

**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°= 38,2°**

**TA= 120/70 mmHg**

**Π = 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/mm<sup>3</sup>**

**Hb= 11 g/dl NN**

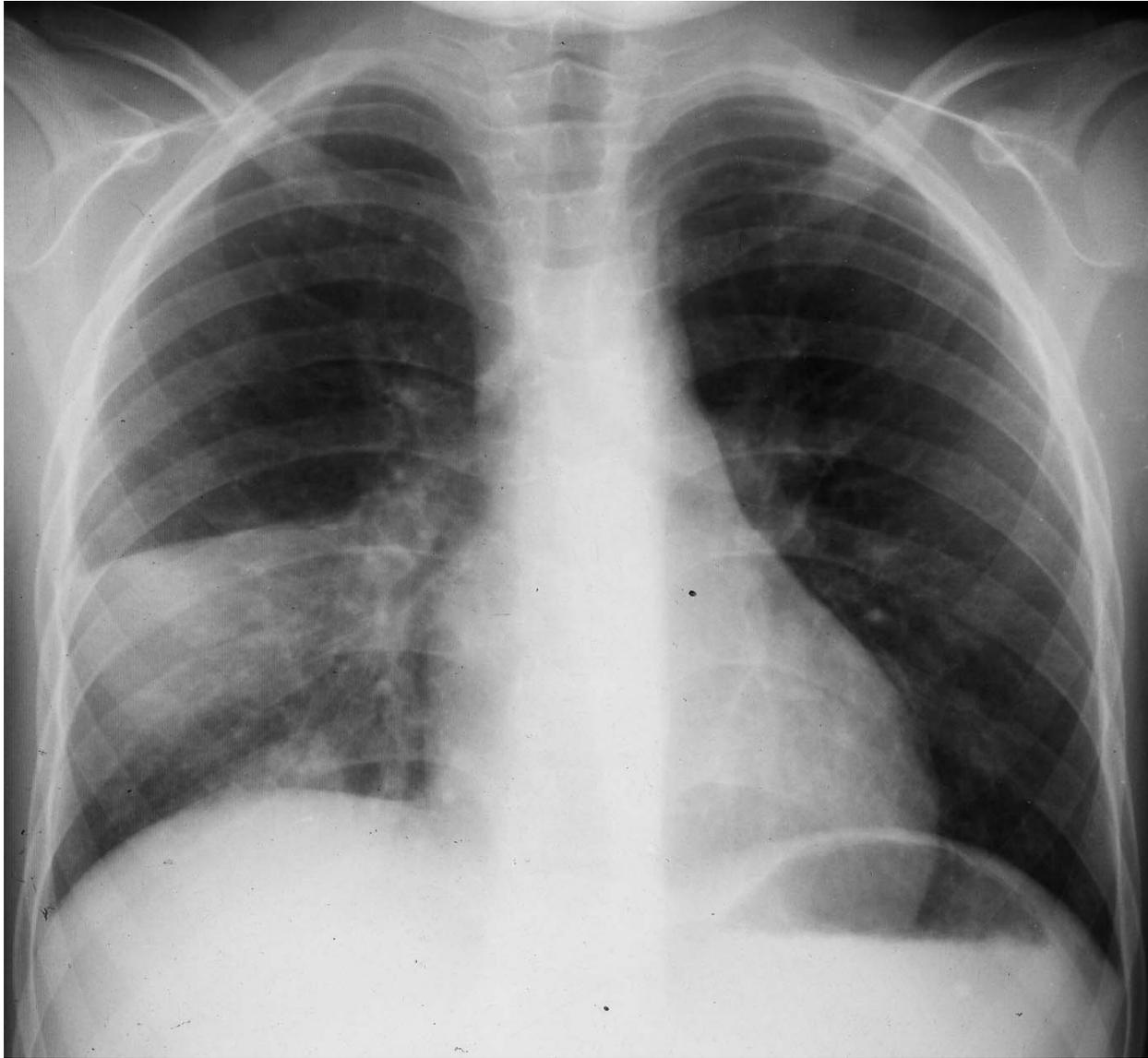
**plq= 500.000**

**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 ?**

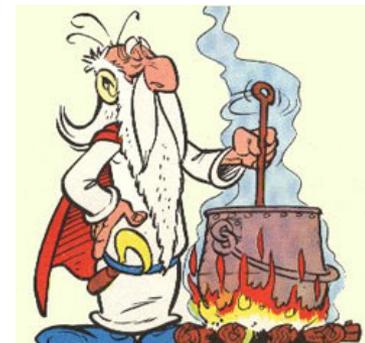


**Quels germes évoquez vous?**



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  $\geq 40$  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**

