

Pneumonies des immunodéprimés

Généralités

I. Pneumonie des immunodéprimés en dehors du VIH

Diagnostic : dépend de

- Type de l'immunodépression (aplasie fébrile, déficit cellulaire ou humorale) ;
- La durée de l'immunodépression (brève ou prolongé).

Diagnostic étiologique :

- A. Aplasie :
 - Lorsqu'elle est brève, peu profonde : pneumonie à germe communautaire ;
 - Lorsqu'elle est très : pneumonie à germe nosocomiaux et aspergillus.
- B. Déficit humoral (transplantation, LLC) : cette situation induit une susceptibilité accrue à développer des infections à des bactéries encapsulées comme *Streptococcus pneumoniae* et *Hemophilus influenzae*.

II. Pneumonie au cours de l'infection par VIH

A. Pneumocytose :

Elle représentait encore en Algérie la pathologie inaugural de sida la plus fréquente.

Symptomatologie

La symptomatologie initiale est discrète, marquée par l'apparition puis la majoration progressive d'une toux sèche et d'un décalage thermique, alors même que l'auscultation et la gazométrie de repos sont encore normales. À un stade plus évolué, des râles crépitants peuvent apparaître, mais restent souvent discrets en regard des anomalies radiologiques : celles-ci sont des opacités avant tout interstitielles, mais aussi alvéolaires, bilatérales. Au stade ultime l'insuffisance respiratoire aiguë, les opacités réticulonodulaires diffuses font place à un aspect de poumons blancs.

Diagnostic

Le diagnostic de certitude nécessite la mise en évidence de *Pneumocystis jirovecii* par les colorations appropriées de prélèvements respiratoires : Gomori-Grocott, Giemsa, bleu de toluidine, immunofluorescence spécifique. Le plus souvent, ces prélèvements sont obtenus par lavage bronchoalvéolaire (LBA) qui demeure une méthode diagnostique extrêmement fiable, l'expectoration induite par inhalation de soluté hypertonique peut être substituée au LBA en première intention, Cet examen n'évite définitivement le recours au LBA que s'il objective *P. jirovecii*!

Traitement

Le traitement de première intention est le triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMZf) (Bactrim®) administré par voie orale ou veineuse aux doses respectives de 15 à 20 mg/kg/j (TMP) et 75 à 100 mg/kg/j (SMZ) correspondant à 6 comprimés de Bactrim® Fort et ou 12 ampoules de Bactrim, sur une durée totale de 21 jours.

Les alternatives thérapeutiques en cas de contre-indication, ou d'effets secondaires menaçants : la pentamidine, le triméthexate.

La corticothérapie à fortes doses est recommandée chez les patients VIH positifs hypoxémiques.

B. MYCOBACTÉRIOSSES:

1) Tuberculose pulmonaire

La présentation radioclinique dépend du degré d'immunodépression.

Au stade précoce, lorsque le taux de CD4 est supérieur à 250/mm³, la présentation radioclinique est identique à celle des patients immunocompétents. À un stade plus avancé, on retrouve quelques caractères particuliers : infiltration des lobes inférieurs, diffusion parenchymateuse à type de miliaire adénopathie médiastinales, dissémination extrapulmonaire.

Diagnostic : L'intradermoréaction reste une approche diagnostique indirecte, utile surtout à la phase initiale de l'infection à VIH. Elle est positive dans plus de 40 % des cas. Elle est fréquemment négative lorsque les CD4 sont inférieurs à 250/mm³ et toujours négative lorsque ces derniers sont inférieurs à 100/mm³. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de BAAR à l'examen direct de différents prélèvements – expectoration, LBA, liquide pleural, prélèvement d'organe extrathoracique atteint - avec culture positive à *M. tuberculosis*. La présence de granulome tuberculoïde sur un prélèvement histologique (exemple : Biopsie transbronchique)

Traitement : Un traitement classique (2RHZE/4RH) permet habituellement une évolution favorable. Compte tenu des résistances rencontrées, il est important d'isoler le germe et de porter une attention particulière à son antibiogramme.

2) **Mycobactérioses atypiques**

Elles ont été incriminées au cours d'atteintes respiratoires chez des patients très immunodéprimés ayant moins de 50 CD4/mm³. Les plus fréquentes sont *M. avium intracellulaire* (MAI) (> 90 % des cas) et *M. kansasii*.

C. c.viroses pulmonaires : Les infections à CMV

Sont responsables de pneumopathies interstitielles diffuses fébriles, d'hépatites ou de fièvre au long cours ; le diagnostic repose sur la mise en évidence des antigènes viraux dans le LBA par immunofluorescence directe, par la présence de cellules à inclusion ou enfin par détection de fragments génomiques par *polymerase chain reaction* (PCR) sur le LBA ; l'absence d'autres agents opportunistes est nécessaire. Le traitement repose sur le ganciclovir (Cymévan®) ou le foscarnet (Foscavir®) par voie veineuse dont la toxicité est respectivement hématologique et rénale.

D. Infection fongique : Candidose

Candida est responsable d'infections systémiques chez les patients immunodéprimés. Cependant, l'atteinte pulmonaire isolée est très rare et les pneumopathies à *Candida* sont le plus souvent le fait d'une dissémination hématogène, à l'exception de l'infection de l'anastomose bronchique au décours d'une transplantation pulmonaire

Symptomatologie : La symptomatologie initiale est discrète, marquée par l'apparition puis la majoration progressive d'une toux sèche et d'un décalage thermique, alors même que l'auscultation et la gazométrie de repos sont encore normales.



Université d'Oran
Faculté de Médecine

Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.

Auteur : DR Sahraoui

Numérisation: Walid Haddouche, Amine Meghaizerou, Zino Belaib le 27 septembre 2014