

COURS DE COLLÈGE 28-10-2011

CAS CLINIQUE 1

**DR EMNA ELLEUCH
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES
CHU HEDI CHAKER- SFAX**

Mr M.M âge = 18 ans

ATCD médicaux: aптоse buccale à répétition

ATCD chirurgicaux : 0

Étudiant , non tabagique, non alcoolique

Pas de contage tuberculeux

03-05-07:

Maux de gorge → Dg: pharyngite

Traité par amoxicilline 2 g/j et paracetamol

08-05-07:

Asthénie, douleur basi-thoracique droite

Fièvre et frisson

Pas de toux, pas de dyspnée

10-05-07:

Examen: état général conservé

$T^{\circ} = 38,2^{\circ}$

TA = 120/70 mmHg

$\Pi = 85$ batt/mn

AC: normale

AP: MV bien transmis

absence de râles crépitant

Gingivo-stomatite et herpès buccal

Lésion eczématiforme du nez

Quels sont les examens complémentaires à demander?



✿ **Une radio thorax (fièvre, frissons, douleur basithoracique)**

✿ **un bilan biologique :**

NFS: GB= 12000 ele/mm³

Hb= 11 g/dl NN

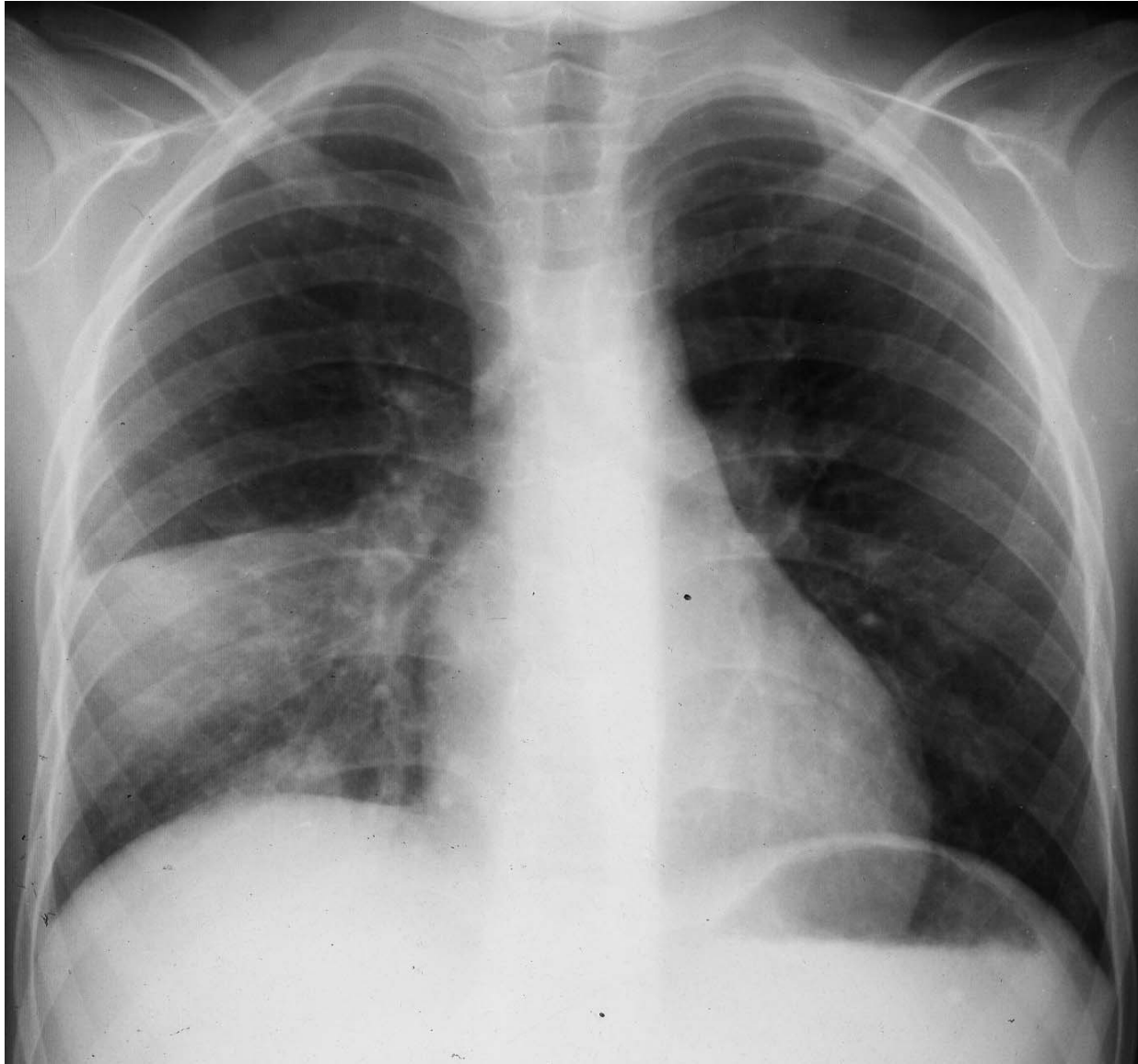
plq= 500.000

CRP = 60 mg/l, VS = 72 mm H1

Transaminases: ALAT/ASAT= 16/12 UI/ml

urée = 4 mmol/l creat= 80 µmol/l

Gmie= 5,7 mmol/l



**Opacité alvéolaire bien systématisée du lobe
moyen droit**

Pas d'épanchement pleural

Quel est votre diagnostic ?

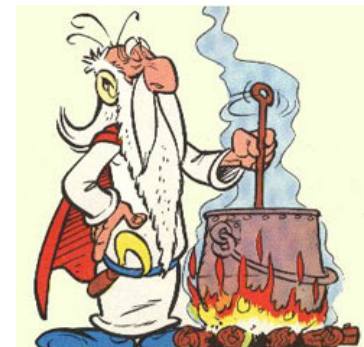


Quels germes évoquez vous?



Illustration: Don Smith

Quelle Antibiothérapie prescrivez vous de première intention ?



**Pneumonie franche lobaire aigue communautaire
chez un adulte présumé sain sans signes de
gravité**

**Germes évoqués: *S.pneumoniae*, les germes
atypiques**



MISE AU POINT Juillet 2010

Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte
Pneumonie aiguë communautaire
Exacerbations de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

Tableau 2 : Eléments d'orientation diagnostique des Pneumonies Aiguës Communautaires

Eléments en faveur du pneumocoque

- agent étiologique le plus fréquent chez le sujet ≥ 40 ans et/ou avec co-morbidité(s) associée(s) ;
- début brutal ;
- fièvre élevée dès le premier jour ;
- malaise général ;
- point douloureux thoracique ;
- opacité alvéolaire systématisée ;
- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

