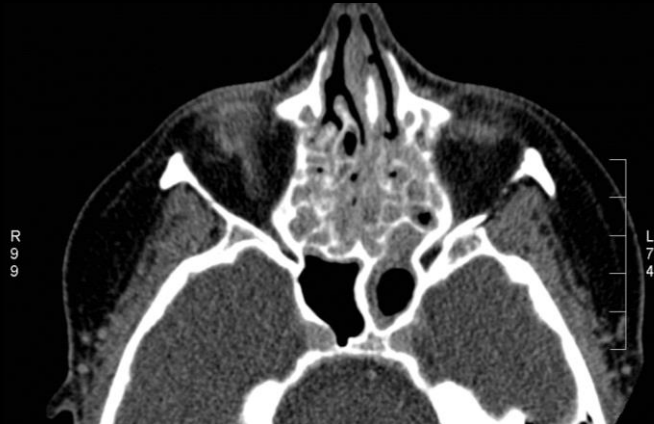
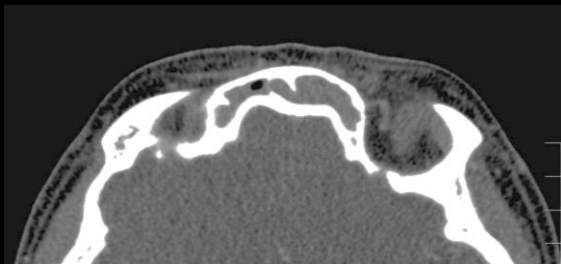
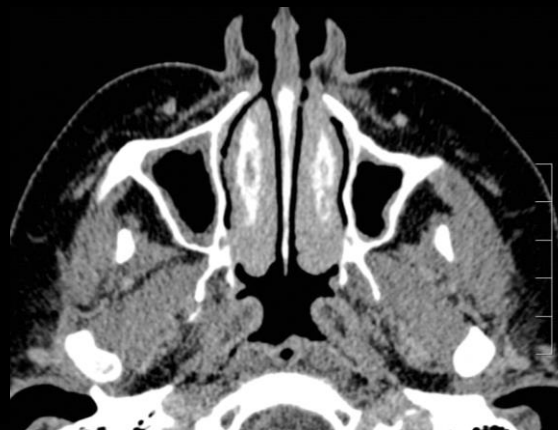


Femme 55 ans .**Asthme**, **hyperéosinophilie sanguine**, sinusite chronique croûteuse avec troubles de l'olfaction . **Polypose nasale** à l'examen rhinoscopique

