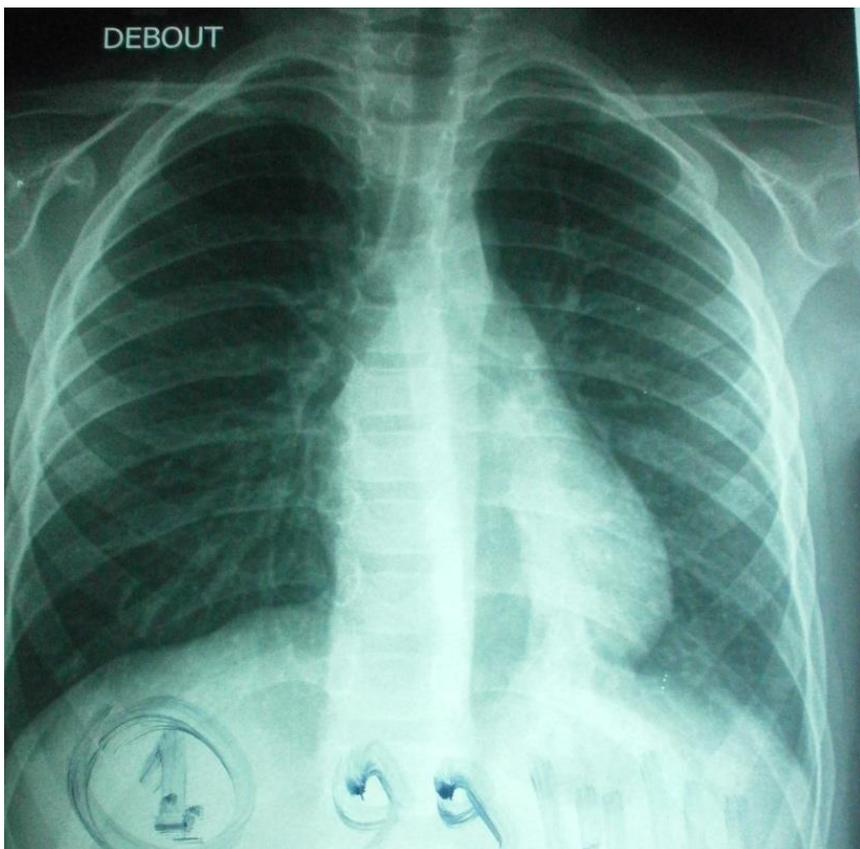


ABDELMOUHAIMEN S ...6 ans asthmatique depuis l'âge de 3 mois.  
Première consultation le 29/11/2011 : exacerbations devenue fréquente depuis 6 mois



**RX THORAX FACE(29/11/11):**

Foyer paracardiaque gauche-Petit poumon gauche dans son ensemble(rétraction)

**ANTECEDANTS:**

Paralysie faciale périphérique  
Rhino conjonctivite allergique

**HDLM :**

des hospitalisations mensuelles malgré traitement inhalée ....sortie il ya 15 jours..garde Toux grasse ..crache péniblement

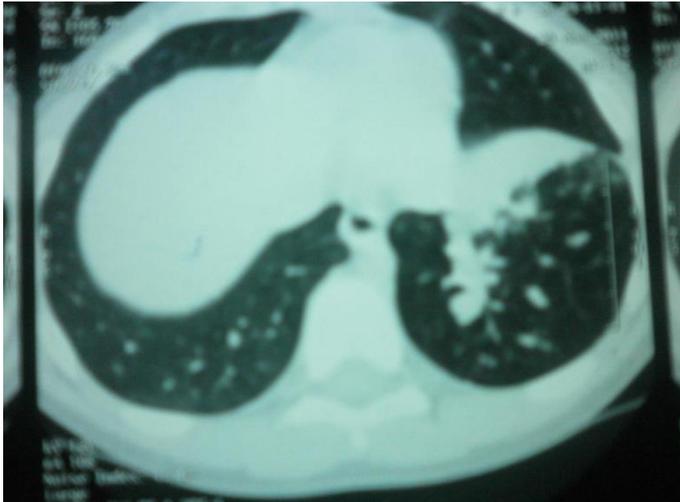
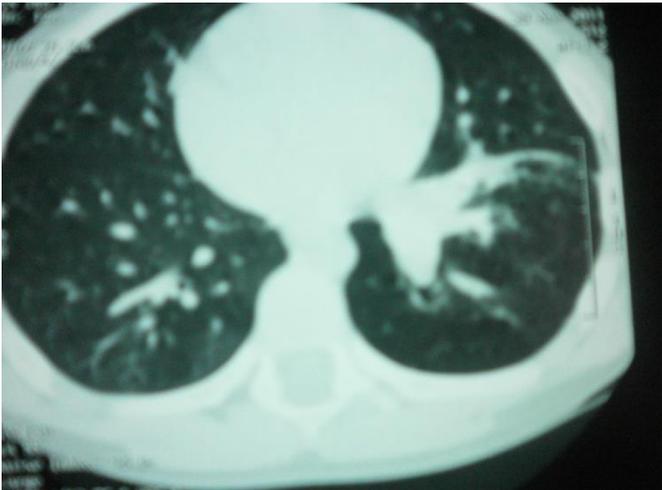
**EXAMEN PHYSIQUE** :QQ ronchus .Pale.Sat: 98 %.  
PF: 100 L/m.T° .37

