

Syndrome thoracique aigu et infection à *Mycoplasma Pneumoniae* : Une urgence diagnostique et thérapeutique ; à propos d'un cas

N°150

K. Larbi Ouassou, S. Ait Hmadouch, A. Ourrai, A. Hassani, R. Abilkassem
Service de pédiatrie, Hôpital Militaire Mohammed V – Rabat



Introduction

Le syndrome thoracique aigu (STA) est une complication grave et la première cause de mortalité de la drépanocytose. Elle est fréquente en population pédiatrique avec un pic d'incidence entre 2 et 4 ans. Le diagnostic est posé en présence d'un infiltrat pulmonaire radiologique, de dyspnée, douleurs thoraciques et une fièvre. L'infection en est la cause incriminée dans 30 % des cas et est due majoritairement à des germes atypiques tels que le *Mycoplasma pneumoniae*(MP) et *Chlamydia pneumoniae*. Nous rapportons dans ce travail le cas d'un STA à *Mycoplasma Pneumoniae* survenue chez une patiente suivie dans notre formation.

Observation

W. enfant de 07 ans, issue d'un mariage consanguin de 1er degré, suivie depuis l'âge de 02 ans pour drépanocytose homozygote, sous Acide folique, Hydroxyurée et amoxicilline simple, admise dans notre formation pour gêne respiratoire avec toux sèche fébrile et douleurs thoraciques diffuses; L'examen à l'admission a trouvé une patiente algique pale ; la saturation à AA était à 97%, avec un discret tirage intercostal, et des râles ronflants diffus. La radiographie thoracique a objectivé **un foyer de condensation alvéolaire basal gauche** en rapport avec un syndrome thoracique aigu d'origine infectieuse (Figure 1). Par ailleurs, on a noté une Hb à 8g/dl, VGM à 87.2 fl et un TCMH à 29.8 pg, une hyperleucocytose à 19100 avec PNN à 11800, une ferritinémie à 1103 mg/l et une CRP à 114 mg/l. L'ECBC a objectivé la présence de Cocci Gram positif et Bacilles Gram négatif avec des leucocytes à > 25 éléments /champ. **La sérologie des infections à MP a objectivé la présence d'anticorps IgM et IgG à un taux de 174 et > 27 UA/ml respectivement** (Figure 2). La patiente a été mise sous hyperhydratation parentérale, Amoxicilline protégée et macrolides, paracétamol IV, kinésithérapie respiratoire quotidienne et transfusion par 1CG. L'évolution a été marquée par l'apyrexie et la disparition de la douleur thoracique; la CRP de contrôle faite à J9 de traitement était à 7.3 mg/ml.



Figure 1: Radiographie thoracique objectivant un foyer de condensation alvéolaire basal gauche.

Né(e) le 26.09.2016	Sexe : F	L'ABM HDA DR NADHA HDA 3 RUE TARIK IBRAHIM ZIAD (PRES DE L'HOPITAL 28AOUT) CASABLANCA MARROC.
Donneur n° : 2406379533		
Transmis par : LABM HDA		
Via référence : 888199931 / A3420342	1121	
Diagnostic n° : 16.02.2024	539 n° :	17.02.2024
Service(s) : 400 / Laboratoire		

SÉROLOGIE DES INFECTIONS À MYCOPLASMA PNEUMONIAE (EIA) #		
Prélevement : 16.02.2024	Statut : 10/30	
Ac anti-M. pneumoniae IgG	Positif	Seuil: 10 U/ml
Résultat : LABDHMAycoplasma pneumoniae IgG (Diabète)	174,0 U/ml	
Ac anti-M. pneumoniae IgM	Positif	Seuil: 10 U/ml
Résultat : LABDHMAycoplasma pneumoniae IgM (Diabète)	27,0 U/ml	
Présence d'IgG M. pneumoniae avec IgM. Peut correspondre avec une infection récente ou agée. Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.		
Validé par : Dr. Sabine Trankert-Passantoni		

Figure 2: Sérologie de l'infection à *Mycoplasma pneumoniae*

Conclusion

Il est important de diagnostiquer de façon précoce la survenue d'un STA, car sa prévalence est élevée et potentiellement grave chez les patients drépanocytaires. Le risque de survenue est particulièrement élevé chez les patients connus pour des antécédents de STA. Parallèlement à une surveillance respiratoire rapprochée et au traitement symptomatique, un traitement antibiotique à large spectre, couvrant notamment les bactéries atypiques, est fortement recommandé. Les transfusions ont également des effets prouvés sur l'amélioration du STA constitué, mais aussi sur sa prévention, et l'érythrocytaphérèse, plus efficace en théorie, reste pour l'instant du domaine de recommandations d'experts.

Bibliographie:

- * Syndrome thoracique aigu : une complication grave de la drépanocytose; Dr TARA BOPPa, CAROLINE STEPHANb, KAVEH SAMIib,c et JÉRÔME STIRNEMANNa *Rev Med Suisse* 2018; 14 : 1844-8
- *Clinique et Génétique de la Drépanocytose ; Françoise BERNAUDIN-Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- * Les complications respiratoires de la drépanocytose chez les enfants : le syndrome thoracique aigu
- *Respiratory complications of sickle cell anemia in children : the acute chest syndrome; S. Bertholdt, P.Q. Lê, C. Heijmans, S. Huybrechts, L. Dedeken, C. Devalck, S. Schiffers et A. Ferster – Service d'Hémo-Oncologie, H.U.D.E.R.F