

Toux chronique chez un patient psychotique séropositif HIV

Chronic cough in a psychotic man suffered from HIV infection

O. Gilbert¹, K. Schepers², J.-C. Goffard², P.-A. Gevenois³ et P. De Vuyst¹

¹Service de Pneumologie, ²Unité de Traitement des Immunodéficiences,

³Service de Radiologie, Hôpital Erasme

RESUME

Nous avons observé un homme de 48 ans séropositif pour le HIV et qui présente une toux chronique imputée à une BPCO. Il développe une surinfection pulmonaire alors qu'il est hospitalisé pour un motif psychiatrique. Il présente une toux avec des expectorations mucopurulentes ainsi qu'une acutisation de la dyspnée. La radiographie de thorax montre la présence d'infiltrats macronodulaires et l'élargissement de la trachée. Le scanner thoracique démontre la présence d'une trachée très large avec des dilations bronchiques marquées (le diamètre transverse moyen est de 5 cm et 2,8 cm respectivement). La bronchoscopie confirme les élargissements et la présence de diverticules trachéaux. Toutes ces caractéristiques anatomiques sont compatibles avec le diagnostic de trachéobronchomégalie ou syndrome de Mounier-Kuhn, une entité rare. A notre connaissance, c'est le premier cas souffrant de surcroît d'une infection HIV. Une infection pulmonaire par Haemophilus influenzae est observée comme il s'en produit fréquemment en cas de bronchiectasies. La thérapie de maintenance antivirale confère une protection contre les infections à germes opportunistes.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 42-5

ABSTRACT

We observed a 48-year-old man suffered from HIV infection. He presented a chronic cough and was suspected from COPD. He developed a pulmonary infection with cough productive of mucopurulent sputum, fever and exertional of dyspnea during a psychiatric hospitalisation. Rx thorax demonstrated macronodular lesions of the lung and enlargement of the trachea. The thoracic CT-SCAN showed marked tracheal and bronchial dilatations (the mean transverse diameter were respectively 5 cm and 2.8 cm). Fiberoptic bronchoscopy confirmed this enlargement of trachea and bronchus with diverticula of the trachea. All these anatomic findings were compatible with the tracheobronchomegaly syndrome (TBM) or Mounier-Kuhn syndrome, a very rare entity. To our knowledge, it was the only case described with HIV infection in the same time. We observed a pulmonary infection by Haemophilus Influenzae, usually described in case of bronchiectasis. In fact, antiviral maintenance therapy gave protection against opportunistic germs.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 42-5

Key words : Mounier-Kuhn syndrome, tracheobronchomegaly, tracheal diverticulosis, bronchiectasis

OBSERVATION

Un patient de 38 ans est admis dans le Service de Psychiatrie dans le cadre d'une décompensation psychotique. Il est porteur du virus d'immunodéficience humaine (VIH) depuis octobre 1996. Son traitement antirétroviral comporte une association d'abacavir, de

lamivudine, de zidovudine (Trizivir®) et de nevirapine (Viramune®). Son traitement psychiatrique de base est composé de neuroleptiques : olanzapine (Zyprexa®), halopéridol (Haldol®), zuclopenthixol (Clopixol®) et de benzodiazépines : lorazepam (Temesta®). Il n'a jamais fumé. Un diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) avait été posé sur base

d'un syndrome obstructif, d'une toux chronique et de surinfections bronchiques récurrentes. Les épreuves fonctionnelles respiratoires mettent en évidence un syndrome mixte modéré : capacité vitale (CV) : 2,32 l, soit 49 % des valeurs prédites ; capacité pulmonaire totale (CPT) : 4,51 l, soit 69 % ; VEMS : 1,52 l, soit 40 % ; VEMS/CV : 65 % ainsi qu'une réduction de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone (DLCO : 24 %).