**BILAN IMMUNO-ALLERGOLOGIQUE :**

- SCREEN TEST :+acariens
- TEST PNEUMOALLERGENE:++ acariens
- IGE 200.
- IgA IgG IgM:Normaux
- Serologie aspergillaire:Négative

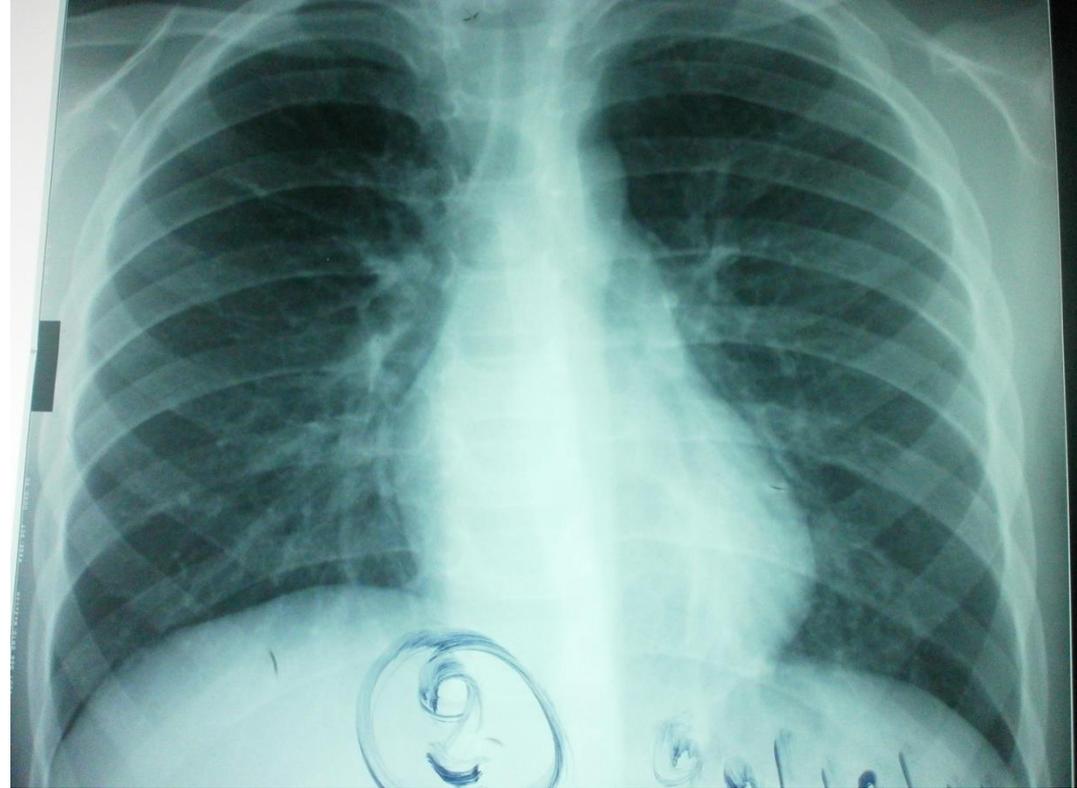
**TOGD** : NORMALE

# Scanner thoracique 29/11/11 FOYER RETRACTILE LOBAIRE INFEREUR GAUCHE



## Bronchoscopie rigide faite le 1/12/2011 sous anesthésie générale

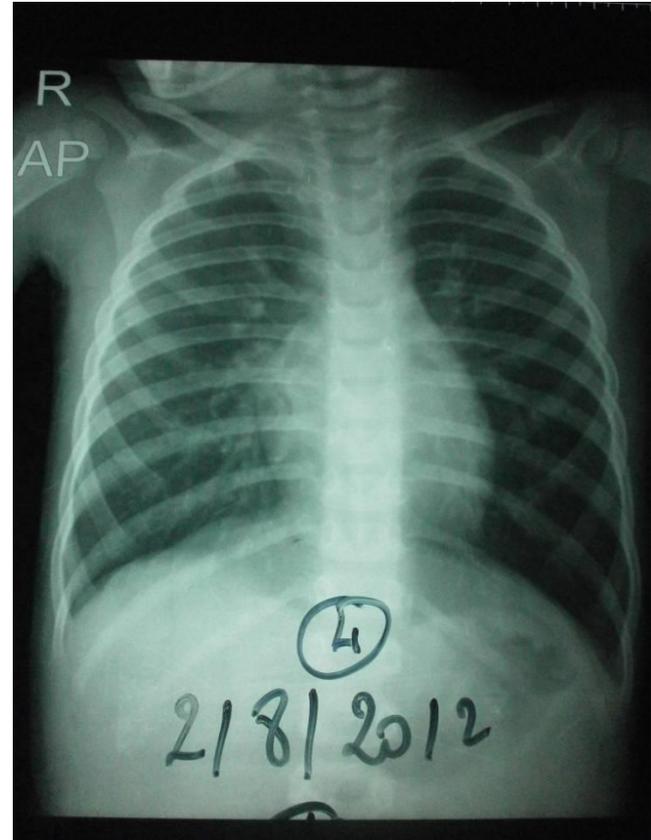
