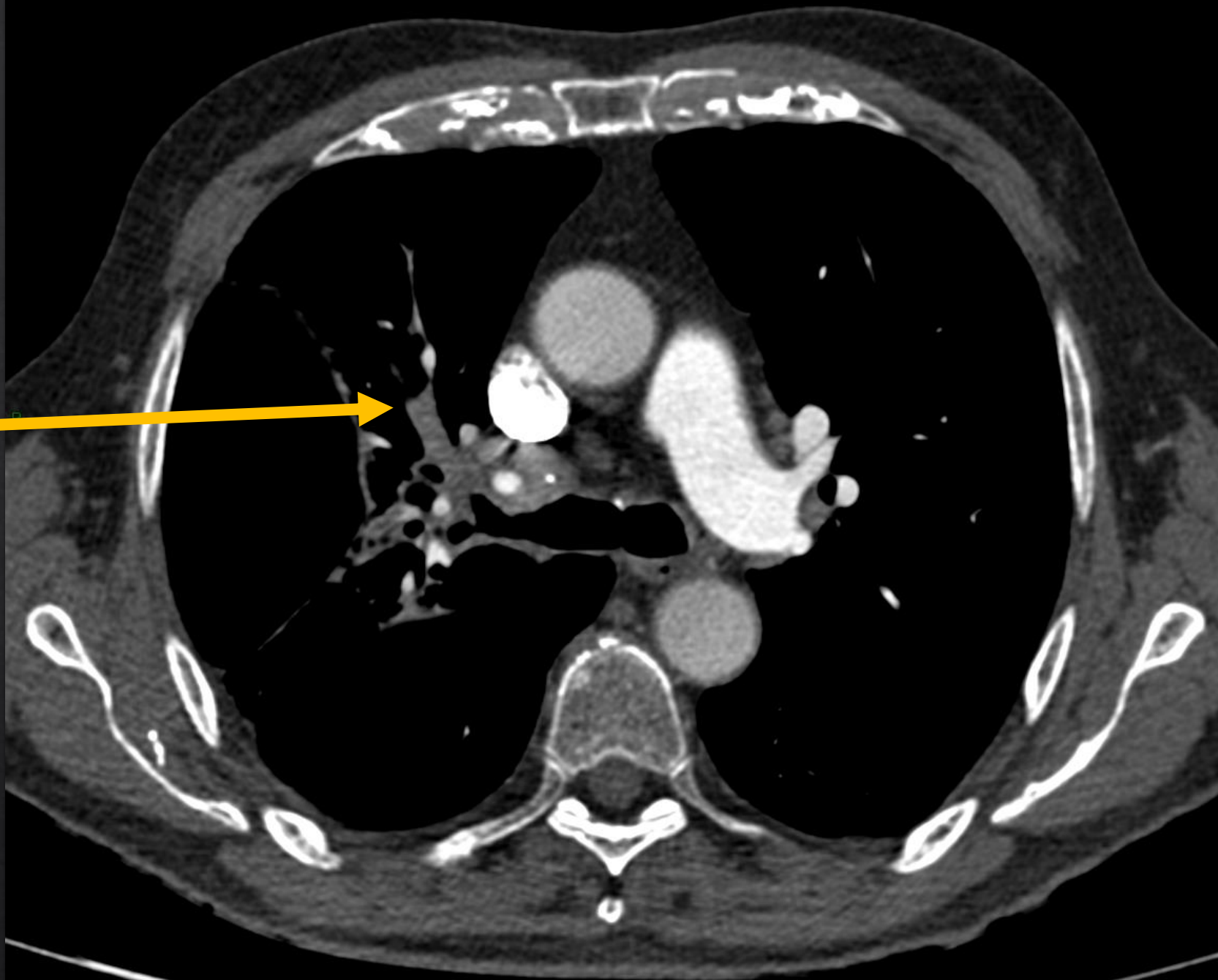
- 1) Bronchectasies
- 2) Aspect saillant du hile droit
- 3) Atélectasie LSD
- 4) **Toutes ces propositions**

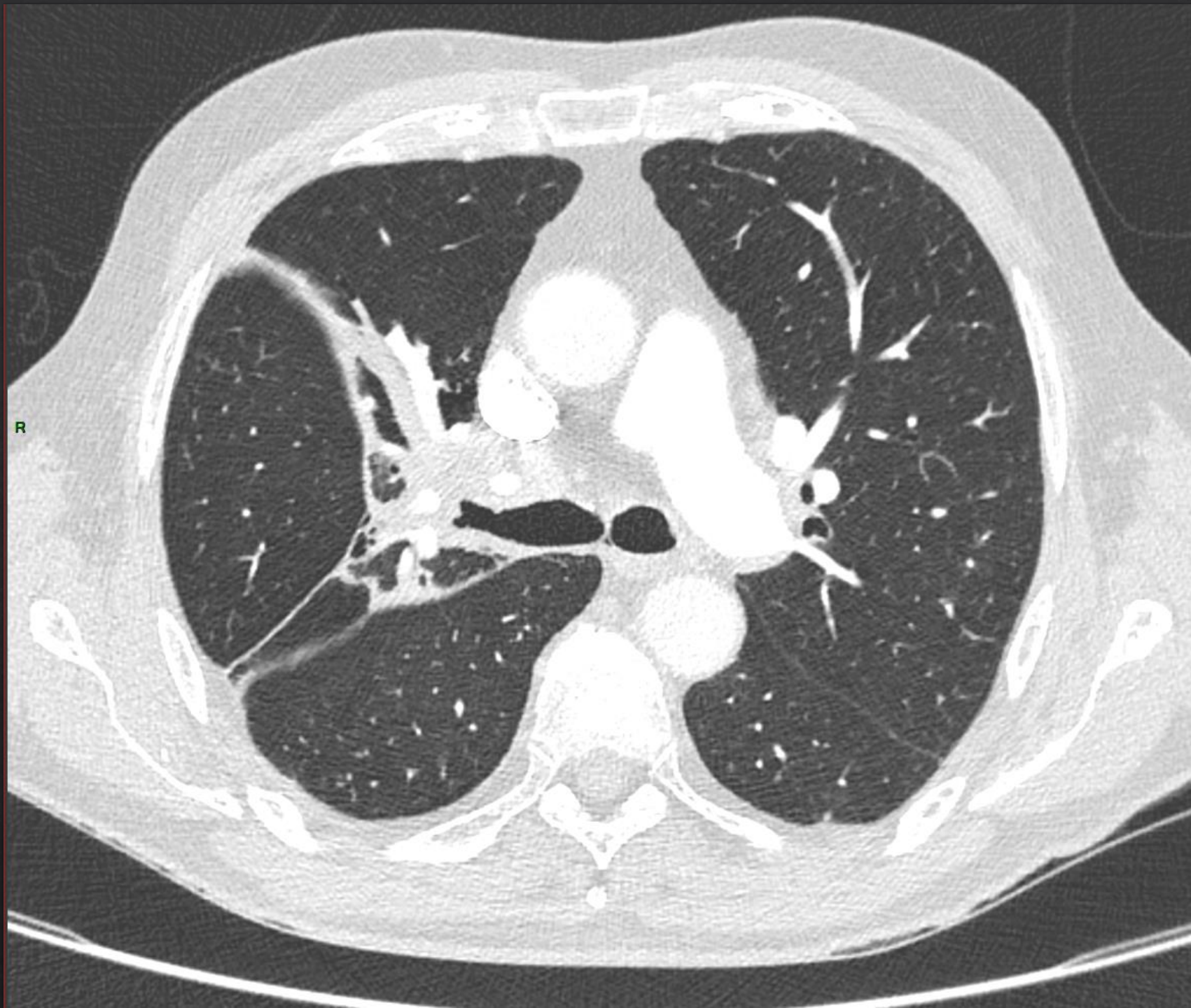
Angio-CT → pas d'embolie, mais...

