

# **Pneumonie A Pneumocoque Complicquée D'une Péricardite Purulente Chez Un Immunodéprimé : A Propos D'un Cas**

M.Bouras, S.Diani, N.Reguig, M.Aharmim, JE. Bourkadi,

*Service De Pneumo-Phthisiologie, Hôpital Moulay Youssef, Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université Med V, Rabat, Maroc*

---

Date of Submission: 16-01-2025

Date of Acceptance: 26-01-2025

---

## **I. Introduction :**

La pneumonie communautaire est associée à une morbidité et une mortalité élevées dans le monde entier. Streptocoque pneumoniae est le principal agent causal de ces pneumonies, responsable de 20 à 40 % des cas (1-2). Bien que rare, la péricardite purulente peut être une complication de la pneumonie à pneumocoques, augmentant considérablement la morbidité et la mortalité, en particulier chez les patients présentant des facteurs prédisposant tels que l'immunodépression (infection à VIH), qui est le cas de notre malade (3-9).

## **II. Observation Clinique :**

Il s'agit d'une patiente de 32 ans, jamais traitée pour tuberculose et sans notion de contagement tuberculeux, ayant comme antécédent un tabagisme actif 15 PA, un éthyisme chronique depuis 10 ans et une toxicomanie (amphétamine et cannabis), sans tares associées, qui a présenté 2 mois avant son admission l'installation progressive d'une dyspnée devenant stade IV de mMRC avec une toux productive ramenant des expectorations purulentes, le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffré et d'altération de l'état générale. L'examen clinique trouve une patiente polypnéique à 28 cycles /minute saturation à 96% à l'air ambiant, normocarde, normotendu avec un syndrome de condensation basal droit et assourdissement des bruits de cœur sans signes d'insuffisance cardiaque.

La radiographie thoracique a montré une opacité alvéolaire intéressant la moitié inférieure de l'hémichamps thoracique droit avec aspect de pleurésie droite enkystée en plus d'une cardiomégalie. Le scanner thoracique a objectivé une condensation du lobe supérieur droit et du lobe moyen associé à un épanchement pleural enkysté de faible abondance et à un épanchement péricardique de 20 mm.

Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose à 21000 à prédominance PNN et une lymphopénie avec une CRP élevée à 230 mg/l ; la sérologie VIH est revenue positive avec un taux de CD4 à 400/mm<sup>3</sup>. L'antigénurie pneumococcique n'est pas demandée.

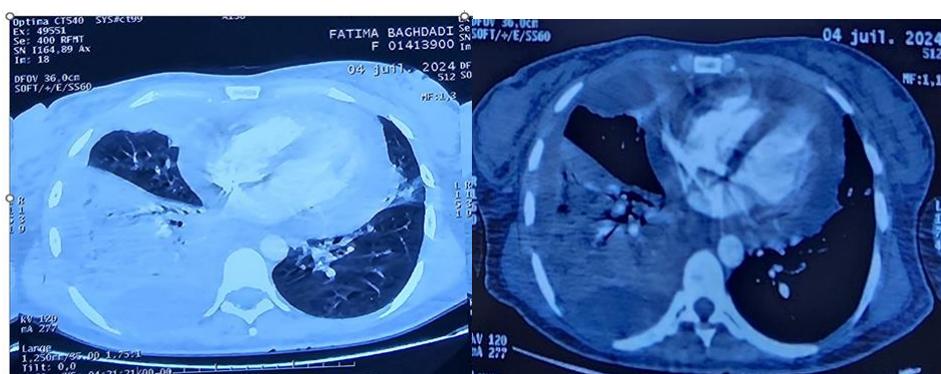
La ponction pleurale exploratrice a ramené un liquide purulent exsudatif à PNN. L'étude bactériologique a permis d'isoler le pneumocoque sensible au ceftriaxone et lévofloxacine ; la recherche du bacille tuberculeux par Xpert MTB/Rif est, quant à elle, revenue négative.

