

## Péricardite aiguë associée à un accès palustre de reviviscence à *Plasmodium ovale*

Coton T<sup>1</sup>, Debourdeau P<sup>2</sup>, Schoenlaub P<sup>3</sup>, Grassin F<sup>4</sup>, Maslin J<sup>5</sup>

1. Service de pathologie digestive, Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille

2. Service de médecine interne, Hôpital d'instruction des armées Desgenettes, Lyon

3. Service de dermatologie, Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, Brest

4. Service de Pneumologie, Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, Brest

5. Laboratoire de biologie, Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, Toulon

*Med Trop* 2011 ; 71 : 79-80

**RÉSUMÉ** • Nous rapportons un exceptionnel cas de péricardite aiguë bénigne associée à un accès de reviviscence palustre à *Plasmodium ovale* survenu à Djibouti chez un militaire de 33 ans aux antécédents de séjours en Afrique de l'Ouest. L'évolution était favorable sous Chloroquine (30 mg/kg sur 6 jours) associée à un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien puis salicylé durant un mois. A un an aucune récurrence n'était survenue. Le paludisme à *Plasmodium ovale* constitue une nouvelle étiologie de péricardite aigue bénigne à laquelle il faut penser chez un patient ayant séjourné en zone d'endémie

**MOTS-CLÉS** • Péricardite aiguë. Paludisme. *Plasmodium ovale*. Djibouti.

### ACUTE PERICARDITIS ASSOCIATED WITH *PLASMODIUM OVALE* MALARIA

**ABSTRACT** • The purpose of this report is to describe a rare case of benign acute pericarditis associated with recurrent *Plasmodium ovale* malaria. It was observed in a 33-year-old soldier who was stationed in Djibouti after serving several previous stints in West Africa. A favorable clinical outcome was achieved using chloroquin (30 mg/kg on 6 days) in association with NSAID followed by salicylates for one month. Re-examination at one year showed no recurrence. This case shows that *Plasmodium ovale* malaria must be considered as a potential etiology for acute benign pericarditis in patients with a history of travel to endemic countries.

**KEY WORDS** • Acute pericarditis. Malaria. *Plasmodium ovale*. Djibouti.

Le paludisme n'est pas une étiologie classique de péricardite aiguë et les cas rapportés sont le plus souvent associés à une insuffisance rénale aiguë dans le cadre d'accès pernecieux à *Plasmodium falciparum*. Nous rapportons une observation de péricardite aiguë bénigne d'évolution rapidement favorable dans un contexte d'accès de reviviscence à *Plasmodium ovale*.

### Observation

Un homme de 33 ans était hospitalisé au Groupement Médico-chirurgical Bouffard à Djibouti (République de Djibouti) en juin 2006 pour un tableau de précordialgies sans irradiation à type de compression thoracique soulagées par le procubitus, non trinitro-sensibles, apparues 12 heures auparavant dans un contexte de fièvre évoluant depuis 72 heures.

Il s'agissait d'un légionnaire sans antécédent familial ni personnel, sans habitude toxique et qui avait déjà effectué plusieurs séjours outre-mer (Djibouti en 2003, 2004 et 2006 ; Côte d'Ivoire en 2004 ; République Centre-Africaine et Gabon en 2005). Il ne suivait aucun traitement.

A l'entrée, il présentait une fièvre à 40°C, son pouls était à 120/mn régulier, la pression artérielle était mesurée à 130/70 mmHg et un frottement péricardique était perçu fugacement.

Le bilan biologique mettait en évidence une thrombopénie à 106 000 plaquettes/mm<sup>3</sup> et un syndrome inflammatoire biologique

(CRP à 60 mg/L). La fonction rénale était normale. Les marqueurs de nécrose cardiaque (troponine Ic, myoglobine) étaient normaux et le demeurait deux heures plus tard.

La radiographie du thorax était normale. L'ECG initial ne montrait que des extrasystoles ventriculaires parfois trigémisées sans trouble de la repolarisation. Trois heures plus tard, apparaissait un sus-décalage du segment ST concave vers le haut en V2 et V3 non modifié par l'administration de trinitrine. L'échographie cardiaque trans-thoracique mettait en évidence un décollement péricardique liquidien minime non compressif prédominant en arrière des cavités droites.

Sur le plan étiologique, les hémocultures répétées, l'examen cytobactériologique des urines demeuraient stériles. La recherche systématique de paludisme par QBC<sup>®</sup>-test associée à un frottis sanguin isolait des trophozoïtes de *P. ovale*.