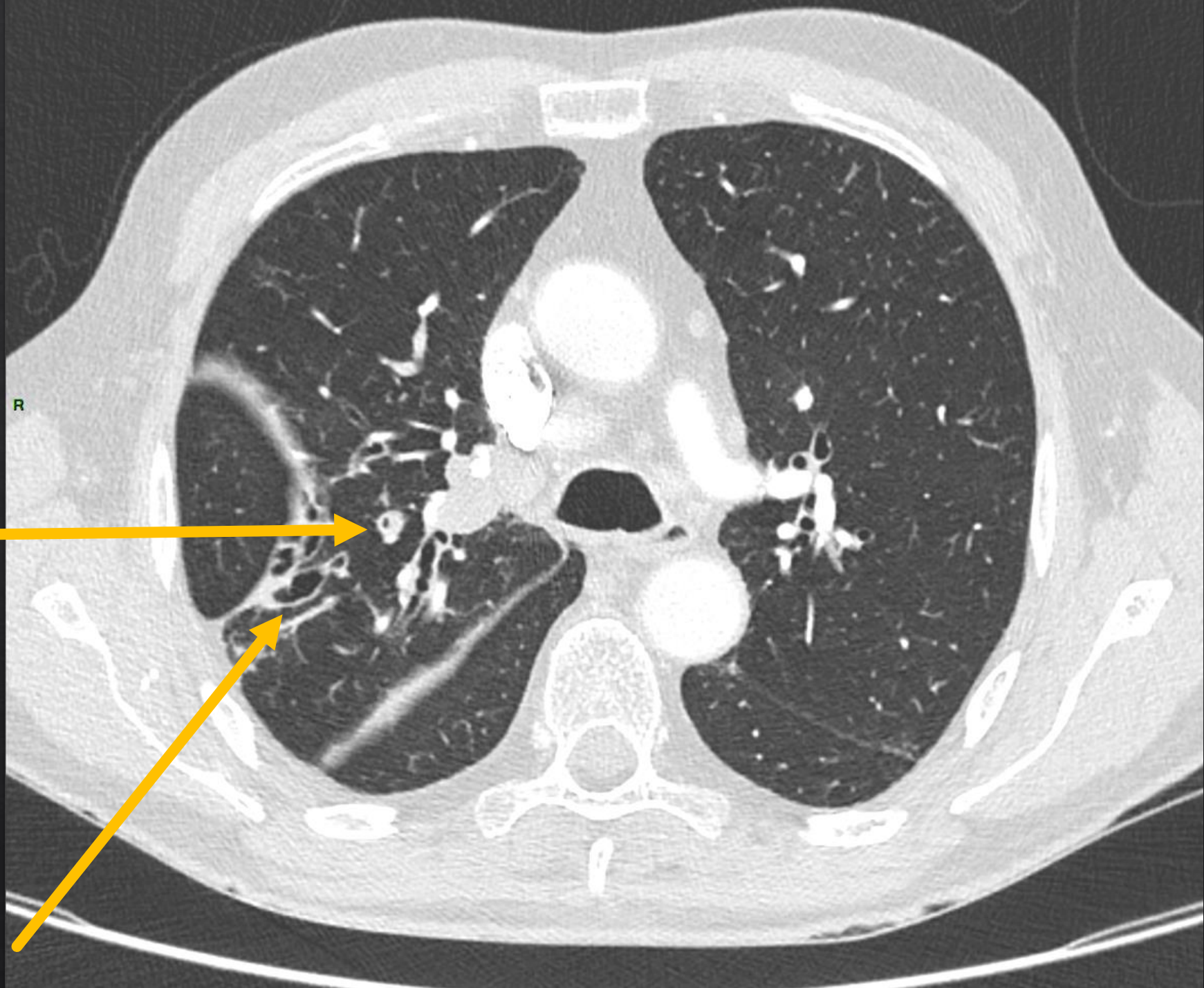
CT J0

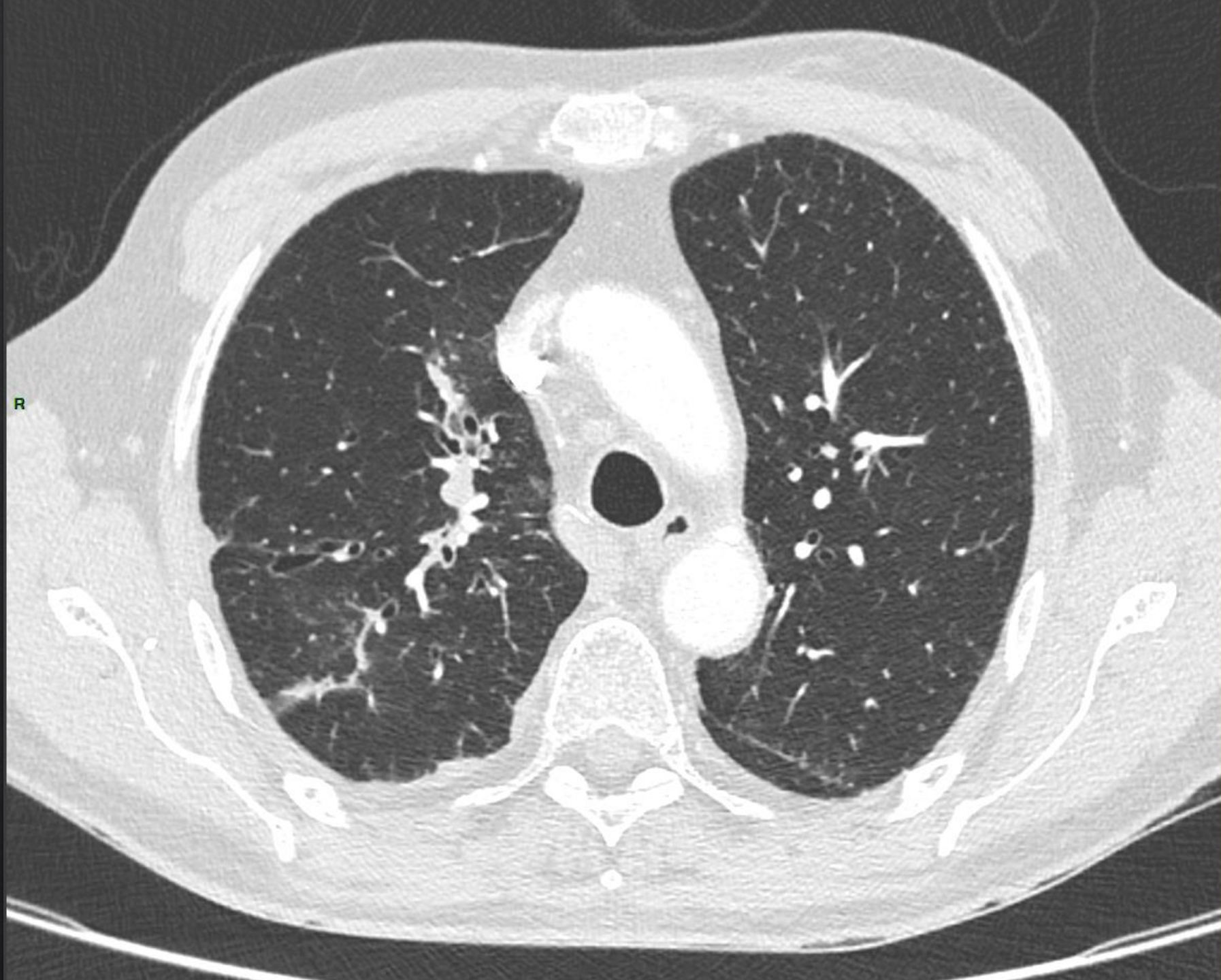


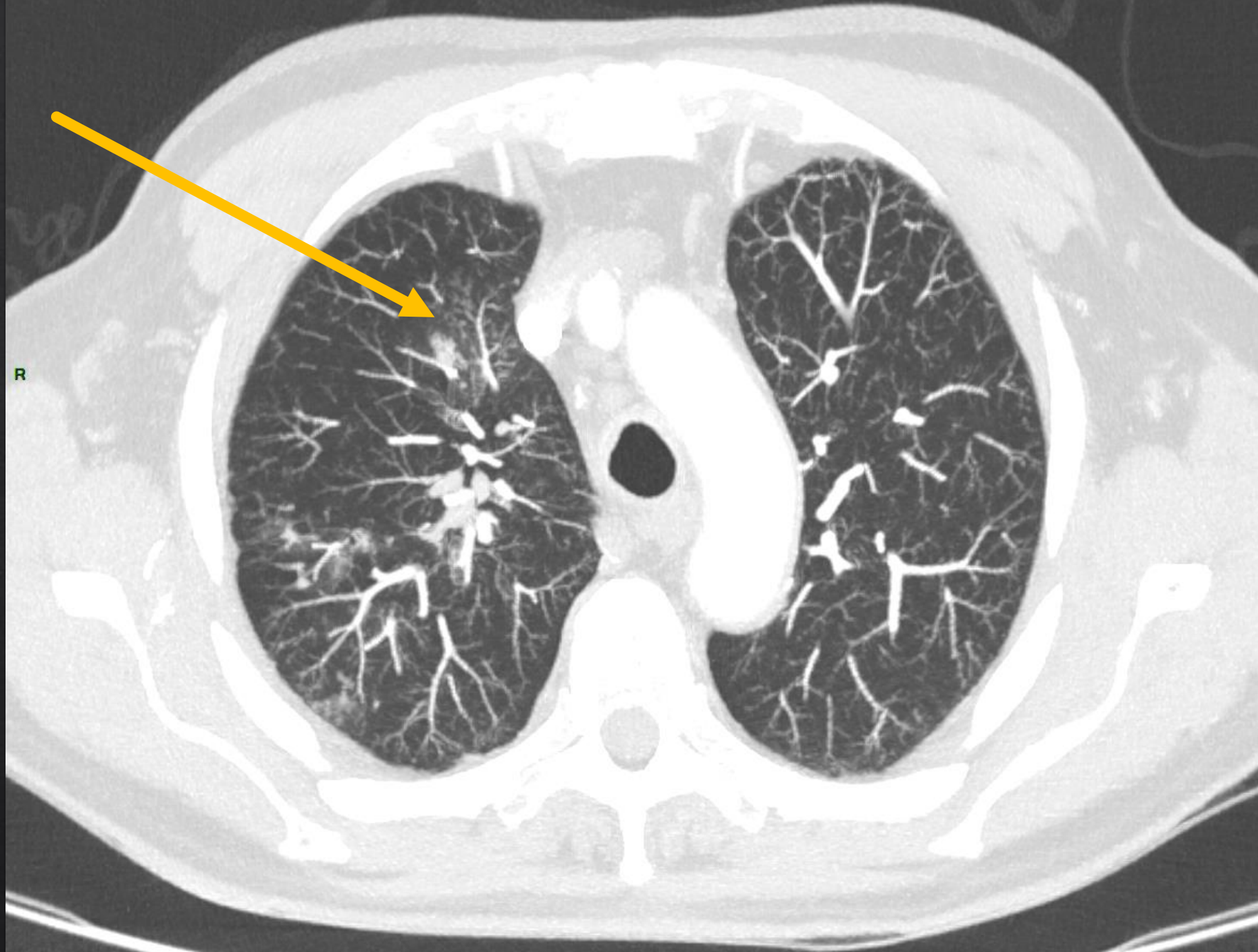












Principaux éléments sémiologiques

- ◇ Bronchectasies kystiques /bronchocèles
- ◇ Micronodules centrolobulaires (tree-in-bud)
- ◇ Verre dépoli
