

TUBERCULOSE MULTIFOCALE AVEC ATTEINTE PÉRICARDIQUE AU COURS DU SIDA (À PROPOS DE 2 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE)

SAVADOGO M¹, BOUSHAB MB², KYÉLEM N¹

RESUME

La tuberculose est la première infection opportuniste diagnostiquée chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Afrique subsaharienne. Sa localisation multifocale avec atteinte péricardique est particulièrement grave au cours du Sida. Nous rapportons deux cas avec comme objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques cliniques para cliniques et thérapeutiques. La maladie est survenue dans le cadre d'un syndrome de restauration immunitaire et à l'occasion d'une mauvaise observance du traitement antirétroviral. Au stade Sida la péricardite tuberculeuse semble évoluée avec d'autres localisations de la tuberculose qu'il faut savoir diagnostiquer et prendre en charge. Le dépistage et la prise en charge précoce de l'infection à VIH permettent de prévenir la survenue de la tuberculose et sa localisation péricardique.

Mots-clés : Péricardite, Sida, Tuberculose multifocale, syndrome de restauration immunitaire.

ABSTRACT

MULTIFOCAL TUBERCULOSIS WITH PERICARDIAL DISEASE IN AIDS : (ABOUT 2 CASES AND LITERATURE REVIEW)

TB is the first opportunistic infection diagnosed in patients infected with Human Immuno-deficiency Virus (HIV) in sub-Saharan Africa. Its pericardial location is particularly severe in AIDS. We are reporting two cases with the aim to describe the epidemiological, clinical, para-clinical and therapeutic characteristics. The disease occurred in the context of immune reconstitution syndrome and during a poor adherence to antiretroviral treatment.

At the stage of AIDS, TB pericarditis seems to evolve with other localizations of tuberculosis that we need to know how to diagnose and manage. Screening and early treatment of HIV infection can prevent the occurrence of tuberculosis and pericardial localizations.

Keywords: pericarditis, AIDS, tuberculosis, opportunistic infection, immune reconstitution syndrome

INTRODUCTION

La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquemment diagnostiquée chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Afrique subsaharienne [1, 2, 6, 10]. Dans 60 à 75% des cas, la tuberculose est exclusivement pulmonaire. Cependant, avec l'avènement de l'infection à VIH, on observe fréquemment des formes extrapulmonaires isolées et des tuberculoses multifocales ou disséminées [17]. Avec le traitement antirétroviral hautement puissant (HAART), l'infection par Mycobacterium tuberculosis est responsable d'environ un tiers des événements du type syndrome de reconstitution immunitaire au cours de la trithérapie antirétrovirale (IRIS) [3,4]. La co-infection tuberculose-VIH est hautement morbide avec une létalité pouvant atteindre 50% dans les pays en développement [5]. L'atteinte péricardique de la tuberculose est particulièrement grave au cours du Sida. Nous rapportons deux cas avec comme objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques cliniques para cliniques et thérapeutiques.

OBSERVATIONS

Observation 1

Patient de 44 ans a été dépisté positif au VIH1 le 30 Mai 2014, suite à de multiples épisodes de maladies ayant causé une perte pondérale d'environ 25%. Référé au service des maladies infectieuses du CHU YO, un bilan complémentaire fut demandé et les résultats indiquent les ALAT à 26 U/L, les CD4 à 100/mm³, la créatininémie à 63,9 micromol/L, hémoglobine à 10,3g/dl. Classé B3 de la classification de CDC, il a été mis sous traitement ARV à base de (ténofovir + lamivudine + éfavirenz) le 12/06/2014. Le cotrimoxazole a

1 Department of Infectious Diseases of the Yalgado Ouedraogo University Hospital, Burkina Faso

2 Internal Medicine Service of the Aioun Hospital Center, Mauritania

Auteur correspondant : M. Savadogo, Department of Infectious Diseases of the Yalgado Ouedraogo University Hospital, Burkina Faso

été ajouté pour la prévention des infections opportunistes. Mais le 18/06/2014, il est admis de nouveau pour douleur thoracique et toux productive. L'examen notait un état général altéré avec une détresse respiratoire, une tension artérielle à 100/60mmHg, une fréquence respiratoire à 24 cycles/mn, une fréquence cardiaque à 117/mn, un pouls à 117/mn, une température à 36°9. L'échographie abdomino-pelvienne du 18/06/2014 objectivait une ascite de moyenne abondance et la radiographie pulmonaire objectivait une pleurésie bilatérale, une miliaire et une importante cardiomégalie. Le tableau clinique s'est aggravé le 20/06/2014 et une échographie cardiaque réalisée en urgence avait objectivé un épanchement péricardique de grande abondance avec des signes de tamponnade qui a bénéficié d'une ponction péricardique en urgence. L'ECG inscrivait un rythme sinusal régulier, un bas voltage diffus des QRS, et une fréquence cardiaque à 95 bat/mn. La recherche des BAAR dans les crachats a été infructueuse. L'examen cytologique et chimique du liquide de ponction d'ascite a montré une hyperlymphocytose et des protides = 48,40 g/l en faveur d'un exsudat. Les cultures (sur milieu spécifique et Sabouraud-Chloramphénicol) sont revenues négatives. Le diagnostic d'une tuberculose multifocale (péricardique, pleurale, péritonéale) dans un contexte d'un syndrome de restauration immunitaire a été retenu.

