

P1- Profil épidémiologique et bactériologique des sepsis sur prothèse articulaire: analyse d'une série de 41 cas.

M. Zouari, O. Bouallègue, M. Mseddi, N. Boujâaafar.

Laboratoire de microbiologie, Hôpital Sahloul, Sousse
Service d'orthopédie et traumatologie Sahloul, Sousse

Introduction: Une des complications les plus importantes pouvant faire suite à l'implantation d'une prothèse articulaire est l'infection péri-prothétique, même si la survenue d'une telle complication reste rare, la morbidité qui lui est associée est importante avec un résultat fonctionnel souvent dégradé.

Matériel et méthodes: Nous rapportons une étude descriptive et rétrospective portant sur 41 cas de sepsis sur prothèse (23 PTG et 18 PTH) colligés au service de traumatologie et d'orthopédie de Sahloul sur une période de 10 ans allant de 2000 à 2009. Sur la même période il a été réalisé 734 PTG et 457 PTH.

Résultats: l'incidence globale était de 3,5%, 4% pour prothèse totale de la hanche(PTH) et 3,1% pour prothèse totale de genou. Notre série se compose de 20 hommes et 21 femmes avec sex-ratio de 0,95, l'âge moyen au moment de la prise en charge était de 67 ans avec des extrêmes d'âge de 23 ans à 83 ans. En adoptant la classification de Tsukayama: 12 sepsis étaient précoces, 24 tardifs et 5 infections aiguës hémotogènes dont deux à porte d'entrée cutanée: érysipèle, une à porte d'entrée dentaire, une urinaire et une autre digestive: fistule anale. La majorité des germes isolés était monomicrobienne 80% (33 cas) avec prédominance des cocci Gram positif 60%(23 cas) essentiellement le *Staph métiS* 25% des cas suivi de streptocoques 19,5% des cas. L'isolement des germes a été fait par les méthodes usuelles et on n'a pas eu recours à la biologie moléculaire dans aucun cas.

Conclusion: Malgré l'amélioration des techniques d'intervention et de prise en charge le risque de survenue d'infection reste encore non négligeable et difficile à traiter et requière une prise en charge multidisciplinaire.

P2- Profil des infections sur matériel orthopédique à l'hôpital Charles Nicolle

H. Soltani, I. Boutiba-Ben Boubaker, M. Saidani, R. Ghazzi, A. Kammoun, A. Slim

Laboratoire de Microbiologie de l'EPS Charles Nicolle

L'infection d'un matériel orthopédique (IMO) constitue pour le patient un drame à l'origine d'une morbidité difficilement acceptable pour un acte à visée fonctionnelle pouvant parfois mettre en jeu le pronostic vital. La prise en charge de ces infections est double visant à éradiquer l'infection et restaurer la fonction du membre atteint. Cependant, une antibiothérapie empirique inadaptée risque de conduire à un échec thérapeutique par la sélection de mutants résistants. Afin de mieux guider l'antibiothérapie de première intention, cette étude prospective visant à établir une carte des germes responsables d'IMO au service d'orthopédie de l'hôpital Charles Nicolle a été menée sur une période d'une année (Juin 2008 -Mai 2009). Au cours de cette période, 17 prélèvements sur matériel orthopédique étaient à culture positive. Les matériels recensés étaient des prothèses articulaires (n=2), des plaques (n=5), des vis (n=2), des broches (n=2) et des matériels d'ostéosynthèse (n=6).

L'âge moyen de nos patients était de 48 ans avec un Sex ratio de 1,4. L'infection était précoce chez 11 parmi eux (délai d'installation inférieur à 1 mois). Il s'agissait d'infections aiguës, associant une douleur violente et des signes généraux marqués. Dans les 6 cas restants, l'infection était tardive, d'évolution torpide où la symptomatologie ne s'est complétée que très lentement (2 mois à 9 mois). Un ou plusieurs facteurs de risque ont été trouvés dans 4 cas: obésité (n=1), diabète (n=2), état immunodépressif (n=2). Une antibiothérapie antérieure a été notée chez 5 patients. L'évolution était favorable dans 13 cas, traînante sans amélioration du tableau septique malgré de multiples reprises chirurgicales dans 2 cas et fatale dans un cas.

L'infection était polymicrobienne chez 6 patients. 24 germes ont été isolés. Les entérobactéries occupaient la première place (n=15), suivies par les

staphylocoques (n=5) et les bacilles à Gram négatif non fermentaires (n=3). *Streptococcus pyogenes* était isolé dans un seul cas.

La résistance des entérobactéries était de 53,33% pour les céphalosporines de 3^{ème} génération et la gentamicine, de 33,33% pour l'amikacine et de 60% pour la ciprofloxacine. Concernant les staphylocoques, toutes nos souches étaient sensibles à la méticilline, aux glycopeptides, à la gentamicine et à la ciprofloxacine. Parmi les 3 bacilles à Gram négatif non fermentaires, 2 étaient résistants à tous les antibiotiques testés, sauf la colistine.

L'épidémiologie des IMO dans notre service d'orthopédie est dominée par les bacilles à Gram négatif. La prise en charge de ces patients doit être pluridisciplinaire associant orthopédistes, microbiologistes et infectiologues.

P3- Sepsis sur prothèse totale de la hanche: à propos d'une série de 18 cas

M. Zouari, O. Bouallègue, M. Mseddi, N. Boujâaafar.

Laboratoire de microbiologie Sahloul, Sousse

Introduction: La chirurgie de la prothèse de la hanche est un des actes chirurgicaux les plus répandus, bien que cette intervention s'accompagne d'excellents résultats fonctionnels, elle n'est pas dénuée de risques généraux et spécifiques dont le sepsis sur PTH qui est une complication rare mais suffisamment grave.

Matériel et méthodes: il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 18 cas de sepsis sur PTH durant une période de 10 ans (2000-2009) et ayant pour but de déterminer le profil épidémiologique et la prise en charge médicale et chirurgicale.

Résultats: il s'agissait de 18 patients à prédominance masculine que féminine 10/8 dont l'âge moyen est de 65 ans avec des extrêmes de 33 à 83ans. Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées isolées ou associées sont le diabète 5 cas dont 4 cas DID et un autre DNID; l'hypertension artérielle: 5 cas ainsi que le rhumatisme inflammatoire chronique dans 3cas (deux PAR et une SPA) sous traitement.

Dans notre série, l'antibiothérapie était constante, empirique au début et adaptée à l'antibiogramme après. Tous nos patients ont eu une antibiothérapie double à large spectre, par voie parentérale;

La prise en charge chirurgicale a posé beaucoup de problèmes, ceci explique notre conduite rarement univoque. Le traitement conservateur a été pratiqué chez 12 patients, le remplacement de prothèse en un seul temps a été fait dans 2 cas alors que celui en 2 temps dans 8 cas dont 4 après échec du traitement conservateur. Tout ceci était réalisé à ciel ouvert en reprenant la même voie d'abord.

Conclusion: Tous les auteurs sont d'accord sur le caractère grave du sepsis sur prothèse totale de la hanche qui complique une chirurgie fonctionnelle. Les chances de guérison dépendent de la précocité de prise en charge qui est urgente.

P4- L'ertapénème dans les infections sur matériel d'ostéosynthèse

W. Ben Saâda, Ch. Marrakchi, D. Lahiani, T. Hachicha, B. Hammami, I. Maâloul, M. Ben Jemâa

Service des maladies infectieuses du CHU H. Chaker, Sfax

Introduction: L'infection sur matériel d'ostéosynthèse impose souvent l'ablation du matériel infecté et une antibiothérapie prolongée à bonne diffusion osseuse. Nous rapportons un cas d'infection sur matériel d'ostéosynthèse d'évolution favorable sous Ertapénème malgré le maintien du matériel en place.

Observation: Il s'agit d'un homme de 44 ans, ayant subi en 1996 une laminectomie T10-T11 et une exérèse d'un kyste hydatique (KH) vertébral à ce niveau. Il a été réopéré en 2003 pour de multiples KH para-vertébraux dorso-lombaires et du psoas droit avec une pleurésie hydatique droite. Une thoraco-phréno-laparotomie avec ablation des kystes était nécessaire ainsi qu'une corporectomie partielle T11-T12-L1 et une ostéosynthèse de stabilisation rachidienne. Cette chirurgie s'est compliquée de volumineux abcès pleural droit et du psoas droit à *Serratia marcescens*, ayant nécessité un drainage et une antibiothérapie. En 2005, il a été repris pour une récurrence d'un KH étalé sur la face dorsale du cordon médullaire en regard de T10. Aucune récurrence hydatique rachidienne n'a été constatée après un an de traitement par Albendazole. Sept ans après l'ostéosynthèse, une

fistule cutanée basi-thoracique droite est apparue, laissant sourdre du pus dont la culture a isolé une souche de *Serratia marcescens* multi-résistante. Le bilan lésionnel a conclu à une pleurésie enkystée de faible abondance avec une infection du matériel d'ostéosynthèse. L'ablation du matériel était impossible vu le risque d'instabilité rachidienne. L'évolution après 2 mois de traitement par Ertapénème (1g / jour), était rapidement favorable sur le plan clinique et radiologique avec un recul de 9 mois.

Conclusion: Notre étude illustre que les infections sur matériel étranger à *Serratia marcescens* peuvent se révéler tardivement après sa mise en place. Nous notons une efficacité de l'Ertapénème dans cette indication et ceci malgré le maintien du matériel en place. Seule l'absence de rechute ultérieure nous confirmera l'efficacité de notre attitude.

P5- Les CTX-M-15 sont aussi les BLSE isolées des entérobactéries multirésistantes responsables d'infections sur implants orthopédiques

F. Louati, B. Mnif, S. Ktari, R. Haj Kacem, S. Mezghani, F. Mahjoubi, H. Keskes, A. Hammami.

Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax
Service d'orthopédie CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction: Les infections sur implants orthopédiques sont le plus souvent associées aux cocci à Gram positif. L'isolement de bacilles à Gram négatif particulièrement multirésistants dans ce contexte traduit en général un défaut d'hygiène hospitalière. Nous rapportons dans ce travail 3 cas d'infections sur implants orthopédiques dues à des entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE).

Patients et méthodes: L'étude a porté sur 3 cas d'infection sur implant orthopédique parmi 60 recensés au CHU Habib Bourguiba Sfax entre Janvier 2006 et Décembre 2010. Le type de BLSE a été caractérisé par PCR-séquençage. Les données cliniques ont été recueillies en consultant les dossiers du service d'orthopédie.

Résultats: Il s'agit de 3 sepsis sur matériel orthopédique, 2 à *Enterobacter cloacae* et un à *klebsiella pneumoniae* producteurs de BLSE. Les 3 souches étaient isolées à partir de prélèvements peropératoires entre 2007 et 2008.

Les 3 infections se sont déclarées précocement dans le mois qui a suivi la mise en place de 2 synthèses rachidiennes et d'une plaque vissée du fémur.

Plusieurs facteurs favorisant l'infection du matériel prothétique ont été relevés à savoir la durée longue des 3 opérations dépassant les 4 heures, un séjour en réanimation précédant l'intervention, un retard de cicatrisation chez une patiente ayant un diabète mal équilibré et la survenue d'une septicémie postopératoire.

Les 3 souches étaient productrices de BLSE de type CTX-M-15 et multirésistantes aux antibiotiques. Les 3 patients ont été traités par drainage chirurgical associé à une antibiothérapie à base d'imipénème, colimycine plus ou moins amikacine. L'évolution était favorable pour un seul patient. La persistance de l'infection pour le 2^{ème} cas et sa rechute tardive après une année dans le 3^{ème} cas ont nécessité l'ablation du matériel prothétique aboutissant à une guérison tardive.

Conclusion: Les entérobactéries BLSE ont été exceptionnellement incriminées dans les sepsis sur matériel dans la littérature et sont généralement responsables d'échec thérapeutique aboutissant à l'ablation du matériel prothétique. La survenue de 3 sepsis sur implants orthopédiques à entérobactéries productrices de BLSE de type CTX-M-15 reflète la diffusion de ce type de BLSE dans notre hôpital. Le fort potentiel épidémique des CTX-M-15 a été affirmé mondialement imposant ainsi d'améliorer notre hygiène hospitalière pour limiter leur diffusion.

P6- Apport des nouvelles techniques d'imagerie dans le diagnostic des infections sur matériel d'ostéosynthèse et les prothèses a propos de 8 cas et revue de la littérature

Y. Agrébi, M. Dhifallah, S. Ben Aicha, A. Ben Abdallah, N. Achour Arifa, K. Tlili

Service de radiologie, hôpital Sahloul

Objectif: Illustrer l'apport des nouvelles techniques d'imagerie dans le diagnostic des infections sur matériel d'ostéosynthèse et les prothèses.

Patients et méthodes: Etude rétrospective comportant 8 observations de patients des deux sexes. L'âge moyen était 40 ans. Le tableau clinique était dominé par la palpation de tuméfactions péri-articulaires dans 4 cas, une douleur osseuse et une fièvre dans 2 cas, et un placard inflammatoire dans 1 cas.

Résultats: Les radiographies standards ont objectivé une condensation réactionnelle dans 5 cas, une ostéolyse dans 3 cas et une périostite chronique dans 2 cas. L'échographie des parties molles a mis en évidence un épanchement intra-articulaire dans 2 cas. La TDM _HR a confirmé l'atteinte osseuse en montrant une périostite active dans 3 cas, une érosion dans 2 cas, un séquestre osseux dans 1 cas et des collections abcédées dans 2 cas.

Conclusion: Dans notre série d'infection sur matériel d'ostéosynthèse, l'échographie et la TDM comme complément à la radiographie standard ont démontré leurs sensibilités à détecter et caractériser les atteintes osseuses et des parties molles.

P7- Erysipèle sur prothèse ostéo-articulaire: à propos de 3 cas

W. Madhi, R. Battikh, L. Métoui, I. Gharsallah, J. Labidi, S. Zriba, F. Ajili, H. Ghedira, F. M'sadek, B. Louzir, N. Ben Abdelhafidh, S. Othmani.

Service de Médecine Interne - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction: Les prothèses ostéo-articulaires pourraient jouer un rôle favorisant dans la survenue de l'érysipèle ainsi que dans sa récurrence.

Observations: Il s'agissait de 3 femmes âgées en moyenne de 67 ans (63-72 ans) hospitalisées pour érysipèle du membre inférieur entre 1998 et 2010. Les facteurs de risques étaient un diabète (2 cas), une obésité (3 cas), des varices au niveau des jambes (1 cas), un lymphoedème (1 cas) et des antécédents d'érysipèle (2 cas). Le siège de la prothèse insérée était la hanche (2 cas) et le genou (1 cas). Le délai entre la date de la mise en place de la prothèse et la première poussée d'érysipèle variait de 1 à 2 ans. A l'admission, toutes les patientes étaient fébriles. Le placard érythémateux avait intéressé la jambe (3 cas) et la cuisse (1 cas). La porte d'entrée était un intertrigo inter orteils (3 cas) et une plaie traumatique du pied (1 cas). L'hyperleucocytose et le syndrome inflammatoire biologique étaient constants. Les hémocultures étaient négatives (3 cas). L'écho doppler des membres inférieurs était normal (3 cas). Sous pénicilline G (20 MU/J) pendant une durée moyenne de 15 j associée à la pristinamycine (3 g /j) dans 1 cas, l'évolution était favorable. Une antibioprophylaxie par benzathine-pénicilline a été indiquée dans tous les cas. Après un recul d'un an, aucune récurrence d'érysipèle n'a été constatée pour deux patientes.

Conclusion: La prothèse ostéo-articulaire constitue un facteur de risque d'érysipèle dont il faut tenir compte aussi bien dans la prévention primaire (traitement des portes d'entrée, lutte contre les facteurs favorisants) que secondaire (traitement adéquat de la première poussée, antibioprophylaxie).

P8- Une staphylococcie disséminée grave à *S. aureus* méticilline résistant sécrèteur de Leucocidine de Panton-Valentine (LPV)

S. Ben Kahla¹, H. Damak¹, S. Mezghani², M. Bahloul¹, M. Koubaa², K. Chtara¹, H. Chelly¹, L. Hargafi¹, An. Chaari¹, H. Kallel¹, Ch. Ben Hamida¹, A. Hammami², M. Bouaziz¹

1-Service de réanimation polyvalente. CHU H. Bourguiba – Sfax

2-Service de microbiologie. CHU H. Bourguiba – Sfax

Introduction: *S. aureus* est un pathogène majeur de l'homme qui a la capacité d'entraîner un spectre très large d'infections suppuratives et de maladies toxiques. Certaines de ses souches sont productrices d'un facteur de virulence particulier, la leucocidine de Panton-Valentine (LPV) qui a été initialement décrite en 1932 dans des infections cutanées nécrosantes.

Matériel et méthodes: Nous rapportons le cas d'une ostéomyélite iliaque droite à *S. aureus* compliquée de métastases septiques disséminées chez un enfant de 12 ans hospitalisé dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Résultats: Il s'agissait d'un enfant âgé de 12 ans sans antécédents pathologiques particuliers, hospitalisé initialement au service d'orthopédie de l'hôpital pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, le diagnostic d'ostéomyélite iliaque a été retenu et l'enfant a été mis sous oxacilline + gentamicine puis opéré à j₅ d'hospitalisation. En postopératoire immédiat, la situation s'est dégradée avec installation d'un état de choc associé à une détresse respiratoire motivant son transfert en réanimation. En réanimation le diagnostic d'une staphylococcie disséminée à point de départ osseux avec état de choc septique et syndrome de détresse respiratoire aigue de l'adulte (SDRA) a été retenu et l'antibiothérapie a été modifiée par vancomycine + rifampicine. Malgré la prise en charge intensive, l'évolution a été marquée par l'installation d'une défaillance multi-viscérale avec association d'une défaillance rénale, hépatique et hématologique. Les hémocultures ainsi que les prélèvements pulmonaires ont été négatifs. Néanmoins, le prélèvement per-opératoire a mis en évidence un *S. aureus* méticilline résistant. L'analyse du profil toxique par PCR a révélé les gènes lukS-PV/lukF-PV codant pour la LPV et le gène mecA codant pour la résistance à la méticilline. Une TDM cérébrale a mis en évidence une hypodensité cérébelleuse très probablement d'origine septique. Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne a révélé de multiples condensations parenchymateuses pulmonaires bilatérales avec des nodules dont certains sont excavés. L'évolution a été fatale au bout de 6 jours de réanimation intensive.

Conclusion: Ayant une action leucocytaire et nécrotique, la LPV est une toxine produite par *Staphylococcus aureus* et qui est aussi responsable d'une pathologie émergente très grave, nous rapportons un cas fatal de staphylococcie disséminée de point de départ osseuse.

P9- Arthrite septique du membre supérieur

H. Ferjani, R. Tekaya, L. Dridi, O. Saidane, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari

Service de rhumatologie, EPS. Hôpital Charles Nicolle

Introduction: Les arthrites septiques (AS) du membre supérieur représentent une pathologie grave. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel du membre. Le but de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, radiologiques, biologiques et l'attitude thérapeutique au cours de cette localisation septique particulière.

Patients et méthodes: Etude rétrospective sur une période 4 ans [2007 – 2010] portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour une AS du membre supérieur.

Résultats: Six cas ont été colligés: 4 hommes et 2 femmes d'âge moyen 50 ans [23-81]. La localisation la plus fréquente de l'AS était l'épaule (50 %), suivie par celle du coude (34%) et le poignet dans (16%). Un terrain immunodéprimé était retrouvé chez 2 patients (insuffisance rénale chronique, diabète). La présence d'un facteur favorisante était notée dans 1/3 des cas (cathéter, prothèse cardiaque). La durée d'évolution de l'AS était en moyenne de 7 jours. La fièvre était notée dans 50 % des cas. L'atteinte articulaire était constante à type de douleur importante, tuméfaction et impotence fonctionnelle majeure. Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez tous nos patients. Sur le plan radiologique, les signes de destruction ostéo-articulaire étaient retrouvés dans 4 cas. La ponction articulaire réalisée chez 4 patients, a été contributive dans seulement 2 cas en isolant le germe responsable (gonocoque, *Klebsiella*). Les hémocultures avaient permis d'isoler un staphylocoque dans 1 cas. L'enquête infectieuse restait négative chez 3 patients, où l'antibiothérapie a été instaurée sur des éléments de présomptions. Sur le plan thérapeutique, tous nos patients ont bénéficié d'une association de deux antibiotiques (quinolones + anti-staphylocoques ou céphalosporines III G) pendant 3 mois avec immobilisation articulaire. L'évolution était favorable chez tous nos patients sans séquelles fonctionnelles.

Conclusion: Les AS du membre supérieur sont fréquentes et ne présentent pas de particularités cliniques ou évolutives comparées aux autres localisations articulaires. Le traitement doit être institué précocement, évitant ainsi l'installation de dégâts articulaires considérables pouvant compromettre le pronostic fonctionnel de l'articulation.

P10- Arthrite septique du sujet âgé.

L. Dridi, T. Raoudha, F. Saadi, O. Saidane, L. Abdelmoulah, L. Chaabouni, R. Zouari.

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle.

Introduction: Les arthrites septiques (AS) constituent une urgence diagnostique et thérapeutique car elles mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel. Leur gravité est accrue par leur survenue chez un sujet âgé, souvent débilisé aux multiples co-morbidités et au système immunitaire moins efficace. L'objectif de ce travail était d'étudier les particularités cliniques des AS du sujet âgé et ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Patients et méthodes: Etude rétrospective des patients âgés de 65 ans et plus et présentant une AS, colligés sur une période de 17 ans [1994-2010].

Résultats: Vingt sept cas ont été colligés: 15 hommes et 12 femmes d'âge moyen 73,3 ans [65-90ans]. Une pathologie rhumatismale et/ou systémique était associée dans 92% des cas conférant à l'arthrite du SA une sémiologie atypique. Les signes généraux étaient inconstants (fièvre dans 51,8% des cas, altération de l'état général dans 37% des cas). Il s'agissait d'une monoarthrite dans 92,5% des cas, seuls 2 patients présentaient une localisation double. Le genou est l'articulation la plus fréquemment touchée: 66,6% des cas suivis par le coude 14,8%, les autres articulations étaient la cheville, la hanche, l'épaule, le poignet et la sterno-claviculaire. La CRP était élevée dans 96,3% des cas et l'hyperleucocytose n'était présente que dans 33,3% des cas. L'arthrite était d'origine tuberculeuse dans 22,3% des cas et à germes banals dans 77,7% des cas. Un germe a été isolé 11 fois: 7 fois dans le liquide articulaire, 3 fois à l'hémoculture et 1 fois dans un abcès vertébral. Il s'agissait du Staphylocoque doré (4 fois), Streptocoque \square hémolytique (1fois), des bacilles gram négatif (*Escherichia coli* 2 fois, *Pseudomonas aeruginosa* 1 fois, *Acinetobacter baumannii* 1 fois) et *Mycobacterium tuberculosis* (2 fois). Une antibiothérapie a été instaurée dans tous les cas associée à un drainage de l'articulation dans 59,2% et l'immobilisation dans 63% des cas. L'évolution était bonne dans la plupart des cas avec une répercussion fonctionnelle dans 22,2% des cas.

Conclusion: Le diagnostic d'AS est souvent retardé du fait de la pauvreté du syndrome infectieux et de l'imputation de la plainte articulaire à une pathologie préexistante.

P11- Les arthrites septiques dans le CHU de Monastir

M. Kortas¹, Y. Kadri¹, H. Ben Abdallah¹, S. Zrou², S. Nooman¹, N. Bergaoui², M. Mastouri¹

1-Service de Microbiologie, CHU F. Bourguiba de Monastir

2-Service de Rhumatologie, CHU F. Bourguiba de Monastir.

Introduction et objectifs: Les arthrites septiques (AS) ne cessent d'occuper une place importante dans la pratique médicale. Elles peuvent compromettre à la fois le pronostic fonctionnel et vital. Le but de ce travail est d'établir le profil clinique et biologique de la maladie et d'insister sur sa prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les cas d'AS colligées dans le service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir sur une période de 6 ans (2005-2010). Le diagnostic d'AS a été retenu devant des arguments cliniques, biologiques, bactériologiques, histologiques et radiologiques.

Résultats: Au cours de la période d'étude, nous avons colligés 45 cas d'AS. Nos patients sont âgés de 15 à 87 ans avec une moyenne d'âge de 58 ans. Il s'agissait de 21 hommes et 24 femmes. L'atteinte était souvent monoarticulaire (34 cas), intéressant en premier lieu le genou (20 cas). Elle se caractérisait cliniquement par un début souvent brutal (30 cas), dominé par la douleur (tous les cas). La fièvre était présente dans 34 cas. L'élévation de la vitesse de sédimentation (40 cas) et de la C reactive protein (39 cas) étaient les signes biologiques les plus constants. L'isolement du germe n'était possible que dans 18 cas: par hémoculture dans 3 cas, culture du liquide de ponction dans 9 cas. Le diagnostic de la tuberculose était mis en évidence dans les urines dans 3 cas.

Deux cas de sacro-iléites brucelliennes étaient diagnostiqués par sérologie de Wright. Un *Staphylococcus aureus* était isolé à deux reprises dans des lésions cutanées. On n'a pas relevé de résistance de ces germes isolés aux antibiotiques en dehors d'une souche de *S. aureus* résistant à la méticilline. Les molécules les plus utilisées en antibiothérapie de première intention étaient la ciprofloxacine ou l'ofloxacine en association avec la rifampicine (24 cas). Le traitement chirurgical était indiqué dans 11 cas. L'évolution était favorable dans 62% des cas (amélioration clinique et biologique). Seuls deux patients âgés de plus de 75 ans sont décédés et aucun patient n'a gardé des séquelles.

Conclusion: L'arthrite septique est une urgence diagnostique et thérapeutique; il faut identifier le germe afin d'initier un traitement rapide et adapté. La prise en charge de ces patients doit être pluridisciplinaire, elle nécessite une coopération entre les rhumatologues, infectiologues, orthopédistes et bactériologistes.

P12- Les arthrites septiques: à propos de 33 cas

H. Hachfi, H. Zeglaoui, K. Ben Hadj Slama, H. Ben Fredj, B. Khalfallah, E. Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction: L'arthrite septique est une affection peu fréquente, dont le diagnostic doit être toujours suspecté et ce, jusqu'à preuve du contraire. Elle repose sur un faisceau d'arguments cliniques qui doivent être confirmés par des prélèvements à visée bactériologique réalisés avant toute antibiothérapie préalable.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur 33 patients colligés dans le service de rhumatologie du CHU Farhat Hached sur une période de 13 ans [1999- 2011].

Résultats: Il s'agit de 16 hommes et 17 femmes. L'âge moyen est de 38 ans. La maladie évoluait en moyenne depuis 45 jours [1 jour-7 mois]. Les patients avaient comme ATCD un diabète dans 15% des cas, une aplasie médullaire (un cas), une polyarthrite rhumatoïde (un cas) et un traitement par corticoïdes (un cas). La plupart des patients présentaient une monoarthrite (63.6% des cas) avec une atteinte du genou dans 16 cas, épaule (2 cas), coude (2 cas), cheville (un cas), une oligoarthrite (un cas), une polyarthrite (un cas), une coxite (5 cas) et une sacroilite unilatérale (5 cas) dont une associée à une arthrite du genou. La fièvre a été objectivée dans 39% des cas. A la biologie, le syndrome inflammatoire était observé dans 91% des cas. La ponction articulaire a mis en évidence un germe dans 24% des cas. La sérologie brucellienne était positive dans deux cas. L'IDR était positive dans un cas et la recherche de BK positive dans un cas. La biopsie a mis en évidence un granulome épithéloïde géant-cellulaire avec nécrose caséuse dans 4 cas. Les hémocultures étaient positives dans 18% des cas et l'ECBU dans 6% des cas. Les germes isolés étaient dans la majorité des cas un *Staphylococcus aureus* (24%), BK (15%), *Brucella* (6%), streptocoque (6%), pneumocoque (3%), *Echerichia coli* (3%) et *Salmonella typhi* (3%). Les radiographies standards ont montré une coxite (15% des cas), une sacroilite (12%) dont une associée à une atteinte de la symphyse pubienne, un pincement articulaire global (33%), des géodes (21%) et un épaissement des parties molles (12%). L'échographie a été réalisée dans 3 cas montrant un épanchement articulaire. La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation dans 4 cas. La TDM a été demandée dans 5 cas et l'IRM dans 8 cas montrant un aspect en faveur d'une arthrite infectieuse. Un traitement antalgique, une immobilisation et une antibiothérapie ont été instaurés chez tous les patients. Le recours au lavage articulaire a été nécessaire dans 8 cas et à l'arthrotomie dans 6 cas.

Conclusion: L'arthrite septique est une urgence diagnostique et thérapeutique ayant une morbidité et mortalité considérables. Il est donc indispensable d'en faire le diagnostic le plus rapidement possible et de démarrer un traitement efficace afin d'en améliorer le pronostic.

P13- Les ostéites du bassin

A. Selmi, D. Mrabet, K. Ouennich, N. Meddeb, I. Cheour, H. Sahli, S. Sallami

Service de rhumatologie, hôpital la Rabta Tunis.

Introduction: L'ostéite du bassin est rare. Son incidence reste difficile à établir dans la population générale. La localisation sacrée est exceptionnelle. Nous en rapportons 4 cas.

Matériels et méthodes: Quatre cas d'ostéites du bassin ont été colligés au sein du service de Rhumatologie de la Rabta sur une période de 6 ans allant de Janvier 2005 à Décembre 2010.

Résultats: Il s'agit de 3 hommes et d'une femme. L'âge moyen est de 46 ans. Les signes cliniques étaient représentés par des lombalgies inflammatoires dans 3 cas et par une pubalgie du post-partum chez une patiente. Le syndrome infectieux était inconstant. Tous les patients avaient bénéficié d'une TDM lombosacrée ayant permis le diagnostic positif et guidé les ponctions-biopsies. Deux malades avaient présenté une atteinte sacrée et une ostéite pubienne a été retrouvée chez les 2 autres. Un seul patient a présenté une ostéite tuberculeuse et un germe banal a été mis en évidence dans les autres cas.

Conclusion: L'ostéite du bassin survient généralement sur un terrain particulier, notamment en cas d'infection avoisinante. L'aspect radiologique parfois trompeur peut faire suspecter une pathologie tumorale essentiellement un chordome.

P14- Ostéite multifocale: Quel germe incriminer? *Mycobacterium tuberculosis* et/ou *Propionibacterium acnes*

M. Maiza¹, R. Battikh¹, W. Madhi¹, I. Gharsallah¹, L. Métoui¹, F. Ajili¹, J. Labidi¹, F. M'Sadek¹, B. Louzir¹, F. Barguelli¹, N. Ben Abdelhafidh¹, S. Othmani¹

1- Service de Médecine Interne, Hôpital militaire de Tunis

2- Laboratoire de bactériologie, Hôpital Militaire de Tunis

Introduction: Plusieurs germes spécifiques sont impliqués dans les ostéites comme *Mycobacterium tuberculosis* et *Brucella*. *Propionibacterium acnes* est une bactérie à Gram positif, saprophyte de la peau et de la cavité buccale et rarement pathogène pour l'homme. Quelques cas d'infections ostéo-articulaires dues à ce germe ont été signalés. Nous rapportons un cas d'ostéite multifocale avec une bactériémie à *Propionibacterium acnes* et des stigmates histologiques de tuberculose.

Observation: Une femme âgée de 23 ans a été hospitalisée pour des douleurs lombaires et para-sternales d'horaires mixtes évoluant depuis deux mois dans un contexte de fièvre à 39°C, sueurs nocturnes et amaigrissement de 3 kg. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique. La recherche du BK dans les crachats et les urines et l'intradermoréaction à la tuberculine étaient négatives. La sérologie VIH était négative. Deux hémocultures ont isolé *Propionibacterium acnes*. Les radiographies thoracique et du rachis étaient normales. Le scanner thoraco-abdominal a révélé des images ostéolytiques vertébrales, sacrées, costales et sternales ainsi qu'un épanchement pleural et des adénopathies intra-abdominales. La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyperfixation diffuse au niveau des régions sus citées et des omoplates. La biopsie des lésions sacrées a objectivé des granulomes géant-cellulaires avec nécrose caséuse. L'imputabilité du BK est argumentée par la présence de cette nécrose mais les autres atteintes osseuses non biopsiées peuvent être dues au *Propionibacterium acnes* connu pourvoyeur d'images lytiques osseuses et de granulome inflammatoire mais la nécrose caséuse n'a pas été décrite avec ce germe. L'évolution était bonne sous traitement anti-tuberculeux et céphalosporine de 3^{ème} génération.

Conclusion: Des ostéites à *Propionibacterium acnes* ont été rapportées dans la littérature. La tendance à le considérer comme agent contaminant des hémocultures a joué probablement un rôle dans la méconnaissance de sa pathogénie pour l'os.

P15- Infections ostéo-articulaires de localisations insolites: à propos de 20 localisations

M. Messaoudia¹, R. Battikh¹, W. Madhi¹, L. Métoui¹, I. Gharsallah¹, F. Ajili¹, J. Labidi¹, F. M'Sadek¹, B. Louzir¹, F. Barguelli², N. Ben Abdelhafidh¹, S. Othmani¹.

1-Service de Médecine Interne

2-Laboratoire de bactériologie, Hôpital Militaire de Tunis

Introduction: La pathologie ostéo-articulaire est fréquente et très variée. L'étiologie infectieuse doit toujours être évoquée même en cas de siège inhabituel ou exceptionnel.

But: Le but de cette étude est d'étudier les particularités épidémiologiques des infections ostéo-articulaires à localisations insolites.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective (1990-2010) incluant 16 patients, hospitalisés au service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, ayant une infection ostéo-articulaire de localisation atypique

Résultats: La population étudiée était composée de 9 hommes et 7 femmes (sex ratio = 1,28) âgés en moyenne de 41 ans (21-72 ans). Le diabète (3 cas), l'insuffisance rénale chronique (1 cas) étaient les tares sous-jacentes chez nos patients. Une patiente était enceinte. Le siège de l'infection était le rachis cervical (5 cas), les côtes (3 cas), l'articulation chondro-sternale (3 cas), le crâne (2 cas), le massif facial (2 cas), le grand trochanter (1 cas), l'humérus (1 cas), le calcanéum (1 cas), le sacrum (1 cas), l'omoplate (1 cas). Le diagnostic étiologique était bactériologique (7 cas), histologique (6 cas), sérologique (1 cas) et sur des arguments cliniques et radiologiques (2 cas). Une infection loco-régionale a été retrouvée dans 7 cas (43%). L'infection était à pyogènes (8 cas), tuberculeuse (4 cas), d'origine mucorale (2 cas), actinomycosique (1 cas) et brucellienne (1 cas). L'évolution était favorable après traitement adapté dans 14 cas. Deux patients hospitalisés pour mucormycose sont décédés dans un tableau de défaillance multiviscérale et atteinte cérébrale grave.

Conclusion: Il n'a pas été retrouvé de germes particuliers pouvant caractériser les infections ostéo-articulaires de localisation insolite. Cependant un terrain d'immunodépression et/ou une infection locorégionale semble en être un facteur favorisant.

P16- Les infections ostéo-articulaires de l'enfant à propos de 10 cas

L. Gargouri, F. Safi, R. Chabchoub Ben Abdallah, M. Zouari, M. Ayedi, N. Ben Hlima, A. Mahfoudh

Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax

Introduction: Les infections ostéo-articulaires (IOA) demeurent rares chez le nourrisson et l'enfant mais représentent toujours une urgence diagnostique et thérapeutique.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective sur 6 ans (2005-2010) colligeant tous les cas d'IOA hospitalisés dans le service.

Résultats: Dix cas d'IOA ont été colligés. Ils étaient tous des garçons dont 2 atteints d'un déficit immunitaire. L'âge moyen était de 5 ans 4 mois. Les signes inflammatoires locaux étaient un motif de consultation dans 80% des cas. La découverte était dans le cadre d'un bilan systématique pour les 2 autres cas dont l'un avait une brucellose et l'autre une septicémie. Il y avait une fièvre dans 100 % des cas, une douleur osseuse dans 20% des cas, une douleur articulaire dans 80% des cas, une tuméfaction dans 60% des cas et une rougeur dans 100% des cas.

La biologie a montré une hyperleucocytose dans 60% des cas, une VS élevée dans 80% des cas, une CRP augmentée dans 70% des cas. La radiographie osseuse, réalisée dans 50 % des cas, était pathologique dans 1 cas. La scintigraphie réalisée dans la moitié des cas a montré une hyperfixation dans 40 % des cas et une hypofixation dans 10% des cas. L'échographie réalisée chez 8 patients, était normale (30%), montrait un épanchement intra-articulaire (60%) ou une collection sous périostée (10%). L'IRM réalisée dans un cas était pathologique.

Le diagnostic était une ostéo-arthrite dans 60% des cas, une ostéomyélite dans 20% des cas et une ostéite dans 20% des cas. La prise en charge était basée sur l'antibiothérapie et les antalgiques. Un traitement chirurgical

était nécessaire dans 80% des cas. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion: En l'absence d'un traitement antibiotique précoce et adapté, le risque d'envahissement locorégional et général est élevé rendant le pronostic fonctionnel parfois redoutable d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce afin de débiter un traitement adéquat en urgence

P17- Les infections ostéo-articulaires à salmonelles non typhoïdiques: à propos de 4 cas

M. Fourati, S. Mezghani, A. Boujelbéne, A. Znazen, B. Mnif, F. Mahjoubi, A. Hammami

Laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Les infections ostéo-articulaires à salmonelles sont rares et sont dues essentiellement aux salmonelles non typhoïdiques. Elles surviennent classiquement sur un terrain d'immunodépression particulièrement la drépanocytose.

Le présent travail a pour but de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et bactériologiques des infections ostéo-articulaires dues aux salmonelles non typhoïdiques.

Durant la période allant de 2006 jusqu'à 2010, quatre souches de salmonelles non typhoïdiques responsables d'infections ostéo-articulaires ont été isolées au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba Sfax. Il s'agissait d'une arthrite de l'épaule chez un nourrisson de 9 mois, une arthrite du coude chez un enfant de 3 ans, une arthrite du genou chez une femme lupique de 32 ans et une spondylodiscite chez une jeune fille immunocompétente de 21 ans. Pas de notion de drépanocytose dans les antécédents, ni de symptomatologie digestive préalable. Les salmonelles ont été isolées à partir de pus prélevés en peropératoire dans 2 cas, d'une biopsie disco-vertébrale dans 1 cas et de pus associé à des hémocultures dans 1 cas. Il s'agissait de *Salmonella Typhimurium* dans 3 cas et de *Salmonella Enteritidis* dans un seul cas. Toutes les souches étaient sensibles aux céphalosporines de 3^{ème} génération et aux quinolones.

La prise en charge a été médicochirurgicale pour les 3 cas d'arthrites. Le traitement de la spondylodiscite a été basé sur l'antibiothérapie associée au repos et l'immobilisation. L'évolution était favorable chez tous les patients, sauf pour le cas de l'arthrite de l'épaule qui a récidivé un mois après la chirurgie. Les explorations biologiques ont conclu dans ce cas à une anémie non explorée.

La localisation ostéo-articulaire des salmonelloses non typhoïdiques est peu fréquente dans notre étude. Ces infections doivent toujours rechercher un facteur favorisant en particulier l'immunodépression et la drépanocytose. La microbiologie prend une place importante pour poser le diagnostic et adapter ainsi le traitement.

P18- Place de l'imagerie dans le diagnostic de l'ostéite de la base du crâne au cours de l'otite externe

A. Ramzu¹, M. Ben Messaoud¹, A. Abassi¹, L. Ammari², O. Azaiz¹, R. Allani¹, E. Menif¹, T. Ben Chaabene²

1-Service d'imagerie médicale, Hôpital la Rabta, Tunis.

2-Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis

Les ostéites de la base du crâne sont des infections rares mais sévères, compliquant habituellement des infections oto-sinusiennes. Elles se caractérisent par leur difficulté diagnostique. Le but de ce travail est de montrer la place de l'imagerie en coupes (TDM et IRM) dans le diagnostic de l'ostéite de la base du crâne et l'évaluation de sa gravité dans les otites externes.

Matériels et méthodes: Nous rapportons une série de 8 patients présentant une otite externe. Le diagnostic d'otite externe a été évoqué sur les signes cliniques et confirmé par l'imagerie. Tous les patients ont bénéficié d'une imagerie à type de TDM et/ou d'IRM du conduit auditif avec injection intraveineuse de produit de contraste.

Résultats: Nous avons colligé 8 cas d'ostéite de la base du crâne. Il s'agit de 6 hommes et de 2 femmes. A la TDM, en plus de l'atteinte du conduit auditif externe, la présence d'une lyse osseuse de la base du crâne a été constamment retrouvée. L'IRM montrait l'atteinte de la médullaire osseuse

avec perte de son hypersignal T1 spontané et une prise de contraste après injection de gadolinium.

Parmi nos patients, 3 cas étaient accompagnés d'une extension à l'articulation temporo-mandibulaire, 3 cas de thrombose de la veine jugulaire interne et 2 cas d'abcès retro-pharyngé.

Conclusion: L'imagerie (TDM et IRM) est un outil diagnostique primordial dans l'exploration des otites externes. En plus, il permet la mise en évidence d'atteinte osseuse au niveau de la base du crâne, considérée comme complication redoutable de ces otites.

P19- Les spondylodiscites infectieuses dans la région de Monastir

Y. Kadri¹, S. Zrour², H. Ben Abdallah¹, M. Kortas¹, S. Nooman¹, N. Bergaoui², M. Mastouri¹

1-Service de Microbiologie, CHU F. Bourguiba- Monastir

2-Service de Rhumatologie, CHU F. Bourguiba- Monastir

Introduction: Les spondylodiscites infectieuses (SDI) demeurent un problème d'actualité. Depuis quelques années, on assiste d'une part à une augmentation de la fréquence des SDI à pyogènes d'origine iatrogène du fait de la multiplication des gestes chirurgicaux au niveau du rachis, et d'autre part à une recrudescence de la tuberculose à cause de l'immunodéficience acquise par le VIH. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et bactériologiques des SDI dans la région de Monastir.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur quatorze ans (1997-2010), fondée sur l'analyse des données de patients hospitalisés pour SDI dans le service de rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. Le diagnostic étiologique repose sur des arguments radiologiques, bactériologiques et/ou histologiques.

Résultats: Nous avons colligé 56 cas de SDI: 41 spondylodiscites à pyogènes, 13 spondylodiscites tuberculeuses et 2 spondylodiscites brucelliennes. La moyenne d'âge était de 50 ans, avec une prédominance masculine (sex ratio=1,5). Les formes iatrogènes représentaient 25% des SDI. Un facteur favorisants était présent dans 51% des cas. Une porte d'entrée était trouvée dans 21,5% des cas. Cliniquement, les rachialgies siégeaient surtout au niveau de l'étage lombaire (82%). La fièvre n'était présente que dans 46,5% des cas. Une compression médullaire était observée à l'IRM chez 6 patients. Au terme de l'enquête bactériologique, les hémocultures faites dans 77% étaient positives dans 30,5% des cas. La ponction vertébrale avait isolé un germe dans 34% des cas. Parmi les 24 germes isolés, *Staphylococcus aureus* était le plus fréquent (10). Sept souches avaient une pénicillinase et trois souches étaient Méti-R. Sept souches de bacilles à Gram négatif étaient isolées. Deux souches d'*Enterococcus faecalis* étaient isolées dans le liquide de ponction vertébrale. Le Bacille de Koch était mis en évidence dans 3 cas. La sérologie de Wright et le rose Bengal étaient positifs dans les deux cas de spondylodiscites brucelliennes. La biopsie disco-vertébrale, faite dans 32 cas, était concluante dans 26 cas. Le traitement était généralement médical. L'évolution était favorable dans 80% des cas.

Conclusion: Les spondylodiscites à pyogènes restent à ce jour la cause la plus fréquente de SDI dans notre région. Ceci nous incite à diagnostiquer et à traiter rapidement les infections du rachis en se basant sur une enquête bactériologique minutieuse afin de prévenir les complications graves.

P20- La spondylodiscite infectieuse: une affection rare de l'enfant à propos d'un cas

L. Gargouri¹, F. Safi¹, R. Chabchoub Ben Abdallah¹, M. Zouari¹, M. Ayedi¹, N. Ben Hlima¹, E. Daoud², Z. Mnif², A. Mahfoudh¹

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax

2-Service de radiologie. CHU Hédi Chaker

Introduction: La spondylodiscite infectieuse est une infection du disque vertébral et des deux vertèbres adjacentes. L'incidence annuelle est de 2,4/100000 chez l'adulte. Elle est beaucoup plus rare chez l'enfant.

Observation: Il s'agit de l'observation d'un garçon âgé de 14 ans sans antécédents particuliers qui consulte pour douleurs rachidiennes avec difficulté à la marche évoluant depuis 5 mois.

L'examen à l'admission trouve un enfant apyrétique qui présente une attitude en flexion à la marche. La palpation en paravertébral à la hauteur de L2-L3 était douloureuse ainsi que celle des épineuses. Le reste de l'examen était sans particularité.

A la biologie, la numération de la formule sanguine a montré des globules blancs à 4900 é/l, une VS à 16 mm à la première heure et une CRP négative. L'IRM a confirmé le diagnostic d'une spondylodiscite L2-L3. Dans le cadre du bilan étiologique, la sérologie de Wright était négative, l'intradermo-réaction ainsi que la recherche de BK étaient négatives. La ponction scanno-guidée a ramené un liquide purulent positif à *Staphylococcus aureus*.

Le patient a été mis initialement sous claforan-vancomycine puis ofloxacine devant l'apparition d'une toxidermie médicamenteuse. L'évolution fut marquée par la disparition de la douleur et la diminution de la raideur rachidienne.

Conclusion: Le diagnostic de spondylodiscite infectieuse doit être considéré chez tout enfant présentant des douleurs rachidiennes persistantes. Un diagnostic précis avec preuve bactériologique permet d'adapter la prise en charge thérapeutique et d'améliorer le pronostic de cette affection.

P21- Cruralgie révélant un mal de Pott chez un sujet âgé.

I. Boukhris, E. Cherif, O. Ben Brahim, S. Azzabi, L. Ben Hassin, C. Kooli, Z. Kaouech, N. Khallfallah

Service de médecine interne B, Hôpital C. Nicolle, Tunis.

Introduction: La tuberculose reste un problème de santé publique en Tunisie. La localisation extra-pulmonaire, notamment ostéo-articulaire, est rare chez le sujet immunocompétent. Les deux terrains de prédisposition sont le sujet âgé ou l'immunodéprimé. Nous rapportons une observation de la survenue d'une tuberculose rachidienne chez une personne âgée révélée par une cruralgie.

Observation: Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans, ayant présenté brutalement une douleur de la face antérieure de la cuisse gauche accompagnée d'un déficit progressif de l'extension de la cuisse. Une rupture tendineuse était rapidement éliminée par une échographie des parties molles. L'évolution était marquée par la survenue d'une douleur lombaire irradiant à la racine de la cuisse avec une altération de l'état général. L'examen physique trouvait un déficit total de l'extension de la cuisse gauche avec une force musculaire du quadriceps cotée à 0/5 et une exacerbation de la douleur par la pression paravertébrale; l'examen neurologique était normal. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire biologique. Au bilan radiologique du rachis dorsolombaire, une spondylodiscite était fortement suspectée avec destruction D7-D8-D9-D10 et une perte de l'ombre du muscle Psoas. Ce diagnostic était confirmé à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis dorsolombaire, montrant une spondylodiscite multifocale intéressant les étages D7-D8, D9-D10, D10-D11 et L2-L3 avec une épидurite antérieure et postérieure entraînant une compression médullaire, associée à une collection des parties molles périvertébrales. Devant ce tableau le diagnostic de tuberculose rachidienne était retenu. La recherche de Bacilles de Koch dans les crachats et les urines était négative. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux à base d'isoniazide, de rifampicine, d'ethambutol et de piazoline avec immobilisation par un corset. L'évolution était marquée par la disparition des douleurs, la reprise d'une force musculaire correcte et la normalisation du bilan inflammatoire. L'IRM de contrôle après 11 mois de bithérapie, avait trouvé une nette régression de l'épidurite, avec disparition de la compression médullaire en regard et régression des collections des parties molles paravertébrales. Le patient a eu en totalité 16 mois de traitement antituberculeux, sans récurrence.

Conclusion: Les radiculalgies sont un motif de consultation fréquent chez le sujet âgé. Elles sont généralement d'origine disco-vertébrale. Leur spectre étiologique est d'ordinaire limité aux atteintes du système nerveux périphérique, mais un syndrome radiculaire peut être dans certaines situations, d'origine infectieuse et révéler une tuberculose.

P22- Spondylodiscite tuberculeuse compliquée d'une paraplegie flasque: penser à opérer

M.Messaoudia¹, R.Battikh¹, N.BenAbdelhafidh¹, W.Madhi¹, I.Gharsallah¹, L.Métoui¹, F.Ajili¹, F.M'Sadek¹, B.Louzir¹, F.Barguelli², J.Labidi¹, S.Othmani¹.

1-Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Tunis

2-Laboratoire de bactériologie, Hôpital Militaire de Tunis

Introduction: La localisation rachidienne au cours de la tuberculose n'est pas rare. Elle peut dans certain cas nécessiter une prise en charge chirurgicale urgente afin de préserver le pronostic fonctionnel. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une spondylodiscite tuberculeuse compliquée d'une compression médullaire et d'une paraplégie flasque régressive après traitement médico-chirurgical.

Observation: Mme K.S, âgée de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers était hospitalisée en Décembre 2010 pour dorsalgies inflammatoires évoluant depuis trois mois dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre avec installation deux semaines avant l'hospitalisation d'une impotence fonctionnelle totale des deux membres inférieurs. L'examen physique avait objectivé une température à 38°C, une paraplégie flasque et un niveau sensitif D4. Un syndrome inflammatoire était objectivé à la biologie. L'IDR à la tuberculine était positive. L'IRM rachidienne avait mis en évidence une spondylodiscite D2-D3-D4 associée à une collection prévertébrale et épидurale sous ligamentaire, étendue de D2 à D4 refoulant la moelle dorsale en arrière. Le diagnostic de tuberculose rachidienne était suspecté. Un traitement antituberculeux a été instauré associé à une corticothérapie de courte durée. Malgré l'existence de la paraplégie flasque, un traitement chirurgical a été tenté. Il a permis une décompression de la moelle par la réalisation d'une laminectomie et un prélèvement tissulaire pour examen anatomopathologique qui a permis de confirmer le diagnostic de tuberculose. L'évolution était favorable avec amélioration de l'état général et neurologique avec reprise de la motricité en postopératoire immédiat. Sous rééducation fonctionnelle, la marche était possible au bout d'un mois.

Conclusion: Le traitement des spondylodiscites tuberculeuses nécessite une prise en charge multidisciplinaire. L'indication chirurgicale est rare dans les séries médicales (7 à 10%) nécessitant une connaissance précise du mécanisme de la souffrance médullaire à fin de poser à temps cette indication.

P23- Une localisation rare de la tuberculose osseuse

R. Tekaya, L. Gafsi Dridi, O. Saidane, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

L'ostéite tuberculeuse est une affection rare. Sa fréquence varie entre 4 et 19% de toutes les atteintes squelettiques dans la littérature. L'atteinte de l'aile iliaque est exceptionnelle.

Observation: Mme S.H âgée de 39 ans a été opérée à l'âge de 8 ans pour une arthrite de l'épaule gauche et mise sous traitement non précisé. Elle présente depuis 6 mois des douleurs fessières droites d'horaires inflammatoires associées à une fièvre et des sueurs nocturnes ainsi que des lésions suintantes du quadrant supéro-externe de la fesse droite. La biologie est sans particularités. Les radiographies du bassin trouvent une ankylose de la sacro-iliaque avec une lésion lytique de l'aile iliaque droite entourée par un halo de condensation, celles du rachis sont normales. Ces lésions sont confirmées par le scanner qui montre également un séquestre osseux dans le muscle fessier en voie d'élimination. Le bilan infectieux dont le bilan tuberculeux est négatif. Le diagnostic de sacroiliite avec ostéite tuberculeuse de l'aile iliaque droite est retenu devant les antécédents, la clinique et l'endémicité du pays. Le traitement anti-tuberculeux a permis l'amendement des douleurs et l'assèchement des fistules. L'échographie de contrôle trouve un séquestre en voie d'expulsion à 6 mois de traitement. La chimiothérapie est prévue pour une durée minimale de 12 mois.

Conclusion: A travers notre observation nous rappelons les particularités de cette atteinte tuberculeuse inhabituelle.

P24- La mastoïdite aigue: à propos de 36 observations

R. Zainine, N. Beltaief, IC. Zgolli, I. Stambouli, S. Mezri, S. Tabeti, S. Sahtout, G. Besbes

Service ORL et CMF Hôpital La Rabta

Introduction: La mastoïdite est une atteinte infectieuse des cavités de l'oreille moyenne associée à des lésions destructives de l'os mastoïdien réalisant une ostéite. Elle complique de 0,004 à 0,04 % des otites moyennes aiguës mais peut également être la circonstance de découverte d'une otite moyenne chronique simple ou cholestéatomateuse.

La plupart des cas sont dus à *Streptococcus pneumoniae*, mais d'autres germes peuvent être en cause.

