

Une longue histoire de colocataires.

Claire Andréjak, Service de Pneumologie et Réanimation Respiratoire, CHU Amiens.

Un patient de 66 ans est adressé par un collègue néphrologue pour toux chronique associée à des anomalies scannographiques. Ce patient présente de lourds antécédents : il est greffé rénal depuis 3 ans sur une glomérulonéphrite extramembraneuse, avec plusieurs épisodes de rejet aigu nécessitant une majoration des immunosuppresseurs, avec de ce fait une insuffisance rénale chronique, une BPCO de stade II (tabagisme sévré), une hypogammaglobulinémie supplémentée, une hypertension artérielle. Il est marié, ancien chef d'entreprise. Le scanner thoracique initial (effectué en juillet 2012) retrouvait un petit nodule lobaire supérieur droit (figure 1). Son néphrologue avait fait réaliser au vu du contexte une fibroscopie bronchique avec un lavage broncho-alvéolaire (LBA) qui ne mettait en évidence qu'un *Enterobacter cloacae*. Il a alors reçu une double antibiothérapie pendant 15 jours, et un scanner de contrôle a été réalisé 3 mois après le précédent (octobre 2012). (Figure 1).

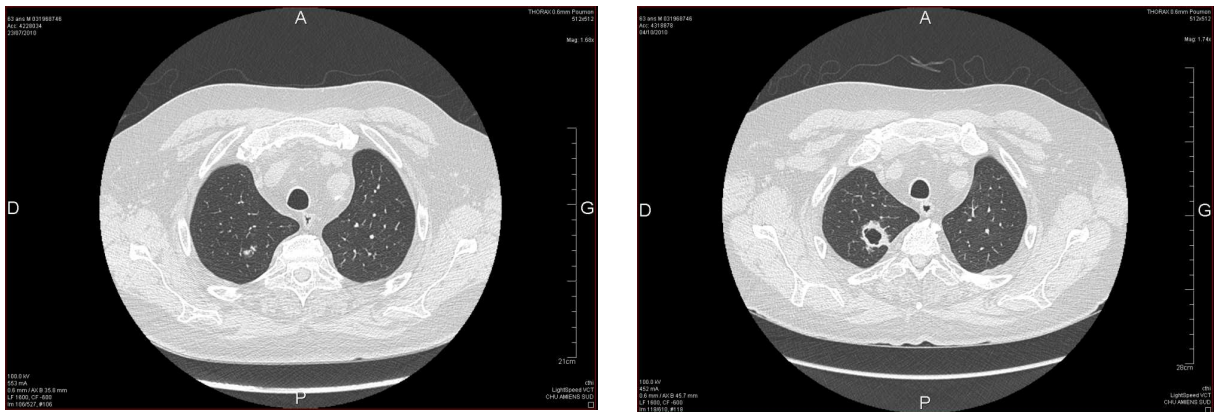


Figure 1 : Scanner de juillet 2012 (figure de gauche) et d'octobre 2012 (figure de droite)

Compte tenu de l'aggravation clinique et scannographique, le patient est adressé en pneumologie. En effet, la toux a tendance à se majorer et commence à s'accompagner d'expectorations. Sur le plan scannographique, la lésion a grossi et s'est excavée. Une nouvelle fibroscopie bronchique est réalisée. Au LBA, on retrouve un *Stenotrophomonas maltophilia* et des bacilles acido-alcool résistants. Une recherche du complexe tuberculosis par biologie moléculaire (Genexpert) est réalisé directement sur le prélèvement et s'avère négative. Cinq semaines plus tard, la culture est positive à *M. avium*. Compte tenu du fait que le patient est symptomatique, que le scanner s'est aggravé sur 3 mois, et que la mycobactérie a été retrouvée sur un lavage broncho-alvéolaire avec présence de bacilles acido-alcool-résistants à l'examen direct, un traitement antibiotique est débuté. Il comporte une rifamycine, de l'éthambutol et de la clarithromycine. Un nouveau scanner est fait juste avant de débiter le traitement début janvier (Figure 2). La lésion a encore grossi depuis octobre 2012 (53x43 mm). Le traitement est globalement bien toléré avec un patient qui s'améliore cliniquement, avec une diminution de la toux, une disparition des expectorations, et une amélioration de l'état général. Un scanner et une fibroscopie de contrôle sont réalisés en juin 2013 à environ 6 mois du début du traitement. Le scanner montre une diminution significative en taille de la lésion (32x22 mm contre 53x43 mm, figure 2). Le LBA, l'aspiration

bronchique et les examens cyto bactériologique des crachats post-fibroscopie sont tous négatifs au direct et en culture. Le traitement est poursuivi pendant 8 mois et est finalement arrêté.

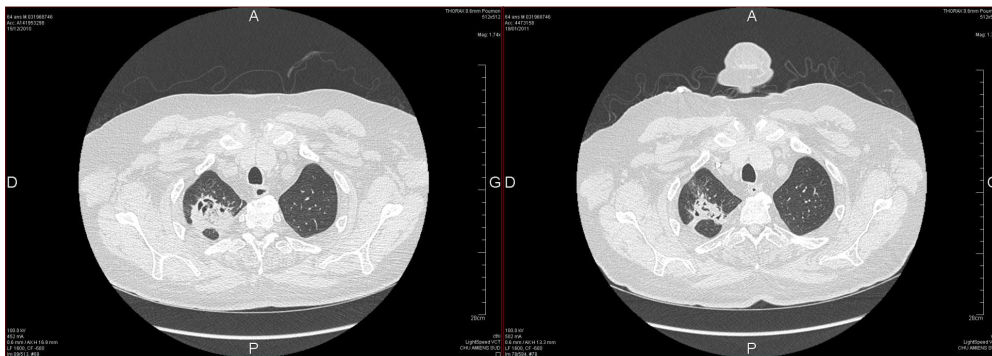


Figure 2 : scanner de janvier 2013 (à gauche), soit à l'initiation du traitement et de juin 2013 (à droite) soit à 6 mois du début de traitement.

Le scanner de fin de traitement (février 2014) est globalement superposable à celui de fin juin 2013.

En novembre 2014, le patient va bien. Il bénéficie d'un scanner systématique au sein de son grand bilan annuel de transplanté rénal. La lésion lobaire supérieure droite s'est modifiée (figure 3).



Figure 3 : Scanner de novembre 2014.

Une fibroscopie bronchique avec un nouveau LBA est réalisée. La culture à germes banaux est de nouveau positive à *Stenotrophomonas maltophilia* 10^3 . Le Ziehl est négatif. L'examen mycologique (direct et culture) est négatif. Après 5 semaines, la culture revient positive de nouveau à *M. avium* (10 colonies).

Que faites vous ? (Prise en charge diagnostique et thérapeutique)