Un traitement antituberculeux est alors institué. Le 21/06/2014, il décédait par défaillance cardio-pulmonaire.

OBSERVATION 2

Patient de 46 ans VIH1 dépisté en cours d'hospitalisation au service des maladies infectieuses du CHU YO pour gastro-entérite fébrile associée à une altération de l'état général (stade IV OMS). Il a été mis sous antirétroviraux (duomune+éfavirenz) avec un taux de lymphocyte TCD4 à 26 cell/mm³ avec une charge virale à 6069392/mm³ à l'initiation du traitement. L'interrogatoire relevait une mauvaise observance du traitement antirétroviral. Il a été admis le 15/05/2014 pour gastroentérite et l'examen notait une altération de l'état général, des œdèmes des membres inférieurs gardant le godet, une déshydratation sévère, un frottement péricardique, une fréquence cardiaque = 128 bat/mn, une fréquence respiratoire = 24 cycles/mn, une Tension artérielle = 100/70mmHg.

La radiographie pulmonaire du 20/05/2014 montrait des opacités hétérogènes de la base pulmonaire droite et un émoussement du cul de sac pleural droit. L'échocardiographie Doppler transthoracique du 26/05/2014 objectivait un épanchement péricardique minime et une myo-péricardite. Le diagnostic d'une tuberculose multifocale (pulmonaire, pleurale et myo-péricardite) à la suite d'une mauvaise observance du traitement antirétroviral avait été retenu. Sous traite-

ment à base d'antituberculeux d'antirétroviraux et de corticothérapie, l'évolution a été favorable et il est sorti de l'hôpital le 03/07/2014.

DISCUSSION

Un épanchement péricardique est rencontré, dans des séries écho cardiographiques, chez environ 5 à 30% des patients infectés par le VIH. Dans certaines séries d'autopsie la prévalence d'une atteinte péricardique peut atteindre jusqu'à 35% des patients [22]. La survenue d'un épanchement péricardique se voit essentiellement chez des patients présentant déjà un syndrome d'immunodéficience déclaré (stade C3), et reste l'exception chez des patients séropositifs asymptomatiques. Dans certaines études, la présence d'un épanchement péricardique a été identifiée comme un marqueur indépendant de mauvais pronostic de l'infection par le VIH [8]. L'origine de l'atteinte péricardique au cours du SIDA est essentiellement fonction de la répartition géographique des cas. Dans les pays occidentaux les causes les plus fréquentes sont les infections bactériennes, les lymphomes malins, les infections par cytomégalovirus, les endocardites et les infections par des mycobactéries tuberculeuses ou atypiques [19]. En Afrique toute péricardite chez un sujet VIH séropositif doit être considérée comme d'origine tuberculeuse jusqu'à preuve du contraire [9]. Dans certaines situations l'épanchement péricardique est associé à une atteinte myocardique [21]. Toutefois, la présence d'un épanchement péricardique symptomatique ou d'une tamponnade est beaucoup plus rare. Cette dernière entité n'étant que très peu rapportée dans la littérature. Dans ces cas un diagnostic étiologique est plus aisé et peut être posé dans environ 2/3 des cas grâce à l'analyse du liquide péricardique ou à une biopsie péricardique [20]. Dans les cas de tamponnades publiés, environ 1/4 des cas sont secondaires à une tuberculose, 15% à des péricardites purulentes et 10% sont d'origine néoplasique (essentiellement des lymphomes et de sarcomes de Kaposi) [18]. En Afrique la tuberculeuse est responsable de plus de 90 % des péricardites, au cours du SIDA [12,15,17]. Cegielski et coll. relevait dans leur série que 68% des patients vivant avec le VIH souffraient de péricardite tuberculeuse [17]. Un constat similaire avait été fait par Pozniak et coll. au Zimbabwe(18). La péricardite tuberculeuse survient à un stade d'immunodépression sévère [12,14,16] où plusieurs organes peuvent être touchés à la fois. Sa prise en charge est une urgence thérapeutique. En cas de tamponnade, une ponction péricardique devrait être faite en urgence. D'où la nécessité d'une bonne collaboration entre cardiologue et infectiologue. L'association de la corticothérapie après la ponction péricardique permet d'éviter la constriction. Le traitement étiologique est toujours associé quel que soit le statut immunologi-

que. Les adultes jeunes de sexe masculin, infectés par le VIH1 semblent être plus exposés aux péricardites tuberculeuses comme rapporté par la plupart des séries burkinabés et d'ailleurs [8,10,11,13].

CONCLUSION

L'atteinte péricardique au cours du Sida est grave. Elle s'accompagne souvent d'atteinte du voisinage. Elle peut survenir dans le cadre d'un syndrome de restauration immunitaire ou à l'occasion d'une mauvaise observance du traitement antirétroviral. Le dépistage et la prise en charge précoces de l'infection à VIH permettent de prévenir les localisations multiples de la tuberculose au cours du Sida. Une bonne éducation pré thérapeutique est le gage d'un succès du traitement antirétroviral.

