



PNEUMONIE VARICELLEUSE : A PROPOS D'UN CAS

**AZON-KOUANOU A., MISSIHO M.S.G., OBEKANDON, C. A.,
DANSOU E., AGBODANDE K.A., HAVUGIMANA Karuhije F.,
ZANNOU D.M., HOUNGBE F.**

Service de Médecine Interne du CNHU-HKM de Cotonou

Auteur correspondant : Azon-kouanou Angèle, email :

angele.azonkouanou@gmail.com.

RESUME

La varicelle est une maladie éruptive causée par le virus Varicelle Zona (VZV). L'atteinte chez l'adulte est rare, et l'évolution peut être émaillée de complications dont la plus grave est la pneumonie varicelleuse. Nous rapportons ici un cas de pneumonie varicelleuse chez un sujet adulte immunodéprimé. Le patient était infecté au VIH et présentait un tableau de détresse respiratoire aigüe associée à une éruption cutanée évocatrice de varicelle. Le diagnostic a été posé par élimination devant une radiographie pulmonaire objectivant un syndrome interstitielle bilatérale et un genXpert à la recherche du bacille de Koch revenu négatif. Le traitement d'épreuve par Acyclovir et oxygénothérapie fut favorable avec une disparition complète des images radiologiques au bout d'un mois.

Mots clés : *pneumonie varicelleuse, adultes, VIH*

ABSTRACT

Chickenpox is a rash disease caused by the Varicella Zoster virus (VZV). Affection in adults is rare and the course can be accompanied by complications, the most serious of which is varicella pneumonia. We report here a case of varicella pneumonia in an immunocompromised adult subject. The patient was infected with HIV and presented with a picture of acute respiratory distress associated with a rash suggestive of chickenpox. The diagnosis was made by elimination in front of a chest x-ray showing bilateral interstitial syndrome and a genXpert looking for negative income Koch's bacillus. The treatment with Acyclovir and oxygen therapy was



favorable with complete disappearance of the radiological images after one month.

Keywords: *varicella pneumonia, adults, HIV*

INTRODUCTION

La varicelle est une maladie éruptive causée par le virus Varicelle Zona (VZV). Elle est très fréquente et habituellement bénigne chez l'enfant sain. L'atteinte chez l'adulte est rare, et l'évolution peut être émaillée des complications graves telles que l'encéphalite, le syndrome de Reye, l'ataxie cérébelleuse, le syndrome de Guillain-Barré, l'hépatite et les troubles de la coagulation [1]. La pneumonie varicelleuse est la complication la plus redoutable de par sa fréquence et sa gravité avec une incidence d'environ 16 à 33% et une mortalité pouvant atteindre 20% [2]. Nous rapportons ici un cas de pneumonie varicelleuse chez un sujet adulte immunodéprimé.

Cas Clinique :

Mr X, âgé de 48 ans, avait présenté 9 jours avant son admission, des éruptions cutanées vésiculeuses évoluant dans un contexte fébrile. Une semaine plus tard, il s'était secondairement associé au tableau clinique une toux sèche suivie d'une dyspnée aigue motivant son hospitalisation dans le service de Médecine Interne au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou Maga (HKM) de Cotonou (Bénin).

Dans ses antécédents on notait une notion d'alcool-tabagisme non chiffré et une infection au VIH 1. L'examen clinique à l'entrée retrouvait un syndrome de réponse inflammatoire systémique (fièvre à 38,5°C et tachycardie à 116 battements/min), un syndrome de détresse respiratoire (FR= 28cycles /min et SaO₂ à 86% à l'air ambiant) et des lésions maculo-vésiculeuses d'âges différents recouvrant tout le tissu cutané. Devant ce tableau de détresse respiratoire évoluant dans un contexte fébrile chez un sujet immunodéprimé, nous avons évoqué en plus de la tuberculose, la pneumocystose et l'infection pulmonaire à germes pyogènes certainement mal ou non traitée. La radiographie du thorax montrait un syndrome interstitiel bilatéral évocateur d'une miliaire chaude. Sur le plan biologique



le bilan inflammatoire avait révélé un syndrome de réponse inflammatoire biologique fait d'une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (NB=10.3G/L, PN=8G/L), d'une CRP à 108 mg/L et d'une VS accélérée à 58 mm à la 1^{ère} heure. Le bilan hépatique était aussi perturbé. On notait une cytolysse hépatique avec une élévation des enzymes hépatiques, ASAT=147UI/L (3.5N), ALAT=134UI/L (3N). Une thrombopénie à 76 G/L et un taux de CD4 à 103 cellules/ μ L étaient aussi retrouvés.