But: A travers ces observations et une revue de la littérature, nous nous proposons de faire une étude épidémiologique, clinique, radiologique et surtout de discuter les différentes modalités thérapeutiques des mastoïdites aiguës.

Matériel et méthodes: Nous avons procédé à une étude rétrospective portant sur 36 cas de mastoïdite aigue colligés au service ORL de la Rabta sur une période de 10 ans (2000-2009).

Résultats: Il s'agissait de 22 garçons et de 14 filles. L'âge moyen était de 9,71 ans avec 85% âgés de moins de 16 ans. Deux patients avaient des antécédents de mastoïdites traitées médicalement, 12 patients (33%) avaient dans leurs antécédents une otorrhée évoluant depuis plusieurs années. Tous nos patients ont consulté pour une tuméfaction rétro-auriculaire douloureuse inflammatoire apparue depuis quelques jours avec une otorrhée fétide dans 15 cas (41%) et une otalgie dans 27 cas (75%). Une fièvre était associée dans 20 cas (55%).

A l'examen on a retrouvé une tuméfaction mastoïdienne inflammatoire et douloureuse dans tous les cas, fluctuante dans 22 cas (61%) et fistulisée dans 6 cas. Le pavillon était décollé dans 30 cas (83%). A l'examen otoscopique initial, on a mis en évidence une chute de la paroi postérieure du conduit, empêchant de voir le tympan dans 19 cas. Pour les autres malades, on a retrouvé un polype comblant tout le conduit dans 5 cas, un tympan complet terné dans 10 cas et une perforation subtotale marginale dans 2 cas.

Une ponction et une mise à plat de la tuméfaction ont été effectuées sous anesthésie générale dans 9 cas. Un prélèvement bactériologique a été effectué, revenu négatif dans la majorité des cas, on a néanmoins retrouvé un *Proteus mirabilis* dans un cas, un *Pseudomonas* dans 2 cas ainsi qu'un streptocoque dans un cas et un pneumocoque dans un cas tous sensibles à l'antibiothérapie probabiliste instaurée. Un scanner des rochers a été effectué dans 22 cas objectivant un comblement oto-mastoïdien chez tous nos patients et une collection extradurale nécessitant une ponction en urgence dans un cas. A la biologie, tous les patients avaient une hyperleucocytose et une CRP élevée. Une anémie a été retrouvée chez 9 nourrissons. Tous nos patients ont eu une antibiothérapie par voie générale. Devant la non amélioration sous traitement ou la suspicion d'otite chronique cholestéatomateuse clinique ou radiologique, 13 patients ont été opérés: découverte en per-opératoire d'une otite chronique polypoïde dans 4 cas et d'un cholestéatome dans 9 cas (25%) nécessitant devant son caractère extensif une tympanoplastie en technique ouverte dans 8 cas et d'une tympanoplastie en technique fermée dans 1 cas. Les suites opératoires étaient simples.

Tous nos patients ont bien évolué sauf un patient qui a présenté une récurrence de sa mastoïdite du même côté après 8 mois avec bonne évolution sous traitement antibiotique. Le suivi moyen de nos patients était de 36 mois.

Conclusion: La mastoïdite est une ostéite bactérienne de l'os mastoïdien observée essentiellement chez les nourrissons et les jeunes enfants. Le pronostic est bon dans l'ensemble, sous réserve d'une antibiothérapie adaptée au germe responsable, complétée par une mastoïdectomie en cas d'échec du traitement médical ou de complication.

P25- Les arthralgies fébriles en rhumatologie

H. Ferjani, R. Tekaya, L. Dridi, O. Saidane, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari

Service de rhumatologie, EPS. Hôpital Charles Nicolle

Introduction: Les arthralgies fébriles (AF) présentent un motif fréquent de consultation en rhumatologie. Elles posent souvent un problème de diagnostic étiologique.

Nous proposons d'étayer les caractéristiques cliniques, biologiques ainsi que les principales étiologies des (AF).

Patients et méthodes: Etude rétrospective sur une période 4 ans [2007 – 2010] portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour des arthralgies aiguës évoluant dans un contexte fébrile.

Résultats: On a recensé vingt cinq dossiers de patients hospitalisés dans un tableau d'AF. Il s'agit de 13 hommes et 12 femmes d'âge moyen 38 ans [15-71]. Les arthralgies évoluaient depuis 17 jours en moyenne. La douleur était poly-articulaire chez 68% des patients, oligo-articulaires (16%) et mono-articulaire (16%). La fièvre était chiffrée chez tous nos patients. L'examen clinique objectivait un épanchement articulaire chez 45% des patients avec atteinte des grosses et des petites articulations. Des adénopathies étaient présentes dans 3 cas et un purpura vasculaire dans 2 cas.

Un terrain immunodéprimé était retrouvé chez 6 patients (insuffisance rénale chronique, diabète). Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 78% de nos patients. La ponction articulaire réalisée chez 8 patients n'a été contributive que dans un seul cas. L'enquête infectieuse a révélé une septicémie à staphylocoque chez trois patients, une tuberculose articulaire dans 2 cas et un cas d'arthrite brucellienne. Une régression spontanée de la symptomatologie chez 4 malades était plutôt en faveur d'une origine virale. Un rhumatisme inflammatoire débutant était la cause des arthralgies chez 9 patients, il s'agit d'un lupus érythémateux systémique (2 cas), d'une maladie de Still (3 cas), d'une spondylarthropathie (1cas), d'une sarcoïdose (1cas), d'un rhumatisme post streptococcique (1cas) et d'un purpura rhumatoïde (1 cas). Ces arthralgies étaient révélatrices d'une maladie de Hodgkin chez une patiente et d'un rhumatisme microcristallin chez un homme. L'enquête étiologique restait négative dans 3 cas.

Conclusion: L'origine infectieuse est l'étiologie la plus fréquente des arthralgies fébriles ce qui impose une prise en charge diagnostic et thérapeutique rapides et efficaces.

P26-Intérêt de la ponction biopsie disco vertébrale au cours des spondylodiscites infectieuses

H. Ferjani, R. Tekaya, L. Dridi, O. Saidane, L. Abdelmoula, H. Rajhi, L. Mnif, K. Chaabouni, R. Zouari

Service de rhumatologie EPS Charles Nicolle

Introduction: La ponction-biopsie disco-vertébrale (PBDV) au trocart contribuerait au diagnostic étiologique des spondylodiscites infectieuses (SPDI) dans 70% des cas. Nous nous proposons d'évaluer l'apport de ce geste mini-invasif au cours des SPDI à travers une série personnelle.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective sur une période 4 ans [2007 – 2010] portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour une SPDI.

Résultats: Parmi 42 dossiers de SPDI colligés, 25 patients ont bénéficié d'une PBDV réalisée par voie transpédiculaire. Les fragments ont été adressés pour un examen bactériologique et histopathologique. Le rendement de la PBDV dans notre série était de 40%. Cette PBDV a été plus rentable pour le diagnostic des SPDI à pyogènes (3cas/5) notamment grâce à l'examen anatomopathologique qui a mis en évidence des signes de spondylodiscite aigue à pyogène dans 2 cas, alors que la bactériologie n'a été contributive que dans 1 cas révélant un *Staphylocoque auréus*. Concernant l'origine tuberculeuse, la PBDV était contributive dans 50% des cas mais exclusivement par l'examen histopathologique; la recherche et culture des mycobactéries étant négatives dans tous les cas.

Conclusion: La PBDV reste un examen indispensable pour le diagnostic étiologique des SPDI. Néanmoins, l'examen bactériologique reste peu performant, essentiellement en rapport avec des problèmes techniques. Il pourrait être amélioré par l'utilisation de la PCR.

P27-La tuberculose mandibulaire à propos d'un cas

R. Ben M'hamed, W. Abid, S. Mezri, N. Mathlouthi, K. Akkari, S. Benzarti, MK. Chebbi.

Service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-faciale. Hôpital Militaire de Tunis

Introduction: L'ostéite tuberculeuse mandibulaire est extrêmement rare et constitue moins de 2% des localisations tuberculeuses squelettiques. Elle peut résulter d'une contamination par contiguïté après extraction dentaire, ou d'une dissémination vasculaire de mycobactéries à partir d'un complexe tuberculeux primaire. Les aspects cliniques sont variés et trompeurs.

Nous allons étudier dans notre travail les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette pathologie.

Observation: Nous rapportons le cas de Mr M.A, âgé de 30 ans sans antécédents, qui consulte pour douleurs du menton évoluant depuis 5 mois.

A l'examen: légère sensibilité au niveau de la branche horizontale de la mandibule à gauche sans déformation ni tuméfaction. Le reste de l'examen ORL et général est sans particularité.

La radio panoramique dentaire montre une image de lyse et d'ostéocondensation au niveau de la symphyse mandibulaire. La TDM mandibulaire a mis en évidence un processus tumoral ostéolytique de l'hémimandibule s'étendant à la symphyse et rompant la corticale, mesurant 5x3x1,5 cm. Une biopsie exérèse sous AG était pratiquée. L'examen anatomopathologique a conclu à une TBC mandibulaire. La recherche des BK dans les urines et les crachats était négative. Le patient était mis sous quadrithérapie antituberculeuse pendant 2 mois et bithérapie pendant 10 mois. Après un recul de 2 ans, la TDM de contrôle ne montre pas des signes de récurrence.

Discussion: Les aspects cliniques de la tuberculose mandibulaire sont variés et trompeurs, ce qui peut être source de retard diagnostique. L'examen clinique est pauvre, et la constatation à l'inspection d'une tuméfaction de la mandibule constitue le premier symptôme. Les signes locaux ne deviennent évidents qu'à des stades avancés à type de masse fluctuante fistulisée ou non. Le diagnostic de certitude ne peut être que histologique, chirurgical, ou après ponction-biopsie radioguidée. Le traitement est médicamenteux. Durant le traitement un contrôle radiologique continu est nécessaire pour suivre l'évolution. Le pronostic sous traitement médical est généralement bon.

Conclusion: L'ostéite tuberculeuse mandibulaire est extrêmement rare. La symptomatologie clinique et radiologique n'est pas spécifique. L'évolution chronique et le contexte épidémiologique doivent faire évoquer le diagnostic.

P28- Brucellose ostéo-articulaire

H. Hachfi, L. Zeglaoui, H. Ben Fredj, K. Ben Hadj Slama, N. Amara, A. Jamel, E. Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse.

Introduction: La brucellose est une zoonose relativement fréquente dans les pays méditerranéens et du moyen orient. Il s'agit d'une infection systémique pouvant intéresser plusieurs organes et tissus dont l'atteinte ostéo-articulaire est la plus fréquente.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur 11 patients colligés dans le service de rhumatologie du CHU Farhat Hached sur une période de 15 ans [1997- 2011].

Résultats: Il s'agit de dix hommes et une femme. L'âge moyen est de 52 ans [24-71]. Neuf patients avaient un contact avec les animaux dont quatre travaillaient dans l'agriculture. La notion de consommation de lait cru a été trouvée dans 7 cas. La maladie évoluait en moyenne depuis 5 mois [1-12 mois]. La plupart des patients présentaient une lombalgie d'allure inflammatoire (5 cas), une lombosciatalgie (3 cas), une dorsalgie (un cas), une douleur fessière unilatérale (un cas) et une monoarthrite du genou (un cas). La douleur était d'allure inflammatoire dans 55% des cas et mixte dans 45% des cas. A l'examen neurologique, deux patients avaient un déficit moteur des membres inférieurs dont un associé à un

syndrome pyramidal. A la biologie, le syndrome inflammatoire était observé dans 81.8% des cas. La sérologie brucellienne était positive dans tous les cas. La ponction articulaire du genou a mis en évidence un liquide inflammatoire avec un examen direct négatif. La radiographie standard du genou a montré une destruction articulaire. La radiographie du bassin a montré une sacroillite gauche et celle du rachis un aspect en faveur d'une spondylodiscite infectieuse avec un pincement discal (9 cas), un aspect irrégulier et érosion de plateaux vertébraux sus et sous jacents (7 cas), une lyse de l'angle vertébral antérieur (un cas), une image de reconstruction osseuse (2 cas). Les lésions étaient observées au niveau de l'étage lombaire dans 6 cas, l'étage dorsal (2 cas) et dorsolombaire (un cas). L'atteinte était multilatérale dans trois cas. Une TDM rachidienne a été réalisée dans deux cas et une IRM dans 5 cas montrant un aspect d'une spondylodiscite infectieuse avec abcès des parties molles périvertébrales (deux cas), une épidermite antérieure (4 cas), une compression radiculaire (deux cas) et une compression médullaire (un cas). La localisation la plus fréquente de la brucellose a été le rachis (81.8%), l'articulation sacro-iliaque (9%) et le genou (9%). Un traitement antalgique avec immobilisation a été instauré chez tous les patients avec une mise sous antibiothérapie à base de rifampicine et cycline.

Conclusion: La brucellose humaine, dans sa forme focalisée ostéo-articulaire, reste une maladie pouvant entraîner des complications graves si un traitement n'est pas rapidement mis en place. Comme pour toute maladie infectieuse, la prévention reste le meilleur moyen de lutte.

P29-Brucellose chez l'enfant : à propos de 2 cas et revue de la littérature

A. Ben Othman, S. Hamrouni, K. Abidi, L. Gharsallah, O. Bouyahia, S. Boukthir, S. Mazigh Mrad, A. Sammoud.

Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants de Tunis

Introduction: La Brucellose est une zoonose endémique dans le bassin méditerranéen. Elle est moins fréquente chez l'enfant. L'objectif est de montrer les particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de la Brucellose chez l'enfant.

Observations: Nous rapportons deux observations de Brucellose chez l'enfant, hospitalisés en 2007 et 2010. Il s'agit de deux garçons âgés respectivement de 6 ans et 14 ans, le motif d'hospitalisation était une fièvre prolongée avec notion de consommation de lait pour les deux. L'examen clinique montre une hépatosplénomégalie associée à éruption cutanée pour le 1^{er} cas et une arthralgie du 2^{ème} orteil pour le 2^{ème} cas. A la biologie il y avait un syndrome inflammatoire biologique, une NFS et un bilan hépatique normaux. La sérologie de Wright et le Rose Bengale étaient positifs pour les deux avec une hémoculture positive à *Brucella* spp pour le 2^{ème} cas.

Le premier cas a été mis sous bactrim+rifadine et le 2^{ème} sous doxycycline+rifadine pendant 8 semaines avec une bonne évolution clinique et paraclinique.

Conclusion: La Brucellose existe encore; la prévention (surveillance et éradication de la maladie chez le bétail) reste le meilleur moyen de lutte.

P30- La brucellose humaine à Jelma

H. Selmane, S. Nait-Limam, K. Sabri, A. Jellali, Ch. Nciri, S. Ncibi.

Hôpital de circonscription de Jelma

Introduction: La brucellose est un problème de santé publique, surtout dans les régions rurales en Tunisie, malgré les efforts de lutte déployés contre cette zoonose.

Objectifs: Notre but est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, évolutifs ainsi que les modalités de prise en charge des cas de brucellose à la délégation de Jelma.

Matériels et méthodes: Étude descriptive, rétrospective, concernant 12 cas de brucellose déclarés à la région de Jelma. La confirmation des cas est faite par la sérologie.

Résultats: 12 cas colligés, dont 85% sont de sexe masculin. L'âge moyen des patients est de 22 ans (4 ans - 70 ans). L'affection est présente durant ces dernières années avec un maximum de cas en 2008. La moitié des

cas ont une activité professionnelle exposante, la consommation de lait contaminé est retrouvée chez tous les patients. 10 % des patients ont été hospitalisés. La forme clinique typique sudoro-algique est retrouvée chez 75 % des malades ; 18 % ont un tableau clinique incomplet et dans 7 % il s'agit d'une fièvre isolée. La sérologie de Wright est positive chez tous les malades. Le traitement est à base de doxycycline (6 semaines) en association avec la rifadine (3 semaines). L'évolution est favorable dans 94 % des cas.

Conclusion: La brucellose demeure un problème de santé publique en Tunisie avec un impact économique considérable, d'où l'intérêt de renforcer encore plus le programme de lutte contre cette zoonose. La bonne évolution dépend de la précocité du diagnostic, chose qui n'est pas toujours évidente vu le polymorphisme clinique.

P31-La brucellose, maladie émergente à Sfax en 2010

Y. Aïdi¹, I. Maâloul¹, M. Soussi¹, B. Hammami¹, A. Znazen², Ch. Marrakchi¹, D. Lahiani¹, A. Hammami², M. Ben Jmaa¹

1-Service des maladies infectieuses, hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2-Service de microbiologie, hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction: La brucellose est endémique sur le pourtour méditerranéen. Son incidence a nettement diminué au cours des dernières années. Cependant, depuis Octobre 2010, une recrudescence des cas de brucellose a été notée au sud Tunisien, et à Sfax en particulier.

Le but de notre travail est de relever les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la brucellose dans ses différentes localisations.

Matériels et méthodes: Nous avons colligé 18 cas de brucellose hospitalisés au service de maladies infectieuses à l'hôpital Hédi Chaker de Sfax, toutes localisations confondues, survenant en 2010.

Résultats: Parmi les 18 cas colligés, 12 sont de sexe masculin. L'âge moyen des patients est de 41 ans. Douze cas étaient issus de milieu rural. Sfax est placée au 1^{er} rang avec 10 cas de brucellose en 2010. La contamination professionnelle était notée dans 5 cas. Parmi les cas présentés, 1 avait des cas de brucellose dans la famille. Le principal motif de consultation était une fièvre sudoro-algique (13 cas). L'examen a montré la fièvre (8 cas), une splénomégalie (4 cas), des radiculalgies (4 cas) et des douleurs de l'articulation sacro-iliaque (3 cas). *Brucella* a été isolée dans les hémocultures chez 9 patients et dans le LCR chez 1 patient. La sérologie de Wright était positive dans tous les cas. Dix patients présentaient une brucellose aiguë, alors que 8 patients avaient une forme focalisée (ostéo-articulaire dans 7 cas et neuroméningée dans 1 cas). Tous les patients ont été traités par vibramycine et rifampicine, associées au cotrimoxazole dans 3 cas et une corticothérapie de courte durée dans 2 cas. La durée moyenne du traitement était de 3 mois. L'évolution a été favorable chez 17 patients. Un malade est décédé et aucune rechute n'a été rapportée.

Conclusion: En 2010, nous avons enregistré une fréquence anormalement élevée de contamination à Sfax. La réémergence de cette pathologie est due essentiellement aux mouvements des cheptels et la consommation de produits laitiers non pasteurisés.

P32- Infections à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes se présentant pour interruption volontaire de la grossesse: prévalence et facteurs de risques

M. Koubaa¹, A. Znazen¹, N. Zribi¹, M. Leila², S. Krouf², A. Hammami¹.

1-Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba, Sfax.

2-Office national de la famille et de la population, Sfax

Introduction: L'infection à *Chlamydia trachomatis* (CT) représente la cause la plus fréquente d'infections sexuellement transmises dans de nombreux pays. Non ou mal traitée, elle peut engendrer de sérieuses séquelles telles que la stérilité et l'infection pelvienne chronique.

Objectif: Déterminer la prévalence et les facteurs de risque de l'infection à CT chez les femmes se présentant pour interruption volontaire de la grossesse (IVG).

Patients et méthodes: Nous avons inclus les femmes qui ont consulté

pour IVG à l'ONFP de Sfax entre le 1^{er} Novembre 2008 et 30 Avril 2009. Pour chaque patiente, une fiche de renseignements cliniques était remplie, un prélèvement endocervical pour la détection de CT par PCR Amplicor Roche® a été réalisé et une sérologie de CT était faite.

Résultats: Durant la période d'étude, nous avons inclus 31 femmes d'âge moyen 29 [21-46] ans. Vingt (65%) femmes avaient un âge supérieur à 25 ans. L'origine était essentiellement rurale (71%). Le nombre des femmes non-mariées étaient 18 (48%). A l'examen, 19 cas (61%) de vaginite et 5 cas (16%) de cervicite ont été observés. Un antécédent d'IVG était noté pour 21 femmes (68%). Un marqueur sérologique et ou direct d'infection à CT était retrouvé dans 10 cas (32,5%). La PCR était positive dans 7 cas (22,5%) et la sérologie dans 9 cas (29%). Une infection génitale à CT était statistiquement plus fréquente chez les femmes ayant des partenaires sexuels multiples (>2). A l'examen clinique, la présence d'une cervicite n'était pas associée à l'infection à CT.

Conclusion: La prévalence de l'infection à CT était élevée chez les femmes qui consultent pour IVG. Nous recommandons de faire un dépistage systématique de CT dans cette population.

P33- Maladie de Nicolas et Favre: à propos d'un nouveau cas.

A. El Boumeine, I. Boukhris, E. Chérif, S. Azzabi, L. Ben Hassine, Z. Kaouech, C. Kooli, N. Khalfallah.

Service de Médecine Interne B, hôpital C Nicolle, Tunis.

Introduction: La lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas et Favre) est une maladie sexuellement transmissible due aux souches L de *Chlamydia trachomatis*. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation: Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans, sans antécédent, admise dans notre service pour exploration d'une adénopathie inguinale droite évoluant depuis 2 mois non améliorée par un traitement anti-inflammatoire. Pas de notion de fièvre ni de sueurs nocturnes. A l'examen, elle avait un état général conservé, une adénopathie inguinale droite de 3 cm de grand axe, ferme, indolore, mobile par rapport aux 2 plans. L'examen génital était sans anomalie. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie. La radiographie de thorax était normale. L'échographie abdomino-pelvienne montrait deux adénopathies du hile hépatique mesurant 25 mm et 17mm, associées à quatre adénopathies iliaques externes gauches et inguinales bilatérales mesurant respectivement 25 mm, 30 mm, 29 mm et 40 mm. La biopsie ganglionnaire inguinale droite était en faveur d'une lymphogranulomatose vénérienne à *Chlamydia trachomatis*. La sérologie *Chlamydia trachomatis* était positive. Le diagnostic de maladie de Nicolas et Favre a donc été retenu. La Patiente a été traitée par doxycycline (200 mg/j) pendant 10 jours avec une disparition clinique et radiologique des adénopathies.

Discussion: La maladie de Nicolas et Favre se caractérise par une adénite inguinale subaiguë, le plus souvent unilatérale, dont l'évolution chronique peut aboutir à une fistulisation. Le chancre génital initial est rarement objectivé, comme c'était le cas de notre patiente. Le diagnostic de certitude repose actuellement sur l'isolement par culture ou par réaction d'amplification génique des souches L de *Chlamydia trachomatis*. Le traitement est à base de cyclines.

Conclusion: La maladie de Nicolas et Favre doit être évoquée devant toute adénite inguinale.

P34- Le syndrome de Lemierre à propos d'un cas pédiatrique

L. Gargouri¹, S. Kmiha¹, R. Chabchoub Ben abdallah¹, H. Boudabous¹, N. Ben Hlima¹, N. Akrouf², A. Mahfoudh¹

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .S

2-Hôpital de circonscription. El Amra

Introduction: Le syndrome de Lemierre est une affection rare qui associe une infection primaire de l'oropharynx, une thrombophlébite septique de la veine jugulaire interne (VJI), des métastases septiques le plus souvent pulmonaires à germe anaérobie.

But: Rappeler les particularités cliniques du syndrome de Lemierre et préciser ses complications et ses modalités thérapeutiques.

Observation: Nous rapportons le cas d'une fille âgée de 14 ans admise pour des céphalées dans un contexte fébrile. A l'examen, elle avait une fièvre à 40°, un syndrome méningé et un syndrome inflammatoire biologique. La ponction lombaire a montré une méningite purulente avec une culture négative. La Rx du thorax a objectivé un foyer paracardiac gauche. La TDM cérébrale a permis de mettre en évidence une pansinusite collectée, une thrombophlébite cérébrale avec une collection de l'angle ponto-cérébelleux. L'enfant a bénéficié d'une sphénoïdectomie, une éthmoïdectomie et une méatotomie moyenne bilatérale. Elle a été traitée initialement par une triple antibiothérapie à base de Claforan, Fosfomycine et Flagyl qui n'a pas amélioré l'état septique de l'enfant; d'où le recours à une association d'Ofloxac, Rifampicine et Flagyl; avec une bonne évolution.

Conclusion: Le diagnostic de syndrome de Lemierre doit être systématiquement évoqué chez un enfant porteur d'une infection ORL, devant l'apparition de complication locale ou d'un état septique sévère non contrôlé. Un traitement précoce et une surveillance adaptée sont alors la garantie d'une morbidité quasi nulle.

P35- Otite externe maligne: Etude de 35 cas

M. Soussi, B. Hammami, H. Hadjkacem, D. Lahiani, I. Mâaloul, C. Marrakchi, M. Ben Jemâa

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie

Les otites externes malignes sont des infections invasives sévères du conduit auditif externe qui envahissent progressivement les structures adjacentes et peuvent conduire à une ostéite de la base du crâne.

Déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'otite externe maligne.

Etude rétrospective étalée sur 11 ans (2000-2010).

Nos patients sont répartis en 20 hommes et 15 femmes, d'âge moyen de 63 ans (47-81). Dans les antécédents, nous avons noté un diabète (33 cas), une néoplasie (5 cas) et une otite récidivante (5 cas). Le tableau clinique était dominé par des otalgies (33 cas), associées à des otorrhées purulentes (25 cas), des céphalées (20 cas) et une hypoacousie (12 cas). L'examen clinique a trouvé une douleur à la pression mastoïdienne et prétragienne dans 27 cas, un comblement du sillon rétroauriculaire (6 cas) et une atteinte des nerfs crâniens (4 cas). L'examen otoscopique a objectivé un canal auriculaire externe rétréci (31 cas) et un tympan altéré (17 cas). Le prélèvement auriculaire était positif dans 27 cas, isolant *Pseudomonas aeruginosa* (21 cas), *Candida albicans* (3 cas), *Candida parapsilosis* (1 cas), *Candida krusei* associé à *Pseudomonas* (1 cas) et *Aspergillus* (2 cas). L'antigénémie, la sérologie et la PCR aspergillaire étaient positives dans 2 cas. Tous les malades ont bénéficié d'une double antibiothérapie ou d'un traitement antifongique selon le germe, d'une durée moyenne égale à 56 jours (21-120j). L'évolution était favorable dans 30 cas et fatale dans 1 cas. Nous avons noté une récurrence dans 3 cas et une paralysie faciale séquellaire chez un patient.

Cette pathologie touche préférentiellement les patients diabétiques et le microorganisme le plus souvent mis en cause est *Pseudomonas aeruginosa*. Les otites externes malignes fongiques sont beaucoup plus rares et souvent associées à un mauvais pronostic fonctionnel.

P36- L'otite externe maligne non mycosique

R. Zainine, H. Ben Souissi, N. Romdhane, N. Sayeh, S. Tabebi, N. Beltaief, S. Sahtout, G. Besbes

Service ORL et CMF Hôpital La Rabta

Introduction: L'otite externe maligne (OEM) est une pathologie infectieuse rare et grave qui se développe à partir du conduit auditif externe (CAE). Le diagnostic est généralement posé devant la survenue de complications neurologiques ou la résistance de traitements locaux et généraux.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 35 patients suivis et traités dans notre service pour OEM non mycosique pendant 4 ans (2007 - 2010).

Résultats et discussion: L'âge moyen de nos patients était de 68,5 ans (40 - 84 ans) avec 6 patients âgés de moins de 60 ans et un sex-ratio de 1,05. Tous nos patients étaient diabétiques dont 4 au stade de

complications dégénératives, 3 patients insuffisants rénaux chroniques et un suivi pour hypothyroïdie. Un patient a été opéré d'une tympanoplastie 3 mois auparavant.

Les 2 signes fonctionnels retrouvés chez tous nos malades étaient l'otalgie et l'otorrhée évoluant pendant une durée moyenne de 49 jours.

L'examen sous microscope a montré un conduit réduit à 80% dans 19 cas (soit 54% des cas). L'otorrhée était constante et un polype inflammatoire a été retrouvé dans 20 cas. Une paralysie faciale a été retrouvée dans 8 cas.

Un syndrome inflammatoire biologique a été objectivé dans 91% des cas. Le *Pseudomonas* a été isolé dans 11 cas.

La TDM des rochers a objectivé une ostéite du tympanal dans 8 cas, une atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire dans 3 cas, un comblement des cavités de l'oreille moyenne dans 9 cas et une thrombophlébite cérébrale dans 3 cas, ces derniers ont eu un complément d'exploration par IRM. La scintigraphie au technétium a été pratiquée dans 2 cas.

Tous nos patients ont été traités par une antibiothérapie double par voie générale sur une durée moyenne de 25 jours à base de fluoroquinolone (FQ) et d'une céphalosporine de 3^{ème} génération (CIIG) dans 33 cas, FQ et pristinamycine dans 1 cas et CIIG avec la fosfomycine dans 1 cas associé à des soins locaux quotidiens.

Le traitement par voie intraveineuse a été relayé par voie orale par de la ciprofloxacine seule dans 31 cas, associée à la pristinamycine dans 1 cas et par de la pristinamycine seule dans 1 cas sur une durée moyenne de 35 jours.

L'évolution a été marquée par la restitution d'un calibre normal dans 71% des cas au bout de 1 mois et dans 91% des cas au bout de 2 mois.

Conclusion: Le diagnostic de l'OEM est confirmé par l'imagerie. L'agent infectieux le plus souvent responsable est le *Pseudomonas aeruginosa*. Le pronostic de l'OEM a été ainsi transformé par les antibiotiques efficaces sur ce germe.

P37- Complications des otites moyennes aiguës à propos de 16 observations

W. Kermani, C. Halwani, I. Cherif, A. Mehrzi, I. Zeglouli, I. Hrigua, M. Ben Ali, M. Abdelkéfi, M. Belcadhi, K. Bouzouita

Service ORL Farhat Hached, Sousse - Tunisie

Introduction: L'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation aiguë de la muqueuse de l'oreille moyenne, avec ou sans suppuration. C'est une pathologie essentiellement observée chez les enfants en particulier avant l'âge de 3 ans. Elle peut être source de complications: intratemporales (paralysie faciale, mastoïdite aiguë, labyrinthite) ou endo-crâniennes (méningite, suppuration endocrânienne) justifiant la nécessité d'instaurer un traitement à temps.

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des OMA compliquées ainsi que les modalités de prise en charge

Matériel et méthodes: Etude rétrospective rapportant une série de 16 observations d'OMA compliquées colligées au service d'ORL et de CCF à l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de dix ans s'étalant entre 2001-2010.

Résultats: L'âge variait entre 10 mois et 52 ans avec 11 femmes et 5 hommes. L'antécédent de diabète était retrouvé chez 2 patients. Le motif de consultation était: fièvre dans 8 cas, otorrhée 11 cas, tuméfaction rétro auriculaire 13 cas, asymétrie faciale 4 cas. La durée d'évolution des symptômes variait entre 2 jours et 3 semaines. Une antibiothérapie au préalable était prescrite dans 11 cas. Un scanner des rochers était fait dans 7 cas et cérébral dans 3 cas.

Les complications notées étaient: oto-mastoïdite 13 cas, paralysie faciale 4 cas, thrombophlébite du sinus latéral 3 cas et abcès de la fosse postérieure 1 cas.

Une paracentèse a été réalisée dans 4 cas. La culture était positive dans 5 cas. Un traitement antibiotique a été instauré chez tous les patients. Un traitement chirurgical a été réalisé dans 9 cas. L'évolution était favorable chez tous les patients avec une durée d'hospitalisation variant entre 7 jours et 3 semaines.

Conclusion: Les complications des OMA peuvent être graves et engager le pronostic vital ou laisser de lourdes séquelles. Plusieurs complications

peuvent être associées. L'imagerie, et plus particulièrement l'examen tomodensitométrique, sont d'une grande aide au diagnostic d'autant que les signes d'appel sont souvent peu spécifiques, voire absents. Le traitement comporte dans tous les cas un traitement antibiotique parentéral adapté. Le traitement chirurgical est fonction de l'étiologie de la complication et de son type.

P38- Phlegmons péri-amygdaliens à propos de 49 observations

W. Kermani, C. Halwani, M. Gammem, I. Cherif, I. Zeglouli, I. Hrigua, M. Ben Ali M. Abdelkéfi, M. Belcadhi, K. Bouzouita.

Service ORL Farhat Hached, Sousse – Tunisie

Introduction: Le phlegmon péri-amygdalien constitue la complication la plus fréquente des angines bactériennes. Il correspond au développement d'une collection purulente dans l'espace péri-amygdalien. Non traité à temps, il peut avoir des complications plus graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des phlegmons péri-amygdaliens ainsi que les modalités de prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes: Etude rétrospective rapportant une série de 49 observations colligées au service d'ORL et de CCF à l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 5 ans s'étalant entre 2006-2010.

Résultats: L'âge variait entre 9 et 50 ans avec 23 femmes et 26 hommes. L'antécédent de phlegmon péri-amygdalien était retrouvé chez 3 patients. Le motif de consultation était une odynophagie dans tous les cas. La durée d'évolution des symptômes variait entre 1 jour et 30 jours. Une antibiothérapie au préalable était prescrite dans 34 cas (association amoxicilline acide clavulanique dans 11 cas), la prise d'AINS dans 13 cas. La triade classique associant ces trois signes à savoir bombement du pilier antérieur, œdème de la luette et trismus était complète dans 39 cas. La ponction a été réalisée dans tous les cas, elle était positive dans 34 cas.

Un germe a été identifié dans 7 cas avec prédominance du streptocoque \square hémolytique (4 cas). L'association d'antibiotique la plus utilisée était Pénic/G/Métronidazole. La durée d'hospitalisation variait entre 1 jour et 21 jours. L'antibiothérapie était poursuivie par voie orale à la sortie chez tous les patients, l'association d'amoxicilline/acide clavulanique était la plus adoptée. L'examen physique révélait chez un patient un empatement cervico-facial. La tomodensitométrie objectivait une collection parapharyngée extensive vers le médiastin supérieur. Une antibiothérapie a été instaurée avec un drainage chirurgical par voie cervicale. L'évolution ultérieure était favorable. Aucune amygdalectomie à chaud n'a été faite. Une amygdalectomie à froid avait complété la thérapeutique dans 8 cas dans un délai variant entre 1 mois et 3 mois.

Conclusion: Le phlegmon péri-amygdalien est une urgence fréquente en ORL. Non traité à temps il expose à des complications qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Il est de diagnostic essentiellement clinique. Son traitement est médico-chirurgical.

P39- L'amygdale palatine, une localisation rare de la tuberculose: à propos de un cas

IC. Zgolli, S. Mezri, S. Tababi, R. Zainine, N. Beltaief, S. Sahtout, G. Besbes.

Service ORL et CCF, la Rabta - Tunis

Introduction: L'épidémiologie de la tuberculose a changé ces dernières années avec élévation de l'incidence des formes inhabituelles. La localisation amygdalienne est exceptionnelle.

Observation: Il s'agit d'un enfant âgé de 13 ans ayant des antécédents d'angines à répétition qui a consulté nos urgences à 2 reprises en 1 mois pour odynophagie et fièvre, mis d'abord sous antibiotiques sans amélioration. A l'examen, amygdales palatines hypertrophiées exsudatives hyperhémiées obstructives. Le reste de l'examen est sans particularités. Le patient a été opéré. L'examen anatomopathologique a conclu à une tuberculose amygdalienne. Il a été mis sous traitement antituberculeux avec bonne évolution

Conclusion: Les localisations extra pulmonaires de la tuberculose sont dominées par la tuberculose ganglionnaire. L'atteinte de l'anneau de

Waldeyer est rare. La symptomatologie peut être non spécifique mais peut aussi revêtir des formes pseudo-tumorales. Le diagnostic est difficile à établir et repose sur l'examen anatomopathologique. Le traitement est médico-chirurgical.

P40-Abcès rétro-pharyngés tuberculeux: à propos de deux cas

L. Baili, I. Rachdi, B. Ben Dhaou, W. Garbouj, F. Boussema, S. Ketari, S. Kochbati, O. Cherif, L. Rokbani.

Service de Médecine Interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis

Introduction: La localisation rétro-pharyngée est la plus rare des suppurations péri-pharyngées. Elle est le plus souvent secondaire à l'ingestion d'un corps étranger ou à un traumatisme de la paroi pharyngée postérieure. L'origine tuberculeuse des abcès rétro-pharyngés est exceptionnelle. Elle complique exceptionnellement un mal de Pott cervical. Nous rapportons deux observations d'abcès rétro-pharyngés.

Observation: Il s'agit d'un homme et d'une femme âgés respectivement de 38 et 90 ans. Une dysphagie haute associée à une odynophagie évoluant dans un contexte fébrile ont inauguré le tableau clinique chez les deux patients. L'examen physique a objectivé des ulcérations amygdaliennes et oro-pharyngées dans le premier cas et un bombement latéro et rétro pharyngé gauche dans le deuxième cas. L'examen ostéo-articulaire a montré une limitation douloureuse du rachis cervical. L'examen neurologique était sans anomalie. La biologie a objectivé une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans les deux cas et un syndrome inflammatoire biologique dans le premier cas. La radiographie thoracique était sans anomalie. La tomodensitométrie (TDM) facio-cervicale a montré un processus expansif laryngé sus glottique dans le premier cas. Une masse hypo-pharyngée du sinus piriforme gauche avec extension aux tissus mous postérieurs de l'hypopharynx et associée à une lyse du corps de la deuxième vertèbre cervicale a été mise en évidence dans la TDM facio-cervicale dans le deuxième cas. Une amygdaléctomie droite a été pratiquée au premier patient. La patiente a bénéficié d'une mise à plat chirurgicale de l'abcès rétro-pharyngé. Les examens bactériologiques et la recherche de Bacille de Koch au niveau du pus étaient négatifs. L'examen anatomopathologique de la masse a révélé un remaniement inflammatoire non spécifique dans le premier cas et des lésions granulomateuses tuberculoides et abcédées dans le deuxième cas. Le diagnostic d'abcès rétro-pharyngé révélant un mal de Pott a été posé dans le premier cas et un traitement antituberculeux quadruple ainsi qu'une immobilisation cervicale ont alors été instaurés et l'évolution clinico-biologique était favorable. L'imagerie facio-cervicale de contrôle a montré une stabilisation de la lyse osseuse et la disparition complète de la masse rétro-pharyngée dans le deuxième cas. Dans le premier cas, l'évolution sous antibiothérapie non spécifique a été marquée par la persistance de la fièvre et du syndrome inflammatoire biologique. Un traitement antituberculeux d'épreuve a alors été instauré et l'évolution était marquée par une amélioration de la symptomatologie clinique.

Conclusion: La survenue d'abcès rétro-pharyngés est exceptionnelle chez l'adulte. Une origine tuberculeuse doit être systématiquement recherchée, d'autant plus s'il s'agit d'un abcès froid survenant chez un sujet âgé et qu'il existe une atteinte vertébrale adjacente, comme le cas de notre deuxième patient.

P41-Caractéristiques bactériologiques des sinusites nosocomiales en milieu de réanimation.

M. Ben Hassen, M. Hemdane, M.H. Abdallah, A. Ben Selma, S. Souii, W. Najja, R. Said

Service d'anesthésie réanimation du CHU Sahloul de Sousse

Introduction: Les sinusites nosocomiales (SN) représentent des complications infectieuses de plus en plus fréquentes en milieu de réanimation. L'incidence varie de 1,4 à 100% selon les études. Dans la plupart des cas, elles ne sont diagnostiquées que lorsqu'on est confronté à un sepsis inexpliqué ou lors de la constatation d'un comblement sinusien sur un scanner cérébral prescrit pour toute autre raison. Le traitement est basé sur l'association d'un drainage des sinus et d'une antibiothérapie

adaptée par voie générale.

Matériel et méthodes: C'est une étude rétrospective de 5 ans incluant tous les patients traumatisés graves, intubés et ventilés pendant plus de 48 heures. Les enfants âgés de moins de 5 ans ont été exclus de cette étude. Le diagnostic de SN est basé sur la présence d'une fièvre > 38,5, comblement partiel ou total des sinus maxillaire à la tomodensitométrie et un aspect purulent du liquide de ponction et/ou culture positive. La SN est considérée comme étant tardive si elle survient après J5. L'étude des caractéristiques microbiologique des germes responsables est basée sur l'analyse des antibiogrammes correspondants. L'analyse des données recueillies est réalisée à l'aide de logiciel SPSS version 11.0.

Résultats: 281 patients ont été inclus dans ce travail. 63 ont développé une SN, ce qui fait une fréquence de 22%. L'âge moyen était de 27±20 ans et le Sex ratio de 4,85. La ponction des sinus était réalisée dans 100% des cas avec un aspect purulent dans 59% des cas. Les germes responsables des SN ont été isolés dans 87% des cas. Les BGN ont été retrouvés dans 67% des cas. Le pyocyanique et l'*Acinetobacter baumannii* étaient les 2 germes les plus fréquemment rencontrés, surtout en cas de sinusite tardive. L'association avec les pneumopathies nosocomiales a été observée dans 17% des cas. Les examens bactériologiques ont isolé le même germe dans les sinus et les poumons dans 19% des cas. L'administration des antibiotiques était en bithérapie dans 54% des cas avec une durée moyenne de 14±8 jours.

Discussion: La confirmation bactériologique par un examen de produit de ponction de sinus assure le diagnostic. La présence de 10³ polynucléaires/ml de pus suffit pour valider le critère bactériologique. Les SN sont souvent secondaires à des germes nosocomiaux représentés par les BGN dans 44 à 83% des cas, les CG+ dans 12 à 41% des cas, les anaérobies dans 51 à 60% des cas et les levures dans 14 à 18% des cas.

Conclusion: Les SN sont souvent sous-estimées et fréquemment sous diagnostiquées. Le traitement est basé sur le drainage sinusien associé à une antibiothérapie efficace caractérisée par la bonne diffusion intrasinusienne et adaptée aux germes les plus fréquemment responsable des SN.

P42-Les cellulites cervico-médiastinales à propos de 2 observations

W. Kermani, C. Halwani, M. Gammem, B. Gassab, I. Zeglaoui, I. Hrigua, M. Ben Ali, M. Abdelkafi, M. Belcadi, K. Bouzouita.

Service ORL Farhat Hached, Sousse – Tunisie

Introduction: Les cellulites cervico-médiastinales sont des affections rares, pouvant succéder à un épisode infectieux de la sphère ORL. L'extension du processus infectieux cervical vers le médiastin s'explique par la continuité anatomique de ces deux régions. Ces cellulites peuvent engager le pronostic vital par la survenue de complications régionales et générales.

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de cette affection ainsi que les modalités de prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes: Etude rétrospective rapportant 2 observations de cellulites cervico-médiastinales colligées au service d'ORL et de CCF à l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 5 ans s'étalant entre 2006-2010.

Résultats: le premier patient était un homme âgé de 32 ans qui était admis pour prise en charge d'un phlegmon péri-amygdalien gauche et chez qui l'examen relevait un empatement cervico-facial. La tomodensitométrie objectivait une collection para-pharyngée extensive vers le médiastin supérieur. Une antibiothérapie a été instaurée (PeniG/métronidazole) avec un drainage chirurgical par voie cervicale. Le germe isolé était un streptocoque. L'antibiothérapie a été poursuivie pendant 21 Jours avec une évolution favorable.

Le deuxième patient était une fille âgée de 12 ans, hospitalisée pour une tuméfaction cervicale antérieure inflammatoire dans un contexte fébrile. L'examen notait un empatement douloureux du cou s'étendant au sternum. Un scanner cervico-médiastinal a objectivé une collection des espaces pré et latéro-trachéaux qui fusait dans le médiastin supérieur. Une antibiothérapie à base de cefotaxime/fosfomycine/métronidazole a été instaurée avec un drainage chirurgical par voie cervicale. Plusieurs prélèvements ont été pratiqués dont la culture était revenue négative.

L'antibiothérapie avait été prolongée pendant 28 jours avec une bonne évolution.

Conclusion: Les cellulites cervicales consécutives à une infection de la sphère ORL d'apparence banale peuvent rapidement être compliquées d'une médiastinite. Un scanner cervico-médiastinal doit être demandé dans les brefs délais permettant de confirmer le diagnostic. Le diagnostic doit être précoce du fait de la mise en jeu du pronostic vital. Le drainage chirurgical précoce associé à une antibiothérapie adaptée reste le seul garant d'une évolution favorable.

P43- Bactériologie des méningites bactériennes de l'enfant à Monastir

Y. Kadri¹, H. Ben Abdallah¹, M. Kortas¹, S. Noomen¹, N. Gueddiche², M. Mastouri¹

1-Service de Microbiologie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir
2-Service de Pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.

Introduction: Les méningites bactériennes de l'enfant constituent un problème majeur de santé publique. En effet, il s'agit d'une cause majeure de mortalité et de morbidité malgré l'utilisation d'antibiotiques efficaces. L'objectif de notre travail est de dresser le profil bactériologique des méningites bactériennes de l'enfant dans la région de Monastir et d'étudier la sensibilité aux antibiotiques des principales espèces bactériennes en cause.

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de onze ans (2000-2010). Les liquides céphalorachidiens (LCR) provenaient d'enfants hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir. L'examen cytotactériologique du LCR était réalisé dans le laboratoire de microbiologie du même hôpital en utilisant les techniques habituelles de bactériologie standard. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques était réalisée par les méthodes de diffusion en milieu gélosé selon les normes du CA-SFM.

Résultats: Durant la période d'étude, 92 souches étaient isolées avec prédominance de *Streptococcus pneumoniae* (35%), suivi d'*Haemophilus influenzae* (21%), de *Streptococcus agalactiae* (11%) et de *Neisseria meningitidis* (6,5%). Aucune souche de *Listeria monocytogenes* n'était isolée. Chez le nouveau né (31 souches), le profil bactériologique était dominé par les entérobactéries (17) suivi par streptocoque B (8). Chez le nourrisson et l'enfant âgé entre 1 mois et 4 ans, *S. pneumoniae* était la principale bactérie isolée (25) suivi par *H. influenzae* (19). Après l'âge de 5ans, cinq cas étaient colligés, il s'agissait de pneumocoque. La moitié de *S. pneumoniae* avait une sensibilité diminuée à la pénicilline, 16,6% à l'amoxicilline et 4,1% au céfotaxime. Parmi les 19 souches d'*Haemophilus influenzae*, 10 étaient résistantes à l'amoxicilline par production de bêta-lactamase et 2 avaient une sensibilité diminuée aux bêta-lactamines.

Conclusion: *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* constituent les principales bactéries responsables de méningites de l'enfant dans notre région. Le principal problème posé par ces deux bactéries est la résistance acquise aux pénicillines. La prise en charge précoce et efficace des malades ainsi que la vaccination systématique des nourrissons contre *Haemophilus* et pneumocoque constituent autant de mesures susceptibles de réduire la fréquence et d'améliorer le pronostic de ces infections chez l'enfant.

P44- Méningite à méningocoque: à propos de 49 cas

A. Berriche, R. Abdelmalek, B. Kilani, F. Kanoun, L. Ammari, A. Goubantini, H. Tiouiri Benaissa, T. Ben Chaabane

Service des Maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: Le méningocoque est doué d'un très grand potentiel épidémique constituant ainsi un problème majeur de santé publique. La répartition des sérogroupes varie selon les pays et les recommandations vaccinales. En Tunisie, comme dans la majorité des pays méditerranéens, c'est le séro groupe B qui est classiquement observé.

Patients et méthodes: Etude rétrospective, menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta sur une période de 10 ans (Janvier 2001-

Décembre 2010). Nous avons inclus tous les patients ayant une méningite à méningocoque confirmée.

Objectif: Relever les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives des méningites à méningocoque.

Résultats: Nous avons colligé 49 cas. Il s'agissait de 38 hommes et 11 femmes. Leur âge moyen était de 33 ans. Parmi les hommes, 13 (34%) étaient des détenus. La fièvre et la céphalée étaient les motifs de consultation les plus fréquents (94%). A l'examen physique, la fièvre a été objectivée dans tous les cas, le syndrome méningé dans 96% des cas. 59% des patients avaient un purpura et 22,5% une altération de l'état de conscience. Nous avons noté 33 cas de méningite, 12 cas de méningo-encéphalite, 2 purpura fulminans et 2 méningococcémies. Tous les patients avaient eu une ponction lombaire. Le liquide céphalorachidien (LCR) était trouble ou purulent dans 92% des cas et clair dans le reste des cas. L'examen direct du LCR a été réalisé dans 21 cas dont 18 étaient positifs. La recherche d'antigènes possibles a été réalisée dans 30 cas dont 18 étaient positifs. La culture du LCR était positive dans 61% des cas et le diagnostic a été retenu sur des hémocultures positives dans 3 cas. Le séro groupe a été identifié dans 40 cas. Le séro groupe prédominant était le «A» (49%) suivi du «B» (20,4%). Un antibiogramme a été réalisé dans 25 cas. La pénicilline G et l'amoxicilline ont été testés dans tous les cas: 4 souches étaient de sensibilité diminuée à la pénicilline et une souche y était résistante. 2 souches étaient de sensibilité diminuée à l'ampicilline. La rifampicine a été testée dans 24 cas, 4 souches étaient résistantes. 94% des patients avaient reçu de l'ampicilline et les autres du céfotaxime pour une durée moyenne de 11 jours. Le décès était survenu chez un seul patient ayant un purpura fulminans.

Conclusion: Même si la sensibilité aux antibiotiques des souches isolées reste bonne, la prédominance du séro groupe A devrait nous faire songer à introduire la vaccination anti-méningococcique, du moins dans les collectivités, afin de prévenir les épidémies et les formes graves.

P45- Méningite nosocomiale: à propos de 15 cas

A. Berriche, L. Ammari, R. Abdelmalek, H. Tiouiri Benaissa, B. Kilani, F. Kanoun, A. Ghoubantini, T. Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: Suite au progrès des moyens diagnostiques et thérapeutiques invasifs, l'incidence des infections nosocomiales est en augmentation. L'atteinte méningée au cours de ces infections est de diagnostic difficile en raison de leur tableau clinique souvent atypique. Le but de notre travail est de relever les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives des méningites nosocomiales (MN).

Patients et méthodes: Etude rétrospective menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta de Tunis, sur une période de 10 ans (Janvier 2001-Décembre 2010) des cas de méningites nosocomiales définies par la survenue de méningite bactérienne plus de 48 heures après le début de l'hospitalisation ou suite à un geste contaminant telle qu'une intervention neurochirurgicale, une ponction lombaire ou une injection péri-durale.

Résultats: Nous avons colligé 15 cas de MN. Il s'agit de 2 hommes et 13 femmes. L'âge moyen était de 42,7 ans. La porte d'entrée était: la rachianesthésie dans 7 cas (46,7%) et la neurochirurgie dans 4 cas (26,7%). Le délai moyen d'apparition de l'atteinte méningée était de 4,5 jours. La fièvre et la céphalée étaient les signes fonctionnels les plus fréquents, rapportés dans 100%. A l'examen physique, la fièvre et le syndrome méningé ont été objectivés dans tous les cas. L'état de conscience était altéré dans le tiers des cas. 14 patients avaient eu une ponction lombaire. L'aspect du LCR était trouble dans 94% des cas avec une cytologie supérieure à 1000 éléments blanc dans 67% des cas. L'étude bactériologique du LCR a identifié le germe en cause dans 27% des cas. Il s'agissait d'un bacille à Gram négatif dans 2 cas et d'un cocci à Gram positif dans 2 cas. La méningite était décapitée par une antibiothérapie préalable dans 73 % des cas. Une antibiothérapie probabiliste à base de céfotaxime-fosfomicine a été prescrite chez tous les patients. La durée moyenne du traitement était de 18 jours. L'évolution était favorable dans 86,7% des cas. Le décès est survenu dans 2 cas.

Conclusion-Les MN se caractérisent par le polymorphisme clinique et la difficulté du diagnostic microbiologique. Ainsi, le diagnostic de méningite nosocomiale doit être évoqué devant tout état fébrile dans les suites d'un geste neurochirurgical à but diagnostique ou thérapeutique. Le respect des règles d'asepsie rigoureuse au cours de tout acte de soins reste le meilleur moyen de prévention de ces infections graves.

P46- Complications neurologiques de la rickettsiose. A propos de 17 cas

M. Koubâa¹, D. Lahiani¹, S. Ben Kahla¹, Ch. Marrakchi¹, A. Znasen², I. Mâaloul¹, B. Hammami¹, A. Hammami², M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2-Service de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction: La rickettsiose est une maladie endémique dans le pourtour méditerranéen. Elle est réputée bénigne mais pouvant revêtir une gravité: les formes sévères représentent 6 à 10% avec une mortalité de 32%. L'atteinte neurologique, avec ses variétés cliniques, constitue 28% des formes graves avec un pronostic parfois réservé.

But: Evaluer la fréquence des formes neurologiques de la rickettsiose et décrire leurs aspects cliniques et thérapeutiques.

Patients et méthodes: Etude rétrospective de 17 cas colligés entre 1997 et 2009 au service des maladies infectieuses de Sfax. Ces patients avaient une atteinte neurologique et une rickettsiose confirmée sérologiquement.

