



Série de cas

Pneumopathie varicelleuse de l'adulte: à propos d'une série marocaine de 5 cas

Varicella Pneumonia in Adults: a Report on a Moroccan Series of 5 Cases

S Hachad*¹, S Jebbar¹, A Ouladlahsen¹, F Ihibbane¹, L Marih¹, M Sodqi¹, H Badi¹, K Marhoum El Filali¹

Résumé

La varicelle est une maladie éruptive bénigne, d'origine virale et survenant obligatoirement au cours de l'enfance. Chez l'adulte, elle est généralement rare et d'évolution défavorable vu la dissémination viscérale. La pneumopathie varicelleuse est la complication la plus fréquente et plus sévère même en l'absence d'immunodépression sous-jacente. Nous rapportons 5 cas de pneumopathie varicelleuse hypoxémiant qui étaient majoritairement de sexe masculin (4/5), âgés respectivement de 38, 39, 53, 68 et 70 ans. Le contage familial était rapporté par un patient. Deux patients étaient tabagiques chroniques, un patient traité pour hémopathie maligne et une patiente sous immunosuppresseurs pour greffe rénale. Leur symptomatologie respiratoire était dominée par la toux et la dyspnée, précédée par un exanthème vésiculeux fébrile généralisé. L'évolution était marquée par la survenue de détresse respiratoire aigüe et l'imagerie pulmonaire avait objectivé un aspect en faveur d'une pneumopathie varicelleuse. Le traitement incluait l'aciclovir intraveineux, des soins locaux et l'antibiothérapie vu la surinfection des lésions. L'évolution était marquée par l'amélioration

clinicobiologique de 3 patients, et le décès de 2 patients après transfert en réanimation. Le pronostic est fortement lié à la précocité et à la qualité de la prise en charge et la prévention repose essentiellement sur la vaccination.

Mots-clés : Varicelle, pneumopathie, adulte, imagerie, Aciclovir, Maroc.

Abstract

Chickenpox is a benign eruptive disease of viral origin, which occurs in childhood. In adults, it is generally rare and has an unfavorable outcome due to visceral dissemination. Varicella pneumonia is the most frequent and severe complication, even in the absence of underlying immunodepression. We report 5 cases of hypoxaemic varicella pneumonia, most of them males (4/5), aged 38, 39, 53, 68 and 70 years respectively. One patient reported a family history of the disease. Two patients were chronic smokers, one was being treated for haematological malignancy and one was receiving immunosuppressants for renal transplantation. Their respiratory symptoms were dominated by cough and dyspnoea, preceded by a generalised febrile vesicular exanthema. The

course was marked by the onset of acute respiratory distress, and pulmonary imaging revealed an appearance consistent with varicella pneumonia. Treatment included intravenous aciclovir, local care and antibiotic therapy due to superinfection of the lesions. The course was marked by clinicobiological improvement in 3 patients, and death in 2 patients after transfer to intensive care. The prognosis is strongly dependent on the quality and speed of treatment, and prevention is essentially based on vaccination.

Keywords: Chickenpox, pneumopathy, adult, imaging, Aciclovir, Morocco.

Introduction

La varicelle est une maladie éruptive virale très contagieuse, d'évolution spontanément favorable en une dizaine de jours. Elle est due au virus varicelle zona (VZV) et caractérisée par un exanthème papulo-vésiculeux généralisé, prurigineux et fébrile. Contrairement à l'enfant, la varicelle de l'adulte est rare mais souvent associée à des complications multiviscérales graves voire fatales. L'atteinte pulmonaire est la plus fréquente avec une incidence comprise entre 5 et 50 %, soit un risque 25 fois plus élevé chez l'adulte par rapport à l'enfant [1]. Au service des maladies infectieuses Ibn Rochd de Casablanca 5 cas de pneumopathie varicelleuse (PV) chez des adultes ont été enregistrés parmi les cas de varicelle hospitalisés. Nous décrivons leurs principaux aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

Cas cliniques

Cas n°1 :