Eléments en faveur des bactéries « atypiques »

- contexte épidémique (notamment pour *Mycoplasma pneumoniae*) ;
- début progressif en 2 à 3 jours.

Eléments en faveur d'une légionellose

- contexte épidémique ou « situation à risque » (voyage, thermes, exposition à de l'eau en aérosol contaminée...) ;
- co-morbidité(s) fréquente(s) ;
- tableau clinique évocateur (1/3 des cas) avec pneumonie d'allure sévère, début progressif, sans signe ORL, pouls dissocié, atteinte souvent bilatérale ;
- présence de signes extra-thoraciques : digestifs (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée), neurologiques (troubles de la conscience, céphalées, myalgies) ;
- échec des Bêta-lactamines actives sur le pneumocoque.

Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité

	Premier choix <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	Echec à 48 h
Sujet présumé sain, sans signe de gravité <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télichromycine ² Hospitalisation si deuxième échec
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »³	Amoxicilline ou pristinamycine ou télichromycine ²	FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télichromycine ² Hospitalisation si deuxième échec Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique**
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »³</i>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télichromycine ² Hospitalisation si deuxième échec
Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité [sujet âgé en institution cf .Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou ceftriaxone*	Hospitalisation

* IV, IM ou SC, si voie orale impossible

** Hospitalisation : la pristinamycine et la télichromycine étant actives sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec doit conduire à une réévaluation diagnostique et thérapeutique

Evolution:

- **apyrexie de 48h puis reprise de la fièvre et frisson**
 - **Examen clinique : T° = 38,5**
toujours pas de râles crépitant
le reste de l'examen est normal
 - **Un bilan biologique et une radio thorax ont été demandé**
- Biologie: GB: 9000 ele/mm³ , CRP à 52 mg/l**



Quelle est votre CAT vis à vis l'antibiothérapie?

Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité

	Premier choix <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	Echec à 48 h
Sujet présumé sain, sans signe de gravité <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télichromycine ² Hospitalisation si deuxième échec
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »³	Amoxicilline ou pristinamycine ou télichromycine ²	FQAP (lévofloxacine)¹ ou pristinamycine ou télichromycine² Hospitalisation si deuxième échec
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »³</i>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télichromycine ² Hospitalisation si deuxième échec
Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité [sujet âgé en institution cf. Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou ceftriaxone*	Hospitalisation

* IV, IM ou SC, si voie orale impossible

** Hospitalisation : la pristinamycine et la télichromycine étant actives sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec doit conduire à une réévaluation diagnostique et thérapeutique

L'amoxicilline a été arrêtée. Le patient a été mis sous pristinamycine 3g/j VO. Une sérologie des germes atypiques a été demandée

Il a été réévalué à 48 h de traitement → persistance de la fièvre avec un examen clinique normal

Quelles sont les hypothèses d'échec de l'antibiothérapie ?



- **Mal observance du traitement**
- **Une complication de la pneumonie: pleurésie ,
abcès**
- **Infection à *S.pneumoniae* résistant à la
pénicilline**
- **Une infection à autres germes banals (staph,
BGN)**
- **Une infection à germes spécifique: TBC,
actinomyose**

On a décidé d'hospitaliser le patient.

**Quels examens complémentaires demandez vous
et quelle serait l'antibiothérapie à prescrire?**

- HC

- Une radio thorax

- 2^{eme} Sérologie des germes atypique sachant que la première était négative

-Bilan de la TBC: RBK dans les crachats et IDR à la tuberculine



**Le patient a été traité par céfotaxime 3g/ j IV.
HC (-); 2eme sérologie des germes atypiques(-)
RBK dans les crachats (-); IDR (-)
Évolution: apyrexie après 72 h**

**Bilan biologique de contrôle : CRP = 3.8
VS = 92 mm H1**

**Radio thorax de contrôle: persistance du même
foyer alvéolaire**

La durée du traitement : 14 j

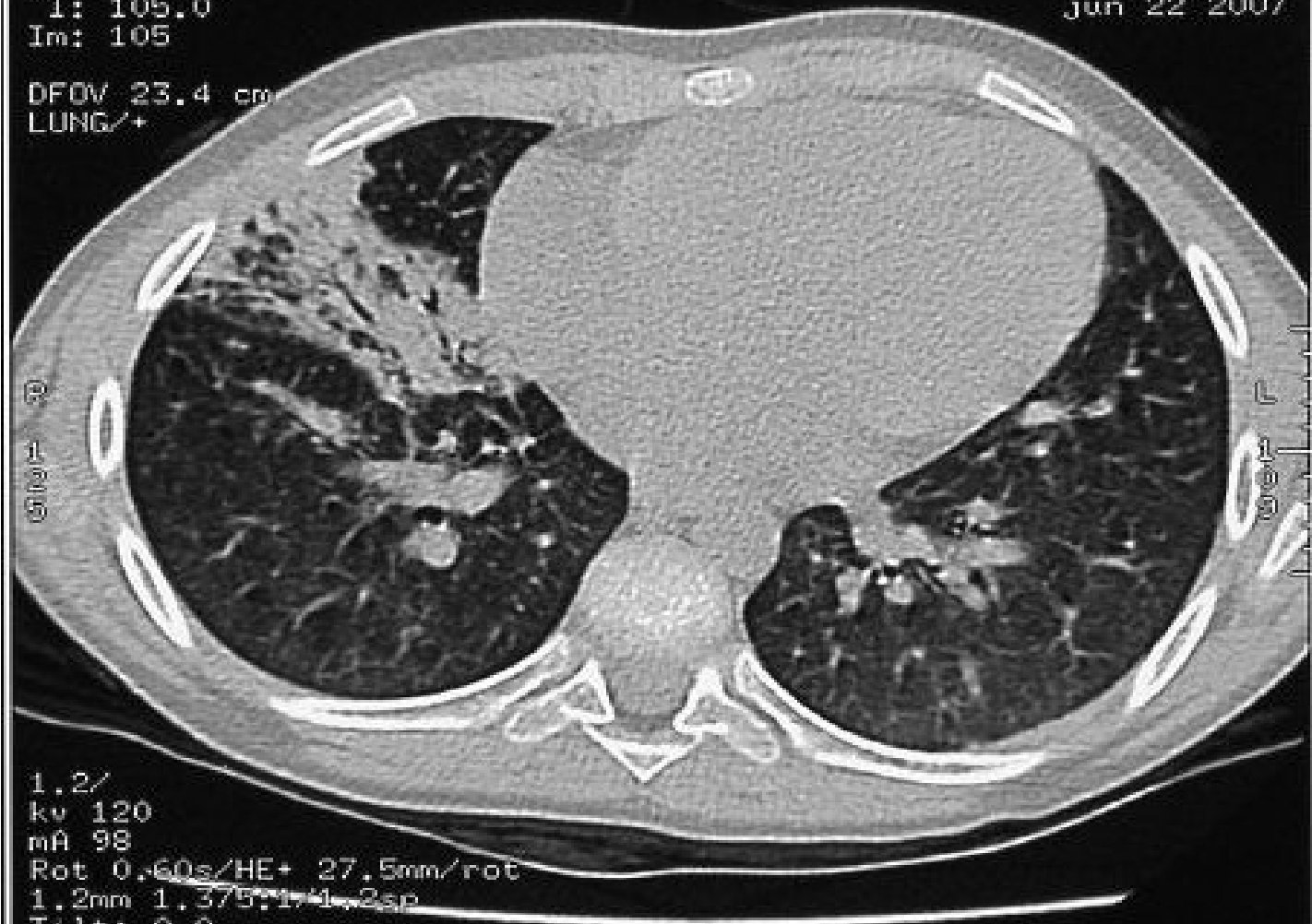
Devant cette pneumopathie trainante chez un sujet jeune présumé sain , avec un aspect du foyer inchangé sur les radio thorax, une TDM thoracique a été pratiquée