Résultats: Parmi 210 cas de rickettsiose enregistrée durant la période d'étude, 17 avaient une atteinte neurologique (soit une fréquence de 8%) avec un âge médian de 59 ans. Le sex ratio était de 0,7. Le pic d'incidence a été constaté en Septembre (8 cas). 70% des sujets étaient d'origine rurale. Un contact avec les chiens était noté dans 23%. Le délai moyen de consultation était de 9 jours. La fièvre (100%), les céphalées (59%) et les vomissements (53%) étaient les principaux signes fonctionnels. Deux patients avaient une hypoacousie. A l'examen physique, le syndrome méningé était prédominant (58%) suivi de la confusion (35%) et les autres signes psychiatriques (35%). Un seul patient avait une dysarthrie et un syndrome cérébelleux. Une éruption caractéristique était présente dans 58%. Elle était concomitante aux signes neurologiques dans 80% des cas. L'escarre d'inoculation était trouvée chez 2 patients. L'atteinte neurologique se résumait à une méningite (7 cas), une méningo-encéphalite (5 cas), une encéphalite isolée (3 cas), une cérébellite (1 cas) et une atteinte du nerf VIII (2 cas). Une méningite lymphocytaire normoglycorachique et normoprotéinorachique était l'anomalie la plus fréquente du LCR. Une tomodensitométrie et/ou une imagerie par résonance magnétique cérébrales n'ont montré aucune anomalie radiologique. Aux données de la sérologie, *Rickettsia conorii* dominait les étiologies des manifestations neurologiques (65%). Le traitement de première intention était une fluoroquinolone (65%) et des pénicillols (35%). La durée moyenne de traitement était 17 jours. L'évolution était favorable sans séquelles (10 cas), avec des séquelles psychiques (2 cas) et fatale (5 cas).

Conclusion: Les formes neurologiques de la rickettsiose sont de plus en plus fréquentes. Leur tableau clinique est polymorphe. Elles sont graves et méritent une attention particulière pour leur prise en charge clinique et thérapeutique.

P47- Méningite à liquide clair: manifestation exceptionnelle au cours du typhus murin.

A. Aouam, A. Toumi, F. Larbi Ammari, H. Ben Brahim, C. Loussaief, F. Ben Romdhane, M. Chakroun.

Service des Maladies Infectieuses, EPS F Bourguiba.

Introduction: Le typhus murin est endémique en Tunisie. Il est dû à l'infection par une bactérie intracellulaire : *Rickettsia typhi*. La méningite au cours du typhus murin est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé pour méningite aseptique secondaire à un typhus murin.

Observation : Il s'agissait d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant présenté brutalement une fièvre non chiffrée associée à des céphalées intenses. L'examen physique notait une température à 39°C, des signes méningés sans troubles de la conscience. Il

y avait une éruption maculo-papuleuse généralisée épargnant les paumes et les plantes et des lésions purpuriques punctiformes au niveau de la voile du palais. Il n'y avait pas de tâche noire. Au plan biologique, il y avait une hyperleucocytose à 11500/mm³ et une thrombopénie à 122000/mm³. La CRP était à 28 mg/l. Il n'y avait pas de cytolysé hépatique. La ponction lombaire avait ramené un liquide clair, normotendu avec une pléocytose à 160 éléments/mm³ à prédominance lymphocytaire (75%), une hyperprotéinorachie à 2 g/l et une normoglycorachie. L'examen direct et la culture étaient négatifs. L'examen ophtalmologique n'avait pas montré de lésions rétinienne. Le patient était mis sous ofloxacine (400 mg/j) devant la suspicion d'une rickettsiose. La sérologie avait permis de confirmer le diagnostic en montrant des taux d'IgM à 1/80 et d'IgG à 1/320 pour *R. typhi*. Elle était négative pour *R. conorii*. L'évolution était favorable après 7 jours de traitement avec régression des signes cliniques et normalisation du bilan biologique.

Conclusion : L'atteinte neurologique au cours de l'infection à *R. typhi* est rare. Un typhus murin doit être systématiquement évoqué devant toute méningite à liquide clair en zones endémiques.

P48- Empyèmes cérébraux: à propos de 14 cas

A. Berriche¹, R. Abdelmalek¹, A. Boubaker², F. Kanoun¹, L. Ammari¹, B. Kilani¹, A. Ghoubantini¹, H. Tiouiri Benaissa¹, H. Jmal², T. Ben Chaabane¹

1- Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis

2- Service de neurochirurgie, Institut de Neurologie de Tunis

Introduction: Les empyèmes cérébraux représentent une affection grave, potentiellement mortelle. Leur prise en charge relève d'une collaboration multidisciplinaire afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

Patients et méthodes: Etude rétrospective menée au service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta de Tunis, sur une période de 10 ans (Janvier 2001- Décembre 2010).

Objectif- Relever les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives des empyèmes cérébraux.

Résultats: Nous avons colligé 14 cas. Il s'agissait de 14 hommes, âgés en moyenne de 27 ans. Le délai de consultation moyen était de 8 jours. La fièvre et la céphalée étaient rapportées dans 100% et 93% des cas. Elles étaient associées à une altération de l'état de conscience et à des convulsions dans 36% et 28,6% des cas. La fièvre a été objectivée dans tous les cas, associée à un syndrome méningé et à un déficit moteur dans 71,5% et 14,3% des cas. La TDM cérébrale a conclu à un empyème sous-dural dans 11 cas et extra-dural dans 3 cas; à un effet de masse et à un engagement cérébral dans 42,8% et 28,5% des cas. 9 patients avaient eu une ponction lombaire. Parmi eux 77,8% avaient une méningite purulente. L'enquête bactériologique était positive dans 8 cas (57,1%): *Staphylococcus* spp dans 2 cas et *Streptococcus* spp 6 cas.

Tous les patients avaient reçu une antibiothérapie pour une durée moyenne de 70 jours. Des corticoïdes étaient associés dans 8 cas et des anticonvulsifs dans 6 cas. La chirurgie était nécessaire dans 57,1% des cas après un délai moyen de 4 jours du début du traitement. L'évolution était favorable dans 9 cas. 3 patients sont décédés et 2 étaient perdus de vue.

Conclusion: Les empyèmes cérébraux sont de pronostic sévère d'où l'intérêt de les prévenir par le diagnostic et le traitement de la porte d'entrée, en particulier ORL.

P49- Apport des nouvelles techniques d'imagerie dans la caractérisation des infections cérébro-méningées, à propos de 15 cas et revue de la littérature

Y. Agrébi, H. Abid, S. Ould Chafai, S. Yahyaoui, H. Sakly, K. Tlili Graïess

Service de radiologie Hopital Sahloul,

Service de neurochirurgie hopital sahloul Sousse Tunisie

Objectif: illustrer l'apport des nouvelles techniques d'imagerie dans les infections cérébro- méningées.

Patients et méthodes: Etude rétrospective comportant 15 observations

de patients des deux sexes. L'âge moyen était de 30 ans. Le tableau clinique était dominé par des troubles de l'état de conscience dans 4 cas, un syndrome méningé dans 2 cas, des crises convulsives dans 3 cas, une fièvre associée à des signes de localisation dans 7 cas. Tous les patients ont bénéficié d'une TDM complétée par des IRM dans 5 cas.

Résultats: Les TDM ont objectivé des plages hypodenses non systématisées dans 5 cas, une prise de contraste gyriforme dans 3 cas, et des empyèmes cérébraux dans 3 cas. Les IRM cérébraux ont objectivé des anomalies de signal non systématisées et la prise de contraste gyriforme dans tous les cas, les séquences de diffusion et le calcul de l'ADC permettait une approche étiologique dans 3 cas.

Conclusion: Dans notre série d'infections cérébro-méningées l'IRM comme complément à la TDM a permis une approche étiologique en caractérisant les différentes atteintes trouvées.

P50- Endocardite infectieuse récidivante avec de multiples localisations septiques

I. Zairi, S. Mahmoudi, S. Longo, S. Fennira, S. Kammoun, S. Kraiem.

Service de Cardiologie Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction: Les endocardites (EI) précoces sur prothèse représentent près de 20% des EI post-opératoires. Elles sont plus fréquentes dans les endocardites opérées à la phase active. Les récurrences précoces sont dues habituellement soit à une inoculation préopératoire soit à une contamination précoce par les autres foyers infectieux. Les complications vasculaires viennent aggraver le tableau et compliquer la prise en charge. Nous rapportons un cas avec deux récurrences précoces successives et discutons les mécanismes éventuels.

Observation: Patient âgé de 36 ans, aux ATCDS d'endocardite aortique en 1996 qui a bien évolué sous traitement médical, hospitalisé en Septembre 2008 pour décompensation cardiaque gauche en rapport avec une IAO importante avec une grosse végétation aortique, et une dysfonction VG pour laquelle il a bénéficié d'un RVAo après une cure d'antibiotique avec des suites marquées par un épanchement péricardique qui a régressé sous traitement anti-inflammatoire. A noter qu'en peropératoire, l'anneau aortique présentait deux anévrismes détergés qui ont été fermés par des points séparés. Au contrôle échographique, une importante fuite prothétique a été objectivée. L'endocardite aigue postopératoire a été suspectée malgré les hémocultures négatives. Les ETO répétées ont montré des signes de désinsertion de la prothèse. On a du alors remplacer la prothèse et continuer l'antibiotique malgré la culture négative et l'absence de végétations sur la prothèse en préopératoire.

Le patient est ensuite réadmis dans notre service 2 mois après son intervention pour un état de choc septique associé à un tableau méningé avec une EI sur prothèse aortique et de multiples localisations secondaires (méningée, abcès cérébraux, abcès spléniques, hépatiques et rénaux). L'ETO montre un abcès péri-annulaire aortique circonferentiel avec début de désinsertion de la prothèse.

Conclusion: L'endocardite sur prothèse est une affection grave qui peut se compliquer d'embolisation septiques, de complications hémodynamiques et de récurrences post-opératoires. En l'absence de diagnostic bactériologique il reste difficile d'en préciser le mécanisme et de bien cibler la thérapeutique.

P51- Endocardite infectieuse à *Acinetobacter baumannii*

Y. Aidi¹, L. Abid², I. Maâloul¹, A. Znazen³, I. Trabelsi², A. Hammami³, M. Ben Jemaâ¹, S. Kammoun²

1- Service des maladies infectieuses, hôpital Hédi Chaker Sfax, Tunisie

2- Service de cardiologie, hôpital Hédi Chaker Sfax, Tunisie

3- Service de microbiologie, hôpital Habib Bourguiba Sfax, Tunisie

Introduction: *Acinetobacter baumannii* est un bacille à gram négatif, responsable d'infections nosocomiales. Sa pathogénicité réside dans sa multi-résistance aux antibiotiques. L'endocardite à *Acinetobacter baumannii* est une pathologie exceptionnelle mais redoutable.

Le but de notre travail est de relever les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à *Acinetobacter baumannii* dans

sa localisation endocarditique.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de cardiologie de Sfax sur une période de 11 ans (2000-2010). Le diagnostic de la maladie a été retenu devant les données cliniques, microbiologiques et échographiques.

Résultats: Parmi les 3 cas colligés, 2 étaient de sexe masculin. L'âge respectif des patients étaient de 4, 28 et 62 ans. Tous les patients étaient porteurs de cardiopathie à risque, dont 2 étaient porteurs de prothèse mécanique. Des antécédents de chirurgie cardiaque avec infection de plaie de sternotomie à *Acinetobacter baumannii* ont été retrouvés chez 1 patient. L'endocardite infectieuse était classée possible dans 2 cas et certaine dans 1 cas, post-opératoire précoce dans 1 cas et tardive dans un autre cas. La fièvre était constante. L'ECG était pathologique dans 2 cas. L'échographie cardiaque a montré des végétations chez tous les patients. *Acinetobacter baumannii* a été isolé dans les hémocultures (3 cas) et sur un prélèvement de valve (1 cas). Une localisation secondaire à type d'anévrisme mycotique cérébral a été détectée chez un patient. De point de vue thérapeutique, l'antibiothérapie associait au moins 2 antibiotiques et les principales associations utilisées étaient: imipénème + amikacine (1er cas), rifampicine + colimycine + cotrimoxazole (2^{ème} cas) et céfotaxime + gentamycine (3^{ème} cas). La durée moyenne du traitement était de 73 jours. Le recours à la chirurgie s'est avéré indispensable chez 1 patient. L'indication opératoire était d'ordre hémodynamique et infectieux. L'évolution était favorable dans 2 cas alors qu'elle était fatale dans le dernier cas.

Conclusion: L'incidence des infections à *Acinetobacter baumannii* a nettement augmenté ces dernières années. La fragilité du terrain et la gravité du tableau ainsi que les difficultés de prise en charge thérapeutique font que le meilleur traitement reste la prévention des infections nosocomiales.

P52- Endocardite sur prothèse mitrale révélée par une embolisation coronaire

I. Zairi, S. Mahmoudi, S. Longo, S. Antit, S. Fennira, S. Kammoun, S. Kraiem

Service de Cardiologie Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction: L'endocardite infectieuse se complique d'embolies artérielles dans 15 à 20 % des cas. L'atteinte coronaire est plus rare, l'embolie septique est dans la plupart des cas à point de départ aortique et intéresse le plus souvent l'artère interventriculaire antérieure. Nous rapportons un cas d'endocardite sur prothèse révélée par une embolisation coronaire.

Observation: C'est une patiente âgée de 58 ans qui a bénéficié d'un double remplacement valvulaire mitral et aortique en 2005, hospitalisée dans notre service pour syndrome coronarien aigue sans sus-décalage du segment ST à troponine positive. A J3 d'hospitalisation elle développe une fièvre à 38°6 et 39°.

Une ETO faite a objectivé la présence d'une image échogène sessile de 21/13mm non obstructive sur la prothèse mitrale. La patiente a été mise sous vancomycine, rifadine et gentamycine. A J4 d'antibiothérapie, la patiente présente un OAP avec réascension de la température, une ETO de contrôle faite a objectivé un début de désinsertion de la prothèse mitrale. L'indication d'un remplacement valvulaire mitral a été posée. Etant donné la mauvaise tolérance et la présence d'une image suspecte sur la prothèse aortique et la forte suspicion d'embolisation coronaire on a opté pour une exploration par coroscanner qui a montré une occlusion de la coronaire droite avec un aspect de faux anévrisme.

L'indication urgente a été retenue pour le remplacement valvulaire et un pontage de la coronaire droite.

Conclusion: Les complications hémodynamiques et emboliques aggravent le pronostic de l'endocardite sur prothèse. La découverte d'un anévrisme coronaire est rare et la prise en charge de ces patients est souvent rendu difficile par le mauvais état hémodynamique.

P53- Une endocardite infectieuse révélée par une ischémie aigue du membre: à propos d'un cas

H. El Kateb, S. Béji, L. Rais, L. Ben Fatma, M. Krid, W. Smaoui, H. Ben Maiz*, K. Zouaghi, F. Ben Moussa.

Service de Néphrologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction: L'ischémie aigue des membres inférieurs est une urgence médicale d'étiologie rarement embolique. Elle peut parfois révéler le diagnostic d'endocardite infectieuse.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas d'ischémie aigue du membre inférieur chez une hémodialysée chronique révélant une endocardite infectieuse.

Observation: Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans qui a présenté une grossesse compliquée d'un hématome rétro-placentaire avec installation d'une insuffisance rénale terminale en rapport avec une nécrose corticale. Deux ans après, elle a présenté une douleur du membre inférieur gauche en rapport avec une ischémie aigue. Devant cette ischémie aigue chez une patiente ayant un cathéter (KT) jugulaire droit infecté (KT d'hémodialyse) avec à l'examen présence d'un souffle cardiaque, une endocardite infectieuse a été évoquée et confirmée par l'échographie cardiaque. Le diagnostic d'une ischémie aigue par embolie de végétation endocarditique a été retenu. A j10 post-opératoire, la patiente a présenté un œdème aigu du poumon massif par insuffisance mitrale d'où l'indication à un remplacement valvulaire mitral en urgence. L'évolution immédiate a été favorable sur le plan cardiaque mais deux ans après, elle a développé une insuffisance cardiaque globale en rapport avec une cardiomyopathie dilatée et une insuffisance tricuspéidienne. Sur le plan rénal, la patiente a amélioré sa fonction rénale et sorti de l'hémodialyse.

Conclusion: L'endocardite infectieuse doit être évoquée devant toute ischémie aigue des membres surtout en présence d'un KT central afin d'adapter au mieux la prise en charge ultérieure.

P54- Endocardite infectieuse révélée par une spondylodiscite à staphylocoque

S. Rekik, D. Mrabet, H. Sahli, N. Meddeb, I. Cheour, M. Elleuch, S. Sallemi

Service de Rhumatologie - Hôpital la Rabta - 1007 Jabbari Tunis

Introduction: Les manifestations rhumatologiques de l'endocardite infectieuse sont fréquentes et variées. Nous rapportons le cas d'une spondylodiscite infectieuse révélatrice d'une endocardite infectieuse.

Observation: Mr GF âgé de 79 ans sans antécédents pathologiques (notamment pas de cardiopathie), était hospitalisé pour des rachialgies inflammatoires à prédominance dorsale, d'installation aiguë (un mois) sans aucun signe extra-articulaire en dehors d'un seul chiffre de fièvre à 38°C. L'examen clinique a trouvé un patient apyrétique, un état général conservé, une contracture des muscles paravertébraux, une raideur rachidienne ainsi qu'un point douloureux exquis dorsal. L'auscultation cardiaque n'a pas objectivé de souffle systolique. A la biologie, on avait noté un discret syndrome inflammatoire biologique: VS à 65 mm, CRP à 58 mg/l. La radiographie standard et l'IRM du rachis ont conclu à un aspect de spondylodiscite dorsale touchant un double étage. L'enquête infectieuse comportant un ECBU, une sérologie de Wright et Widal ainsi que la recherche de BK dans les crachats et les urines est revenue négative. Les hémocultures répétées ont isolé une fois un staphylocoque. Deux biopsies disco-vertébrales n'ont pas isolé de germe ni montré des signes de spécificité. L'échographie cardiaque a montré une localisation endocarditique mitrale avec au bilan lésionnel: une végétation sur la grande et la petite valve mitrale avec un aspect délabré des parois valvulaires. A côté de l'immobilisation par corset, un traitement antibiotique urgent a été instauré et le patient a été transféré en chirurgie cardio-vasculaire pour suite de prise en charge.

Conclusion: Il convient d'évoquer le diagnostic d'endocardite infectieuse devant toute manifestation rhumatologique inexpliquée, surtout si elle est accompagnée d'une fièvre ou d'une altération de l'état général et par conséquent, la pratique d'une échographie cardiaque devrait être systématique devant toute spondylodiscite.

P55- Profil bactériologique des pneumopathies précoces acquises sous ventilation mécanique chez les traumatisés crâniens graves

M. Ben Hassen, H. Chemchik, M. Amdoun, G. Issaoui, MH. Abdallah, W. Najja, R. Said

Service d'anesthésie réanimation du CHU Sahloul de Sousse

Introduction: L'association des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) aux traumatisés crâniens graves est fréquente et elle représente une des causes majeures de morbidité et de surmortalité attribuables aux infections nosocomiales.

L'objectif de notre étude est de déterminer le profil bactériologique des PAVM chez les traumatisés crâniens graves.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant les patients traumatisés crâniens graves hospitalisés au service d'anesthésie-réanimation pendant une période de 5 ans allant du 01-01-2004 au 31-12-2008. Toutes les données collectées étaient saisies et analysées par l'intermédiaire de logiciel SPSS version 11.0. L'analyse multivariée a été réalisée par régression logistique.

Résultats: Parmi 208 traumatisés crâniens graves, 61 ont développé un ou plusieurs épisodes de PAVM, soit une incidence de 29%. Les germes responsables de PAVM n'ont été isolés que dans 62% des cas.

Les germes responsables de PAVM étaient représentés par les CG+ dans 54% des cas et par des BGN dans 44% des cas. Les germes isolés étaient: *Staphylococcus aureus* (54%), *Pseudomonas aeruginosa* (22%), *Hémophilus influenzae* (10%), *Acinetobacter baumannii* (8%), *Klebsiella pneumoniae* (2%), *Proteus mirabilis* (2%), *Candida albicans* (2%). L'infection était bi-microbienne dans 26% des cas et mono microbienne dans 74% des cas.

Discussion et conclusion: Dans la littérature ainsi que dans notre étude, le germe le plus incriminé dans la survenue de PAVM était *Staphylococcus aureus*. Ceci peut être expliqué par le fait que la perte de conscience, secondaire au traumatisme crânien, engendre un risque important d'inhalation du contenu gastrique et oro-pharyngé où réside la flore commensale. En plus, il est fréquent d'introduire des sécrétions oro-pharyngées dans les voies aériennes inférieures lors de l'intubation trachéale. Cette connaissance de l'écologie du service permet d'orienter l'antibiothérapie initiale et d'améliorer le pronostic des PAVM.

P56- Facteurs de risque des pneumopathies précoces acquises sous ventilation mécanique chez les traumatisés crâniens graves

M. Ben Hassen¹, H. Chemchik¹, M. Amdoun¹, A. Ben Selma¹, M. Hemdane¹, M. Ben Rejeb², W. Najja¹, R. Said¹

1-Service d'anesthésie réanimation du CHU Sahloul de Sousse

2-Service d'hygiène hospitalière du CHU Sahloul de Sousse

Introduction: La pneumopathie nosocomiale acquise sous ventilation mécanique (PAVM) reste l'infection nosocomiale la plus fréquente et la plus redoutable en réanimation. Elle est plus fréquente chez les traumatisés crâniens graves que chez d'autres patients de réanimation et elle est responsable de l'aggravation des lésions cérébrales surtout dans la phase précoce.

L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs de risque spécifiques des PAVM précoces chez les traumatisés crâniens graves.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant les patients traumatisés crâniens graves hospitalisés au service d'anesthésie-réanimation pendant une période de 5 ans allant du 01-01-2004 au 31-12-2008. La PAVM était considérée précoce lorsqu'elle survient avant le 5^{ème} jour d'hospitalisation. Toutes les données collectées étaient saisies et analysées par l'intermédiaire de logiciel SPSS version 11.0. L'analyse multi variée a été réalisée par régression logistique.

Résultats: Parmi 208 traumatisés crâniens graves, 60 ont développé un ou plusieurs épisodes de PAVM, soit une incidence de 29%. Les PAVM étaient précoces dans 45% des cas. Les facteurs de risque des PAVM précoces dans notre population étaient: antécédent de diabète [OR=11.60, IC 95%=2.21-60.80*], association avec d'autre traumatisme [OR=4.73, IC 95%=1.18-19.27**], notion d'inhalation [OR=42.78, IC 95%=10.40-175.95***], antibiothérapie à l'admission [OR=0.25, IC 95%=0.08-0.85****].* :0.004, ** :<0.03, *** :0.026, **** :<0.000.

Discussion et conclusion: Les facteurs de risque des PAVM précoces sont nombreux. Dans la littérature ainsi que dans notre étude, la notion d'inhalation reste le facteur le plus incriminé dans la survenue d'une PAVM précoce. En effet, l'inhalation, favorisée par une altération profonde de la conscience, induit un passage du contenu naso et oro-pharyngé dans les poumons. La réduction de la morbi-mortalité de cette complication revient à dépister et prévenir les facteurs de risque.

P57- Le profil bactériologique des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PASVM). Etude prospective de 84 épisodes

S. Ben Kahla¹, M. Koubaa², H. Damak¹, B. Mnif², K. Chtara¹, H. Chelly¹, An. Chaari¹, L. Hargafi¹, H. Kallel¹, M. Bahloul¹, Ch. Ben Hamida¹, A. Hammami², M. Bouaziz¹

1-Service de réanimation polyvalente. CHU Habib Bourguiba– Sfax
2-Service de microbiologie. CHU H. Bourguiba – Sfax

Introduction: Le profil bactériologique des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PASVM) est très variable dans la littérature. Les germes responsables ainsi que leurs résistances aux antibiotiques dépendent étroitement de l'écologie des unités de soins intensifs mais aussi du type et de la nature des patients étudiés. Le but de notre travail est d'étudier le profil bactériologique des patients ayant des PASVM.

Matériel et méthodes: Etude prospective de trois mois (du 27/11/2010 au 28/02/2011) dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax, incluant tous les patients ayant développé une PASVM.

Résultats: Durant la période d'étude, nous avons colligé 235 patients dont 71 (30.2%) ont développé 84 épisodes de PASVM. L'âge moyen était de 44.68±21,12 ans (extrêmes 2 - 86 ans) et le sex-ratio était de 2.55 (51/20). Cinquante huit patients (81.7%) n'ont développé qu'un seul épisode alors que 13 (18.3%) ont développé deux épisodes de PASVM. La PASVM a été monobactérienne dans 47 épisodes (55.9%), à deux germes dans 21 cas (25%) et polymicrobienne dans 2 cas (2.4%). Dans 14 cas (16.7%) le germe responsable de la PASVM n'a pas été identifié. Au total, 88 germes ont été identifiés dont 84 BGN (95.4%) et seulement 4 CGP (4.6%). Tous les CGP ont été des *S. aureus* sensibles à la méticilline. Les BGN ont été représentés essentiellement par ; *P. aeruginosae* et *A. baumannii* (respectivement 36 (42.8%) et 26 épisodes (30.9%)) qui ont été, dans la majorité des cas multirésistants. En effet, 38.9% des *P. aeruginosae* et 84.6% des *A. baumannii* ont été résistants à l'imipénème.

Conclusion: Dans notre série et à la différence de la littérature, les PASVM sont dues dans la majorité des cas aux BGN. Le taux de résistance aux antibiotiques, essentiellement celui des *A. baumannii*, est remarquablement important.

P58- Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PASVM). Etude prospective de 71 patients

S. Ben Kahla¹, M. Koubaa², H. Damak¹, K. Chtara¹, H. Chelly¹, L. Hargafi¹, An. Chaari¹, M. Bahloul¹, H. Kallel¹, Ch. Ben Hamida¹, A. Hammami², M. Bouaziz¹

1-Service de réanimation polyvalente. CHU Habib Bourguiba - Sfax
2-Service de microbiologie. CHU H. Bourguiba - Sfax

Introduction: La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PASVM) est définie par une pneumopathie infectieuse nosocomiale développée dans un délai \geq 48-72h après l'intubation et la ventilation mécanique. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique et évolutif des patients ayant des PASVM.

Matériel et méthodes: Etude prospective de trois mois (du 27/11/2010 au 28/02/2011) dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax, incluant tous les patients ayant développé une PASVM.

Résultats: Durant la période d'étude, 235 patients ont été hospitalisés dans le service, parmi eux 71 patients ont développé une PASVM (30.2%). L'âge moyen de nos patients a été de 44.68±21.12 ans (extrêmes 2 - 86 ans). Une prédominance masculine a été constatée (51/20). Le délai moyen d'apparition de la PASVM a été de 4.9 ±3.8 jours (extrêmes 0

- 17 jours). Dans notre série, 32 patients (46.4%) ont été admis suite à une pathologie traumatique, dont 25 (78.1%) ont été des polytraumatisés. Par ailleurs, les autres patients ont été admis dans le cadre d'une pathologie médicale dans 49.3% des cas (35 patients), d'une chirurgie urgente dans 2.8% des cas (2 patients) et d'une chirurgie programmée dans 2.8% des cas (2 patients). 13 de nos patients ont développé deux épisodes de PASVM. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 15.7± 12.2 jours (extrêmes 2 - 78 jours) et la mortalité a été de 54.9% (39 patients).

Conclusion: L'incidence des PASVM en réanimation est très variable (de 16 à 70%) selon les études et les patients. Sous nos yeux et malgré les efforts et les procédures de prévention, cette pathologie reste assez fréquente à l'origine d'une surmortalité considérable.

P59- Profil bactériologique des exacerbations infectieuses des BPCO

N. Moussa, W. Ketata, N. Abid, S. Msaed, A. Ayoub

Service de Pneumologie CHU Hedi Chaker

Introduction: Les exacerbations émaillent l'évolution de la BPCO. Leur fréquence augmente en général avec la sévérité de la BPCO. Les causes les plus fréquentes des exacerbations sont les infections respiratoires virales et/ou bactériennes. Le but de ce travail est de déterminer le profil bactériologique des exacerbations des BPCO.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, colligeant 60 dossiers de malades ayant une BPCO qui ont été hospitalisés pour exacerbation infectieuse au service de pneumologie de CHU Hédi Chaker de Sfax du Janvier 2010 au Juin 2010 ayant un examen cyto bactériologique validé.

Résultats: Il s'agit de 60 patients dont 55 hommes et 5 femmes d'âge moyen 67 ans avec des extrêmes allant de 45 à 80 ans. 91% étaient fumeurs avec une moyenne de consommation de 40 paquets année. Parmi ces fumeurs, 10 patients ont arrêté définitivement le tabac alors que 35 continuaient à fumer occasionnellement et 10 régulièrement.

Les patients avaient une BPCO classée stade IV dans 28% des cas, stade III dans 54% des cas et stade II dans 18% cas.

Le nombre des exacerbations était \geq 3 dans 37% des cas et $<$ 3 dans 63% des cas.

Parmi les 60 ECBC demandés, la culture était négative dans 12 cas, positive dans 48 cas. Elle était monomicrobienne dans 51 cas et polymicrobienne dans 3 cas. Les germes les plus fréquemment isolés étaient par ordre de fréquence décroissante *S. pneumoniae* (34%), *H. influenzae* (32%) *P. aeruginosa* (14%), *M. catarrhalis* (11%) et *K. pneumoniae* (7 %), *P. Fluorescence* (2%). L'*H. influenzae* et *M. catarrhalis* étaient sensibles à l'association amoxicilline-acide clavulanique et aux fluoroquinolones et aux céphalosporines de 3ème génération. Plus de la moitié des isolats des *Pseudomonas* était multirésistants.

Conclusion: La prévalence élevée de *Pseudomonas aeruginosa* rend nécessaire la pratique régulière d'un dépistage des résistances acquises. Les exacerbations altèrent la qualité de vie et aggravent le pronostic de la BPCO en accélérant le déclin du VEMS, témoin de la fonction respiratoire.

P60- Abscès du poumon: à propos de 8 cas

M. Soussi, C. Marrakchi, I. Mâaloul, Y. Aïdi, B. Hammami, D. Lahiani, A. Hammami, M. Ben Jemâa

Service des maladies infectieuses, CHU H. Chaker - Sfax

La fréquence des abcès du poumon a largement diminué depuis l'avènement des antibiotiques. Ils demeurent néanmoins graves en raison des complications qui peuvent émailler leur évolution.

Décrire les particularités épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des cas d'abcès du poumon observés au service des maladies infectieuses de Sfax.

Étude rétrospective portant sur 8 malades atteints d'abcès du poumon admis au service des maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax entre 2000 et 2010. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été relevées.

Il s'agit de 6 hommes et de 2 femmes. L'âge moyen était de 52 ans

(22-85). Dans les antécédents nous avons noté: un diabète (2 cas), une épilepsie (1 cas) et une bronchite chronique (1 cas). Deux patients étaient sous corticoïde. L'infection était communautaire dans 7 cas. Le début était subaigu dans 6 cas. La fièvre était le symptôme le plus fréquent (7 cas). Une toux ramenant une expectoration purulente a été notée dans 4 cas et la douleur thoracique ainsi que l'hémoptysie ont été rapportées dans 2 cas. L'atteinte a touché le poumon droit dans 5 cas et elle était bilatérale dans 1 cas. Le diagnostic microbiologique n'a été positif que dans 3 cas, isolant un streptocoque oral dans 2 cas et une *Klebsiella pneumoniae* dans un cas. Tous les malades ont bénéficié d'une double ou triple antibiothérapie dont la durée était en moyenne de 44 jours (26-76 jours). Le recours à la chirurgie était obligatoire dans 3 cas. Des complications à type d'hémoptysie de moyenne abondance (1 cas) et d'extension de l'infection vers la paroi thoracique (1 cas) ont été notées. L'évolution tardive était favorable dans tous les cas.

L'abcès primitif du poumon, est actuellement une entité rare dont le diagnostic microbiologique reste difficile. Sa prise en charge nécessite une antibiothérapie énergique et prolongée et un recours de plus en plus rare à la chirurgie. Son pronostic reste favorable.

P61- L'abcès pulmonaire primitif

A. Ben Amar, S. Msaad, N. Abid, W. Ketata, A. Ayoub

Service de pneumologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction: L'abcès primitif du poumon est une suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée dans le poumon par une infection aiguë non tuberculeuse. Il correspond à l'image radiologique de cavité hydro-aérique à haut niveau ou à une opacité pulmonaire en voie de nécrose.

But: Etudier le profil épidémiologique, clinico-radiologique, bactériologique et évolutif des abcès pulmonaires.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective de 31 cas de patients ayant été hospitalisés pour abcès pulmonaire primitif au service de pneumologie, CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 5 ans. Nous excluons les suppurations secondaires d'une cavité parenchymateuse préexistante, les suppurations en amont d'une sténose bronchique par corps étranger ou par tumeur, les suppurations impliquant une affection sous diaphragmatique.

Résultats: Les observations présentées concernent surtout des hommes avec un âge moyen de 46 ans. Les infections respiratoires supérieures, les antécédents pulmonaires sont retrouvés dans 27% des cas, 9 % des malades sont éthyliques chroniques, des affections gingivo-dentaires sont présentes dans 16% des cas, les troubles neurologiques sont retrouvés dans 19.5% des cas. Le syndrome clinique est celui d'une pneumopathie aiguë, avec expectoration fétide ou hémoptoïque. Radiologiquement, les abcès sont multiples dans 16% des cas, 62% des cas sont à droite, ils sont bilatéraux dans un cas. Le diagnostic bactériologique n'a été établi que dans 16% des cas. Les germes isolés sont: le staphylocoque dans 3 cas, l'actinomyète dans 1 cas, le pneumocoque dans 1 cas et les anaérobies dans 1 cas. L'évolution est favorable chez 87 % des malades traités médicalement. La chirurgie a été préconisée dans 9% des cas. L'évolution a été le plus souvent favorable avec une guérison sans séquelles dans 73% des cas et la persistance de cavités ou d'opacités résiduelles dans 16% des cas. Le décès est observé dans 3 % des cas.

Conclusion: L'abcès primitif du poumon, moins fréquent sans doute qu'autrefois, reste une maladie grave. Une prévention des infections des voies respiratoires supérieures et le traitement correct de toute pneumopathie aiguë devrait diminuer la fréquence des abcès.

P62- Les pleurésies purulentes: à propos de 36 cas

A. Ben Amar, W. Ketata, T. Abid, N. Moussa, A. Ayoub

Service de Pneumologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction: Les pleurésies purulentes représentent l'une des suppurations les plus anciennement connues. Il s'agit d'une infection sévère pouvant engager le pronostic à la fois fonctionnel et vital.

But: Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des pleurésies purulentes.

Patients et méthodes: Etude rétrospective portant sur 36 observations de patients hospitalisés au service de Pneumologie du CHU Hédi Chaker de Sfax pour pleurésie purulente.

Résultats: La moyenne d'âge a été de 46 ans. La prédominance masculine a été nette avec un sex-ratio de 4.16. La majorité de nos patients avaient un niveau socio-économique moyen (80.6%). L'alcoolisme était présent chez 3 patients. Des antécédents broncho-pulmonaires ont été retrouvés chez 22.5% des patients. Le diabète et l'insuffisance rénale chronique ont représenté les principaux antécédents extra-thoraciques. Les signes fonctionnels étaient représentés par la fièvre (87.1%), l'altération de l'état général (50%), la douleur thoracique (96.2%) et la dyspnée (67.7%). A l'examen physique, une mauvaise hygiène buccodentaire et/ou des caries dentaires étaient trouvés dans 35.5% des cas. A l'imagerie médicale, l'épanchement était enkysté dans 32.3 % des cas et la pleurésie était de moyenne abondance dans 67.7% des cas. La TDM a été préconisée pour les pleurésies cloisonnées et a permis de faire un bilan lésionnel et de guider le traitement local. Le traitement a consisté en une antibiothérapie à large spectre utilisant parfois des associations. Le traitement local a consisté à des ponctions pleurales évacuatrices répétées chez 16 patients, le drainage thoracique a été préconisé chez 13 patients; la fibrinolyse intra-pleurale était réalisée chez 4 patients. La chirurgie de décortication a été nécessaire chez un seul patient. L'évolution était favorable chez 61.3% des patients.

Conclusion: La pleurésie purulente est encore fréquente dans notre pays. Le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate permettent d'éviter certaines complications. L'apport de la thoracoscopie et l'usage adapté des fibrinolytiques devraient rendre exceptionnel le recours aux solutions chirurgicales.

P63-La fibrinolyse intra-pleurale dans le traitement de la pleurésie purulente

N. Abid, S. Msaad, A. Ben Amar, W. Ketata, A. Ayoub

Service de pneumologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction: L'utilisation des fibrinolytiques intra-pleuraux pour améliorer le drainage a été décrite pour la première fois en 1949 par Tillet et Sherry. Plusieurs équipes l'ont adopté comme moyen facilitant l'évacuation pleurale selon des protocoles très diverses. Nous rapportons à travers ce travail l'expérience de notre service tout en précisant les indications, la technique de la fibrinolyse ainsi que son intérêt et ses limites.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 60 cas de pleurésie purulente colligés dans notre service sur une période allant de 2000 à 2010, les patients ayant bénéficié d'une fibrinolyse intra-pleurale ont été retenus. L'évolution sur le plan clinique, fonctionnel ainsi que la durée totale de l'hospitalisation et le recours ou non à la chirurgie pour ces patients ont été précisés et comparés à une population de même caractéristiques épidémiologiques et cliniques mais qui a été traitée seulement par des antibiotiques et un drainage pleural.

Résultats: Une fibrinolyse intra-pleurale a été réalisée pour 10 patients ayant des empyèmes pleuraux. Tous les cas avaient un épanchement unilatéral cloisonné de moyenne à grande abondance. Les principales indications de la fibrinolyse étaient la persistance d'un épanchement sur la radiographie thoracique alors que le drain thoracique ne ramène plus et un malade toujours symptomatique malgré une antibiothérapie bien conduite et un drain fonctionnel.

Le produit utilisé était la streptokinase à raison de 250 000 UI diluée dans 50 ml de sérum physiologique et injecté à travers le drain thoracique.

Les principales complications rapportées étaient l'hémothorax.

On n'a pas remarqué une différence significative, en termes de durée d'hospitalisation et d'évolution sur le plan clinique et fonctionnelle entre les deux groupes comparés.

Conclusion: La fibrinolyse intra pleurale est une technique simple à mettre en œuvre. Elle semble être un outil intéressant pour la prise en charge des pleurésies purulentes. Ces résultats doivent cependant être évalués à travers des études à plus grand effectif.

P64- Staphylococcie Pleuro-Pulmonaire en réanimation pédiatrique à propos de deux cas

L. Gargouri, S. Kmiha, R. Chabchoub Ben abdallah, H. Boudabous, F. Safi, N. Ben Hlima, A. Mahfoudh

Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .Sfax

Introduction: La localisation pulmonaire du staphylocoque coagulase positive est l'éventualité la plus redoutée de la pathologie respiratoire du nourrisson à cause de son évolution quasi inévitable vers la suppuration pleurale et du haut taux de mortalité qu'elle comporte.

Observation 1: Un nouveau-né de 1 mois, né à terme était admis pour une détresse respiratoire, ballonnement abdominal avec une fièvre à 39° compliquée de la survenue d'un état de mal convulsif nécessitant le recours à une ventilation mécanique. Le bilan biologique a montré une anémie à 10 g/dl, une CRP à 234 mg/l et une hyponatrémie à 116 mmol/l. La ponction lombaire était normale. La radiographie du thorax avait montré une pleurésie droite. Le nouveau-né a été mis sous une triple antibiothérapie à base de Claforan, Totapen et Genta. Le prélèvement trachéal ainsi que l'hémoculture avaient isolé un *Staphylococcus aureus* méthi-R indiquant le recours à une association à base de vancomycine et rifampicine. Le scanner thoracique a montré une pleuro-pneumopathie droite siège de multiples foyers d'abcédations dont certaines sont excavées. Le diagnostic d'une staphylococcie pleuro-pulmonaire a été retenu et le nouveau-né a bénéficié d'une décortication. L'évolution a été marquée par la survenue d'un sepsis sévère et le nouveau-né est décédé dans un tableau de défaillance multi-viscérale.

Observation 2: A..., de 6 ans, admis pour l'exploration d'une fièvre prolongée avec altération de l'état de conscience. A l'examen, il avait une fièvre à 39°, une hépato-splénomégalie et un purpura pétéchial diffus. A la biologie, il avait une bicytopenie et une CRP à 200 mg/l. Le syndrome d'activation macrophagique a été retenu devant une hypertriglycéridémie à 2,2g/l, une hyperferritinémie à 1500 µg/l et la présence d'une hémophagocytose au myélogramme; celui-ci était secondaire à une septicémie à staph méti-S avec de multiples localisations secondaires entre autre une endocardite compliquée secondairement d'AVC ischémiques cérébraux.

Conclusion: Le diagnostic de staphylococcie pleuro-pulmonaire doit être évoqué systématiquement devant tout tableau de détresse respiratoire du nourrisson afin d'instaurer rapidement le traitement adéquat.

P65- La ponction biopsie pleurale au cours de la tuberculose pleurale: modalités, rentabilité et limites

N. Abid, S. Msâad, N. Moussa, W. Ktata, A. Ayoub

Service de pneumologie, CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction: La ponction biopsie pleurale à l'aiguille représente une étape clé dans l'orientation du diagnostic étiologique des épanchements liquidiens non suppurés de la plèvre.

Le but de notre travail est de détailler les modalités de la ponction biopsie pleurale au cours de la pleurésie tuberculeuse, sa rentabilité diagnostique ainsi que ses limites.

Patients et méthodes: Nous avons révisé d'une façon rétrospective tous les cas de tuberculose pleurale colligés dans notre service sur une période de 10 ans allant de l'année 2000 à l'année 2010. Les caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée ont été précisées, ainsi que les modalités de la ponction biopsie pleurale, sa rentabilité diagnostique et ses complications.

Résultats: Nous avons colligé 47 cas de tuberculose pleurale. Il s'agit de 31 hommes et de 16 femmes avec un sex-ratio de 1.9. Le diagnostic de tuberculose pleurale a été retenu soit sur un faisceau d'arguments clinique et radiologique avec une évolution favorable sous traitement antituberculeux soit sur un argument histologique. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction -biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams. Cette investigation a été précédée par un repérage échographique des lésions dans 3 cas. L'examen cytologique du liquide de ponction pleural trouve une prédominance lymphocytaire dans tous les cas. L'examen

histopathologique des fragments biopsiques a apporté une preuve formelle pour le diagnostic de la tuberculose pleurale dans 36 cas soit 76.59% (un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse dans 7 cas, un granulome tuberculoïde avec nécrose caséuse dans 29 cas) alors qu'il était sans apport diagnostique (biopsie négative) dans 11 cas (23.4%). La ponction biopsie pleurale a été bien tolérée, de rares complications ont été notées, dominées par le malaise vagal et le pneumothorax.

Conclusion: La ponction biopsie de la plèvre est un examen de réalisation facile. Sa rentabilité, grandement tributaire d'éléments techniques et de l'expérimentation de l'opérateur, serait-elle améliorée par un repérage échographique des lésions particulièrement pour les cas où la pathologie pleurale est localisée.

P66- Pneumopathie infectieuse chez les malades atteints d'hémopathie maligne: Atteinte sévère et prise en charge difficile

I. Saada, J. Cherif, A. Messadi, M. Berrais, H. Zakhama, N. Mhiri, Y. Ouahchi, B. Louzir, J. Daghfous, M. Beji

Service De Pneumologie La Rabta, Tunis

Introduction: La pneumopathie constitue un événement grave et fréquent dans le cours de l'évolution d'une maladie hématologique. Le poumon pouvant être touché par de multiples facteurs intriqués. Elle nécessite une approche diagnostique planifiée et une prise en charge multidisciplinaire.

Objectif: Soulever à partir de l'expérience du service de pneumologie de la Rabta les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans la prise en charge des pneumopathies infectieuses chez les patients atteint d'hémopathie maligne.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective menée de 2002 à 2009 concernant les malades porteurs de lymphome et hospitalisés pour prise en charge d'une pneumopathie infectieuse.

Résultats: Notre étude a concerné 16 patients, 9 hommes et 7 femmes d'âge moyen de 47,7 ans avec des extrêmes allant de 18 à 72 ans. Treize patients (soit 81%) étaient suivis pour une hémopathie maligne et étaient sous chimiothérapie. Parmi eux, trois présentaient une neutropénie à 600 e/mm³. Chez deux patients la pneumopathie était révélatrice de l'atteinte hématologique. Le tableau clinique était bruyant avec une fièvre trainante, une dyspnée et altération de l'état général. L'hypoxie a été notée chez 10 patients (soit 62%) et les lésions radiologiques sont caractérisées par l'atteinte diffuse dans 70% des cas. L'atteinte était bactérienne de type non spécifique dans tous les cas mais le germe en cause n'a été isolé que chez 60% des cas. Les patients présentaient un problème de non réponse à l'ATB probabiliste de première ligne nécessitant une réadaptation du traitement. L'évolution était favorable dans tout les cas mais l'amélioration était lente avec un retard de nettoyage radiologique. Toutefois on a noté que la gravité du tableau initial et la réponse au traitement est indépendante du stade de la maladie et de la réponse à la chimiothérapie.

Discussion et conclusion: l'infection est la complication la plus fréquemment rencontrée chez les patients atteint d'hémopathie maligne et sa recherche doit rester l'objectif majeur du clinicien. Les pneumopathies sont pratiquement toujours infectieuses. La fibroscopie avec le lavage broncho alvéolaire (LBA) et le scanner thoracique aident au diagnostic étiologique (50% des cas pour le LBA). Le choix de l'antibiothérapie doit être minutieux en tenant compte des germes virulents. Une analyse clinique précise multidisciplinaire doit être instaurée afin d'améliorer le pronostic.

P67- L'infection urinaire du sujet âgé dans un service de médecine interne: à propos de 50 observations.

I. Boukhris, E. Cherif, F. Said, S. Azzabi, C. Kooli, Z. Kaouech, L. Ben Hassin, N. Khalfallah.

Service de médecine interne B, hôpital Charles Nicolle, Tunis, 1006 Tunisie.

Introduction: L'infection urinaire (I.U) est fréquente chez le sujet âgé, sa symptomatologie est polymorphe, elle représente un facteur non négligeable de morbi-mortalité. L'objectif de notre travail est d'évaluer le profil épidémiologique, clinique et paraclinique afin de dégager les

meilleurs moyens de prise en charge et de prévention de l'I.U chez le sujet âgé.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 50 observations d'I.U confirmées chez des sujets d'âge supérieur ou égal à 65 ans, colligées au service de médecine interne B de l'hôpital Charles-Nicolas à Tunis sur une période de 9 ans.

Résultats: L'origine infectieuse représente 21,8% de toutes les causes d'hospitalisations du sujet âgé. Parmi toutes les infections, l'I.U était la plus fréquente, elle était retrouvée dans 37,1% des cas au devant des infections respiratoires, digestives et cutanées. La moyenne d'âge était de 72 ans, il y avait une nette prédominance féminine avec un sex ratio de 0,35 (H/F). 90% des infections étaient communautaires. Il s'agissait d'une cystite dans 44% des cas, d'une pyélonéphrite aigue dans 52% des cas et d'une prostatite dans 6% des cas. Parmi les pathologies associées, le diabète était retrouvé dans 70% des cas, une insuffisance rénale dans 40% des cas et une lithiase urinaire dans 8% des cas. Il s'agissait d'une récurrence dans 12% des cas. Les facteurs de risque associés étaient la perte de l'autonomie (14% des cas), la dénutrition (30% des cas), la déshydratation (22% des cas) et le sondage urinaire. L'I.U n'était symptomatique que dans 60% des cas, des signes non spécifiques étaient observés chez 50% des sujets âgés comme la confusion mentale, l'agitation et les troubles du comportement; une altération récente de l'état général ou une perte de connaissance étaient retrouvées chez 22% des cas. Pour les I.U asymptomatiques, elles étaient à l'origine d'une décompensation acido-cétosique d'un diabète dans 30% des cas, d'une hyperosmolarité dans 20% des cas et à l'origine d'un syndrome infectieux inexpliqué dans 4% des cas. A l'examen cyto bactériologique des urines, une entérobactérie était isolée dans 60% des cas (*E. Coli* dans 50% des cas, les Cocci Gram+ dans 12% des cas et les levures dans 8% des cas). Concernant les infections urinaires nosocomiales, les BGN étaient les germes les plus retrouvés. Le traitement initial était probabiliste en fonction de la gravité de l'I.U, avec adaptation ultérieure selon l'antibiogramme.

Conclusion: Au terme de cette étude, nous pouvons conclure que le sujet âgé est exposé à des problèmes médicaux multiples, en particulier l'I.U, qui concerne le plus souvent les sujets de sexe féminin, les manifestations cliniques sont souvent frustes et trompeuses chez un patient ayant une polypathologie.

P68- La pyélonéphrite aigue gravidique a propos de 60 cas

R. Belhadj Taher, C. Mrazguia, M. Regaieg, MS. Rhim, A. Falfoul

Service de gynécologie obstétrique hôpital régional de Nabeul

Introduction: La pyélonéphrite est la pathologie médicale la plus fréquente au cours de la grossesse. En effet, elle complique 3 à 5% des grossesses. Des facteurs hormonaux, mécaniques et des modifications biochimiques des urines contribuent à augmenter le risque de sa survenue.

But: Le but de notre travail consiste à étudier les particularités cliniques, biologiques de la pyélonéphrite aigue gravidique et discuter les modalités thérapeutiques, ainsi que l'évaluation des risques maternels et fœtaux encourus

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Nabeul colligeant 60 cas de pyélonéphrite aiguë gravidique sur une période d'une année.

Résultats: La moyenne d'âge était de 28 ans, la fièvre étant le signe le plus constant. L'atteinte rénale est du côté droit dans 66% des cas et bilatérale dans 5%.

Le germe le plus retrouvé est sans contexte *E. coli*, dans 83% des cas. L'échographie rénale est systématiquement réalisée montrant une dilatation pyélocalicelle droite dans 30 cas et à gauche dans 15 cas.

L'évolution sous traitement médical est le plus souvent favorable; aucun cas de pyonéphrose ou de phlegmon-péri néphrétique n'a été observé. La récurrence était observée dans 12%.

Les principales complications fœtales redoutées étant la menace d'accouchement prématuré et la prématurité.

L'antibiothérapie de première intention utilisée dans notre service étant les céphalosporines de troisième génération. Aucun cas de résistance n'a été noté.

Conclusion: La pyélonéphrite aigue gravidique pose encore des problèmes:

celui de leur dépistage, celui de leur traitement, car les modalités de ce dernier ne sont pas consensuelles et celui de leur prise en charge dans les suites lointaines en post-partum ou un bilan uro-néphrologique devrait être demandé systématiquement.

P69- L'infection urinaire chez les brûlés en réanimation

B. Gasri¹, L. Gharsallah¹, I. Rahmani¹, J. Haddad¹, H. Oueslati¹, M. Bouaouaja¹, R. Shimi¹, H. Smati¹, A. Mokline¹, A. Ghanem², AA Messadi¹.

1-Service de réanimation des brûlés, Centre de traumatologie et des grands brûlés de Tunis, Tunisie.

2-Laboratoire de Biologie clinique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie.

Introduction: L'infection urinaire nosocomiale demeure fréquente en milieu de réanimation, grevée d'une morbi-mortalité élevée. La localisation urinaire représente 35 à 45% des infections nosocomiales (1). Peu d'études se sont intéressées à cette pathologie en réanimation. L'objectif de ce travail est d'étudier l'incidence, le profil bactériologique, et le pronostic de ces infections urinaires en réanimation.

Méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au service de réanimation des grands brûlés de Tunis sur une période de trois ans (2008-2010). Ont été inclus dans l'étude, les patients ayant eu une infection urinaire 48 heures après l'hospitalisation. Les calculs statistiques ont été effectués avec le logiciel EPI info

Résultats: Durant la période d'étude, 865 patients ont été hospitalisés. 35 patients ont développé une infection urinaire (4%). L'âge moyen de notre population était de 35+ 18 ans, avec une prédominance féminine (19 femmes, 16 hommes). La surface cutanée brûlée moyenne était de 34 + 14. 11,4% de la population étudiée étaient diabétiques. Dans notre série, 85,7% des patients ont développé une infection urinaire sur sondage vésical. Le délai moyen d'apparition de l'infection urinaire était de 14 jours. Le germe le plus fréquent était le *Proteus mirabilis* dans 7 cas (20%), suivi d'*Escherichia coli* dans 6 cas (17,1%), l'*Acinetobacter baumannii* dans 6 cas (17,1%), et *Staphylococcus aureus* Méthiiline résistant (SARM) dans un cas (2,9%). La majorité des germes retrouvés étaient multirésistants. 28,5% de nos patients ont développé un état de choc septique. La durée d'hospitalisation moyenne était de 56 + 73 jours. Le taux de mortalité était de 25%.

Conclusion: Il ressort de notre travail que l'infection urinaire nosocomiale reste fréquente chez les brûlés en réanimation, avec prédominance des germes multirésistants.

P70- Evolution inhabituelle d'une pyélonéphrite aigue révélant une tuberculose rénale

R. Chabchoub Ben abdallah¹, M. Zouari¹, L. Gargouri¹, F. Safi¹, S. Kmiha¹, S. Meftah², M. Jallouli², R. Mhiri², H. Mnif³, T. Boudawara³, H. Ketata⁴, Z. Mnif⁴, N. Ben Hlima¹, A. Mahfoudh¹

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .Sfax

2-Service de chirurgie pédiatrique. CHU Hédi Chaker

3-Service d'anatomopathologie. CHU Habib Bourguiba

4-Service de radiologie. CHU Hédi Chaker

Introduction: La tuberculose rénale est une pathologie rare chez l'enfant. La fréquence des formes urogénitales ne dépasse pas 5 % chez l'enfant, vu que le temps d'incubation est long (allant de 3 à 20 ans). Le diagnostic est souvent très difficile en dehors d'un contexte tuberculeux évolutif ou récent évocateur.

