

# ALVEOLITE ALERGICE EXTRINSECI

## **Definitie:**

- **alveolitele alergice extriseeci (AAE) sau pneumonitele prin hipersensibilizare (PH) sunt afectiuni caract prin inflamatia peretilor alveolari si a cailor respiratorii distale (dat unui mecanism imun), prod prin inhalarea de material antigenic foarte fin dispersat**

**Epidemiologie :** - populatia de risc legata de factorii profesionali si sezonul in care apar manifestarile de AAE ()

!AAE apare predominant la nefumatori (80-90%), dat probabil depresiei raspunsurilor imune la antigeni

**Etiologia :** - det de inhalarea antigenelor din fanul contaminat cu mucegaiuri (plamanul de fermier)

- bissinoza, bagassoza, plamanul crescatorilor de pasari, plamanul lucratorilor cu malt, detergenti, paprika, boala branzarilor, boala muncitorilor cu lemn exotic, inhalarea de medicamente (pulbere de retrohipofiza), dupa folosirea climatizoarelor si umidificatoarelor

Ag = subst organice, de orig vegetala sau animala (suport pt actinomicete, fungi sau acarieni) sau subst organice cu rol de haptena

## Patogeneza : imuna

- ipoteza initiala : inhalare de Ag

→ Ac serici de tip  
recipitine

↘  
Reactie mediata prin  
CI la nivel alveolar  
si bronsiolar

contraargumente : - prezenta de Ac serici precipitanti e dependenta de expunerea la Ag, dar nu de existenta bolii  
- lipsa de corelatie dintre prezenta Ac serici si anomaliiile functionale pulmonare  
- absenta consumului de complement in timpul expunerii acute  
- anomaliiile morfologice pulmonare nu sunt similare cu cele produse in boala Ag-Ac ( vasculita) si sunt de tipul intalnit in hipersensibilitatea de tip intarziat ( granuloame) → favorizate de activarea limfocitelor T gasite in nr mare in LLBA

## Ag inhalate, de dimensiuni mici

→ Retentie indelungata in plamani afecteaza structurile pulmonare:

Direct : enzimatic sau toxic

Indirect : activarea complementului si macrofagelor

## Modificari morfologice (similare indiferent de etiologia AE) :

I. Initial

aflux de PMN in alveole si cai aeriene mici

Bronsioloalveolita  
diseminata

II. influx de celule mononucleare

Granuloame  
intralobular si  
bronsioalveolar

III. Evolutie cronica

Fibroza difuza predominant in  
campurile pulmonare superioare  
aspect in figure de miere ca in  
fibrozele  
interstitiale difuze idiopatice

**Tablou clinic ( dep de frecventa si intensitatea expunerii la Ag si de reactia gazdei) :**

**1. *Forma acuta* :** - perioada de sensibilizare ( saptamani/luni)

- expunere la pulberi organice, dupa 6-8 ore apar manifestari acute de tip pseudogripal sau pseudoinfectios ( febra, dureri musculare, cefalee, tuse seaca, dispnee

- examenul obiectiv deceleaza raluri crepitante difuze fara sibilante sau wheezing ( dg diferential cu AB)

- evolutie: - remisie in ore/zile

- insuficienta respiratorie severa cu hipoxie, hipocapnie si opacitati alveolare difuze

**2. *Forma subacuta* :** - dupa expunere timp de mai multe saptamani la cantitati mici de alergen

- evolutie: - manifestari acute respiratorii

- progresiv : tuse persistenta, dispnee progresiva, subfebrilitati si manifestari generale: slabire, inapetenta ( dg diferential cu TBC pulmonar)

**3. Forma cronică :** - rară, cu manifestări de boală cronică pulmonară, cu tuse, dispnee progresivă și pierdere ponderală ( dg diferențial cu emfizemul pulmonar și fibroze interstițiale difuze)

- evoluție: - hipoxie, HTP, IC dreaptă
- 20-40% dintre pac cu AAE în formă cronică au inițial simptome de bronșită cronică fără modificări Rx

**Diagnostic diferențial :** - pneumonii infecțioase

- sarcoidoză
- boli de colagen vasculare
- reacții pulmonare la medicamente
- fibroza interstițială difuză idiopatică

## Explorari paraclinice:

1. **Explorarea biologica uzuala: nespecifica (leucocitoza, limfopenie, crestere de VSH, proteina C reactiva, Ig serice)**

2. **Explorarea pulmonara:**

- Examenul Rx pulmonar: **aspect normal, opacitati difuze, incomplet delimitate, in lobii inf sau microopacitati miliare, granulare, fibroza interstitiala cu densitati nodulare sau reticulonodulare**

Rezolutia completa, rapida odata cu disparitia manifestarilor clinice

- **Examen CT** : in forme cronice, multipli noduli centrolobulari cu diametru de 2-4 mm si arii de hipertransparenta ( dg diferential cu fibroza interstitiala difuza idiopatica)

- **Explorare functionala respiratorie:** disfunctie restrictiva ( scad volumele pulmonare, complianta si capacitatea de transfer a gazelor si/sau hipoxemie si hipercapnie)

- **LBA** : > 5 zile : limfocitoza ( predominant CD3, CD 4/CD8 <1) =40-80%  
< 48 h : neutrofile

- Ig A, M, G, albumina, crescute

- **Biopsia pulmonara:** rar indicata; pt dg diferential cu alte alveoliote fibrozante sau leziuni granulomatoase

3. **Investigatii imunologice:** det precipitinelor derice prin imunoelectroforeza sau tehnici imunoenzimaticice ( indica expunerea la Ag si nu prezenta bolii)

## Diagnostic:

- istoric de expunere la un Ag cunoscut
- tablou clinico-radiologic rapid rezolutiv
- prezenta de precipitine serice fata de Ag

Criterii de dg pt pneumonita de hipersensibilizare:

***criterii majore*** 1. Istoric de expunere la un Ag corespunzator sau detectarea Ac in ser

2. Simptome compatibile cu pneumonita de hipersensibilizare

3. Date compatibile cu pneumonita de hipersensibilizare la Rx toracic sau CT

***criterii minore*** 1. Raluri bazale bilateral

2. Scaderea capacitatii de difuziune

3. Hipoxemie arteriala, in repaus si la effort

4. Ex. histologic pulmonar compatibil cu PH

5. Provocare naturala pozitiva

6. Limfocitoza in lichidul de LBA

**! Dg: toate criteriile majore+ cel putin 4 criterii minore**



## Prognostic. Tratament:

- prognosticul depinde de tipul clinic si etiologic
- cea mai buna masura terapeutica: eliminarea expunerii la Ag
- pt formele acute: rezolutie in cateva zile
- pt formele cronice: rezolutie in cateva luni
- fibroza pulmonara- modificare ireversibila (10-30%)
- in *manifestarile acute severe*: - glucocorticoizi (Prednison 1mg/kg corp/zi 7-14 zile)
  - oxigenoterapie
- in *manifestarile subacute si cronice*: - corticoterapie prelungita (4-6 luni)