Le bilan radiologique montre les aspects suivants

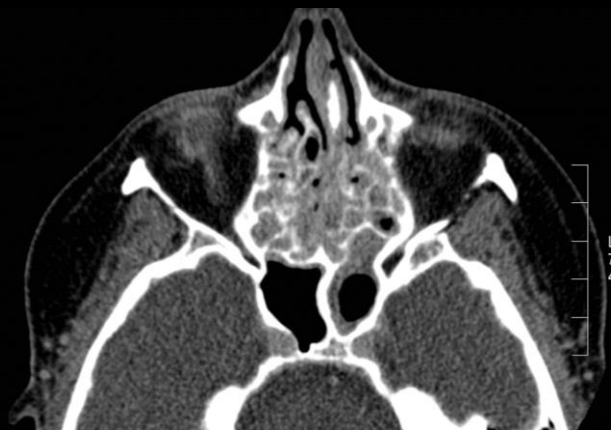


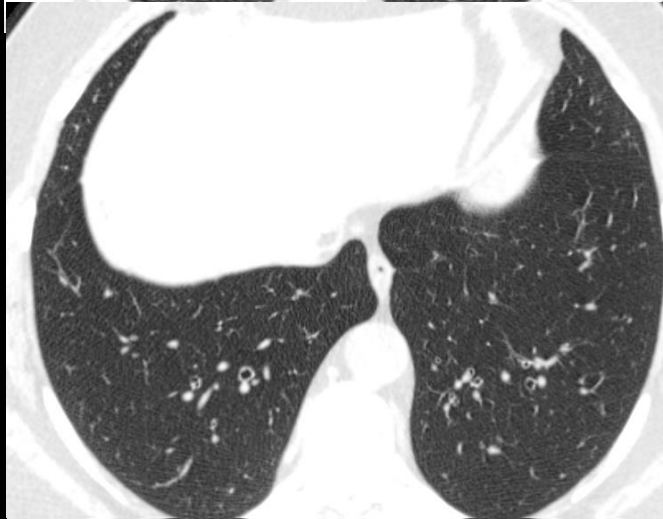
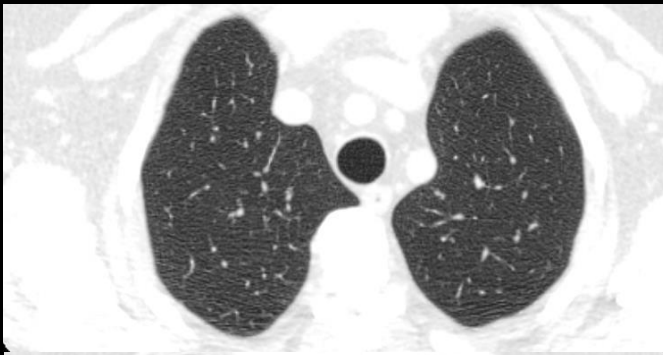


opacités sinusiennes **bilatérales, symétriques**,
touchant à la fois les sinus antérieurs (maxillaire,
ethmoïde antérieur et frontal) et postérieurs
(ethmoïde postérieur) et sphénoïde.

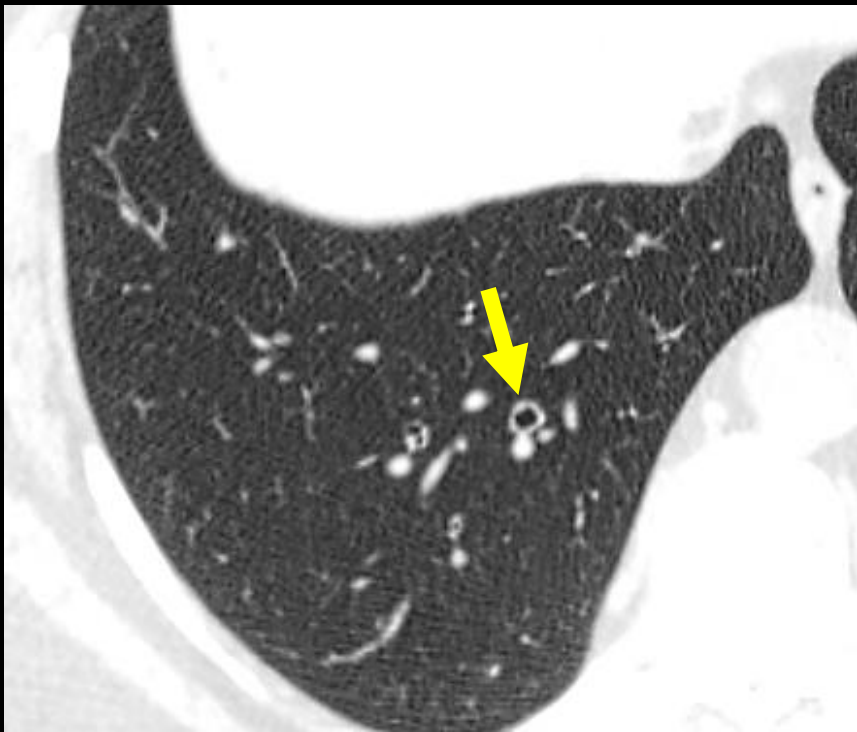
-nette prédominance de l'atteinte ethmoïdale

