

Image 1 et 2: Tomodensitométrie des poumons chez un patient atteint de pneumopathie organisée: il est possible de distinguer des opacités en forme de foyer dans les deux poumons (flèches).

## L'«autre» pneumonie

**La pneumopathie organisée est une forme rare d'inflammation et de cicatrisation du tissu pulmonaire, en réaction à une «attaque» d'agents pathogènes ou de substances toxiques. La maladie ressemble fortement à une pneumonie; toutefois, il ne faut pas la traiter avec des antibiotiques.**

Chaque année en Suisse, entre 150 et 200 personnes sont atteintes d'une pneumopathie organisée. Les causes de cette maladie sont des infections bactériennes, virales ou d'autres agents pathogènes, de nombreux médicaments, certaines thérapies (radiothérapie, transplantation d'organe), ainsi que différentes tumeurs. La pneumopathie organisée survient aussi en relation avec des maladies inflammatoires des muscles ou des articulations. Dans la moitié des cas environ, il est impossible de trouver une cause définitive; on parle alors de pneumopathie organisée cryptogénique («crypto» signifie «caché»). Si l'agent causal de la maladie est une infection (par exemple un virus), l'agent pathogène est éliminé par l'organisme en quelques jours; le processus d'inflammation et de cicatrisation dans les poumons persiste cependant des semaines voire des mois.

### **Le diagnostic est souvent difficile**

Les symptômes qui augmentent au fil des jours et des semaines sont la toux, les difficultés respiratoires, la fièvre, la fatigue et la perte de poids. Comme ces symptômes ressemblent à ceux d'une pneumonie, la plupart des patient(e)s sont d'abord traité(e)s avec des antibiotiques. Contre toute attente, cette thérapie n'entraîne aucune amélioration, c'est pourquoi d'autres examens sont effectués. Les radiographies montrent alors souvent plusieurs foyers inflammatoires dans les deux poumons. Si l'on répète les radiographies pendant plusieurs semaines, on voit que certains foyers inflammatoires disparaissent spontanément et réapparaissent à d'autres endroits des poumons. Grâce à une tomodensitométrie (TDM), il est possible de déterminer exactement le degré d'atteinte des poumons (image 1 et 2). Grâce à un examen direct des voies respi-

