

Cas clinique

Réunion du 26/12/2018

- Patiente , 30ans
- célibataire
- Suivie pour asthme mal contrôlé sous Traitement de fond bien (association de b2 mimétiques +corticothérapie inhalée
- Recours fréquents aux urgences pour crise d'asthme sévère
- Prise de corticothérapie orale de façon anarchique compliquée d'une insuffisance surrénalienne sous
- hydrocortisone
- sans ATCD pathologiques notables
- Sans notion de prise médicamenteuse en dehors de l'hydrocortisone

- **1ère hospitalisation le 06/ 2017** pour crise d'asthme très sévère suite à une surinfection bronchique mise sous traitement symptomatique (nébulisations de b2mimétique et corticothérapie injectable) et une antibiothérapie elle rapporte par ailleurs des épigastriques et des douleurs musculaires ainsi que des fourmillements des membres inférieurs dans un contexte d'AEG
- L'examen pleuro-pulmonaire ; râles sibilants bilatéraux
- Sao2:88%
- Hypersensibilité au niveau *de l'épigastre*
- Pas de lésions cutanées
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité

- La radiographie du thorax

- On est devant

**Asthme + signes extra respiratoires +signes
généraux**

- **Quel est votre diagnostic?**

- **Asthme difficile**
- **Poumon éosinophile avec asthme**
- Parasitose
- ABPA
- GEPA (Shurg Strauss)
- maladie de Carrington
- Syndrome hyperéosinophilique (myéloïde ou lymphoïde)
- **Syndrome paranéoplasique associé à un asthme**
- **Causes infectieuses (VIH, tuberculose, hépatite)**

- **Quels bilans à demander**

- Hémopathies myéloïdes vit B12
- SHE lymphoïdes
- L'HE est dans ce cas liée à la présence de population
- lymphocytaires Th2 circulantes de phénotype anormal (le
- plus souvent CD3-CD4+ ou CD3+CD4-CD8-)
[14, 21], don

- NFS

3/4/2017	24/4/2017	30/5/2017	11/6/2017	11/12/2017
2420 elts/mm ³	3380elts/mm ³	1330 elts/mm	300 elts/mm ³	3380elts/mm ³

- **Hyper éosinophilie fluctuante**

- Recherche de BK à 3 reprises négative
- Parasitologie des selles
- 3 séries ,
- dernière série **+: Blastocystis hominis**
- Sérologie VIH –
- Sérologie hépatique –
- Sérologie aspergillaire -

- Peut-on retenir à ce stade une origine infectieuse notamment parasitaire
- Devant le tableau radioclinique?

- **+: Blastocystis hominis**
- Pas d'hypereosinophile
- Traitement d'épreuve antiparasitaire à large spectre
- Persistance de l'hypereosinophilie

- **Compléter le bilan**

- Tests cutanés (-) notamment aspergillus fumigatus
- spirométrie/plethysmographie
- TVO partiellement réversible
(130ml/9%)

-Scanner thoracique du 23 /06/2017

Aspect TDM sans anomalies

fibroscopie bronchique + LBA

Aspect inflammatoire de 1^{er} degré

histologie : remaniement inflammatoire non spécifique

LBA: éosinophiles 2%

- bilan immunologique
- P ANCA -
- C ANCA-
- Anticorps anti nucléaire-
- Anticorps Anti Dna -
- Facteur rhumatoïde +
- Latex waler rose +
- Mais AntiCCP-

- Devant la négativité du bilan notamment la fibroscopie et le scanner thoracique
- On ne retient aucun diagnostic
- On fait sortir la patient sous traitement de fond optimal
- Avec des contrôles réguliers

- **2ème hospitalisation en avril 2018**
- Patiente revient pour un autre épisode de crise d'asthme très sévère avec altération de l'état général
- On refait le même bilan

- Radiographie thoracique

- NFS

13/4/2018	26/4/2018	9/5/2018	21/5/2018
0000elts/ mm3	1330 elts/mm3	1001 elts/mm3	1000 elts/mm3

Le bilan immunologique reste toujours négatif

Scanner thoracique

Scanner du 10/4/2018

TDM évocateur d'une pneumopathie éosinophile

Scanner du 18/4/2018

TDM thoracique sans particularité

- que suspectez vous comme poumon éosinophile

- **Shurg Strauss**
- **Syndrome d'hperéosinophilie**
- Myéloïde
- Lymphoïde
- **Syndrome paranéoplasique**

- Quel bilan complémentaire

- Fibroscopie +LBA: 2% éosinophiles
- Examen ORL : RAS en dehors de lésions de grattage
- pas d'éosinophilie à la biopsie
- EMG: Absence de signes de neuropathies
- Amplitude du potentiel moteur du nerf SPE diminué à gauche
- CpK-, LDH-
- Fibroscopie gastrique : antrite chronique à HP++
- Pas de d'éosinophilie
- Echo cardiaque
- Echo abdominal : normale
- Echo thyroïdienne : normale
- Vit B12 : normale (hémopathies myéloïdes)
- Phenotypage lymphocytaire TH2 (CD4- CD3) (-)
- IGE totaux 350ui/ml
- IGE spécifiques (-)

Devant ce bilan et en concertation avec les internistes
Le diagnostic du **shurg Strauss (GEPA)** a été
retenu sur les critères suivants

- L'asthme
- l'hyper éosinophilie
- les images labiles à l'imagerie

Malgré l'absence du 4^{ème} critère

présence d'une hyper éosinophilie au niveau de 2 sites extra
respiratoire

- On met la patiente sous Azathioprine (Imurel) (épargne de corticoïde)
- 1cp 50mg/ x7j
- 2cp 100mg/x7j
- 3cp 150mg/x3mois
- Puis évaluer

- **Patiente ré-hospitalisée le 10/2018**
- Pas d'amélioration patiente toujours mal contrôlée (côté asthme) dyspnéique
- Persistance de myalgies
- Aggravation de l'état général

- On fait un scanner thoracique
- Foyers de verres dépoli bilatéraux plus marqués à gauche avec **ADP médiastinales +++**
- S'agit il de l'évolution de la maladie?
- Hemopathies
- syndrome paranéoplasique avec metastases d'un neo

- Avis des internistes concernant la non réponse aux traitement
- Démarrer des bolus d'immunosuppresseurs
- 1 bolus / mois pendant 6 mois puis relais par imurel
- Dossier discuter au staff
- Prévoir une médistinoscopie