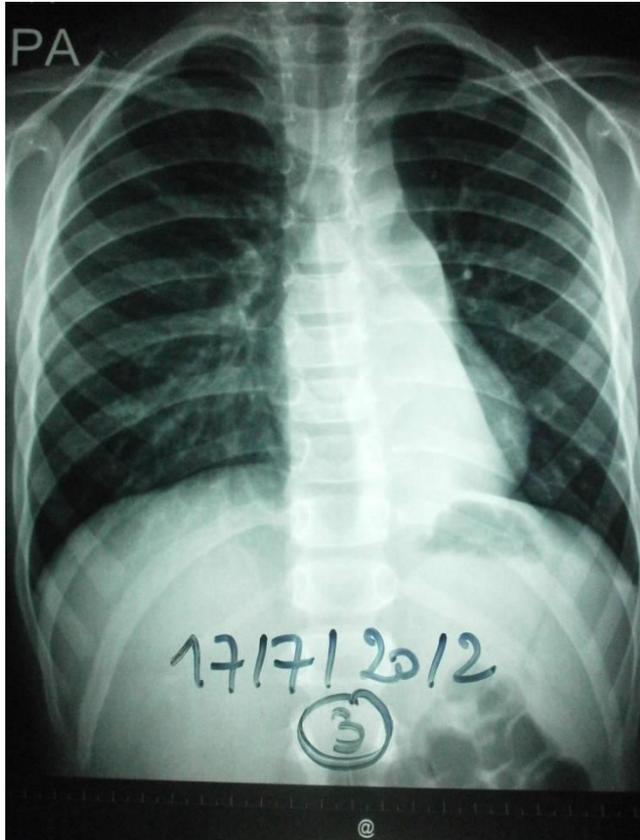
- Obstruction complète de la bronche lobaire inférieur gauche par un matériel blanchâtre.
- Extraction d'un matériel moulant l'ensemble de la bronche lobaire inférieure et toute ses segmentaires et sous segmentaires.
- Après extraction et lavage, la muqueuse paraissait très oedematiée et inflammatoire.
- ANAPATH : Il s'agit d'un matériel fibrino leucocytaire non tissulaire