Observation: Une fille de 11 ans était admise dans notre service pour fièvre et lombalgies droites datant d'une semaine. L'examen a trouvé une patiente fébrile, en bon état général, avec des douleurs à la palpation lombaire droite. La biologie a montré une VS à 82 à la première heure, une CRP à 284 et une hyperleucocytose à 21100 elts/mm³. L'échographie rénale a montré une importante dilatation des cavités pyélocalicelles droites en amont d'un calcul pyélique obstructif. Une néphrostomie réalisée en urgence a objectivé une pyonéphrose qui a été drainée. Opérée

un mois plus tard: elle a eu une pyélotomie, extraction du calcul et drainage par sonde double J. Les suites ont été marquées par un suintement chronique par la plaie, infection urinaire et dégradation de la fonction rénale justifiant la néphrectomie à six mois postopératoire. L'examen histologique de la pièce de néphrectomie a confirmé le diagnostic de tuberculose. Une antibiothérapie anti-tuberculeuse a été mise en route pour une durée totale de 8 mois avec une évolution favorable.

Conclusion: Devant un tableau de pyélonéphrite aigue trainante résistante aux antibiotiques usuels, il faut penser à l'éventualité d'une tuberculose rénale.

P71- Evolution de la sensibilité aux antibiotiques des bactéries responsables d'infections urinaires communautaires dans la région de Sfax (2004, 2007, 2010)

I. Ghribi¹, N. Ben Ayed¹, M. Boudawara², A. Znazen¹, S. Mezghani¹, B. Mnif¹, F. Mahjoubi¹, A. Hammami¹

1-Laboratoire de microbiologie CHU H. Bourguiba Sfax
2-Laboratoire Polyclinique CNSS Sfax

Introduction: Les infections urinaires communautaires sont un motif très fréquent de consultation et de prescription d'antibiotiques en pratique courante. L'objectif de ce travail était d'étudier l'évolution de la distribution et de la sensibilité aux antibiotiques des bactéries responsables des infections urinaires communautaires.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective menée au laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba de Sfax pendant les années 2004, 2007 et 2010. Nous avons inclus toutes les bactéries responsables d'infections urinaires analysées au laboratoire de la polyclinique CNSS de Sfax. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les normes du CA-SFM/2010.

Résultats: Le nombre de souches isolées pour chacune des années 2004, 2007 et 2010 était respectivement 617, 1021 et 885. *Escherichia coli* (*E. coli*) était la bactérie la plus fréquente (65.3% en 2004, 73.1% en 2007 et 70.7% en 2010), suivie par *Klebsiella pneumoniae* (*Kpn*) (12.8% en 2004, 9.8% en 2007 et 16.7% en 2010). Les cocci à Gram positif représentaient 9.72% en 2004, 8.4% en 2007 et 6.1% en 2010. Les taux de résistance d'*E. coli* sont passés de 63.5% à 77.9% puis à 68% pour l'amoxicilline et de 16.7% à 16% puis à 23.1% pour les fluoroquinolones. Pour *Kpn*, les taux de résistance étaient respectivement de 15.2%, 43% et 27.9% pour l'amoxicilline/acide clavulanique et de 32%, 32.6% et 31.5% pour les fluoroquinolones. Quant aux céphalosporines de troisième génération, les taux de résistance étaient respectivement de 7.6%, 2.6% et 3.5% pour *E. coli* et de 7.6%, 4% et 4.1% pour *Kpn*.

Conclusion: Les entérobactéries notamment *E. coli* sont responsables de la majorité des infections urinaires communautaires. La résistance aux fluoroquinolones de ces bactéries est un problème alarmant en milieu communautaire nécessitant une surveillance régulière.

P72- Epidémiologie et bactériologie des entérobactéries uropathogènes productrices de bêta-lactamase à spectre élargi dans la région de Monastir

Y. Kadri¹, H. Ben Abdallah¹, M. Kortas¹, I. Bouanene¹, S. Noomen¹, N. Gueddiche², M. Mastouri¹

1-Service de Microbiologie, CHU F. Bourguiba-Monastir
2-Service de Pédiatrie, CHU F. Bourguiba-Monastir.

Introduction: L'incidence des entérobactéries uropathogènes productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (EBLSE) augmente ces dernières années. Ces bactéries commencent à franchir les limites de l'hôpital pour émerger dans la communauté. Leur dissémination pose un véritable problème thérapeutique. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'épidémiologie et la résistance aux antibiotiques des EBLSE uropathogènes dans la région de Monastir.

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2010, portant sur toutes les EBLSE uropathogènes non redondantes provenant de malades hospitalisés ou

consultants le CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. Pour le diagnostic d'infection urinaire, les critères de Kass étaient retenus: leucocyturie $\geq 10^4$ /ml avec bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml. L'identification bactérienne était réalisée selon les méthodes bactériologiques conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques était effectuée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du CA-SFM.

Résultats: Au cours de la période d'étude, 312 souches étaient isolées. Le nombre d'EBLSE uropathogènes était multiplié par cinq entre 2008 et 2010 (36-201). Le Sex ratio (F/H) était de 1,05. La majorité des souches provenait de malades hospitalisés (209) soit un taux de 67%. Les prévalences les plus élevées étaient observées dans les services de médecine (37,7%), de chirurgie (28,7%) et d'unités de soins intensifs (17,7%). *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae* étaient les souches les plus fréquemment isolées (37,1% et 36,2% respectivement) aussi bien en milieu hospitalier que dans la communauté. *Enterobacter cloacae* était impliqué dans 18,2% des cas. Les pourcentages de résistances de nos souches à la fosfomycine, au cotrimoxazole, aux furanes, à la gentamicine, à l'amikacine, à la tobramycine, à l'acide nalidixique, à l'ofloxacine et à la ciprofloxacine étaient respectivement de 34,9%, 37,2%, 9,9%, 68,6%, 17,4%, 80,8%, 78,2%, 74,7% et 74,4%. Ces souches étaient résistantes aux aminosides et aux fluoroquinolones dans 10,8%.

Conclusion: Les EBLSE uropathogènes, marqueurs de la multirésistance, sont en évolution constante dans notre région. Ceci incite à instaurer des mesures préventives afin de limiter la dissémination de ces souches aussi bien au sein de l'hôpital que dans la communauté.

P73- Sensibilité aux antibiotiques des *Escherichia coli* uropathogènes communautaires.

N. Ben Fadhel, A. Ferjani, M. Hadj Ali, M. Marzouk, N. Hannachi, J. Boukadida.

Laboratoire de Microbiologie et d'Immunologie UR02SP13, CHU Farhat Hached Sousse.

Introduction: *Escherichia coli* est la bactérie la plus incriminée dans les infections urinaires communautaires. L'émergence des résistances aux nombreux antibiotiques utilisés actuellement pose un problème majeur de santé publique. Dans ce cadre nous étudions le profil de sensibilité des *E. coli* uropathogènes isolées en milieu communautaire.

Matériel et méthode: Etude rétrospective durant les deux années 2009-2010, ayant porté sur toutes les souches non redondantes d'*E. coli* responsables d'infections urinaires communautaires. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques était établie selon les recommandations du comité de l'antibiogramme de la société Française de microbiologie (CA-SFM-2010).

Résultats: *E. coli* représentait 86 % des uropathogènes communautaires. La plupart des souches (65,7 %) a été isolée chez les adultes avec un âge moyen de 41 ans et un sex-ratio H/ F de 1/6. La sensibilité aux principaux antibiotiques montrait une excellente activité de la nitrofurantoïne, de la fosfomycine, de la gentamicine et des céphalosporines de la troisième génération avec plus de 95% de sensibilité. Les taux de sensibilité aux fluoroquinolones (92 %) et au cotrimoxazole (60 %) étaient plus bas. Toutes les souches étaient sensibles à la colistine et à l'imipénème.

Conclusion: La résistance des souches communautaires d'*E. coli* aux fluoroquinolones est assez importante. Une maîtrise de la pression de sélection générée par des prescriptions non justifiées de ces antibiotiques est urgente. Les nouvelles recommandations doivent tenir compte de l'efficacité des furanes et de la fosfomycine.

P74- Infection urinaire à *Pasteurella multocida*: à propos d'un cas

S. Mathlouthi, H. Smaoui, A. Kechrid

Laboratoire de Microbiologie, Hôpital d'Enfants de Tunis,

Pasteurella multocida est un bacille Gram négatif commensal du rhinopharynx de nombreuses espèces animales. Les séries publiées d'infections humaines sont rares. Ces dernières sont souvent secondaires à un contact direct avec l'animal par morsure ou griffure. Cependant ces infections peuvent survenir aussi en l'absence de porte d'entrée

évidente par voie muqueuse, en particulier respiratoire. Les pasteurelloses systémiques sont plus rares que celles d'inoculation, plus graves et intimement liées au terrain.

Nous rapportons un cas d'infection urinaire à *P. multocida*, survenu sur un terrain débilisé.

Il s'agit de madame M.L., âgée de 51 ans présentant une polyarthrite rhumatoïde depuis 15 ans. Elle est sous traitement corticoïde et immunosuppresseur et au stade de déformations articulaires. Par ailleurs la patiente est diabétique, hypertendue et ayant présenté des infections urinaires récidivantes avec atrophie rénale unilatérale. L'épisode actuel remonte au 1^{er} novembre 2010 marqué par l'installation d'une douleur hypogastrique irradiant aux fosses lombaires associée à des signes d'irritation vésicale à type de brûlures mictionnelles, dysurie et pollakiurie. L'interrogatoire a révélé la présence de chats errants dans l'entourage de la patiente et la notion de leucorrhées fétides et abondantes précédant l'épisode actuel. Un ECBU fait le 4/11/2010 a montré des urines troubles, une cytologie à 10⁶EB/ml et la culture était positive à *Pasteurella multocida*.

En dehors d'une résistance au chloramphénicol, triméthoprime-sulfamide, amoxicilline et à la ticarcilline, la souche était sensible aux céphalosporines de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération, aux carbapénèmes, aux aminosides, aux cyclines et aux quinolones.

Le diagnostic d'infection urinaire à *Pasteurella multocida* a été retenu et l'évolution a été favorable sous un traitement antibiotique à base de fluoroquinolone (ciprofloxacine).

Bien que très sensibles aux antibiotiques, les infections à *Pasteurella multocida* sont de pronostic sévère lorsqu'elles surviennent chez un sujet taré, aggravées encore par l'errance du diagnostic microbiologique et par le retard thérapeutique. Ainsi le risque d'infection par *P. multocida* dans la population générale est très nettement sous-estimé et son pouvoir pathogène reste mal connu.

P75- Infections à Toscana virus dans la région de Sousse: à propos de 5 cas

N. Ben Lasfar, W. Hachfi, F. Bellazreg, N. Kâabia, F. Bahri, A. Letaief

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHU Farhat Hached, Sousse

**Laboratoire de Microbiologie, CHU Charles Nicolle - Tunis

Introduction: Toscana Virus (TOSV) est un arbovirus émergent dans le Bassin Méditerranéen, transmis par certains phlébotomes. Des cas d'infection à TOSV ont été récemment rapportés en Tunisie. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des infections à TOSV dans la région de Sousse.

Patients et méthodes: Des prélèvements sanguins et du liquide céphalorachidien en cas de suspicion de méningite et/ou d'encéphalite, ont été réalisés chez 64 patients hospitalisés dans le service de Maladies Infectieuses au CHU Farhat Hached de Sousse durant les périodes allant de Juillet à Septembre 2008 et d'Aout à Septembre 2010. La recherche d'Ig G et d'Ig M anti-TOSV, anti-West-Nile Virus, anti-virus de Sicile et anti-virus de Naples a été pratiquée sur tous les prélèvements. Le diagnostic d'infection aigüe à TOSV a été retenu devant la positivité des Ig M anti-TOSV avec ou sans Ig G anti-TOSV.

Résultats: Durant cette période, cinq patients, 3 hommes et 2 femmes, d'âge moyen 29 ans (19-35) avaient une infection aigüe à TOSV. Tous ces patients étaient originaires de villes côtières et sans antécédents pathologiques. Aucun patient n'avait voyagé en dehors du pays. Le délai moyen de consultation était de 4 jours (1-8). En plus de la fièvre, les manifestations cliniques étaient des céphalées dans tous les cas, des vomissements dans 4 cas, des myalgies, des douleurs abdominales, et de la diarrhée dans 2 cas. Un syndrome méningé était noté dans 3 cas. A la biologie, une hyperleucocytose, une thrombopénie et une cytolysé hépatique avec cholestase étaient notées dans 1 cas chacune. Chez les trois patients ayant un syndrome méningé, la ponction lombaire avait montré une méningite lymphocytaire normo-glycorachique avec hyperalbuminorachie modérée dans deux cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours (3-7). L'évolution était spontanément favorable dans tous les cas avec un délai moyen d'apyrexie de 4 jours (1-7).

Conclusion: Dans notre pays, une infection à TOSV doit être suspectée

chez les patients présentant une fièvre aigüe bénigne, une méningite lymphocytaire et/ou une encéphalite, surtout pendant la saison chaude. Le pronostic semble favorable dans la majorité des cas.

P76- Le premier cas de méningo-encéphalite au virus West Nile au sud Tunisie: observation chez une femme enceinte

M. Koubâa¹, Ch. Marrakchi¹, D. Lahiani¹, B. Hammami¹, I. Mâaloul¹, H. Karray², A. Hammami², M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU H. Chaker, Sfax.

2-Service de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Introduction: Une réémergence du virus West Nile (VWN) a été observée depuis les années 1990 dans plusieurs régions du monde. En Tunisie, deux épidémies de méningite et de méningo-encéphalite ont été décrites en 1997 et 2003 au centre Est du pays. Nous rapportons le premier cas d'une méningo-encéphalite au VWN observée chez une femme enceinte originaire du sud Tunisien.

Observation: Une femme âgée de 29 ans originaire de Tataouine, a été admise au service des maladies infectieuses à 38 semaines d'aménorrhée pour une fièvre évoluant depuis 7 jours associé à des céphalées et à une dysarthrie. A l'admission, elle était fébrile à 38,5°C et tachycarde à 110/mn. La nuque était souple et il n'y avait pas de signes neurologiques de focalisation. L'imagerie par résonance magnétique a montré un hyper-signal en T2 de la substance blanche péri-ventriculaire et du lobe insulaire gauche. Le LCR était clair et renfermait 80 EB (95% de lymphocyte) avec une hyperprotéinorachie à 0,7 g/l et une hypo-glucorachie. Un traitement à base d'amoxicilline + cefotaxime + acyclovir a été administré. Ce dernier a été arrêté puisque la PCR HSV s'est révélée négative. La culture du LCR et l'IDR à la tuberculine étaient négatives. Les sérologies des germes intracellulaires étaient négatives. La sérologie du VWN dans le sang et le LCR était positive à Ig M signant une infection récente au VWN. L'évolution était favorable avec une apyrexie en 5 jours et une disparition progressive des céphalées et des vomissements à 15 jours d'hospitalisation. La patiente a accouché par voie basse d'un nouveau né en bonne santé. A 3 mois, le LCR révélait une pléocytose modérée et une chimie normale. L'aspect IRM était stable.

Conclusion: Notre observation rapporte la première description des anomalies IRM de méningo-encéphalite au VWN au cours de la grossesse. Elle constitue aussi la première description d'un cas humain d'infection au VWN en dehors du centre Est du pays. La sérologie du VWN devrait faire partie du bilan étiologique des méningo-encéphalites à liquide clair dans notre pays.

P77- Infections neuro-méningées au virus West Nile: étude de 37 cas

H. Hadj Kacem, Ch. Marrakchi, I. Mâaloul, F. Bouattour, D. Lahiani, B. Hammami, M. Ben Jemâa

Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Depuis les années 1990s, une émergence du VWN a été notée dans plusieurs pays. L'infection survient souvent sous un mode épidémique et elle est responsable fréquemment de méningites ou de méningo-encéphalites.

Notre étude est rétrospective, incluant les patients hospitalisés pour méningites ou méningo-encéphalites dues au VWN confirmées au cours de deux épidémies survenues en 1997 et 2003. Les particularités épidémiologiques, diagnostiques et évolutives sont étudiées.

Il s'agissait de 20 femmes et de 17 hommes, âgés en moyenne de 52 ans. Le tableau clinique avait associé: une fièvre (100%), des céphalées (86,4%), une photophobie (67,5%), des troubles psychiques (35,1%), une altération de l'état conscience (35,1 cas), une asthénie (24,3%), des arthralgies (24,3%) et des convulsions (2,7%). L'examen a objectivé la fièvre et le syndrome méningé (100%), une dissociation pouls-température (35,1%), une angine (29,7%), des signes extrapyramidaux (27%), une atteinte des paires crâniennes (10,8%), une aphasie (8,1%), un syndrome cérébelleux (5,4%) et un déficit moteur (5,4%). Nous avons noté une accélération de la VS (51,3%), une lymphopénie (32,4%) et une thrombopénie (27%). Le LCR était en faveur d'une méningite virale dans tous les cas. L'imagerie

cérébrale, réalisée chez 7 patients était normale. Le diagnostic était basé sur la détection d'Ig M anti VWN (sang et/ou LCR) dans tous les cas et par PCR sur une biopsie cérébrale dans un cas. Un traitement empirique à base de □ lactamines (19 cas) et/ou l'aciclovir (7 cas) a été prescrit. L'évolution était favorable dans 34 cas avec un délai moyen d'apyrexie de 3 jours et une régression plus progressive des signes neurologiques. Un décès a été noté dans 3 cas dans un contexte de coma profond et de défaillance polyviscérale.

L'atteinte neurologique liée au VWN est potentiellement grave. La constatation de ces deux épidémies en Tunisie impose une surveillance épidémiologique de la circulation de ce virus dans le pays et doit faire évoquer cette étiologie devant toute poussée épidémique de méningite lymphocytaire.

P78- Méningomyélite à Virus West Nile: à propos de trois cas

W. Hachfi, F. Bellazreg, N. Ben Lasfer, Z. Hattab, N. Kaabia, F. Bahri, A. Letaief

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHU Farhat Hached - Sousse

Introduction: Le virus West Nile (VWN) est un arbovirus neurotrope. L'une de ses localisations neurologiques est la substance grise de la corne antérieure de la moelle épinière entraînant un tableau clinique de poliomyélite aigue.

Nous proposons dans ce travail une description des aspects cliniques, paracliniques et évolutifs des cas d'infection aigue à VWN avec un déficit moteur d'un membre.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective, descriptive sur dossiers de patients hospitalisés au CHU Farhat Hached de Sousse pour infection à VWN au cours de l'année 2003. Le diagnostic de l'infection aigue à VWN a été confirmé devant la présence d'IgM et d'IgG anti-VWN dans le même sérum.

Résultats: Nous avons colligés vingt et un cas d'infection confirmée à VWN. Il s'agissait de 11 cas de méningite, 3 cas d'encéphalite et 7 cas de méningo-encéphalite. Trois patients avaient présenté un déficit moteur d'un membre témoignant d'une myélite. Il s'agissait de 3 hommes âgés respectivement de 17, 44 et 72 ans. Parmi ces trois patients, deux patients avaient une méningo-encéphalite lymphocytaire avec hyperprotéinorachie modérée, et un patient avait une méningite lymphocytaire normoalbuminorachie. L'imagerie (TDM ou IRM) cérébrale et/ou médullaire était normale dans les 3 cas. L'électromyographie des membres inférieurs, pratiquée chez 2 patients, avait montré une polyneuropathie axonale motrice pure dans les 2 cas. Le traitement était purement symptomatique dans tous les cas. L'évolution était marquée par la disparition des signes neuro-méningés et la régression du déficit moteur, mais des séquelles à type de monoparésie ont persisté chez les trois patients ayant une méningomyélite aigue.

Conclusion: Dans notre pays, l'infection à VWN doit être évoquée devant toute méningo-myélite aigue surtout en période épidémique. Il s'agit souvent d'une infection bénigne, toutefois le décès ou la persistance de séquelles neurologiques sont possibles.

P79- La pandémie de grippe A H1N1

M. Koubâa¹, S. Ben Kahla¹, D. Lahiani¹, I. Mâaloul¹, Ch. Marrakchi¹, B. Hammami¹, H. Karray², A. Hammami², M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2-Service de microbiologie, CHU Habib Bourguiba

Introduction: Nous avons assistés il ya quelque mois à la première pandémie du XXI siècle celle de la grippe A (H1N1) qui s'est répandue en quelques mois en 2009 sur l'ensemble de la planète. La Tunisie n'a pas été épargnée de ce fléau. Il est important de voir l'impact de la pandémie avec le virus A (H1N1).

But: Rapporter notre expérience en présentant les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives des cas suspect de grippe A (H1N1).

Patients et méthodes: Etude rétrospective ayant inclus tous les sujets qui ont consulté pour suspicion de grippe A (H1N1) au service des maladies

infectieuses de Sfax entre 2009 et 2010.

Résultats: Nous avons enregistré 951 consultants entre le 9.05.2009 et le 18.01.10. L'âge médian était de 23 [1-84] ans. Le sex ratio était de 0,92. Les consultants étaient essentiellement des élèves (31 %), des personnels de santé (22 %) et des étudiants (19 %). Les principaux antécédents pathologiques étaient une insuffisance respiratoire chronique (41 cas), un diabète (29 cas) et une immunodépression (9 cas). Les motifs de consultations étaient essentiellement une toux (69 %), une fièvre > 38 °C (67%), une rhinorrhée (46 %) et des céphalées (42 %). On a réalisé 49 prélèvements virologiques dont 13 (27%) étaient positifs. Un traitement symptomatique était administré pour 913 cas (96%), un traitement antibiotique pour 280 cas (29 %) et un traitement antiviral pour 125 cas (13%). Le nombre des hospitalisations était 19 (2%) dont 2 greffés d'organes. Nous n'avons déploré aucun décès dans notre série.

Conclusion: L'infection par le virus de la grippe A (H1N1) est bénigne. Le taux de mortalité est estimé de 1 à 7 %. Les terrains à risques étaient essentiellement les maladies cardiorespiratoires, l'immunodépression, le diabète et la femme enceinte. En cas de nouvelle maladie émergente la vigilance est la règle avant d'affirmer le caractère bénin de l'infection.

P80 : Prévention de la transmission materno-fœtale du VIH: expérience tunisienne

A.Berriche, R.Abdelmalek, F.Kanoun, L.Ammari, B.Kilani, H.Tiouiri Benaissa, T.Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Objectif- La transmission materno-fœtale du VIH est la voie essentielle de l'infection pédiatrique. Sa prévention est le meilleur moyen d'en contrôler l'incidence croissante. Notre but est de détailler les particularités de l'expérience tunisienne et d'en étudier l'apport.

Patients et méthode- Etude rétrospective menée sur une période de 10 ans (Janvier 2001-Décembre 2010). Nous avons inclus toutes les grossesses ayant bénéficié d'un suivi immuno-virologique, thérapeutique et obstétrical.

Résultats- 13 enfants infectés sont actuellement suivis. Parmi les 63 femmes en âge de procréer, nous avons colligé 14 grossesses. La moyenne d'âge était de 29 ans. 11 femmes étaient tunisiennes, 2 de l'Afrique subsaharienne et une Asiatique. Le terme moyen au moment de la première consultation était de 21 semaines d'aménorrhée (SA). 71% avaient consulté au-delà de 14 SA. 6 patientes étaient sous trithérapie antirétrovirale. Parmi elles, 60% étaient sous 2 INTI et efavirenz qui a été remplacé par un IP boosté. Les patientes naïves ont reçu 2 INTI et un IP. A 36 SA, la charge virale était indétectable chez 7 patientes, détectable dans 3 cas et non précisée dans le reste des cas. L'accouchement a eu lieu par voie basse dans 6 cas et par césarienne dans 8 cas. La perfusion d'AZT a été reçue dans 85,5% des cas. 13 nouveau-nés ont reçu une prophylaxie de six semaines: AZT en monothérapie dans 4 cas, 2 INTI dans 6 cas et 2 INTI et un IP dans 3 cas. L'allaitement maternel a été interdit. Tous sont indemnes de l'infection.

Conclusion- Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH est en augmentation. Le risque de TMF est une préoccupation majeure. Le suivi de la grossesse a permis de prévenir l'apparition de 100% de nouveaux cas pédiatriques en Tunisie. La sérologie VIH devrait être obligatoire lors des grossesses malgré la faible incidence tunisienne.

P81- Réinfection par le virus de la grippe A(H1N1) chez une femme enceinte

W. Hachfi¹, MA. BelHaj Kacem², Z. Hattab¹, F. Bellazreg¹, N. Kâabia¹, A. Slim², A. Letaief¹

1-Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHU Farhat Hached, Sousse

2-Laboratoire de Microbiologie, CHU C. Nicolle - Tunis

Introduction: La grippe A(H1N1) est particulièrement grave au cours de la grossesse avec une évolution imprévisible pouvant être expliquée en partie par un affaiblissement du système immunitaire chez la femme enceinte. Nous rapportons le cas d'une réinfection par le virus de la grippe A(H1N1) chez une femme enceinte.

Observation: Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables, enceinte à 26 semaines d'aménorrhée. Elle a consulté le 5 Décembre 2009 pour une fièvre, des frissons, une rhinorrhée et des arthromyalgies évoluant depuis 24 heures. L'examen clinique était sans particularité en dehors d'une gorge érythémateuse. La PCR de la grippe A(H1N1)v faite sur un prélèvement pharyngé était positive. La patiente a été traitée par oseltamivir 75 mg x 2/j pendant 5 jours et l'évolution était marquée par la disparition de tous les signes cliniques au bout de 6 jours. Le 27 Décembre 2009, la patiente a été réhospitalisée devant un nouveau syndrome grippal évoluant depuis 2 jours avec une dyspnée d'aggravation progressive depuis quelques heures. A l'examen, la température était à 39°C, la fréquence respiratoire était à 28 cycles/min et l'auscultation pulmonaire était normale. Un prélèvement pharyngé a été fait et la PCR de la grippe A(H1N1)v était de nouveau positive. La patiente a été retraitée par oseltamivir, qui a été rapidement changé par zanamivir à cause d'une réaction allergique cutanée, et l'évolution était favorable. Une sérologie spécifique par inhibition de l'hémagglutination, faite le 4 et le 11 Janvier 2010, a montré un taux faible des IgM sur le premier prélèvement devenant négatif sur le deuxième et une ascension du taux des IgG. Ceci serait en faveur d'une réponse immunitaire tardive vis-à-vis du premier contact avec le virus.

Discussion: Malgré l'absence de preuve d'une clairance complète du virus, l'hypothèse d'une réinfection au cours de cette période épidémique est la plus probable devant la régression complète des symptômes après le premier épisode et le délai de 3 semaines entre les deux épisodes. Cette réinfection pourrait être expliquée par une production lente des anticorps spécifiques, et ainsi, une protection immunitaire encore insuffisante lors de la réexposition au virus chez cette femme enceinte.

Conclusion: Bien que rare, une réinfection par le virus de la grippe A(H1N1)v semble possible et doit être suspectée devant un tableau clinique évocateur en période d'épidémie surtout, dans les trois semaines suivant le premier épisode grippal.

P82- Prévalence du bocavirus humain dans les infections respiratoires virales de l'enfant: Etude prospective durant l'année 2010

S. Mathlouthi¹, M.A. Ben Hadj Kacem¹, I. Laarib¹, A. El Moussi¹, S. Abid¹, A. Khaldi², K. Meni², N. Ben Jaballah², A. Slim¹.

1-Laboratoire de Microbiologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis.

2-Service de réanimation polyvalente à l'Hôpital d'Enfants de Tunis.

Introduction: Devant l'émergence de plusieurs virus à tropisme respiratoire détectés essentiellement par biologie moléculaire, parmi lesquels le *Bocavirus* (HBoV) découvert en 2005, nous nous sommes proposés de détecter ce virus à l'Hôpital d'enfants de Tunis et ceci durant l'année 2010.

Matériel et méthodes: 392 prélèvements d'infections respiratoires virales aiguës durant l'année 2010 ont été analysés grâce à une nouvelle technologie de PCR multiplexe criblant 19 types et/ou sous-types de virus à tropisme respiratoire (Luminex®) y compris le *HBoV*, virus à ADN comportant 4 sous-types épidémiologiques dont le premier est à prédominance respiratoire.

Résultats: Parmi les 274 prélèvements positifs, le *HBoV* est présent dans 3.37% soit 10 souches et occupe le 6^{ème} rang derrière le VRS, les Rhinovirus, les *Parainfluenzae* 1-2-3 et au même rang que différents coronavirus (*HCoV*) avec un pic hivernal (5 cas) entre Janvier et Février 2010 et quelque cas sporadiques isolés entre Mars et Décembre 2010. L'âge moyen était de 9,6 mois (4 à 14 mois). Le sex- ratio était de 1.5. Le taux de co-infections était de 70% et l'association bocavirus-rhinovirus était la plus prévalente (57%). La symptomatologie a été faite essentiellement de toux, de fièvre, de dyspnée dans 100% des cas. Le wheezing et l'exacerbation d'une crise d'asthme n'ont été retrouvés que dans un seul. Les gastro-entérites ont été rapportées chez un seul patient alors que d'autres sérotypes semblent plus entéropathogènes. Le pronostic a été favorable sous oxygénothérapie et bronchodilatateurs dans 66,6% des cas. Cependant, une évolution fatale a été constatée dans 3 cas.

Discussion: Nous avons montré par nos résultats, comparables à ceux de la littérature récente, que ce virus est assez fréquent et qu'il réalise souvent des co-infections avec d'autres virus respiratoires. Ce taux de co-infection élevé pourrait suggérer un rôle de co-pathogène pour le *HBoV* comme le Métagpneumovirus ou alors il serait un virus non complètement

autonome, déficient comme les virus adéno-associés des *Parvoviridae*.

Conclusion: La découverte du bocavirus humain illustre l'apport de nouvelles méthodes dans l'identification et la prévention des futurs virus émergents. Ce virus semble être un agent fréquemment impliqué dans les infections respiratoires, essentiellement chez le jeune enfant de moins de deux ans. Son rôle pathogène reste à démontrer du fait du taux élevé de co-infections virales.

P83- Les infections à BK virus chez les transplantés rénaux: à propos de deux cas

H. El Kateb, K. Harzallah, M. Haloues, M. Ben Moussa, N. Ben Romdhane, J. Manâa.

Service de chirurgie vasculaire et transplantation d'organe- HMPIT-Tunis-Tunisie

Introduction: Le BK virus appartenant à la famille des polyomavirus humains, a la faculté de rester latent dans différents tissus (cellules tubulaires rénales et cellules urothéliales) après la primo-infection survenant généralement pendant l'enfance. Chez le transplanté rénal, la néphropathie à BK virus, le plus souvent secondaire à une réactivation, survient chez 1 à 5 % des patients, avec un délai moyen d'apparition de 6 à 13 mois post-transplantation.

Patients et méthodes: Nous rapportons les observations de 2 transplantés rénaux qui ont présenté une infection à BK virus.

Observations: Observation 1: il s'agit d'une fille âgée de 11 ans, hémodialysée chronique depuis Mai 2009. Elle a eu une transplantation rénale le 21 Juin 2007 à l'âge de 8 ans à partir d'un donneur vivant (mère âgée de 41 ans) avec 3 mismatches. Le traitement d'induction a été à base de thymoglobulines pendant 5 jours. Le traitement de maintenance a été basé sur le Tacrolimus, le Mycophénolate Mofétil (MMF) et le Prednisonne. L'évolution immédiate post-greffe a été favorable. Six mois après la greffe, elle a présenté un rejet aigu concomitant à une maladie à CMV. Elle a reçu 3 boli de méthylprednisolone relayés par une corticothérapie orale et associés à un traitement par Ganciclovir avec une bonne évolution clinico-biologique. A 9 mois post-greffe, elle a été hospitalisée pour dégradation de la fonction rénale. La recherche du BK virus par PCR est revenue positive dans les urines mais négative dans le sang. On a complété par une PBR montrant une néphropathie d'allogreffe avec une fibrose interstitielle et des atypies tissulaires évocatrices d'une néphropathie à BK virus. Le MMF a été arrêté associé à un switch Tacrolimus/Ciclosporine. L'évolution a été marquée par le retour en hémodialyse 6 mois après le diagnostic.

Observation 2: il s'agit d'un garçon âgé de 26 ans, hémodialysé chronique depuis Février 2006. Il a eu une transplantation rénale le 13/11/2008 à partir d'un donneur vivant (mère) avec 2 mismatches. Le protocole d'immunosuppression a été similaire au 1^{er} cas. A J18 post-greffe, il a présenté un rejet aigu traité par 3 boli de méthylprednisolone relayés par une corticothérapie orale. A 14 mois post-greffe, il a été hospitalisé pour dégradation rapide de la fonction rénale. La néphropathie à BK virus a été suspectée puis confirmée par PCR sanguine positive et PBR montrant des inclusions nucléaires dans les cellules tubulaires. L'évolution était défavorable avec retour en hémodialyse après 3 mois.

Conclusion: La néphropathie à BK virus se traduit souvent par une dégradation de la fonction rénale sans aucune symptomatologie clinique. Le facteur principal est la surimmunosuppression que pourrait subir le malade. Le pronostic rénal reste jusqu'à maintenant réservé.

P84- Profil des gastro-entérites aiguës virales chez les enfants consultant en ambulatoire dans la région de Monastir

I. Bouanene¹, S. Ayouni², S. El Mhamdi¹, K. Sdiri², N. Ben Alaya³, M. Aouni², M. Soltani¹

1-Service de Médecine préventive et d'épidémiologie-CHU Monastir

2-Laboratoire des maladies transmissibles et substances biologiquement actives LR99ES27, faculté de pharmacie-Monastir

3-Observatoire national des maladies nouvelles et émergentes

Objectifs: Les gastroentérites aiguës (GEA) virales sont une cause majeure de morbidité et de mortalité infantiles dans le monde. Actuellement quatre

grands groupes de virus sont responsables de la majorité des diarrhées virales: les rotavirus, les adénovirus entériques, les astrovirus et les calicivirus dont l'agent de Norwalk (norovirus). L'objectif de ce travail était de décrire le profil épidémiologique des GEA virales chez les jeunes enfants consultant en ambulatoire dans la région de Monastir.

Méthodes: Étude descriptive transversale d'un an (1^{er} Août 2009- 31 Juillet 2010) auprès de 250 enfants âgés de moins de 5 ans, consultant pour diarrhée aiguë au niveau de 5 centres de PMI du gouvernorat de Monastir. Un prélèvement des selles a été effectué en vue d'une analyse virologique par les techniques d'ELISA et/ou de RT-PCR multiplex.

Résultats: L'âge moyen des enfants était de $13,6 \pm 12$ mois, avec une nette prédominance masculine (sex-ratio= 1,5). L'hygiène des mains était déficiente dans 14,2% des cas. La diarrhée était associée à une fièvre et des vomissements dans 44,2% et 40,7% des cas respectivement. Seulement 1,7% des enfants présentaient des signes de déshydratation. Les données préliminaires de l'examen virologique de 80 échantillons de selles ont mis en évidence la présence de rotavirus et de norovirus dans 21,25% et 7,5% des cas respectivement.

Conclusion: La recherche étiologique virologique des GEA est utile pour la pratique médicale pour rationaliser la prescription des antibiotiques. La prévention des diarrhées virales repose essentiellement sur les mesures d'hygiène visant à limiter la transmission.

P85- Place des gastro-entérites aiguës hospitalières à Rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans dans la région du Sahel en 2009-2010

I. Bouanene¹, M. Ben Hadj Fredj², A. Ben Farhat³, M. Ben Ghorbel³, I. Fodha², A. Trabelsi², MS. Soltani¹

1- Service de Médecine préventive et d'épidémiologie-CHU Monastir
2- Laboratoire de microbiologie, CHU Sahloul-Sousse
3- Direction de Soins de Santé de Base-Tunis

Objectifs: Le Rotavirus (RV) est le principal agent infectieux responsable des gastroentérites aiguës (GEA) infantiles partout dans le monde. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la proportion des diarrhées aiguës à RV chez les enfants de moins de 5 ans en milieu hospitalier et de comparer les aspects cliniques des GEA à RV à celles des autres GEA.

Méthodes: Étude observationnelle, prospective menée entre Mai 2009 et Octobre 2010, au niveau de 4 services de pédiatrie des CHU de Sousse, Monastir et Mahdia. 150 enfants âgés de moins de 5 ans admis pour GEA communautaire ont été inclus dans l'étude. La sévérité des cas de GEA a été évaluée par le score de Vesikari. Une recherche de RV dans les selles a été pratiquée par une technique immuno-enzymatique (ELISA).

Résultats: Les diarrhées à RV représentaient 21% des GEA et touchaient surtout les nourrissons de moins d'un an. La différence était statistiquement significative entre les scores de sévérité chez les enfants pour lesquels un RV était mis en évidence ou non ($p < 0,04$). Les enfants atteints de GEA à RV présentaient plus fréquemment des vomissements (73% vs 54,8% ; $p < 0,01$), de la fièvre (73,1% vs 55,6% ; $p < 0,01$), des signes de déshydratations (64% vs 47% ; $p < 0,03$), des signes respiratoires (31% vs 16% ; $p < 0,02$) et des troubles neurologiques (27% vs 17% ; $p < 0,02$).

Conclusion: Les GEA à RV sont fréquentes et se distinguent par leur gravité potentielle. La vaccination semble représenter le seul moyen de prévention efficace contre cette infection.

P86- Prévalence des Rotavirus dans les gastroentérites aiguës chez les enfants de moins de 5 ans dans le sahel Tunisien

S. Ayouni¹, I. Bouanene², K. Sdiri-Loulizi¹, S. El Mhamdi², MK. Chahed³, MS. Soltani², M. Aouni¹.

1-Laboratoire des Maladies Transmissibles et Substances Biologiquement actives (LR99ES27) - Faculté de pharmacie de Monastir
2-Service de Médecine Préventive, CHU Monastir
3-Observatoire National des Maladies nouvelles et émergentes - Tunis

Objectif: Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective des gastroentérites à Rotavirus A chez 86 enfants consultants dans les hôpitaux des régions du gouvernorat de Monastir, entre Août 2009 et Avril 2010.

Méthodes: - Recherche des antigènes viraux par le test ELISA dans les prélèvements de selles.

- Génotypage G et P des souches de Rotavirus A par RT-PCR semi-nichée multiplexe.

Résultats: Le typage moléculaire par RT-PCR semi-nichée Multiplexe des souches de Rotavirus A détectées dans les selles infantiles, a montré une prédominance des génotypes G1 P[8] et G1 P[6]P[8], qui ont été retrouvés dans 15 cas sur les 23 échantillons révélés positifs en ELISA.

Ces souches ont été détectées durant la période qui s'étale du mois d'Août à Avril avec deux pics (Août: 26.66% et Décembre:33.33%).

L'association des trois signes cliniques: diarrhée, vomissement et fièvre est très fréquente dans les infections à Rotavirus A. Ce virus peut être à l'origine de déshydratations sévères chez les enfants.

La majorité des infections dues au Rotavirus (81%) a été observée chez les enfants de moins de 2 ans, ce qui peut être expliqué par le fait que les réinfections sont fréquentes après 24 mois, et la séroprévalence est voisine de 100 % après la 3^{ème} année de la vie.

Conclusion: Ces résultats sont en accord avec des études antérieures en Tunisie sur le Rotavirus (Chouikha et al, 2007) qui ont prouvé que le génotype G1P est la souche la plus fréquemment détectée dans les selles infantiles.

P87- Varicelle de l'adulte: à propos de 29 cas

A. Berriche, R. Abdelmalek, L. Ammari, F. Kanoun, H. Tiouiri Benaissa, A. Goubantini, B. Kilani, T. Ben Chaabane

Service des Maladies Infectieuses, Hôpital la rabta, Tunis.

Introduction: La varicelle est une maladie infantile, bénigne dans la majorité des cas. Chez l'adulte sain, elle peut se compliquer d'atteintes viscérales graves pouvant compromettre le pronostic vital. Ces complications sont d'autant plus fréquentes que le sujet est immunodéprimé ou qu'il s'agit d'une femme enceinte.

Objectif: Ressortir les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de la varicelle chez l'adulte.

Patients et méthodes: Etude rétrospective, menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta, sur une période de 10 ans (Janvier 2001-Décembre 2010). Nous avons inclus tous les patients adultes hospitalisés pour une varicelle.

Résultats: Nous avons colligé 29 cas. Il s'agissait de 20 hommes et 9 femmes. Leur moyenne d'âge est de 34 ans (20-68). Un contage a été relevé dans 34,5% des cas. Trois femmes étaient enceintes et 4 patients étaient suivis pour une pathologie tumorale. Le motif de consultation était une éruption cutanée généralisée dans tous les cas, associée à une fièvre dans 76% des cas et une dyspnée dans 31% des cas. A l'examen physique, une éruption cutanée évolutive a été objectivée chez tous les patients associée à un érythème dans 31% des cas. La fièvre a été notée chez 86% des patients. 45% des patients étaient polypnéiques et 41,5% avaient une auscultation pulmonaire pathologique. 62% des patients avaient une varicelle compliquée; il s'agissait d'une pneumopathie dans 67% des cas, d'une atteinte neurologique dans 17% des cas et d'une surinfection dans le reste des cas. Un traitement par aciclovir a été prescrit chez 22 patients (76%) à la posologie de 10 mg/kg/8 h pour une durée moyenne de 11 jours. L'évolution était favorable dans 93% des cas. Le décès est survenu chez 2 patients.

Conclusion: Le rôle de la vaccination dans la prévention des formes graves des infections à varicelle-zona virus a été prouvé. Ainsi, son indication devrait être discutée chez les patients séronégatifs, vu la fréquence et la gravité de l'atteinte viscérale chez l'adulte.

P88- Méningo-encéphalites à Varicelle -Zona Virus: à propos de 3 cas

S. Snouda¹, R. Battikh¹, W. Madhi¹, J. Labidi¹, S. Zriba¹, F. Ajili¹, L. Métoui¹, H. Ghedira¹, I. Gharsallah¹, F. M'sadek¹, B. Louzir¹, M. Ben Moussa², N. Ben Abdelhafidh¹, S. Othmani¹.

1-Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis
2- Laboratoire de Microbiologie hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction: Bien que bénigne dans la très grande majorité des cas, l'infection par le virus de la varicelle-zona (VZV) peut se compliquer,

en particulier chez l'adulte et le sujet immunodéprimé. L'atteinte neurologique par ce virus est rare. Nous rapportons trois cas de méningo-encéphalite à VZV.

Observations: Il s'agit de trois patients (deux femmes et un homme), d'âge moyen 48±11 ans qui ont été hospitalisés dans un tableau de confusion fébrile (3 cas). Un patient était asthmatique et une patiente était suivie pour néoplasie du sein et de l'endomètre. Un zona intercostal (2 cas) et une varicelle (1 cas) avaient précédé la symptomatologie neurologique respectivement de 5 j, 10 j et 3 j. L'examen à l'admission avait constaté une fièvre (3 cas), un syndrome méningé (1 cas), des lésions évolutives de zona intercostal (2 cas) et des lésions évocatrices de varicelle (1 cas). A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique a été noté chez un patient. Le scanner cérébral ainsi que l'IRM étaient normaux (3 cas). La sérologie varicelle-zona était positive (IgM) dans un cas (sang + LCR). Les trois patients avaient reçu de l'acyclovir par voie intraveineuse à la dose de 30mg/kg/j pendant 15 j. L'évolution était compliquée d'une pneumopathie hypoxémiant avec détresse respiratoire nécessitant le transfert du patient en réanimation (1 cas) et de crises convulsives généralisées (1 cas). L'évolution ultérieure était favorable pour les trois patients.

Conclusion: Les complications neurologiques des infections par le Varicelle-Zona Virus sont rares mais restent graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital surtout en cas d'association avec d'autres localisations.

P89- Humain Herpes virus - 8 associé à un sarcome de Kaposi chez un patient atteint d'une maladie de Castleman

N.Méjri¹, E. Barred¹, W. Madhi¹, H. Ghédira¹, S. Zriba¹, N. Ben Abdelhafidh¹, F. Ajili¹, L. Métoui¹, I. Gharsallah¹, J. Labidi¹, F. M'sadek¹, B. Louzir¹, M. Ben Moussa², R. Battikh¹, S. Othmani¹

1- Service de Médecine Interne Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis
2- Laboratoire de Microbiologie Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction: Le HHV-8, aussi nommé «kaposi's sarcoma associated virus», est un virus à ADN qui appartient à la famille des gamma-herpès virus. Sa prévalence varie de 4% en occident jusqu'à 56% en Afrique. Il se transmet par voie salivaire et sexuelle. La maladie de Castleman multicentrique (MCM), le sarcome de Kaposi (SK) et le lymphome B des séreuses sont 3 maladies associées au virus HHV-8. L'association MCM et MK est relativement rare chez le sujet immunocompétent (20% chez les patients VIH négatifs contre 70% chez les patients VIH+).

Observation: Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 76 ans, atteint d'une maladie de Castleman multicentrique confirmé histologiquement et révélée par une altération de l'état général et des adénopathies multiples. Des biopsies de lésions cutanées violacées des pieds ont conclu à un sarcome de Kaposi. Le patient avait une sérologie VIH négative et une PCR HHV-8 positive avec une charge virale à 312.618 copies/ml. Le patient a entamé sa première cure de chimiothérapie à base de R-CHOP (rituximab, adriablastine, endoxan, oncovin, prednisone).

Conclusion: Le diagnostic d'infection par le HHV8 est possible grâce à la mise en évidence des protéines virales directement dans les tissus cibles ou par PCR classique ou en temps réel. Le HHV-8 code pour des protéines homologues aux protéines humaines ayant des effets sur l'hématopoïèse et la croissance cellulaire. L'association MCM et SK souligne le potentiel pro-inflammatoire et oncogène du HHV-8. Le traitement antiviral à base de ganciclovir ou de cidofovir semble être efficace mais n'a aucun effet une fois la pathologie néoplasique installée où la chimiothérapie trouve de plus en plus de place.

P90- Lupus et infection à Cytomégalo virus: localisation virale insolite

M. Khéchida, O. Harzallah, A. Aouam, A. Hamzaoui, S. Mahjoub

Service de Médecine Interne. CHU F. Bourguiba Monastir

Introduction: L'infection à CMV au cours du lupus est rare. Sa présentation clinique polymorphe est généralement responsable d'une pneumopathie interstitielle, d'une colite ou d'une rétinite à CMV.

La parotidite est une localisation insolite peu rapportée dans la littérature.

Observation: Il s'agit d'une patiente âgée de 51 ans suivie pour un lupus érythémateux systémique (LES) induit par acébutolol qui a été révélé par une pleuro-péricardite ainsi que par des polyarthralgies des grosses articulations. Le LES avait été confirmé par la positivité des anticorps antinucléaires et antihistones. L'acébutolol a été arrêté et la patiente a été traitée par une corticothérapie à la dose de 0,7 mg/kg/j avec décroissance progressive des doses. Trois mois plus tard, la patiente a présenté une parotidomégalie bilatérale nettement plus accentuée à gauche, indolore, ferme et faisant 4 cm de diamètre. Elle était apyrétique, n'avait pas d'angine ni d'adénopathies cervicales. Le canal de Sténon était libre avec issue de salive claire. Il n'y avait pas de paralysie faciale à l'examen neurologique. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique ni d'hyper ou hypogammaglobulinémie. La négativité des anticorps anti-SAA et anti-SSB et la normalité de la biopsie labiale n'étaient pas en faveur d'un syndrome de Sjögren (SS) associé. L'échographie cervicale n'avait pas montré de lithiase. Les anticorps IgM anti-CMV étaient positifs avec ascension de leur titre à 15 jours d'intervalle. Le diagnostic de parotidite à CMV fut donc retenu. Il n'existait pas de diarrhées et le bilan hépatique ainsi que le fond d'œil et la radio du thorax ne montraient pas d'anomalies. La patiente a été traitée par Ganciclovir IV pendant 14 j avec bonne évolution et disparition progressive de la tuméfaction.

Commentaire: L'infection à CMV au cours du LES est favorisée par l'immunodépression inhérente à la maladie elle-même ou secondaire au traitement. La localisation parotidienne peut poser un problème de diagnostic différentiel surtout avec un SS associé ou avec un lymphome parotidien.

P91- Réactivation de l'infection à Herpès virus par la vaccination: Fait réel ou coïncidence?

M. Koubâa, I. Mâaloul, D. Lahiani, Ch. Marrakchi, B. Hammami, M. Ben Jemâa

Services des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie

Introduction: La méningo-encéphalite herpétique est caractérisée par un pronostic redoutable. L'atteinte neurologique est secondaire à une récurrence chez l'adulte.

Nous rapportons le cas d'un homme atteint de méningo-encéphalite à HSV1 juste après une vaccination antigrippale A (H1N1).

Observation: Un homme âgé de 87 ans originaire de Sfax, avait comme antécédent une hypertension artérielle bien suivie. Le 2/1/2010, il a décidé d'injecter le vaccin antigrippal A (H1N1) (Focetria®) alors qu'il était asymptomatique. Deux jours après, le malade a présenté une asthénie avec trouble de la marche qui s'est aggravée progressivement avec apparition d'une obnubilation nécessitant son hospitalisation en milieu de soins intensifs. L'évolution était marquée par l'apparition d'une crise convulsive généralisée. L'imagerie par résonance magnétique a montré une anomalie de signal de la face interne du lobe temporal droit en iso-signal T1 et hyper-signal T2. Le LCR était clair et renfermait 8 EB avec une hyperprotéinorachie à 0,51 gr/l et une normoglycorachie. Initialement le diagnostic d'une encéphalite post-vaccinale a été retenu et le malade été traité par corticoïde. Ce n'est que devant une PCR HSV 1 positive que le diagnostic a été redressé et un traitement antiviral a été instauré. L'évolution après le réveil était marquée par une parésie des membres inférieurs qui s'est améliorée progressivement par une rééducation.

Conclusion: La Réactivation de l'infection à HSV est associée avec une immunosuppression, un âge avancé, une néoplasie, un stress, une fièvre et une exposition aux rayons ultraviolets. Cependant, des réactivations après une vaccination contre l'hépatite A ou l'*Haemophilus influenzae* essentiellement et qui étaient expliquées par une immunomodulation induite par ces vaccins ont été rapportées. D'autres études épidémiologiques et expérimentales sont nécessaires pour élucider le lien possible entre la vaccination de la grippe A (H1N1) et la réactivation des méningo-encéphalites à herpès virus.

P92- Consultation de dépistage anonyme et gratuite: attitudes et perception du risque par les consultants en matière du VIH/SIDA

S. El Mhamdi, I. Bouanéne, A. Sriha, M. Letaief, MS. Soltani

Service de Médecine Préventive et d'Epidémiologie, CHU de Monastir, Tunisie

Objectif: Décrire le profil, les attitudes et la perception du risque pour les personnes utilisant la consultation de conseils et de dépistage anonyme et gratuite (CCDAG) du CHU de Monastir.**Méthodes:** Etude descriptive portant sur l'ensemble des clients bénéficiant des services de la CCDAG durant une période de quatre ans (2007 – 2010). L'information était recueillie à partir du questionnaire d'évaluation du risque auto rempli par la personne concernée. Les items du questionnaire explorent outre le profil sociodémographique, le comportement sexuel et la perception du risque de l'infection par le HIV.**Résultats:** Un ensemble de 218 clients de la CCDAG ont été inclus dans ce travail. Leur âge moyen était de $27,3 \pm 7,4$ ans avec une légère prédominance féminine (sex-ratio=0,96). Le niveau scolaire moyen était bas (25,5 % n'ont pas dépassé le niveau primaire).

Parmi notre clientèle 84% étaient non mariés (célibataires ou vivant en concubinage) et 10 % avaient des comportements homosexuels.

Les connaissances étaient assez bonnes, montrant que plus de 65% connaissent les modes de transmission et 93% ont répondu que les rapports sexuels non protégés constituent la principale source de contamination.

L'évaluation des pratiques montre des insuffisances. Ainsi, 40 % n'avait jamais utilisé le préservatif et 75 % ne l'ont pas utilisé lors du dernier rapport. Les 2/3 des consultants (60 %) ont présenté au moins un épisode d'infection sexuellement transmissible.

Conclusion: nous constatons que les connaissances de notre clientèle sont relativement satisfaisantes. Néanmoins des efforts devraient être déployés pour corriger les comportements et les pratiques à risque à l'égard de l'infection.**P93- Place de l'IRM dans la leucoencéphalite multifocale progressive**A. Berriche¹, A. El Ghazali², L. Ammari¹, M. Ben Messoud², R. Abdelmalek¹, H. Benaissa¹, B. Kilani¹, A. Ghoubantini¹, F. Kanoun¹, E. Mnif², T. Ben Chaabane¹.

1-Service de Maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis.

