

## OPACITE PULMONAIRE APICALE GAUCHE CHEZ UN ADULTE IMMUNOCOMPETENT

### OPACITY OF THE LEFT UPPER LUNG IN AN IMMUNOCOMPETENT ADULT

B. Hammami<sup>1</sup>, I. Maâloul<sup>1</sup>, K. Ben Mahfoudh<sup>2</sup>, N. Ben Arab<sup>1</sup>, A. Ayadi<sup>3</sup>, S. Ben Hamed<sup>1</sup>, M. Ben Jemâa<sup>1</sup>

1-Service des Maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

2- Service de Radiologie, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie

3 - Laboratoire de Parasitologie- Mycologie, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie

#### CORRESPONDANCE :

Docteur Boussayma Khemakhem Hammami

Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

Tel/Fax : 00 216 74 246 906

Email : [boussaymahammami@yahoo.fr](mailto:boussaymahammami@yahoo.fr)

#### OBSERVATION

Un homme âgé de 46 ans, menuisier, était admis le 25 Juillet 2003, pour une toux avec fièvre évoluant depuis deux semaines variant entre 38 et 40°C. L'interrogatoire permettait d'apprendre qu'il s'agissait d'un tabagique (30 PA), mais qu'il n'avait aucun antécédent médical ni facteurs de risque d'infection par le VIH.

A son admission, il était en bon état général, conscient, fébrile à 38,6°C. La TA était à 130/60 mmHg. L'auscultation pulmonaire ne trouvait que quelques râles crépitants du champ pulmonaire gauche. L'examen clinique ne trouvait ni adénopathies ni hépatosplénomégalie ni lésions cutanées. La biologie trouvait une hyperleucocytose à 18.000/mm<sup>3</sup> (80 % PNN) avec une VS à 30 mm à la 1<sup>ère</sup> heure.

La radiographie thoracique montrait une opacité arrondie homogène dense, à limites nettes, lobaire supérieure gauche, faisant environ 5 cm de grand axe (Figure 1).

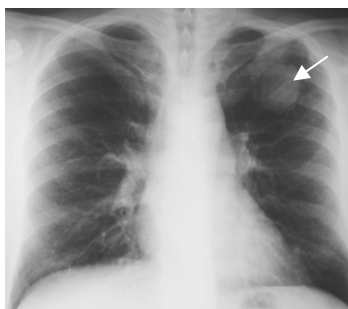


Fig 1 : Radiographie thoracique : Opacité arrondie homogène du lobe supérieur gauche

La tomodensitométrie thoracique confirmait la présence d'une formation grossièrement arrondie de densité hydrique au niveau du lobe supérieur gauche (Figure 2).

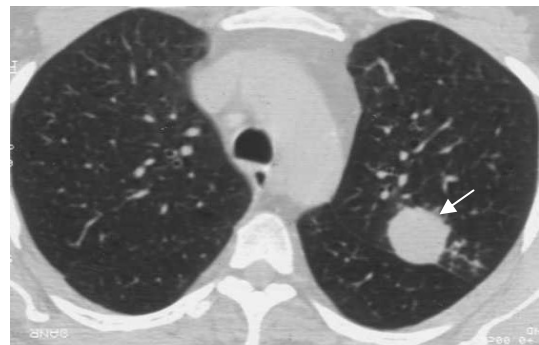


Fig 2 : Tomodensitométrie thoracique : Lésion arrondie de tonalité hydrique du lobe supérieur gauche

La sérologie hydatique était négative. La sérologie VIH était négative, et le taux de CD<sub>4</sub> était normal.

Quel est votre diagnostic ?

#### Discussion

Il s'agit donc d'une opacité homogène ronde, lobaire supérieure gauche, de densité hydrique, chez un homme immunocompétent ayant comme seul antécédent un tabagisme. Chez cet homme, ce syndrome de masse pulmonaire peut faire discuter :

- Un abcès du poumon (à streptocoques, à staphylocoques, à BGN, à anaérobies ou à germes spécifiques dont *Nocardia*, *Actinomyces* ou *Mycobacterium tuberculosis*)

- Un kyste hydatique
- Une tumeur nécrosée

Les hémocultures étaient stériles. La sérologie hydatique était négative. L'exérèse chirurgicale était faite. La pièce de lobectomie supérieure gauche comportait une lésion tumorale arrondie. A l'examen histologique, cette lésion contenait de larges plages de mucus avec de nombreuses formations encapsulées prenant fortement la coloration de Gomori-Grocott correspondant à des cryptococques.