Il tousse et il crache de manière chronique et intermittente. Les expectorations sont généralement muqueuses, mais au cours de l'hospitalisation, celles-ci deviennent purulentes et sont accompagnées de pyrexie à 39 °C. A ce moment, l'auscultation révèle des ronchis et des râles sous-crépitaux aux bases pulmonaires. La saturation en oxygène est de 95 % à l'air ambiant. L'analyse de laboratoire révèle un syndrome inflammatoire (CRP 11,9 mg/dl) avec une leucocytose basse (3.400/mm³ dont 38 % de lymphocytes). Le typage lymphocytaire montre un taux effondré de CD4 à 13 %, soit 221/mm³ (normale : 32-58 %). La charge virale est indétectable. La radiographie de thorax de face met en évidence des infiltrats bilatéraux multiples décrits dans un premier temps comme des macronodules (Figures 1 et 2). La radiographie en incidence latérale montre une large clarté trachéale à bords ondulés (Figure 1). La tomodensitométrie montre une méga-trachée, des bronchectasies et des infiltrats multifocaux prédominant aux bases (Figures 3 et 4). Le diamètre transversal de la trachée atteint près de 5cm et celui des bronches souches 2,8 cm (Figures 3 et 4). La fibroscopie objective de nombreux diverticules trachéaux et des bronches segmentaires et sous-segmentaires dilatées (Figure 5). Des sécrétions épaisses et abondantes y sont présentes et leur muqueuse est enflammée. La trachée se collabe lors des efforts de toux. L'*Haemophilus influenzae* est évoqué à l'examen direct et est confirmé à la culture de l'aspiration bronchique et du lavage broncho-alvéolaire. Cependant, la recherche de germes opportunistes et de virus s'avère négative. Une antibiothérapie à base d'amoxicilline-clavulanate et de la kinésithérapie de drainage bronchique permettront de résoudre rapidement la symptomatologie. Sur base de l'imagerie, le diagnostic de syndrome de Mounier-Kuhn est proposé.

DISCUSSION

La radiographie latérale du thorax montre une large clarté trachéale avec des ondulations de ses bords (Figure 1). Les mensurations de la trachée et des bronches établissent le diagnostic de trachéobronchomégalie ou syndrome de Mounier-Kuhn (respectivement : diamètre transversal > 2,6 cm et > 1,5 cm)¹. L'association d'infections respiratoires inférieures et de dilatation trachéobronchique a été décrite pour la première fois par Mounier-Kuhn en 1932^{2,3}.

Les caractéristiques anatomopathologiques consistent en une atrophie sévère des fibres élastiques

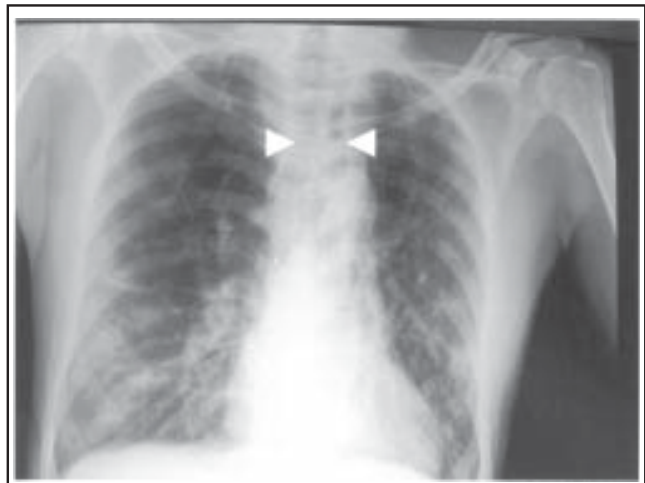


Figure 1 : Radiographie postéro-antérieure du thorax : large hyperclarté trachéale (têtes de flèches) et macronodules bilatéraux aux bases.