- ◇ Atélectasie rétro-obstructive
- ◇ Adénomégalies
- ◇ Pseudo-masse hilare D

Suivi

- ◇ Bronchoscopie
- ◇ Pet-CT
- ◇ IRM cérébrale

Suivi

◇ Bronchoscopie → bronches épaissies.

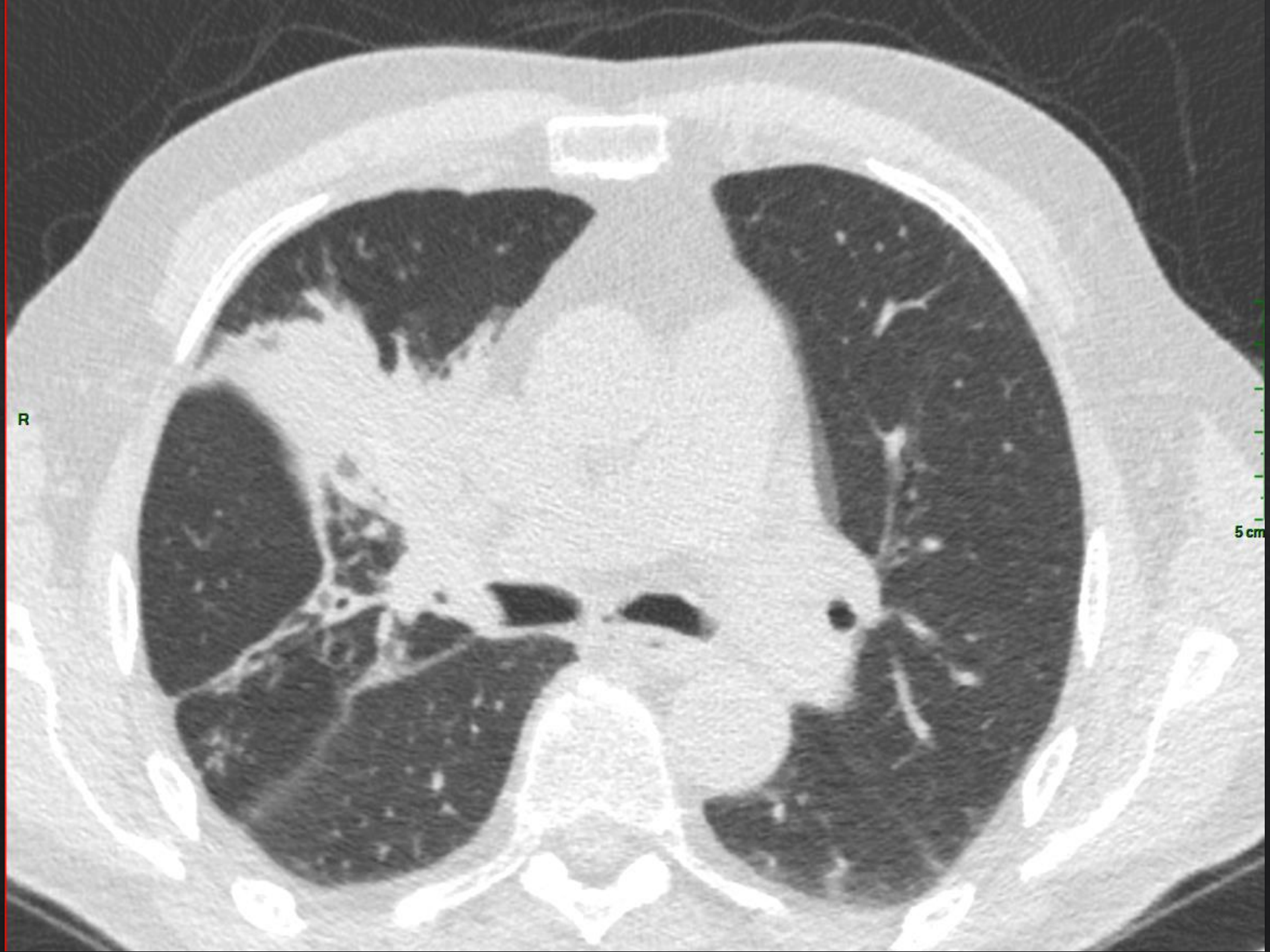
Lavage + biopsie : peu contributive, muqueuse inflammatoire, pas de signe de malignité