- pas d'ostéolyse

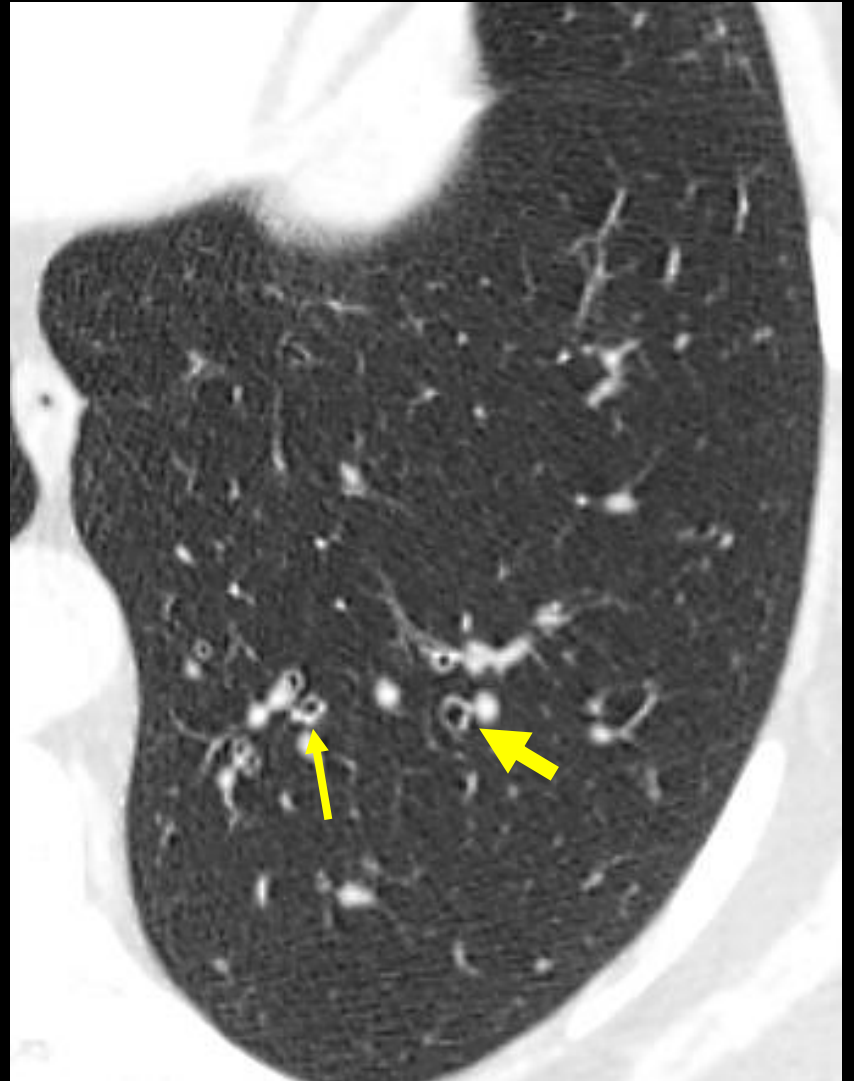




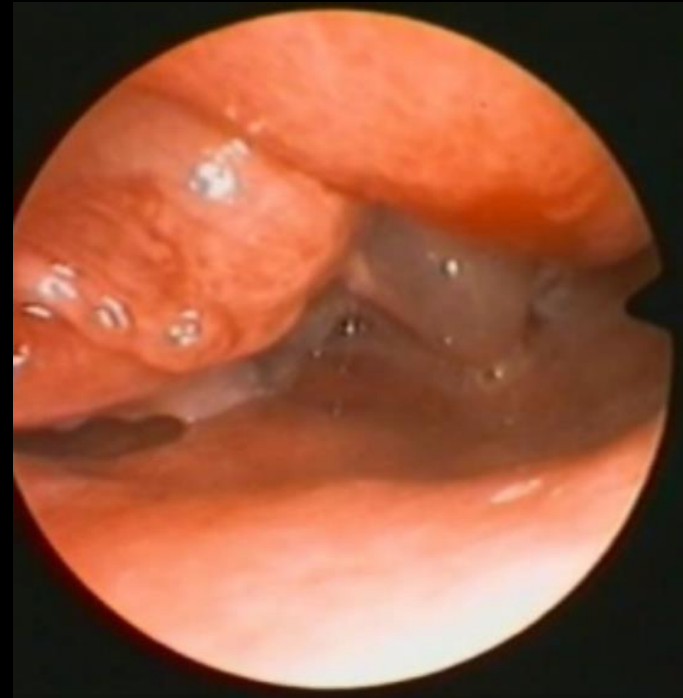
Épaississement régulier des parois
des bronches de petit calibre avec
quelques impactions mucoïdes



Épaississement régulier des parois des bronches de petit calibre avec quelques impactions mucoïdes



Polypose à l'examen rhinoscopique



Le tableau clinico-biologique observé chez ce patient, , en particulier l'association asthme , sinusite chronique, polypose nasale, hyperéosinophilie sanguine doit bien sur faire évoquer une vascularite des vaisseaux de moyen calibre de type

syndrome de Churg et Strauss

Le **syndrome de Churg et Strauss** , décrit en 1951 fait partie du groupe des **vascularites pulmonaires**.