RX DU 20/12/12 : Normale

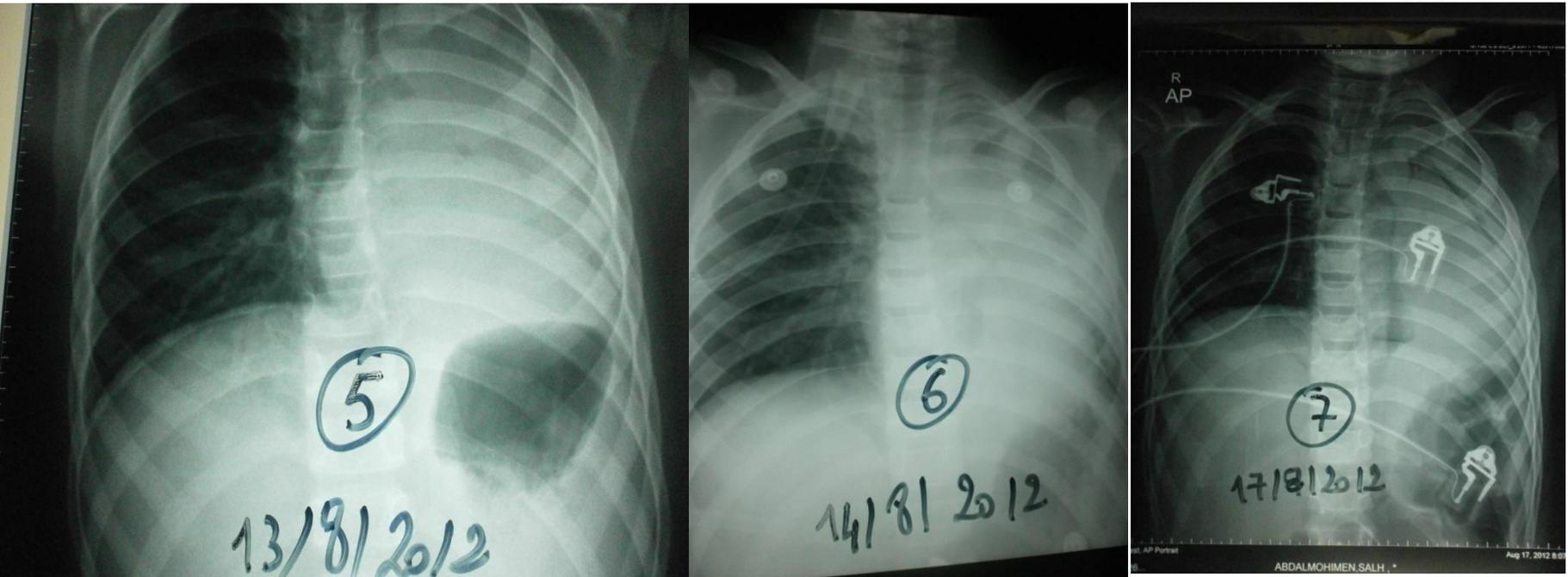
Réhospitalisation en janvier 2012 pour exacerbation.

A partir de mi-juillet 2012 dégradation de l'état respiratoire de nouveaux



Présence sur la radio du N° 3 du 17/07/2012 d'une atélectasie lobaire inférieure gauche. Normalisation un mois après (RX N°4 du 2/08/12 )...

A été hospitalisée en réanimation le 13/8/12 en état d'ASPHYXIE  
Poumon gauche blanc rétractée Blanc(RX N° 5 du 13/08/12) ..



**Bronchoscopie faite le 14/08/12**..Débrit "d'allure alimentaire » a gauche

->AERATION TRES LENTE(RX N°6 du 14/08 ,N°7 du 17/08)