Axial
Ex: 5365
Se: 3
I: 105.0
Im: 105

Sec. Radio CHU H. BOURGUIBA Sfax
A 96

jun 22 2007

DFOV 23.4 cm
LUNG/+



1.2/
kv 120
mA 98
Rot 0.60s/HE+ 27.5mm/rot
1.2mm 1.375:1:1.2sp
Tilt: 0.0
10:06:20
W = 1500 L = -350

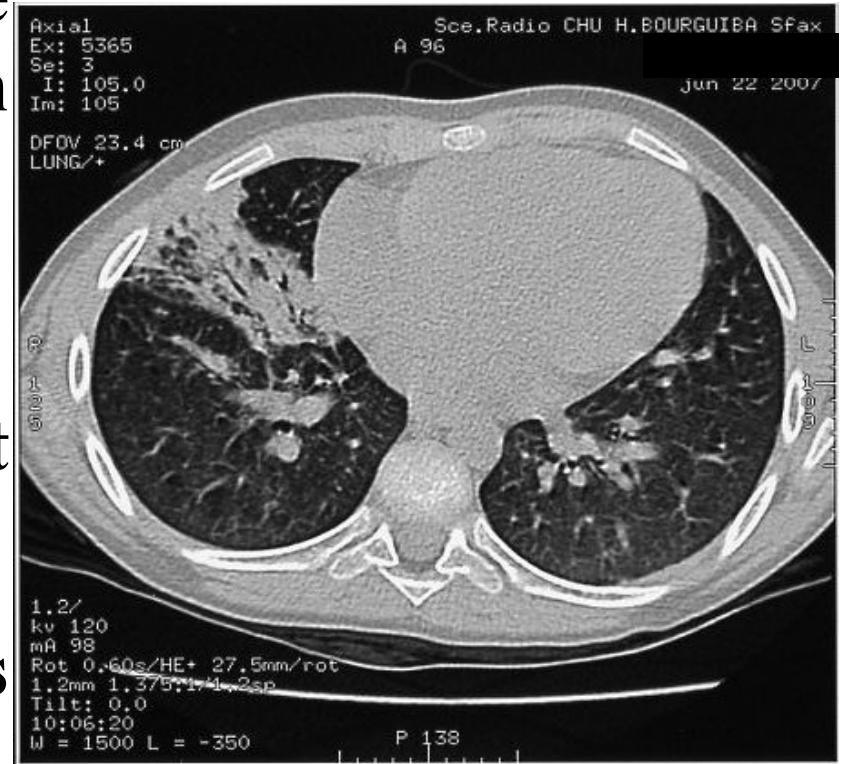
P 138

Bronchectasie de type tubulaire du lobe moyen droit

Syndrome alvéolaire

Absence d'épanchement pleural

Absence d'adénopathies médiastinales



Le patient a été suivi régulièrement en consultations externes.