Il associe, de façon quasi constante, un **asthme, une hyperéosinophilie sanguine, des lésions de vascularite nécrosante**.

Cette atteinte ne se limite pas au territoire **pulmonaire** mais touche également le **système nerveux**, périphérique et central, le **tube digestif**, la **sphère cardiovasculaire**.

Selon les critères de l'American College of Rheumatology, le diagnostic de SCS est retenu quand **quatre des six critères suivants sont présents**

- .asthme,
- .hyperéosinophilie sanguine
- .sinusite,
- .infiltrat pulmonaire,
- .preuve histologique de vascularite
- . multinévrite.

Tableau I. - Manifestations pulmonaires selon la taille des vaisseaux concernés au cours des principales vascularites.

Niveau de la vascularite	Gros troncs artériels pulmonaires		Petites et moyennes artères	Capillaires	
	Anévrismes	Sténoses	Nécrose parenchymateuse	Condensation pulmonaire	Hémorragie alvéolaire
Maladie de Wegener	-	-	+++	++	++
Syndrome de Churg et Strauss	-	-	-	+	-
Syndrome de Behcet	+++	++	-	±	±
Maladie de Takayasu	-	+++	-	-	-
Maladie de Horton	-	-	+	±	-
Polyartérite microscopique	-	-	-	±	+++

Etiologie du poumon éosinophile

Groupes	Sous-groupes	Dénominations
Poumon éosinophile d'étiologie connue	Parasites	Syndrome de Löffler Larva migrans Éosinophilie tropicale
	Agents fongiques	ABPA* et autres**
	Médicamenteux	Pneumopathies médicamenteuses
Poumon éosinophile et vascularites	Vascularites	Syndrome de Churg et Strauss et vascularites à ANCA
Poumon éosinophile idiopathique	Transitoire	Pneumonie aiguë à éosinophiles
	Prolongé	Maladie de Carrington
		Syndromes hyperéosinophiliques

*ABPA : aspergillose bronchopulmonaire allergique ; **MBPA : mycose bronchopulmonaire allergique ; ANCA : anti-neutrophil cytoplasmic antibodies.

Le SCS survient à tout âge avec un pic entre 40 et 50 ans.

Il affecte en proportion égale les deux sexes.

Les **signes généraux** sont marqués par une **altération de l'état général**, de la fièvre, des arthralgies et des myalgies.

L'atteinte respiratoire est dominée par un **asthme** souvent associé à une **rhinite**.

Une histoire de **rhinite allergique** est retrouvée chez les trois quarts des patients, souvent accompagnée de **sinusites à répétition** et de rhinites croûteuses. L' **asthme de survenue généralement tardive, d'évolution sévère cortico-dépendant** précède souvent la vascularite de 3 à 9 ans.

Les atteintes sinusiennes sont fréquentes :

sinusite récurrente,

polypose nasale



L'atteinte du système nerveux est fréquente , elle touche 70 % des patients.

L'atteinte neurologique périphérique est *précoce*, elle est révélée par des paresthésies des extrémités, elle évolue rapidement sous forme de *mononévrite* ou de *multinévrites distales* asymétriques. La récupération est toujours lente, souvent incomplète, laissant d'importantes séquelles fonctionnelles.

L'atteinte neurologique centrale est plus *rare*, elle se révèle par des crises convulsives, des accidents ischémiques cérébraux ou médullaires et parfois des troubles psychiatriques.

Les atteintes cutanées ne sont *pas spécifiques* de la maladie : purpura palpable des membres inférieurs, nodules sous-cutanés, urticaire, livedo, syndrome de Raynaud mais permettent la réalisation de biopsie.

Parmi les atteintes moins fréquentes, on retrouve les *manifestations digestives* : douleurs abdominales, parfois vomissements ou diarrhée. Elles constituent parfois un signal **symptôme d'une rechute**. La survenue d'une perforation du **grêle**, d'un tableau pseudo-occlusif, d'une **cholécystite alithiasique** ou d'une **ascite à éosinophile** mérite d'être mentionnée.

Les atteintes rénales sont peu fréquentes (20 à 25 % des patients). Une **glomérulonéphrite** est souvent suspectée devant l'association d'une hématurie microscopique et d'une protéinurie supérieure ou égale à 1 g/j.