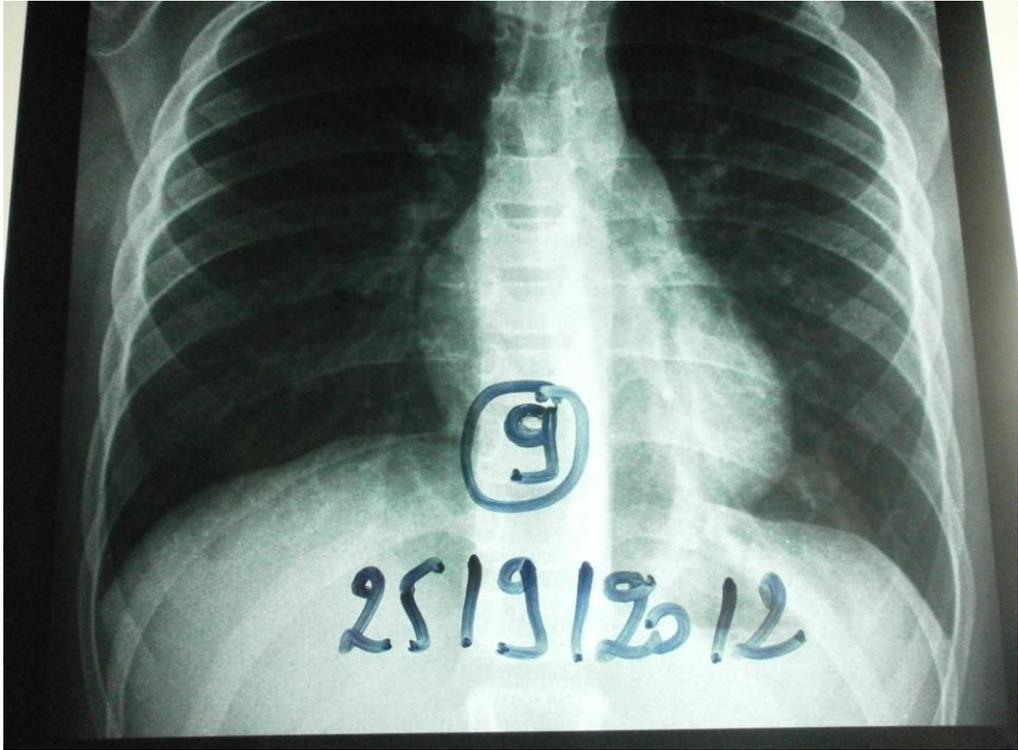
Scanner thoracique 17/8/12:

Condensation de tout le poumon gauche. Médiastin déviée.

Bronche souche gauche perméable



Aeration quasi complète le 29/08/12 (RX N°8)..sans récidence un mois après (RX N°9 25/09/12 )..  
La mère signale que l'enfant crache péniblement des bouchons 'macaroni" tout le long de sa maladie



# Conclusion:

- Enfant de 7ans asthmatique depuis âge de 3 mois  
..dégradation rapprochée depuis 2ans et survenue des atélectasies gauche a répétitions
- -->ASTHME AVEC MOULE BRONCHIQUES A REPTION  
(SANS STIGMATE DE MALADIES DE HANS PEYPES NI  
DILATATIONS DES BRONCHES AUX SCANNER )
-