Devant le terrain d'immunodépression au VIH, le contexte clinique de miliaire chaude, l'hypothèse d'une miliaire tuberculeuse étaient probable, vue le contexte d'endémicité et la fréquente coinfection tuberculose-VIH (incidence de 48% au CNHU-HKM de Cotonou). Une PCR des crachats revenue négative a rendu cette hypothèse peu probable. La piste de la pneumocystose a été également abandonnée devant la dyspnée non croissante et l'hypoxémie modérée, bien qu'il n'y ait pas eu une fibroscopie bronchique avec lavage bronchoalvéolaire pour formellement l'éliminer. Cet examen n'était pas disponible dans notre contexte.

Le diagnostic de pneumonie varicelleuse a été retenu devant les signes d'atteinte respiratoire clinique et radiologique, associés à une éruption cutanée évocatrice de varicelle. Le patient a reçu une cure d'Acyclovir (10mg/Kg toutes les 8h) per os, associée à une oxygénothérapie par sonde nasale à 4L/min. Le traitement antirétroviral (Tenofovir Lamivudine Effavirenz) était concomitamment associé.

L'évolution fut favorable, marquée cliniquement par la régression totale des lésions cutanées, biologiquement par l'amendement du syndrome de réponse inflammatoire biologique (NB=6,1G/L, CRP < 6 mg/L), la normalisation du taux de plaquettes à 230 G/L, et la régression de la cytolysse hépatique (ALAT = 97 UI/L Vs134UI/L ; ASAT = 71 UI/L Vs 147UI/L). La radiographie du thorax de contrôle avait montré une disparition des lésions radiologiques un mois après le traitement.



Figure 1 : Lésions maculo-vésiculeuses d'âges différents

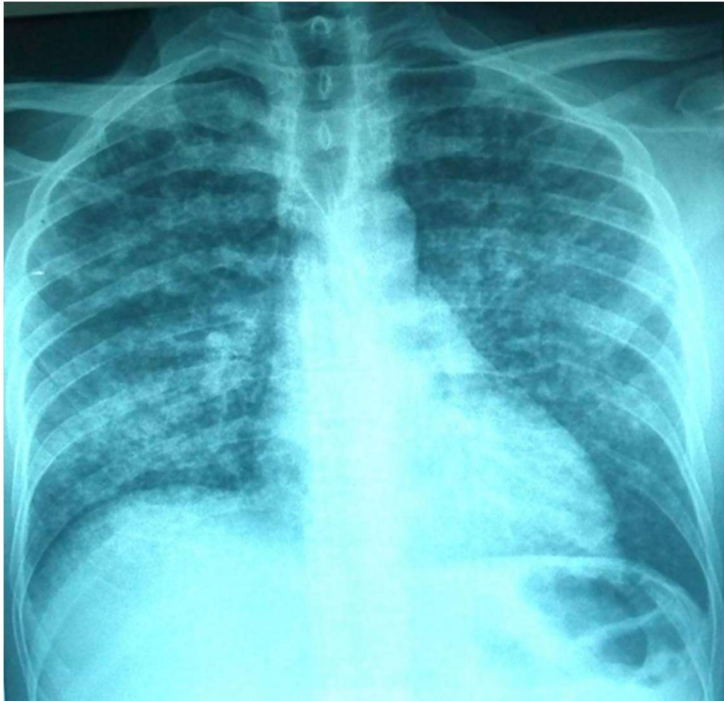


Figure 2 : radiographie du pulmonaire syndrome interstitielle (miliaire)



Figure 3 : Disparition totale des lésions 1 mois après le traitement



Figure 4 : Contrôle de la radiographie du thorax 1 mois après le traitement



DISCUSSION

Nous rapportons un cas de patient atteint de pneumonie varicelleuse qui s'est présenté dans un tableau de détresse respiratoire aiguë avec une éruption cutanée évocatrice de varicelle. L'évolution était favorable sous traitement antiviral et une oxygénothérapie à 4l/min.

La pneumonie varicelleuse, avec une incidence estimée entre 16 et 33% et une mortalité entre 20 et 50%, représente la forme grave la plus fréquente [2]. D'autres complications dues à la dissémination virale ont été décrites, notamment l'encéphalite, l'hépatite et les troubles de la coagulation [3]. Notre patient a présenté une cytolyse hépatique modérée et une thrombopénie qui ont régressé sous traitement antiviral.

Plusieurs facteurs de risque ont été associés au développement de l'atteinte pulmonaire dans la varicelle ; notamment le sexe masculin, l'âge adulte, le tabagisme, l'étendue des lésions cutanées (>100 éléments), l'immunodépression, la grossesse et le contact étroit avec un sujet infecté [4]. Notre patient présentait comme facteurs de risque le tabagisme, l'immunodépression au VIH et l'étendue des lésions cutanées.

La pneumonie varicelleuse débute en général un à sept jours après l'installation de l'éruption cutanée. Elle se manifeste par une toux sèche, fébrile parfois accompagnée d'une hémoptysie, des douleurs thoraciques, une dyspnée, une cyanose, voire un tableau de détresse respiratoire aiguë, comme c'était le cas pour notre patient [1].