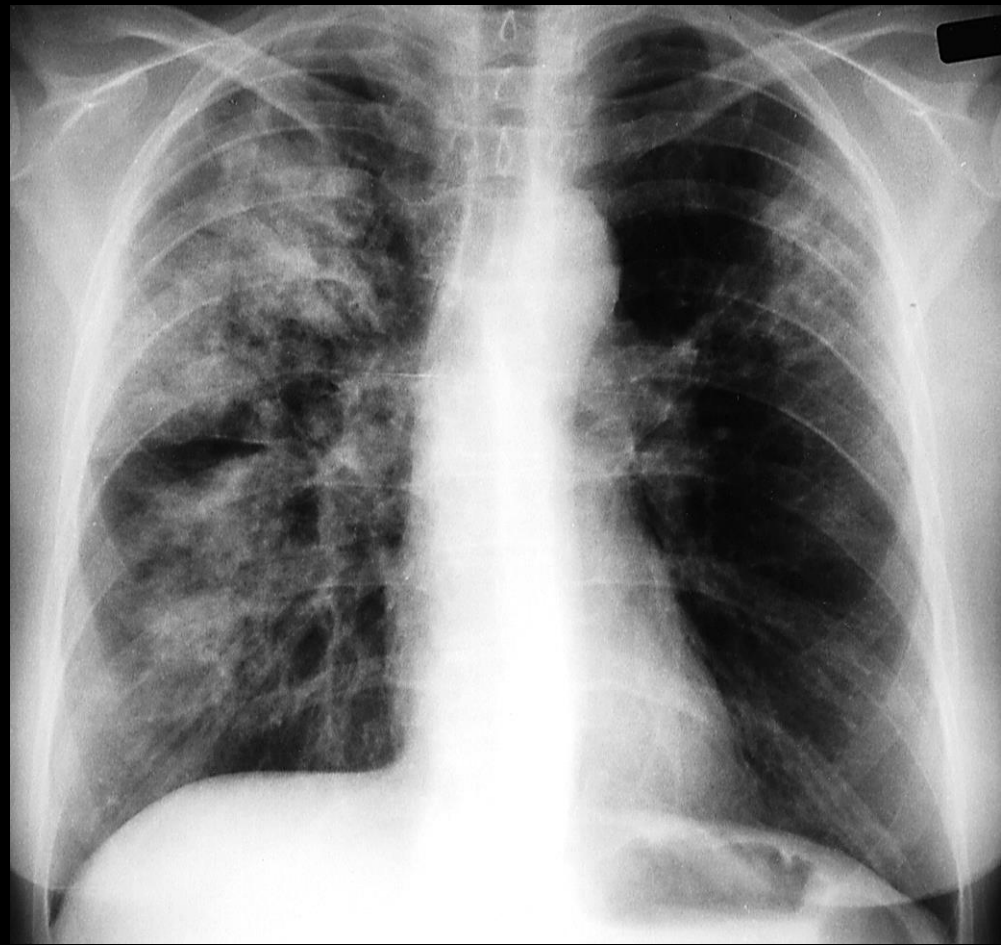
L'atteinte cardiaque est trop **souvent ignorée** : de diagnostic très difficile, elle s'exprime par un **épanchement péricardique**, parfois un **infarctus**, une **myocardite à éosinophiles** ou une **cardiopathie dilatée**.

Thoracic and Extrathoracic Manifestations of Churg-Strauss Syndrome

Anatomic Location	Manifestations
Lung	Pulmonary vasculitis, pleural effusion, hilar lymphadenopathy
Heart	Acute pericarditis, constrictive pericarditis, cardiac failure, myocardial infarction
Central nervous system	Mononeuritis complex
Gastrointestinal tract	Eosinophilic gastroenteritis, polyarteritis nodosa
Skin	Purpura, macular or papular erythematous rash, urticaria, subcutaneous nodules
Kidney	Focal segmental glomerulonephritis
Muscles and joints	Myalgia, joint pain

La radiographie de thorax est parfois normale ; elle montre en général des infiltrats étendus, parfois migrateurs et de densité variable. Un épanchement pleural peut être observé.

Contrairement à la maladie de Wegener, on ne rencontre qu'exceptionnellement des lésions cavitaires.