# Aspergillose broncho-pulmonaire allergique

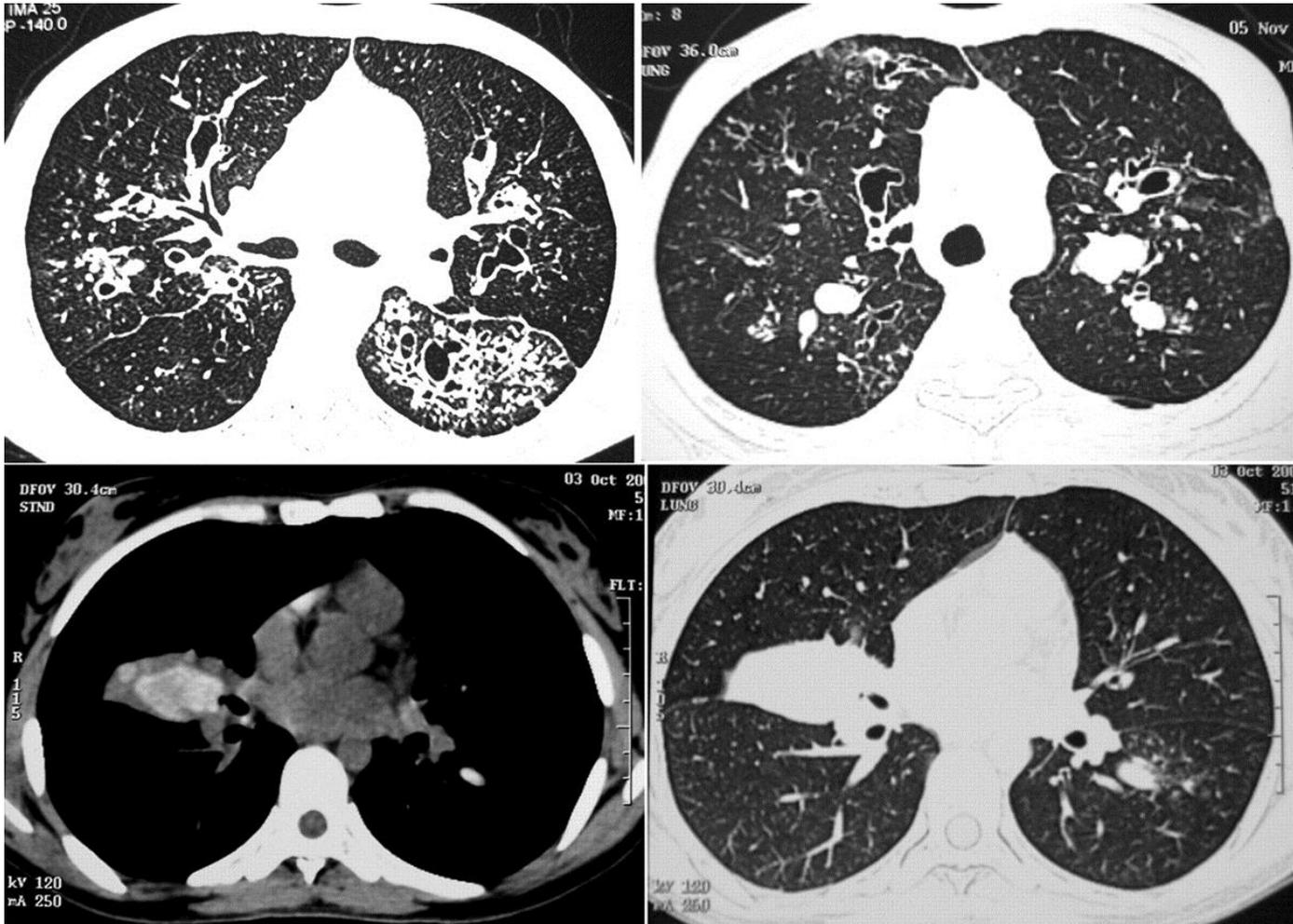
## Hypersensibilité à l'*Aspergillus fumigatus* -> asthme mal contrôlé et des infiltrats pulmonaires récidivants

- Rare ;généralement diagnostiquée chez les adultes, mais aussi chez l'enfant.
- Hyperactivité bronchique, hémoptysie, toux productive, fièvre modérée, malaises, perte de poids.
- Complication d'un un asthme évolutif ( 2%) de la mucoviscidose ( 1 à 15%) .
- Affection immunologique causée par une forte réponse des lymphocytes T auxiliaires à une infection *Aspergillus fumigatus* sans invasion tissulaire. L'inflammation pulmonaire entraîne production de mucus, hyperactivité des voies aériennes puis bronchectasies.

## Les examens contributifs pour le diagnostic

- Eosinophiles
- Taux d'IgE sériques totales supérieurs à 1000 UI/ml.
- Tests cutanés positifs envers *Aspergillus fumigatus*,
- Taux élevés d'immunoglobulines (Ig) E sériques spécifiques *Aspergillus* élevées
- Taux élevés d'antigènes IgG spécifiques *Aspergillus*
- **La radiographie pulmonaire et le scanner**
- opacités parenchymateuses pulmonaires flottantes, bronchectasie centrale, bronchocèle, air piégé et nodules centrobulaires.

