

Abcès pulmonaires multiples à *klebsiella pneumonia*: à propos d'un cas

I.El Hamdani, N. Zaghiba, H. Harraz, W. Jalloul, K. Chaanoun, H. Benjelloun, N. Yassine
 Service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

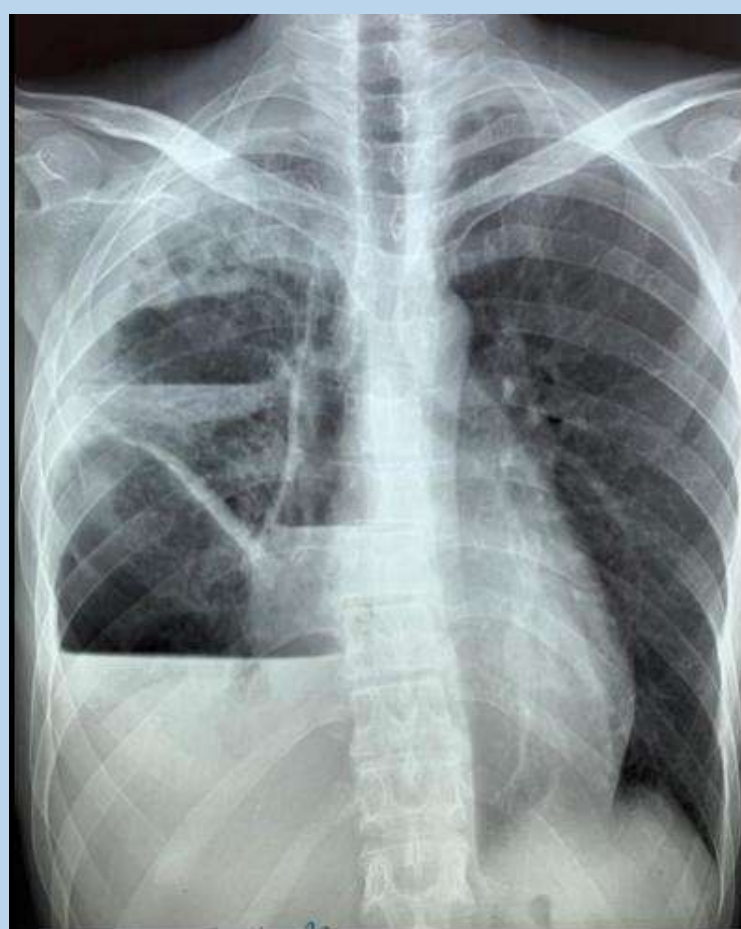
Les abcès à *K. pneumoniae* communautaires sont rares et surviennent sur un terrain fragilisé. Le diagnostic positif repose sur l'isolement du germe qui est une entérobactérie commensale du tube digestif et parfois des voies aérodigestives supérieures. La contamination bronchique se fait par voie oropharyngée chez un sujet colonisé en présence de facteurs favorisants.

OBSERVATION

Il s'agit de l'observation d'un patient âgé de 45 ans, divorcé, tabagique et consommateur occasionnel de narguilé depuis 2 ans, suivi pour troubles anxio-dépressifs sous BZD depuis 2 ans, présentait depuis 1 mois une douleur thoracique à type point de côté au niveau de l'hémithorax droit, des expectorations purulentes et une dyspnée au moindre effort. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre et AEG.

L'examen général trouvait un patient en mauvaise état général avec un PS à 2 et un état de maigreur avec un indice de masse corporelle à 17 Kg/m². L'examen du thorax trouvait un syndrome de condensation au niveau de tout l'hémithorax droit avec assourdissement des bruits du cœur à l'examen cardio-vasculaire.

La radio thorax montrait de multiples images hydro-aériques occupant la totalité de l'hémithorax droit avec rectitude du bord droit du cœur.