La radiographie thoracique montre habituellement des opacités micronodulaires (syndrome interstitiel) multiples éventuellement confluentes et touchant les deux champs pulmonaires [1,5]. La présence d'adénopathies hilaires et d'un épanchement liquidien, est non usuelle. Le scanner thoracique en haute résolution confirme la présence de ces nodules plus au moins bien limités, diffus, atteignant les deux champs pulmonaires, associés à des images en verre dépoli, en halo autour de ces nodules ou disséminés en mosaïque [1]. Les images radiologiques se résolvent habituellement une semaine après la disparition des lésions cutanées, mais elles peuvent persister plusieurs mois [6]. L'endoscopie bronchique chez l'adulte peut mettre en évidence la présence de lésions vésiculeuses de la



muqueuse bronchique. Par ailleurs, son incidence et sa signification clinique et pronostique ne sont pas encore bien connues. Nous n'avons effectué ni de scanner thoracique et ni d'endoscopie bronchique.

Le diagnostic de pneumopathie varicelleuse peut être porté sur l'association d'une atteinte pulmonaire, dont les caractéristiques cliniques et radiologiques sont concordantes et d'une éruption cutanée évocatrice de varicelle en l'absence d'une autre cause possible. Chez notre patient, le diagnostic a été retenu devant les symptômes respiratoires survenus une semaine après l'éruption cutanée très évocatrice de varicelle, les données de l'imagerie thoracique, le tout survenant sur un terrain d'immunodépression au VIH.

Le traitement antiviral par acyclovir a été utilisé avec succès pour la première fois dans le traitement de la pneumonie varicelleuse en 1980 [7]. La conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse a recommandé l'utilisation d'acyclovir par voie intraveineuse à raison de 10 mg/kg tous les huit heures dans la varicelle compliquée du sujet adulte immunodéprimé ou dénutri, en particulier la pneumopathie varicelleuse pendant une durée de sept à dix jours [8]. Nous avons obtenu la guérison en utilisant la forme per os.

Très peu d'études ont rapporté des données sur la mortalité due à la pneumonie varicelleuse. Elle est estimée à 10% [9]. Sur 272 patients atteints, il existait une différence significative relative au taux de mortalité entre les patients traités par acyclovir et les patients non traités (6,1 % vs 19,1 %) [10].

CONCLUSION

La pneumonie reste une complication grave de la varicelle. Elle est sujette à une potentielle errance diagnostic du fait de sa présentation clinique, d'où l'importance de l'anamnèse. Le tableau clinique est dominé par une détresse respiratoire faisant évoquer plusieurs diagnostics différentiels, vue le terrain d'immunodépression. Elle est souvent révélatrice d'une immunodépression profonde. L'évolution sous Acyclovir est favorable.



REFERENCES

- 1 Abdelghani A, Slama S, Hayouni A, Njima H, Mezghani S, Klabin K et al. La pneumonie varicelleuse: une complication grave de la varicelle chez l'adulte. *Revue de Pneumologie clinique* 2009; 65 : 9-12.
- 2 Senneville E, Infections. À VZV: formes de l'adulte sain et de l'immunodéprimé. *Med Mal Infect.* 1998;28:791-99.
- 3 Mohsen AH, Peck RJ, Mason Z, Mattock L, Mckendrick M. Lung function tests and risk factors for pneumonia in adults with chickenpox. *Thorax.* 2001; 56:796-9.
- 4 Richaud C, Ngo MT, Agbessi CA, Boru B, Elkharrat D, Chinet T. Atteinte bronchique au cours d'une pneumonie varicelleuse chez un adulte immunocompétent. *Rev Mal Respir.* 2008; 25:59-62.
- 5 Laurent R. Varicelle Zona. *EMC-Médecine* 2005; 2: 276-83. Issam Serghini, Khalid Chkoura, Nawfal Hjira, Mohamed Zoubir, Lalaoui, et Mohamed Boughalem. Pneumopathie grave avec atteinte bronchique compliquant une varicelle chez l'adulte immunocompétent. *Pan Afr Med J.* 2014; 19: 208.
- 6 Senneville E, Rivaud E, Valette M, Maulin L. Paramètres non pulmonaires associés à la pneumonie varicelleuse de l'adulte sain. *Med Mal Infect.* 2000;30:211-16.
- 7 CEDEF . Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents: varicelle et zona. *Ann Dermatol Venereol.* 2008;135:F25-F31.
- 8 11^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse de la SPILF: prise en charge des infections à VZV. *Med Mal Infect.* 1998;28:1-8.
- 9 Meylan P, Kempf W, Gerber S, Aebi C, Agosti R, Büchner S et al. Recommandations suisses pour la prise en charge des infections dues au virus de la varicelle-zoster. *Forum Med Suisse* 2007; 7: 895-905.
- 10 Mohsen AH, Mckendrick M. Varicella pneumonia in adults. *Eur Respir J* 2003; 21: 886-91.