

ETIOLOGIES des PID ou SDRA DE CAUSE INCONNUE

1. Causes habituelles à éliminer

Par atteinte directe

- Pneumopathie infectieuse
- Pneumopathie d'inhalation
- Noyade
- Embolie amniotique
- Contusion pulmonaire
- Inhalation gaz toxique
- oedeme de reperfusion

Par atteinte indirecte

- Sepsis
- Transfusion
- Traumatisme majeur
- Choc
- Pancréatite aigue

2. Pneumopathie médicamenteuse (PM)

- Etiologies : nombreux médicaments incriminés : <http://www.pneumotox.com>
- Plusieurs formes clinique car peuvent correspondre à DAD, PO, HIA, PH, PAE
- Alvéolite de forme très variable selon le médicament (souvent à lymphocytes)

3. Causes inhabituelles

a. Pneumopathie interstitielle aigue (AIP)

- Syndrome d'Hamman-Riche (étiologie indéterminée), mortalité 30 à 60 %
- Alvéolite à neutrophile ± HIA
- Anapath: DAD (phase exsudative, d'organisation, evolution fibrosante)
- Corticosensibilité rare ± cyclophosphamide

b. Pneumopathie organisée (PO = anciennement BOOP)

- Etiologies:
 - aucune le + souvent: pneumopathie organisée cryptogénique (POC): tableau subaigu pseudo infectieux
 - moins fréquent: infections, connectivites, médicaments, radiothérapie, toxique, allogreffe moelle, tumeur et affection hématologique
- TDM: condensations alvéolaire (± verre dépoli), multifocales, sous pleural ou peribronchique, parfois migratrice avec souvent un bronchogramme aérien
- Alvéolite mixte (lymphocytes: 20 à 40 %, neutrophile: 10 %)
- Anapath spécifique de PO
- Corticosensibilité habituelle

c. **Pneumopathie aigue à eosinophiles** (PAE)

- Etiologies
 - PAE typique: 20-30 ans, souvent associée à début ou majoration du tabac, toux, dyspnée, fièvre
 - Eliminer causes parasitaire, fongique, medicamenteuses, pneumopathie chronique à eosinophile (maladie de Carrington: 50 ans, asthme, forme progressive), Churg et Strauss
- TDM : condensation pulmonaire non systématisée, sous pleural predominant à l'apex (± verre depoli)
- Alvéolite majeure à PN eosinophile (25 à 85 %)
- Anapath: DAD avec infiltration interstitielle par des eosinophiles
- Corticosensibilité habituelle

d. **Hémorragie intraalvéolaire** (HIA)

- Etiologies
 - Immunes (1/3)
 - vascularites+++ (signes extrapulm++):
 - polyangéite microscopique (SD pneumorenal, anémie, PANCA anti MPO ou cANCA anti PR3)
 - Wegener (Sd pneumorenal et ORL, anémie, cANCA)
 - capillarite pulmonaire pauci-immune (pas de sd pneumorenal, ANCA négatif)
 - autres: Churg et Strauss ,purpura rhumatoïde cryoglobulinémies mixtes ,Takayasu, Behçet
 - Goodpasture (maladie à anticorps antimembrane basale, SD pneumorenal, parfois ANCA +)
 - collagénoses: LEAD, (rarement polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, polymyosites)
 - HIA d'origine non immune (2/3)
 - hypertension veineuse: RM +++, OAP cardiogénique
 - trouble hémostasie, CIVD, rarement MAT
 - médicamenteuses et toxiques (cocaïne , ...)
 - tumorales (Angiosarcome, Choriocarcinome)
 - infectieuses : staph PVL +++, leptospirose, viroses (grippe maligne, hantavirus), Aspergillose invasive, Infections à Candida, Infection à CMV
 - syndrome des antiphospholipides, PTI
 - embolies de cholestérol
 - œdèmes pulmonaires à pression négative
 - HIA sans cause apparente (idiopathiques).
- Endoscopie indispensable : diagnostic macroscopique et par cytologie (sidérophage > 20 %, score de Gold >20)

- Bilan étiologique :
 - TDM thoracique
 - Rechercher prises médicamenteuses, toxique, signe extrapulmonaire
 - ETT, hémostase, ECBU (hématurie ?), protéinurie des 24h,
 - bilan immunologique : ANCA, ACAN, C3, C4, CH50, AC anti MBG, LWR, cryoglobulinémie, anticoagulants circulants, anticorps anticardiolipides

e. **Pneumopathie d'hypersensibilité** (PH)

- Granulomatoses pulmonaires de mecanisme immunoallergique
- Alvéolite à PNN puis à lymphocytes CD8 +
- TDM: verre depoli disperses + micronodules centrolobulaire peut evoquer le diagnostic

5. **Autres maladies de systemes** (peut révéler un SDRA)

- a. Maladie des antisythetases
- b. Maladie de still

6. **PID et connectivites** (pathologies rarement révélés par un SDRA)

- a. Sclerodermie
- b. Sjogren
- c. LED
- d. Polyarthrite rhumatoïdes

7. **Causes exceptionnelles** (car se présentant rarement sous une forme suraigüe)

- a. Fibrose pulmonaire idiopathique ou pneumopathie interstitielle commune (UIP) : corticosensibilité rare
- b. Pneumopathie interstitielle non spécifique (NSIP) : corticosensibilité habituelle (forme cellulaire), variable (forme fibreuse)
- c. Pneumopathie interstitielle desquamative (DIP) : corticosensibilité habituelle
- d. Pneumopathie interstitielle lymphocytaire (LIP) : corticosensibilité variable
- e. Sarcoidose (IDR, enzyme de conversion de l'angiotensine)