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

\* 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 :  $T^{\circ} = 38,5$   
   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/mm<sup>3</sup> , 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**

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

\* 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<sup>eme</sup> 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**

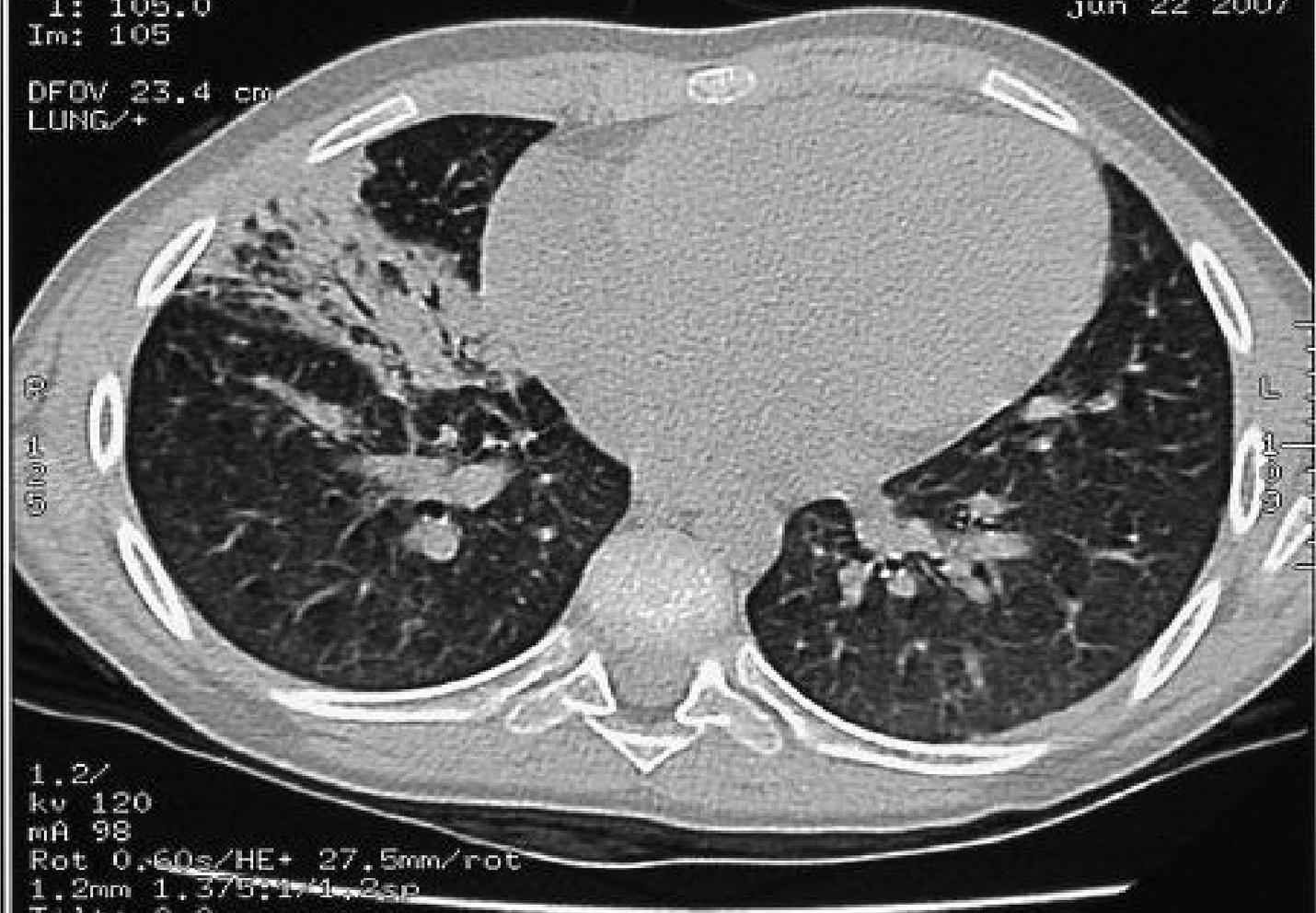
**Devant cette pneumopathie trainante chez un sujet jeune présumé sain , avec un aspect du foyer inchangé sur les radio thorax, une TDM thoracique a été pratiquée**

