



## CONSENSUS ASPERGILLUS ET MUCOVISCIDOSE

### **CRITERES DE L'ABPA (Aspergilose Broncho-Pulmonaire Allergique)**

- Détérioration clinique aiguë ou subaiguë (toux, expectoration, dyspnée, effort, baisse des EFR)
- IgE totales > 1000 UI/ml (sans cs)
- Prick test + (érythème de plus de 3 mm) ou IgE spécifiques
- Présence de précipitines anti Aspergillus ou IgG
- Nouveaux infiltrats, impactions mucoïdes ou bronchiectasies mal drainées (CT scan)

### **FREQUENCE DE LA SURVEILLANCE SYSTEMATIQUE**

- Prélèvement fongique :
  1. au bilan annuel pour tous. Pour certains, si positif → refait à chaque consultation. Certains labos de bactériologie envoient en parasitologie si champignons retrouvés
  2. si détérioration malgré antibiotiques à plusieurs reprises
- Biologie (IgE tot, IgE spé, sérologie asp) : 1/an pour tous

### **TRAITEMENT**

- 1) Pas d'indication pour les patients qui vont bien et juste colonisés (colonisation = 1/2 des prélèvements positifs sur 1 an, à plus 15 jours d'intervalle)
- 2) Pas d'indication de traitement si pas de symptômes même si IgE totales > 1000 et/ou IgE spécifiques très élevées et/ou sérologie aspergillaire
- 3) Indications : détérioration inexplicquée malgré antibiothérapie(s)
  - + Soit tableau typique d'ABPA → cortisone orale seule 3 semaines puis décroissance progressive, durée environ 3 mois. La plupart associe de l'Itraconazole.

- Cas particulier du Xolair® : hors AMM. A envisager en 2<sup>ème</sup> intention pour les ABPA typiques seulement, ABPA corticodépendante, pour les asthmes allergiques sévères, diabète mal contrôlé, pour épargner la corticothérapie orale
- + Soit uniquement aspergillus dans les crachats et sérologie positive : pas de cortisone, uniquement azolés :
  - Itraconazole en 1<sup>ère</sup> intention (essayer d'avoir un antifongogramme), contrôle des taux sériques et du bilan hépatique, vérifier systématiquement l'antifongogramme si absence d'amélioration sous traitement
  - Noxafil®) : si résistance à Itra, Vori **ou** si mauvaise tolérance de Itra, Vori).

4) Durée du traitement hors ABPA : minimum 4 à 6 mois

Insister pendant tout le traitement sur les conditions de prise :

- Par rapport aux repas :
  - Itraconazole en gélules : au cours d'un repas riche en graisses ou avec du coca
  - Itraconazole en sirop : à distance des repas
  - Voriconazole : à distance des repas
- Par rapport au nombre de prises par jour :
  - Itraconazole : 1 prise par jour (passer à 2 si taux sérique toujours trop bas), 2 prises par jour pour le sirop
  - Voriconazole : 2 prises par jour
- Importance de la surveillance des taux sériques :
  - Posologie augmentée jusqu'à obtention de taux sériques corrects (si observance semble satisfaisante)
  - Vérification des taux sériques, une 1<sup>ère</sup> fois 5 à 7 jours après le début du traitement jusqu'à taux satisfaisant. Si traitement prolongé, contrôler 2 fois/an minimum. Quand ? En vallée uniquement cad juste avant la prise
- Quand arrêter le traitement ? Hors ABPA → si diminution de la sérologie aspergillaire, essayer d'arrêter au bout d'un an (voire 6 mois pour les enfants) mais tenir compte de la tolérance

- A l'arrêt du traitement, attention aux risques d'insuffisance surrénale avec l'association azolés + cortisone inhalée +cortisone orale → cortisolémie le matin à 8h + ACTH pour indication d'hydrocortisone. Pour certains, test au synacthène.
- 5) Intérêt des mesures environnementales par un(e) conseiller(ière) en environnement