

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

L'Asbestose

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:25

MedWiki-DZ :

L'Asbestose

<https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:asbestose>

Dernière mise à jour : **2019/04/15 20:25** - Imprimé le : **2026/01/24 23:06**



Table des matières

L'Asbestose	1
L'Asbestose	3
1. Introduction	3
2. Asbestose	3
2.1. Physiopathologie et anatomopathologie	3
2.2. Histoire naturelle	3
2.3. Diagnostic	4
2.3.1. Circonstances de découverte	4
2.3.2. Signes radiologiques	4
2.3.3. Fonction respiratoire	4
2.3.4. Critères diagnostic (ATS 2003)	5
3. Maladies pleurales bénignes liées à l'amiante	5
3.1. Plaques pleurales	5
3.1.1. Épidémiologie	5
3.1.2. Imagerie	6
3.2. Pleurésies bénignes	6
3.3. Fibrose de la plèvre viscérale et atélectasie par enroulement	6

L'Asbestose

1. Introduction

- Fibres d'amiante (caractère fibreux défini par un rapport longueur/diamètre > 3)
- Deux familles distinctes : serpentines, amphiboles
- L'exposition peut être professionnelle (le plus souvent), domestique ou environnementale

2. Asbestose

- Terme utilisé à tort pour l'ensemble des pathologies bénignes liées à l'amiante, doit être réservé à la fibrose pulmonaire secondaire à l'inhalation d'amiante

2.1. Physiopathologie et anatomopathologie

- La majorité des fibres se déposent sur les premières et secondes bifurcations des canaux alvéolaires
- En quelques heures : afflux de macrophages alvéolaires
- Libération de facteurs chimiotactiques $\Rightarrow$ neutrophilie réversible et sécrétion de facteurs pro-fibrosants
- Quand la rétention de fibres est importante, apparition d'une fibrose pouvant progresser vers une asbestose cliniquement décelable
- Les lésions ressemblent à d'autres formes de fibroses médicamenteuses ou primitives ; ce qui oriente, c'est la prédominance basale et la concentration de fibres d'amiante dans le tissu pulmonaire
- Les corps asbestosiques sont visible dès l'examen en microscopie optique
- La sévérité de la fibrose est corrélée à la charge pulmonaire en amiante

2.2. Histoire naturelle

- Longue période de latence entre le début de l'exposition et les premières anomalies cliniques ou radiologiques (habituellement 20 ans)
- Parfois plus courte (ex. exposition professionnelle massive)
- Les anomalies radiologiques peuvent progresser même après arrêt de l'exposition, surtout si fibres amphiboles
- Relation dose-réponse clairement démontrée
- Existence d'un seuil d'exposition cumulé en dessous duquel il n'y a pas de risque (≤ 25)

fibres/ml/an)

- Plus grande fibrogénicité des fibres longues et des fibres amphiboles
- Facteurs de susceptibilité individuelle encore mal connus (clairance des fibres longues...)
- Influence du tabac : controversé

2.3. Diagnostic

2.3.1. Circonstances de découverte

- Les signes radiologiques précèdent la clinique
- Symptômes : toux sèche, dyspnée d'effort, douleurs thoraciques habituelles (mais parfois dues à une fatigue musculaire), jusqu'à l'IRC +/- CPC
- Signes : râles crépitants +++ (parfois très précoces) au niveau des bases, en fin d'inspiration, hippocratisme digital (formes évoluées)

2.3.2. Signes radiologiques

Signes non spécifiques

1. Radiographie :

- Opacités interstitielles, irrégulières, plutôt linéaires, accentuant la trame vasculaire, prédominant aux bases
- Les images deviennent de plus en plus denses et s'étendent vers le haut, tout en restant bilatérales et grossièrement symétriques
- Il existe une classification internationale des images de pneumoconioses

2. TDM : plusieurs entités sémiologiques

- Lignes septales : épaississements des septa inter-lobulaires (opacités linéaires de 1 à 2 cm, perpendiculaires à la paroi)
- Lignes non septales, intra-lobulaires : souvent accompagnées d'irrégularités de l'interface poumon-plèvre
- Lignes courbes sous-pleurales : situées à moins d'1 cm de la plèvre, parallèles à la paroi, plus souvent postérieures
- Verre dépoli : signe de fibrose peu sévère (inter-alvéolaire, inter-lobulaire) ou d'œdème, non caractéristiques
- Rayon de miel : dans les formes évoluées