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

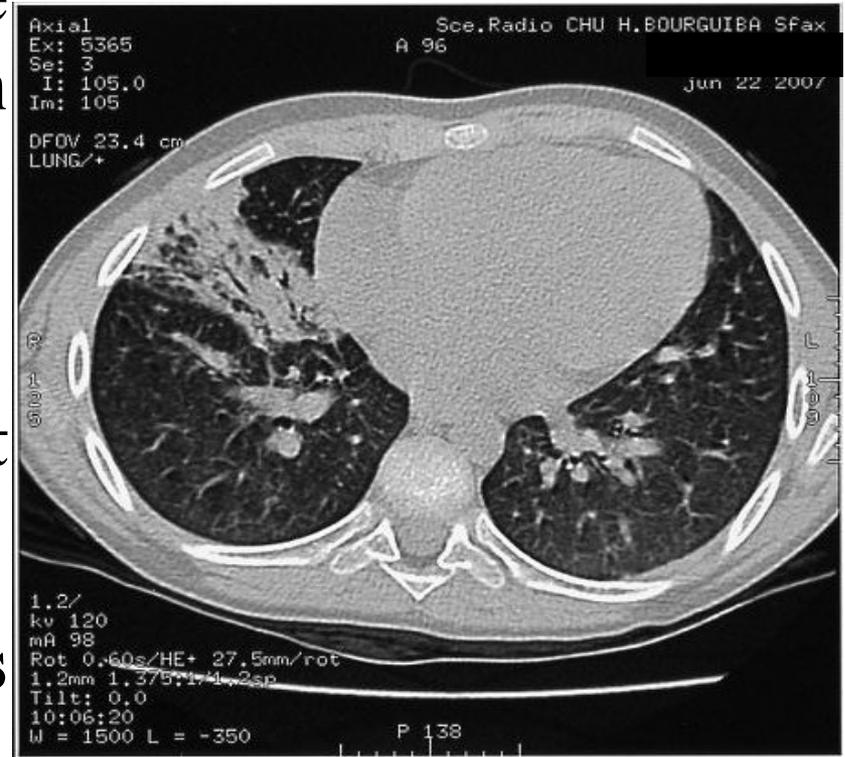
P 138

**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:**

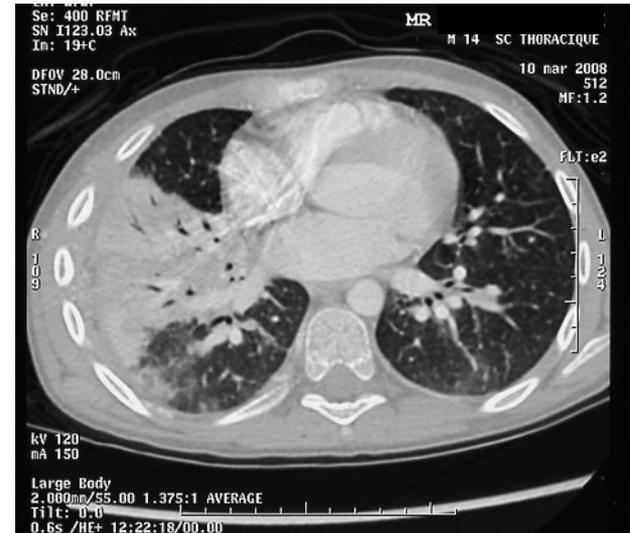
**tuméfaction de la région axillaire droite de 2 à 3 cm de diamètre rénitente → la ponction a ramené du pus franc qui a été adressé pour examen bactériologique et mycologique**

**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**