

Une patiente de 21 ans consulte dans le service des urgences pour dyspnée et fièvre à 12 jours d'un accouchement. Elle a pour antécédents un asthme depuis l'enfance, des allergies respiratoires aux acariens et pollens et une allergie alimentaire à l'arachide. Elle est originaire du Cap Vert, née en France, et n'a effectué qu'un séjour au Cap Vert à l'âge de 5 ans. Elle ne fume pas et ne consomme pas de drogue. Elle se fait tatouer ; le dernier tatouage a été effectué il y a 2 mois. Son traitement comporte une association fixe par propionate de fluticasone (1000 mcg par jour) et salmétérol.

La patiente a accouché par voie basse 12 jours auparavant, après une grossesse non compliquée. Deux plaies vaginales ont été suturées. Quatre jours après l'accouchement, un prélèvement vaginal et un examen cytobactériologique des urines systématiques étaient négatifs. La patiente est entrée au domicile. Six jours après le retour au domicile, soit à J10 de l'accouchement, elle a consulté son médecin traitant pour toux et fièvre. Elle présentait une température à 39,5°C, une toux, des expectorations purulentes, une dyspnée et une douleur thoracique. Elle a alors été adressée au service des urgences pour suspicion de pneumonie. Au service des urgences, la radiographie thoracique montrait un syndrome de masse hilare droit et une condensation lobaire supérieure droite systématisée (figure 1). La biologie montrait un syndrome inflammatoire avec un taux de leucocytes à 15600/mm³ (polynucléaires neutrophiles : 11970/mm³, éosinophiles : 20/mm³, lymphocytes : 2010/mm³, monocytes 1540/mm³), procalcitonine à 4.4 g/L, CRP à 206 mg/L, hémoglobine à 8.6 g/dL. Le ionogramme sanguin, la fonction rénale et le bilan hépatique étaient normaux. Il était conclu à une pneumonie franche lobaire aiguë. Une antibiothérapie probabiliste par amoxicilline + acide clavulanique et rovamycine. Sur le plan gynécologique, il persistait des métrorragies peu abondantes. Le toucher vaginal était douloureux.

La patiente est hospitalisée dans le service de Pneumologie 48h après son admission aux urgences. La température est à 39°C, SpO₂ à 97% en AA, FC à 85/min et PA à 120/70 mmHg. L'auscultation révèle des crépitations en regard du sommet du champ pulmonaire droit. Il n'y a pas d'adénopathie périphérique ni autre anomalie de l'examen physique. Les antigénuries Légionnelle et Pneumocoque ainsi que les 6 hémocultures prélevées au service des urgences durant les 48 dernières heures sont négatives. A 72 heures d'antibiothérapie large spectre, la fièvre persiste. Un scanner thoracique est réalisé. La figure 2 montre une coupe représentative.

Six BK crachats montrent l'absence de BAAR à l'examen direct. L'intradermoréaction à la tuberculine est mesurée à 12 mm chez cette patiente vaccinée par le BCG dans l'enfance (pas de notion du diamètre antérieur de l'intradermoréaction à la tuberculine). La sérologie VIH est négative.

La fibroscopie bronchique montre des sécrétions purulentes de l'arbre bronchique droit et une sténose d'aspect inflammatoire au niveau de l'orifice du lobe supérieur droit. Le lavage bronchique (45 cc injectés, 20cc récupérés) et l'aspiration bronchique effectués dans le territoire lobaire supérieur droit ramènent un matériel nécrotique. L'examen bactériologique du lavage bronchique est négatif à l'examen direct et en culture. La recherche de BAAR dans le lavage bronchique et l'aspiration bronchique est négative. La PCR BK du lavage bronchique est négative. L'examen mycologique, parasitologique, virologique et la recherche spécifique de germes à croissance lente sont négatifs. L'examen anatomopathologique du lavage bronchique et de l'aspiration bronchique ne retrouve pas de cellule tumorale.

Figure 1 : Radiographie thoracique, cliché standard de face



Figure 2 : Scanner thoracique avec injection, coupe transversale en fenêtre médiastinale

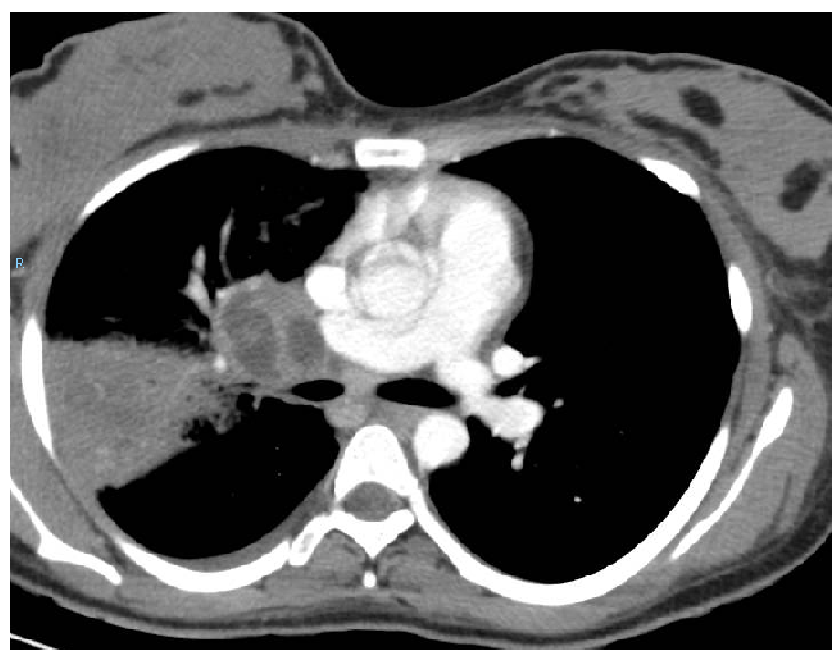


Figure 3 : Aspect endoscopique (bifurcation lobaire supérieure droite / tronc intermédiaire)