Un monsieur de 38 ans, tabagique chronique à 24 PA, avec notion de contagion de varicelle dans l'entourage familial, admis pour un exanthème maculo-vésiculeux généralisé compliqué d'un tableau de détresse respiratoire et des troubles de conscience fébrile. A l'admission le patient avait un score de Glasgow à 12/15, et était hypotherme à 34°C, tachycarde à 110

batt/mn, polypnéique à 40 cycles/mn et désaturait à 79% à l'air libre. Le scanner thoracique avait objectivé des nodules et micronodules diffus au niveau du poumon gauche de disposition centrolobulaire en faveur d'une PV, associé à un foyer d'inhalation lobaire inférieur droit alors que le scanner cérébral était normal. La ponction lombaire avait ramené un liquide clair, avec une hypoglycorachie à 13%, une protéinorachie à 0.92 g/L et une cytologie inférieure à 3 éléments, l'examen direct était négatif et une culture était stérile. La PCR SARS-COV2 était négative et l'hémogramme montrait une hyperleucocytose à 22730/mm³ à prédominance PNN ainsi qu'une CRP élevée à 68mg/L. En dépit de l'instauration du traitement antiviral et d'une antibiothérapie à large spectre, le tableau clinique s'est compliqué d'une défaillance multiviscérale indiquant le transfert au service de réanimation où le patient est décédé quelques jours après.

Cas n°2 :

Une dame de 39 ans, greffée rénale depuis 5 ans et mise sous traitements immunosuppresseurs et corticothérapie à long cours. Admise dans un tableau de pancréatite aigüe stade C survenant au décours d'une éruption vésiculeuse fébrile. A l'admission, la patiente était consciente, fébrile à 39°C, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec une saturation à l'air libre à 97%, une FC à 89 batt/mn, une FR à 18 cycles/mn et une TA à 110/65 mm Hg. La palpation abdominale objectivait une sensibilité épigastrique et l'auscultation pulmonaire était sans anomalie. Biologiquement, la lipasémie était à 40 fois la normale accompagnée d'une cytolysé hépatique modérée et d'un syndrome inflammatoire fait d'une hyperleucocytose à 25000 et une CRP à 132 mg/L. La patiente était mise sous repos digestif, des antalgiques ainsi que sous aciclovir en IV. Quatre jours plus tard elle avait présenté une détresse respiratoire avec au scanner thoracique une pneumopathie interstitielle bilatérale diffuse aux 2 champs pulmonaire compatible avec une pneumopathie varicelleuse. Elle est décédée 2 jours après transfert en unité de soins intensifs.

Cas n°3 :

Un monsieur de 53 ans, tabagique chronique à 40 PA, ayant présenté 12 jours avant son admission une éruption vésiculeuse prurigineuse, associée à des céphalées diffuse en casque et des vomissements alimentaires. L'évolution était marquée par la survenue d'une dyspnée d'aggravation rapidement progressive motivant l'hospitalisation. L'examen clinique objectivait un patient fébrile à 38.7°C, tachycarde à 123 batt/mn, dyspnéique à 28 Cycles/mn avec une SpO₂ à 93% à l'air libre et normotendu à 110/60 mm Hg. Il présentait un exanthème généralisé nécrotique par endroits avec des lésions de grattage, des râles ronflants droits à l'auscultation pulmonaire et sensibilité épigastrique à la palpation abdominale. La radiographie pulmonaire montrait une pneumopathie interstitielle et scanner thoracique un aspect en verre dépoli diffus, emphysème para septal bilatéral, micronodules aux deux lobes inférieurs en faveur d'une PV. Biologiquement, on notait une thrombopénie à 102000/mm³ et une CRP à 7.9 mg/L, le reste du bilan était sans anomalies. Les hémocultures étaient stériles et les sérologies VIH et syphilitique étaient négatives. L'évolution était favorable sous Aciclovir 10mg/kg/8heures et Amoxicilline-acide clavulanique 3g/jour, associés au traitement local.

Cas n°4:

Un monsieur de 68 ans, suivi en hématologie pour leucémie lymphoïde chronique en phase de rémission depuis un an. Hospitalisé pour une éruption cutanée maculo-vésiculeuse diffuse évoluant depuis une semaine dans un contexte d'altération de l'état général, et compliquée la veille de trouble de conscience fébrile. A l'admission, le patient était confus, fébrile à 38.8°C, polypnéique à 30 cycles/mn et saturait à 95% à l'air libre. Les lésions cutanées étaient vésiculeuses nécrotico-hémorragiques généralisées. L'examen neurologique était normal. Le scanner cérébral avait mis en évidence une atrophie cortico sous corticale sus et sous tentorielle et l'examen cyto bactériologique de LCR avait objectivé une pléiocytose à 520 éléments

75% lymphocytaire, hyperprotéïnorachie à 2.6 g/L et normo glycorachie à 0.6 g/L avec un examen direct négatif et une culture stérile. La radiographie thoracique avait montré un syndrome interstitiel. Au bilan biologique, les leucocytes étaient à 6820/mm³ avec une lymphopénie à 990/mm³, la CRP était à 308 mg/L et la PCT à 13.9 g/L, les hémocultures étaient stériles et les sérologies HIV/HVB/HVC et syphilis étaient négatives. Le diagnostic de varicelle multifocale était retenu et le patient était mis sous aciclovir IV. Au cours de l'hospitalisation la symptomatologie clinique s'est aggravée d'une insuffisance respiratoire aigüe incitant la prise en charge en réanimation, toutefois l'évolution était fatale en une semaine.

