

Pneumonite du paillage chez un patient atteint de granulomatose chronique

Juthaporn Cowan MD PhD, Smita Pakhale MD MSc, Jonathan B. Angel MD

■ Citation : *CMAJ* 2022 November 15;194:E1510. doi : 10.1503/cmaj.220713-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220713

Un homme de 44 ans ayant des antécédents de granulomatose chronique s'est présenté au service des urgences en raison d'une fièvre et d'essoufflements apparus depuis 1 jour. L'examen physique n'a montré que de la tachycardie et de la tachypnée; à l'auscultation, les poumons étaient dégagés. Une radiographie thoracique a révélé des opacités micronodulaires diffuses et mal définies (figure 1). On a traité le patient avec amoxicilline et acide clavulanique pour une pneumonie communautaire. Il est revenu 5 jours plus tard, alors qu'il avait une fièvre persistante, une dyspnée évolutive et de l'hypoxie. Une seconde radiographie thoracique a révélé une progression importante de l'affection, accompagnée de nouveaux infiltrats interstitiels grossiers et d'opacités en verre dépoli (consulter l'annexe 1, disponible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220713/tab-related-content). Le patient a mentionné que le jour précédent l'apparition des symptômes, il avait nourri de grands animaux avec du foin sur une ferme d'élevage de bétail, dans une région rurale de l'Ontario.

Nous avons envisagé les diagnostics suivants : infections fongiques (aspergillose, histoplasmosse et blastomycose) et bactériennes (fièvre Q et nocardiose) aiguës. Nous avons hospitalisé le patient pour administrer une oxygénothérapie et avons amorcé un traitement par voriconazole, linézolide, méropénem et doxycycline. Une bronchoscopie réalisée au troisième jour de l'hospitalisation a révélé des parois bronchiques enflammées. Au septième jour, un complexe d'*Aspergillus fumigatus* a crû dans des échantillons obtenus d'un lavage bronchoalvéolaire. Comme son état s'était amélioré, le patient a obtenu son congé au 12^e jour, tout en poursuivant le traitement par voriconazole pendant 3 mois.

La granulomatose chronique est une affection génétique découlant d'un déficit de l'activité oxydase tributaire du nicotinamide adénine dinucléotide phosphate oxydase, qui cause un dysfonctionnement des cellules phagocytaires qui, à son tour, prédispose les personnes atteintes à des infections fongiques et bactériennes récurrentes. La pneumonie causée par *Aspergillus spp.* est l'infection la plus fréquente, et elle peut entraîner la mort chez les personnes atteintes de granulomatose chronique¹. Le tableau clinique de notre patient correspondait surtout à la pneumonite du paillage, une pneumonie fongique



Figure 1 : Radiographie thoracique d'un homme de 44 ans atteint de granulomatose chronique, prise au deuxième jour après l'apparition des symptômes, révélant des opacités micronodulaires mal définies avec une prédominance dans la partie médiane et inférieure des poumons.

fulminante aiguë survenant après une exposition à de la paille². La pneumonite du paillage apparaît généralement dans la semaine suivant une exposition à des matières organiques comme de la paille, des copeaux de bois, du foin ou des feuilles mortes. Dans une série de cas de personnes atteintes de granulomatose chronique, le taux de mortalité associée à la pneumonite du paillage était de plus de 50%². La radiographie thoracique peut paraître sans particularités dans la phase précoce de la maladie, mais des infiltrats pulmonaires diffus peuvent se manifester en moins de 10 jours. On devrait envisager la pneumonite du paillage chez les personnes atteintes de granulomatose chronique qui présentent des symptômes respiratoires après une exposition à des matières organiques.

Références

1. Winkelstein JA, Marino MC, Johnston RB Jr, et al. Chronic granulomatous disease. Report on a national registry of 368 patients. *Medicine (Baltimore)* 2000;79:155-69.
2. Siddiqui S, Anderson VL, Hilligoss DM, et al. Fulminant mulch pneumonitis: an emergency presentation of chronic granulomatous disease. *Clin Infect Dis* 2007;45:673-81.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Département de médecine, Université d'Ottawa; Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (Cowan), Ottawa, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Juthaporn Cowan, jcowan@toh.ca

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.