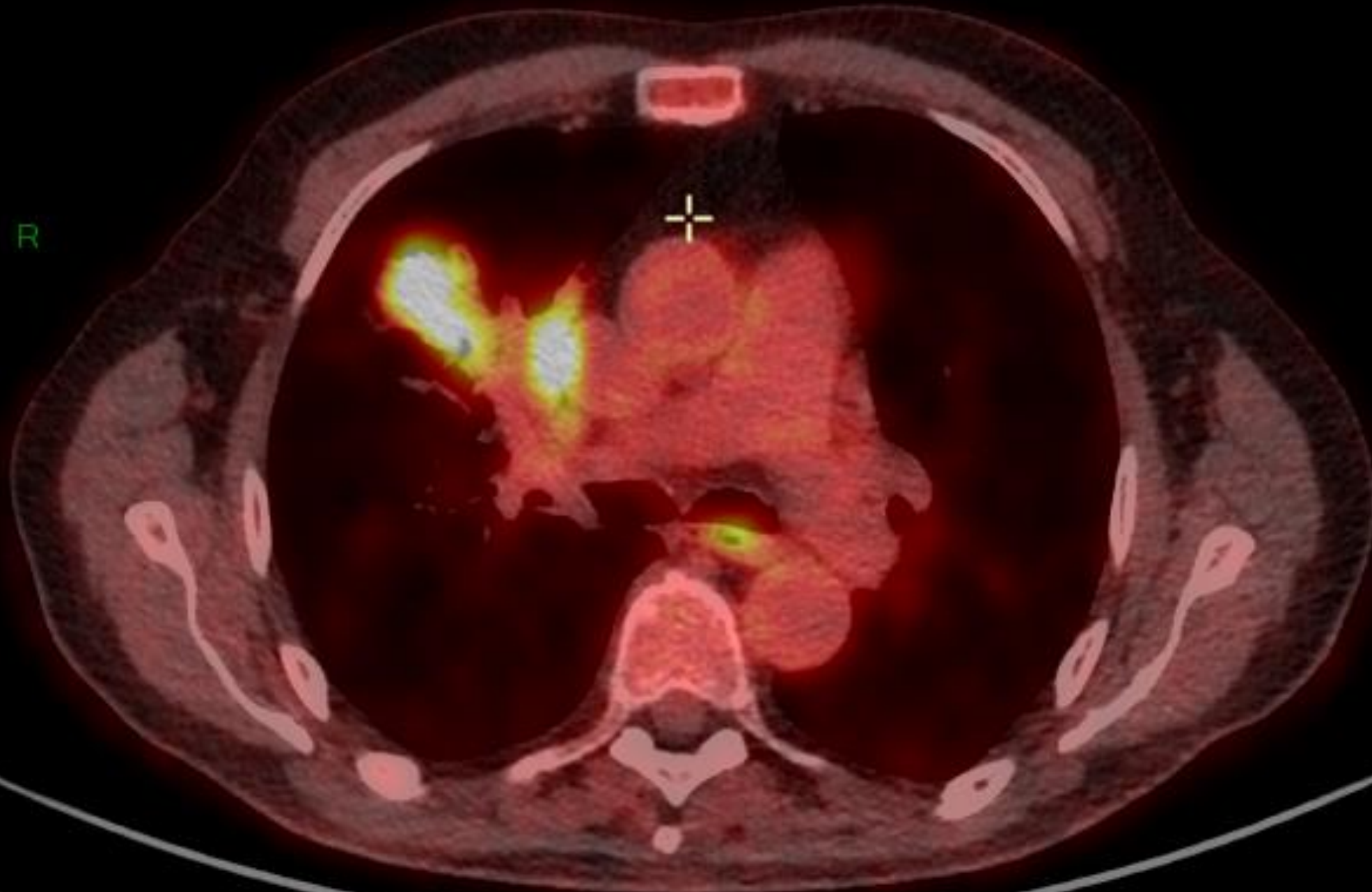
◇ Pet-CT

◇ IRM cérébrale

PET-CT
J9

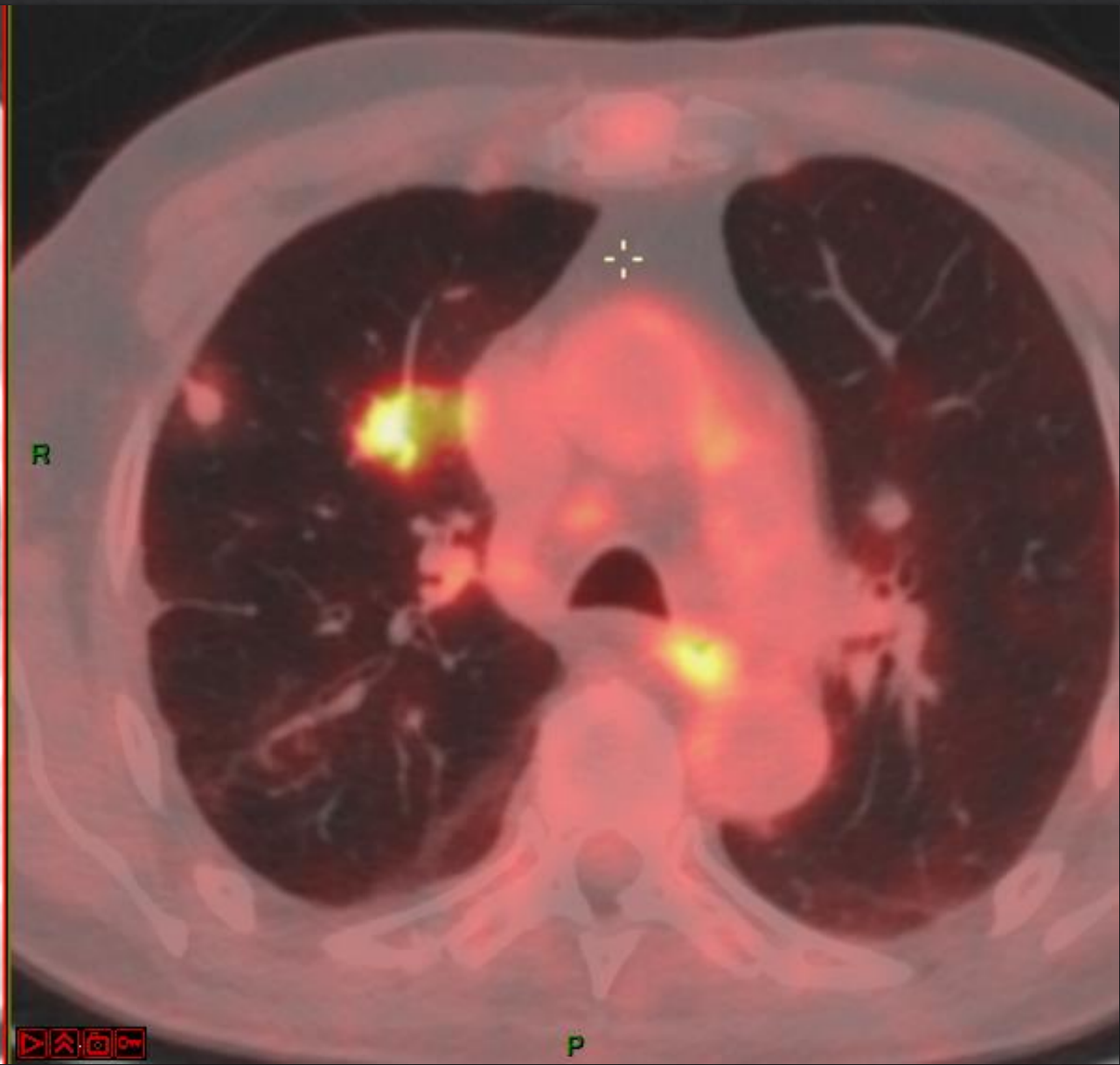
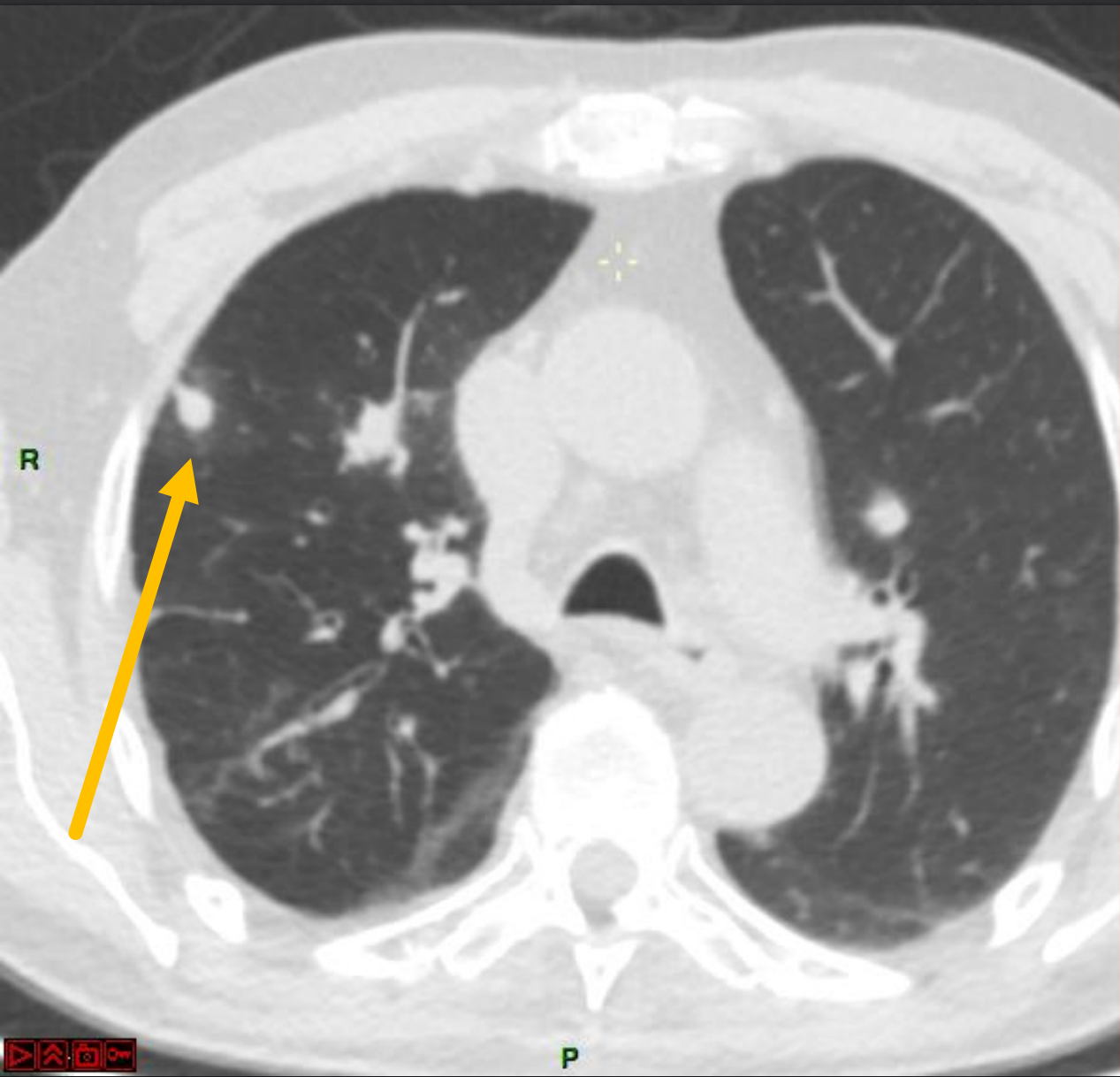