L'enquête étiologique de la péricardite était négative : IDR à 10 UI de tuberculine, série de trois tubages gastriques à l'examen direct et en culture, anticorps anti-nucléaires, sérologies virales répétées à 15 jours d'intervalle (CMV, EBV, VHB, VHC, VIH, adénovirus, entérovirus, virus coxsackies, maladie de Lyme) ainsi que la recherche d'antistreptodornase et les test TPHA et VDRL.

L'évolution était favorable sous chloroquine (posologie totale de 30 mg/kg sur 6 jours) et Bi-Profénid<sup>®</sup> 300 mg/j avec disparition des précordialgies et de la fièvre en quelques heures. A J4, l'épanchement péricardique n'était plus visible en échocardiographie autorisant une sortie à J5 sous chloroquine et aspirine (3 g/j à posologie dégressive durant un mois).

Le diagnostic de péricardite aiguë bénigne associée à un accès de reviviscence palustre à *P. ovale* était retenu. Aucune récurrence n'est survenue jusqu'en août 2007.

• Correspondance : thierrycoton@msn.com

• Article reçu le 27/09/2010 définitivement accepté le 26/10/2010

## Discussion

La survenue d'une péricardite aiguë au cours d'un accès palustre est un phénomène rare décrit initialement en 1957 et que peu de publications rapportent (1, 2). Certains cas rapportés sont liés à l'insuffisance rénale aiguë dans le cadre d'accès perniciox à *P. falciparum* (2, 3).

Le paludisme ne constitue pas une étiologie classique de péricardite aiguë (4). Pourtant des anomalies asymptomatiques électrocardiographiques sont retrouvées chez 22,7% des malades (5), dont la cause n'est pas univoque, beaucoup de médicaments anti-paludiques induisant des modifications de la repolarisation. Plus précisément, l'étude échocardiographique systématique permet de visualiser l'existence d'un épanchement péricardique transitoire chez 9% des patients atteints d'accès palustres à *P. falciparum* (5).

Notre observation constitue le troisième cas rapporté de péricardite aiguë bénigne associée à un accès palustre simple (1, 2) et la deuxième observation lors d'un accès de reviviscence (*P. ovale* contracté en Afrique de l'Ouest dans notre cas, et *P. vivax* chez Herbeval) (1). Un an après l'épisode aigu, aucune récurrence n'est survenue. Nous n'avons aucune donnée sur le risque de récurrence de la péricardite en cas de nouvel accès de reviviscence palustre et donc sur l'indication de traitement éradicateur vis-à-vis des hypnozoïtes dans cette optique. Toutefois, depuis octobre 2008, le traitement éradicateur par Primaquine est recommandé dès le premier accès de reviviscence (Haut Conseil de la Santé Publique) et aurait donc été indiqué dans notre cas.

L'enquête étiologique de la péricardite aiguë a été aussi exhaustive que possible (bien que de rentabilité discutable et de coût élevé) à Djibouti et elle est négative pour les étiologies classiques, en particulier pour la tuberculose, problème de santé publique sur ce territoire.

En l'absence d'autre cause, la guérison rapide de la péricardite parallèlement à celle de l'accès palustre permet de retenir un lien de causalité lié à l'inflammation systémique générée par le paludisme, l'hypothèse d'une association fortuite étant très improbable.

## Conclusion

Il faut donc ajouter les accès de reviviscence palustres aux étiologies classiques de péricardites aiguës en cas de séjour même ancien en zone d'endémie.

## Références

1. Herbeval R, Cuny G, Larcen A. Dry pericarditis during delayed recurrence of malaria. *Rev Med Nancy* 1957; 82 : 315-9.
2. Kwar Gi, Maayah Jf, Rawashdeh Bt. Analysis of malaria cases among United Nations troops in Sierra Leone. *Saudi Med J* 2003; 24: 881-4.
3. Kohli R, Gulati S, Kapoor A, Singh S. Cardiac tamponade: an unusual complication of *Plasmodium falciparum*-induced acute renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18 : 1678-9.
4. Lange Ra, Hillis Ld. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2004; 351 : 2195-202.
5. Franzen D, Curtius Jm, Heitz W, Hopp Hw, Diehl V, Hilger Hh. Cardiac involvement during and after malaria. *Clin Investig* 1992; 70 : 670-3.



Entrée de l'Hôpital Principal de Dakar © Maistre B.