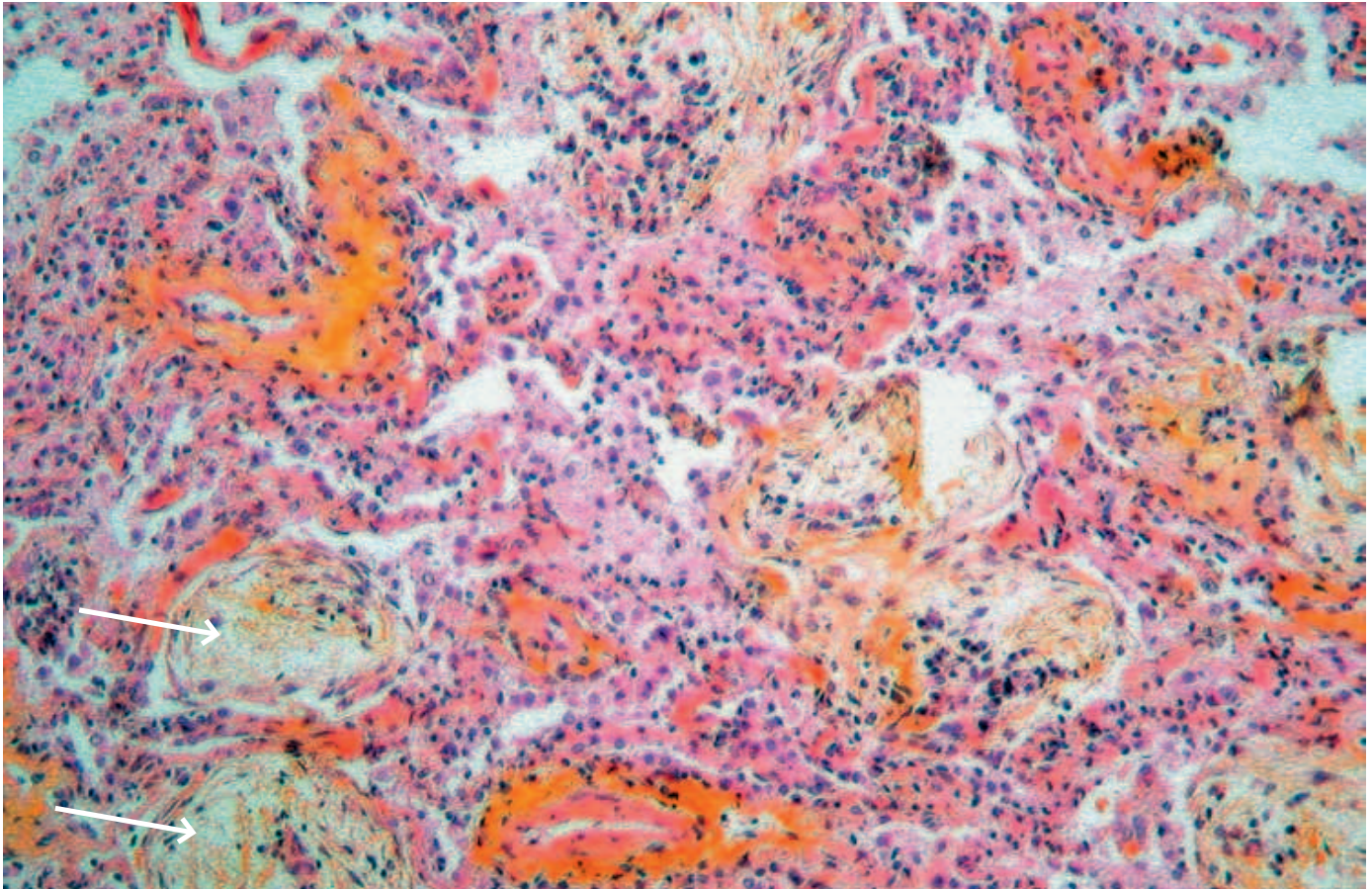


Image 3: Biopsie pulmonaire pour pneumonie organisée: les granulations («bourgeons»), composées de cellules conjonctives, de fibres collagènes et de cellules inflammatoires se trouvent dans les alvéoles (en orange, flèches). Les parois alvéolaires (en rose) et l'ensemble de la structure des poumons sont intacts.

ratoires (bronchoscopie), combiné à un lavage bronchoalvéolaire, on peut distinguer différentes cellules inflammatoires. Un fragment de tissu pulmonaire est prélevé lors de la bronchoscopie. Celui-ci montre de petites granulations («bourgeons») composées de cellules conjonctives et de fibres collagènes qui remplissent les alvéoles pulmonaires sans endommager l'ensemble de la structure du poumon. Dans certains cas, le/la chirurgien(ne) doit prélever (image 3) un plus gros fragment du poumon (environ 2 cm de diamètre) sous anesthésie générale. La pneumopathie organisée peut aussi imiter une maladie grave comme par exemple le cancer du poumon. Dans ces cas, un(e) chirurgien(ne) enlève totalement le tissu endommagé. L'examen microscopique précise s'il s'agit ou non d'une tumeur. À l'inverse, une maladie grave (vascularite ou lymphome pulmo-

naire) peut être aussi considérée comme une pneumopathie organisée et donc sous-estimée, ce qui conduit parfois à un traitement erroné. C'est pourquoi il est très important pour les patient(e)s que la pneumopathie organisée soit correctement diagnostiquée.

#### La cortisone aide la plupart des patient(e)s

Si une pneumopathie organisée a été diagnostiquée, il faut en chercher la cause et si possible l'éliminer (par exemple si c'est un médicament). On commence aussi un traitement de cortisone qui peut être extrêmement efficace en quelques jours. La thérapie dure plusieurs mois pendant lesquels la dose de cortisone est réduite progressivement et finalement arrêtée. Des rechutes sont possibles. Les patient(e)s y réagissent en étant inquiets/inquiètes et c'est pourquoi il faut leur signaler préala-

blement cette éventualité. Ces rechutes sont en général bénignes et peuvent être bien contrôlées par une reprise du traitement de cortisone faiblement dosée. ✕

Éditeur et auteur de la série «Maladies pulmonaires rares»: Dr Romain Lazor, consultation des pneumopathies interstitielles et maladies pulmonaires rares, Service de pneumologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne, [romain.lazor@chuv.ch](mailto:romain.lazor@chuv.ch)  
 Travail rédactionnel: Dr méd. André Lauber, TextWatch, Oftringen  
 Photos: mises à disposition