

Aspergillus et transplantation pulmonaire : « de la colonisation à l'invasion »

Marc Stern

Unité de Transplantation pulmonaire, Hôpital Foch, Suresnes

Dans l'expérience de l'hôpital Foch (165 transplantations pulmonaires de 1989 à 2004), l'incidence de l'aspergillose pulmonaire (atteinte trachéobronchique, aspergillose invasive ou aspergillome) est de 15 % et la mortalité associée de 20 %. Le délai médian de survenue après la greffe est de 3,2 mois, près de 75 % des infections survenant dans les 6 premiers mois². Les trachéobronchites sont plus précoces que les aspergilloses invasives. L'atteinte de l'anastomose bronchique, à type d'ulcérations et de pseudomembranes, menace les sutures vasculaires. A terme, elle peut être source de sténoses et maladies bronchiques. Une atteinte plus diffuse de l'arbre bronchique, favorisée par l'immunosuppression, à type de suppurations et bronchites aspergillaires, peut survenir plus tardivement.

Le traitement curatif doit être précoce et rapidement efficace : on peut utiliser les polyènes (solutions lipidiques d'amphotéricine B), les azolés (itraconazole ou voriconazole) ou les échinocandines (caspofungine).

L'intérêt d'une prophylaxie systématique est débattu. Il est établi que la colonisation avant ou après transplantation est un facteur favorisant. La prophylaxie par aérosols d'amphotéricine B diminue significativement l'incidence de l'aspergillose.¹ Singh² recommande une approche ciblée chez les patients à haut risque (culture positive au niveau des voies aériennes, notamment en cas de rejet, bronchite obstructive et infection à CMV) : 4 à 6 mois d'itraconazole, éventuellement associé à l'amphotéricine B en aérosol. Pour Mehrad³, le rôle du traitement antifongique chez les patients présentant une simple colonisation des voies aériennes reste à déterminer. Cet auteur recommande une bronchoscopie de dépistage suivi d'un traitement agressif chez les patients présentant une trachéobronchite aspergillaire isolée.

En pratique, une enquête menée auprès de 37 centres américains montre que 78 % recherchent *Aspergillus* avant la transplantation, 76 % pratiquent une prophylaxie systématique après transplantation ; tous les centres traitent systématiquement la colonisation.⁴

Références

1. Reichenspurner H, et al. Significant reduction in the number of fungal infections after lung-, heart-lung, and heart transplantation using aerosolized amphotericin B prophylaxis. *Transplant Proc* 1997; 29: 627-8
2. Singh N. Fungal infections in the recipients of solid organ transplantation. *Infect Dis Clin North Am* 2003; 17: 113-34
3. Mehrad B, et al. Spectrum of *Aspergillus* infection in lung transplant recipients: case series and review of the literature. *Chest* 2001; 119: 169-75
4. Dummer JS, et al. A survey of anti-fungal management in lung transplantation. *J Heart Lung Transplant* 2004; 23: 1376-81