2.3.3. Fonction respiratoire

- Normale au début
- Puis réduction des volumes (TVR) et de la DLCO
- Parfois, atteinte associée des petites voies aériennes

2.3.4. Critères diagnostic (ATS 2003)

- Critères ATS 2003 pour l'asbestose et les autres maladies bénignes liées à l'amiante :
 - Existence de lésions structurelles compatibles
 - Preuve d'une exposition (ayant débuté plus de 15 ans avant le début de la maladie)
 - Exclusion d'autres causes possibles
- Si l'interrogatoire n'est pas concluant ⇒ recherche de corps asbestosiques au LBA ou dans l'expectoration
- Les anomalies radiologiques ne sont pas spécifiques (ne peuvent différencier une FPI)
- Biopsie pulmonaire seulement si on suspecte un diagnostic différentiel accessible à un traitement curatif ; on peut rechercher dans ce cas les fibres ou les corps aspestosiques dans le matériel de biopsie

3. Maladies pleurales bénignes liées à l'amiante

- Beaucoup plus fréquentes que l'asbestose
- Peut toucher les 2 feuillets : pariétal (plaques pleurales) et viscéral (pleurésies, fibroses et atélectasies par enroulement)
- Physiopathologie : incomplètement élucidée
- Distribution des fibres hétérogène dans la plèvre : zones de concentrations = "black spots"

3.1. Plaques pleurales

- Plaques circonscrites de tissu conjonctif de quelques millimètres à 1 cm d'épaisseur, riche en collagène, pauvre en cellules, recouvertes de cellules mésothéliales normales
- Sièges presque exclusivement sur le feuillet pariétal
- Uni- ou bi-latérales, généralement asymétriques
- Siège de prédilection : antéro-latéral entre 3e et 5e cote, postérieur et latéral entre 6e et 9e cote, diaphragme dans sa partie centrale (jonction musculo-tendineuse)
- Epargne les sommets et sinus costo-diaphragmatiques
- Elles sont le plus souvent asymptomatiques

3.1.1. Épidémiologie

- Manifestation pathologique liée à l'amiante la plus fréquente (60%)
- Relation dose-effet, et temps-effet
- Latence rarement inférieure à 20 ans

3.1.2. Imagerie

1. Radiographie thoracique :

- Vue de profil : opacité allongée, densité hydrique, marges parfois abruptes, grossièrement parallèle à la paroi
- Vue de face : ombres mal définies au contours souvent irréguliers (en “carte géographique”), moins denses
- Fréquence des calcifications ⇒ facilite le diagnostic

2. TDM thoracique :

- Zones circonscrites d'épaississement pleural, densité tissulaire ou calcique, limites nettes, liseré graisseux les séparant des cotes et des parties molles extra-pleurales
- Poumon en regard habituellement normal

3.2. Pleurésies bénignes

- Habituellement de faible abondance et spontanément régressives (récidives homo- ou contro-latérales parfois observées)
- Peu ou pas symptomatiques (douleur, toux, dyspnée)
- Liquide exsudatif, parfois hémorragique, riche en PNE ; il est rare d'y trouver des corps asbestosiques
- Lésions inflammatoires et de fibrose non spécifique à la biopsie
- Diagnostic d'élimination : exposition documentée, absence d'autre cause, absence de développement de mésothéliome dans les 3 ans qui suivent
- Temps de latence moyen de l'ordre de 30 ans

3.3. Fibrose de la plèvre viscérale et atélectasie par enroulement

- Beaucoup moins fréquente que les plaques, ne sont pas spécifiques d'une exposition à l'amianté
- Souvent séquellaire de pleurésies bénignes, mais peut aussi résulter de l'extension pleurale d'une fibrose pulmonaire sous-pleurale
- Rarement bilatérale
- Peut causer des symphyses secondaires des deux feuillets
- Touche le plus souvent les parties postérieures et inférieures
- Histologique : épaississement fibreux, tissus de collagène dense et cellules inflammatoires en quantité variable, parfois dépôts de fibrine à la surface du tissu collagène
- Des bandes de tissus fibreux peuvent pénétrer le poumon ⇒ atélectasies par enroulement
- Clinique : douleur fréquente, TVR (étendue de la fibrose)
- Imagerie :

- Radiographie de profile : épaissement pleural plus ou moins étendu, en continuité avec un comblement du CDS costo-diaphragmatique
 - TDM : épaissement > 3 mm, sur une hauteur ≥ 8 cm, et largeur ≥ 5 cm ; parfois associé à un retentissement parenchymateux (bandes ou atélectasies par enroulement au contact de l'épaississement)
-