R





PET-CT

- ◇ Deux condensations hypermétaboliques
- ◇ Un nodule périphérique S2D apparu, métabolique
- ◇ Ganglions/adénomégalies médiastinales hypermétaboliques, y compris controlatéral
- ◇ Captation œsophagienne <inflammatoire à bilanter

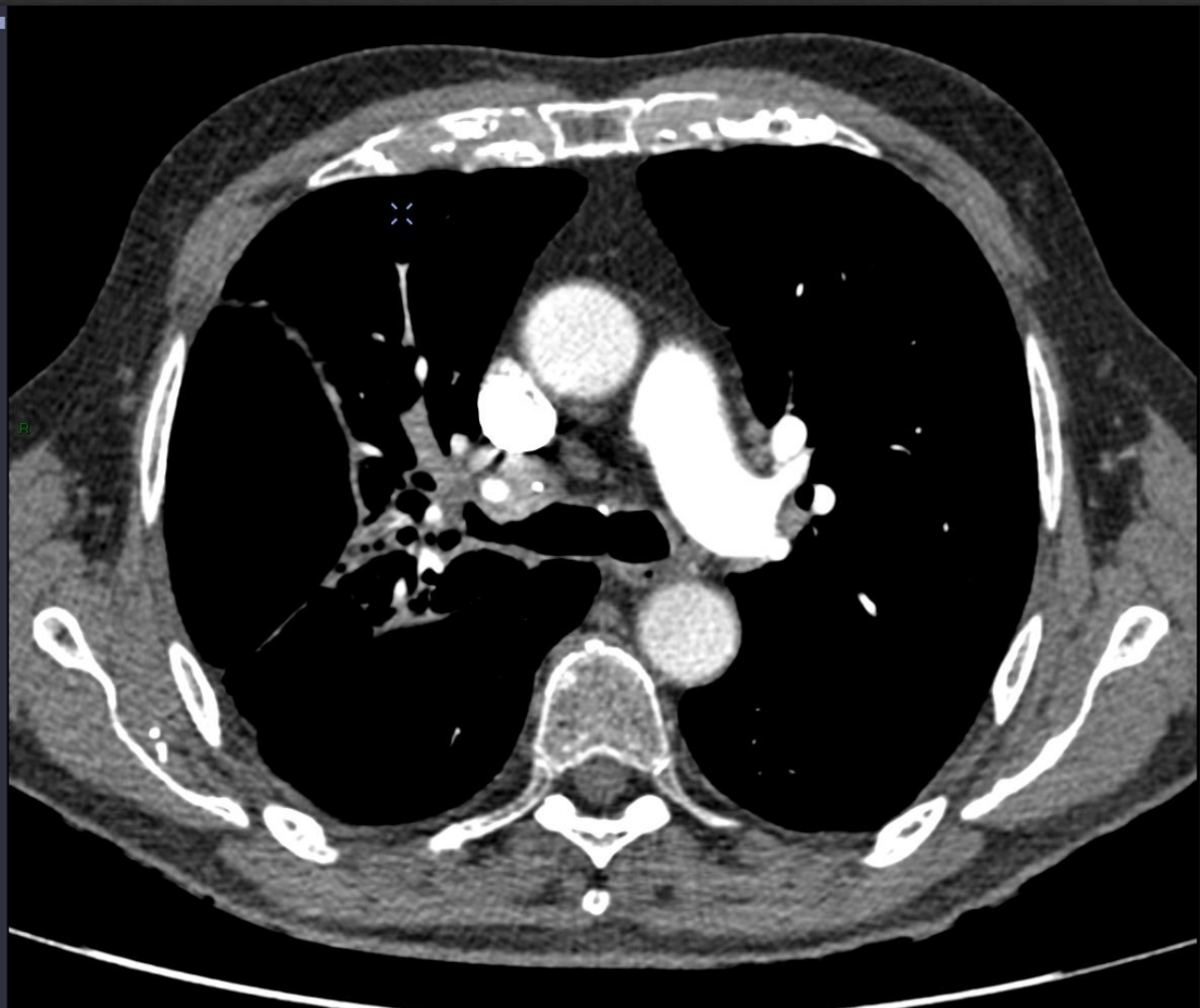
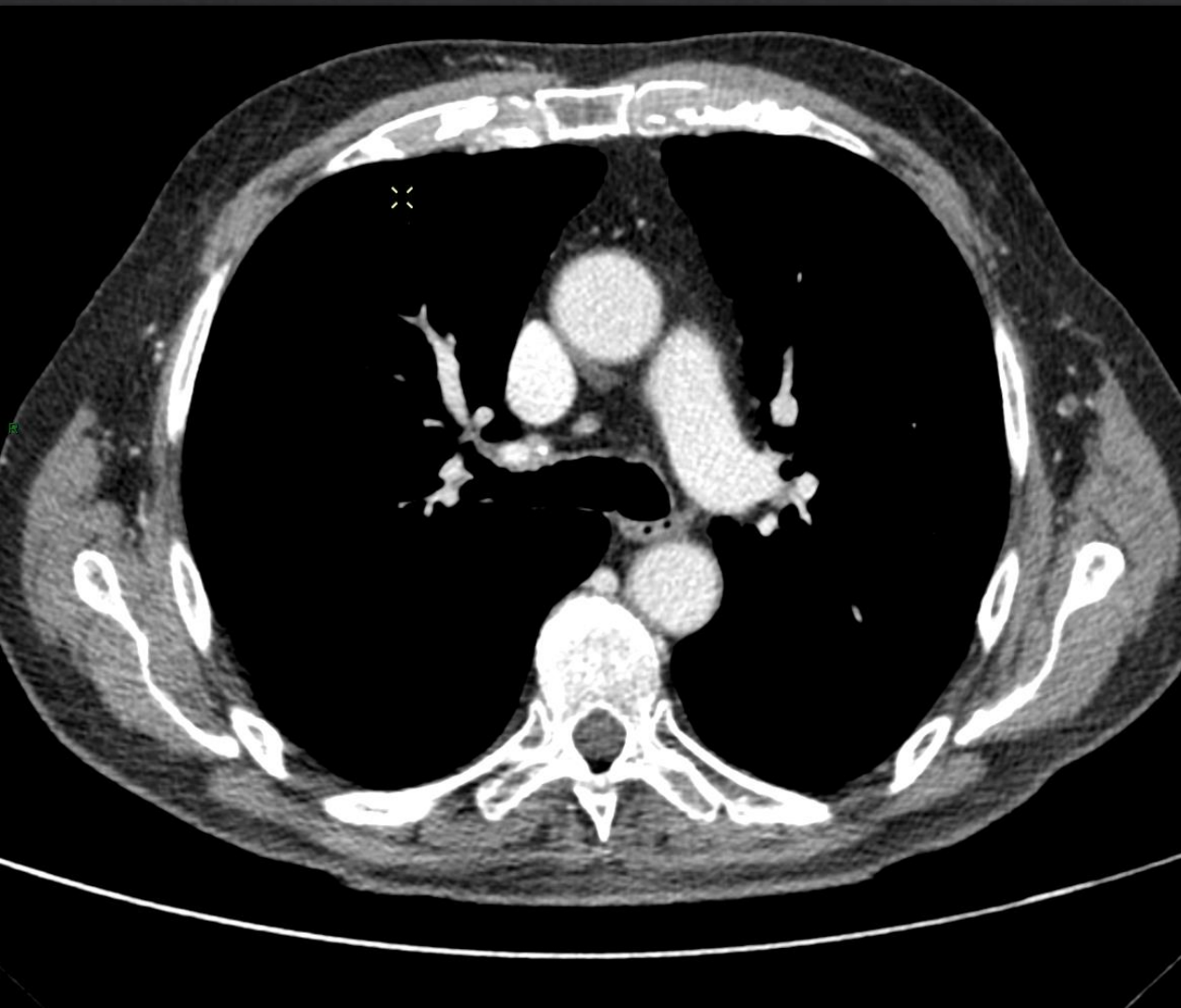
Nouvelle bronchoscopie J21 → « moule » bronchique

