

# Péricardite purulente à *Streptococcus pneumoniae* PSDP: A propos d'un cas



**N.Ferrat, S.Dif, S.Kherroubi, C.Sakou, C.Boudebza, S.Rezgui, A.Benslimani**

Service de Biologie Clinique, Unité de Microbiologie, EHS Dr Maouche Mohand Amokrane (ex. CNMS)

## Introduction

Les péricardites infectieuses sont des affections assez graves engageant le pronostic vital de l'individu, elles sont essentiellement d'origine virale ou tuberculeuse<sup>1</sup>, tandis que les péricardites bactériennes purulentes sont rares<sup>2</sup>.

## Objectif

Rapport d'un cas de péricardite infectieuse à *Streptococcus pneumoniae*.

## Cas clinique

Monsieur H.M âgé de 68 ans aux antécédents de myélodysplasie, myélome multiple osseux sous chimiothérapie. Le patient est apyrétique et dyspnéique, présentant un épanchement péricardique avec un bilan inflammatoire positif. L'anamnèse objective un épisode de pneumonie quelques semaines auparavant.

## Matériel et méthode

Une ponction du liquide péricardique a été envoyée au laboratoire de microbiologie médicale un vendredi durant la garde.

Le prélèvement a été ensemencé sur les milieux de culture de base et les milieux enrichis au sang.

L'identification bactérienne s'est basée sur l'aspect de la culture, la catalase, la sensibilité à l'optochine et une identification biochimique complète sur automate Vitek 2.

La détermination de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée sur gélose Muller Hinton (MH) au sang, selon les recommandations du CLSI 2020. Pour la pénicilline, l'ampicilline, le céfotaxime et l'imipénème des CMI par E-test ont été réalisées.

Des prélèvements de contrôles (drains de redons) ont été adressés au laboratoire afin de suivre l'évolution du patient sous traitement.

## Résultats

L'aspect très purulent du prélèvement a rendu impossible une numération cellulaire sur cellule hématimétrique, seul un frottis coloré au bleu de méthylène a pu être réalisé, montrant la présence de très nombreux leucocytes et des diplocoques en flammes de bougies.

Le taux de protides totaux était de 42,3 g/l objectivant un exsudat.

La mise en culture du prélèvement est revenue positive sur les milieux enrichis (GSC/GSF), donnant des colonies alpha hémolytiques sur GSF. La coloration de Gram nous a permis d'observer des cocci Gram positif en diplocoques. Le test à la catalase était négatif.

Une sensibilité à l'optochine a été notée avec un diamètre supérieur à 15 mm.

La souche a montré une résistance à la pénicilline, l'érythromycine, la clindamycine et à l'association triméthoprime/sulfaméthoxazole, mais reste sensible aux autres Béta-lactamines tel que l'imipénème, le céfotaxime et l'ampicilline, ainsi qu'à la vancomycine, les fluoroquinolones, la quinupristine-dalfopristine, la rifampicine, la fosfomycine et le chloramphénicol.

À son admission au service des urgences cardiaques, le patient a été mis sous traitement probabiliste à base d'amoxicilline/acide clavulanique, après ponction péricardique.

Par la suite le patient a été transféré vers le service de chirurgie cardiaque où un drainage du liquide péricardique a été réalisé, et il a été mis sous vancomycine et céfotaxime pendant 15 jours.

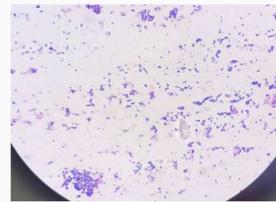


Figure 1: Coloration de Gram

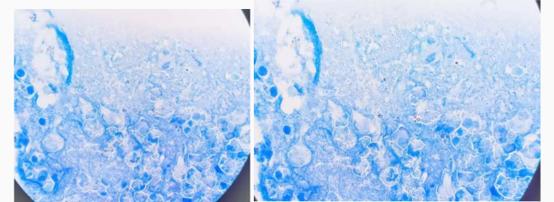


Figure 2: Coloration de Bleu

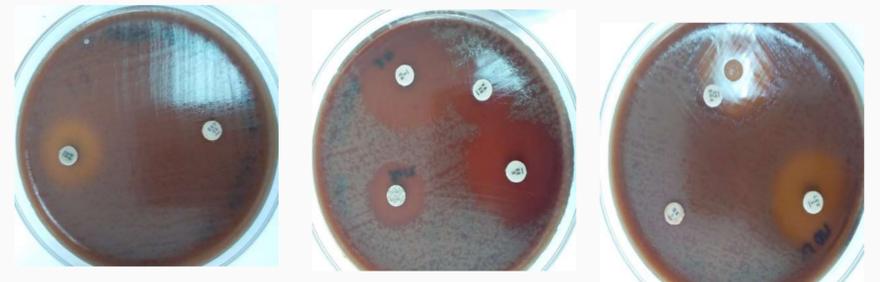


Figure 3 : Teste de sensibilité aux antibiotiques par méthode de diffusion des disques.



Figure 4: Teste de sensibilité aux antibiotiques par technique de CMI E-test

D'autres drains de Redons ont été analysés jusqu'à négativation de la culture et amélioration de l'état du patient. Par la suite la vancomycine a été arrêtée et un traitement à base de céfotaxime seul a été poursuivi.

## Discussion

Il s'agit d'un patient souffrant d'une péricardite infectieuse à *Streptococcus pneumoniae* de sensibilité diminuée aux pénicillines (PSDP), ayant infecté le tissu péricardique par contiguïté suite à une pneumonie, favorisé par l'état immunodéprimé du patient.

Les péricardites infectieuses sont généralement d'origine virale, tandis que les péricardites purulentes sont assez rares mais de pronostic plus grave<sup>3</sup>. Néanmoins, grâce à une prise en charge rapide et efficace du patient on a pu observer une évolution favorable de son état.

## Conclusion

Les cas de péricardites purulentes sont de plus en plus rares dans l'ère des antibiotiques; cependant même si elles sont exceptionnelles, les péricardites purulentes à pneumocoque ne doivent pas rester méconnues car elles mettent en jeu le pronostic vital.

Le traitement doit associer drainage péricardique et antibiothérapie.

### Références bibliographiques:

<sup>1</sup> Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and Treatment of Pericarditis: A Systematic Review. JAMA. 13 oct 2015;314(14):1498-506.

<sup>2</sup> Parikh SV, Memon N, Echols M, Shah J, McGuire DK, Keeley EC. Purulent Pericarditis: Report of 2 Cases and Review of the Literature. Medicine (Baltimore). janv 2009;88(1):52.

<sup>3</sup> Pankuweit S, Ristić AD, Seferović PM, Maisch B. Bacterial Pericarditis. Am J Cardiovasc Drugs. 1 mars 2005;5(2):103-12.