2-Service de radiologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction: La leucoencéphalite multifocale progressive (LEMP) est une affection opportuniste, démyélinisante et subaiguë du système nerveux central. Elle survient avec prédilection chez les immunodéprimés, en particulier en cas d'infection par le VIH. Elle est due à un polyomavirus appelé virus JC. Le but de notre travail est de relever essentiellement l'apport de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale dans la démarche diagnostique et thérapeutique de la LEMP.**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service des maladies infectieuses de la Rabta sur une période de 10 ans (Janvier 2001- Décembre 2010) concernant les patients infectés par le VIH admis pour LEMP. Le diagnostic de LEMP a été retenu devant des arguments cliniques et radiologiques.**Résultats:** Nous avons colligé 12 cas de LEMP. Il s'agissait de 4 hommes et 8 femmes dont l'âge moyen était de 36,5 ans. La LEMP était inaugurale de l'infection par le VIH dans 58% des cas. Le taux de CD4 moyen était de 59 cellules/ μ l et la charge virale était supérieure à 100000 copies/ml dans 75% des cas. Les signes cliniques sont dominés par: les troubles de la marche (58%), les troubles psychiques (58%), les troubles de la conscience (50%) et les troubles sphinctériens (33%). L'IRM cérébrale a montré, dans tous les cas, des plages hyperintenses bilatérales et asymétriques en T2 et en FLAIR. Une trithérapie antirétrovirale a été prescrite chez 10 patients: 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverses (INTI) associés à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse dans 60% des cas et 2 INTI associés à un inhibiteur des protéases dans 40 % des cas. L'évolution était favorable dans 58% des cas avec régression des anomalies sur l'IRM de contrôle. Le décès était survenu dans le reste

des cas. La moitié des patients sont encore suivis, en succès immunovirologique.

Conclusion: Les manifestations cliniques de la LEMP sont polymorphes, posant le problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies neurologiques. L'IRM cérébrale représente la clé du diagnostic, permettant une orientation diagnostique rapide et précoce et une prise en charge adéquate afin d'en améliorer le pronostic.**P94- Cryoglobulinémies et maladies infectieuses: expérience dans un service de médecine interne.**

I. Boukhris, S. Azzabi, F. Said, E. Chérif, L. Ben Hassin, C. Kooli, Z. Kaouech, N. Khalfallah.

Service de médecine interne B, hôpital Charles Nicolle, 1006 Tunis, Tunisie.

Introduction: Les cryoglobulinémies sont fréquemment retrouvées en association avec toute sorte de maladies infectieuses; bactériennes, parasitaires, fongiques, ou encore virales.**Matériels et méthodes:** Nous rapportons une étude des observations cliniques de patients présentant une cryoglobulinémie en rapport avec une maladie infectieuse, hospitalisés au service de Médecine interne B de l'hôpital Charles Nicolle. Seront étudiés les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives.**Résultats:** Sur une période de 18 ans, 16 cas de cryoglobulinémie ont été diagnostiqués. Parmi tous ces cas, une CG était associée à une autre pathologie chez 14 patients, il s'agissait d'une maladie infectieuse dans 5 cas. Ces infections étaient essentiellement virales, on a ainsi noté deux cas d'infection par le VHB, un cas d'infection par le VHC, un cas d'infection par le Parvovirus B19 et un cas de tuberculose ganglionnaire. Il s'agissait de 4 femmes et d'un homme, d'âge moyen de 52 ans. Dans le cas d'hépatite C, l'ARN viral était positif. Pour les 2 cas d'hépatite B, il s'agissait une hépatite active dans un cas et d'une périartérite noueuse en rapport avec une infection ancienne à HVB dans l'autre cas. Concernant l'infection par le Parvovirus B19, il s'agissait d'une primo-infection avec des IgM positifs. La tuberculose était retenue par biopsie ganglionnaire. L'atteinte cutanée était absente dans les deux cas de tuberculose et d'infection par le virus VHC. Il y avait une néphropathie glomérulaire dans les deux cas d'infection par le VHB et le VHC. Une atteinte neurologique était retrouvée chez 3 patients: une neuropathie dans le cas de tuberculose, une atteinte motrice distale dans le cas de vascularite et une atteinte centrale dans le cas d'infection active par le VHB. L'évolution était favorable uniquement dans les deux cas de tuberculose et d'infection par le parvovirus.**Discussion:** L'association cryoglobulinémie et hépatite virale C a été notée seulement dans un cas, ceci peut être expliqué par un biais de recrutement. On a également rapporté des associations plus rares, notamment une cryoglobulinémie mixte associée au VHB. Ainsi que l'observation originale d'une patiente présentant une vascularite avec atteinte cutanée grave due à une cryoglobulinémie mixte en rapport avec une infection aigüe à Parvovirus B19. Cette association n'a été qu'exceptionnellement rapportée dans la littérature.**Conclusion:** Dans notre série, les cryoglobulinémies secondaires aux maladies infectieuses étaient fréquentes. Elles étaient au deuxième rang, après les cryoglobulinémies secondaires aux pathologies systémiques. Ces maladies infectieuses étaient essentiellement virales.**P95- Anasarque foeto-placentaire et infection maternelle par Parvovirus B 19: à propos d'un cas et revue de la littérature**

R. Belhadj Taher, C. Mrazguia, H. Ben Sassi, M. Alouani, A. Falfoul

Service de Gynécologie Obstétrique hôpital régional de Nabeul

Le Parvovirus B19 serait responsable de 27 % des anasarques foeto-placentaires non immunes du deuxième trimestre de la grossesse; elles s'inscrivent dans le cadre d'une primo-infection maternelle souvent asymptomatique.

Environ 50 % des femmes enceintes sont susceptibles d'être contaminées. L'infection maternelle est souvent asymptomatique, mais peut se traduire par une éruption ou des atteintes articulaires. Le risque de transmission au

foetus est évalué à 30 %, mais seulement 1 à 10 % d'entre eux présentent des signes.

Nous rapportons dans ce travail l'observation d'une patiente âgée de 32 ans sans antécédents particuliers, groupe sanguin A positif hospitalisée dans notre service pour menace d'accouchement prématuré sur un terme de 34 SA, l'échographie obstétricale a trouvé une anasarque foeto placentaire, le doppler cérébral était en faveur d'une anémie fœtale. Des sérologies virales ont été pratiquées dans le cadre du bilan étiologique.

L'évolution était marquée par une entrée spontanée en travail avec accouchement d'un nouveau né nécessitant une transfusion en post natal avec une issue favorable.

Les sérologies ont montré une infection par le Parvovirus B19.

L'infection par le Parvovirus B19 peut être grave chez le fœtus, elle est à l'origine d'une anasarque foeto-placentaire, sa recherche doit être systématique devant ce tableau surtout qu'une transfusion in utero peut totalement modifier le pronostic.

P96- Epidémie de rougeole en Tunisie aspects cliniques et évolutifs, caractérisation de la souche virale épidémique

W. Ben Saâda¹, B. Hammami¹, Y. Aïdi¹, Ch. Marrakchi¹, D. Lahiani¹, H. Hakim², M. Ben Mamou³, A. Slîm³, M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

2-Laboratoire de microbiologie, CHU H Bourguiba, Sfax,

3-Laboratoire de microbiologie, Hôpital C Nicolle, Tunis.

Introduction: La rougeole demeure un fléau dans certains pays. Malgré le programme national d'éradication de cette maladie démarré depuis 1998 en Tunisie, nous avons observé à Sfax une épidémie en 2002.

L'objectif de notre étude est de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et virologiques de la rougeole.

Patients et méthodes: Nous avons colligé sur une période de 5 mois (Février - Juin 2002), 94 cas de rougeole confirmés dont 42 suivis en milieu hospitalier.

Résultats: La rougeole touchait principalement l'adulte jeune entre 20 et 30 ans (55%), avec une prédominance masculine (sex-ratio: 1,29). Les signes cliniques les plus présentés par les 42 patients suivis en milieu hospitalier étaient une éruption érythémateuse typique dans un contexte fébrile (78,6%), un signe de Koplick (50%), un catarrhe oculo-respiratoire fait de rhinite (6 cas), de conjonctivite (20 cas) et de toux (23 cas), des manifestations digestives (9,5%) et des adénopathies cervicales (31%). L'évolution à court terme était émaillée par la survenue de plusieurs complications, mais celle ultérieure était favorable dans tous les cas. La sérologie était positive pour les IgM anti-rougeole dans tous les prélèvements réalisés. Un seul isolat viral était obtenu à partir d'un prélèvement de gorge. La souche virale au cours de cette épidémie était de génotype B3.

Conclusion: La survenue de l'épidémie de rougeole à Sfax dénote de la persistance d'une population réceptive dans notre pays. Le renforcement de la surveillance virologique et la révision de notre politique vaccinale sont indispensables afin d'éradiquer cette maladie.

LYRICA®

PREGABALINE



LYR.T.01.04/2011

Pour Plus d'informations contactez
Pfizer Pharmaceuticals Tunisie, Green Center, Bloc C3, Rue du Lac de Constance, Les Berges du Lac, 1053, Tunisie.
Tél. : (+216) 71 16 99 00 - Fax : (+216) 71 96 22 60



Ensemble, œuvrons pour un monde en meilleure santé™

P97- Les complications neurologiques au cours de la mucormycose rhino-orbito-cérébrale

H. Haj Kacem¹, B. Hammami¹, M. Souissi¹, I. Mâaloul¹, D. Lahiani¹, Ch. Marrekchi¹, T. Boudawara², A. Ayadi³, M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi. Chaker, Sfax
2-Laboratoire anatomopathologique, CHU Habib Bourguiba, Sfax
3-Laboratoire de Parasitologie, CHU H. Bourguiba, Sfax

Les complications neurologiques sont fréquentes et graves au cours de la mucormycose rhino-orbito-cérébrale. Elles sont essentiellement dues à la diffusion par contiguïté des mucorales qui ont un tropisme vasculaire et cérébral.

Le but est de préciser les particularités cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des complications neurologiques au cours de la mucormycose rhino-orbito-cérébrale.

Etude rétrospective, étalée sur 13 ans (1998-2010). Nous avons colligé 11 cas ayant des complications neurologiques. Il s'agissait de 9 hommes et 2 femmes, âgés en moyenne de 52 ans. Parmi les antécédents, nous avons noté un diabète (73%) et une insuffisance rénale chronique (27%). L'examen physique a objectivé une cellulite de l'hémiface (9 cas), une fièvre (8 cas), un œdème périorbitaire (7 cas), une ophtalmoplégie (6 cas), une nécrose de l'aile du nez (5 cas), du palais osseux (4 cas) et de l'angle interne de l'œil (2 cas), une exophtalmie (5 cas), une paralysie faciale (5 cas), une atteinte des paires crâniennes (5 cas) et une parotidite (2 cas). Un syndrome inflammatoire biologique était noté chez tous les patients. L'imagerie cérébrale et du massif facial a objectivé une sinusite (9 cas), une ostéolyse des parois des sinus (5 cas), un abcès cérébral (3 cas), une thrombose du sinus caverneux (2 cas), une ostéolyse mandibulaire (1 cas), une ostéolyse de la base du crâne (1 cas) et un abcès de la glande parotide (2 cas). Le diagnostic de certitude était histologique et/ou mycologique. Le traitement était basé sur l'amphotéricine B chez tous nos patients associé à un débridement chirurgical dans 8 cas. La durée moyenne du traitement antifongique était de 3 mois. L'évolution était favorable dans 3 cas et fatale dans 8 cas.

La mucormycose est une infection invasive à potentiel agressif nécessitant un diagnostic rapide et un traitement adapté afin d'améliorer le pronostic, plus sombre en cas d'envahissement cérébral.

P98- Mucormycose naso-sinusienne avec extension cérébrale

A. Berriche¹, L. Ammari¹, R. Abdelmalek¹, H. Tiouiri Benaissa¹, F. Kanoun¹, A. Goubantini¹, B. Kilani¹, K. Kalle², E. Chaker², T. Ben Chaabane¹

1-Service des Maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis
2-Laboratoire de mycologie et parasitologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction: La mucormycose est une mycose opportuniste grave, rare et rapidement extensive. Elle survient avec prédilection chez les sujets diabétiques. L'atteinte naso-sinusienne est la localisation la plus fréquente. Son pronostic est d'autant plus grave que le diagnostic est tardif et qu'il existe une extension cérébrale. Le but de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives des mucormycoses.

Patients et méthodes: Etude rétrospective, menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta de Tunis, sur une période de 10 ans (Janvier 2001- Décembre 2010) et concernant des patients admis pour mucormycose. Le diagnostic de mucormycose est confirmé par l'isolement de mucor et/ou l'étude anatomopathologique.

Résultats: Nous avons colligé 4 cas de mucormycose. Il s'agit d'un homme et de 3 femmes. Leur âge moyen était de 58,5 ans. Ils étaient tous diabétiques. Un état d'immunodépression à type de carcinome mammaire traité par chimiothérapie a été noté chez 2 patientes. L'atteinte nasosinusienne de mucormycose associée à une extension cérébrale a été objectivée chez tous les patients. Une localisation orbitaire a été notée chez 3 patients. Le diagnostic de mucormycose a été confirmé par: l'identification de *Rhizopus arrhizus* à la culture des prélèvements dans 2 cas et l'étude anatomopathologique dans 2 cas.

Tous les patients avaient reçu de l'amphotéricine B (1 mg/kg/j) avec une

dose cumulée supérieure à 4 grammes. Ce traitement a été relayé par: le voriconazole (1 cas), l'association ciprofloxacine et fluconazole (1cas) et la doxycycline (1 cas). La durée moyenne du traitement était de 135 jours. Trois patients avaient bénéficié d'un débridement chirurgical. L'évolution était favorable dans 2 cas. Deux patients sont perdus de vue.

Conclusion: La morbi-mortalité reste élevée au cours des mucormycoses. Cette mycose doit être évoquée chez tout patient diabétique présentant une symptomatologie rhino-sinusienne trainante, car seule un diagnostic et une prise en charge précoces permettront d'en améliorer le pronostic.

P99- Evolution favorable d'une mucormycose rhino-orbito-cérébrale chez un diabétique

D. Aloui¹, A. Sellami¹, S. Trabelsi¹, M. Bouchekoua¹, S. Marouen¹, M. Ben Salah², M. Ferjaoui², S. Khaled¹

1-Laboratoire de parasitologie-mycologie, EPS Charles Nicolle, Tunis
2-Service ORL, EPS Charles Nicolle, Tunis

Introduction: La mucormycose rhino-orbito-cérébrale est une infection fongique opportuniste, rare, rapidement extensive, touchant particulièrement les diabétiques mal équilibrés. Nous rapportons une observation de mucormycose rhino-orbito-cérébrale afin d'attirer l'attention sur cette affection pour un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

Observation: Monsieur B. S. âgé de 58 ans, diabétique insulino-dépendant, a été hospitalisé au service ORL pour une éthmoïdite compliquée d'un abcès cérébral. A l'examen, le patient avait une tuméfaction de l'angle interne de l'œil gauche étendue à la paupière supérieure, une rhinorrhée purulente bilatérale et une muqueuse nasale inflammatoire. L'examen neurologique était normal. Le bilan biologique a objectivé une hyperglycémie à 20.51 mmol/l, une hyperleucocytose à 15000 éléments/mm³, une CRP élevée à 186.7, une hypokaliémie et une hyponatrémie à 2.95 et 127 mmol/l respectivement. La TDM cérébrale a montré une importante masse abcdée, centrée sur les sinus gauches avec extension cérébrale frontale gauche et orbitaire. Une mise à plat de la tuméfaction orbitaire gauche a été réalisée, associée à une équilibration du diabète et une antibiothérapie. L'évolution a été marquée par l'aggravation des lésions faciales avec l'installation d'une exophtalmie et d'une désorientation temporo-spatiale. Un deuxième scanner a montré un comblement des sinus maxillaires et des cellules éthmoïdales avec déhiscence de la paroi interne de l'orbite gauche ainsi qu'un épaississement du nerf optique gauche et une formation intracérébrale frontale gauche envahissant la graisse extraconique responsable d'une exophtalmie grade II. Devant la non amélioration de son état sous antibiothérapie et corticothérapie, une méatotomie et une éthmoïdectomie ont été pratiquées. L'examen mycologique de la pièce opératoire a montré des filaments larges non septés de type mucorale. Le patient a été mis sous amphotéricine B à la dose de 1mg/kg/j pendant 14 semaines avec une bonne évolution clinique et radiologique.

Conclusion: Cette observation met l'accent sur la gravité particulière de la mucormycose chez le diabétique, les difficultés diagnostiques liées à l'absence de spécificité des signes cliniques et la nécessité d'une confirmation rapide du diagnostic par le prélèvement biopsique afin de mettre en route un traitement antifongique systémique à base d'amphotéricine B associé à un débridement chirurgical.

P100- Cryptococcose neuroméningée chez trois patients immunocompétents

M. Koubâa¹, B. Hammami¹, D. Lahiani¹, I. Mâaloul¹, Ch. Marrakchi¹, S. Neji², A. Ayadi², M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
2-Laboratoire de parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction: La cryptococcose neuroméningée est une infection mycosique grave touchant essentiellement le sujet immunodéprimé et en particulier le sidéen. Elle est exceptionnelle chez l'immunocompétent. Nous rapportons trois observations.

Observations: Il s'agit de trois adultes jeunes (24, 46 et 57 ans) de sexe masculin, sans facteurs d'immunodépression (en particulier sérologie VIH négative). Le motif d'hospitalisation était des céphalées holocranienne

associées ou non à des signes neurologiques de localisation. Cliniquement, on trouvait chez deux malades une atteinte des paires crâniennes et chez le troisième un syndrome cérébelleux. A l'imagerie, il y avait une hydrocéphalie (premier patient) et de multiples cryptococques sus et sous tentorielles (deuxième et troisième patient). Le diagnostic étiologique était confirmé par l'examen anatomopathologique chez deux malades, par la positivité de l'antigène cryptococcique dans le liquide céphalo-rachidien (1 cas) et le sang (1 cas). Le traitement était: l'amphotéricine B avec le fluconazole chez tous les malades avec relais par le voriconazole et la 5-fluorocytosine chez un patient. L'évolution était favorable chez deux malades, alors que le troisième est décédé suite à une détresse neurologique.

Conclusion: La cryptococose neuroméningée de l'immunocompétent est peu décrite dans la littérature. Vu la gravité de cette affection et le tableau clinique atypique, la recherche de *Cryptococcus* doit être faite même en l'absence d'immunodépression.

P100bis : Cryptococose disséminée au cours du lupus érythémateux systémique: à propos d'un cas

S. Berriri *, A. Kallel*, S. Belhadj *, E. Kaouech*, F. Ben Moussa**, K. Kallel*, E. Chaker*.

* Service de Parasitologie-Mycologie, CHU La Rabta, Tunis.

** Service de Néphrologie, CHU La Rabta, Tunis.

La cryptococose est une infection cosmopolite, principalement neuro-méningée, causée par une levure encapsulée *Cryptococcus neoformans*. Il s'agit d'un micro-organisme opportuniste dont le pouvoir pathogène ne s'exprime habituellement qu'en présence d'un déficit de l'immunité cellulaire, avec comme principale pathologie sous-jacente l'infection VIH. Nous rapportons le cas d'une cryptococose disséminée chez une patiente atteinte d'un lupus érythémateux systémique.

Il s'agit de Mme R.H., âgée de 48 ans, présentant un lupus érythémateux systémique, diagnostiqué en 2008 et traité par immunosuppresseurs, hospitalisée pour céphalées intenses, fièvre, et syndrome extrapyramidal avec une angio-IRM normale. Le diagnostic de cryptococose neuroméningée a été retenu devant un examen mycologique positif du liquide céphalo-rachidien avec mise en évidence de levures encapsulées à l'examen direct l'isolement de *Cryptococcus neoformans* après culture sur milieu de Sabouraud et un titre de l'antigène cryptococcique élevé à 11600. Une éventuelle dissémination de la maladie a été évoquée, confirmée par une hémoculture positive avec isolement de *Cryptococcus neoformans*. Notre patiente a été mise sous fluconazole associé au voriconazole, ce dernier a été rapidement arrêté pour réactions allergiques. L'évolution a été favorable avec régression des signes cliniques, des levures encapsulées devenues rares à l'examen direct, une culture sur milieu de Sabouraud négative et une diminution importante du titre de l'antigène cryptococcique dans le LCR. La cryptococose est une mycose opportuniste, à évoquer systématiquement devant des signes neuro-méningés chez tout patient présentant une immunodépression cellulaire.

P101- Cryptococose neuroméningée compliquant une leucémie lymphoïde chronique

F. Larbi Ammari, H. Ben Brahim, A. Toumi, C. Loussaief, A. Ouam, A. Laatiri, F. Ben Romdhane, M. Chakroun.

Service des Maladies Infectieuses. EPS F. Bourguiba-Monastir

Introduction : La cryptococose est une infection fongique due à *Cryptococcus neoformans*. Pathologie rare survenant essentiellement chez l'immunodéprimé, particulièrement infecté par le VIH. Nous rapportons dans ce travail un cas de cryptococose neuroméningée chez une patiente non infectée par le VIH, hospitalisée dans le service des Maladies Infectieuses du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.

Observation : Mme C. R âgée de 66 ans ayant comme antécédents une leucémie lymphoïde chronique et une hypogammaglobulinémie était admise pour une altération de l'état général, des épisodes de confusion mentale, une somnolence et des céphalées intenses apparus une semaine auparavant. L'examen clinique avait noté une apyrexie, une paralysie faciale gauche avec une hypoesthésie tactile de l'hémicorps gauche et

une diminution des réflexes ostéotendineux sans syndrome méningé ni déficit moteur. La biologie avait noté un taux de globules blancs à 4400/mm³, des neutrophiles à 3100/mm³, une C-réactive protéine à 1,8 mg/l et une créatinémie à 58 µmol/l. Le scanner cérébral pratiqué en urgence était normal. La ponction lombaire (PL) avait ramené un liquide clair dont l'analyse avait mis en évidence 300 éléments blancs dont 90% de lymphocytes, une hyperprotéinorachie à 1,29 g/l, une hypoglycorachie à 0,7 mmol/l et une culture négative. L'IRM cérébrale avait montré une lésion en hyposignal T1 hypersignal T2 au niveau du splénium du corps calleux évoquant en premier lieu une localisation cérébrale de la leucémie lymphoïde chronique. La patiente avait reçu une chimiothérapie intrathécale arrêtée après 2 cures pour une neutropénie fébrile profonde dont l'évolution était favorable sous antibiothérapie (céftazidime, amikacine). Une PL de contrôle avait montré la persistance de la pleiocytose lymphocytaire avec une importante hyperprotéinorachie, la présence de levures à la coloration à l'encre de chine et une culture positive à *cryptococcus neoformans*. Un traitement antifongique à base d'amphotéricine B (1 mg/kg/j) et de 5 flucytosine (100 mg/kg/j) était prescrit pendant deux semaines. L'évolution était marquée par l'apyrexie avec disparition des céphalées et de la confusion, une normalisation de la protéinorachie et la négativation de la recherche du cryptocoque sur LCR. Un relais par le fluconazole, 800 mg/j, était pris à j15 pour une durée totale du traitement antifongique de 2 mois. Une IRM cérébrale de contrôle avait objectivé une disparition totale de la lésion du corps calleux qui était en rapport avec un cryptococome. L'évolution sur le plan neurologique est favorable après un recul de 4 mois.

Conclusion : La cryptococose neuroméningée est rare en dehors de l'infection VIH. Il importe de l'évoquer systématiquement devant toute méningo-encéphalite sans étiologie évidente ou traînante. La rapidité de la prise en charge améliore considérablement son pronostic.

P102- Aspergillose cérébrale chez un patient immunocompétent

A. Aouam, C. Loussaif, A. Toumi, H. Ben Brahim, F. Ben Romdhane, N. Bouzouaia, M. Chakroun

Service des Maladies Infectieuses – EPS F. Bourguiba 5014 Monastir

Introduction: L'aspergillose est une maladie essentiellement opportuniste, qui survient surtout chez les immunodéprimés. Bien que la localisation pulmonaire soit la plus fréquente, d'autres localisations peuvent s'observer. L'aspergillose cérébrale reste une localisation rare chez les patients immunocompétents. Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé pour une aspergillose cérébrale.

Observation: Un patient âgé de 39 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui avait présenté brutalement des céphalées intenses et un fourmillement de l'hémiface droite. L'examen physique notait une température à 37,2°C, un bon état hémodynamique et respiratoire, une monoparésie du membre inférieur gauche et un bégaiement. Au plan biologique, les globules blancs étaient à 8600/mm³ et la CRP était négative. Une TDM cérébrale pratiquée avait montré une lésion temporale gauche hypodense ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. Le diagnostic d'une tumeur cérébrale a été suspecté et le malade était opéré. L'examen anatomopathologique de la masse réséquée avait objectivé un amas de filaments mycéliens septés présentant des ramifications à 45° mis en évidence par la coloration de Gomori Grocott. La coloration à l'HES avait montré des filaments entourés par un infiltrat inflammatoire granulomateux. Cet aspect était en faveur d'une aspergillose. L'examen microbiologique de cette masse était négatif. La sérologie aspergillaire était négative et la radiographie de thorax n'avait pas montré de localisation pulmonaire primitive. La radiographie des sinus était normale et les prélèvements nasal et auriculaire n'avaient pas isolé d'*Aspergillus*. Le patient était traité par Amphotéricine B (1 mg/kg/j) pendant 17 jours relayé par l'itraconazole 400 mg/j pour une durée totale de 4 mois. L'évolution était favorable avec régression du bégaiement et des signes de localisation. Le contrôle scannographique au 2^{ème} mois avait montré une diminution de la lésion.

Conclusion: L'aspergillose cérébrale est une pathologie rare et grave. Son diagnostic est difficile en dehors d'une immunodépression. Il devrait être évoqué précocement pour éviter son évolution fatale. Les possibilités diagnostiques et thérapeutiques ont permis d'améliorer le pronostic surtout chez l'immunocompétent.

P103- Complications neuro-méningées de l'aspergillose de la sphère ORL: à propos de 2 cas

M. Maiza¹, R. Battikh¹, W. Madhi¹, F. Ajili¹, S. Zriba¹, J. Labidi¹, B. Jemli², F. M'Sadek¹, B. Louzir¹, S. Gargouri², N. Ben Abdelfahid¹, S. Othmani¹

1-Service de Médecine Interne, hôpital militaire de Tunis
2-Laboratoire de Parasitologie, Hôpital Militaire de Tunis

Introduction: L'aspergillose est une infection opportuniste qui peut toucher divers organes. La localisation ORL est redoutable, pouvant se compliquer de localisations neuroméningées. Nous rapportons deux cas d'aspergillose ORL (sinusienne et auriculaire) avec localisation neuroméningée secondaire.

Observations: Il s'agit d'une femme (53 ans) et d'un homme (72 ans), diabétiques qui avaient présenté une sinusite aigue (1 cas) et une otite aigue avec paralysie faciale périphérique (1 cas) avec installation secondaire dans les deux cas de signes neurologiques (céphalée avec baisse de l'acuité visuelle à gauche et confusion mentale=1cas; troubles de la conscience=1cas. L'IRM a montré une lésion frontale gauche hétérogène en T2 (hypo signal central et hyper signal périphérique) prenant le contraste de façon hétérogène avec des signes de thrombophlébite cérébrale et infarctus veineux frontal gauche dans le premier cas; un infarctus veineux cérébelleux bilatéral avec prise de contraste méningée dans le deuxième cas. *Aspergillus flavus* a été isolé au niveau nasal (1 cas) et au niveau auriculaire (1 cas). La sérologie aspergillaire était positive dans un cas. Un traitement à base d'amphotéricine B (1mg/kg/j) associé à une héparine à bas poids moléculaire a été prescrit chez les deux patients. Un échec thérapeutique a été constaté (absence d'amélioration =1 cas, réapparition de la fièvre et troubles de conscience après une amélioration transitoire = 1cas) nécessitant le recours au voriconazole (400mg/j). Secondairement, l'évolution était favorable après une durée moyenne de traitement antifongique de 15 semaines.

Conclusion: L'aspergillose de la sphère ORL, du fait de sa proximité des structures neuroméningées et de sa pathogénie, constitue un risque d'atteinte cérébrale, vasculaire et méningée. Les prélèvements périphériques sont d'un grand apport pour le diagnostic étiologique. Les nouvelles molécules antifongiques, ayant une meilleure diffusion cérébrale que l'amphotéricine B, ont nettement amélioré le pronostic de ces infections grave.

P104- L'aspergillose pulmonaire invasive au cours de la granulomatose septique chronique: à propos de 8 cas

M. Aloulou¹, F. Makni¹, F. Cheikhrouhou¹, S. Neji¹, H. Sellami¹, R. Ben Abdallah², M. Hachicha², A. Ayadi¹

1-Laboratoire de Parasitologie et Mycologie. CHU Habib Bourguiba Sfax
2-Service de Pédiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction: La granulomatose septique chronique est une maladie familiale rare due à un déficit immunitaire primaire du métabolisme oxydatif des cellules phagocytaires. L'aspergillose pulmonaire est souvent révélatrice de la maladie et elle représente la principale cause de décès.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective des cas d'aspergillose invasive pulmonaire survenant chez des patients présentant une granulomatose septique chronique colligés dans le CHU Habib Bourguiba de Sfax durant une période allant du 2006 jusqu' à 2011.

Résultats: Durant la période d'étude, nous avons colligé 8 cas d'aspergillose pulmonaire dont 5 garçons et 3 filles. L'âge moyen était de 8 ans allant de 4 mois à 30 ans. La consanguinité était notée dans 100% des cas. Les circonstances de découverte étaient une pneumopathie trainante dans tous les cas associée à des adénopathies dans 5 cas. Nos patients ont eu une infection bactérienne associée dans 3 cas et une bécigite dans 4 cas. Le scanner thoracique avait montré des foyers de pneumopathies dans les 8 cas: pneumopathie abcédée et excavée (2 cas), multiple nodules (2 cas), foyers de condensation alvéolaires, (1 cas), foyer du culmen gauche et foyer alvéolaire de la lingula de la base droite (1 cas). L'envahissement pariétal a été noté dans 2 cas. Le diagnostic de granulomatose septique chronique était confirmé par le test de NBT et celui de l'aspergillose pulmonaire par la positivité de la sérologie aspergillaire: le taux d'anticorps élevé dans tous les cas, l'antigénémie

aspergillaire était positive dans 4 cas. La PCR à partir du sérum était positive dans 6 cas. La ponction biopsie pulmonaire n'a été faite que dans 2 cas isolant *Aspergillus fumigatus* dans 1 cas et *Aspergillus* sp dans 1 cas. Le traitement était basé sur l'amphotéricine B (1mg/kg/j pendant 4 à 6 semaines) dans 5 cas. L'Itraconazole a été prescrit comme traitement de relais (2 cas). Le Voriconazole a été prescrit dans 3cas avec recours à la chirurgie dans un cas. L'évolution était favorable dans 5 cas avec une amélioration clinique et radiologique. Deux cas de décès. Un patient a été perdu de vue après une bonne réponse au traitement.

Conclusion: La granulomatose septique chronique est gravissime par ses complications bactériennes et aspergillaire. Cette dernière doit être dépistée précocement pour un meilleur pronostic.

P105- Pneumopathie trainante révélatrice d'une aspergillose pulmonaire invasive chez une fille de 10 ans porteuse d'une granulomatose septique chronique

L. Gargouri¹, S. Kmiha¹, R. Chabchoub Ben Abdallah¹, F.Safi¹, H. Boudabous¹, N. Ben Hlima¹, S. Bouziri², A. Mahfoudh¹

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .Sfax
2-Service de pédiatrie. Hôpital régional de Djerba

Introduction: Les déficits immunitaires héréditaires de l'immunité cellulaire ou humorale se compliquent rarement d'infection aspergillaire. Au contraire, la granulomatose septique chronique (G.S.C.) qui se caractérise par une anomalie constitutionnelle du métabolisme oxydatif des cellules phagocytaires s'accompagne fréquemment d'infections aspergillaires graves. Leur originalité sémiologique, leur mode évolutif et leur gravité sont caractéristiques de la G.S.C.

Observation: S.. est une fille âgée de 10 ans; connue porteuse d'une G.S.C, admise dans notre service pour une fièvre à 40° et une toux évoluant depuis 1 mois. Le bilan biologique a montré une CRP à 178 mg/l. La radiographie du thorax a montré une opacité nodulaire apicale droite. Devant la persistance de la fièvre après 6 jours d'antibiothérapie à base de vancomycine et céfotaxime, l'enfant a été mis sous l'association fortum et vancomycine pendant 8 jours. Une sérologie aspergillaire a été pratiquée se révélant positive. La TDM thoracique a objectivé une lésion kystique du segment dorsal du lobe supérieur droit, des lésions nodulaires entourées par un halo en verre dépoli évoquant une aspergillose pulmonaire invasive. L'enfant a ainsi été mise sous amphotéricine B à la dose de 0,3 mg/kg/j avec une augmentation progressive de la posologie jusqu'à 1 mg/kg/j par voie intraveineuse pendant 8 jours sans amélioration, indiquant le recours au voriconazole (Vfend®) par voie intraveineuse avec une évolution rapidement favorable.

Conclusion: Des progrès thérapeutiques ont été faits ces dernières années, permettant d'améliorer le pronostic des aspergilloses en particulier invasives. L'amélioration du diagnostic radiologique par TDM et du diagnostic mycologique donnent la possibilité de traiter précocement ces patients, facteur important du pronostic.

P106- Les mycoses pulmonaires chez les immunodéprimés: à propos de deux cas

A. Aouam¹, O. Harzallah¹, N. Sabbeh², I. Samoud², S. Mahjoub¹

1- Service de médecine interne- EPS F. Bourguiba Monastir
2- Laboratoire de parasitologie- EPS F. Bourguiba Monastir

Introduction: Les infections fongiques invasives sont des infections opportunistes, graves et en augmentation chez les patients immunodéprimés. La localisation pulmonaire reste la forme la plus fréquente.

Nous rapportons deux cas d'infections fongiques pulmonaires: un aspergillome et une infection à *Géotrichum Capitatum*.

Observation 1: patient âgé de 42 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, hospitalisé pour une aplasie médullaire d'origine toxique. Au cours de son hospitalisation, le malade avait présenté une fièvre et une toux productive. L'examen physique trouvait une température à 39,5°C et un bon état hémodynamique et respiratoire. La numération de formule sanguine avait objectivé une pancytopenie et la CRP était élevée. Une radiographie du thorax avait montré une opacité basale droite. Une TDM pulmonaire avait mis en évidence une condensation parenchymateuse lobaire moyenne et un aspect en verre dépoli. Le diagnostic d'aspergillose

pulmonaire était confirmé par une sérologie aspergillaire positive et l'isolement d'*Aspergillus* dans les crachats. Le malade a été traité par de l'amphotéricine B relayé par caspofungine pour une durée totale de 23 jours avec une bonne évolution clinique et radiologique.

Observation 2: patient âgé de 70 ans, ayant un myélome multiple stade IIIB traité par chimiothérapie. Il avait présenté une fièvre, une toux productive et une hémoptysie. L'examen physique trouvait une température à 39°C, une auscultation cardiaque normale ainsi qu'un bon état respiratoire et neurologique. Il avait des râles crépitants au niveau des deux bases pulmonaires. Il avait un syndrome inflammatoire et l'examen mycologique des crachats avait isolé *Géotrichum capitatum*. Une TDM pulmonaire avait montré une condensation alvéolaire postéro-basale bilatérale et un épanchement pleural bilatéral de faible abondance. Le malade a reçu fluconazole à la dose de 200 mg/j pendant 14 jours avec une évolution favorable.

Conclusion: Le diagnostic des infections fongiques pulmonaires doit être évoqué précocement pour éviter une évolution fatale. Leur pronostic a été amélioré par les nouveaux agents antifongiques.

P107- Les balles fongiques aspergillaires naso-sinusiennes à propos de 2 observations

W. Kermani, C. Halwani, A. Beltaief, A. Ben Azouz, I. Zeglaoui, I. Hrigua, M. Ben Ali, M. Abdelkafi, M. Belcadhi, K. Bouzouita

Service ORL Farhat Hached, Sousse – Tunisie

Introduction: Les balles ou truffes aspergillaires des cavités naso-sinusiennes sont des sinusites fongiques localisées dues à un champignon de l'espèce *Aspergillus*. Elles sont extramuqueuses, peu agressives et surviennent chez des malades immunocompétents.

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques cliniques et radiologiques de cette affection ainsi que les modalités de prise en charge thérapeutique.

Matériel et méthodes: Etude rétrospective rapportant deux observations de balle fongique aspergillaire naso-sinusienne colligées au service d'ORL et de CCF à l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 5 ans s'étalant entre 2006-2010.

Résultats: Les deux patients étaient de sexe féminin; une âgée de 51 ans, l'autre de 39 ans. La symptomatologie clinique était unilatérale dans les deux cas sous la forme d'une sinusite maxillaire chronique résistante au traitement antibiotique habituel. L'image TDM caractéristique sous la forme d'un corps étranger de tonalité métallique en intra-sinusal était présente dans un cas. Les deux patientes étaient opérées avec un nettoyage du sinus et un prélèvement anatomopathologique confirmant le diagnostic. Les suites opératoires étaient bonnes dans les deux cas.

Conclusion: Le diagnostic de truffe aspergillaire doit toujours être évoqué devant une sinusite chronique unilatérale résistante au traitement médical. Le scanner des sinus est l'examen de choix pour orienter le diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical.

P108- Otite externe nécrosante aspergillaire: à propos de deux cas

M. Soussi, B. Hammami, F. Bouattour, H. Hadjkacem, D. Lahiani, I. Maaloul, C. Marrakchi, A. Ayadi, M. Ben Jemâa

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

Les otites externes malignes à *Aspergillus* sont rares. Elles affectent principalement des sujets immunodéprimés et sont de diagnostic difficile et tardif.

A travers 2 observations, nous détaillons les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques des otites externes nécrosantes aspergillaires.

Observation 1: Mme W.M, 68 ans, diabétique, a été hospitalisée pour otite externe nécrosante (OEN) droite compliquée d'ostéolyse rebelle. L'examen a révélé une otorrhée purulente associée à une tuméfaction prétragienne droite, un conduit auditif externe (CAE) droit légèrement sténosé, enflammé avec un tympan intact. L'examen neurologique était normal. Les prélèvements auriculaires ont été négatifs. Malgré plusieurs cures d'antibiotiques à large spectre, l'évolution a été marquée par

l'aggravation clinico-radiologique avec apparition d'une paralysie faciale périphérique droite. La scintigraphie au gallium était en faveur d'une otite maligne évolutive. Le scanner du rocher a montré un aspect d'une OEN bilatérale avec érosion du canal du nerf facial, associé à une lyse osseuse et une subluxation de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) droite. La sérologie Aspergillaire faite a été positive. Le prélèvement auriculaire a été positif à *Aspergillus*. Le diagnostic d'une OEN d'origine aspergillaire a été retenu. Un traitement par voriconazole a été démarré. L'évolution a été bonne en dehors d'une paralysie faciale périphérique séquellaire.

Observation 2: Mme B.H, 54ans, diabétique, a été hospitalisée pour prise en charge d'une OEN droite. L'examen ORL a montré un CAE rétréci, comblé d'une otorrhée purulente avec douleur mastoïdienne et prétragienne à la palpation. La TDM des rochers a conclu à une OEN avec ostéite de la base du crâne et subluxation de l'ATM. Les prélèvements de l'otorrhée ont été négatifs. La patiente a été mise sous traitement antipyocyanique. Devant la non amélioration et l'apparition d'une paralysie faciale, l'antigénémie et la PCR aspergillaire demandées, sont positives. Le diagnostic d'OEN aspergillaire a été retenu et la patiente a été traitée par amphotéricine B puis voriconazole pour une durée de 3 mois avec évolution favorable. L'origine aspergillaire de l'OEN doit être suspectée devant la résistance au traitement antipyocyanique. Le voriconazole est considéré comme une alternative thérapeutique très intéressante dans ce cas grâce à son excellente biodisponibilité par voie orale et sa bonne diffusion tissulaire.

P109- Une localisation rare de l'aspergillose

A. Berriche, R. Abdelmalek, S. Aïssa, F. Kanoun, H. Tiouiri Benaïssa, L. Ammari, B. Kilani, T. Ben Chaabane

Service des Maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: L'aspergillose est une affection fongique, opportuniste, rencontrée le plus souvent chez les sujets immunodéprimés. L'atteinte invasive est classique contrairement aux formes localisées exceptionnelles.

Patients et méthodes: Nous rapportons l'observation d'une patiente, immunocompétente, hospitalisée pour une aspergillose pseudo-tumorale de la langue.

Observation: Femme âgée de 24 ans, admise en Novembre 2010 devant des douleurs linguales, des difficultés alimentaires et de la parole évoluant depuis Janvier 2010 dans un contexte d'altération de l'état général.

A l'admission, la patiente, fébrile, pesait 40 kg. L'examen de la cavité buccale a objectivé un mauvais état bucco-dentaire, une haleine fétide, de multiples ulcérations profondes du bord libre de la langue avec un bourgeon sur le bord droit évoquant un processus tumoral. A la biologie, la patiente avait une lymphopénie, une anémie inflammatoire et une rhabdomyolyse.

Une biopsie de la langue pratiquée, avait conclu à des remaniements inflammatoires avec une organisation en bourgeon charnu sans signes de malignité mais la présence de filaments mycéliens ramifiés évoquant une infection aspergillaire avec une co-infection actinomycosique.

Une TDM cérébrale et du massif facial a objectivé une ostéolyse de la 22 sans atteinte sinusienne ni extension endocrânienne; une radiographie du thorax et une FOGD étaient sans anomalies. La sérologie VIH était négative.

La patiente a reçu amphotéricine B (1 mg/kg/j) et pénicilline G à forte dose relayés à 1 mois de traitement par le voriconazole et l'ampicilline. L'évolution était progressivement favorable, avec une reprise d'une alimentation normale, une prise de poids, une cicatrisation des ulcérations. Une biopsie de contrôle pratiquée après 1 mois de traitement était sans anomalies. La patiente est encore suivie et sous traitement.

Conclusion: Une prolifération tissulaire pseudo-tumorale de la cavité buccale doit faire évoquer une aspergillose même sur un terrain immunocompétent, en particulier devant une hygiène déficiente.

P110- Mucormycose associée à une sinusite aspergillaire chez une allogreffée de moelle osseuse

J. Oueslati¹, S. Aissi², K. Kallel¹, A. Lakhal², E. Kaouech¹, S. Belhadj¹, S. Ladab², T. Ben Othmen², E. Chaker¹.

1-Service de Parasitologie-Mycologie, CHU La Rabta, Tunis
2-Centre national de greffe de moelle osseuse, Tunis

La mucormycose fait partie des mycoses émergentes chez les malades sévèrement immunodéprimés en particulier au cours des hémopathies malignes. Cette émergence est multifactorielle mais repose souvent sur la pression de sélection d'un traitement antifongique préalable.

Nous rapportons un cas de mucormycose à *Rhizopus arrhizus* survenu en cours de traitement d'une sinusite aspergillaire chez une enfant atteinte d'une aplasie médullaire très sévère.

La patiente B.N âgée de 11 ans est admise au CNGMO pour allogreffe de moelle osseuse dans le cadre du traitement d'une aplasie médullaire très sévère. L'histoire de la maladie remonte à 25 jours, marquée par l'apparition d'une fièvre avec à l'examen clinique, une tuméfaction génienne gauche en rapport avec une poche péri-odontale. Un drainage chirurgical a été indiqué en association à une antibiothérapie à large spectre et l'amphotéricine B (AmB-d). A 22 jours de traitement, un scanner du massif facial a objectivé une sinusite maxillaire gauche et éthmoïdale indiquant la pratique d'une méatotomie. L'examen direct du prélèvement sinusien a montré la présence de filaments mycéliens dont l'aspect était en faveur d'une aspergillose confirmée par l'étude histologique. Devant le diagnostic d'aspergillose sinusienne et la persistance de la fièvre, l'AmB-d a été remplacé par le voriconazole. Après 8 jours de voriconazole, la patiente est restée fébrile avec apparition d'un œdème périorbitaire étendu secondairement à toute la face. Un prélèvement gingival a isolé *Rhizopus arrhizus*.

L'AmB-d a été réintroduite et le voriconazole maintenu. Au bout de 26 jours de voriconazole et 19 jours d'AmB-d (dose cumulée: 41mg/kg), une apyrexie et une régression de l'œdème facial ont été constatées concomitamment à la sortie d'aplasie. Un bilan de contrôle à 75 jours d'évolution, a montré une diminution des lésions sur le plan endoscopique et tomodynamométrique. La patiente est restée apyrétique avec une nette amélioration de l'état local au dernier contrôle.

Cette observation souligne l'intérêt, devant une aggravation de la symptomatologie sous traitement, de rechercher une complication surajoutée telle qu'une infection associée permettant d'adapter au mieux le traitement et la prise en charge de ces infections fongiques dont le pronostic reste cependant étroitement lié à la sortie d'aplasie.

P111- Candidémies en réanimation chez les patients non neutropéniques

R. Nasri, S. Abdellatif, N. Mahjoubi, A. Trifi, K. Mahjoub, Z. Bouslah, I. Mami, K. Houissa, R. Dhahri, F. Daly, S. Ben lakhal.

Service de réanimation médicale la Rabta

Introduction: Les candidoses systémiques sont des infections dont l'incidence est croissante dans les services de réanimation. La forte mortalité qui leur est associée, conjuguée aux difficultés diagnostiques inhérentes à ces infections, conduit à la mise en route de nombreux traitements antifongiques précoces. La reconnaissance précoce des patients les plus à risque de développer une candidose invasive est essentiellement basée sur des critères cliniques et l'existence d'une colonisation par des levures du genre *Candida*. Le but de cette étude était d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, microbiologiques et les facteurs pronostiques des candidémies.

Méthodes: Etude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés au service de réanimation médicale de l'hôpital la Rabta du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Décembre 2010 et présentant une candidémie (≥ 1 hémoculture positive à *Candida sp*). Les patients chirurgicaux et/ou neutropéniques étaient exclus.

Résultats: Durant la période de l'étude, 45 patients étaient inclus. L'âge moyen était de $56,5 \pm 16,6$ ans, le rapport H/F de 1,71, les scores IGSI et SOFA à l'admission de $48,3 \pm 16,7$ et $8,5 \pm 4,5$ respectivement, la durée de séjour en réanimation de $31,7 \pm 26,5$ jours. Pendant le séjour

en réanimation, 84% des patients ont eu une ventilation mécanique invasive, 76% ont reçu des amines, 89% une nutrition parentérale, 30% une corticothérapie ($> 0,5$ mg/kg/j) et 25% des patients ont été dialysés.

La candidémie survenait en moyenne $16,1 \pm 18,7$ jours après l'entrée en réanimation. Le délai d'identification des souches était de $5,3 \pm 3,8$ jours. *Candida albicans* était retrouvé dans 66%, *C. parapsilopsis* dans 14%, *C. glabrata* dans 12%, *C. tropicalis* dans 5%. Vingt (24%) souches étaient résistantes au fluconazole. La porte d'entrée suspectée était vasculaire dans 26 %, inconnue dans 55 %. Au moment de la candidémie, le *Candida* score était de $2,9 \pm 1,2$. Un traitement antifongique était instauré dans 82% des cas. Le délai de mise en route du traitement était de $1,7 \pm 1,8$ jours.

La mortalité en réanimation était de 68%. Les facteurs de mauvais pronostic étaient les scores de gravité IGS II et SOFA élevés lors de la candidémie ($p=0,003$ et $p=0,044$, respectivement), l'absence de traitement antifongique ($p=0,03$). Le délai d'identification de la levure était significativement plus élevé chez les patients décédés ($2,5$ vs. 5 jours, $p=0,04$).

Conclusion: La précocité et l'adéquation du traitement étant des facteurs pronostiques essentiels, la prise en compte de facteurs prédictifs simples d'infection à *Candida sp* pourrait permettre de renforcer la probabilité de succès du traitement probabiliste initial des candidémies.

P112- Epidémiologie de la flore fongique chez les patients en unité de soins intensifs

M. Kortas, N. Ajlani, B. Jemli, S. Gargouri

Service de parasitologie; Hôpital Militaire d'Instruction de Tunis.

Introduction et objectifs: Nous nous proposons de déterminer la flore fongique de malades hospitalisés dans une unité de soins intensifs (USI), susceptible d'être à l'origine d'une mycose invasive.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de Parasitologie de l'hôpital militaire de Tunis portant sur deux ans (2008-2009).

Les prélèvements recueillis sont:

-3184 prélèvements profonds réalisés selon le contexte clinique du malade parmi lesquelles 1406 hémocultures, 895 urines et 713 PTP (Prélèvement trachéal protégé).

-5555 prélèvements cutanéomuqueux réalisés d'une façon hebdomadaire dès l'admission du malade au service.

Les prélèvements bénéficient d'un examen direct, d'une culture sur milieu Sabouraud et d'une identification par le test de chlamydosporulation et les tests d'assimilation des sucres.

Résultats:

-Parmi les prélèvements profonds, 470 sont positifs soit 14,7% dont 13,6% hémocultures et 27,8% PTP. *C. albicans* reste l'espèce la plus incriminée, retrouvée dans 47,2% des cas, suivie de *C. tropicalis* (27,4%) et de *C. glabrata* (27%).

-Parmi les prélèvements cutanéomuqueux, 2036 (36,6%) sont positifs. Les prélèvements buccaux représentent 45,5%, suivis des prélèvements rectaux (28,19%), des prélèvements nasaux (17,19%) et des prélèvements axillaires (9%).

Conclusion: Les infections fongiques sont dues essentiellement aux levures de genre *Candida* chez les malades hospitalisés en USI. Ces malades sont colonisés par des levures qui sont le plus souvent à l'origine de mycoses invasives.

P113- Profil comparatif de la flore fongique rencontrée dans deux centres hospitaliers: service de réanimation médicale et service de greffe de moelle osseuse.

A. Hachicha¹, A. Kallel¹, A. Kaouech¹, K. Kallel¹, S. Belhadj¹, S. Ben Lakhal², T. Ben othmane³, E. Chaker¹.

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta de Tunis.

2-Service de Réanimation Médicale, Hôpital La Rabta de Tunis.

3-Centre National de Greffe de Moelle Osseuse

Les candidoses invasives représentent une cause importante de morbidité

et de mortalité en milieu hospitalier essentiellement chez les patients à risque. Toutefois, les circonstances étiopathogéniques du développement de ces affections demeurent différentes d'un cas à un autre (chirurgie compliquée, réanimation prolongée, onco-hématologie).

Le but de notre travail est de comparer le profil étiologique de la flore fongique rencontrée chez deux populations différentes.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 5 ans (Janvier 2006-Décembre 2010) ayant porté sur 541 et 2095 prélèvements mycologiques positifs adressés respectivement d'un service de réanimation médicale et d'un service de greffe de moelle osseuse (CNGMO).

Les espèces retrouvées étaient, en réanimation médicale, *Candida albicans* (63 %), *C. tropicalis* (13 %), *C. glabrata* (11 %) et *C. parapsilosis* (8 %) et au CNGMO, *C. albicans* (52%), *C. glabrata* (29 %), *C. tropicalis* (7 %), et *C. parapsilosis* (3 %).

En s'intéressant aux résultats par site de prélèvement, nous remarquons une prédominance, pour les hémocultures, de *C. albicans* (35%), suivi de *C. parapsilosis* (30%) et de *C. tropicalis* (16%) au service de réanimation médicale et des *Candida non albicans* (*C. parapsilosis* (50%), *C. tropicalis* (15%) et *C. guilliermondii* (10%)) au CNGMO.

De même, pour les prélèvements cutanéomuqueux, les espèces les plus fréquemment isolées étaient *C. albicans* (77%) au service de réanimation médicale et *C. albicans* (53%) suivi de *C. glabrata* (34%) au CNGMO.

Ainsi, *C. albicans*, espèce habituellement isolée, est remplacée par des espèces émergentes non *albicans*, notamment *C. parapsilosis* pour les deux populations à risque et *C. glabrata* pour les patients neutropéniques d'hématologie.

En conséquence, une surveillance mycologique est nécessaire chez ces groupes à risque afin de limiter le développement d'un processus invasif local et une éventuelle dissémination hématogène.

P114- Comparaison des techniques E-test® et ATB® Fungus 3 dans la détermination de la CMI du fluconazole pour 35 souches de *Candida albicans*.

J. Ben Abdeljelil^{1,2}, F. Saghrouni^{1,2}, I. Khammari^{1,2}, S. Gheith¹, A. Fathallah¹, M. Ben Saïd^{1,2}

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Farhat Hached Sousse
2-Unité de recherche UR02SP13

Introduction: La galerie ATB® Fungus 3 (bioMérieux) permet l'étude de la sensibilité des *Candida* sp et des cryptocoques à la flucytosine, l'amphotéricine B, le fluconazole, l'itraconazole et le voriconazole. Il s'agit d'une technique en milieu semi-gélosé.

L'E-test® (bioMérieux) est une technique qui permet la détermination sur milieu gélosé de la CMI des agents antifongiques vis-à-vis des levures et des champignons filamenteux et ce, à l'aide de bandelettes graduées.

Le but de cette étude est de comparer les CMI du fluconazole obtenues avec l'ATB® Fungus 3 et celles obtenues avec l'E-test® pour des souches de *C. albicans*.

Matériel et méthodes: Nous avons testé 34 souches de *C. albicans* isolées à partir de sites profonds et une souche de référence ATCC 90028. Les CMI ont été évaluées par les deux techniques: l'ATB® Fungus 3 (à 24 et 48 h) et l'E-test® en milieu casitone (à 24 h).