Il a été asymptomatique durant 6 mois avec aux radiographies de contrôles une amélioration du foyer de pneumonie



En janvier 2008:

- Le patient a présenté une récurrence de sa pneumonie (fièvre, frissons, toux)
- Rx thorax: pneumonie franche lobaire aigue du lobe moyen et inf droit
- TDM thoracique: condensation parenchymateuse du lobe moyen et inférieur droit en rapport avec un foyer de pneumonie
- Pristinamycine 3 g/j VO pendant 14 j avec bonne évolution clinique



Mars 2008:

Il a reconsulté dans un contexte de fièvre prolongée associée à une douleur basi-thoracique droite et une tuméfaction axillaire droite

Examen clinique:

tuméfaction de la région axillaire droite de 2 à 3 cm de diamètre rénitente → la ponction a ramené du pus franc qui a été adressé pour examen bactériologique et mycologique

Une TDM thoracique a été pratiquée:

opacité systématisée du lobe inférieur droit, bronchogramme aérien

Zones hypodenses et extension vers la paroi basi-thoracique qui est le siège d'une petite collection

Le tout évoque soit une TBC soit une actinomycose



- Le prélèvement de pus:

examen bactériologique: négatif

RBK dans le pus: négative

Examen mycologique: culture + à *Aspergillus fumigatus*

- Sérologie aspergillaire +

Antigenémie aspergillaire -

- Le diagnostic d'une aspergillose pulmonaire a été porté et le patient a été traité par voriconazole pendant 24 semaines

Une TDM thoracique de contrôle faite à l'arrêt du traitement a montré une régression nette du foyer de condensation alvéolaire basal droit



Au total

Tableau de pneumonie récidivante et épisode d'aspergillose pulmonaire chez un sujet jeune sans antécédents particuliers

→ Déficit immunitaire ?

- **Sérologie VIH: négative**
- **EPP: normale**
- **C3, C4, CH50: normaux**
- **Dosage pondéral des Ig: normal**
- **Étude de la fonction des cellules immunitaires:**

Tests d'exploration fonctionnelle du polynucléaire étaient en faveur d'une granulomatose septique chronique

La granulomatose septique chronique (GSC) familiale

- Un déficit immunitaire primitif, rare d'origine génétique**
- Un dysfonctionnement de la NADPH oxydase
→ défaut du métabolisme oxydatif des PNN,
monocytes, macrophages et éosinophiles**

- **Révélation: habituellement avant l'âge de 5 ans
rarement à l'âge adulte**
- **Se caractérise par des infections bactériennes et fongiques répétées, la formation de granulomes et une atteinte poly viscérale**

Présentations cliniques

- **Dans la majorité des cas: épisodes infectieux à répétition depuis l'enfance**
- **Grande variété des organes atteints + +**
- **micro-organismes:**
 - **Bactéries: staph aureus +++, entérobactéries**
 - **agents fongiques (Aspergillus 33% des infections → aspergillose pulmonaire invasive)**

1/ L'infection pulmonaire:

- Fièvre, toux, dyspnée**
- Discordance radio clinique:**
 - Pauvreté des signes cliniques // importance et variété des signes radiologiques (pneumopathies, abcès, infiltrats réticulonodulaires, miliaires, épanchements pleuraux...**
 - TDM thoracique indispensable: extension de l'infection (plèvre, paroi thoracique, rachis, diaphragme)**

Germes: *staph aureus*, entérobactéries,
mycobactéries, *aspergillus*, *nocardia* ,
pneumocoque

2/ Autres atteintes viscérales

- Atteinte cutanée (lésions eczématiformes suintantes, pyodermites, acné, folliculites)
- Atteinte ostéo-articulaire: associée ou non à une pneumopathie
- Atteinte ganglionnaire: fréquente
- Abscessus hépatique récurrent

- Autres: sinusites, otites, abcès dentaires, inflammation chronique des muqueuses, infections neuro-meningées

Diagnostic biologique:

Diagnostic fonctionnel, diagnostic biochimique, génétique

Traitement:

-Traitement des infections aiguës: antibiotiques et antifongiques

- Chimio prophylaxie antifongique et anti bactérienne +++

TMP-SMX (ciprofloxacine en alternative)

Itraconazole

INF gamma: si persistance des épisodes infectieux malgré TMP-SMX

Le seul traitement curatif: greffe de moelle osseuse

MERCI