Cas n°5 :

Un monsieur de 70 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, hospitalisé suite à une éruption vésiculeuse fébrile et prurigineuse remontant à 5 jours. L'atteinte était initialement faciale puis elle s'est étendue au tronc et aux membres, associée à une toux sèche et une dyspnée à l'effort. Cliniquement le patient était conscient, fébrile à 38.9° C, polypnéique à 36 cycles/mn et tachycarde à 132 batt/mn, la TA était à 130/70 mm Hg et la saturation à l'air libre à 97%. L'examen cutané avait objectivé une éruption vésiculeuse généralisée, surinfectée au niveau du visage et responsable d'un œdème palpébral bilatéral avec limitation de l'ouverture de l'œil droit. Le scanner de la face avait objectivé une cellulite faciale droite non collectée et la radio thoracique avait montré un aspect en faveur de pneumopathie varicelleuse. Le bilan inflammatoire, rénal et hépatique étaient corrects, les hémocultures étaient stériles, et la sérologie VIH était négative. Après une bonne amélioration clinique sous aciclovir 10mg/kg/8heures et antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique 3g/jour le patient était déclaré sortant 9 jours ultérieurement.



Figure 1 : éruption varicelleuse généralisé avec quelques lésions nécrotiques chez l'un de nos patients.

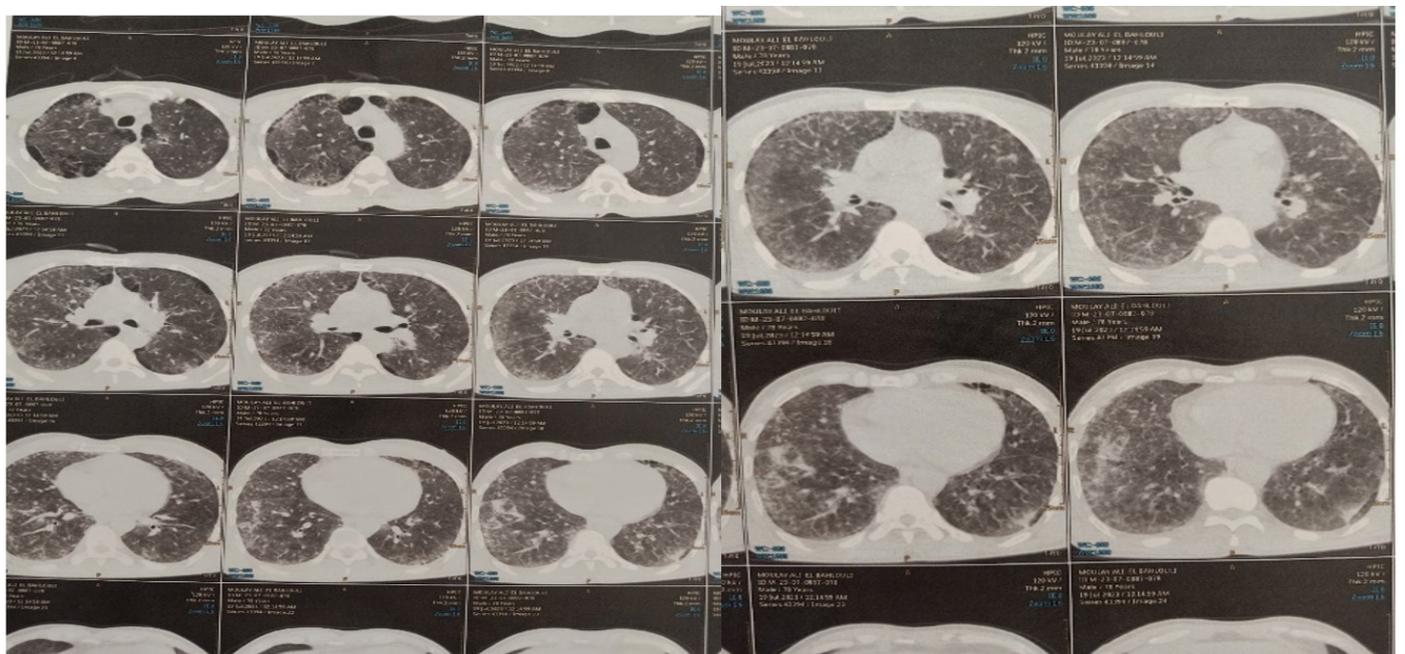


Figure 2 : aspect scanographique d'une pneumopathie interstitielle en faveur d'une pneumopathie varicelleuse chez l'un de nos patients.