Le diagnostic retenu a été celui d'une cryptococcose pulmonaire.

En post-opératoire, le patient était traité par amphotéricine B (0,7 mg/kg/j) pendant deux semaines, relayé par fluconazole (400 mg/j) pendant deux semaines. L'évolution était marquée par la survenue quatre mois plus tard de céphalées d'aggravation progressive, avec vomissements à répétition et une crise convulsive généralisée tonico-clonique, ce qui a justifié son hospitalisation dans notre service. L'examen retrouvait une paralysie faciale gauche. L'IRM cérébrale trouvait de multiples lésions granulomateuses cérébrales. La biopsie stéréotaxique permettait de conclure à des cryptococques cérébraux. Le patient était traité par amphotéricine B, relayé par l'association voriconazole et 5-fluorocytosine pour une durée totale de 2 ans. L'évolution était favorable.

## COMMENTAIRES

La cryptococcose est une infection due à deux variétés de *Cryptococcus neoformans* : la variété *neoformans* (sérotypes A et D), cosmopolite dont l'habitat est le sol enrichi de fientes de pigeons et la variété *gattii* (sérotypes B et C) exclusivement tropicale et subtropicale, retrouvée autour d'arbres appartenant aux espèces Eucalyptus.

C'est une infection opportuniste, favorisée par l'immunodépression cellulaire induite par les hémopathies, les traitements corticoïdes, immunosuppresseurs et surtout l'infection par le VIH. La maladie survient exceptionnellement chez un sujet immunocompétent, comme notre patient. L'homme s'infeste surtout par voie pulmonaire en inhalant des spores, accessoirement par voie cutanée ou buccale [1,2]. Chez le sujet immunocompétent, c'est la variété *gattii* qui est en cause [1]. Notre patient

serait contaminé suite à l'inhalation de spores provenant du bois en exerçant son métier de menuisier.

Les symptômes d'une cryptococcose pulmonaire chez l'immunocompétent sont très variables et non spécifiques : toux, expectoration muqueuse ou mucopurulente voire hémoptoïque, douleurs thoraciques, dyspnée, perte de poids, sueurs nocturnes et fièvre. Mais, elle peut être asymptomatique [3]. Les aspects radiologiques sont également polymorphes :

- pneumopathie interstitielle segmentaire ou bilatérale.

- opacités intra parenchymateuses, uniques ou multiples prenant l'aspect de nodules, ou de masses pseudo-tumorales siégeant préférentiellement aux sommets, aspects plus volontiers retrouvés chez les patients immunocompétents.

- plus rarement : image cavitaire, pleurésie, adénopathies hilaires.

Devant un syndrome de masse du parenchyme pulmonaire, la cryptococcose est une "bonne surprise".

Le traitement de la cryptococcose pulmonaire de l'immunocompétent dépend de la présentation clinique. Quand il s'agit de masse pseudo-tumorale, l'exérèse chirurgicale est indiquée et sera encadrée par un traitement médical [4]. L'évolution de la cryptococcose pulmonaire de l'immunocompétent est souvent favorable, parfois même spontanément. Mais, la possibilité de dissémination au système nerveux central impose une surveillance, même si l'atteinte pulmonaire semble être maîtrisée [3,4]. Chez notre patient, nous ne pouvons pas conclure si l'atteinte cérébrale était concomitante à l'atteinte pulmonaire, ou qu'elle était plutôt d'apparition secondaire due à une dissémination hématogène favorisée par l'exérèse chirurgicale.

## Références

1. Hassan FN, Antonios VS, Terrell CL, Ryu JH. Pulmonary cryptococcosis in nonimmunocompromised patients. *Chest* 2003; 124(6): 2143-47.
2. Nunez M, Peacock JE, Chin R. Pulmonary cryptococcosis in the immunocompetent Host. Therapy with oral fluconazole: A report of four cases and a review of the literature. *Chest* 2000; 118(2): 527-34.
3. Rozenbaum R, Goncalves AJR. Clinical epidemiological study of 171 cases of pulmonary cryptococcosis. *Clin Infect Dis* 1994; 18:369-80.
4. Saag MS, Graybill RJ, Larsen RA, et al. Practice guidelines for the management of cryptococcal disease. *Clin Infect Dis* 2000; 30:710-8.