



Open Access Full Text Article

CASE REPORT

Acute idiopathic eosinophilic pneumonia

Pneumonie aigue idiopathique à éosinophile

A. Moussa Ounteini^{1,2}, E. Devin¹, A. Mehdaoui¹, H. Mahmoud¹

¹: Service de Pneumologie et d'Oncologie thoracique, Hôpital d'Eure-Seine, 27015 Évreux Cedex, France

²: Service de Pneumologie, Hôpital National de Niamey, Niger

ABSTRACT

Acute idiopathic eosinophilic pneumonia (AIEP) is a rare disease. This is severe lung damage. The positive diagnosis is based on the sudden onset, respiratory signs with hypoxemia, pulmonary parenchymal infiltrates on chest imaging, but especially on peripheral hypereosinophilia and/or bronchial alveolar lavage (BAL), and the absence of infection or other known cause of eosinophilic lung disease. Acute idiopathic eosinophilic pneumonia is a diagnostic and therapeutic emergency. Corticosteroid therapy is effective with a favorable evolution .

KEYWORDS: Acute idiopathic eosinophilic pneumonia; Hypereosinophilia; BAL.

RÉSUMÉ

La pneumonie aigue idiopathique à éosinophile (PAIE) est une maladie rare. Il s'agit d'une atteinte pulmonaire sévère. Le diagnostic positif repose sur le début brutal, les signes respiratoires avec hypoxémie, les infiltrats parenchymateux pulmonaires à l'imagerie thoracique, mais surtout sur l'hyperéosinophilie périphérique et/ou sur le lavage broncho-alvéolaire (LBA), et l'absence d'infection ou d'autre cause connue de maladie pulmonaire à éosinophiles. La pneumonie aigue idiopathique à éosinophile est une urgence diagnostic et thérapeutique. La corticothérapie est efficace avec une évolution favorable.

MOTS CLÉS: La pneumonie aigue idiopathique à éosinophile; Hyperéosinophilie; LBA.

Corresponding author:

Moussa OUNTEINI

Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique, Hôpital d'Eure-Seine, 27015 Évreux Cedex, France

E-mail: bopaka2@gmail.com

INTRODUCTION

La pneumonie aigue idiopathique à éosinophiles (PAIE) est une maladie rare. Les pneumopathies à éosinophile sont classées en plusieurs types selon les étiologies (tableau 1^{4,5}). Le tableau clinique de la pneumopathie aigue à éosinophile associe un début aigue des signes respiratoires non spécifiques (dyspnée, toux, wheezing), parfois une désaturation en oxygène. L'imagerie thoracique objective des infiltrats parenchymateux pulmonaires parfois labiles. Le bilan biologique retrouve une hyperéosinophilie périphérique (sanguine) > 1 G/L et/ou pulmonaire sur le LBA, les PNE > 25 %. L'hyperéosinophilie sanguine peut être inconstante ou transitoire. La biopsie n'est pas nécessaire au diagnostic en l'absence d'autres signes. Les critères diagnostics de la PAIE sont résumés dans le tableau 2¹. La PAIE est très sensible à la corticothérapie. Cette corticothérapie fait rapidement disparaître cette hyperéosinophilie justifiant parfois son absence au moment du diagnostic. On retrouve parfois des atteintes extra respiratoires. La pneumopathie aigue idiopathique à éosinophiles est une urgence diagnostic et thérapeutique vu les complications gravissimes [1-3].

CAS CLINIQUE

Patiente de 39 ans, tabagique à 11 PA sevrée depuis 2004 avec reprise récente, aux antécédents de cholécystectomie, d'anxiété et de dépression. La patiente était hospitalisée en Pneumologie le 27 février 2023 pour une toux sèche, dyspnée d'effort d'aggravation progressive depuis 48h, sans douleur thoracique, désaturation à 91% en air ambiant dans un contexte d'apryrexie et de conservation de l'état général.

Le bilan biologique réalisé objective à la gazométrie artérielle une hypoxémie à 63mmHg avec hypocapnie à 28mmHg, à l'hémogramme : une hyperleucocytose à 23 400 éléments/ μ L avec polynucléaires neutrophiles à 20000 éléments/ μ L, polynucléaires éosinophiles initialement à 230 éléments/ μ L, hémoglobine à 13g / dL les D-Dimères à 1 000 μ g / L, la CRP à 99 ng / L, il n'y avait pas de trouble métabolique. La PCR au COVID-19 négatif. La tomodynamométrie thoracique retrouvait des images infiltratives bilatérales à type d'épaississements diffus des septas inter-lobulaires et quelques plages de condensations sous pleurales, des adénopathies hilaires et médiastinales lenticulaires.