TDM thoracique qui a mis en évidence plusieurs collections pulmonaires droites sièges de niveau hydro-aérique, à paroi épaissie après injection de PDC



L'hémogramme objectivait une hyperleucocytose à 18000 à prédominance PNN sans lymphopénie et la CRP était élevée à 94,2 mg/l. Les hémocultures étaient stériles et les sérologies amibiennes et hydatiques étaient négatives. A l'échocœur y'avait un épanchement péricardique en postérieur non ponctionnable.



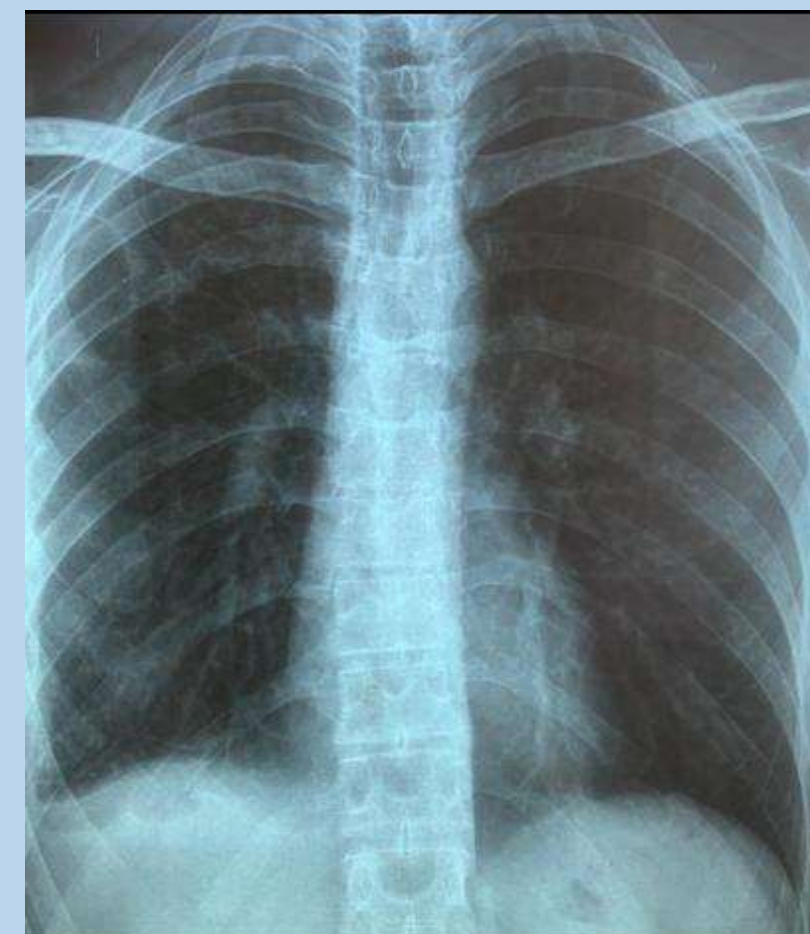
Le bilan du terrain ainsi que le bilan à la recherche d'une porte d'entrée étaient sans anomalies.

Bronchoscopie souple non faite vu l'état altérée du malade et devant l'épanchement péricardique

Patient a été mis sous une bi-antibiothérapie (amoxicilline-acide clavulanique à raison de 3gr/jr et ciprofloxacine 1g/jr) avec rajout de l'amikacine 160 mg/jr devant la non amélioration clinique et biologique après 48H. Une bonne kinésithérapie respiratoire a été instaurée également.

L'évolution fut marquée par une bonne amélioration clinique et biologique ainsi que la régression de l'épanchement péricardique.

A la radio thorax: persistance d'une pleurésie enkystée devant laquelle le patient a bénéficié d'une décortication pleurale avec évacuation du pyothorax où la *klebsiella pneumoniae* a été détectée à l'étude bactériologique.



CONCLUSION

Les abcès à *K. pneumoniae* d'origine communautaire sont rares, potentiellement graves, d'où l'intérêt d'un diagnostic rapide et l'instauration d'un traitement antibiotique probabiliste initial actif sur des bactéries productrices de β -lactamase comme *Klebsiella* (ou un staphylocoque doré).