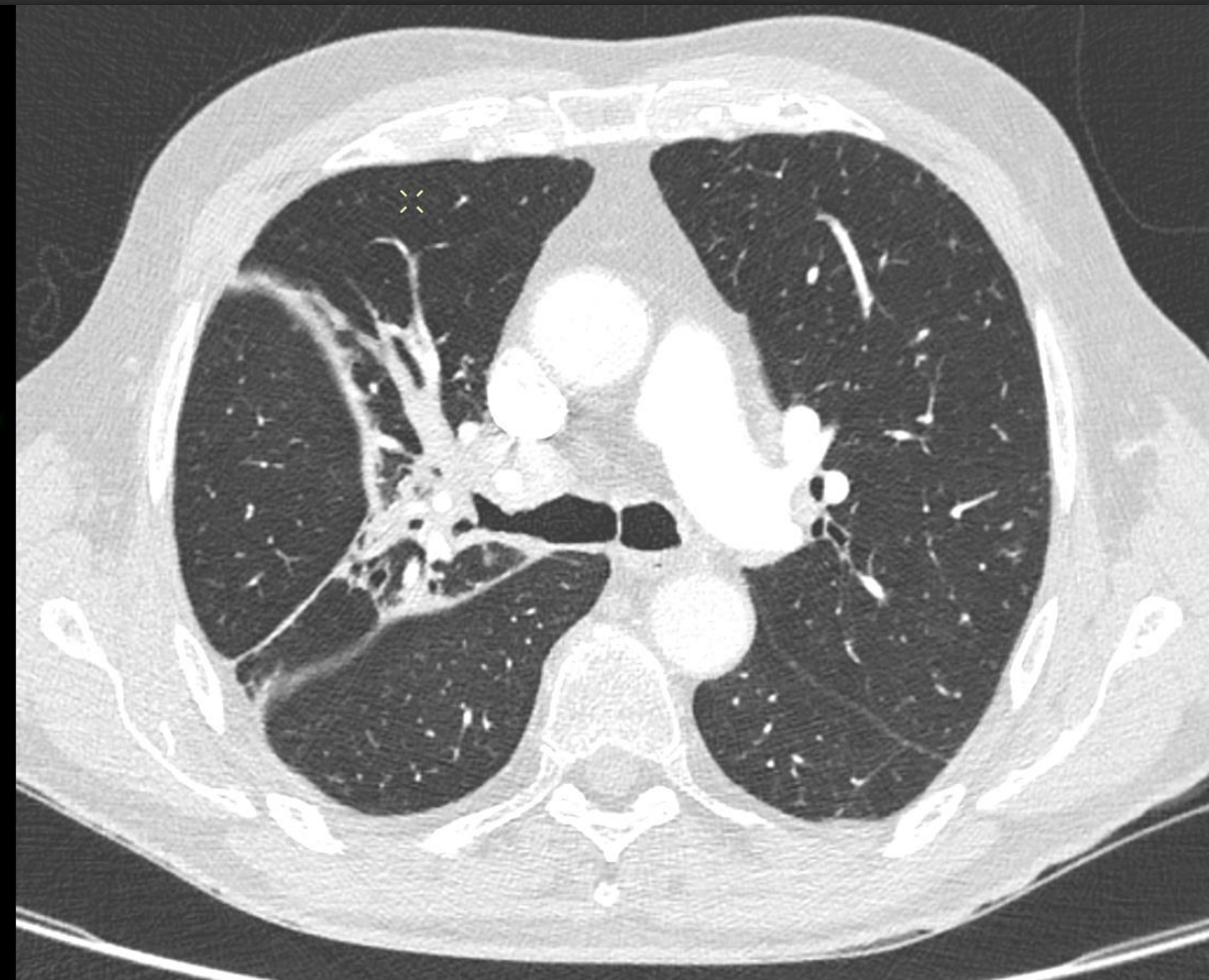
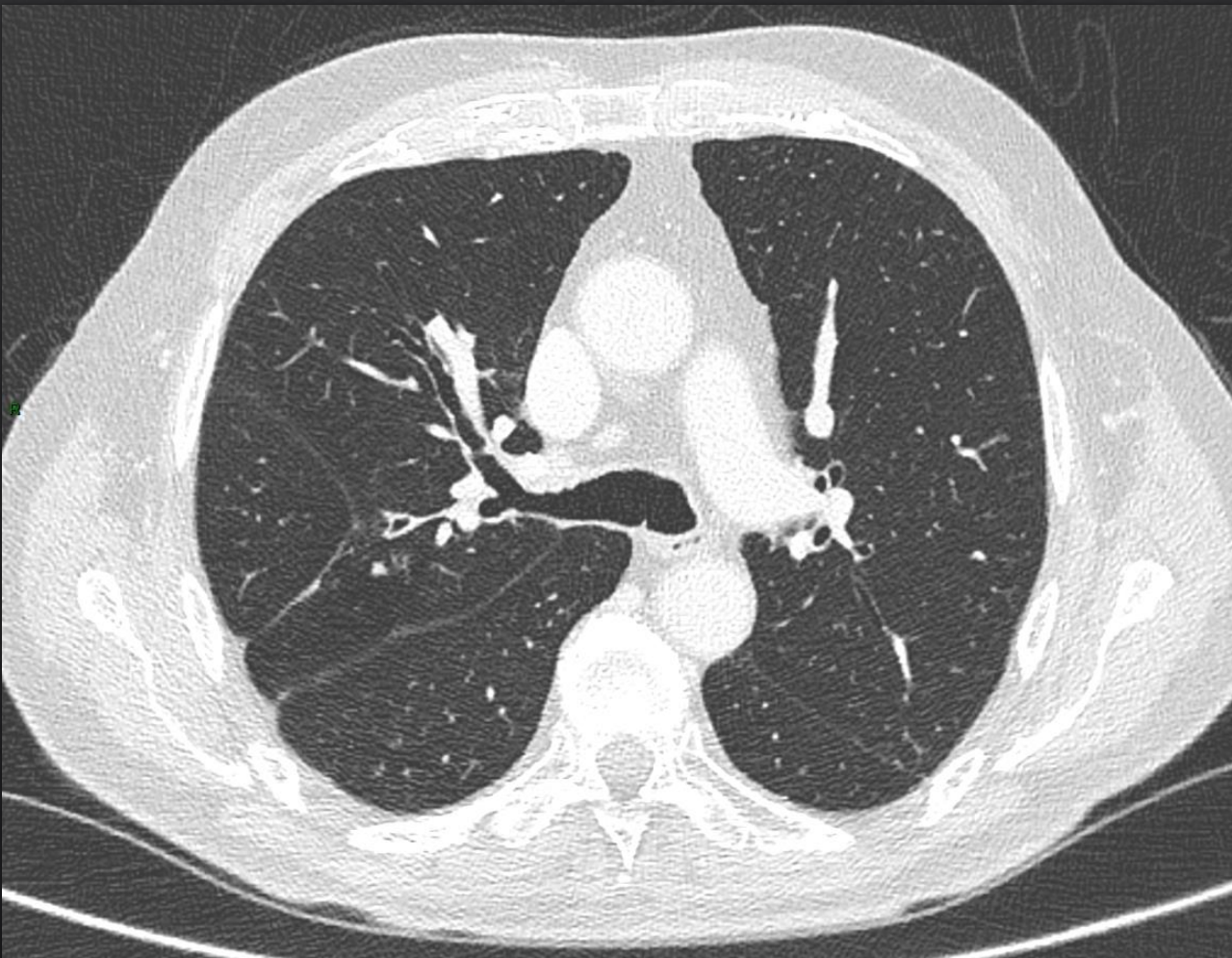
Evolution biologie : persistance CRP, majoration d'une hyperéosinophilie

