

Toutes les cavernes tuberculeuses ne sont pas apicales !

Bouزيد.L*, Sadi.E, Matmar.S, Ihadjadene.L, Abdellaziz.R

*Service de pneumo-phtisiologie, unité Belloua, CHU Tizi Ouzou

Email : ly.bouزيد@gmail.com

Résumé :

Les patients suivis pour maladie de système sous traitement sont dits immunodéprimés et sont sujets aux infections pulmonaires notamment la tuberculose.

Nous rapportons le cas de la patiente A.S suivie pour dermatomyosite sous corticoïdes qui présente une tuberculose pulmonaire cavitaire basale compliquée d'un pneumothorax, qui est le mode de révélation de celle-ci.

Il faut évoquer la tuberculose pulmonaire de siège atypique et la rechercher.

Mots clé : tuberculose pulmonaire, infection, immunodépression.

Introduction :

L'Algérie est un pays d'endémie tuberculeuse, plusieurs populations sont à risque de développer une tuberculose pulmonaire.

La caverne tuberculeuse est habituellement de siège apical chez l'individu immunocompétent (1).

Celle-ci peut avoir un siège inhabituel (basal) dans de rares situations particulières notamment l'immunodépression (1), (6).

Nous rapportons le cas de la patiente A.S âgée de 53 ans suivie en médecine interne depuis 3 mois et demi pour dermatomyosite avec atteinte pulmonaire sous forme de pneumopathie interstitielle diffuse (PID) sous corticoïdes à raison de 1mg/kg/jr associé à une antibioprofylaxie à raison de cotrimoxazole 400mg 2fois/jour et fluconazole 400mg/jr.

La patiente a présenté une dyspnée aiguë, altération de son état général en climat fébrile (38,4c)

Saturation en oxygène était de 70% sous air ambiant, la fréquence cardiaque de 150 battements/min. La fréquence respiratoire était de 44c/min avec des dimères à 5000

Le diagnostic d'embolie pulmonaire a été évoqué mais un angioscanner a éliminé le diagnostic et a montré un pneumothorax avec image cavitaire.

Un avis de pneumo-phtisiologie a été demandé devant ce tableau :

L'interrogatoire a été repris et retrouve les signes d'imprégnation tuberculeuse (asthénie anorexie amaigrissement), sueurs nocturne.



FIGURE 1 : Radiographie thoracique de face objectivant une image cavitaire basale droite et un pneumothorax homolatéral

La radiographie thoracique objective (figure 1) objective un pneumothorax total droit et une image cavitaire basale droite

Un drainage thoracique a été fait chez elle. Suivis de 2 séries de 3 bacilloscopies revenant négatives.

Serologie virales :hepatite B, hepatite C, virus d'immuno-déficience humaine, cytomégalo virus et aspergillaires ont été effectués

Un traitement à base d'amphotéricine B a été discuté pour traiter une éventuelle aspergillose (terrain d'immuno depression).

Une 3eme série de bacilloscopies revient positive

20 BAAR/100 champs et 15BAAR/100 champ. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire associé a une infection au cytomégalo virus (serologie positive) a été retenu.

La patiente a été mise sous chimiothérapie anti tuberculeuse a base de rifampicine ,isoniazide pirazinamide et etambutol associé au ganciclovir * a raison de 5mg/kg/12h pendant 21jours.

Une semaine plus tard une pleurésie purulente homolatérale apparait (surinfection nosocomiale suite au drainage) dont le germe identifié est le pseudomonas aeruginosa sensible à l'imipenem et amikacine (traitement entrepris pendant 4 semaines)

La patiente a eu une amélioration clinique et biologique au bout d'1mois (degression des corticoïdes)

La patiente a été dedrainé avec retour total du poumon à la paroi en maintenant les traitements anti tuberculeux jusqu'à 6mois.

La patiente a été déclaré sortante au bout de 2mois avec amélioration clinique biologique et radiologique et bien portante

a 1 année sans complications liée au traitement.

Discussion

Nous décrivons le cas d'une patiente qui présente un terrain d'immunodépression par prise de forte dose de corticoïdes de sa maladie systémique ce qui a engendré ces infections multiples comme décrit M.Michel (2). L'infection à CMV est également rapportée par Hashimoto et al en 2006 (3)

La dermatomyosite engendre l'atteinte des muscles respiratoires en plus de la PID. Cela serait responsable de pneumomédiastin (4).

Notre patiente a présenté un pneumothorax qui serait secondaire à sa tuberculose comme le rapporte Ben Saad et al(5).

La caverne tuberculeuse est de siège apical le plus souvent, notre patiente a présenté une localisation rare (basale) comme décrit par Benmiled M'rad et al (6). Ceci serait lié au terrain d'immunodépression. La négativité des premières séries de bacilloscopies serait due au siège basal de sa tuberculose (6)

Notre patiente a fait une infection nosocomiale à *Pseudomonas aeruginosa*. Ces infections sont décrites chez l'immunodéprimé (2), (7).

Conclusion :

Sur un terrain d'immunodépression, une infection tuberculeuse est fréquente.

La caverne tuberculeuse peut avoir un siège inhabituel (basal).

Bibliographie :

- (1) E.Urbanowski et al. Cavitary tuberculosis : the gateway of disease transmission. *Lancet Infect Dis.* 2020 Jun; 20(6): e117–e128.
- (2) M. Michel et al. Complications infectieuses des maladies systémiques Infections in systemic rheumatic diseases .*Réanimation* 14 (2005) 621–628
- (3) A.Hashimoto et al. cytomegalovirus infection complicating immunosuppressive therapy for dermatomyositis.*Acta Derm Venereol* 2006; 86: 535–537
- (4) Y. Uzunhan et al. Les manifestations respiratoires au cours des myopathies inflammatoires idiopathiques Pulmonary Manifestations of Idiopathic Inflammatory Myositis *Méd. Intensive Réa* (2016) 25:628-641
- (5) S.Ben Saad et al. Pneumothorax tuberculeux : prise en charge diagnostique et thérapeutique Tuberculous pneumothorax: Diagnosis and treatment. *Revue de Pneumologie Clinique* Volume 74, Issue 2, April 2018, Pages 81-88
- (6) K.Ben Miled et al. tuberculose des bases pulmonaires.*revue maladie respiratoire* 2002,19,161-165
- (7) D.Reynolds et al. The Epidemiology and Pathogenesis and Treatment of *Pseudomonas aeruginosa* Infections: An Update *Drugs.* 2021; 81(18): 2117–213