

Une pneumonie virale à SARS Cov2 favorise une pleurésie tuberculeuse

S. Aissani ⁽¹⁾, R. Boucetta ⁽¹⁾, M.D.Benziane⁽²⁾, A. Tibouk⁽³⁾, A.Zitouni⁽¹⁾

(1) Service de Pneumologie; (2) Service d'anatomopathologie; Hôpital central de l'armée, Mohammed Seghir Nekkache, (3) Infirmerie régionale de Bliba de la première région militaire

Introduction

Le virus SARS-CoV-2 responsable de la maladie à Coronavirus (COVID-19) entraîne une dérégulation du système immunitaire avec un état hyper inflammatoire associé à un « orage cytokiniques favorisant l'infection par d'autres agents pathogènes notamment le mycobacterium tuberculosis.

Observation

Nous rapportons le cas d'un jeune patient âgé de 33 ans sans antécédents et sans comorbidités qui a présenté en juillet 2020 une pneumonie à SARS Cov2 sans signes de gravité respiratoire avec 10% de lésions pulmonaires et une RT-PCR positive. Il a été traité par hydroxy-chloroquine + Enoxaparine 0.4UI/ jour et vitamine C +Zinc. Il a été déclaré guéri après une PCR de contrôle négative faite quinze jours plus tard.

Trois semaines après, apparition d'une douleur basi-thoracique droite avec une dyspnée d'effort. La radiographie thoracique a montré un épanchement pleural liquidien droit de moyenne abondance (image 1) confirmé par l'échographie thoracique et qui a objectivé la présence de la fibrine.

A noter que l'épanchement n'existait pas au moment de l'infection à SARS Cov2.

La ponction pleurale a mis en évidence un liquide clair jaune citrin lymphocytaire. La biopsie pleurale a révélé la présence de nombreux follicules épithélio-giganto-cellulaires centrés par endroit par une nécrose caséeuse.

L'interrogatoire a retrouvé aussi la notion de contagion tuberculeuse dans le milieu professionnel. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux régime 1^{ère} ligne troisième catégorie adapté à son poids et après un bilan pré thérapeutique normal.



Image 1: épanchement pleural liquidien droit de moyenne abondance



Image 2: la radio de contrôle après évacuation de l'épanchement pleural ne montre pas d'image pulmonaire sous-jacente

Discussion

La tuberculose et la COVID-19 sont toutes les deux des infections respiratoires transmises par voie inhalée et se logent dans les voies respiratoires de la personne infectée. Dans le cas de la tuberculose, le Bk peut atteindre par la suite d'autres organes comme la plèvre.

L'apparition d'une pleurésie tuberculeuse 20 jours après une infection à SARS-CoV-2 peut être expliquée par la vulnérabilité du patient infecté par le coronavirus. Le Bk peut être contracté durant la même période que la COVID-19 mais il peut s'agir d'une infection endogène par activation d'un Bk quiescent en raison de l'immunodépression causée par le virus.

Conclusion

Étant donné l'influence du SARS-CoV-2, la fonction immunitaire peut être temporairement altérée et le développement d'une tuberculose active devient une problématique nécessitant plus d'attention. Nous devons être sensibles à l'augmentation à court terme de l'épidémie de tuberculose après la fin de la pandémie de la COVID-19. Cela nécessite non seulement de pratiquer la prévention et le contrôle de la tuberculose, mais aussi des mesures adéquates pour renforcer la gestion de la tuberculose.