Figure 2 : Radiographie latérale du thorax montrant une large clarté trachéale avec des ondulations des bords (flèches).

longitudinales avec une *muscularis mucosae* particulièrement fine. Ces altérations favorisent la dilatation des portions cartilagineuses et membraneuses de la trachée et des bronches. Il en résulte la formation de diverticules du tissu musculomembraneux entre les anneaux cartilagineux^{3,4}, phénomène généralement plus marqué à la face postérieure de la trachée⁵. L'origine congénitale ou acquise du syndrome est controversée. Des bronchomégalies chez des nouveau-nés ayant bénéficié de ventilation mécanique prolongée sont la

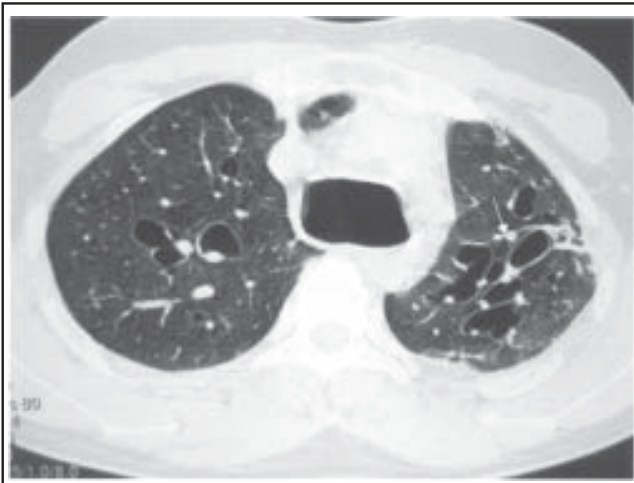


Figure 3 : Tomodensitométrie thoracique : élargissement de la trachée et des bronches.

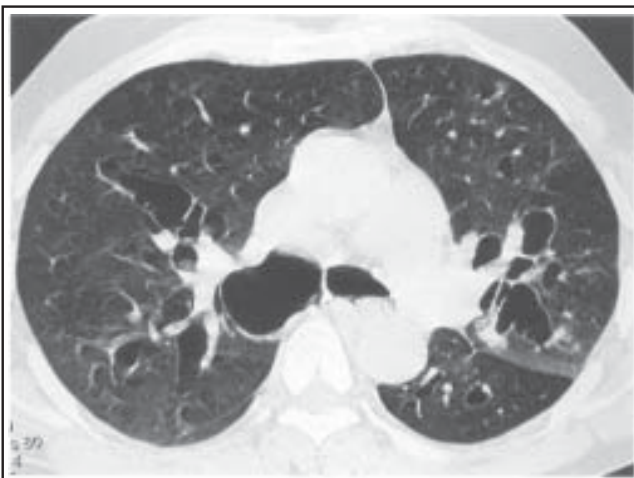


Figure 4 : Tomodensitométrie thoracique : bronchomégalie.

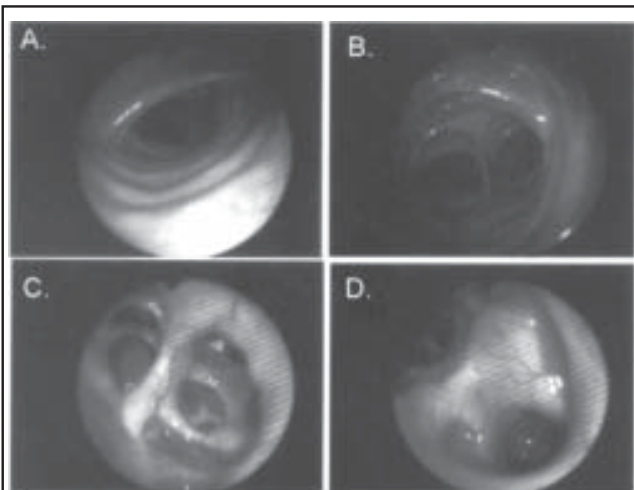


Figure 5 : Bronchoscopie : (A) dilatation trachéale avec de nombreux diverticules et protrusion des cartilages ; (B) large trachée et caréna ; (C et D) aspect des divisions larges et multiples des sous-segmentaires du lobe inférieur droit avec des sécrétions purulentes.

conséquence du barotraumatisme induit au sein des voies aériennes⁶. Un lien génétique est suggéré par la présence de caractéristiques similaires radiologiques dans des syndromes atteignant les fibres élastiques comme le syndrome d'Ehlers-Danlos, le *cutis laxa* chez des enfants³, le syndrome de Marfan, le syndrome de Kenny-Caffey, le syndrome de Brachmann-de Lange, certaines maladies du tissu conjonctif, l'ataxie télangiectasie, l'agammaglobulinémie de Burton, la spondylarthrite ankylosante, la maladie des dépôts de chaînes légères⁷.