Nouvelle bronchoscopie J21 → « moule » bronchique →
Aspergillus fumigatus à la mise en culture

Evolution biologie : persistance CRP, majoration d'une
hyperéosinophilie + **IgE spécifiques Aspergillus**

Contrôle CT à 3 mois





Aspergillose broncho-pulmonaire allergique

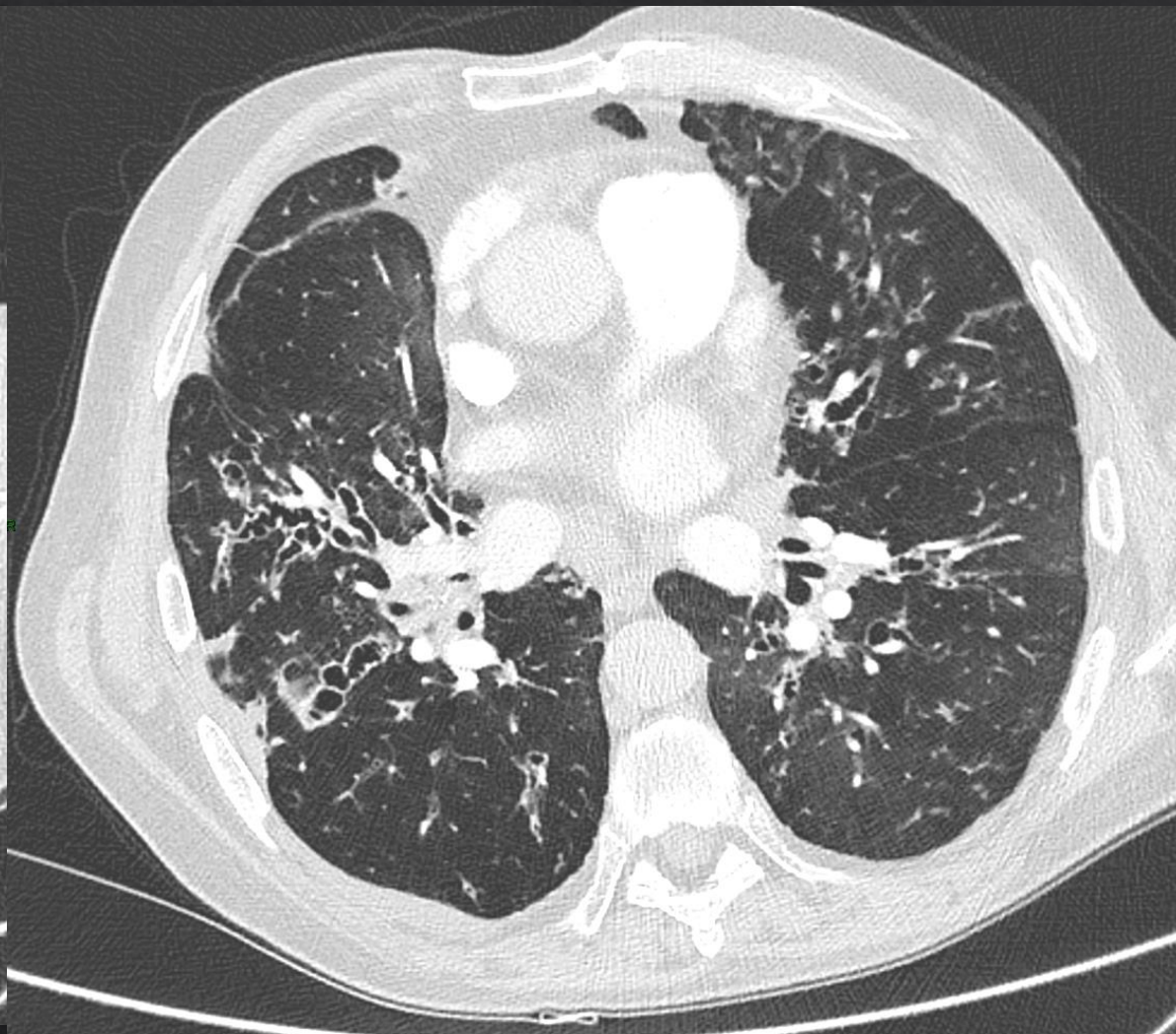
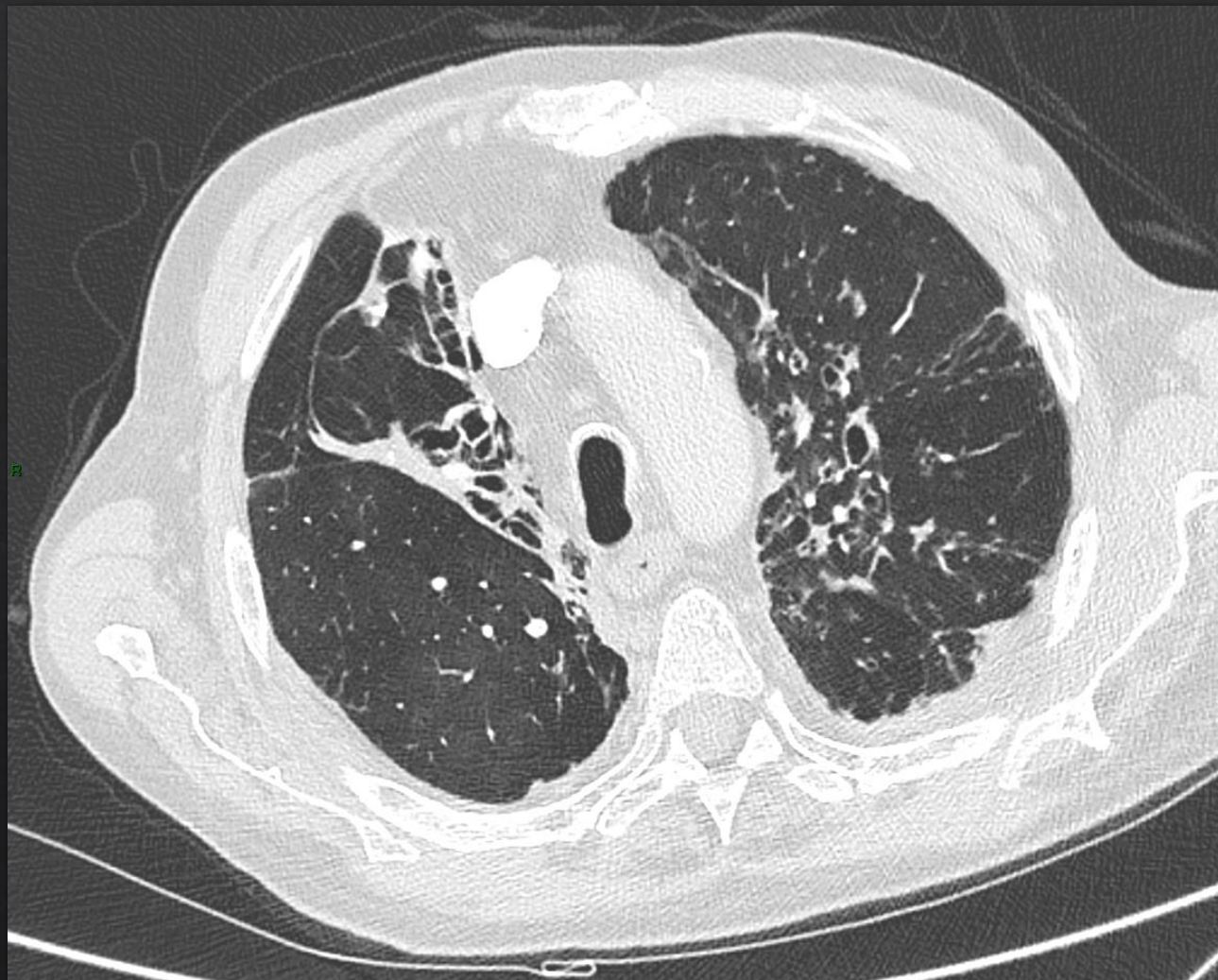
ABPA