Selon NCCLS, une souche est considérée:

- Sensible au fluconazole quand la CMI est $\leq 8 \mu\text{g/ml}$
- Sensible-dose dépendante pour une CMI de 16 à $32 \mu\text{g/ml}$
- et résistant quand la CMI est $\geq 64 \mu\text{g/ml}$.

Nous avons considéré comme:

-Discordance majeure=écart de CMI > à 2 dilutions avec un changement du profil de sensibilité.

-Discordance mineure=écart de CMI > à 2 dilutions sans changement du profil de sensibilité.

Résultats:

-D'après l'ATB® Fungus 3, trente souches sont sensibles et 4 souches sont de sensibilité dose dépendante.

-D'après l'E-test®, toutes les souches testées sont sensibles.

-La concordance entre les deux tests est de 88,3%. Une discordance majeure entre les deux tests a été notée 11,7%.

Conclusions: La concordance de la galerie ATB® Fungus 3 avec l'E-test® est relativement bonne pour le fluconazole. La validité de l'E-test selon la

technique de référence (NCCLS), nous permet de considérer les CMI des 4 souches de sensibilité dose dépendante faussement élevées. Pour cela, nous recommandons l'ATB Fungus comme test de première intention et la vérification de toute CMI élevée par l'E-test®.

115- PCR sur colonies: une méthode rapide et sensible pour l'identification de *Candida albicans*.

J. Ben Abdeljelil^{1,2}, F. Saghrouni^{1,2}, A. Yaacoub¹, I. Khammari^{1,2}, S. Gheith¹, A. Fathallah¹, M. Ben Saïd^{1,2}

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Farhat Hached Sousse
2-Unité de recherche UR02SP13

Introduction: *Candida albicans* est l'espèce la plus fréquente dans les candidoses. En pratique son identification est basée sur des critères phénotypiques (morphologiques et biochimiques). Toutefois, les caractéristiques ne permettent pas la distinction entre *C. albicans* et *C. dubliniensis*. Cette distinction est apportée principalement par des techniques moléculaires.

Le but de ce travail était d'évaluer l'apport d'une PCR sur colonies dans la confirmation de l'identification phénotypique de *C. albicans*.

Méthodes: Un total de 82 isolats phénotypiquement identifiés comme *C. albicans*, à savoir la pousse sous forme de colonies bleues sur Candi ID, la production de chlamydo-spores sur PCB, le profil d'assimilation des glucides à l'ID23C et l'agglutination au latex (Bichro-dubli Fumouze) ont été testés. Nous avons effectué la PCR directement à partir de colonies de levure de genre *Candida* par l'éviction de l'étape d'extraction de l'ADN génomique. Pour l'amplification, nous avons utilisé les amorces universelles INT1 et INT2 déduite de la séquence nucléotidique de l'intron du gène CaYST1 de *C. albicans*.

Résultats: La réaction d'amplification a généré la seule bande de 310pb spécifiques de *C. albicans* pour tous les isolats testés.

Conclusion: La PCR sur colonie représente une technique permettant l'identification moléculaire et rapide des levures de genre *Candida*.

116-Apport du milieu «Sunflower» dans l'identification de *Candida dubliniensis*.

A. Sghaier, S. Bouothman, B. Jemli, S. Gargouri.

Laboratoire de Parasitologie, HMPIT.

Objectif: *Candida dubliniensis* est très souvent identifiée à tort comme étant *Candida albicans* à cause de leurs similitudes morphologiques et phénotypiques. Toutefois, *Candida dubliniensis* présente une résistance plus marquée aux dérivés azolés, surtout le fluconazole. Nous nous proposons de déterminer la fréquence de *Candida dubliniensis* isolé dans différentes localisations et ceci par culture sur un milieu spécial: le milieu «Sunflower».

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre 15 Mars et 30 Avril 2010. Nous avons colligé 391 prélèvements mycologiques adressés à notre laboratoire provenant de différentes localisations profondes et cutanéomuqueuses. Après identification par les méthodes classiques, toutes les souches de *C. albicans* ont été récupérées et repiquées sur le milieu Sunflower. Ce milieu permet de différencier entre *C. dubliniensis* et *C. albicans* en se basant sur l'aspect des colonies et sur la production des chlamydo-spores.

Résultats: Parmi les 391 prélèvements, 289 soit 73,9% se sont révélés positifs. Parmi les 135 souches identifiées comme étant *C. albicans* et repiquées sur le milieu «Sunflower», 35 se sont révélées *C. dubliniensis* soit 25,92% et elles représentent 12,11% des prélèvements totaux positifs. Dans notre étude, *C. dubliniensis* est essentiellement retrouvé au niveau de la cavité buccale (4,84%) et au niveau vaginal (4,49%). L'étude statistique montre une faible sensibilité du milieu conventionnel soit 5% malgré une valeur prédictive positive de 100%.

Conclusion: Pour une meilleure prise en charge thérapeutique des patients, l'identification de *Candida dubliniensis* en routine est indispensable afin d'en préciser l'incidence, la sensibilité aux antifongiques. Ceci étant possible par des méthodes simples et peu coûteuse telle la culture sur le milieu «Sunflower».

P117- *Candida parapsilosis*: étude de la sensibilité aux antifongiques des souches isolées des candidémies

L. Gargouri, S. Neji, F. Makni, H. Sellami, F. Cheikhrouhou, A. Ayadi.

Laboratoire de parasitologie mycologie. CHU Habib Bourguiba Sfax

Candi parapsilosis est actuellement l'un des *Candida* non *albicans* les plus isolés, causant des septicémies. Dans notre région, il est le quatrième agent responsable de candidémie. Nos objectifs étaient d'analyser les facteurs de risque de ces candidémies et d'étudier la sensibilité in vitro de *C. parapsilosis* aux antifongiques.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de candidose invasive à *C. parapsilosis* diagnostiqués dans notre laboratoire sur une période de 10 ans allant de Janvier 2002 à Février 2011. Les colonies de levures ont été identifiées à l'aide des galeries Api 32C. La sensibilité aux antifongiques a été testée par le Fungitest ou par le Sensititre Yeastone.

Résultats: Durant la période d'étude, nous avons colligé 31 patients ayant eu une candidémie à *C. parapsilosis* correspondant à 40 hémocultures positives. L'âge moyen était de 44 ans (extrêmes: 1 jour et 86 ans). 54% de nos patients ont été de sexe masculin. La plupart des patients étaient hospitalisés au service des soins intensifs (32%), d'hématologie (16%), de pédiatrie (16%) et de maladie infectieuse (13%). Les facteurs de risque les plus fréquemment associés aux candidémies à *C. parapsilosis* étaient: la présence de cathéters ou de matériel étranger (68%), l'antibiothérapie à large spectre (60%), l'hémodialyse (12%), le diabète (12%) et la chirurgie récente (12%). *C. parapsilosis* était sensible au fluconazole (CMI \leq 2 μ g/ml) dans 84,2% des cas et sensible dose dépendante (CMI = 4 μ g/ml) dans 15,8% des cas. Il a été sensible au flucytosine (CMI \leq 4 μ g/ml) dans 92,28%, à l'amphotéricine B (CMI \leq 1 μ g/ml) dans 96,42%, au posaconazole (CMI \leq 0,25 μ g/ml) dans 100%, à la caspofongine (CMI \leq 1 μ g/ml) dans 90% et au voriconazole (CMI \leq 1 μ g/ml) dans 100%. Nos souches étaient résistantes à l'itraconazole, (CMI \geq 1 μ g/ml) dans 10% des cas. Nos patients étaient traités par le fluconazole (55%) et l'amphotéricine B (45%). Le taux de mortalité était de 20%.

Conclusion: L'étude de la sensibilité des levures aux antifongiques impose une prudence dans l'interprétation des résultats vue l'absence de consensus des seuils de sensibilité et parfois l'absence de corrélations in vitro/ in vivo. *C. parapsilosis* s'avère une levure de sensibilité diminuée aux azolés et à la caspofongine dans notre région.

P118- Les candidoses vulvo-vaginales: aspects cliniques, mycologiques et facteurs de risque

S. Marouen, A. Sellami, S. Trabelsi, M. Bouchekoua, A. Aouinet, S. Khaled.

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction: La candidose vulvo-vaginale (CVV) est une infection gynécologique qui affecte un nombre important de femmes en âge de procréer. Malgré l'identification des principaux facteurs de risque, la compréhension partielle des mécanismes de défense de l'hôte ainsi que des facteurs de virulence du *Candida*, la pathogenèse de la CVV est encore mal connue. L'objectif de notre travail a été d'étudier les aspects cliniques, mycologiques des CVV diagnostiquées au laboratoire et de déterminer les facteurs de risque associés.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective concernant 621 prélèvements vaginaux qui ont été colligés au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'hôpital Charles Nicolle pendant une période d'un an (Février 2010-Février 2011). Un questionnaire précisant les facteurs de risque a été effectué. Un prélèvement par écouvillonnage vaginal a été réalisé suivi d'un examen direct et d'une culture sur milieu Sabouraud-Chloramphénicol et Sabouraud-Chloramphénicol-Actidione.

Résultats: Sur les 621 prélèvements vaginaux, 73 cas étaient positifs à l'examen direct (11,7%) montrant des levures et/ou des pseudofilaments. La culture était positive dans 187 cas (30,1%). L'espèce la plus fréquemment isolée était *Candida albicans* (73,8%) suivi de *Candida glabrata* (21,4%). L'âge moyen des patientes ayant une CVV était de 32,4 \pm 7,8 ans. Les facteurs de risque associés aux CVV étaient la grossesse, la

corticothérapie au long cours et l'activité professionnelle. Les principaux symptômes étaient les leucorrhées (74,9%), le prurit vulvaire (54,5%) et la dyspareunie (28,9%).

Conclusion: A travers cette étude, des facteurs de risque incriminés dans la genèse de la candidose vulvo-vaginale ont pu être dégagés. Certains peuvent être évités pour diminuer les rechutes et les formes récidivantes, d'autres correspondent à des périodes de la vie gynécologique des femmes en âge de procréer.

P119- Emergence de nouvelles espèces dans l'étiologie des candidoses vulvo-vaginales.

S. Bouothman, A. Sghaier, B. Jemli, S. Gargouri.

Laboratoire de Parasitologie, HMPIT.

Objectif: *Candida albicans* suivi de *Candida glabrata* sont les espèces les plus incriminées dans les candidoses vulvo-vaginales. Toutes fois, au cours de ces dernières années, d'autres espèces sont de plus en plus impliquées notamment quand il y a association avec certaines pathologies tel le diabète.

L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence de ces levures chez les patientes présentant une candidose vulvo-vaginale.

Matériel et méthodes: Notre étude a porté sur tous les prélèvements vaginaux soit 3076, adressés à notre laboratoire entre Janvier et Décembre 2010. Ces prélèvements ont bénéficié d'un examen direct, d'une culture sur le milieu conventionnel (Sabouraud-Chloramphénicol, Sabouraud-Chloramphénicol-Actidione). Pour les prélèvements positifs en culture, l'identification de l'espèce a été réalisée en utilisant le test de chlamydo sporulation et le test d'assimilation des sucres (AUXACOLOR® BIORAD).

Résultats: Parmi 3076 prélèvements colligés dans notre laboratoire, 1088 soit 35,37% se sont révélés positifs.

Plusieurs espèces ont été isolées avec une prédominance de *Candida albicans* 816 cas (75%), *Candida glabrata* 234 cas (21,5%), *Candida tropicalis* 17 cas (1,56%), *Candida parapsilosis* 10 cas (0,91%), *Candida krusei* 5 cas (0,46%), *Geotrichum capitatum* 4 cas (0,36%), *Saccharomyces cerevisiae* 2 cas (0,15%).

Conclusion: Bien que, *Candida albicans* et *Candida glabrata* soient les espèces prédominantes dans les candidoses vulvo-vaginales, d'autres espèces considérées auparavant comme non pathogènes doivent être actuellement prises en considération s'il y a association avec certaines pathologies.

P120- Prévalence et profil mycologique des candidoses vaginales dans la région de SousseJ. Ben Abdeljelil^{1,2}, F. Saghrouni^{1,2}, S. Gheith¹, A. Yaacoub¹, I. Khammari^{1,2}, A. Fathallah¹, M. Ben Saïd^{1,2}

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Farhat Hached Sousse

2-Unité de recherche UR02SP13

Introduction: Les candidoses vaginales (CV) représentent une infection très fréquente chez la femme en âge de procréer. Le spectre des espèces responsables est variable et ce, malgré la prédominance de *C. albicans*. Par ailleurs, depuis quelques années, l'émergence des espèces non *albicans* a été observée.

Le but de notre travail est d'estimer la prévalence des CV et la part des différentes espèces en cause dans notre région.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 1332 prélèvements vaginaux (PV) examinés à l'hôpital Farhat Hached de Sousse pendant une période d'un an (1^{er} Janvier-31 Décembre 2010). Ces prélèvements ont été examinés au laboratoire de microbiologie, et en cas de pousse de levures, les cultures ont été adressées au laboratoire de parasitologie pour identification.

Résultats: Parmi les 1332 PV examinés, la culture a permis d'isoler des levures du genre *Candida* dans 658 PV, soit un taux de 49,4%. La pousse de ces levures était abondante (en nappe) dans la quasi majorité des cas. Six espèces ont été identifiées: *C. albicans* (65,6%), *C. glabrata* (27,8%), *C. krusei* (3,2%), *C. tropicalis* (2,6%), *C. kefyr* (0,6%) et *C. guilliermondii* (0,1%).

Conclusion: Les *Candida* représentent une cause très fréquente d'infection

vaginale dans notre région. Nos résultats confirment la prédominance de *C. albicans* et révèlent la part relativement élevée des *Candida* non *albicans* et particulièrement *C. glabrata* qui pose des problèmes thérapeutiques.

P121- Le diagnostic mycologique: intérêt de l'association de l'examen direct et de la mise en culture

K. Dridi, E. Siala, R. Ben Abdallah, A. Aouinet, N. Zallaga, K. Aoun et A. Bouratbine

Laboratoire de Parasitologie Mycologie, Institut Pasteur de Tunis

Les mycoses superficielles (MS) posent souvent un problème de diagnostic différentiel avec les autres affections cutanées à signes cliniques voisins. D'où la nécessité de l'examen mycologique qui permet de confirmer le diagnostic. Le but de ce travail est de montrer l'intérêt de l'association de l'examen direct et de la mise en culture dans le diagnostic des mycoses superficielles.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 829 prélèvements mycologiques effectués au laboratoire de Parasitologie Mycologie de l'Institut Pasteur de Tunis, sur une période de 2 ans (2009-2010). Sur chaque prélèvement mycologique a été réalisé un examen direct et une culture sur milieu Sabouraud. L'examen mycologique (examen direct et/ou culture) a été positif pour 478 prélèvements soit 57,6% des cas. Les sensibilités de l'examen direct et de la culture étaient respectivement de 84,5% et de 68,8%. 31,2% des mycoses ont été diagnostiquées par l'examen direct alors que la culture était négative. Seulement 15,5% des prélèvements mycologiques positifs ont un examen direct négatif et une culture positive. Les faux négatifs de la culture sont surtout liés aux traitements antifongiques prescrits antérieurement; où il y a plus de probabilité de prélèvement de champignon mort qui ne poussera pas en culture. La négativité des examens directs serait surtout liée au faible parasitisme en cas de lésion à son début. L'association de l'examen direct et de la culture s'avère indispensable pour améliorer la sensibilité de l'examen mycologique. Ces deux temps sont complémentaires. D'une part l'examen direct permet de mettre en évidence le champignon et de démarrer le traitement adapté et d'autre part la culture permet d'identifier l'agent causal et d'orienter les mesures prophylactiques appropriées.

P122- Isolement et identification de *Cryptococcus* des prélèvements cliniques et environnementaux dans la région de Sfax

F. Mseddi¹, A. Sellami¹, H. Trabelsi¹, H. Sellami¹, F. Makni¹, F. Cheikhrouhou¹, S. Néji¹, B. Hammami², M. Ben Jmaâ², A. Ayadi¹.

1-Laboratoire de Biologie Moléculaire Parasitaire et Fongique, Faculté de Médecine de Sfax

2-Service de maladies infectieuses, CHU H. Chaker, Sfax

L'espèce complexe *Cryptococcus neoformans* est une levure cosmopolite, opportuniste, affectant essentiellement des patients infectés par le VIH. La distribution des espèces et des sérotypes de *C. neoformans* sp. n'a pas encore été rapportée dans la région de Sfax. L'objectif de ce travail a été d'établir les caractéristiques biochimiques, le sérotype et le type sexuel des souches cliniques et environnementales de *C. neoformans* isolées à Sfax, Tunisie.

Matériel et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective des cas de cryptococcose neuroméningée diagnostiqués dans notre laboratoire sur une période de 16 ans. Par ailleurs, nous avons collecté 700 échantillons du sol, de feuilles, de fleurs, de fruits contenant des débris organiques et du bois de 40 amandiers (*Prunus dulcis*) et 60 arbres d'eucalyptus; ainsi que 250 échantillons de fientes de pigeons provenant de différents sites: bâtiments (n = 150), maisons (n = 50) et zoo (n = 50). Les échantillons ont été ensemencés sur milieu gélosé de Sabouraud additionné de chloramphénicol et sur milieu de Niger agar. L'identification de l'espèce complexe *Cryptococcus neoformans* a été confirmée en utilisant l'auxanogramme ID32C (BioMérieux, Marcy l'Etoile, France). Les sérotypes ont été déterminés par PCR-REA et les types sexuels ont été déterminés par PCR.

Résultats: Nous avons isolé 41 souches appartenant à l'espèce complexe *C. neoformans* (10 souches cliniques et 31 souches environnementales). Trente-six isolats étaient de sérotype A (87,8%), 4 de sérotype B (9,8%) et

un isolat de sérotype D (2,4%). Tous les isolats cliniques ont été identifiés comme *C. neoformans* (80% de sérotype A et 20% de sérotype D). Nous avons isolé 26 souches de *C. neoformans* des excréments de pigeons (10,4%). Au niveau des 700 échantillons d'arbres, 5 isolats ont été trouvés, soit 0,6%: deux souches de *C. gattii* et une seule souche de *C. neoformans* ont été isolées à partir d'*E. camaldulensis*, et deux souches de *C. gattii* ont été isolées à partir de deux variétés tunisiennes d'amandiers (*Prunus dulcis* Mill. var. *zahaf* et var. *achaak*). Toutes les souches environnementales de *C. neoformans* et *C. gattii* étaient de type sexuel MAT α .

Conclusion: *C. gattii* trouve sa nouvelle niche écologique dans les amandiers (*Prunus dulcis* var. *acheh* et *Prunus dulcis* var. *zahaf*) en Tunisie. *C. neoformans* reste l'agent pathogène par excellence dans les affections neuroméningées.

P123- Pneumocystose pulmonaire chez les patients infectés par le virus d'immuno-déficience humaine suivis à Sousse

F. Bellazreg, Z. Boughattas, W. Hachfi, Z. Hattab, N. Kaabia, F. Bahri, A. Letaief

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHU Farhat Hached, Sousse

Objectif: Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la pneumocystose pulmonaire (PCP) chez les patients infectés par le VIH suivis à Sousse.

Patients et Méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective des cas de PCP chez les patients infectés par le VIH et hospitalisés au service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses au CHU Farhat Hached de Sousse entre 1998 et 2010. Le diagnostic de PCP était confirmé en cas d'isolement de *P. jirovecii* dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire, et probable en cas de pneumopathie d'évolution favorable sous cotrimoxazole.

Résultats: Durant la période d'étude, parmi 88 patients hospitalisés dans notre service pour infection par le VIH, quinze patients (17%) avaient une PCP. Il s'agissait de 9 femmes et 6 hommes, d'âge moyen 39 ans (22-67). La PCP était confirmée dans 14 cas. Elle était inaugurale de l'infection par le VIH dans 11 cas. Treize patients avaient un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ avec un taux moyen de 78/mm³ (13-304). Les signes cliniques les plus fréquents étaient la toux (14 cas), la fièvre (13 cas), l'amaigrissement (13 cas) et la dyspnée (11 cas), avec une durée moyenne d'évolution de deux mois (10 jours - 6 mois). La radiographie de thorax avait montré un syndrome alvéolaire et/ou interstitiel dans 13 cas. Une hypoxémie sévère (PaO₂ inférieure à 70 mm Hg) était notée dans 11 cas. Le traitement initial était le cotrimoxazole. Pentamidine et pyriméthamine-dapsone ont été utilisés respectivement dans 3 et 2 cas à cause d'une allergie au cotrimoxazole. Une corticothérapie a été prescrite dans 10 cas. L'évolution était favorable dans 13 cas. Deux patients sont décédés dans un tableau de détresse respiratoire avec hypoxémie réfractaire à J6 et J12 de traitement. Durant la période de suivi (5 ans en moyenne), aucune récurrence de la PCP n'a été notée, sous trithérapie.

Conclusion: Dans notre service, la PCP est fréquemment inaugurale de l'infection par le VIH. Sous traitement adéquat, l'évolution est souvent favorable. Cependant, le dépistage précoce de l'infection par le VIH et la mise des patients sous prophylaxie primaire par cotrimoxazole sont nécessaires pour diminuer l'incidence de cette infection grave.

P124- Echec du traitement par le cotrimoxazole d'une pneumocystose survenue chez un transplanté rénal

O. Ammous¹, F. Saghruni¹, I. Ben Saïda², J. Ben Abdeljelil¹, A. Yaacoub¹, I. Dhib¹, S. Bouchoucha², M. Ben Saïd¹, A. Fathallah¹.

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

2-Service des Réanimation Médicale CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

La pneumocystose pulmonaire est une mycose opportuniste touchant principalement les sujets infectés par le VIH. Parallèlement, des cas de plus en plus fréquents ont été décrits chez des malades immunodéprimés non infectés par le VIH (transplantés d'organes, patients sous corticoïdes

au long cours, hémopathies malignes, etc.....). Nous rapportons le cas d'un homme de 52 ans non infecté par le VIH, insuffisant rénal chronique, transplanté rénal au CHU Sahloul en 1998, et sous traitement immunosuppresseur triple. Le patient a été hospitalisé en Octobre 2010 pour toux sèche et dyspnée progressive évoluant dans un contexte fébrile depuis une semaine. La radiographie thoracique a montré un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral et diffus. Les gaz du sang ont objectivé une hypoxémie. Le lavage broncho-alvéolaire a confirmé le diagnostic de pneumocystose en montrant de nombreux kystes et formes végétatives de *Pneumocystis jirovecii*. L'évolution a été fatale malgré un traitement sous triméthoprime-sulfaméthoxazole (Bactrim®) bien conduit. A travers ce cas et en se basant sur les données de littérature sont discutés: les facteurs de risque, le terrain, les signes cliniques biologiques et radiologiques, et les différentes causes de résistance au traitement de la pneumocystose chez les malades immunodéprimés non infectés par le VIH.

P125- Otite moyenne chronique à *Absidia corymbifera*: à propos d'un cas

H. Guedouar, F. Saghrouni, S. Gheith, O. Ammous, I. Khammari, A. Fathallah, M. Ben Saïd

Laboratoire de Parasitologie - Mycologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction: Les mucorales du genre *Absidia* sont des moisissures ubiquistes, rarement impliquées en pathologie humaine. L'espèce la plus fréquemment rapportée est *Absidia corymbifera*; elle est surtout responsable d'infections pulmonaires et à moindre degré d'infections cutanées, méningées et rénales. Les infections à *Absidia corymbifera* sont principalement décrites chez l'immunodéprimé.

Nous rapportons un cas d'otite moyenne chronique à *Absidia corymbifera*.

Observation: Il s'agit d'un homme de 77 ans sans immunodépression ni diabète sous-jacents. Le patient a présenté une otorrhée gauche et une paralysie faciale périphérique homolatérale et des lésions érythémateuses et ulcérées au niveau du pavillon gauche. A l'otoscopie, le conduit auditif externe (CAE) était congestif contenant une lésion granulomateuse avec perforation subtotal du tympan. La TDM a conclu à une otite moyenne gauche choléastomateuse avec lyse du mur de la logette du tympan et de la paroi antérieure du canal semi-circulaire externe et l'envahissement de la 3^{ème} portion du nerf facial gauche dans son trajet intra-osseux.

Les examens mycologiques des sérosités et du produit de grattage du CAE ont permis de détecter des nombreux filaments de zygomycètes à l'examen direct et d'isoler l'*Absidia corymbifera* à la culture et ce, à quatre reprises.

Le diagnostic d'otite moyenne chronique à *Absidia corymbifera* a été retenu et le patient mis sous Amphotéricine B à raison de 0,3 mg/kg/j.

Conclusion: A notre connaissance, le cas d'otite moyenne chronique à *Absidia corymbifera* que nous rapportons est le premier cas d'infection auriculaire moyenne due à cette espèce. L'absence d'un terrain débilite sous-jacent expliquerait le caractère chronique et local de l'évolution.

P127- Les teignes inflammatoires: aspects cliniques et épidémiologiques

H. Soltani¹, S. Trabelsi¹, A. Sellami¹, M. Bouchekoua¹, N. Souli¹, N. El Fekih², MR. Kammoun², S. Khaled¹

1. Laboratoire de parasitologie-mycologie, EPS Charles Nicolle, Tunis

2. Service de dermatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis

Introduction: Les teignes inflammatoires traduisent une réaction tissulaire excessive au dermatophyte. Elles sont dues à des dermatophytes telluriques ou zoophiles au contact d'un animal parasité, le plus souvent domestique (bovidés, chevaux, lapins). Ces teignes affectent surtout le cuir chevelu de l'enfant en âge scolaire ou la barbe des éleveurs. Elles sont à différencier des teignes tondantes surinfectées.

Objectif: Le but de cette étude a été de préciser le profil clinico-épidémiologique et les agents pathogènes des teignes inflammatoires (TI) des patients consultant au laboratoire de parasitologie de l'hôpital Charles Nicolle comparés à ceux des teignes tondantes (TT).

Patients et méthodes: il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur des patients atteints de teignes du cuir chevelu et de la barbe recensés de Février 2009 à Février 2011. Chaque patient a eu un examen direct et une culture sur les milieux Sabouraud-chloramphénicol et Sabouraud-chloramphénicol-actidione. L'identification des dermatophytes a été faite sur l'examen macroscopique et microscopique des cultures et éventuellement après un repiquage sur milieu eau gélosée à 2%.

Résultats: Sur les 44 cas de teignes colligés, 6 étaient inflammatoires (TI). La moyenne d'âge dans le groupe (TI) était de 7.9 ans \pm 2.1 et de 7.7 ans \pm 1.2 dans le groupe (TT) sans différence significative. Tous les patients présentant une TI étaient de sexe masculin, le sex-ratio dans le groupe (TT) était de 7.25. Le délai de consultation dans le groupe (TT) était de 16.6 semaines \pm 9.5 et de 2.8 \pm 1.3 semaines dans le groupe (TI). Les espèces identifiées dans le groupe (TI) sont *Trichophyton verrucosum* pour le parasitisme type mégaspore et *Trichophyton mentagrophytes* pour le parasitisme type microïde. Les espèces incriminées dans le groupe (TT) sont *Microsporum canis* et *Microsporum langeroni* pour les teignes tondantes microsporiques; *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton verrucosum* et *Trichophyton rubrum* pour les teignes tondantes trichophyiques.

Conclusion: Les teignes atteignent le plus souvent les enfants, surtout les garçons. Les espèces zoophiles sont les plus fréquemment incriminées dans les teignes, notamment *Microsporum canis*, *Trichophyton verrucosum* et *Trichophyton mentagrophytes*. Si pour la première espèce la teigne est tondante pour les 2 autres elle est souvent de type inflammatoire, suppurée, douloureuse, obligeant l'éviction scolaire souvent imposée par le corps enseignant. Cette fréquence remarquable des espèces zoophiles est en rapport vraisemblablement avec le changement des habitudes de la population Tunisienne. En effet certains animaux, réservoir de ces dermatophytes, cohabitent de plus en plus souvent avec les familles Tunisiennes.

P128- Neuropaludisme

M. Koubâa¹, D. Lahiani¹, B. Hammami¹, I. Mâaloul¹, Ch. Marrakchi¹, S. Neji², A. Ayadi², M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie

2-Laboratoire de parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction: Le paludisme est un problème majeur de santé publique dans le monde en raison de son taux élevé de morbidité et de mortalité. L'infection à *Plasmodium falciparum* est une urgence médicale vu le risque d'évolution vers la complication la plus redoutable, le neuropaludisme responsable de séquelles neurologiques dans 30% et d'une mortalité de 15 à 20%.

Objectif: Décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des cas de neuropaludisme.

Patients et méthodes: Analyse rétrospective des cas de neuropaludisme à *Plasmodium falciparum* hospitalisés au service des maladies infectieuses à Sfax entre 1990 et 2010.

Résultats: Nous avons colligé 6 cas de neuropaludisme soit 37,5 % des cas de paludisme grave et 18,7 % des cas de paludisme hospitalisés dans notre service. L'âge moyen était de 30 ans. La majorité de nos patients étaient des nationaux. La chimio-prophylaxie était absente dans 2 cas et inadéquate dans 4 cas. Le délai moyen entre le début des symptômes et l'hospitalisation était de 5 jours. Deux cas avaient un antécédent de paludisme. Les signes neurologiques étaient une obnubilation (2 cas), une confusion (2 cas) et une prostration (4 cas). Les signes de gravité associés étaient essentiellement un ictère (4 cas) et une insuffisance rénale (2 cas). La parasitémie était élevée chez deux de nos patients. Tous les patients ont été traités par la quinine en intraveineux avec une dose de charge associée au traitement symptomatique. La durée moyenne de traitement par quinine était de 5 jours. L'évolution était favorable dans 4 cas et fatale dans 2 cas (40%).

Conclusion: Le neuropaludisme est une cause fréquente de décès au cours du paludisme à *Plasmodium falciparum*. Seule une prise en charge rapide et efficace pourrait prévenir l'apparition de manifestations neurologiques et leurs conséquences.

P129- Paludisme grave d'importation: A propos de 3 cas

A. Aouinet², L. Ammari¹, K. Kallel², E. Kaouech², R. Abdelmalek¹, H. Tiouiri Benaïssa¹, B. Kilani¹, F. Kanoun¹, A. Ghoubantini¹, E. Chaker², T. Ben Chaabane¹.

1-Service de Maladies Infectieuses de l'hôpital la Rabta

2-Service de Parasitologie-Mycologie de l'hôpital la Rabta

Introduction: Le paludisme grave, apanage de *Plasmodium falciparum*, représente une priorité mondiale de santé publique avec une mortalité annuelle de près de 2 millions, en majorité en Afrique subsaharienne. Depuis l'éradication du paludisme en Tunisie, le paludisme d'importation est en augmentation. Le but de notre travail est de décrire les particularités épidémiologiques, clinico-biologiques, thérapeutiques et évolutives du paludisme grave.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective des cas de paludisme sur une période de 19 ans (1991-2009) dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital La Rabta. Le paludisme grave est défini par la présence de formes asexuées de *Plasmodium falciparum* dans le sang associée à, au moins, un des critères de gravité édités en 2000 par l'OMS.

Résultats: Nous avons colligé 107 cas de paludisme. Les formes graves représentent 2,8 % (3 cas) des cas de paludisme.

Cas n°1: Un homme âgé de 32 ans, Tunisien, est admis dans un tableau de confusion fébrile. Il a séjourné en Côte d'Ivoire sans prise de chimioprophylaxie. Le patient était fébrile à 40°C, comateux, ayant une hypotonie généralisée et un ictère cutanéomuqueux. Il a présenté une défaillance multiviscérale.

Cas n°2: Un homme âgé de 45 ans, Tunisien, est admis dans un tableau de coma fébrile après son retour d'un voyage au Mali. Il n'a pas reçu de chimioprophylaxie. Il était fébrile à 39°C, comateux et il présente un

ictère cutanéomuqueux.

Cas n°3: Un homme âgé de 30 ans, Nigérien, est admis dans un tableau de coma fébrile après son arrivée de son pays natal. Il séjournait en Tunisie durant 30 mois. Il n'a pas reçu de chimioprophylaxie lors de son séjour au Niger. Il était fébrile à 39°C et comateux. A la biologie, une anémie grave à 4,3 g/dl a été notée. Nos patients ont reçu un traitement parentéral à base de quinine pendant une durée moyenne de 7 jours associé à une ventilation mécanique. Nous avons déploré un cas de décès lié à un état de défaillance multiviscérale.

Conclusion: le paludisme grave d'importation représente une forme redoutable du paludisme. Le meilleur moyen de diminuer cette mortalité réside dans l'amélioration de la prévention et de la prise en charge de l'accès palustre non compliqué.

P130- Toxoplasmose cérébrale au cours de l'infection par le VIH: facteurs prédictifs de bon pronostic

A. Berriche, R. Abdelmalek, A. Goubantini, B. Kilani, L. Ammari, H. Tiouiri Benaïssa, F. Kanoun, T. Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: La toxoplasmose cérébrale (TC) est une infection opportuniste fréquente au cours de l'infection par le VIH. Elle peut être responsable d'une morbi-mortalité élevée. Le but de notre étude est de déterminer à travers une étude statistique, les facteurs prédictifs de bon pronostic au cours de la toxoplasmose cérébrale chez les sujets infectés par le VIH.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective au service des maladies infectieuses de la Rabta sur une période allant de Janvier 1991 à Décembre 2010. Nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, immunologiques, radiologiques et thérapeutiques de la TC et étudié leurs influences respectives sur l'évolution. Les résultats ont été analysés au moyen du logiciel SPSS version 13.0. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats: Nous avons colligés 60 cas de TC. Le sex-ratio est égal à 3. La moyenne d'âge des patients est de 34,47 ans (23-51). L'évolution était favorable dans 62% des cas. L'étude statistique a conclu que le sexe, le mode de transmission du VIH, le caractère inaugural ou non de la TC, la survenue de convulsions, de troubles psychiques, de déficit moteur ou de fièvre ainsi que le caractère unique ou multiple des lésions et la présence d'un effet de masse sur la neuro-imagerie n'influençaient pas le cours évolutif de la TC. Les facteurs de bon pronostic qui ressortent de notre étude sont un âge inférieur à 36 ans (p=0,022), un compte de CD4 supérieur à 50 cellules/ μ l (p=0,002), l'absence de céphalée (p=0,002), l'absence d'altération de l'état de conscience (p=0,019), un délai diagnostique inférieur à 15 jours (p=0,039), l'association des corticoïdes aux antitoxoplasmiques (p=0,045), une tomodensitométrie de contrôle au alentours de 3 semaines de traitement normale (p<0,0001) ainsi que la prescription d'une trithérapie antirétrovirale (p<0,0001).

Conclusion: Contrairement à ce qu'on pouvait croire, la gravité des lésions radiologiques ne constitue pas un facteur de mauvais pronostic au cours de la TC. Cependant, la précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique restent le meilleur garant d'une bonne évolution clinique.

P131- Toxoplasmose cérébrale au cours de l'infection par le VIH: Etude comparative avant et après l'avènement des antirétroviraux en Tunisie

A. Berriche, R. Abdelmalek, H. Tiouiri Benaïssa, B. Kilani, A. Goubantini, L. Ammari, F. Kanoun, T. Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: La toxoplasmose cérébrale (TC) est une parasitose, le plus souvent secondaire à une réactivation endogène, favorisée par l'immunodépression cellulaire. Chez les sujets infectés par le VIH, elle s'observe dans près de 30% des cas, le compte de CD4 étant inférieur à 100 cellules/ μ l.

Patients et méthodes: Etude descriptive, comparative, rétrospective, menée sur une période de 20 ans (Janvier 1991- Décembre 2010) au

service des maladies infectieuses de la Rabta. L'année 2000 étant la date d'introduction réelle des antirétroviraux (ARV) en Tunisie, nous avons étudié les cas de TC survenus de part et d'autre de cette année.

Objectif: Comparer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la TC avant et après l'ère de la trithérapie antirétrovirale.

Résultats: Nous avons colligé 60 patients. 37 avant et 23 après 2000. La proportion de femmes après 2000 a augmenté (21,6% vs 30,4%). Pour les 2 périodes, l'âge moyen était comparable (34 ans) et le mode de contamination prédominant était la voie sexuelle de l'ordre de 60%. Le compte de CD4 moyen concomitant à la TC était plus bas pour la 2^{ème} période (42 vs 35). La TC était plus fréquemment inaugurale après l'an 2000 (29,7% vs 34,8%). Les signes cliniques classiques: la céphalée (65% vs 52%), la fièvre (56,8% vs 21,7%) et le syndrome déficitaire (67,6% vs 47,8%) étaient moins fréquemment observés après l'avènement des ARV. Tous les patients avaient eu une neuro-imagerie. Les lésions cérébrales étaient le plus souvent multiples au cours de la 1^{ère} période (70,3% vs 34,8%). La proportion de patients ayant reçu des anti-toxoplasmiques était de 95% pour les 2 périodes. L'évolution était plus favorable après l'avènement des ARV: guérison 35% vs 65%, décès 40,5% vs 26% et pour les rechutes 24,5 vs 9%. La durée d'hospitalisation était plus importante après 2000 (36 jours vs 42 jours).

Conclusion: la prise des ARV a nettement amélioré le pronostic de la TC chez les patients infectés par le VIH par une restauration de l'immunité cellulaire. La présentation clinique étant elle-même modifiée pouvant faire errer le diagnostic. L'imagerie cérébrale doit être de pratique large chez les patients sous trithérapie devant tout signe d'appel.

P132- Toxocarose cérébrale chez un adulte: à propos d'un cas

S. Snouda¹, R. Battikh¹, W. Madhi¹, N. Ben Abdelhafidh¹, B. Jemli², F. Ajili¹, S. Zriba¹, H. Ghedira¹, L. Métoui¹, I. Gharsallah¹, J. Labidi¹, B. Louzir¹, F. M'sadek¹, S. Gargouri², S. Othmani¹

1-Service de Médecine Interne Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis -Tunisie

2-Laboratoire de Mycologie -Parasitologie Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis -Tunisie

Introduction: Les *Lavra migrans* viscérales ascaridiennes ou toxocaroses, sont des zoonoses parasitaires provoquées par l'errance dans l'organisme humain, de larves d'ascaridés qui appartiennent généralement au genre *Toxocara*. Bien que rares chez l'adulte, elles peuvent provoquer des manifestations sévères comme le relate cette observation qui rapporte le cas d'une méningo-encéphalite.

Observation: Mr TH un homme âgé de 45 ans, était hospitalisé pour une symptomatologie évoluant depuis trois mois faite de troubles caractériels, de la mémoire et des déficits moteurs régressifs. A l'admission, le patient était apyrétique et présentait un syndrome frontal et un syndrome quadripyramidal. La biologie avait mis en évidence une hyperéosinophilie sanguine à 1900 éléments/mm³. La TDM cérébrale avait objectivé des lésions hypodenses capsulo-lenticulaires bilatérales avec prise de contraste nodulaire centrale (hyper signal en T2 à l'IRM). Les examens parasitologiques des selles étaient négatifs. La sérologie de *Toxocara canis* était revenue positive dans le sang et le LCR (ELISA). Les autres sérologies parasitaires et la sérologie VIH étaient négatives. La biopsie des lésions cérébrales avait conclu à la présence d'un infiltrat inflammatoire à polynucléaires au niveau parenchymateux et des granulomes lymphocytaires périvasculaires au niveau des méninges. Le diagnostic d'une méningo-encéphalite à *Toxocara canis* était retenu. L'évolution était favorable après deux cures d'un mois d'intervalle d'Albendazole à la dose de 15mg/kg/j, associée à la prednisone (1mg/kg/j) à une dose dégressive sur six semaines.

Conclusion: Le diagnostic de toxocarose cérébrale est difficile et ne peut être affirmé que par la sérologie, plus rarement par la mise en évidence de larves à la biopsie cérébrale. Ces formes neurologiques, pouvant engager le pronostic vital, doivent être diagnostiquées précocement pour instaurer rapidement un traitement antiparasitaire.

P133- Hydatidose cérébro-spinale dans la région de Sfax: aspect épidémiologique, clinique, diagnostique et thérapeutique

F.Cheikhrouhou¹, M.Chakroun¹, S.Neji¹, F.Makni¹, H.Sellami¹, M.Bouchaala², L. Chaari², MZ. Boudawara², A. Ayadi¹.

1-Laboratoire de Parasitologie Mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2-Service de Neuro-chirurgie CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie

L'hydatidose du système nerveux central est rare mais grave et redoutable. Nous rapportons les particularités épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des cas d'hydatidose cérébro-spinale colligés dans notre CHU Habib Bourguiba entre 1992 et 2010.

Résultats: il s'agit de 22 patients (Sex Ratio = 0,37). L'âge moyen était de 26,5 ans avec des extrêmes de 3 à 50 ans. 90,9% des patients étaient d'origine rurale. Pour 18 patients ayant une hydatidose cérébrale, le motif de consultation était un syndrome d'hypertension intracrânienne (66,6%) ou un déficit moteur (27,7%). Le diagnostic était fait par le scanner et/ou l'IRM qui ont montré une formation kystique unique (94,4%) de 3 à 10 cm de grand axe, siégeant dans l'hémisphère droit dans 72,2% des cas. 2 cas de kyste de la fosse postérieure et 4 cas de kyste extradural ont été diagnostiqués. L'hydatidose vertébrale était observée dans 4 cas (lombaire: 3 cas et dorsale: un cas). Les signes révélateurs ont été des dorsalgies avec masse du psoas pour le kyste dorsal et des signes de compression médullaire pour la localisation lombaire. Nos cas ont eu une localisation associée dans 12 cas: hépatique (58%), pulmonaire (44%) et rénale (9%). La sérologie hydatique (par technique ELISA et hémagglutination) a été positive dans les localisations vertébrales et extradurales alors qu'elle était négative dans les localisations cérébrales isolées. Le recours au western blot a permis de redresser le diagnostic dans 50% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical associé ou non à un traitement médical. Les récurrences ont été observées dans 7 cas intéressant les kystes vertébraux (4cas) et extraduraux (3cas).

Conclusion: Le diagnostic de l'hydatidose cérébrospinale repose essentiellement sur l'imagerie médicale. La sérologie fait souvent défaut dans les localisations cérébrales où le western blot trouve un intérêt dans ces formes peu immunogènes. Le suivi sérologique reste utile dans la surveillance postopératoire des kystes vertébraux et extraduraux qui sont sujets à des récurrences quasi constantes. Le traitement médical par l'albendazole en post-opératoire est utile pour une meilleure prévention des récurrences.

P134- Kyste hydatique intra, extradural et paravertébral avec compression médullaire à propos d'un cas

I. Gouader, I. Mili, H. Fatnassi, MN. Hattab.

Service neurochirurgie EPS Monastir

Introduction: L'hydatidose vertébrale est rare (0,5 à 4%), le diagnostic préopératoire est difficile à cause de la faible incidence de cette pathologie et l'absence de critères radiologiques spécifiques. nous rapportons un cas de kyste hydatique avec multiples localisations (intra, extradurale et paravertébrale) chez une patiente sans antécédents pathologiques notables. **Cas clinique:** Patiente âgée de 29ans consulte pour installation rapide d'une paraplégie suite à un accouchement par rachianesthésie L'IRM objective de multiples lésions kystiques s'étendant de T10 jusqu'au L1 comprimant le fourreau dural, elle est opérée en urgence avec ablation de plusieurs vésicules hydatiques.

Conclusion: Devant un tableau de compression radiculo-médullaire avec conservation de l'état général, il faut penser à l'hydatidose surtout dans les pays endémiques pour un diagnostic précoce en vue d'un meilleur pronostic.

P135- L'hydatidose vertébro-médullaire primitive récidivante: à propos d'un cas

M. Chakroun¹, F. Cheikhrouhou¹, L. Chaari², F. Makni¹, S. Neji¹, H. Sellami¹, M. Bouchaala², MZ. Boudawara², A. Ayadi¹.

1-Laboratoire de Parasitologie Mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2-Service de Neuro-chirurgie CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction: L'hydatidose vertébrale est rare représentant moins de 2% de toutes les localisations confondues. Cependant, elle reste la plus fréquente et la plus grave parmi les localisations osseuses (45%).

Nous rapportons une observation d'hydatidose lombosacrée primitive récidivante.

Observation: Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, vivant en milieu rural qui consultait en 2004 pour des lombo-sciatalgies L5 et troubles sphinctériens. L'examen clinique trouvait un syndrome rachidien. La TDM et l'IRM objectivaient une lésion ostéolytique de l'hémi arc postérieure droit de L5 avec épaississement des espaces épuraux à l'étage lombaire et sacré comprimant la queue de cheval. La sérologie hydatique était positive. La patiente a été opérée en urgence, elle a eu une laminectomie L2-L3 avec exérèse totale des kystes hydatiques et ablation du tissu pédiculo-corporel envahit. Une radiographie thoracique et une échographie abdominale ne trouvaient pas d'autre localisation hydatique. En 2006, devant la réapparition de la même symptomatologie, une première récidive a été confirmée par un bilan neuroradiologique et immunologique, nécessitant une décompression nerveuse avec ostéosynthèse L2-L5 par un abord postérieure. Une deuxième récidive a été observée en 2007, pour laquelle une corporectomie de L4 avec ostéosynthèse L3-L5 par abord antérieure rétro péritonéal a été réalisée. Une troisième reprise chirurgicale a été effectuée en 2008 comportant une exérèse du kyste hydatique intracanalair. Un traitement médical à base d'Albendazole a été associé en postopératoire dans toutes les récidives. Actuellement la patiente présente une nouvelle récidive clinique qui est en cours d'exploration.

Conclusion: le caractère non limité des lésions au cours de l'hydatidose vertébrale et l'insuffisance des moyens thérapeutiques disponibles actuellement confèrent un pronostic péjoratif à cette pathologie comparée à une néoplasie vertébro-spinale et soulignent l'importance de la prévention.

P136- Le kyste hydatique sternal: à propos d'un cas

S. Tababi, W. Abid, S. Mezri, R. Zainine, N. beltaif, S. Sahtout, G. Besbes

Service ORL et chirurgie cervicofaciale la Rabta Tunis

Introduction: L'hydatidose est une parasitose causée par le développement chez l'homme de la forme larvaire du *Taenia Echinococcus granulosus*. Elle sévit de façon endémique dans les régions à prédominance rurale, dans certains pays du bassin méditerranéen connaissant d'une part un développement important de l'élevage des ovins et d'autre part un climat humide favorisant la survie des œufs parasites. Il siège classiquement au niveau hépatique et pulmonaire. Sa localisation osseuse est rare. Nous rapportons un cas exceptionnel de kyste hydatique isolé du sternum.

Observation: Il s'agit de madame K.L âgée de 45 ans, anémique sous fer, traitée et suivie depuis 5 ans pour carcinome canalaire infiltrant du sein droit, qui présente depuis 2 ans une tuméfaction cervicale antérieure, rénitente, augmentant progressivement de taille. A l'examen: présence d'une énorme tuméfaction basicervicale antérieure déformante médiane faisant 12 cm de grand axe, mobile à la déglutition, ferme, bien limitée et indolore; la peau en regard était normale. Son bord inférieur était non palpable. A la radio thorax présence d'un élargissement médiastinal supérieur avec refoulement de la trachée à droite.

La tomodensitométrie cervico-thoracique a objectivé une volumineuse formation kystique, multivésiculaire, à paroi propre ne se relevant pas après injection du produit de contraste se développant au dépens du sternum, lysant le bord interne de la clavicule gauche et qui s'étend vers l'espace cervical antérieur et le médiastin prévasculaire antérieur et supérieur. Cette formation repose sur la crosse de l'aorte et refoule le tronc artériel brachio-céphalique, l'artère sous-clavière, la carotide commune gauche, la trachée et l'œsophage. La sérologie hydatique était positive.

La patiente a été opérée, elle a bénéficié d'une exérèse du dôme saillant et d'un nettoyage de la cavité résiduelle au sérum salé hypertonique. Le scanner post opératoire a objectivé le nettoyage des lésions. Les suites opératoires étaient simples

Conclusion: La localisation sternale du kyste hydatique est rare même dans les pays d'endémie, caractérisée par une évolution lente et une symptomatologie discrète. L'imagerie présente un double intérêt, celui du

diagnostic positif et du bilan d'extension locorégionale et à distance, ainsi que celui de la surveillance en post-opératoire pour s'assurer de l'efficacité thérapeutique et détecter précocement une éventuelle récidive.

P137- Hydatidose mammaire à propos de deux cas

N. Landolsi, R. Fatnassi, I. M'khinin, J. BEL HAJ, H. Barhoumi, S. Haider, MK. Bib

Maternité de Kairouan

Introduction: L'hydatidose mammaire est rare même en pays endémique. Elle peut être isolée ou associée à d'autres localisations. Le diagnostic est de plus en plus aisé, grâce aux moyens d'imagerie que sont la mammographie et l'échographie. Le traitement est toujours chirurgical et consiste en une kystectomie. Nous rapportons deux observations d'hydatidose mammaire diagnostiquées par mammographie et échographie.

Commentaires: L'hydatidose mammaire est rare. Elle ne représente que 0,3% de la localisation hydatique et 2% des localisations aberrantes. Du point de vue étiopathogénique, la maladie hydatique est une anthrozoose causée par le développement chez l'homme de la forme larvaire du *Taenia Echinococcus granulosus*. Son diagnostic repose sur la biologie et l'imagerie. La mammographie constitue un examen d'une grande importance pouvant suspecter le diagnostic. Une classification adoptée par OUEDRAOGO permet de définir 4 types. L'image radiologique la plus typique est celle de type 2 et 3. L'échographie a complètement bouleversé la démarche diagnostique du kyste hydatique quelle que soit la localisation. C'est un examen facile anodin qui permet de visualiser directement l'image du kyste et de définir 5 types. Le bilan d'extension consiste à rechercher une localisation notamment hépatique et pulmonaire par une radiographie pulmonaire et échographie abdominale. La cytoponction est réalisée chaque fois que la nature kystique de la masse a été suspectée. L'hyperéosinophilie est capricieuse et non spécifique. L'intradermoréaction de Casoni n'est positive que dans 75% des cas par contre l'immunofluorescence indirecte est une technique sensible qui donne de bons résultats. La thérapeutique de l'hydatidose mammaire est chirurgicale et consiste en une kystectomie. Le diagnostic d'hydatidose mammaire doit être évoqué dans les pays endémiques devant toute masse kystique du sein. Le diagnostic fait par le couple échographie mammographie et confirmé par la cytoponction dans les cas douteux et l'examen anatomopathologique. Enfin nous insistons sur l'importance des mesures prophylactiques pour éradiquer ce véritable fléau.

P138- Etude du polymorphisme génétique des oeufs d'*Echinococcus granulosus* dans différentes régions de Tunisie

R. Chaabane, M. Oudni-M'rad, S. M'rad, H. Mezhoud, H. Babba.

Laboratoire de parasitologie-mycologie, faculté de pharmacie de Monastir, département de biologie clinique B, 5000 Monastir

Introduction: *Echinococcus granulosus* est un petit cestode de la famille des Taenidés qui constitue un grave problème de santé publique en Tunisie. L'objectif de ce travail est l'estimation du taux d'infestation des selles de canidés par *Echinococcus granulosus* dans différents gouvernorats de Tunisie et l'étude du polymorphisme génétique intraspécifique des œufs d'*E. granulosus*.

Matériel et méthodes: Nous avons prélevé de chien et de renard dans différentes régions de Tunisie. Afin de concentrer les œufs de parasites nous avons utilisé la technique de flottation au saccharose et l'identification des oeufs de *Taenidae* s'est faite par observation microscopique. L'identification moléculaire des œufs d'*E. granulosus* a été faite grâce à la PCR en utilisant des amorces spécifiques à l'espèce et d'autres spécifiques à la lignée ovine de génotype G1. Pour détecter les éventuels polymorphismes génétiques nous avons utilisé la technique PCR-SSCP.

Résultats: Au cours de notre travail nous avons observé un taux important de contamination des selles de chiens par des œufs d'*E. granulosus* et l'absence de ce parasite chez le renard. D'autres parasites intestinaux ont été isolés dans les fèces des deux canidés avec de très hautes prévalences pour certaines espèces.

L'étude de la variabilité génétique au sein du complexe *E. granulosus* nous a permis de mettre en évidence un polymorphisme génétique au sein de la lignée ovine G1 pour les séquences répétées EgG1HaeIII. Contrairement à la séquence codant pour l'ARNr12S qui s'est montrée très conservée au sein du génome mitochondrial, cette séquence constitue un bon indicateur de variabilité génétique au sein du complexe *E. granulosus*. De plus, l'analyse par PCR du marqueur EgSS1 laisse supposer de l'existence de la lignée des camélidés de génotype G6 dans les Gouvernorats de Gafsa et de Djerba.

Conclusion: Cette importante contamination des selles constitue un risque important d'exposition de l'homme et l'animal à cette parasitose et des études plus approfondies sont nécessaires pour comprendre l'origine et les conséquences de la diversité génétique observée.

P139- L'apport de deux tests de diagnostic rapide du paludisme

R. Guidara¹, K. Kallel¹, E. Kaouech¹, S. Belhadj¹, T. Ben Chaabane², E. Chaker¹

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta, Tunis
2-Service de maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction: Les TDR sont de plus en plus utilisés pour le diagnostic du paludisme. Notre but est d'évaluer 2 TDR commercialisés en Tunisie: OptiMAL-IT[®] et Immunoquick malaria 4+[®], en les comparant aux techniques de référence (goutte épaisse et frottis sanguin).

