

Pneumonie communautaire réfractaire révélant une pneumonie caséuse : à propos d'un cas

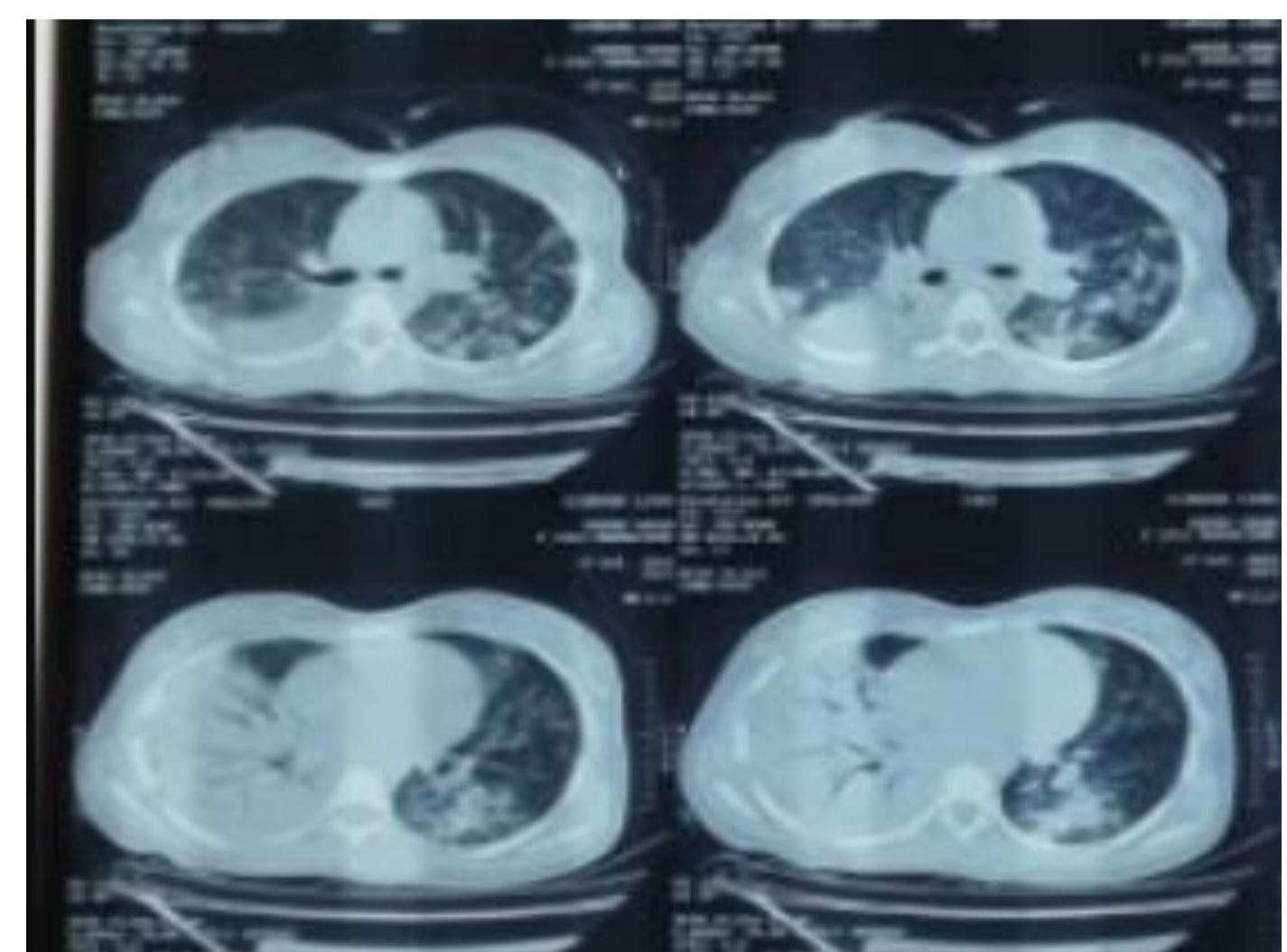
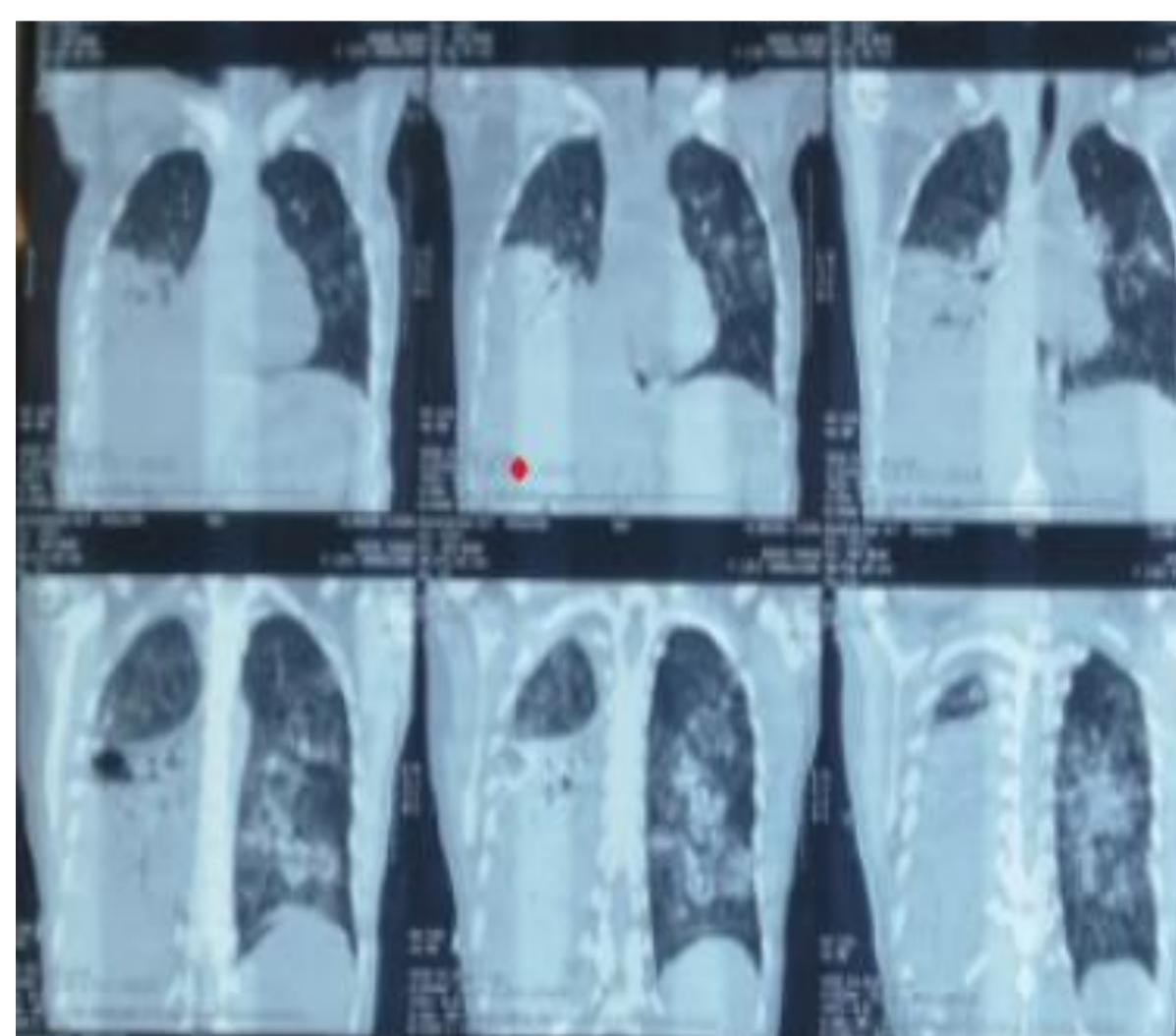
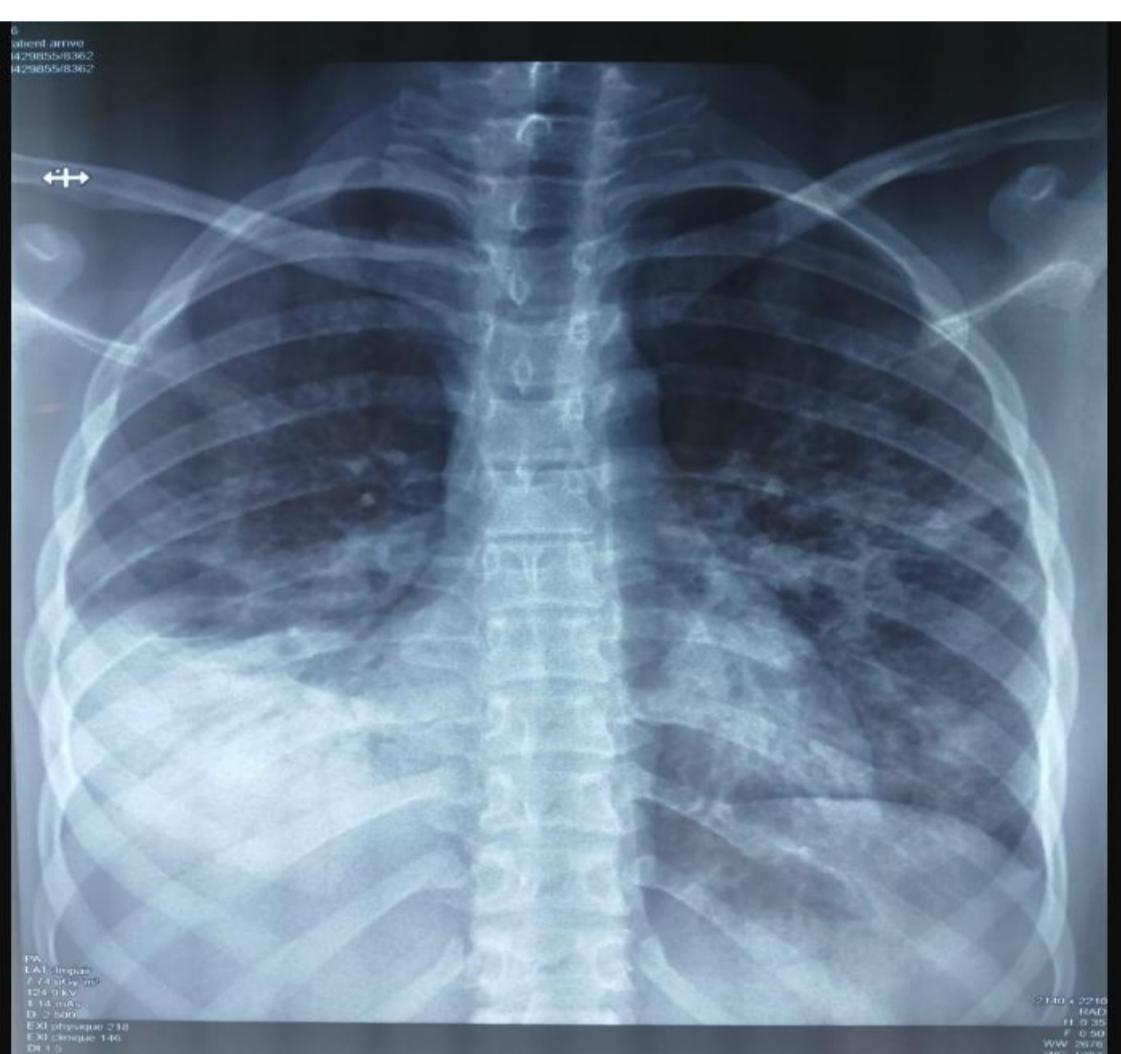
BAHJI O, GUENNOUN Z, SGHIAR S, ZAGOUACH D, FDIL S, BOUTI K, HAMMI S
Centre hospitalier JEANNE DE NAVARE, Château Thierry, France, 2 CHU Mohamed VI Tanger, université Abdelmalek Essadi, MAROC