Discussion

La varicelle est une infection virale cosmopolite très fréquente correspondant à la primo-infection par le VZV, un virus enveloppé à ADN strictement humain et appartenant à la famille des Herpesviridae [2]. Le nombre annuel de cas de varicelle en France est de 600 000 à 700 000 dont 95 % survenant chez des sujets de moins de 20 ans. La varicelle se manifeste cliniquement par une éruption fébrile papulo-

vésiculeuse prurigineuse évoluant favorablement en 8 à 10 jours [3]. Elle touche avec prédilection l'enfant chez qui elle est exceptionnellement responsable d'atteintes multiviscérales. Chez l'adulte, la varicelle s'accompagne de complications graves dont la PV est la plus fréquente et la plus sévère. Son incidence varie entre 16 et 33 % avec un taux de mortalité dépassant les 20 %, constituant ainsi la cause la plus fréquente de décès chez les adultes atteints de varicelle [4]. La PV survient généralement 1 à 6

jours après l'apparition de l'exanthème et se révèle par une symptomatologie respiratoire d'intensité variable allant d'une toux simple à une insuffisance respiratoire aiguë sévère indiquant le recours à des thérapeutiques agressives. Toutefois, l'atteinte pulmonaire peut précéder l'exanthème dans 11% des cas ou être quasi-asymptomatique et de découverte fortuite lors d'une radiologie thoracique [5]. Les fumeurs sont 15 fois plus susceptibles de développer une PV puisque le tabagisme constitue un facteur de risque majeur, étant donné ses effets délétères sur la clairance mucociliaire bronchique et la qualité de l'activité des macrophages alvéolaires. D'autres facteurs sont associés à un risque accru de PV incluant le contact intime avec une personne infectée, une atteinte cutanée étendue, et les terrains fragilisés à savoir les pathologies respiratoires chroniques, l'insuffisance rénale terminale, les hémopathies malignes, l'infection à VIH et la grossesse [1]. Deux de nos patients étaient tabagiques chroniques, un leucémique, une greffée d'organe et tous avaient des lésions étendues. Sur le plan radiologique, l'imagerie thoracique montre le plus souvent des nodules de 5 à 10 mm de diamètre, de contours nets, éventuellement confluent, et diffus aux deux champs pulmonaires. La présence d'adénopathies hilaires et d'épanchement pleural liquidien est non usuelle sauf chez les immunodéprimés ou en cas de surinfection bactérienne. Le scanner thoracique confirme la présence des nodules pulmonaires qui sont souvent bien limités, diffus et coalescents associés à des images en verre dépoli, en halo autour des nodules ou disséminées en mosaïque. Les anomalies radiologiques se résolvent habituellement une semaine après la disparition de l'exanthème, parfois elles peuvent persister plusieurs mois sous forme de nodules calcifiés prédominants aux bases [6]. Vu l'aspect radiologique typique de la PV, l'endoscopie bronchique est rarement pratiquée, mettant en évidence la présence de lésions endobronchiques vésiculeuses et permettant de réaliser des prélèvements bronchiques à visée microbiologique. Aucun de nos patients n'a pu bénéficier de la fibroscopie bronchique. Le recours à

