


# Perte pondérale – pour une fois autrement

Suite de la page 732

## Evolution

Une anamnèse plus fouillée révèle qu'au début, les problèmes n'apparaissaient qu'à son domicile ou peu après son retour à la maison.

Les précipitines pour les selles, épithéliums et plumes de perruche sont négatives.


La pléthysmographie du corps entier avec mesure de la capacité de diffusion montre un trouble ventilatoire à la fois restrictif et obstructif, de même qu'une capacité de diffusion du CO diminuée. Le scanner thoracique révèle des altérations structurales interstitielles disséminées, surtout des lobes supérieurs des deux poumons, avec des *ground glass opacities* (opacités en verre dépoli) (fig. 1 ). Une bronchoscopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire (BAL) et biopsie transbronchique est ensuite effectuée. Le BAL montre une lymphocytose à pratiquement 90% avec un quotient CD4/CD8 nettement diminué à 0,5. La biopsie révèle un processus interstitiel actif avec fibrose modérée. Aucun granulome ni agent pathogène n'a pu être mis en évidence.

Les examens complémentaires ci-dessus sont tous compatibles avec le diagnostic clinique d'alvéolite allergique extrinsèque (maladie des éleveurs d'oiseaux). Il n'y a notamment aucun argument en faveur d'autres pathologies diffuses du parenchyme pulmonaire.

Après éloignement des oiseaux, nettoyage approfondi du domicile, réadaptation pulmonaire et traitement par stéroïdes systémiques de brève durée, les plaintes sub-

jectives ont entièrement disparu. Lors d'un contrôle ambulatoire quatre semaines après son hospitalisation, ce patient pèse 10 kilos de plus. La gazométrie sanguine s'est entièrement normalisée. Les anomalies pulmonaires fonctionnelles et radiologiques ont elles aussi nettement régressé.

### Commentaire de la question 1 (bonne réponse = E)

Lacasse et al. ont évalué dans une étude de cohorte la valeur de l'anamnèse, de l'examen clinique et des précipitines sériques dans le diagnostic des alvéolites allergiques extrinsèques par rapport au «gold standard» [1]. Ils ont identifié dans la première cohorte 6 variables significatives et en ont déduit une «predicting rule» qui a été validée dans la seconde cohorte (tab. 1 ).

Dans le cas présent, l'anamnèse et les râles crépitants donnent à eux seuls une probabilité d'alvéolite allergique extrinsèque de 92%. Bien que des examens complémentaires aient été effectués, ils ne nous semblent rétrospectivement pas absolument indiqués en raison de la très grande probabilité du diagnostic évoqué, d'autant plus qu'aucun de ces examens à lui seul ne permet de diagnostiquer une alvéolite allergique extrinsèque.

Si les arguments cliniques en faveur d'une dyspnée pulmonaire avec baisse des performances sont clairs, la spirométrie ne donnera aucune information diagnostique supplémentaire.

### Commentaire de la question 2 (bonne réponse = D)

Le traitement à la fois le plus important et le meilleur marché est l'assainissement de l'environnement avec élimination de l'allergène déclenchant, ce qui n'est toutefois pas toujours facile à réaliser – surtout chez les propriétaires d'oiseaux.

Dans les formes graves d'alvéolite allergique extrinsèque, les stéroïdes systémiques peuvent accélérer la réadaptation, en plus de la carence allergénique. A long terme, ils ne semblent cependant présenter aucun avantage sur le seul assainissement de l'environnement [2, 3].

Dans le cas présent, en plus de l'assainissement de l'environnement avec carence allergénique, nous avons pris la décision de recourir aux stéroïdes systémiques en raison de la forme grave de l'alvéolite en voie de chronicisation, dans le but de permettre un retour à domicile et une reprise du travail le plus rapidement possible.

Les antihistaminiques/antagonistes des leucotriènes n'ont aucun intérêt dans l'alvéolite allergique extrinsèque (pas comme dans les allergies à IgE).

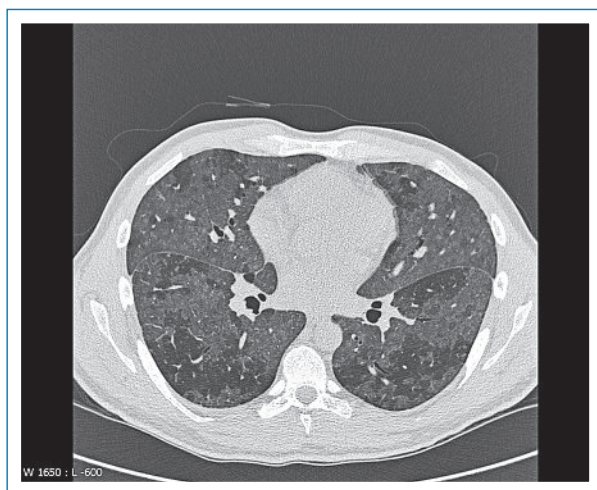


Figure 1

Scanner thoracique (fenêtre pulmonaire) avec altérations structurales interstitielles et *ground glass opacities* nettes.

**Tableau 1. Probabilité d'alvéolite allergique extrinsèque en % en fonction des paramètres prédictifs cliniques selon Lacasse et al. [1].**

Exposition à un éventuel antigène	Episodes répétés avec symptômes	Symptômes 4–8 h après exposition	Perte de poids	Crépitements			
				Oui	Oui	Non	Non
				Précipitines sériques			
				Oui	Non	Oui	Non
Oui	Oui	Oui	Oui	98	92	93	72
Oui	Oui	Oui	Non	97	85	87	56
Oui	Oui	Non	Oui	90	62	66	27
Oui	Oui	Non	Non	81	45	49	15
Oui	Non	Oui	Oui	95	78	81	44
Oui	Non	Oui	Non	90	64	68	28
Oui	Non	Non	Oui	73	33	37	10
Oui	Non	Non	Non	57	20	22	5
Non	Oui	Oui	Oui	62	23	26	6
Non	Oui	Oui	Non	45	13	15	3
Non	Oui	Non	Oui	18	4	5	1
Non	Oui	Non	Non	10	2	2	0
Non	Non	Oui	Oui	33	8	10	2
Non	Non	Oui	Non	20	4	5	1
Non	Non	Non	Oui	6	1	1	0
Non	Non	Non	Non	3	1	1	0

**Correspondance:**

Dr Patrick Muggensturm  
 Klinik für Pneumologie  
 Departement Innere Medizin  
 Universitätsspital Zürich  
 CH-8091 Zürich  
[patrick.muggensturm@usz.ch](mailto:patrick.muggensturm@usz.ch)

**Références**

- 1 Lacasse Y, Selman M, Costabel U et al. Clinical diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;168:952.
- 2 Monkare S. Influence of corticosteroid treatment on the course of farmer's lung. *Eur J Respir Dis.* 1983;64:283.
- 3 Kokkarinen JI, Tukiainen HO, Terho EO. Effect of corticosteroid treatment on the recovery of pulmonary function in farmer's lung. *Am Rev Respir Dis.* 1991;145:3.