Les manifestations cliniques apparaissent vers les troisième et quatrième décades et ne sont pas spécifiques. Elle correspondent à celles rencontrées dans la bronchopneumopathie chronique obstructive et les bronchiectasies^{3,5,7}. Un collapsus des gros troncs trachéobronchiques à l'expiration forcée ou bien lors des efforts de toux est commun. L'élargissement des bronches, en empêchant une clairance muco-ciliaire optimale^{5,7} provoquerait l'accumulation de sécrétions, favoriserait les surinfections chroniques elles-mêmes responsables de fibrose pulmonaire focale connue dans la mucoviscidose. Le déficit fonctionnel respiratoire correspond à un syndrome obstructif avec hyperinflation^{3,7} mais une composante restrictive surajoutée peut se rencontrer, qui peut être consécutive à l'absence de ventilation dans des territoires pulmonaires concernés par les dilatations bronchiques³. L'*Haemophilus influenzae* est un germe qui colonise et surinfecte fréquemment les bronchiectasies. Il en est de même chez ce patient HIV sous traitement antiviral et souffrant du syndrome de Mounier-Kuhn qui ne semble pas être un facteur complémentaire d'infections opportunistes. Le traitement consiste en l'antibiothérapie et en kinésithérapie respiratoire pour favoriser le drainage bronchique⁷. Une prothèse trachéobronchique peut être nécessaire pour atténuer la symptomatologie^{1,4}. Des cas dont l'évolution était rapidement défavorable ont bénéficié de transplantation pulmonaire^{1,4}. Une prothèse endotrachéale a pu également se révéler utile pour permettre la jonction de la trachée originelle avec la trachée du poumon du donneur^{1,4}.

CONCLUSION

La trachéobronchomégalie est un syndrome rare. Nous décrivons cette maladie chez un patient séropositif pour le HIV recevant un traitement antiviral et nous constatons que les bronchiectasies sont infectées par un germe ordinaire, l'*Haemophilus influenzae*. Ceci suggère que le syndrome de Mounier-Kuhn ne favorise pas les infections opportunistes chez ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Shah SS, Karnak D, Mason D *et al.* : Pulmonary transplantation in Mounier-Kuhn syndrome : a case report. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006 ; 131 : 757-8

2. Lebreton S, Assouline P, Venketasawmy S, Kardache M, Oliviero G : Une toux persistante chez un saxophoniste. Rev Mal Respir 2004 ; 21 : 158-60
3. Schwartz M, Rossoff L : Tracheobronchomegaly. Chest 1994 ; 106 : 1589-90
4. Drain AJ, Perrin F, Tasker A *et al.* : Double lung transplantation in a patient with tracheobronchomegaly (Mounier-Kuhn syndrome). J Heart Lung Transplant 2006 ; 25 : 134-6
5. Sorenson SM, Moradzadeh E, Bakhda R : Repeated infections in a 68-year-old man. Chest 2002 ; 121 : 644-6
6. Zuponic Z, Primozić J : Tracheobronchomegaly in preterm infants on mechanical ventilation. Pediatr Radiol 1995 ; 25 : 332-6
7. Lazzarini-de-Oliveira LC, Costa de Barros Franco CA, Gomes de Salles CL, de Oliveira AC Jr : A 38-year-old man with tracheomegaly, tracheal diverticulosis, and bronchiectasis. Chest 2001 ; 120 : 1018-20

Correspondance et tirés à part :

O. GILBERT
C.H.U. de Charleroi
Service de Pneumologie
Boulevard P. Janson 92
6000 Charleroi
E-mail : drog@skynet.be

Travail reçu le 8 mars 2007 ; accepté dans sa version définitive le 9 juillet 2007.