RÉFÉRENCES

1. Boillot F., Peeters M., Kosia A, Delaporte E. Prévalence en Sierra Leone du virus de l'immunodéficience humaine parmi des tuberculeux, établi à partir de prélèvements de sang séché sur papier filtre. INT J TUBERC LUNG DIS 1997, 1 (6): 493-497
2. Badri M., Ehrlich R., Wood R., Pulerwitz T., Maartens G. Association entre tuberculose et progression de la maladie VIH dans une région à haute prévalence de tuberculose. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5(3): 225-232
3. Colebunders R., John L., Huyst V, Kambugu A., Scano F., Lynen L.. Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire de la tuberculose dans les pays à ressources limitées. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10(9): 946-953
4. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse. Prise en charge de la tuberculose chez l'enfant infecté par le VIH. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10(12): 1331-1336
5. Teck R., Ascurra O., Gomani P., Manzi M., Pasulani O., Kusamale J., Salaniponi F. M. L., Humblet P., Nunn P., Scano F., Harries A. D., Zachariah R. Le stade clinique OMS de l'infection et de la maladie VIH, la tuberculose et l'éligibilité pour le traitement antirétroviral : relation avec le décompte des lymphocytes CD4. INT J TUBERC LUNG DIS 9(3): 258-262
6. Chimzizi R., Harries A. D., Gausi F., Golombe C., Manda E., Khonyongwa A., Salaniponi F. M., Libamba E., Schouten E. J., Mwansambo A., Mpazanje R. Extension des services de lutte contre le VIH/SIDA et le VIH-TB au Malawi. INT J TUBERC LUNG DIS 9(5): 582-584
7. Leporia M., Tinguelya F., Erardb V., Delabaysc A., Nicod P. Atteinte péricardique chez le patient infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Schweiz Med Wochenschr 1999;129:736-40.
8. Niakara, Drabo Y. J., Y. Kambire, L. V. A. Nebie, N. J. P. Kabore, Simon F. Atteintes cardio-vasculaires et infection par le VIH : étude de 79 cas au CHN de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Pathol Exot, 2002, 95, 1, 23-26.
9. Zabsonre P., Ki-Zerbo G.A., Bonkougou P., Zoubga A., Nacro B., Dyemkouma F.X. Place de la tuberculose dans les péricardites infectieuses à liquide sérofibrineux ou hémorragique en milieu hospitalier africain. Bull Soc Pathol Exot, 2002, 95, 1, 23-26
10. Longe-Mbenza B., Tondoungou K., Seghers K. V., Mu-

- bagwa D. Irruption de l'infection par le VIH et des péricardites en Afrique = HIV infection and pericardial disease invasion in Africa. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux. 1997, vol. 90, no10, pp. 1377-1384
11. OMS. Tuberculose et VIH. 1996, who/tb/96.200
12. Editorial. La signification clinique des interactions entre le VIH et le bacille tuberculeux : plus de questions que de réponses. INT J TUBERC LUNG DIS 5 (3): 205-207
13. Colebunders R., John L., Huyst V, Kambugu A., Scano F., Lynen L.. Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire de la tuberculose dans les pays à ressources limitées. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10(9): 946-953
14. Kwara A., Flanigan TP., Carter E. J. Le traitement antirétroviral à haute activité (HAART) chez les adultes tuberculeux : état actuel. INT J TUBERC LUNG DIS 9(3): 248-257
15. Cegielski J.P., Lwakatara J., Dukes C.S., Lema L.E.K., Lallinger G.J., Kitinya J., Relier L.B., Sheriff F. Tuberculous pericarditis in Tanzanian patients with and without HIV infection. Tuber Lung Dis. 1994 Dec;75(6):429-34
16. Pozniak A.L., Weinberg J., Mahari M., Neill P., Houston S., Latif A. Tuberculous pericardial effusion associated with HIV infection: a sign of disseminated disease. Tuberculosis, 1994 ; 75(4):297-300
17. Mabilia-Babela J.R., Makosso E., Senga P. étude rétrospective de 61 cas de tuberculose multifocale chez l'enfant à brazzaville, congo. Med Trop 2007 ; 67 : 41-44
18. Heindrich PA, Eisenberg MJ, Kee LL, et al. Pericardial effusion in AIDS: incidence and survival. Circulation 1995; 29:3229-34.
19. Eisenberg MJ, Gordon AS, Schiller NB. HIV-associated pericardium effusion. Chest 1992;102:956-8.
20. Estok L, Wallach F. Cardiac tamponade in a patient with AIDS: a review of pericardial disease in patients with HIV infection. Mt Sinai J Med 1998;65:33-9.
21. De Castro S, Migliau G, Silvestri A, et al. Heart involvement in AIDS: a prospective study during various stages of the disease. Eur Heart J 1992;13:1452-9
22. Lewis W. AIDS: cardiac findings from 115 autopsies. Prog Cardiovasc Dis 1989;32:207-15.