L'ECG a montré un aspect de microvoltage ; L'ETT a mise en évidence un épanchement péricardique majeur circonférentiel hétérogène avec compression des cavités cardiaques confirmant la tamponnade. La patiente a bénéficié en urgence d'un drainage péricardique qui a ramené 500 ml de liquide purulent avec isolement du pneumocoque.

Notre malade est mise sous ceftriaxone 2g /j, lévofloxacine 500 mg /12h et ibuprofène 400 mg /12h pour une durée totale de 4 semaines et initiation du traitement antirétroviral. L'évolution est marquée par une amélioration clinique, biologique (GB : 9400/mm<sup>3</sup>, CRP : 30 mg/l) et radiologique (nettoyage de la condensation), avec ablation du drain péricardique au 21<sup>ème</sup> jour.



**Figure 1:** opacité alvéolaire intéressant la moitié inférieure de l'hémi-champ thoracique droit + aspect de pleurésie droite enkystée + cardiomégalie



**Figure 2:** condensation du lobe supérieur droit et lobe moyen associée à un épanchement pleural enkysté de faible abondance et un épanchement péricardique de 20 mm

### III. Discussion :

La péricardite purulente est une maladie aiguë grave dont la mortalité reste élevée (jusqu'à 30 %), surtout si le diagnostic et le traitement sont tardifs. Les facteurs prédisposant sont surtout une pleuro-pneumopathie purulente qui est le cas de notre malade, une chirurgie cardiaque ou thoracique antérieure, l'immunosuppression et une péricardite aseptique préexistante (1, 3,4). La péricardite pneumococcique était la cause la plus fréquente de péricardite purulente avant l'initiation des antibiotiques dont la mortalité était pratiquement de 100 % (6, 13,14).

Les étiologies infectieuses ne représentent que 5% de tous les cas d'épanchement péricardique. Dans la plupart des cas, l'infection à *S. pneumoniae* se propage par contiguïté à partir d'un site intra-thoracique, alors que la dissémination de *Staphylococcus aureus* est le plus souvent hémotogène (2, 5 ,8).

Vu l'avènement de l'antibiothérapie, la péricardite purulente est devenue rare, mais La mortalité reste élevée en cas de péricardite pneumococcique, même lorsque les patients reçoivent un traitement agressif et de longue durée. La péricardite doit être considérée comme une complication possible des infections à pneumocoques qui peut être fatale, en particulier lorsque son diagnostic est retardé (11 ,12).

Lorsqu'il y a des signes d'infection et que la radiographie du thorax montre une silhouette cardiaque élargie, l'échocardiographie est obligatoire dont l'aspiration du liquide purulent par péricardiocentèse facilite le diagnostic, qui est le cas de notre malade (7,10). Chez les patients atteints de péricardite, les tests d'antigène pneumococcique urinaire peuvent être utilisés avec succès pour identifier l'agent causal. (9,10)

La prise en charge de la péricardite pneumococcique implique une antibiothérapie prolongée (au moins 4 semaines) associée à une péricardiocentèse (8-11). Lorsque l'antibiothérapie est associée à une péricardiocentèse, la mortalité peut être réduite à 20 % ou moins.

En ce qui concerne les complications de la péricardite bactérienne, il est important de souligner que la tamponnade cardiaque est la cause du décès de la plupart des patients atteints de cette maladie, principalement en raison de l'absence de diagnostic précoce. Le retard dans le diagnostic et le traitement entraîne souvent la mort. Certains patients survivants peuvent développer une péricardite constrictive et nécessiter une péricardectomie (10).

#### IV. Conclusion :

La péricardite à pneumocoque secondaire à une pneumonie est devenue une affection rare depuis l'introduction des antibiotiques et l'élargissement de la couverture vaccinale. Néanmoins, sa gravité demeure certaine, en particulier en raison du risque de choc obstructif dû à une tamponnade. Le traitement combine des mesures médicochirurgicales, incluant une antibiothérapie ciblant le pneumocoque, instaurée rapidement, ainsi qu'un drainage péricardique.