INTRODUCTION

La tuberculose pulmonaire peut se manifester par des présentations cliniques et radiologiques trompeuses, mimant une pneumonie communautaire. La pneumonie caséuse, bien que rare, constitue une forme sévère dont le retard diagnostique peut être responsable d'une morbidité importante.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une patiente de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables ni notion de contagé tuberculeux, admise pour dyspnée fébrile évoluant depuis 12 jours. Le tableau initial associait toux sèche et fièvre, traité en ambulatoire par amoxicilline-acide clavulanique sans amélioration. Devant l'aggravation clinique, la patiente a été hospitalisée initialement en réanimation, où elle a bénéficié d'une bi-antibiothérapie probabiliste sans nette amélioration. Après une légère stabilisation, elle a été transférée en service de pneumologie pour complément de prise en charge. À son arrivée en pneumologie, l'examen retrouvait une patiente fébrile à 40 °C, tachycarde à 150 battements/min, polypnée à 32 cycles/min, avec une SpO₂ à 80 % à l'air ambiant avec des râles crépitants prédominants à droite. La tomodensitométrie thoracique objectivait une pneumopathie du lobe moyen et inférieur droits avec image bulleuse, associée à un syndrome interstitiel bilatéral. Les hémocultures, sérologies VIH et hépatitiques étaient négatives, et la glycémie à jeun normale. GeneXpert sur expectorations induites revenu positif, confirmant le diagnostic de pneumonie caséuse. L'instauration d'un traitement antituberculeux a permis une évolution clinique favorable, avec un nettoyage radiologique complet après deux mois.