HRCT images of different patients with allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Top right*: bilateral central bronchiectasis with centrilobular nodules and tree-in-bud opacities in the left lung. *Top left*: bilateral central bronchiectasis with many mucus-filled bronchi. *Bottom, left and right*: images from the same patient show high-attenuation mucoid impaction. *Bottom right*: the mucoid impaction in the right lung is visually denser than the paraspinal skeletal muscle



# La bronchite plastique (1)(2)

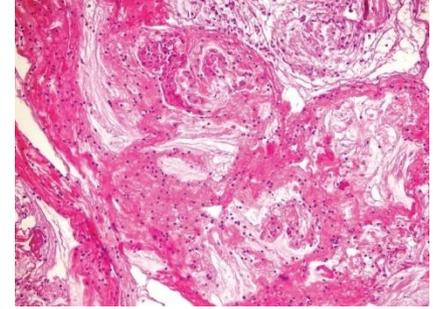


- Affection rare du jeune enfant.
- Obstruction étendue de l'arbre bronchique par des moules épais, ramifiés et fortement adhérents au mur bronchique ; difficilement éliminable spontanément . Tous les niveaux bronchiques peuvent être atteints, en particulier les lobes inférieurs.
- Complication évolutive d'affections respiratoires (Asthme avec ou sans aspergillose broncho-pulmonaire allergique , mucoviscidose..) ou cardiopathie cyanogène

(1) Liston L, Porto D, Siegel G. Plastic bronchitis. Laryngoscope 1986;96:1347-51.

(2). Park JY, Elshami AA, Kang DS, Jung TH. Plastic bronchitis. Eur Respir J 1996;9:612-4.

# Classification de La bronchite plastique



Basée sur l'étude anatomopathologique des moules(1)

	Inflammatoire	Acellulaire
Aspect	Infiltrats cellulaires importants (cellules épithéliales bronchiques, cellules inflammatoires et éosinophiles), de la Fibrine et peu de mucus	Peu de fibrine, très peu de cellules mononuclées et du mucus en quantité considérable.
Causes	<b>Affections respiratoires</b> caractérisées par une hyper-sécrétion muqueuse occasionnée par un processus inflammatoire d'origine allergique (asthme, aspergillose bronchopulmonaire allergique) ou infectieuse (mucoviscidose)	comploquent les <b>cardiopathies cyanogènes</b> , en particulier la tétralogie de Fallot dans les suites opératoires (intervention de Fantan).Péricardites chroniques constrictives.

(1)Seear M. Am J Respir Crit Care Med 1997;155: 364-70.

Classification qui tient compte de la pathologie sous-jacente et de la composition du moule (7)

En fonction de l'affection sous jacente(2)

Allergique	Cardiaque	idiopathique
------------	-----------	--------------

(2)Brogan TV,Pediatr Pul-monol 2002;34:482-7.

**Mais ?**

**Différents pathologies ont été rapporté comme associée a la bronchite plastique :**

- Anomalies lymphatiques pulmonaires (3)(4)
- Syndrome thoracique aigu de la drépano-cytose(5)
- Infection respiratoire sévère(6)

**Les mécanismes anatomopathologique sont souvent intriqués**

- Les moules peuvent être chyleux, fibrineux, cellulaires ou mixtes
- La présence d'eosynophyle peu se trouver en dehors de l' asthme et de l' atopie (7)

3). Languépin J Pediatr Pulmonol 1999;28:329-36.

(4). Castet D. Rev Mal Respir 1998;15:89-9

(5). Moser C Chest 2001;120:608-13.

(6) . KOUISMI J Fran Viet Pneu 2013;04(11):41-44 43 VOLUME 4 - NUMERO 11

(7). Madsen P,. Paediatr Resp Rev 2005;6:292-300.

# Approches thérapeutiques

- Extraction endoscopique du moule(indispensable chez l'enfant).
- Corticothérapie inhalée ou générale(type inflammatoire)(1)
- Macrolides à faibles doses a long court (2)
- Correction chirurgicale d'une cardiopathie ou d' une anomalie lymphatique
- Traitement médical et diététique approprié de la cardiopathie ou de l' anomalie lymphatique
- Instillation endoscopique de DNase recom-binante humaine (rh-DNase) (3):dans les moules acellulaires (fibrineux, chyleux)
- Aérosols de l'activateur tissulaire de plasminogène (t-PA) (4)
- Aérosols d'urokinase (5)

(1)Seear M,. Am J Respir Crit Care Med 1997;155: 364-70

(2) Schultz KD Pediatr Pulmonol 2003;35: 139-43.

(3)Manna SS,. Arch Dis Child 2003;88:626-7.

(4) Costello JM, Pediatrics 2002;109:e67.

(5). Quasney MWCrit Care Med 2000;28:2107-11.