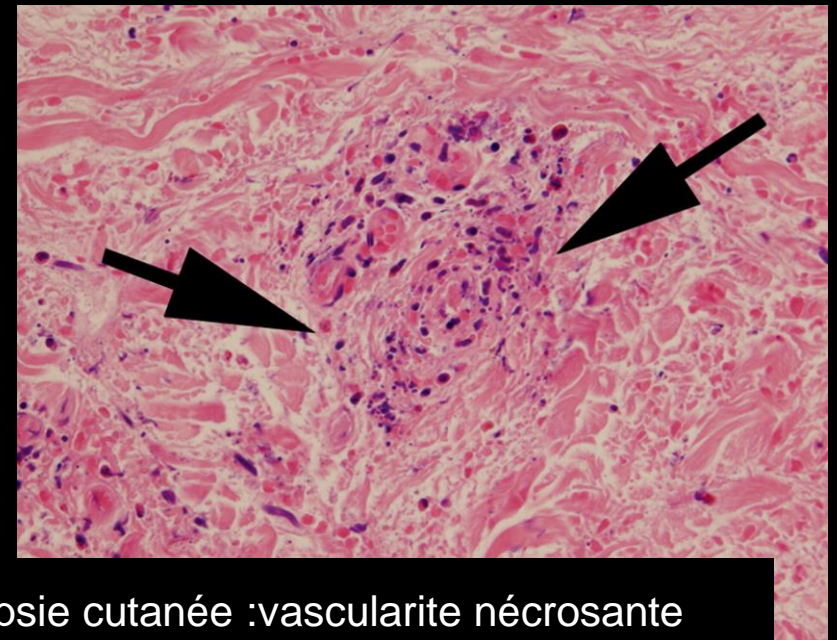
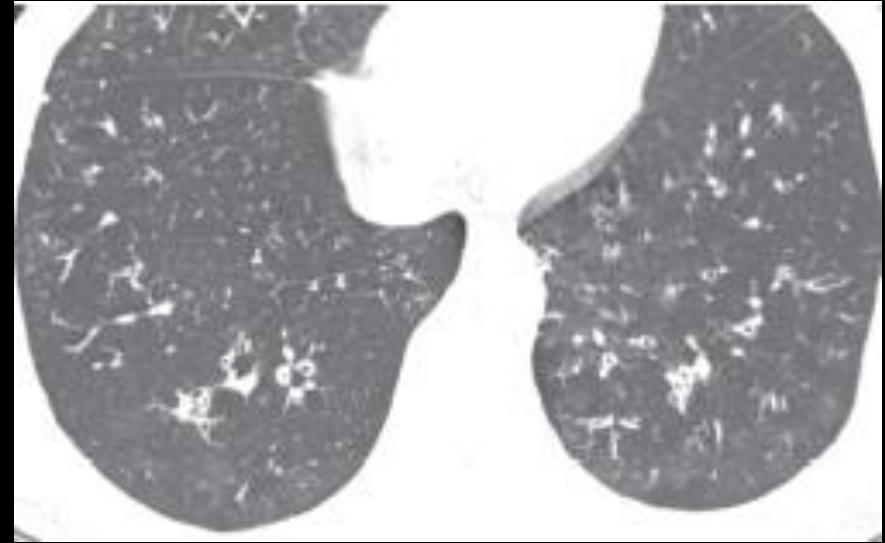
Le scanner thoracique retrouve un aspect en verre dépoli, des condensations périphériques et, moins fréquemment, des micronodules centrolobulaires, un épaississement des parois bronchiques, des adénopathies hilaires ou médiastinales, un épanchement pleural et péricardique. Ces anomalies sont peu spécifiques.

syndrome de Churg et Strauss chez un homme de 30 ans , asthmatique, qui présente une toux chronique,une dyspnée et un rash cutané

On met en évidence une **hyperéosinophilie** sanguine à 17% ainsi qu'au LBA (32%)

Le CT scan en coupes submillimétriques, met en évidence de multiples micronodules centrolobulaires

, un épaissement des parois bronchiques , et des petites plages de verre dépoli



Biopsie cutanée :vascularite nécrosante

Le pronostic du Syndrome de Churg Strauss a été transformé par le recours aux **corticostéroïdes systémiques** puis dans les formes rebelles aux **immunosuppresseurs**, notamment le cyclophosphamide (Endoxan®).

Le choix du traitement dépend de la sévérité et donc du pronostic de la maladie ainsi que de la nature des organes touchés.