#### Référence :

- [1] File TM Jr. Streptococcus Pneumoniae And Communityacquired Pneumonia: A Cause For Concern. Am J Med. 2004;117 Suppl 3A:39S-50S. [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.AmJmed.2004.07.007](http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.AmJmed.2004.07.007)
- [2] Mandell LA. Spectrum Of Microbial Etiology Of Communityacquired Pneumonia In Hospitalized Patients: Implications For Selection Of The Population For Enrolment In Clinical Trials. Clin Infect Dis. 2008;47 Suppl 3:S189-92. [Http://Dx.Doi.Org/10.1086/591403](http://Dx.Doi.Org/10.1086/591403)
- [3] Tan TQ, Mason EO Jr, Wald ER, Barson WJ, Schutze GE, Bradley JS, Et Al. Clinical Characteristics Of Children With Complicated Pneumonia Caused By Streptococcus Pneumoniae. Pediatrics. 2002;110(1 Pt 1):1-6. [Http://Dx.Doi.Org/10.1542/Peds.110.1.1](http://Dx.Doi.Org/10.1542/Peds.110.1.1)
- [4] Hästbacka J, Kolho E, Pettilä V. Purulent Pneumococcal Pericarditis: A Rarity In The Antibiotic Era. J Crit Care. 2002;17(4):251-4. [Http://Dx.Doi.Org/10.1053/Jcrc.2002.36758](http://Dx.Doi.Org/10.1053/Jcrc.2002.36758)
- [5] Kan B, Ries J, Normark BH, Chang FY, Feldman C, Ko WC, Et Al. Endocarditis And Pericarditis Complicating Pneumococcal Bacteraemia, With Special Reference To The Adhesive Abilities Of Pneumococci: Results From A Prospective Study. Clin Microbiol Infect. 2006;12(4):338-44. [Http://Dx.Doi.Org/10.1111/J.1469-0691.2006.01363.X](http://Dx.Doi.Org/10.1111/J.1469-0691.2006.01363.X)
- [6] Ferreira Dos Santos L, Moreira D, Ribeiro P, Rodrigues B, Correia E, Nunes L, Et Al. Purulent Pericarditis: A Rare Diagnosis. Rev Port Cardiol. 2013;32(9):721-7. [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Repce.2013.10.010](http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Repce.2013.10.010)
- [7] Go C, Asnis DS, Saltzman H. Pneumococcal Pericarditis Since 1980. Clin Infect Dis 1998;27:1338-40.
- [8] Hästbacka J, Kolho E, Pettilä V. Purulent Pneumococcal Pericarditis : A Rarity In The Antibiotic Era. J Crit Care 2002;17:251-4.
- [9] Kauffman CA, Watanakunakorn C, Phair JP. Purulent Pneumococcal Pericarditis. A Continuing Problem In The Antibiotic Era. Am J Med 1973;54:743-50.
- [10] Kan B, Ries J, Normark BH, Et Al. Endocarditis And Pericarditis Complicating Pneumococcal Bacteraemia, With Special Reference To The Adhesive Abilities Of Pneumococci : Results From A Prospective Study. Clin Microbiol Infect 2006;12:338-44.
- [11] Geri G, Dupeux S, Pouchot J. Pneumococcal Purulent Pericarditis. Rev Med Interne 2008;29:568-72.
- [12] Peters MN, Hesterman KS, Katz MJ, Barnes MB, Brown RR, Nijjar VS. Primary Streptococcus Pneumoniae Pericarditis. Proc Bayl Univ Med Cent 2013 ; 26 : 35-8.
- [13] Jayashree M, Singhi SC, Singh RS, Singh M. Purulent Pericarditis: Clinical Profile And Outcome Following Surgical Drainage And Intensive Care In Children In Chandigarh. Ann Trop Paediatr 1999;19:377-81.
- [14] Juneja R, Kothari SS, Saxena A, Sharma R, Joshi A. Intrapericardial Streptokinase In Purulent Pericarditis. Arch Dis Child 1999;80:275-7.