DISCUSSION

La pneumonie caséuse est une forme aiguë et rare de tuberculose pulmonaire, dont le diagnostic démarre souvent tardivement à cause de signes cliniques et radiologiques non spécifiques et mimant une pneumonie communautaire. Plusieurs séries de cas hospitaliers montrent un délai diagnostique prolongé (moyenne ~46 jours), ce qui reflète la difficulté à distinguer précocement cette entité clinique des pneumonies classiques. Dans une série rétrospective de 77 patients hospitalisés au CHU Mohammed VI de Marrakech pour pneumonie tuberculeuse, la présentation clinique était dominée par la fièvre, la dyspnée et la toux, avec prédominance des lésions au lobe supérieur droit à l'imagerie. Le diagnostic reposait sur GeneXpert et/ou la microscopie des expectorations dans la majorité des cas, illustrant l'importance des outils moléculaires pour confirmer rapidement la présence de *Mycobacterium tuberculosis*. Des données plus anciennes issues d'une série de 27 cas au CHU Moulay Youssef à Rabat démontrent également que la pneumonie tuberculeuse est une infection massive d'un lobe ou d'un poumon, évoluant souvent vers la fonte caséuse et nécessitant un traitement antituberculeux précoce. Dans cette série, bien que le tableau fût typique, un retard diagnostique est fréquent en l'absence de suspicion clinique élevée, avec deux décès notés et plusieurs cas de conversion tardive des examens bactériologiques. Ces observations concordent avec les constatations historiques selon lesquelles la pneumonie caséuse est souvent mal diagnostiquée dans les premières semaines de la maladie, même dans des structures spécialisées, ce qui souligne la nécessité d'une suspicion accrue chez les patients ne répondant pas aux antibiothérapies empiriques. La littérature souligne aussi l'hétérogénéité des facteurs de risque associés à la pneumonie caséuse, incluant le tabagisme, le bas niveau socioéconomique, la promiscuité, le diabète et l'infection VIH, ainsi que d'autres comorbidités, ce qui peut influencer la présentation clinique et le pronostic. Dans notre cas, chez une patiente jeune sans antécédents ou facteurs de risque évidents, la présentation sévère et réfractaire aux antibiotiques classiques illustre l'importance de maintenir une suspicion diagnostique élevée en contexte d'endémie tuberculeuse, avec recours précoce aux tests moléculaires et à l'imagerie thoracique détaillée pour réduire les délais de prise en charge et améliorer les résultats cliniques.

CONCLUSION

La pneumonie caséuse constitue une forme sévère et trompeuse de tuberculose pulmonaire, pouvant imiter une pneumonie communautaire et retardant le diagnostic. Une suspicion clinique précoce est essentielle, surtout devant toute pneumonie réfractaire aux antibiotiques, même chez les patients jeunes et sans facteurs de risque. L'association d'une imagerie thoracique détaillée et de tests moléculaires rapides comme GeneXpert permet un diagnostic rapide et optimise la prise en charge. Le traitement antituberculeux standard, instauré précoce, assure généralement une récupération clinique et radiologique complète.

BIBLIOGRAPHIE

- 1/Moussounda-Mpika GS, Kechnaoui S, Nagueyeh H, Amro L. Pneumonie caséuse : diagnostic et facteurs de risques. *Rev Mal Respir Actuel*. 2023;15(1):45-52. Série rétrospective de 77 patients hospitalisés au CHU Mohammed VI de Marrakech pour pneumonie tuberculeuse, incluant aspects cliniques, radiologiques et diagnostiques.
2/Bakouh O, Aniket S, Bourkadi JE. Pneumonie tuberculeuse : nouvelle série de 27 cas. *Pan Afr Med J*. 2014;19:122. Étude descriptive des manifestations cliniques et radiologiques, retards diagnostiques et suivi thérapeutique au CHU Moulay Youssef, Rabat.