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective menée entre Septembre et Octobre 2010 au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'Hôpital la Rabta de Tunis portant sur 265 sujets (étudiants Africains bénéficiant d'un dépistage systématique du paludisme et Africains ou Tunisiens ayant séjourné dans un pays impaludé et ayant présenté une symptomatologie évocatrice).

Résultats: Le diagnostic a été posé dans 5,6% des cas. Pour l'OptiMAL-IT[®], nous avons trouvé une sensibilité de 81,8% et une spécificité de 98,3%. La valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative étaient alors respectivement de 81,8% et de 98,3%. Pour l'Immunoquick malaria 4+, il a montré une sensibilité de 86,6%, une spécificité de 93,1%, une valeur prédictive positive de 44,8% et une valeur prédictive négative de 99%.

Conclusion: Les tests de diagnostic rapide du paludisme peuvent constituer une aide au diagnostic sans jamais remplacer les techniques de références. Ils sont surtout d'une bonne valeur prédictive négative.

P140- Paludisme d'importation à Sfax chez un garçon de 8 ans

L. Gargouri¹, M. Ayedi¹, R. Chabchoub Ben abdallah¹, F.Safi¹, S.Kmiha¹, N. Ben Hlima¹, O. Amous², S. Neji², A. Ayedi², A. Mahfoudh¹

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax
2-Laboratoire de parasitologie. CHU Habib Bourguiba

Introduction: Le paludisme d'importation est une pathologie rare en Tunisie. La symptomatologie clinique chez l'enfant est dominée par la fièvre constante et la fréquence des troubles digestifs (diarrhée, vomissement).

Buts: Rappeler les manifestations cliniques et biologiques du paludisme et préciser les particularités de la prise en charge thérapeutique et du suivi.

Observation: Un garçon de 8 ans était hospitalisé pour un ictère fébrile. L'examen à l'admission trouve un enfant fébrile à 38,9, asthénique avec une pâleur cutanée et un ictère conjonctival. A la biologie: une anémie normochrome normocytaire (Hb: 7.2g/dl, VGM: 77, TCMH: 29,5) avec une thrombopénie 66000/mm³, CRP normale, une hyperbilirubinémie à prédominance libre, une discrète cytolyse et un TP normal.

L'interrogatoire poussé des parents trouve la notion d'un voyage datant d'une semaine de l'enfant à Nwakchout où il a été en visite chez ses grands parents. Le diagnostic de paludisme d'importation a été évoqué. L'enfant a donc bénéficié d'un traitement oral à base de nivaquine à la dose de 10 mg/Kg pendant la garde. Le lendemain, une goutte épaisse a été pratiquée et a isolé un *Plasmodium vivax*. La nivaquine à la même dose

a été continuée pendant une durée totale de 5 jours avec une amélioration de l'état général et la disparition de l'ictère dès le 3^{ème} jour. Un contrôle biologique au 5^{ème} jour trouve à la NFS: Hb: 10.1g/dl, GB: 11500 et plaquettes: 225000 avec une goutte épaisse négative.

Conclusion: Le paludisme d'importation est une pathologie rare en Tunisie. L'étape essentielle pour le diagnostic reste de savoir évoquer et rechercher un paludisme devant tout enfant fébrile revenant d'une zone endémique.

P141- La toxoplasmose chez une population Tunisienne de femmes enceintes: séroprévalence et facteurs associés

J. Oueslati, N. Fakhfakh, K. Kallel, S. Ennigro, E. Kaouech, S. Belhadj, E. Chaker.

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta, Tunis

La toxoplasmose est une anthrozoonose cosmopolite qui constitue un problème de santé publique. La prévalence de cette maladie dans la population humaine varie d'un pays à l'autre, en fonction des habitudes alimentaires et des conditions d'hygiène.

L'objectif de notre travail est d'évaluer la relation entre l'immunisation vis-à-vis de *Toxoplasma gondii* et l'exposition à certains facteurs de risque de contamination chez la femme enceinte à travers une étude prospective menée au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de la Rabta durant la période allant de Mars 2010 à Février 2011 incluant toutes les femmes se présentant pour contrôle sérologique de la toxoplasmose.

L'âge, le terme de la grossesse en cours ainsi que la notion d'exposition aux principaux facteurs associés à l'infection toxoplasmique ont été recueillis par un questionnaire standardisé. Une analyse sur SPSS avec test du chi-Square ont été utilisés pour la comparaison des prévalences selon les différentes variables.

2351 femmes enceintes ont été incluses. L'âge moyen des mères était de 29,4 ans avec des extrêmes allant de 16 à 53 ans. La première sérologie était faite en moyenne à 3,82 mois. La séroprévalence était de 47,7%. La séropositivité de la toxoplasmose a été significativement associée à la consommation de la viande saignante (p = 0,02) ainsi qu'à celle des crudités mal lavées (p = 0,03). Par contre, pour les autres paramètres de l'enquête (présence de chats dans l'entourage, contact avec la literie de chats, lavage des mains après manipulation de viande, contact avec la terre), nous n'avons pas enregistré de lien statistiquement significatif avec la séropositivité toxoplasmique.

En Tunisie, il n'existe pas encore de programme de prévention de la toxoplasmose bien structuré. Nous insistons donc sur l'intérêt d'une demande sérologique précoce chez les femmes enceintes, d'une surveillance sérologique régulière et de la bonne information de ces femmes sur les mesures hygiéno-diététiques en cas de séronégativité.

P142- Séroconversion toxoplasmique sans ascension des IgG

A. Dorsaf, R. Ben Abdallah, E. Siala, A. Kallel, O. Souissi, R. Maatoug, K. Aoun, A. Bouratbine

Laboratoire Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur Tunis

Le diagnostic de la primo-infection toxoplasmique au cours de la grossesse est essentiellement sérologique. Connaître les caractéristiques de la réponse immunitaire au cours de l'infection toxoplasmique acquise est fondamental pour pouvoir interpréter les résultats sérologiques et assurer un dépistage rapide et fiable de cette parasitose. Nous rapportons un cas de séroconversion vraie avec la persistance d'un taux faible et stable d'IgG.

Il s'agit de M^{me} C.S. suivie dans notre service dans le cadre du dépistage sérologique de la toxoplasmose. La première sérologie pratiquée au troisième mois de la grossesse était négative. Le deuxième prélèvement réalisé au sixième mois a montré l'apparition des IgG en ELISA (9 UI/ml) et en IFI (80 UI/ml) et des IgM positives en ELISA. Une séroconversion toxoplasmique a été suspectée chez cette patiente qui a été mise sous rovamycine. Un deuxième contrôle demandé après 15 jours, a montré des IgM positives avec un taux faible et stable d'IgG (15 UI/ml en ELISA et 40 UI/ml en IFI). L'indice d'avidité des IgG antitoxoplasmiques était

faible à 0,32. Une troisième sérologie de contrôle faite un mois plus tard n'a pas révélé d'ascension des IgG. Les titres en IFI, supérieurs à ceux en ELISA corroborent une infection toxoplasmique récente. La sérologie de la mère à l'accouchement a montré une négativation des IgM et la persistance d'un taux faible d'IgG (20 UI/ml en ELISA). L'exploration immunologique de la patiente était normale. Cette observation montre la grande variabilité individuelle dans la réponse immunitaire vis-à-vis de l'infection toxoplasmique.

P143- Persistance des IgM plusieurs années après une séroconversion toxoplasmique: à propos de deux cas

A. Kallel, R. Ben Abdallah, E. Siala, D. Aloui, R. Maatoug, O. Souissi, K. Aoun, A. Bouratbine

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur Tunis

Le diagnostic de la toxoplasmose chez la femme enceinte repose sur la sérologie et en particulier sur la recherche des IgG et des IgM spécifiques. La connaissance de la cinétique des anticorps au cours de l'infection est primordiale. Les IgM antitoxoplasmiques apparaissent précocement et disparaissent habituellement au bout de 1 à 2 ans après l'infection. Nous rapportons 2 cas de parturientes qui ont présenté une persistance des IgM au-delà de 2 années d'une séroconversion toxoplasmique.

Observation 1: Il s'agit de Mme M.N. qui a été adressée pour recherche de l'ADN toxoplasmique par PCR dans le liquide amniotique. La suspicion d'une toxoplasmose per gravidique s'est posée devant une sérologie effectuée à 28 semaines d'aménorrhée qui montrait un taux élevé et stable d'IgG, des IgM positives avec un indice d'avidité des IgG à 0,6. Dans ses antécédents la patiente nous a rapporté une interruption médicale de la grossesse suite à une séroconversion toxoplasmique datant de 4 ans (la recherche de l'ADN parasitaire au niveau du liquide amniotique par PCR était positive).

Observation 2: Il s'agit du nouveau-né J.I. adressé à j15 de vie pour suspicion d'une toxoplasmose congénitale. La sérologie de la mère, suivie en privé, a montré un taux moyen et stable d'IgG avec positivité des IgM antitoxoplasmiques. Les antécédents familiaux ont révélé un frère âgé de 3 ans qui a été traité pour toxoplasmose congénitale suite à une séroconversion maternelle survenue au cours de la première grossesse.

Ce travail démontre la possibilité de la persistance des IgM pendant plusieurs années après la séroconversion toxoplasmique et souligne l'importance de la connaissance des parturientes quand à leur statut immunologique vis-à-vis de la toxoplasmose.

P144- Diagnostic biologique anténatal de la toxoplasmose congénitale

N. Fakhfakh, R. Ben Abdallah, E. Siala, O. Souissi, R. Maatoug, K. Aoun et A. Bouratbine

Laboratoire Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur Tunis

Le diagnostic anténatal de la toxoplasmose congénitale (TC) repose sur un ensemble d'arguments radiologiques et biologiques. La mise en évidence par PCR (Polymérase chain reaction) de l'ADN du toxoplasme a amélioré le diagnostic de cette affection. En plus, l'avènement de la PCR quantitative en temps réel (RT-PCR) a permis d'ouvrir de nouvelles perspectives dans ce domaine.

Nous rapportons dans ce travail l'apport de la RT-PCR dans la confirmation de la TC pendant la grossesse. Il s'agissait de 74 primo-infections toxoplasmiques péri ou per-gravidiques colligées entre Septembre 2004 et Décembre 2008 au service de Parasitologie-Mycologie de l'Institut Pasteur de Tunis. La contamination toxoplasmique maternelle a été retenue sur les critères sérologiques classiques.

L'amplification génique par PCR-Taqman a ciblé le gène B1 et le gène cryptique «Rep 529 pb». Onze PCR positives ont été répertoriées parmi les 74 liquides amniotiques explorés (14,8%). Six parmi ces femmes concernées ont eu une interruption médicale de la grossesse malgré l'absence d'anomalies échographiques, 3 ont été perdues de vue et 2 ont mené leurs grossesses à terme. Le suivi des 2 nouveau-nés a montré un seul cas de TC confirmé devant la positivité du Western Blot. Le suivi de

38 nouveau-nés dont le diagnostic anténatal était négatif a révélé 5 cas de TC.

La PCR a considérablement amélioré les performances du diagnostic anténatal de la TC. Elle permet en cas de résultat positif de démarrer un traitement curatif. Toutefois, en cas de diagnostic anténatal négatif cette technique ne doit pas dispenser du contrôle sérologique du nouveau-né à la naissance.

P145- Toxoplasmose congénitale à propos de trois cas et revue de la littérature

A. Ajili, C. Mrazguia, N. Bouchouicha, M. Alouani, A. Falfoul

Service de gynécologie obstétrique hôpital régional de Nabeul

Introduction: La toxoplasmose est l'une des affections parasitaires les plus fréquentes. Si elle est généralement bénigne, sa survenue pendant la grossesse peut être grave en raison du risque de lésions du système nerveux central du fœtus.

But: Préciser à travers 3 cas recensés dans notre service les méthodes diagnostiques, les complications.

Décrire la prise en charge thérapeutique, insister sur l'importance des mesures de prévention.

Matériel et méthode: Etude rétrospective des trois dossiers des patientes ayant une présente une séroconversion au cours de la grossesse au cours de l'année 2010.

Résultat:

Patient	1	2	3
Age séroconversion	8	32	22
Parité	1	2	1
Gestations	3	2	4
Age de découverte en SA	2	22	32
Complications	non	hydrocéphalie	non
TTT médical	non	non	oui
Evolution	ITG	ITG	N.né normal

ITG: Interruption thérapeutique de la grossesse

Conclusion: La toxoplasmose est une parasitose assez fréquente mais qui peut être très grave au cours de la grossesse imposant parfois l'IMG d'où l'intérêt d'un dépistage précoce, un suivi sérologique et échographique réguliers et l'application des mesures de prévention.

P146- Place de la biologie dans le diagnostic de la toxoplasmose oculaire

H. Foudhaili, R. Ben Abdallah, E. Siala, D. Aloui, R. Maatoug, O. Souissi, K. Aoun, A. Bouratbine

Laboratoire Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur de Tunis

La toxoplasmose demeure la cause la plus fréquente des lésions inflammatoires du segment postérieur de l'œil notamment les chorioretinites. Il s'agit d'une affection grave pouvant engendrer des altérations sévères de la fonction visuelle. Son diagnostic repose essentiellement sur le fond d'œil. Nous rapportons dans ce travail l'expérience du service de Parasitologie de l'Institut Pasteur de Tunis concernant l'apport de la biologie dans le diagnostic de la toxoplasmose oculaire.

Notre travail a concerné 7 patients adressés à notre service entre 2006 et 2011 pour suspicion d'une toxoplasmose oculaire. Le diagnostic biologique a comporté une recherche de la synthèse des anticorps antitoxoplasmiques dans l'humeur aqueuse par le calcul du coefficient de Desmots modifié par Goldman-Witmer et par un Western blot comparatif entre l'humeur aqueuse et le sérum et la recherche de l'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR en temps réel.

Le diagnostic de la toxoplasmose oculaire a été confirmé dans 57% des cas par le Western blot. Le coefficient de Desmots était positif dans 33,3%

des cas. La PCR n'ayant pu être pratiquée que pour un seul prélèvement (vu l'insuffisance de la quantité de l'humeur aqueuse pour les autres cas) était négative.

Les techniques biologiques permettent de confirmer le diagnostic de la toxoplasmose oculaire et seraient utiles surtout en présence de lésions rétinienne atypiques. L'application des différents moyens pour la détection de l'ADN parasitaire et des anticorps spécifiques reste encore limitée en raison des difficultés liées aux prélèvements oculaires.

P147- Une leishmaniose viscérale révélée par une coagulation intravasculaire disséminée.

A. Albuweiri, I. Boukhris, E. Cherif, S. Azzabi, C. Kooli, Z. Kaouech, L. Ben Hassine, N. Khalfallah.

Service de Médecine Interne B. Hôpital C. Nicolle. Tunis

Introduction: En Tunisie, la leishmaniose viscérale sévit sous sa forme méditerranéenne infantile principalement dans la région du nord et du centre. L'atteinte de l'adulte est rare; cependant, elle ne cesse d'augmenter depuis les années 1990. Une coagulation intra-vasculaire disséminée révélatrice de LV est rarement décrite; dans ce cadre, nous rapportons un cas.

Résumé: Mr A S, âgé de 20 ans, sans antécédent particulier, était admis pour exploration d'une fièvre prolongée inexplicée. A l'examen il avait une altération profonde de l'état général avec une hépatosplénomégalie. Le bilan biologique objectivait une pancytopenie avec une coagulation intra-vasculaire disséminée. Le myélogramme a mis en évidence des corps de leishmanies et la sérologie de la leishmaniose était fortement positive. Le diagnostic de leishmaniose viscérale responsable d'une coagulation intravasculaire disséminée était donc retenu. Le patient a été traité par Glucantime à la dose de 50mg/kg avec une bonne évolution clinique et biologique.

Conclusion: La leishmaniose viscérale est une infection redoutable chez l'adulte jeune en Tunisie. Elle peut être responsable de complications graves dont la coagulation intravasculaire disséminée. Seul un diagnostic rapide et un traitement adapté permettent d'éviter ces complications.

P148- Syndrome d'activation macrophagique au cours de la leishmaniose viscérale

W. Masri, N. Brahmi, D. Ben Salah, A. Hedhili

1-Laboratoire de CAMU.

2-Service de Réanimation Médicale.

Introduction: Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est la traduction clinique et biologique d'une activation macrophagique inappropriée s'étendant à de nombreux organes particulièrement la moelle osseuse. Il est observé dans une multitude de situations (infectiologie, hématologie, cancérologie et maladie systémiques). A travers un cas diagnostiqué au laboratoire de CAMU présentant un SAM au cours de la leishmaniose viscérale (LV), les auteurs présentent les particularités biologiques de ce syndrome.

Observation: Patient âgé de 23 ans hospitalisé pour LV avec dyspnée et fièvre à 39°C. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire (CRP: 200 mg/l et ferritinémie >40000 ng/ml), une pancytopenie (Hb: 6,6 g/dl, plaquettes: 27000 élé/mm³, GB: 2510 élé/mm³), hypofibrinogénémie, hypertriglycéridémie, une cytolysse et une insuffisance hépatique sévère. Le diagnostic de SAM et LV a été porté et confirmé par myélogramme.

Le sérodiagnostic de LV par immunofluorescence indirecte chez le malade est positif au 1/5120 (Seuil significatif >1/100). L'évolution du patient a été favorable suite à un traitement à base de GLUCANTIME® et d'une corticothérapie.

Conclusion: Le SAM est une pathologie grave avec un taux de mortalité élevé, son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et histologiques. Le traitement repose sur le traitement spécifique de l'agent causal du SAM, qu'il soit bactérien, viral, fongique ou parasitaire doit être traité en urgence en raison d'un important risque vital.

P149- Comparaison de 3 techniques de diagnostic de la leishmaniose cutanée: l'examen direct, la culture et la PCR

A. Ben Amor, E. Siala, R. Ben Abdallah, N. Bouslimi, O. Souissi, I. Sghaier, N. Zallaga, K. Aoun et A. Bouratbine.

Service de Parasitologie Mycologie, Institut Pasteur de Tunis

La leishmaniose cutanée (LC) peut se présenter sous différents aspects cliniques et poser un problème de diagnostic différentiel pour le praticien. De nouvelles techniques ont été développées ces dernières années pour améliorer son diagnostic, particulièrement les techniques de biologie moléculaire. L'objectif de ce travail est de comparer 3 techniques utilisées dans le diagnostic de la LC: l'examen direct (ED), la culture et la Polymerase chain Reaction (PCR).

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 97 prélèvements cutanés effectués dans le cadre d'une suspicion de LC au laboratoire de Parasitologie de l'Institut Pasteur de Tunis entre Janvier 2008 et Décembre 2010. La recherche des leishmanies par microscopie à l'ED et après culture sur milieu NNN (Novy Nicolle Mac Neal). La PCR a été réalisée en utilisant une paire d'amorces ciblant la région ITS-1 de l'ADN kinétoplastique.

Quarante cas de LC ont été diagnostiqués soit 41,2% des prélèvements. La sensibilité de la PCR était de 100%, alors que celles de l'ED et la culture étaient respectivement de 62,5% et de 37,5%. La confirmation de la LC a été effectuée par la PCR seule dans 17,5% des cas. Les cultures étaient contaminées dans 13,4% des prélèvements.

Le diagnostic de la LC repose habituellement sur l'ED et la culture. Néanmoins, l'ED peut présenter des faux négatifs liés essentiellement à des charges parasitaires faibles. La culture comporte certaines limites, particulièrement la difficulté de pousser de certaines espèces de leishmanies et les contaminations qui sont assez fréquentes. Malgré le coût élevé de la biologie moléculaire, l'utilisation de la PCR est recommandée afin de récupérer les faux négatifs des techniques habituelles et de démarrer le traitement approprié.

P150- Le parasitisme intestinal chez les manipulateurs de denrées alimentaires de l'hôpital Charles Nicolle

A. Aouinet¹, S. Trabelsi¹, A. Sellami¹, M. Bouchakoua¹, D. Aloui¹, L. Dahmouni², N. Laadhar², R. Gharbi², S. Khaled¹

1-Service de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Charles Nicolle

2-Service de Médecine de Travail, Hôpital Charles Nicolle

Les parasitoses intestinales sont des infections cosmopolites, dues à divers parasites commensaux ou pathogènes. Même si la symptomatologie est peu ou pas bruyante, elles constituent un problème de santé publique particulièrement chez les manipulateurs de denrées alimentaires (MDA) qui peuvent constituer une source de dissémination des parasites. Le contrôle de cette population entre dans le cadre de la lutte contre les agents entéro-pathogènes.

L'objectif de ce travail est de déterminer la fréquence du parasitisme intestinal dans cette population, les indications du traitement antiparasitaire et le contrôle après traitement.

Il s'agit d'une étude qui a concerné les 42 MDA travaillant au sein de l'hôpital Charles Nicolle (cuisine centrale et buvette) durant une période de 4 mois (Octobre 2010 - Janvier 2011) et suivis par l'équipe du service de médecine de travail; des examens biologiques systématiques leurs sont demandés chaque année. Seuls 23 sujets ont bénéficié d'un examen parasitologique des selles (EPS). Un seul EPS avait été demandé. Le scotch test anal n'a pas été demandé.

La prévalence du parasitisme intestinal dans cette population était de 56,5 %; cependant 17,3% des cas étaient porteurs de parasites pathogènes: *Dientamoeba fragilis* et *Giardia intestinalis*. Concernant les amibes non pathogènes, seules *Endolimax nanus* et *Entamoeba coli* étaient signalées, dans respectivement 17,3% et 13% des cas. *Blastocystis hominis*, dont la pathogénicité est discutée, a été prédominant (présent dans 47,8 % des cas). Le polyparasitisme était de 26 %. Aucun cas d'helminthiases n'a été observé.

Le traitement de première intention des protozooses digestives demeure

le métronidazole (flagyl®). Les MDA porteurs de *Giardia intestinalis* et de *Dientamoeba fragilis* ont reçu le métronidazole. Concernant les sujets porteurs de *Blastocystis hominis*, 63.5% ont reçu soit un antiseptique intestinal soit du métronidazole. Tous les patients ont eu un contrôle parasitologique après la fin du traitement.

Ce travail souligne la nécessité de renforcer l'action d'éducation sanitaire et la surveillance de l'application des règles d'hygiène pour ce groupe de patients. Malgré la régression des parasitoses intestinales en Tunisie, leur surveillance chez les MDA, disséminateurs potentiels de parasites, constitue une mesure essentielle pour le contrôle de ces maladies et doit le demeurer.

P151- Prévalence de l'oxyurose chez l'adulte dans la région de Tunis

A. Aouinet, E. Siala, R. Ben Abdallah, I. Aissa, N. Zallaga, K. Aoun, A. Bouratbine.

Service de Parasitologie Mycologie, Institut Pasteur de Tunis

L'oxyurose est une parasitose cosmopolite extrêmement fréquente tant en zones tropicales qu'en zones tempérées. Cette helminthiase atteint surtout les enfants et entraîne généralement des symptômes digestifs. Elle peut être aussi asymptomatique en raison du faible parasitisme. Ceci est encore plus fréquent chez l'adulte. Notre objectif est d'étudier la prévalence de l'oxyurose dans une population d'adultes asymptomatiques.

Il s'agit d'une étude prospective qui a concerné 247 sujets travaillant dans des restaurants universitaires dans la région de Tunis. Pour chaque sujet, un scotch test-anal et un examen parasitologique des selles (EPS) ont été effectués entre Septembre 2010 et Février 2011. Des questionnaires ont été remis à chaque individu renfermant des informations concernant d'éventuels signes cliniques.

Les œufs d'*Enterobius vermicularis* ont été mis en évidence dans 3,6% des scotch-tests anaux. 5,6% des EPS réalisés étaient positifs. 26,9% des parasites isolés sont pathogènes. Aucun EPS n'a révélé la présence des oxyures. Tous les sujets porteurs d'*Enterobius vermicularis* étaient asymptomatiques et ne rapportaient aucune notion de prurit anal ou d'autres signes digestifs. L'oxyurose est une nématodose intestinale à transmission directe. Sa fréquence relativement élevée chez les adultes souligne l'importance de son dépistage dans la population, particulièrement ceux vivant en collectivités ou travaillant dans le secteur alimentaire.

P152- Thrombose veineuse profonde et lambliaose jejunaie

L. Baili, W. Garbouj, B. Ben Dhaou, F. Boussema, S. Ketari, S. Kochbati, O. Cherif, L. Rokbani

Service de Médecine Interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis

Introduction: L'hyperhomocystéinémie, considérée comme un facteur de risque de la maladie veineuse thrombo-embolique, peut être due à une carence en vitamine B12 et/ou en folate. Une malabsorption digestive par parasitose intestinale cause exceptionnellement une hyperhomocystéinémie. Nous rapportons l'observation d'une hyperhomocystéinémie par lambliaose jéjunale responsable d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur.

Observation: Un patient âgé de 18 ans, sans antécédents particuliers, a été adressé pour une thrombose veineuse profonde au niveau du membre inférieur gauche (MIG) confirmée de la veine iliaque externe gauche. L'examen physique n'a pas mis en évidence d'aphte buccal ou génital ni de pseudo-folliculite. Le test pathergique était négatif. La biologie n'a pas montré d'anémie ni de syndrome inflammatoire biologique. Un bilan de thrombophilie comportant le dosage des protéines S, C et de l'antithrombine III était normal. Les anticorps anti-nucléaires et les anti-phospholipides étaient négatifs. Une hyperhomocystéinémie à 35,9 $\mu\text{mol/l}$ a été mise en évidence. Le dosage de la vitamine B12 était bas à 165,6 pg/ml. La fibroscopie digestive était normale. La jéjunoscopie était normale et les biopsies jéjunales ont mis en évidence de nombreux corps de *Lambliia* concluant à une lambliaose jéjunale. L'examen parasitologique des selles était négatif. Le diagnostic de thrombose veineuse profonde par hyperhomocystéinémie secondaire à une malabsorption de vitamine B12 par lambliaose jéjunale a alors été retenu. Le patient a été traité

par héparine relayée par les antivitamines K. Il a été aussi mis sous métronidazole avec une supplémentation parentérale en vitamine B12. L'évolution a été marquée par la normalisation du dosage de la vitamine B12 et de l'homocystéinémie et la régression de la thrombose veineuse profonde de MIG.

Conclusion: La recherche d'une parasitose intestinale causant un déficit en vitamine B12 et/ou en folate est indispensable devant toute hyperhomocystéinémie, même modérée, comme le cas de notre patient.

P153-L'anguillulose chez les patients sous corticothérapie prolongée: il faut y penser

J. Oueslati¹, G. Boulehia², L. Rais², N. Fakhfakh¹, L. Ben Fatma², S. Belhadj¹, E. Kaouech¹, K. Kallel¹, F. Ben Moussa², E. Chaker¹.

1-Service de Parasitologie-Mycologie, CHU La Rabta, Tunis.

2-Service de Néphrologie, CHU La Rabta, Tunis.

L'anguillulose est une parasitose intestinale due à un nématode: *Strongyloides stercoralis*, largement répandu dans les zones tropicales. Très inégalement répartie dans notre pays, sa fréquence reste mal connue vue l'absence d'un dépistage actif.

Considérée à tort comme une parasitose mineure, elle peut parfois évoluer vers une forme maligne et mortelle par dissémination larvaire poly-viscérale à la faveur d'une immunodépression, particulièrement celle induite par une corticothérapie prolongée.

Nous rapportons un cas d'anguillulose diagnostiquée chez une malade sous corticoïdes au long cours.

Il s'agit de Mme A.D âgée de 53 ans, originaire du Mjez El-Beb, demeurant à Mnihla, suivie depuis 30 ans pour une polyarthrite rhumatoïde érosive traitée par Méthotrexate et Prédnisonne et depuis Septembre 2009 pour amylose rénale type AA compliquée d'insuffisance rénale.

Une NFS systématique réalisée en Septembre 2010 a montrée une hyperéosinophilie chiffrée à 940/mm³ en dehors de toute symptomatologie digestive. Un examen parasitologique des selles avec coproculture parasitologique réalisé dans le cadre de l'exploration de cette hyperéosinophilie a montré la présence de larves d'anguillules.

En rapportant cette observation, nous insistons sur l'intérêt de la recherche systématique de cette parasitose avant et au cours d'une corticothérapie prolongée, particulièrement devant la présence d'une hyperéosinophilie ou d'une symptomatologie digestive dans le but d'un traitement précoce pour éviter une éventuelle prolifération intense et une dissémination poly-viscérale des larves d'anguillules.

P154- Myiase à *Cordylobia anthropophaga* chez un Tunisien au retour d'Abidjan

A. Kallel¹, S. Berriri¹, K. Kallel¹, E. Kaouech¹, S. Belhadj¹, R. Gharbi², E. Chaker¹.

1-Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta de Tunis.

2-Cabinet de dermatologie, Tunis.

Les myiases furonculeuses sont des parasitoses liées au développement de larves de mouches dans le tissu sous cutané. Elles sont représentées par deux espèces: *Cordylobia anthropophaga* (ou ver de Cayor), retrouvée en Afrique et *Dermatobia hominis* (ou ver macaque) en Amérique du sud.

La transmission de la myiase à *C. anthropophaga* se fait par pénétration cutanée rapide et indolore de la larve de la mouche à l'occasion d'un contact avec le sol ou le linge non repassé sur lesquels la femelle a pondu ses œufs. La larve se développe localement donnant naissance à une lésion furonculoïde. Nous rapportons dans ce travail l'observation d'un patient Tunisien, ayant séjourné récemment à Abidjan, qui présentait plusieurs lésions furonculoïdes douloureuses et prurigineuses siégeant au niveau du thorax, du dos, de l'avant bras droit et de la fesse droite. Le patient rapporte la notion de veillées sur le gazon pendant son séjour. Le diagnostic a été porté après extirpation d'une larve au stade 2, de 8 mm de long, mettant en évidence deux plaques stigmatiques contenant chacune 2 fentes sinueuses. Le diagnostic est épidémiologique, clinique et biologique après extraction mécanique des larves. L'évolution est généralement favorable. La myiase furonculeuse est une parasitose volontiers méconnue au retour

d'une zone tropicale, en raison de son aspect initialement peu spécifique mais elle doit être évoquée devant toute personne rentrant d'un pays en zone d'endémie et présentant des lésions cutanées à type de papules ou de nodules avec un petit orifice central.

P155- L'ophthalmomyiase externe: épidémiologie et prise en charge

S. Anane, L. Ben Hssine

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Faculté de Médecine de Tunis

Introduction: L'ophthalmomyiase externe est due à la présence accidentelle des larves de mouches en particulier d'*Oestrus ovis* au niveau de la conjonctive. Il s'agit des parasites obligatoires des cavités sinusiennes et nasales des moutons et des chèvres entraînant l'oestrose qui est fréquente dans les régions méditerranéennes et tropicales chez ces petits ruminants. Cependant, cette pathologie est rare chez l'homme, ce qui peut provoquer sa méconnaissance et donc la survenue de complications.

Matériel et méthodes: Dans ce travail, nous rapportons 14 cas d'ophthalmomyiase externe afin d'attirer l'attention des ophtalmologistes sur cette rare pathologie et d'éclaircir ses caractéristiques épidémiologiques, son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique. La majorité des cas a été colligée chez les hommes et ceci durant l'été et l'automne. Tous les patients consultaient dans un tableau de conjonctivite aiguë évoluant d'une façon bruyante: larmoiement important, picotement avec des douleurs oculaires importantes, photophobie, rougeur et souvent des sécrétions conjonctivales. L'examen clinique montrait un œil rouge photophobe avec une atteinte unilatérale dans tous les cas. Le diagnostic a été reposé sur la détection des larves à l'examen à la lampe à fente, qui ont été identifiées comme des larves du premier stade d'*Oestrus ovis*. Le nombre de larves a varié entre 2 et 30 larves. Le traitement consistant à l'extraction des larves une à une a été suivi du soulagement immédiat des malades.

Conclusion: L'apparition brutale d'une conjonctivite aiguë unilatérale douloureuse avec sensation de corps étranger, doit faire penser à une ophthalmomyiase externe dont le but d'instaurer un traitement précoce permettant ainsi de prévenir l'évolution vers les complications sévères de l'ophthalmomyiase interne.

P156- Une démodécie chez un sujet immunocompétent

S. Anane S, O. Beltaief, M. Mokni

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Faculté de Médecine de Tunis

Introduction: La démodécie est une parasitose cutanée due à un acarien du genre *Demodex* sp. *Demodex* étant un parasite du follicule pileux à l'état physiologique, le diagnostic de la démodécie est parfois difficile à établir. Dans ce travail, nous présentons un cas de démodécie chez une patiente immunocompétente permettant de discuter les manifestations cliniques de cette affection chez l'homme, son diagnostic et son traitement.

Cas clinique: Il s'agit d'une femme de 37 ans présentant des lésions papulo-vésiculeuses squameuses localisées au niveau du visage évoluant depuis trois ans et demi et résistantes à plusieurs traitements. Le diagnostic de la démodécie a été posé sur la mise en évidence de très nombreux *Demodex folliculorum* au niveau du prélèvement de la peau.

Les examens sanguins se révélaient normaux montrant l'absence de tout déficit immunitaire. La patiente a été mise sous métronidazole par voie orale et par voie locale pendant 2 mois. L'évolution a été marquée par la disparition des lésions cliniques et la négativation de l'examen parasitologique sans récurrence.

Conclusion: Bien que l'immunodépression soit un facteur favorisant de la démodécie, cette pathologie peut être observée chez un sujet immunocompétent. Le diagnostic de démodécie reste souvent méconnu pendant longtemps. L'examen parasitologique dont le but de la recherche du *Demodex* sp est essentiel pour établir un diagnostic correct et adapter le traitement.

P157- Filariose type loase au retour d'un pays tropical

W.Madhi¹, R. Battikh¹, B. Jemli², F. Ajili¹, J. Labidi¹, S. Zriba¹, B. Louzir¹, H. Ghedira¹, F. M'sadek¹, S. Gargouri², N. Ben Abdelhafidh¹, S. Othmani¹.

1-Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

2-Laboratoire de Mycologie -Parasitologie Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

Introduction: La loase est une parasitose transmise par un insecte vecteur et due à l'invasion du tissu sous-cutané par des filaires adultes. Les femelles pondent des microfaires qui passent dans le sang et sont absorbés lors d'un repas sanguin par un taon du genre *Chrysops*. Elle sévit essentiellement en Afrique tropicale et occidentale au pourtour du golfe de Guinée.

Observation: Nous rapportons le cas d'un militaire âgé de 32 ans qui avait présenté trois mois après son retour d'un séjour d'une année au Congo, un œdème des extrémités d'évolution fluctuante ainsi que des symptômes oculaires faits de rougeur, flou visuel avec issue de vers blanchâtres de 3 à 4 mm de long. L'examen physique était pauvre mis à part un lymphoedème des deux mains et de la cheville gauche. L'hémogramme avait montré une hyperéosinophilie massive (12.100/mm³). La parasitologie des selles et la recherche de micro-filaires dans le sang périphérique étaient négatives. L'examen ophtalmologique était sans anomalies. Le sérodiagnostic de la filariose était positif au test de dépistage et en immunoelectrophorèse. Le diagnostic de filariose type loase était retenu. Le patient était alors mis sous Diéthylcarbazine (Notézine®) à raison de 350 mg/j à doses progressives pendant 21 jours, en association à une corticothérapie et un anti-histaminique pour prévenir d'éventuelles manifestations liées à la lyse parasitaire. L'évolution était favorable, marquée par la disparition du lymphoedème et secondairement de l'hyperéosinophilie.

Conclusion: A défaut de pouvoir identifier l'espèce, le diagnostic de loase repose sur le contexte épidémiologique, les œdèmes fugaces, l'hyperéosinophilie et la survenue de migration sous conjonctivale.

P158- La trichomonose vaginale dans la région de Tunis: aspects épidémiologiques

N. Souli, S. Trabelsi, A. Sellami, M. Boucekoua, H. Soltani, S. Khaled.

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Introduction: La trichomonose est une infection cosmopolite et fréquente due à un protozoaire flagellé, *Trichomonas vaginalis*. Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de la trichomonose chez les patientes adressées pour un prélèvement vaginal et d'identifier les facteurs de risques.

Matériels et méthodes: Sur une période d'une année (Février 2010-Février 2011), 621 patientes ont eu un prélèvement vaginal. Pour chaque patiente, une fiche a été établie et des prélèvements vaginaux par écouvillonnage ont été pratiqués permettant de réaliser un examen direct et des cultures à visée mycologique et bactériologique. Le diagnostic de trichomonose à *Trichomonas vaginalis* a été posé sur l'examen direct uniquement.

Résultats: La prévalence de la trichomonose dans notre échantillon était de 4.2%. La moyenne d'âge des femmes atteintes était de 39.2 ans avec des extrêmes allant de 25 à 57 ans. Parmi ces femmes, 65.4% étaient mariées, les autres divorcées, veuves, célibataires ou séparées de leur conjoint. Le principal motif de consultation était la survenue de pertes (65.4%). Les facteurs de risque qui ont présenté une relation statistiquement significative sont le diabète, les antécédents de grossesse, les antécédents d'interruption volontaire de grossesse alors qu'une grossesse en cours est un facteur protecteur. Les principaux signes cliniques liés à la présence du parasite de façon significative sont le prurit vulvaire, les brûlures mictionnelles et les leucorrhées abondantes.

Outre la présence des formes végétatives, l'examen direct a permis de voir de très nombreux leucocytes et cellules épithéliales de façon significative. La trichomonose était associée à une candidose dans seulement 6 cas.

Conclusion: Malgré le manque de sensibilité du seul examen direct, la prévalence de la trichomonose paraît élevée. D'autres techniques peuvent améliorer le diagnostic biologique (frottis colorés, cultures). Par ailleurs pour cette infection sexuellement transmissible, souvent bruyante chez la femme, le traitement du partenaire, même asymptomatique, est obligatoire pour empêcher la recontamination de ces patientes.

P159- Bactériémies en réanimation médicale: facteurs prédictifs et pronostiques

R. Nasri, N. Mahjoubi, S. Abdellatif, Z. Bouslah, I. Mami, K. Houissa, R. Dhahri, F. Daly, A. Trifi, S. Ben Lakhal.

Service de réanimation médicale la Rabta

Introduction: Les bactériémies nosocomiales sont associées à une morbidité et une mortalité élevée avec une prolongation du séjour en réanimation. Le but de ce travail est de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs, d'identifier les facteurs prédictifs de la bactériémie nosocomiale et ceux influençant le pronostic.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 120 dossiers de malades hospitalisés au service de réanimation médicale, durant une période de 3 ans allant du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2010. Le diagnostic de bactériémie est basé sur 2 hémocultures positives pour le staphylocoque coagulase négative (SCN) et 1 hémoculture pour les autres agents pathogènes chez des malades hospitalisés plus de 48 heures. Pour l'étude des facteurs pronostiques, nous avons défini deux groupes survivants et décédés. Alors que pour étudier les facteurs prédictifs de bactériémies, nous avons défini deux groupes hémocultures positive et négative (stérile ou SCN sur une seule hémoculture). Les variables quantitatives exprimées en moyenne ou en médiane, ont été comparées par t-test de Student. Les variables qualitatives exprimées en pourcentage, ont été comparées par Chi-2 ou test exact de Fisher. Puis, nous avons effectué une étude multivariée par régression logistique pour éliminer les facteurs de confusion.

Résultats: 120 patients d'âge moyen 50,33 + 19 ans sont inclus. L'IGS II moyen est 38, 6+14. L'APACHE II moyen est de 17+7. Un antécédent ou une pathologie sous-jacente est retrouvée chez 66,7% de nos patients. L'hospitalisation directe en réanimation n'a concerné que 70% des cas. Les motifs d'admission les plus fréquents sont par ordre décroissant: la détresse neurologique (45%), les détresses respiratoires (40%) et les états de choc (15%). Le taux de positivité d'une hémoculture était de 45%. Les germes isolés étaient essentiellement de bacilles gram négatif (65%) dominés par l'*Acinetobacter baumannii* (45%) et *Stenotrophomonas maltophilia* (10%). Les cocci gram positif représentaient (30%) dominés par le SCN (26%) et le *S. Aureus* (4%). L'analyse du profil de résistance des germes a révélé que le staph métirésistant représentait 90% des souches isolées, qui sont tous sensibles à la vancomycine. L'*A.baumannii* était résistant à l'imipénème dans 35% et dans 60% au C3G. Pour *Stenotrophomonas maltophilia*, la résistance à la ticarcilline+acide clavulanique était de 34,4%. Le taux de mortalité était de 37,2% chez les patients bactériémiques vs 26 % chez les non bactériémiques. Le taux de mortalité chez les patients bactériémiques est principalement dû au choc septique vs syndrome de défaillance multiviscérale chez les non bactériémiques. Le choc septique (OR = 4,4 ; IC (95%) = 1,2-16,4; p = 0,02), l'immunodépression non maligne (OR = 11,5 ; IC (95%) = 1,3-98,3; p = 0,01), le cathétérisme veineux central (OR = 12,9 ; IC (95%) = 4,1-40,4; p < 0,001), le sondage vésical (OR = 3,2 ; IC (95%) = 1,2-13,2 ; p = 0,02) et le délai moyen entre l'admission et l'hémoculture (OR = 1,6 ; IC (95%) = 1,1-4; p = 0,01) ont été identifiés comme facteurs prédictifs indépendants de la bactériémie nosocomiale. L'immunodépression non maligne (OR = 7,2 ; IC (95%) = 1,1-47,4; p = 0,3), choc septique (OR = 8,5 ; IC (95%) = 2,2-32; p = 0,001) et SAPS II (OR = 1,5 ; IC (95%) = 1,1-8 ; p = 0,001) ont été identifiés comme facteurs de mauvais pronostic.

Conclusion: La mise en œuvre de mesures préventives de la sensibilisation du personnel médical et paramédical est le seul garant d'une réduction de la mortalité, morbidité et du coût due à la bactériémie nosocomiale.

P160- Lactate sérique précoce: marqueur prédictif du sepsis et de mortalité chez les brûlés en réanimation

L. Gharsallah¹, A. Mokline¹, A. Abdenneji², H. Oueslati¹, I. Rahmani¹, B. Gasri¹, M. Bouaouaja¹, N. Maatoug¹, K. Fahoum¹, A. Ghanem², AA. Messadi¹.

Service de réanimation des brûlés, Centre de traumatologie et des grands

brûlés de Tunis, Tunisie

Introduction: En milieu de réanimation, le dosage de la lactatémie sérique reste un marqueur pronostique en cas de choc hémorragique ou de choc septique. Cependant peu d'études se sont intéressées à son apport comme facteur pronostique chez les brûlés. Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt du dosage précoce des lactates chez les brûlés en tant que marqueur prédictif du sepsis et de mortalité.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective, monocentrique et observationnelle réalisée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur 6 mois (Janvier-Juin 2010). Ont été inclus, tous les patients qui ont eu un dosage du lactate dans les premières 24 h post-brûlure, contrôlé au minimum deux fois par semaines. Ont été exclus les patients hospitalisés au-delà de 24 h, ou n'ayant pas eu un dosage de la lactatémie le jour de l'admission. La détermination du lactate a été effectuée sur sang veineux prélevé sur tube hépariné. Le dosage était réalisé selon une technique utilisant la lactate oxydase (LO) avec une mesure colorimétrique. La concentration normale des lactates est de 1 ± 0,5 mmol/l.

Résultats: Durant la période d'étude, 80 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 40,7 ± 19,5 ans. Le sex-ratio était de 3 (3H/1F). La SCB moyenne est de 32 ± 21. A l'admission, une hyper-lactatémie a été notée chez 86,7% de la population dont 58% supérieure à 4 mmol/l. L'étude analytique des différentes corrélations a permis de dégager les résultats suivants:

Paramètre		Lactate en mmol/l	P
SCB	SCB ≥ 20%	5,98 ± 3	P= 0,001
	SCB < 20%	2,98 ± 1,3	
Inhalation	Stigmate d'inhalation	6,58 ± 3,33	P= 0,025
	Pas d'inhalation	3,48 ± 2,05	
Sepsis	Septique	6,21 ± 1,49	P= 0,025
	Non septique	4,31 ± 3,37	
Mortalité	Survivant	3,2 ± 1,38	P< 0,001
	Non survivant	7,92 ± 3,04	

L'analyse du pouvoir discriminant des lactates comme marqueur prédictif du sepsis, par la mesure de l'aire sous la courbe ROC, a trouvé que le taux sérique du lactate initial de 4 mmol/l offre la meilleure sensibilité et spécificité: 88% et 79% respectivement. Quant à la prédiction de la mortalité, il ressort que le taux sérique du lactate précoce (H24) possède un bon pouvoir prédictif de la mortalité chez les brûlés en réanimation, avec une aire sous la courbe de 0,96. Le seuil de lactate à 4 mmol/l représente aussi la valeur qui offre la meilleure sensibilité et spécificité: 86% et 92 % respectivement. Dans notre série le taux de mortalité était de 36,25%. L'infection grave était la principale cause de décès. En effet, sur les 29 décès, 23 (79,3%) étaient décédés suite à un état de choc septique.

Conclusion: Le dosage de la lactatémie sérique précoce, paramètre facile à mesurer, semble être un puissant marqueur prédictif du sepsis et de mortalité chez les brûlés en réanimation. Un taux sérique du lactate à 4 mmol/l offre la meilleure spécificité et sensibilité.

P161- Profil bactériologique et sensibilité aux antibiotiques des bacilles à Gram négatif responsables de bactériémies

S. Bouaine, A. Ferjani, M. Hadj Ali, M. Marzouk, N. Hannachi, J. Boukadida.

Laboratoire de Microbiologie et d'Immunologie UR02SP13, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction: les hémocultures occupent une place importante dans l'activité d'un laboratoire de microbiologie. Les bactériémies à bacilles à Gram négatif (BGN), fréquentes et graves constituent une urgence diagnostique et thérapeutique. Nous déterminons dans cette étude le profil bactériologique et la sensibilité aux antibiotiques des BGN isolés des hémocultures dans notre laboratoire.

Matériel et méthode: Etude rétrospective durant 2 ans (2009-2010), ayant porté sur tous les BGN responsables de bactériémies. Les hémocultures

étaient effectuées par un système automatisé (Bact/Alert). L'identification des germes a été faite selon les méthodes conventionnelles et la sensibilité aux antibiotiques a été déterminée selon le Comité de l'antibiogramme de la Société Française de microbiologie (CA-SFM 2010).

Résultats: Les hémocultures positives représentaient 5% de la totalité des hémocultures reçues dans notre laboratoire. Les germes isolés sont dans 64% des BGN, isolés essentiellement chez les adultes (55,4%), sans prédominance de sexe. Les services de soins intensifs sont les plus touchés. Les entérobactéries représentaient 62,4% des BGN dominées par *Escherichia coli* (28,8%), *Klebsiella pneumoniae* (24,7%) et *Enterobacter cloacae* (9,3%) suivies de *Pseudomonas aeruginosa* (7,5%) d'*Acinetobacter baumannii* et de *Stenotrophomonas maltophilia* (4,4%). La résistance aux céphalosporines 3^{ème} génération (C3G) était importante: 37,7%, 15,3% et 12,3% pour *E. coli*, *K. pneumoniae* et *P. aeruginosa* respectivement. La résistance à la ciprofloxacine touchait essentiellement *K. pneumoniae* (29,1%) et à moindre degré ($\leq 10\%$) les autres BGN. La résistance à la fosfomycine touchait 23% des *P. aeruginosa*, 11,8% des *K. pneumoniae* et uniquement 2% d'*E. coli*. La résistance à la gentamicine était fréquente chez *K. pneumoniae* (44%), des taux $\leq 8\%$ étaient notés pour les autres BGN. *A. baumannii* était résistant dans 75,7% des cas à l'imipénème et *P. aeruginosa* dans 10% des cas. Chez les entérobactéries, aucune résistance n'a été notée pour l'imipénème et la colistine.

Conclusion: Les entérobactéries sont les BGN les plus fréquemment responsables de bactériémies. La résistance aux C3G est inquiétante. La ciprofloxacine et la gentamicine sont moins actifs sur *K. pneumoniae*. La résistance à l'imipénème est importante pour *A. baumannii*. Il est indispensable de mettre en place des mesures d'hygiène et d'assurer une prescription raisonnée des antibiotiques.

P162- Evolution de la résistance aux quinolones des bactéries isolées aux CHU de Sfax entre 2000 et 2010

N. Ben Ayed, B. Mnif, M. Fourati, S. Abdelhedi, S. Mezghani, F. Mahjoubi, A. Hammami.

Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction: Les quinolones sont de puissants antibiotiques dont les cibles sont les ADN gyrase et topoisomérase IV bactériennes. Ils sont parmi les antibiotiques les plus prescrits dans le monde, ce qui explique l'augmentation constante des résistances bactériennes aux quinolones.

Matériel et méthodes: Notre étude a porté sur toutes les souches d'entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, pneumocoque, *Haemophilus influenzae* et de gonocoque isolées au laboratoire de microbiologie CHU. HB Sfax durant une période de 11 ans de 2000 à 2010. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été faite par la méthode de diffusion selon les normes du CA-SFM. L'interprétation de la sensibilité aux quinolones été faite selon les critères du CA-SFM/2010.

Résultats: Pour les entérobactéries, la résistance aux quinolones était en augmentation continue depuis 2000 à 2010 passant de 13,4% à 33,9% pour l'acide nalidixique et de 12,1% à 28,4% pour la ciprofloxacine.

Les salmonelles n'ont pas été épargnées par cette résistance avec des taux atteignant 20% pour l'acide nalidixique.

Les résistances à l'ofloxacine chez *S. aureus* et à la ciprofloxacine chez *P. aeruginosa* étaient relativement stables avec des pourcentages moyens de 13,3% et de 22,9%, respectivement.

Aucune souche de pneumocoque résistante à la lévofloxacine n'a été détectée depuis 2001. Néanmoins, le bas niveau de résistance aux fluoroquinolones, détecté depuis 2007 par un diamètre d'inhibition de la norfloxacine < 10mm, était relativement élevé variant de 22,9% à 32,6%. La résistance aux quinolones a été exceptionnelle chez *H. influenzae*. Cependant on a noté une augmentation explosive de la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine depuis 2004 (8%) pour atteindre 70% en 2010.

Conclusion: Notre étude a mis en évidence des taux de résistance aux quinolones assez élevés. C'est un problème particulièrement inquiétant chez les entérobactéries résistantes aux C3G, les salmonelles et le gonocoque contre lesquels les quinolones sont souvent utilisées en première intention. Ainsi, une politique de surveillance de la résistance aux quinolones et de maîtrise de leur utilisation s'avère nécessaire.

P163- Mécanismes de résistance à l'imipénème chez *Acinetobacter baumannii* multirésistant

I. Manougui, A. Ghariani, R. Siala, H. Draoui, E. Berrich, E. Mhiri, L. Slim

Laboratoire de Microbiologie-Hôpital A. Mami de l'Ariana

Introduction: L'émergence de souches multirésistantes d'*Acinetobacter baumannii* incluant aussi l'imipénème est de plus en plus fréquente pouvant conduire à une impasse thérapeutique.

Objectif: L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les mécanismes de résistance à l'imipénème, chez des souches d'*A. baumannii* isolées d'hémocultures chez des patients hospitalisés en réanimation.

Matériels et méthodes: Cette étude porte sur 40 isolats d'*A. baumannii* multirésistants isolés d'hémocultures au laboratoire de microbiologie de l'hôpital A. Mami sur deux années (2008-2009). L'antibiogramme est effectué par la méthode de diffusion en milieu gélosé. La détermination des CMI des antibiotiques habituellement actifs, par la méthode des dilutions en milieu solide, a permis de caractériser ces souches. La recherche de carbapénémases chez les souches d'*A. baumannii* résistantes à l'imipénème est effectuée à l'aide de deux tests phénotypiques: le test de Hodge modifié et le test à l'EDTA.

Résultats: Sur l'antibiogramme, les souches étudiées sont résistantes à toutes les bêta-lactamines, y compris l'imipénème dans 67,5% des cas. Toutes les souches sont résistantes aux aminosides testés sauf à la nétilmicine. 37% des souches sont résistantes à la rifampicine. La colistine a la meilleure activité avec une seule souche retrouvée résistante (2,5%). Toutes les souches sont résistantes à la ceftazidime avec des CMI ≥ 128 mg/l dans 95% des cas et à l'association pipéracilline + tazobactam avec des CMI ≥ 64 mg/l dans 100% des cas. Concernant l'imipénème, 30% des souches sont sensibles avec des CMI ≤ 2 mg/l et 2,5% des souches sont catégorisées intermédiaires avec des CMI comprises entre 4 et 8 mg/l. Concernant les souches résistantes, 10% ont une CMI = 16 mg/l, 17,5% ont une CMI = 32 mg/l et 40% ont une CMI ≥ 64 mg/l. Le test de Hodge modifié, détectant les carbapénémases, est réalisé chez les souches résistantes à l'imipénème (n=27). Il est positif dans 85,2% (n= 23) des cas. Chez ces souches, le test à l'EDTA, témoin de la production d'une métalloβéto-lactamase, est positif dans 17,4% (n= 4) des cas. 82,6% des souches ayant un test à l'EDTA négatif produisent probablement une carbapénémase de classe D (oxacilline) qui doit être confirmée par des techniques moléculaires.