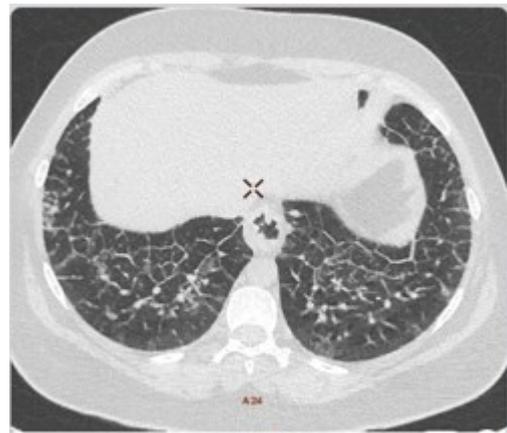
L'endoscopie bronchique était macroscopiquement normale, l'analyse du liquide de lavage bronchoalvéolaire objectivait une cytologie élevée avec prédominance des polynucléaires éosinophiles à 80%. La numération de contrôle du premier Mai 2023 a objectivé une hyperéosinophilie à 1 100 éléments/mm³. Le diagnostic de pneumopathie aigue à éosinophiles a donc été retenu. Le facteur déclenchant semble être la reprise récente du tabagisme. Chez ce patient il n'y

avait pas d'argument pour une vascularite, ni pour une maladie tumorale. Le patient était mis sous corticothérapie systémique. L'évolution était marquée par une amélioration clinique très rapide avec fréquence respiratoire et saturation normale. Les pneumopathies à éosinophiles sont divisées en plusieurs entités selon les caractéristiques clinique et étiologique, répertoriées dans le [Tableau 1 –2](#) [4,5].

TABLEAU 1 Classification des pneumopathies à éosinophiles

Poumon éosinophile d'origine indéterminée
Atteinte isolée
- Pneumonie à éosinophiles aigue
- Pneumonie à éosinophiles chronique
Atteinte associée à une maladie systémique
- Granulomatose éosinophilique avec polyangeite (syndrome de Churg-Strauss)
- Syndrome hyperéosinophilique idiopathique chronique (variantes lymphoïde et myéloïde)
Poumon éosinophile d'origine déterminée
Étiologie parasitaire (Ascaridiose, poumon tropical, strongyloïdose)
Étiologie infectieuse non parasitaire (Coccidioidomycose, Mycobacterium tuberculosis)
Aspergilloses et mycoses broncho-pulmonaires allergiques (ABPA), granulomatose bronchocentrique (de Liebow)
Poumon éosinophile induit par des médicaments, toxines, radiations
Autres affections avec atteinte pulmonaire et hyperéosinophilie occasionnelle
Pneumonie organisée cryptogénique
Fibrose pulmonaire
Granulomatose pulmonaire à cellules de Langerhans (histiocytose X)
Sarcoïdose, granulomatose de Wegener, polyarthrite rhumatoïde
Leucémie éosinophilique, carcinome avec éosinophilie paranéoplasique, maladie de Hodgkin, lymphome malin non Hodgkinien à cellules T
Rejet de greffe

TABLEAU 2	Principaux critères diagnostiques de la PAIE
Épidémiologie	Homme > femme
Manifestation clinique	Dyspnée accompagnée d'un état fébrile < 1 mois
Biologie	Hyperéosinophilie non indispensable au diagnostic
Fonctions pulmonaires	Syndrome restrictif
Radiographie de thorax	Opacités réticulaires éparpillées bilatérales Aspect en verre dépoli, épaissement
Scanner thoracique	bronchoalvéolaire, épaissement des septa Nécessaire à l'établissement du diagnostic (présence de > 25 % d'éosinophiles dans le lavage bronchoalvéolaire)



1d

FIGURE 1A-B-C-D. Les images du CT-scanner thoracique.



1a



1b



1c

CONCLUSION

La PAIE est une pneumopathie sévère constituant ainsi une urgence diagnostic et thérapeutique. L'évolution est généralement favorable sous corticothérapie adaptée.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

REFERENCES

1. Djakovic T, Ribeiro D, Brossard C et Nicod Laurent P. Pneumopathies à éosinophiles, comment les différencier : classification et démarche diagnostique. *Rev Med Suisse* 2016 ; 12 : 1958-6.
2. Tonnel A-B, Tillie-Leblond I, Cortot A. Le poumon éosinophile : données actuelles. *Pulmonary eosinophilia: Current information. Rev Fr allergol* 53 (2013)84-87.
3. Dacosta-Noble P, Tracllet J. Pneumopathie aiguë à éosinophiles. *Rev Mal Resp Actualités* (2016) 8, 105-107.
4. Cottin V, Cordier JF, Chapter 49 - Eosinophilic lung disease A2. Agustí. S. Spiro, G. Silvestri, A. Alvar. *Clinical respiratory medicine* (Fourth Edition). Philadelphia: W.B. Saunders, 2012;620-8.
5. Cottin V. Pneumopathies à éosinophiles : diagnostic et prise en charge. *Rev Fr Allergol* 2012;52:128-33.