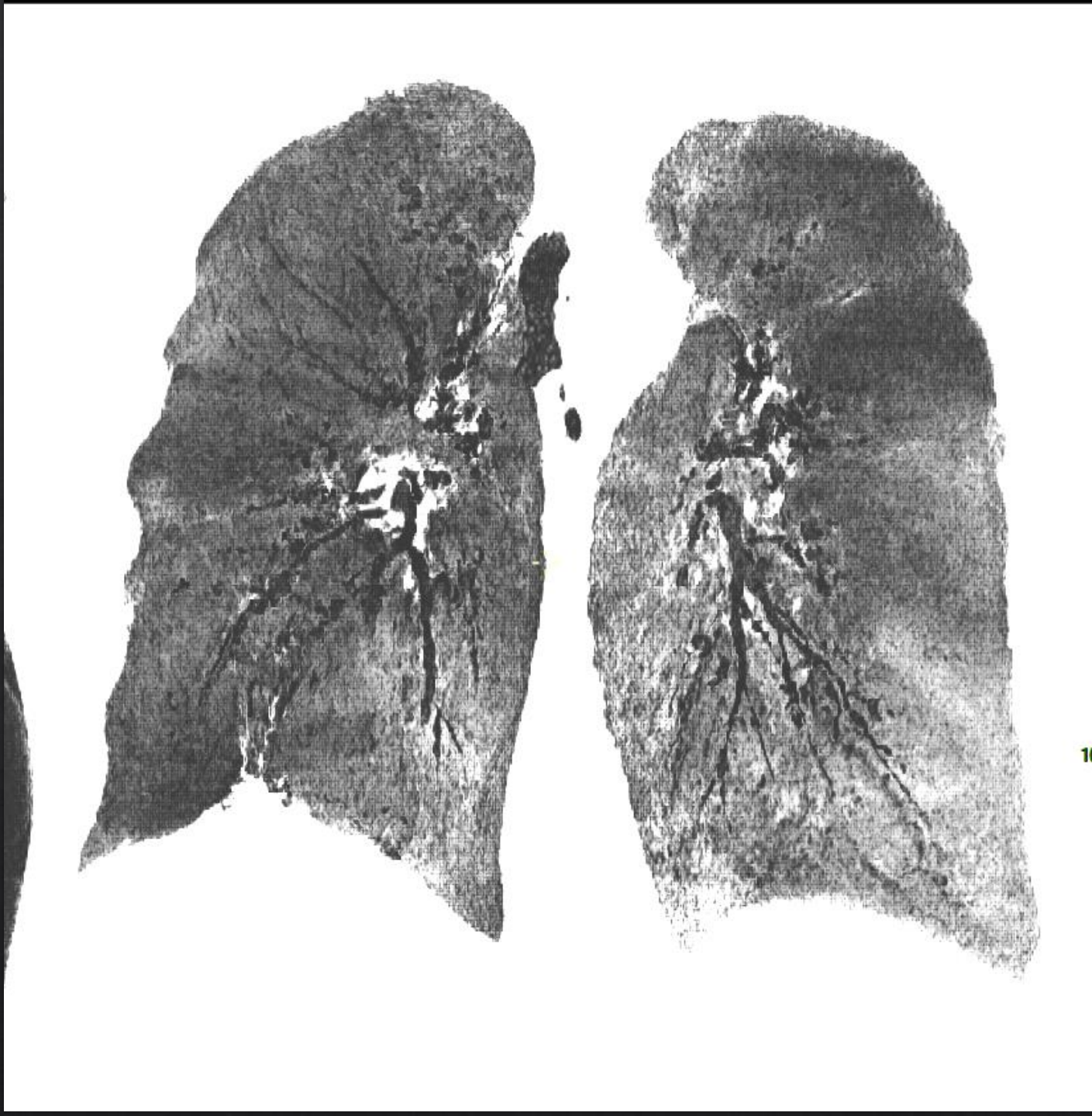
- ◇ Reaction immunitaire face à une infection aspergillaire
- ◇ Rare mais fréquemment associé à asthme (1-2%) et mucoviscidose (2-9%)
- ◇ Spectre des pneumonies à éosinophiles
- ◇ Impactions mucoïdes → réaction inflammatoire → bronchectasies → nouvelle colonisation

Sémiologie radiologique

- ◇ Bronchectasies (prédominance centrale et lobes supérieurs)
- ◇ Impaction mucoïdes/bronchocèles (peuvent être spontanément hyperdenses 70-90UH)
- ◇ Micronodules (tree-in-bud) - nodules
- ◇ Verre dépoli – condensations
- ◇ Atténuation en mosaïque (air trapping)
- ◇ Atélectasies

Images typiques





Take home messages

- ◇ Penser à ABPA si bronchocèles dans contexte asthmatique/mucoviscidose
- ◇ Rester prudent face à tout ce qui ressemble à un néo,... et inversement !

Bibliographie

Clinical manifestations and diagnosis of allergic bronchopulmonary aspergillosis

Authors: [Praveen Akuthota, MD](#), [Peter F Weller, MD, MACP](#)

Section Editors: [Carol A Kauffman, MD](#), [Peter J Barnes, DM, DSc, FRCP, FRS](#)

Deputy Editor: [Helen Hollingsworth, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Jan 2021**. | This topic last updated: **Mar 24, 2020**.