la confirmation microbiologique que ça soit sur sang périphérique ou sur le liquide des vésicules ne s'avère pas nécessaire en cas de tableau clinico-radiologique typique il est plutôt réserver aux formes douteuses ou au terrain fragilisé à savoir l'immunodépression et la grossesse. La réalisation de la sérologie, la biopsie et le cytodagnostic n'a aucun intérêt pratique. La gazométrie par contre, lorsqu'elle est faite, permet d'évaluer le degré de l'atteinte parenchymateuse [7]. Il n'existe pas de gold-standard pour le diagnostic de PV, de ce fait, il est généralement porté sur l'association d'un exanthème papulo-vésiculeux fébrile compatible avec une varicelle et une atteinte pulmonaire de caractéristiques radiologiques concordantes, sur un terrain à risque, et en l'absence de toute autre cause possible. Selon la conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse, le traitement curatif de la PV repose essentiellement sur l'administration précoce, dans les premières 24h suivant l'apparition du rash cutané de l'Aciclovir, un antiviral efficace sur le VZV administré par voie intraveineuse à raison de 10 mg/kg tous les huit heures pendant une durée de 7 à 10 jours. Il est utilisé avec succès depuis sa première utilisation en 1980 dans la prise en charge de la PV [8]. L'instauration précoce du traitement antiviral permet selon certaines publications une diminution significative de la durée et de la sévérité de la varicelle chez l'adulte immunocompétent. Toutefois, son apport dans la prévention des complications pulmonaires n'a pas été suffisamment démontré [1]. La prise en charge thérapeutique repose également sur l'oxygénothérapie à haut débit, l'antibiothérapie en cas de surinfection bactérienne et les soins locaux. Un traitement symptomatique à base d'antipyrétique et d'antihistaminique afin de contrôler le prurit est aussi prescrit. Selon quelques publications, le recours à la corticothérapie dans les formes grave de PV permet le raccourcissement de la durée d'hospitalisation [9]. Le pronostic est étroitement corrélé à la précocité de la prise en charge. L'évolution clinique et radiologique est souvent rapidement favorable sous antiviral. Toutefois, elle peut être défavorable par la survenue d'œdème lésionnel et de défaillance multiviscérale,

le cas de 3 de nos patients. La prévention contre la varicelle repose sur l'administration d'un vaccin anti-VZV à base de virus vivants atténués. L'académie américaine de pédiatrie recommande depuis 2007 un schéma de 2 doses avec une efficacité variant entre 65 et 100 % et une protection à 80 % contre toutes les formes de varicelle et à 90 % contre les formes graves et compliquée.

Conclusion

La varicelle chez l'adulte, qu'il soit sain ou immunodéprimé, est émaillée de multiples complications pouvant engager le pronostic vital. La PV, de survenue imprévisible, doit être guettée précocement et traitée quasi-systématiquement afin d'éviter toute évolution fatale. La prévention reste cruciale basée avant tout sur la vaccination indiquée à partir de l'âge de 12 mois.

*Correspondance

Hachad Salma

salhachad@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Septembre 2024

1 : Service des Maladies Infectieuses, CHU Ibn Rochd. Université Hassan II. Casablanca. Maroc

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mohsen AH, McKendrick M. Varicella pneumonia in adults. *Eur Respir J*. 2003 May;21(5):886-91. doi: 10.1183/09031936.03.00091803.
- [2] Frangides CY, Pneumatikos I. Varicella-zoster virus pneumonia in adults: report of 14

cases and review of the literature. *Eur J Intern Med*. 2004 Oct;15(6):364-70. doi: 10.1016/j.ejim.2004.06.015.

- [3] Bonmarin I, Ndiaye B, Seringe E, et al. Epidémiologie de la varicelle en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2005;8:30-2.
- [4] Mohsen AH, Peck RJ, Mason Z, Mattock L, McKendrick MW. Lung function tests and risk factors for pneumonia in adults with chickenpox. *Thorax*. 2001;56(10):796-9. doi: 10.1136/thorax.56.10.796.
- [5] Hammami F, Elleuch E, Tlijani A, Lahiani D, Hammami B, Turki H, Jmeaa MB. La pneumopathie compliquant la varicelle: à propos de 17 cas. *Ann Dermatol Venereol*. 2017 Dec;144(12 Suppl).
- [6] Kim EA, Lee KS, Primack SL, Yoon HK, Byun HS, Kim TS, et al. Viral pneumonias in adults: radiologic and pathologic findings. *Radiographics*. 2002;22(Spec No). doi: 10.1148/radiographics.22.suppl_1.g02oc14s137.
- [7] CEDEF. Item 84—Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents: varicelle et zona. *Ann Dermatol Venereol*. 2008;135S.
- [8] 11e conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse de la SPILF : prise en charge des infections à VZV. *Med Mal Infect*. 1998;28(1):1-8.
- [9] Cherif AD, Elloudi S, Chouche M, Barbach Y, Baybay H, Mernissi FZ. Varicella pneumonia: a serious complication of varicella in adults. *Pan Afr Med J*. 2019;32:35. doi: 10.11604/pamj.2019.32.35.18355.

Pour citer article :

S Hachad, S Jebbar, A Ouladlalsen, F Ihibbane, L Marih, M Sodqi et al. Pneumopathie varicelleuse de l'adulte: à propos d'une série marocaine de 5 cas. *Jaccr Africa* 2024; 8(3): 363-368

<https://doi.org/10.70065/24JA83.008L023009>