Conclusion: La résistance à l'imipénème chez *A. baumannii* peut être due à la présence de carbapénémase dont le dépistage est réalisé par des tests phénotypiques et doit être complété par la biologie moléculaire afin de mettre en évidence les gènes codant pour ces enzymes.

P164- Caractérisation phénotypique de la résistance aux bêta-lactamines chez 461 souches de *Pseudomonas aeruginosa* isolées à Sfax-Tunisie

M. Fourati, B. Mnif, S. Ktari, F. Ghnainia, R. Bredai, F. Mahjoubi, A. Hammami

Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax

Pseudomonas aeruginosa est un germe pathogène nosocomial majeur, capable d'accumuler plusieurs mécanismes de résistance aux antibiotiques particulièrement aux bêta-lactamines. L'objectif de notre étude était d'évaluer le niveau de résistance aux bêta-lactamines, de déterminer les phénotypes de résistance à ces antibiotiques et d'identifier les sérotypes O des souches de *P. aeruginosa* isolées au laboratoire de microbiologie au CHU Habib Bourguiba Sfax durant une année allant de Juin 2009 à Mai 2010.

L'étude de la sensibilité aux bêta-lactamines a été effectuée par la méthode de l'antibiogramme selon les recommandations du CA-SFM. Les phénotypes de résistance ont été déterminés par une lecture interprétative de l'antibiogramme. La recherche de bêta-lactamases a été réalisée par des tests simples: test de synergie acide clavulanique/céphalosporines de 3^{ème} génération mettant en évidence les β-lactamases à spectre étendu (BLSE), test à la cloxacilline à 500 mg/l détectant l'hyperproduction de

la céphalosporinase et le test de synergie imipénème/EDTA détectant les métallobéta-lactamases. Le sérotypage O a été effectué par agglutination avec des sérums anti-polysaccharide O polyvalents et monovalents (BIORAD).

Durant la période d'étude, nous avons isolé 461 souches de *P. aeruginosa* chez 402 patients. 72% des souches étaient sensibles à la ticarcilline, 83 % à la ceftazidime et 75% à l'imipénème. 62% des souches étaient sensibles à toutes les bêta-lactamines. On a mis en évidence 7 souches productrices de pénicillinase, 1 productrice de BLSE, 26 hyperproductrices de céphalosporinase et 40 de métallobéta-lactamase. La résistance non enzymatique par perte de la porine D2 a été détectée chez 31 souches et par surexpression des pompes d'efflux chez 43 souches. 25 souches ont présenté une association de plusieurs mécanismes de résistance. Chez 3 souches, le phénotype de résistance n'a pas pu être déterminé. Les sérotypes O11 et O12 étaient souvent associés aux souches multirésistantes.

Notre étude a mis en évidence la diversité des mécanismes de résistance aux bêta-lactamines chez *P. aeruginosa*. L'association de ces mécanismes complique leur détermination phénotypique. Une étude génotypique est en cours de réalisation pour mieux élucider les mécanismes de résistance aux bêta-lactamines.

P165- Caractéristiques épidémiologiques et moléculaires des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) dans la région de Sfax

S. Mezghani Maalej, M. Fourati, S. Abdelhadi, I. Ghribi, S. Gargouri, R. Hadjkacem, B. Mnif, F. Mahjoubi, A. Hammami

Laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax

Au cours de ces dernières années, les SARM ne sont plus limités au secteur hospitalier, mais sont devenus des agents pathogènes qui circulent dans la communauté. Les SARM communautaires (SARM-C) et hospitaliers (SARM-H) sont différents sur le plan épidémiologique et moléculaire.

L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et moléculaires des SARM, de préciser la fréquence des SARM-C et de dégager les différences entre les SARM-C et les SARM-H.

C'est une étude rétrospective réalisée au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax durant la période 2009-2010. Cette étude a concerné toutes les souches de SARM isolées de prélèvements à visée diagnostique. Le SARM était considéré communautaire lorsqu'il a été isolé chez un patient consultant ou hospitalisé depuis moins de 48 heures. Il a été classé vrai communautaire s'il s'agit d'un patient immunocompétent, sans antécédents d'hospitalisation, ni de chirurgie dans l'année précédant l'infection. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les normes du CA-SFM. La recherche des gènes *mecA* et de la PVL a été faite par PCR.

Durant la période d'étude, 681 souches de *S. aureus* ont été isolées. 131(19,2%) étaient résistantes à la méticilline. Les SARM étaient responsables d'infections suppuratives (60,3%) suivies de bactériémies (12,2%). Les SARM étaient communautaires dans 50,4 % des cas dont 69,1% étaient de vrais communautaires. Les SARM-C étaient plus sensibles aux antibiotiques que les SARM-H.

La recherche de la PVL a été faite pour 98 souches. Elle était positive dans 60,2% des cas (88,7% des SARM-C contre 26,7 % des SARM -H). Les vrais SARM-C PVL+ ont constitué 31% de la totalité des SARM. Les SARM communautaires PVL+ présentaient dans plus de 60% des cas un antibiotype particulier: résistance à la kanamycine, tétracycline et acide fucidique évoquant le clone communautaire ST80.

La proportion de SARM-C dans notre région est élevée. Ces souches sont plus sensibles aux antibiotiques que les souches hospitalières. La majorité des SARM-C (88,7%) produisent la PVL. Des études moléculaires (PFGE, *SCCmec*, *agr*, MLST...) sont nécessaires afin de dégager les clones circulant dans notre région.

P166- Forte prévalence des souches de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) responsables d'infections communautaires au service d'orthopédie de Sfax

I. Ghribi¹, S. Mezghani¹, B. Mnif¹, R. Hadjkacem¹, F. Mahjoubi¹, H. Keskes², A. Hammami¹

- 1- Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax
- 2- Service d'orthopédie, CHU Habib Bourguiba Sfax

L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et moléculaires des SARM et de déterminer la prévalence des SARM communautaires producteurs de la Leucocidine de Pantone Valentine (PVL) au service d'orthopédie du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

C'est une étude rétrospective menée au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax durant les années 2009 et 2010. Toutes les souches de SARM isolées au service d'orthopédie ont été incluses dans cette étude. Le SARM était considéré communautaire lorsqu'il a été isolé chez un patient consultant ou hospitalisé de moins de 48 heures. Il a été classé vrai communautaire s'il s'agit d'un patient immunocompétent, sans antécédents d'hospitalisation, ni de chirurgie dans l'année précédant l'infection. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été effectuée par la méthode de diffusion des disques selon les normes du CA-SFM. La recherche du gène *mecA* et de la PVL a été faite par PCR.

Durant la période de l'étude, 89 souches de *S. aureus* ont été isolées à partir du service d'orthopédie de Sfax. 22 étaient résistantes à la méticilline (24,7%) parmi lesquelles 19 (86,4%) étaient d'origine communautaire et 13 (60%) étaient considérées des vrais communautaires. Les 22 SARM étaient responsables d'infections de la peau et des tissus mous (42,1%), d'ostéomyélites aiguës (26,3%), d'ostéoarthrites (26,3%), et de sepsis sur matériel (5,3%). Les SARM étaient résistants à la kanamycine dans 86,4% des cas, à l'acide fucidique (81,1%) et à la tétracycline (63,6%). Aucune résistance à la pristinamycine, à la fosfomycine et aux glycopeptides n'a été notée. La recherche des gènes *mecA* et de la PVL, faite sur 15 souches de SARM communautaires, était positive dans tous les cas.

Les SARM au service d'orthopédie de Sfax sont majoritairement d'origine communautaire. Ces derniers sont producteurs de la PVL. Une étude moléculaire de ces souches par la détermination du type de la cassette *SCCmec*, du type *agr* et du pulsotype est envisagée afin de mieux caractériser ces souches.

P167- Profil de sensibilité de *Streptococcus pneumoniae* responsable d'infections invasives chez l'adulte

A. Berriche¹, H. Battikh², L. Ammari¹, A. Trifi³, M. Zribi², S. Abdellatif³, A. Ghoubantini¹, H. Tiouiri Benaissa¹, B. Kilani¹, C. Fendri², S. Bellakhal³, T. Ben Chaabane¹

- 1-Service des maladies infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis
- 2-Service de microbiologie, Hôpital la Rabta, Tunis
- 3-Service de réanimation médicale, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: *Streptococcus pneumoniae* est un germe cosmopolite, de transmission interhumaine non épidémique. Il représente un agent causal majeur dans les maladies infectieuses graves, essentiellement bronchopulmonaires et neuro-méningées.

Le but de notre étude était de déterminer la sensibilité aux antimicrobiens de *S. pneumoniae* isolé chez des adultes hospitalisés aux services des maladies infectieuses et de réanimation médicale de l'hôpital la Rabta.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective entre Janvier 2005 et Juin 2010 afin d'analyser la sensibilité de *S. pneumoniae* aux antimicrobiens. Cette étude a examiné des isolats non répétitifs de *S. pneumoniae*. La sensibilité aux antimicrobiens a été testée à l'aide de la méthode de disque de diffusion en suivant les lignes directrices de CA-SFM. La sensibilité à la pénicilline a été déterminée à l'aide du disque d'oxacilline à 5 µg. La CMI de la pénicilline G, de l'amoxicilline et du céfotaxime ont été déterminées à partir des résultats du E-test (ABBIODISK).

Résultats: Nous avons inclus 30 isolats de *S. pneumoniae*. 17 patients (57 %) avaient une pneumonie sévère, 13 patients (43 %) avaient présenté une méningo-encéphalite. L'âge moyen de nos patients était de 41,8 ans (15-78 ans). L'évaluation de la sensibilité aux β-lactamines avait montré que 36,6% des souches étaient de sensibilité diminuée ou résistantes à la pénicilline (PSDP), 63,3% étaient de sensibilité diminuée à l'amoxicilline et 12,5% au céfotaxime. Les souches de PSDP étaient plus fréquemment résistantes aux autres antibiotiques. En effet, 81,8% de ces souches étaient résistantes à l'érythromycine, 72,7% au triméthoprime-sulfaméthoxazole

et 18,1% étaient résistantes au chloramphénicol versus respectivement, 29,4%, 76,4% et 18,7%, pour les souches sensibles à la pénicilline.

Conclusion: *Streptococcus pneumoniae* demeure une des principales causes de maladies graves et de décès chez les jeunes dans le monde. Bien que l'utilisation du vaccin conjugué contre le pneumocoque a entraîné une diminution significative de la morbi-mortalité secondaire à cette bactérie, dans tous les groupes d'âge, l'émergence de souches de *S. pneumoniae* multirésistantes reste un problème important dans la gestion des infections invasives.

P168- Evolution de la résistance aux antibiotiques chez *Neisseria gonorrhoeae* dans la région de Sfax (2004-2010)

S. Abdelhédi¹, S. Mezghani¹, A. Znazen¹, M. Boudaouara², B. Mnif¹, F. Mahjoubi¹, A. Hammami¹

1- Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bouguiba de Sfax

2- Laboratoire Polyclinique CNSS Sfax

N. gonorrhoeae a acquis différents types de résistance aux antibiotiques, parmi les quelles la plus récente est la résistance aux fluoroquinolones. Cette résistance, apparue dès la fin des années 1990 dans de nombreux pays d'Asie, d'USA et d'Europe, a amené différents comités de ne plus recommander la ciprofloxacine comme traitement de première intention des gonococcies. Le but de ce travail était de suivre l'évolution de la résistance aux antibiotiques notamment aux fluoroquinolones des souches de *N. gonorrhoeae*.

C'est une étude rétrospective s'étalant sur une période de sept ans allant de 2004 à 2010 et qui a concerné toutes les souches de *N. gonorrhoeae* isolées au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les normes du CA-SFM. La recherche de β -lactamase a été faite par le disque de céfinase[®]. La détection de la résistance aux fluoroquinolones a été réalisée à l'aide d'un disque d'acide nalidixique chargé à 30 μ g. La détermination des CMI de la ciprofloxacine a été faite par la méthode du E-test.

107 souches de *N. gonorrhoeae* ont été colligées durant la période d'étude. 95% ont été isolées à partir de prélèvements urétraux. 24% étaient productrices de β -lactamase. 24 souches (23%) étaient résistantes aux fluoroquinolones dont 17 étaient productrices de β -lactamase. Cette résistance aux fluoroquinolones a émergé depuis 2006 avec une fréquence passant de 10% en 2006 à 69,6% en 2010. Les CMI de la ciprofloxacine varient de 0,064 à 8 mg/L. Une résistance de haut niveau à la tétracycline a été détectée chez 27 souches (25%) dont 16 étaient productrices de β -lactamase. Aucune résistance à la spectinomycine et au céfotaxime n'a été détectée. Vu l'augmentation significative et alarmante de la proportion de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux fluoroquinolones, il est important de réviser les recommandations d'antibiothérapie de première intention des infections à gonocoque et de limiter l'utilisation des fluoroquinolones.

P169- Caractéristiques cliniques et thérapeutiques des infections à *Mycoplasma pneumoniae*

M. Hemdane, M. Ben Hassen, A. Ben Selma, MH. Abdallah, S. Souii, W. Naija, R. Said

Service d'anesthésie réanimation du CHU Sahloul de Sousse

Introduction: Les infections pulmonaires sont très fréquentes en milieu hospitalier et surtout en réanimation. Les caractéristiques cliniques, radiologiques et biologiques sont peu évocatrices du diagnostic étiologique. Nombreux agents pathogènes peuvent être responsables, dont le *Mycoplasma pneumoniae* qui représente 10 à 20% des pneumopathies hospitalières. Le diagnostic microbiologique est souvent sérologique étant donné que la culture *M. pneumoniae* est difficile et lente.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur 35 patients hospitalisés dans des services de médecine et de réanimation polyvalente durant une période de 4 ans et chez qui le sérodiagnostic d'infection à *M. pneumoniae* était positif. Les tests sérologiques ont été réalisés par une technique immuno-enzymatique ELISA.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 34 ans avec un sex-ratio

de 0,34. Un quart des patients avaient des antécédents pulmonaires. Le début était progressif dans 91,4% des cas. Le signe clinique le plus fréquemment rencontré était la fièvre dans 91% des cas. Par ailleurs, des signes extra-pulmonaires (cutanés, neurologiques, cardiaques et digestifs) ont été notés dans 95% des cas. Une anémie était rapportée dans 42,8%. La sérologie était réalisée chez tous les patients par une technique immuno-enzymatique de diagnostic indirecte ELISA. La recherche des anticorps anti-*M. pneumoniae* type IgG et IgM trouve que 65,7% sont à la fois IgG positive et IgM positive. L'antibiothérapie de première intention était empirique dans tous les cas

Discussion: Les pathologies pulmonaires chroniques constituent un milieu favorable aux infections pulmonaires à *M. pneumoniae*. Le mode de début progressif est caractéristique des pneumopathies à *M. pneumoniae*. Le caractère classique de bénignité de cette infection doit être tempéré par la survenue possible des localisations extra-respiratoires qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient. La sérologie reste la meilleure méthode diagnostic. La non amélioration de l'état clinique sous bêta-lactamine doit toujours nous orienter vers une pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae* et donc vers le changement des antibiotiques.

Conclusion: Le respect des recommandations thérapeutiques concernant les pneumopathies communautaires peut permettre une meilleure prise en charge de cette pathologie qui reste une maladie bénigne évoluant favorablement dans la majorité des cas.

P170- La leptospirose : à propos d'un cas

R. Nasri, S. Abdellatif, N. Mahjoubi, A. Trifi, K. Mahjoub, Z. Bouslah, I. Mami, K. Houissa, R. Dhahri, F. Daly, S. Ben Lakhal.

Service de réanimation médicale la Rabta

Introduction: La leptospirose est une maladie infectieuse, souvent sous estimée car méconnue des professionnels de santé qu'il s'agisse des médecins, des praticiens hospitaliers et des biologistes. Connue en zone tempérée comme maladie essentiellement professionnelle, elle est en zone intertropicale une pathologie émergente ou ré-émergente dont le facies épidémiologique est multiple.

Observation: Nous rapportons l'observation du patient F. E qui est âgé de 30 ans, vendeur de volaille, sans antécédents pathologiques particuliers. L'histoire clinique a débuté deux semaines auparavant, par un syndrome pseudo-grippal, accompagné cinq jours avant l'hospitalisation d'une douleur abdominale, d'un ictère cutané-muqueux, d'une toux, de crachats séroanglants de faible abondance et des myalgies. L'évolution a été marquée par l'aggravation de la symptomatologie avec installation d'un syndrome hémorragique fait d'épistaxis et de gingivorragies, ainsi qu'une aggravation des signes respiratoire à savoir une dyspnée et des expectorations hématisées. Il est alors hospitalisé en réanimation où l'examen physique a trouvé un malade polypnéique à 25 c/min et une SaO₂ en air ambiant à 86%, un ictère cutané-muqueux, avec des lésions ecchymotiques diffuses. Le bilan biologique met en évidence une insuffisance rénale (urée: 3,8 g/l), une cholestase et une cytolysse modérée (BT: 392; BD: 352; ASAT: 90 UI/l; ALAT: 66 UI/l), une anémie à 9g/l, une thrombopénie: 98000/mm³, un TP: 63% et une CRP: 52 mg/l. La radiographie du thorax trouve un syndrome alvéolo-interstitielle bilatérales et l'échographie abdominale montre une néphromégalie bilatérale à cortex hypoéchogène, angiome hépatique, voies biliaires fines. Le diagnostic de leptospirose est confirmé par la sérologie (macroagglutination antigénique) qui a identifié le sérovar ictérohaemorrhagiae.

L'évolution est rapidement fatale dans un tableau de défaillance multiviscérale.

Conclusion: Le polymorphisme extrême des formes cliniques dans la leptospirose rend leur diagnostic parfois difficile. Cependant la fréquence des complications sévères justifie de l'évoquer précocement et d'entreprendre rapidement les prélèvements bactériologiques et sérologiques, l'antibiothérapie, les traitements symptomatiques et les mesures de surveillance. Ceci renforce l'importance de dépister des signes capitaux associant myalgies, syndrome hémorragique et signes méningés pour évoquer le diagnostic et confirme la nécessité d'un interrogatoire minutieux sur le mode de vie et le contexte épidémiologique auquel le patient est exposé.

P171- Syndrome d'activation macrophagique

R. Abid, R. Abdelmalek, B. Kilani, L. Ammari, H. Tiouiri Benaissa, A. Ghoubantini, F. Kanoun, T. Ben Chaabane

Service des Maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction: Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) ou hémophagocytose, est une pathologie grave potentiellement mortelle, qui se manifeste fréquemment par une pancytopenie fébrile. Ce syndrome peut être primitif ou secondaire à des infections, des pathologies hématologiques ou systémiques.

Patients et méthodes: Notre étude est rétrospective, menée au service des maladies infectieuses de Tunis entre 1991 et 2010. Les patients ont été inclus sur des signes cliniques et biologiques compatibles avec ou sans confirmation histologique.

Résultats: Nous avons colligés 6 épisodes de SAM observés chez 5 patients âgés en moyenne de 37 ans, dont le sex-ratio était de 1/4. Tous les patients étaient sans antécédents pathologiques. Une fièvre prolongée à 39-40°C et à une altération de l'état général ont été notées dans tous les cas; des arthralgies diffuses dans 60% des cas. L'examen clinique a objectivé une splénomégalie et une hépatomégalie dans respectivement 100% et 80% des cas, des polyadénopathies périphériques dans 50%, des lésions cutanées dans 70% des cas. Une pancytopenie, un syndrome inflammatoire, une hypoalbuminémie, une hyperferritinémie et une hypertriglycéridémie ont été objectivés dans 100% des cas. Une cholestase anictérique et une cytolysé hépatique prédominant sur les ASAT a été objectivée dans 80% des cas. Les pathologies de fond associées étaient une maladie de Still de l'adulte (1 cas) et un syndrome myélodysplasique (2 cas). Une infection était l'élément déclencheur dans 3 cas: une dermohypodermite (1 cas), une septicémie à *Salmonella* mineure (1 cas) et une pneumopathie (1 cas). Toutes étiologies confondues, la mortalité était de 33%.

Conclusion: Le diagnostic de SAM doit être précoce tout comme l'identification étiologique. En effet, le pronostic vital dépend étroitement du traitement de la cause sous-jacente.

P172- Le syndrome d'activation macrophagique secondaire d'étiologie infectieuse : à propos de trois observations pédiatriques

L. Gargouri¹, S. Kmiha¹, R. Chabchoub Ben abdallah¹, H. Boudabous¹, F. Safi¹, O. Kassar², M. Elloumi², N. Ben Hlima³, H. Kanoun³, A. Mahfoudh¹

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .Sfax

2-Service d'hématologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

3-Service d'urgence. CHU Habib Bourguiba

Introduction: Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est un dysfonctionnement du système immunitaire en rapport avec une hyperactivation des macrophages du système réticuloendothélial.

Observations:

Obs n°1: Un garçon de 6 ans était admis pour l'exploration d'une fièvre prolongée avec altération de l'état de conscience. Devant l'association d'une hépato-splénomégalie, une bicytopenie, une hypertriglycéridémie à 2,2g/l, une hyperferritinémie à 1500µg/l et la présence d'une hémophagocytose au myélogramme, le SAM a été retenu. L'étiologie infectieuse était confirmée par une hémoculture positive à staphylocoque méti-S.

Obs n°2: Une fille de 3 ans était admise pour une dyspnée, pâleur cutanée et fièvre. L'examen a objectivé une hépatosplénomégalie. A la biologie, elle avait une pancytopenie, une hyponatrémie à 111mmol/l, une cytolysé hépatique, un TP à 37%, une hypertriglycéridémie à 3,3mmol/l et une hyperferritinémie à 2000µg/l. La ponction de moelle a objectivé une hémophagocytose et des corps de leishmani. Le diagnostic retenu était un SAM secondaire à une leishmaniose viscérale. Le décès est survenu dans un tableau d'insuffisance hépatique grave et une défaillance multiviscérale.

Obs n°3: Un garçon, aux antécédents de méningoencéphalite et d'ostéomyélite à l'âge de 2 ans, était réadmis à l'âge de 3 ans et demi pour dyspnée et fièvre. Le diagnostic retenu était une pleuro-péricardite de grande abondance ayant nécessité un drainage chirurgical. Les examens biologiques ont objectivé une anémie hypochrome microcytaire

à 8,9g/dl, une thrombopénie à 19000, une hyperleucocytose à 72000/mm³, CRP à 258mg/l, une cytolysé hépatique, un TP bas à 17%, une hypertriglycéridémie à 2,55 mmol/l et une hyperferritinémie à 1389ng/ml. La ponction sternale a objectivé des cellules hémophagocytaires.

Le bilan immunitaire a objectivé une maladie de Bruton. L'évolution était favorable sous perfusion d'immunoglobulines.

Conclusion: Les étiologies infectieuses du SAM sont nombreuses. Un bilan étiologique infectieux est indispensable car l'évolution est potentiellement fatale et le traitement est avant tout un traitement étiologique.

P173- Syndrome d'activation macrophagique au décours d'une infection pulmonaire: A propos de quatre observations

D. Touati, J. Laabidi, S. Zriba, H. Ghdira, N. Ben Abdelhafidh, L. Metoui, I. Gharsallah, F. M'sadek, B. Louzir, R. Battikh, S. Othmani

Service de médecine interne - Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction: Le Syndrome d'activation macrophagique (SAM) associe une hémophagocytose à des manifestations cliniques et biologiques. La pathogénie est mal connue et les étiologies sont multiples.

Matériels et méthodes: On rapporte quatre observations de SAM survenu dans un contexte infectieux.

Résultats: il s'agit de quatre patients (deux hommes et deux femmes) âgés en moyenne de 34 ans [26-42 ans]. Deux patients sont des hémodialysés chroniques (néphropathie lupique = 1 cas; néphropathie de reflux = 1 cas. Un patient est suivi pour un lymphome malin hodgkinien et un seul patient n'a aucun antécédent pathologique notable.

Tous nos patients avaient présenté une symptomatologie respiratoire fébrile avant leur admission de durée moyenne de 7 jours. L'examen à l'admission avait objectivé un état général altéré (3 cas), un bon état hémodynamique, des râles crépitants et/ou bronchiques (4 cas) et des adénopathies (superficielles = 2 cas; profondes = 1 cas). L'hémogramme avait objectivé une anémie (3 cas), une leucopénie (2 cas), une thrombopénie (3 cas). Une hypertriglycéridémie était notée dans tous les cas. Les taux des LDH étaient élevés dans tous les cas avec une moyenne de 652UI/ml [319-1254 UI/ml]. La ferritinémie était élevée dans tous les cas avec une moyenne de 13284µg/L [7253-19304 µg/L]. La radiographie pulmonaire avait objectivé des opacités alvéolo-interstitielles dans tous les cas. Le diagnostic de SAM (confirmé par un myélogramme dans tous les cas) secondaire à une infection bronchopulmonaire a été retenu. Les hémocultures avaient isolés un *Klebsiella pneumoniae* (1 cas). La sérologie des germes atypiques était négative (4 cas), les sérologies CMV, EBV et VIH étaient négatives (4 cas), l'antigénémie aspergillaire pratiquée chez 3 patients était négative ainsi que le bilan tuberculeux (4 cas). Le traitement avait comporté une antibiothérapie à visée pulmonaire (céphalosporine + fluoroquinolone = 3 cas; amoxiclavulanate + macrolide = 1 cas) pour une durée de 12 jours en moyenne (10-16j); deux cures d'immunoglobuline intraveineuse à la dose de 1mg/Kg/j (3 cas) associée à une corticothérapie dans un cas et une corticothérapie isolée à la dose de 1mg/Kg/j dans un cas. L'évolution était favorable dans tous les cas avec amélioration des paramètres cliniques et biologiques.

Conclusion: Le SAM est une pathologie rare mais sous estimée. Sa physiopathologie est incomplètement élucidée. Le traitement est non consensuel et il reste limité au traitement étiologique et symptomatique. Son pronostic dépendra essentiellement des tares sous-jacentes et de l'étiologie incriminée.

P174- Infection à *Salmonella* chez les lupiques

H. El Kateb, S. Béji, L. Rais, L. Ben Fatma, M. Krid, W. Smaoui, H. Ben Maiz*, K. Zouaghi, F. Ben Moussa.

Service de Néphrologie, Hôpital La Rabta, rue Jabari 1007 Tunis

Introduction: Les infections sont fréquentes chez les patients lupiques et représentent une cause importante de morbi-mortalité. L'infection par *Salmonella* est de plus en plus rapportée dans la littérature.

Nous rapportons 3 cas d'infection par *Salmonella paratyphi* survenues chez des patientes ayant une néphropathie lupique.

Patients et méthodes: Parmi 13 patients hospitalisés pour une néphropathie lupique sur une période d'une année, 3 ont présenté une infection à *Salmonella*. Nous avons étudié chez ces patients le type, la localisation et les facteurs favorisants de cette infection.

Résultats: Il s'agit de 3 femmes âgées de 28 ans en moyenne suivies pour une néphropathie lupique proliférative et diffuse active dans 2 cas et une glomérulonéphrite segmentaire et focale peu active dans 1 cas. L'infection par *Salmonella* mineure est survenue 25 mois (1-74) après le diagnostic de la néphropathie lupique. Au moment de l'infection toutes les patientes avaient une maladie lupique active et recevaient une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/jour associée à des bolus de cyclophosphamide dans 2 cas. L'infection était urinaire dans 1 cas isolée à l'ECBU et digestive dans 2 cas isolée dans les coprocultures. Les patientes ont été traitées par des fluoroquinolones par voie orale. L'évolution a été favorable dans 2 cas et marquée par 2 épisodes de récurrence de l'infection chez une patiente au niveau des urines puis une septicémie.

Discussion: L'infection par la *Salmonella* est de plus en plus rapportée chez les patients lupiques. C'est une bactérie qui est responsable d'infections mineures chez les sujets normaux et d'infections plus sévères chez les patients immunodéprimés présentant une altération de l'immunité cellulaire.

Conclusion: L'infection par *Salmonella* mineure est fréquente chez les lupiques. Plusieurs facteurs exposent à ces infections en particulier le traitement immunosuppresseur. Une surveillance étroite et un traitement actif s'imposent chez ces patients devant le risque de récurrence et de dissémination sanguine.

P175- Localisations multiples et atypiques d'une tuberculose révélant un lupus : A propos d'un cas

F. Larbi Ammari, H. Ben Brahim, A. Toumi, A. Aouam, C. Loussaief, F. Ben Romdhane, M. Chakroun

Service des Maladies Infectieuses. EPS F. Bourguiba-Monastir.

Introduction: La tuberculose extraganglionnaire de la sphère ORL est une pathologie rare, elle représente moins de 1% de toutes les localisations. De même la tuberculose disséminée est rare chez le sujet immunocompétent. Nous rapportons un cas de tuberculose à localisations multiples : parotidienne, pulmonaire, urinaire, glandes salivaires accessoires, ganglionnaire et nasale chez une femme, en même temps que la découverte d'un lupus.

Observation : Il s'agissait d'une patiente âgée de 51 ans d'origine urbaine, sans antécédents pathologiques notables ayant consulté au mois d'avril 2010 pour une tuméfaction parotidienne droite associée à des adénopathies cervicales bilatérales, une asthénie, une anorexie et des sueurs nocturnes évoluant depuis 3 semaines. L'échographie cervicale avait montré un aspect hypoéchogène des adénopathies. L'IRM parotidienne avait montré une lésion nodulaire intraglandulaire et une hypertrophie du tissu lymphoïde des amygdales palatines. La TDM thoracoabdominale avait objectivé de multiples adénopathies médiastinales et rétropéritonéales à centre nécrosé et des nodules sous pleuraux évoquant en premier lieu une tuberculose. La radiographie du thorax était normale. La rhinoscopie antérieure avait noté une hypertrophie des cornets nasales et de toute la muqueuse. La biopsie des glandes salivaires accessoires et des cornets nasales avait objectivé des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires avec une nécrose caséuse. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive à 18 x 20 mm. L'examen des crachats et des urines avait mis en évidence la présence de BAAR à l'examen direct. Le diagnostic d'une tuberculose disséminée était retenu et une quadrithérapie antituberculeuse (HRZE : 5 cp/j) était démarrée. Devant ces localisations multiples et atypiques, un bilan à la recherche d'une étiologie avait montré un titre élevé des anticorps antinucléaires et anti-DNA natifs, une sérologie VIH négative, un taux normal d'immunoglobulines et une exploration approfondie de l'immunité cellulaire en cours. L'évolution après 5 mois de traitement et favorable.

Conclusion : Cette observation illustre l'importance de rechercher une cause d'immunodépression devant des localisations tuberculeuses multiples et atypiques.

P176- Neurosarcoïdose révélée par une méningite lymphocytaire chronique

R. Abid¹, N. Bel Féki², L. Ammari¹, I. Ben Ghorbel², R. Abdelmelek¹, H. Tiouiri Benaïssa¹, B. Kilani¹, A. Ghoubantini¹, F. Kanoun¹, H. Houmen², T. Ben Chaabane¹.

1- Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis

2- Service de médecine interne, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction: La neurosarcoïdose est une affection granulomateuse multisystémique d'étiologie indéterminée. La survenue d'atteinte neurologique au cours de la sarcoïdose a été rapportée dans 10% des cas. Nous rapportons l'observation d'une patiente hospitalisée dans le service de maladies infectieuses de l'EPS La Rabta pour méningite à liquide clair révélant une sarcoïdose.

Observation: Il s'agit de Mme R.C, âgée de 33 ans, admise pour l'exploration d'une céphalée chronique. Dans ses antécédents, elle présente une hypertension artérielle et un diabète type 2. La symptomatologie remonte à un mois avant son admission par l'installation insidieuse de troubles du comportement (irritabilité, amnésie rétrograde) associés à une instabilité à la marche, des troubles sphinctériens et une céphalée évoluant dans un contexte fébrile. L'examen physique a objectivé: une lenteur psychomotrice, un syndrome cérébelleux statique, un syndrome vestibulaire, une dysarthrie et un œdème papillaire stade III bilatéral. Elle ne présente pas de déficit moteur ni sensitif. La PL ramène un LCR clair comportant une pléiocytose à prédominance lymphocytaire avec hyperprotéinorrhachie et hypoglycorrhachie. L'IDR est négative. L'IRM cérébrale a objectivé une prise de contraste méningée diffuse à l'étage encéphalique et rachidien. Initialement une tuberculose neuro-méningée a été évoquée, la patiente a reçu un traitement antituberculeux pendant 7 mois sans amélioration clinique. Le diagnostic de neurosarcoïdose avec méningo-encéphalo-myélite a été retenu devant l'association de critères clinico-biologiques et radiologiques: une atteinte médiastino-thoracique (nodules sous pleuraux et adénopathies médiastinales), une cytolysse et cholestase anictérique, une lymphopénie, une activité élevée de l'enzyme de conversion dans le sang et le LCR et une sialadénite chronique à la biopsie labiale. La patiente a été initialement traitée par corticothérapie puis par des cures mensuelles de Cyclophosphamide. L'évolution est favorable avec une disparition des signes neurologiques.

Conclusion: La sarcoïdose est une maladie systémique dont les manifestations cliniques sont polymorphes. L'atteinte neurologique se caractérise par la non spécificité clinique et sa difficulté diagnostique. Ainsi, la sarcoïdose doit être évoquée devant toute méningite lymphocytaire chronique.

P177- Granulomatose de Wegener: à propos de 4 cas et revue de la littérature

R. Abid, R. Abdelmalek, S. Aïssa, H. Tiouiri Benaïssa, B. Kilani, L. Ammari, F. Kanoun, A. Ghoubantini, T. Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta

Introduction: La maladie de Wegener ou granulomatose de Wegener, est une maladie auto-immune. Il s'agit d'une angéite nécrosante aigüe qui atteint les petits et moyens vaisseaux sanguins de tous les organes avec une prédilection pour la sphère oto-rhino-laryngée (ORL), les poumons et les reins.

Patients et méthodes: Notre étude est rétrospective, menée au service des maladies infectieuses de Tunis entre 1991 et 2010. Les patients ont été inclus sur des éléments cliniques et immunologiques avec ou sans confirmation histologique.

Résultats: Nous avons colligé 4 patients âgés en moyenne de 40 ans, avec un sexe ratio de 1/3. Une altération profonde de l'état général fébrile était constatée dans 1 cas, une polyarthralgie diffuse dans 3 cas, un purpura vasculaire nécrotique dans 1 cas et des douleurs abdominales dans 1 cas. L'atteinte de la sphère ORL était constante: hyperréactivité nasale (1 cas), épistaxis (2 cas), obstruction nasale suite à un polype de la cloison nasale (1 cas) et une perte de substance oro-pharyngée (2 cas).

Une insuffisance rénale aigüe a été constatée dans 1 cas et un syndrome

inflammatoire biologique dans 2 cas. Tous les patients avaient des ANCA positifs. La radiographie thoracique a objectivé une atteinte pulmonaire infra-clinique dans 2 cas. Une seule patiente avait une confirmation histologique sur une biopsie du cavum. Les 3 patientes ont été adressées ultérieurement en médecine interne où elles ont reçu des corticoïdes par voie orale avec une bonne évolution. Devant l'altération de la fonction rénale, le patient de sexe masculin a reçu des bolus de corticoïdes et d'immunosuppresseurs avec des séances d'hémodialyse, mais le patient est décédé dans un tableau d'hémorragie digestive cataclysmique par rupture de micro-aneurysmes vasculaires.

Conclusion: La granulomatose de Wegener a vu son pronostic nettement amélioré depuis l'avènement des immunosuppresseurs. Cependant, le pronostic reste réservé à cause des rechutes fréquentes et des séquelles essentiellement rénales et respiratoires.

P178- Maladie de Kikuchi Fujimoto: à propos de 2 cas et revue de la littérature

R. Abid, R. Abdelmalek, A. Berriche, F. Azaiez, F. Kanoun, B. Kilani, H. Tiouiri Benaissa, L. Ammari, A. Ghoubantini, T. Ben Chaabane

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction: La maladie de Kikuchi Fujimoto ou lymphadénite histiocytaire nécrosante est une pathologie extrêmement rare qui peut mimer une prolifération tumorale. Elle touche classiquement des femmes jeunes. Son étiologie est encore indéterminée mais elle s'associe à diverses pathologies auto-immunes ou infectieuses.

Patients et méthodes: Nous rapportons les observations de deux patients suivis au service des maladies infectieuses de l'EPS la Rabta de Tunis en 2010 et 2011. Les aspects cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie sont détaillés.

Résultats : Il s'agit d'un homme et d'une femme de 40 ans. Des adénopathies cervicales et une pâleur cutanéomuqueuse ont été notées dans les deux cas et un purpura pétéchial dans un cas. L'anémie était présente dans les deux cas associée à une atteinte hépatique et à un syndrome inflammatoire dans 1 cas. La biopsie ganglionnaire a confirmé le diagnostic dans les deux cas. Le bilan étiologique a conclu à un lupus érythémateux systémique dans un cas. Dans l'autre cas, aucune étiologie n'a été confirmée. Les 2 patients ont reçu une corticothérapie entraînant la guérison de la patiente lupique. Le deuxième patient est décédé dans un tableau d'hémorragie cataclysmique.

Conclusion: La maladie de Kikuchi doit être évoquée devant des adénopathies fébriles. Le pronostic dépend de l'étiologie mais aussi du délai diagnostique.

P179- Particularités du profil infectieux chez les enfants atteints de déficit immunitaire A propos de 9 cas

L. Gargouri¹, F.Safi¹, R. Chabchoub Ben abdallah¹, M. Zouari¹, S.Kmiha¹, N. Ben Hlima¹, R.Barbouche², A. Mahfoudh

1-Service de pédiatrie, urgence et de réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker .Sfax

2-Laboratoire d'immunologie. Institut de Pasteur. Tunis

Introduction: Les infections représentent l'un des principaux signes d'alerte des déficits immunitaires, elles constituent la complication majeure par leur récurrence et par leur sévérité.

Objectif: Décrire à travers 9 observations de déficits immunitaires sur une période de 6 ans (2005-2010) les principales manifestations infectieuses, leurs aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats: Neuf cas de déficit immunitaire ont été colligés: 3 cas de granulomatose septique chronique, 3 cas d'ataxie télangiectasie, 2 cas de maladie de Bruton et 1 cas de déficit de l'immunité cellulaire.

Il s'agissait de 8 garçons et 1 fille. L'âge moyen était de 4 ans (3 mois-14 ans).

Des antécédents d'infections récurrentes ont été rapportés dans 77 % des cas: broncho-pulmonaires, ORL, diarrhée chronique et aphtose buccale. Des infections sévères ont présenté des circonstances de découverte du déficit immunitaire dans 44% des cas (ichtyoma gangréneux, méningo-

encéphalite à pneumocoque, ostéomyélite aigue à *Serratia* et abcès pulmonaire).

Parmi les épisodes infectieux, une atteinte respiratoire a été notée dans 5 cas (pneumonie, pleuropneumonie, pleur péricardite, abcès du poumon), une ostéomyélite aigue a été rapportée dans 2 cas. Les autres types d'infections étaient variés (adénite supprimée, bécégite, abcès cutané, staphylococcie de la face, septicémie, méningite).

Tous nos patients ont nécessité au moins une fois un traitement antibiotique prolongé supérieur à 3 semaines. Une intervention chirurgicale était nécessaire dans 44 % des cas.

Le décès est survenu dans 33% des cas, il était secondaire à une infection sévère échappant à toute thérapeutique.

Conclusion: Les manifestations infectieuses au cours des déficits immunitaires revêtent certaines particularités. Leur reconnaissance permet un diagnostic précoce du déficit afin d'adapter la thérapeutique selon le terrain.

P180- Complications infectieuses au cours du myélome multiple: à propos de 8 cas.

L. Dridi, R. Tekaya, H. Ferjani, O. Saidane, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari.

Service de Rhumatologie, Hopital Charles Nicolle.

Introduction: Les complications infectieuses émaillant le cours évolutif du myélome multiple (MM) sont fréquentes et variables. Dans certains cas elles peuvent être fatales quand elles sont méconnues et/ou tardivement traitées. Nous nous proposons d'étudier les particularités des complications infectieuses au cours du MM.

Patients et méthodes: Etude rétrospective sur une période de 8 ans [2003-2010], portant sur des patients présentant un MM et qui ont présenté une complication infectieuse au cours de leur suivi.

Résultats: Huit patients ont été colligés: 4 femmes et 4 hommes d'âge moyen 70,8 ans. Le MM était à IgG (6 cas), IgA (1 cas) et à chaînes légères (1 cas). Le MM était classé stade IIIA dans 6 cas et stade IIIB dans 2 cas. Une chimiothérapie par Melphalan-Prednisone était instaurée chez 5 patients, les 3 patients ne recevaient pas encore de traitement. La durée moyenne entre le diagnostic du MM et l'infection était de 16,18 mois (15 jours-6 ans). Les complications infectieuses étaient de type de pneumopathie (4 cas), œsophagite herpétique (1 cas), candidose œsophagienne (1 cas), infection urinaire (1 cas), abcès de la fesse (1 cas). Les signes généraux étaient inconstants (fièvre: 5 cas, altération de l'état général: 1 cas). L'hyperleucocytose n'a été notée que dans 1 seul cas. Le germe a été isolé dans 4 cas (hémocultures: 2 cas, urines 1 cas, biopsie œsophagienne: 1 cas). Une antibiothérapie a été instaurée dans tous les cas avec un geste chirurgical pour un cas (mise à plat d'un abcès). L'évolution était bonne dans 7 cas, mais fatale pour le dernier patient qui est décédé suite à une détresse respiratoire sur sepsis.

Conclusion: Les infections au cours du MM peuvent être graves en raison du terrain sur lequel elles se greffent et peuvent être une cause de décès.

P181- Caractéristiques épidémiologiques et chronologiques de la pathologie infectieuse au CHU de Monastir durant une décennie (2000 à 2009).

S. El Mhamdi, I. Bouanéne, A. Sriha, K. Ben Salem, MS. Soltani

Service de Médecine Préventive et d'épidémiologie. CHU de Monastir, Tunisie

Objectif: Dresser le profil épidémiologique et les tendances chronologiques de la pathologie infectieuse au CHU de Monastir durant une décennie.

Méthodes: étude descriptive exhaustive au niveau de l'hôpital universitaire de Monastir durant une décennie (du 01/01/2000 au 31/12/2009). Les données étaient puisées du registre de la morbidité hospitalière implantée dans le service de médecine préventive du CHU de Monastir.

Résultats: L'étude avait intéressé 2679 patients hospitalisés pour pathologies infectieuses (4,8 % de l'ensemble des admissions). L'âge moyen des patients était de 33,4 ± 20,4 ans avec une prédominance masculine (Sex ratio = 1,2). L'urgence était le principal mode d'admission et le retour à domicile le principal mode de sortie (66,7 et 91%

respectivement). Les pathologies infectieuses les plus fréquentes étaient la pyélonéphrite aigue (21%), l'érysipèle (11,9%) et le kyste hydatique quelque soit sa localisation (11,2 %).

Durant la décennie, la fréquence de la pyélonéphrite aigue a significativement diminué en passant de 30% en 2000 à 16,8% en 2009 ($p < 0,001$). De même, l'érysipèle a évolué significativement vers la baisse en passant de 25,3% en 2000 à 10,8% en 2009. Cependant la fréquence du kyste hydatique a significativement augmenté en passant de 8,7% en 2000 à 12% en 2009.

Conclusion: Nos résultats ont montré que malgré l'amélioration nette du profil des maladies infectieuses certaines pathologies demeurent fréquentes et nécessitent la mise en place d'actions préventives efficaces.

P182- Charge des pathologies infectieuses chez les personnes âgées au CHU de Monastir durant une décennie (2000-2009).

S. El Mhamdi, I. Bouanène, A. Sriha, M. Letaief, MS. Soltani

Service de Médecine Préventive et d'épidémiologie, CHU de Monastir. Tunisie

Objectif: Décrire les principales pathologies infectieuses chez les patients âgés de 65 ans et plus du CHU de Monastir et étudier la charge de soins qu'elles engendrent.

Méthodes: Etude descriptive exhaustive intéressant les patients âgés de 65 ans et plus au niveau de l'hôpital universitaire de Monastir durant une décennie (du 01/01/2000 au 31/12/2009). Les données étaient puisées du registre de la morbidité hospitalière implantée dans le service de médecine préventive du CHU de Monastir.

Résultats: L'étude avait intéressé 1195 patients âgés de 65 ans et plus ce qui représente 3% de l'ensemble des hospitalisations de cette tranche d'âge. L'âge moyen des patients était de $73,4 \pm 8$ ans avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,36). L'urgence était le principal mode d'admission et le retour à domicile le principal mode de sortie (73 et 82,5% respectivement). Selon le siège anatomique, l'infection urinaire avait occupé le premier rang (32,5%) suivie par l'érysipèle (19%) et la septicémie quelque soit le germe (17,7%). Concernant la consommation de soins, les patients étudiés ont totalisé 10212 jours d'hospitalisations, soit 6% de l'ensemble de ces journées alors qu'ils ne représentaient que 3% de l'ensemble des admissions. La durée moyenne de séjour était de $12,5 \pm 8$ jours et celle des patients hospitalisés pour autres causes était de $9 \pm 5,5$ jours ($p < 0,01$).

Conclusion: La pathologie infectieuse demeure fréquente et responsable d'une charge importante chez les personnes âgées ce qui nécessitent des actions préventives efficaces.

P183- L'usage des antibiotiques à la consultation de l'hôpital de Jelma

S. Habib, S. Nait-Limeme, S. Rhaiem, Ch. Henchiri.

Habib hôpital de circonscription de Jelma 9110

Introduction: De nombreux pays dont la Tunisie consacrent une forte proportion de leur budget de santé à l'achat des médicaments et principalement les antibiotiques. La prescription rationnelle de ces derniers permet de limiter les coûts et de diminuer les résistances bactériennes.

But: Ce travail vise à déterminer la fréquence et le coût de prescription des antibiotiques à l'hôpital de circonscription de Jelma.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective à la consultation externe de médecine générale de l'hôpital de circonscription de Jelma, au cours du mois de Janvier 2009. Nous avons étudié tous les patients, et pour chacun d'entre eux nous avons recueilli les informations relatives à la prescription médicamenteuse. La collecte des données est faite à la fin de chaque consultation médicale par le médecin, en utilisant les fiches médicales et le double des ordonnances prescrites.

Résultat: La fréquence de l'antibiothérapie est de 54 %. La prescription d'un seul antibiotique est la règle. 2/3 des patients sont mis sous antibiotiques sans demande d'examen complémentaire. Les pénicillines G et A sont les plus utilisées. Le coût des antibiotiques représente la moitié des dépenses pour tous les médicaments. La rationalisation de la prescription médicamenteuse aura un impact positif sur les budgets de l'hôpital.

Conclusion: L'usage abusif des antibiotiques constitue un problème de

santé publique du fait du développement de la résistance bactérienne ainsi que du surcoût qu'il implique. La prescription des antibiotiques reste anarchique et irrationnelle dans la grande majorité des cas.

P184- Appendicite aiguë révélant une actinomycose digestive.

A. Aouam, A. Toumi, F. Larbi Ammari, H. Ben Brahim, C. Loussaief, F. Ben Romdhane, M. Chakroun.

Service des Maladies Infectieuses, EPS F. Bourguiba Monastir

Introduction: l'actinomycose est une infection suppurative rare, caractérisée par une inflammation granulomateuse, chronique et progressive. Elle est souvent due à *Actinomyces israelii*. La localisation digestive est rare, pouvant simuler une pathologie tumorale ou inflammatoire. Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé pour une actinomycose appendiculaire.

Observation : il s'agissait d'un patient âgé de 54 ans, diabétique de type 2, hospitalisé en avril 2009 pour une douleur de la fosse iliaque droite et une fièvre évoluant depuis six jours. L'examen physique avait noté une température à 38,2°C et un bon état hémodynamique. La palpation de l'abdomen avait révélé une masse ferme, mal limitée et sensible au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal déclenchait une douleur latéro-rectale droite. Au plan biologique, il y avait un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à $11700/\text{mm}^3$ et une CRP à 119 mg/l. L'échographie abdominale avait montré une masse hypoéchogène hétérogène au niveau de la fosse iliaque droite évoquant un plastron appendiculaire. Le malade était alors opéré. En per opératoire, il y avait une masse appendiculaire abcédée avec un appendice nécrosé en position latéro-caecale interne. L'examen anatomopathologique d'un prélèvement per-opératoire a confirmé le diagnostic d'une actinomycose appendiculaire. Le patient était traité par pénicilline G à la dose de 24 millions d'unités par jour pendant 15 jours relayée par amoxicilline, 3 g/j. La durée totale de l'antibiothérapie était de 3 mois. L'évolution était favorable. Le patient n'avait pas présenté de récurrence après un recul de 18 mois.

Conclusion: la localisation appendiculaire de l'actinomycose est exceptionnelle. Le tableau clinique et radiologique est atypique. Seul l'examen histologique permet un diagnostic de certitude. Le traitement est médico-chirurgical et l'évolution souvent favorable.

P185- Abscès à pyogènes du foie: A propos de 17 cas.

L. Ammari, S. Aissa, R. Abid, R. Abdelmalek, B. Kilani, A. Ghoubantini, F. Kanoun, H. Tiouiri Benaissa, T. Ben Chaabane

Service de Maladies Infectieuses, Hôpital La Rabta, 1007 Tunis, Tunisie.

Introduction: L'abcès bactérien du foie est une pathologie relativement rare, dont la prévalence est de 0,29% à 1,47% dans les séries d'autopsie. Il s'agit d'une infection sévère dont la mortalité varie de 10 à 40 % des cas. Le diagnostic d'abcès hépatiques est souvent difficile devant la non spécificité des signes cliniques. Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives des abcès bactériens du foie.

Patients et méthodes: Etude rétrospective colligeant les cas d'abcès bactériens du foie a été menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta sur une période de 10 ans (2000-2009). Le diagnostic d'abcès du foie a été évoqué sur la présence d'une collection au niveau du foie à l'imagerie abdominale (échographie et/ou scanner).

Résultats: 17 cas d'abcès hépatiques ont été inclus. Il s'agit de 9 femmes, et de 8 hommes. L'âge moyen est de 53 ans (19-87 ans). Un état d'immunodépression a été noté dans 7 cas: un diabète chez 6 cas et une infection par le VIH chez 1 patient. L'existence d'une pathologie biliaire a été notée chez 2 patients: une prothèse endobiliaire (1 cas), une lithiase biliaire (2 cas). Le délai diagnostique moyen est de 25,1 jours (2j-120j). Le tableau clinique se caractérise par la présence d'une fièvre chez tous les patients associée à des douleurs abdominales chez 13 patients (76%) et une hépatomégalie chez 7 patients (41%). Un ictère cutanéomuqueux a été retrouvé dans 23,5% des cas. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique a été objectivé dans 100% des cas, associé à une

cytolyse hépatique dans 23,5% des cas et une cholestase dans 76,4% des cas. L'abcès du foie est unique dans 2 cas (12%). L'atteinte du foie droit a été notée 65% des cas. L'étude microbiologique des hémocultures et/ou du pus d'abcès a révélé l'agent pathogène dans 7 cas (41 %): Bacille à Gram négatif dans 6 cas (86 %) et streptocoque dans 2 cas (28,5%). La recherche d'anaérobies n'a pas été réalisée au niveau des prélèvements microbiologiques. Une antibiothérapie triple à base de ceftriaxone-gentamicine et métronidazole a été prescrite chez 13 patients (77 %). La durée totale moyenne du traitement est de 34 jours. Un drainage percutané de l'abcès a été réalisé chez 7 patients (41 %). L'évolution a été favorable chez 16 patients avec disparition de l'abcès sur les contrôles radiologiques. Un seul décès a été déploré.

Conclusion: l'abcès du foie est une infection sévère dont le pronostic dépend de la rapidité diagnostique et thérapeutique. Le développement de la radiologie interventionnelle a permis d'améliorer la prise en charge de ces malades.

P186- Les angiocholites à répétition: Quelle décision thérapeutique?

H. Hadj Kacem, W. Ben Saâda, I. Maâloul, Y. Aïdi, B. Hammami, D. Lahiani, Ch. Marrakchi, M. Ben Jemâa

Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

Les angiocholites récidivantes compliquant une chirurgie hépato-biliaire sont peu fréquentes. Elles sont souvent la conséquence d'un défaut de montage bilio-digestif ou d'une complication d'endoprothèse biliaire. Nous décrivons 2 cas d'angiocholites à répétition en précisant les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives avec revue de la littérature.

Observation 1: Il s'agit d'une femme âgée de 61 ans. Elle a eu une cholécystectomie compliquée d'une nécrose de la voie biliaire principale bien évoluée sous drainage. Neuf mois plus tard, elle a présenté des accès d'angiocholites nécessitant une anastomose bilio-digestive, puis la mise en place d'une endoprothèse devant la survenue d'une sténose de l'anastomose avec une cirrhose biliaire secondaire. Depuis, elle présente des poussées d'angiocholites (6 épisodes/an), compliquées de septicémies à germes multirésistants. Une cholangio-IRM a montré un foie dysmorphique sans dilatation des voies biliaires ni thrombose portale. Ces poussées d'angiocholites deviennent de plus en plus rapprochées échappant à une antibiothérapie. Devant la cirrhose décompensée, la conduite thérapeutique était de traiter les épisodes d'angiocholites en attendant une transplantation hépatique.

Observation 2: Il s'agit d'une femme âgée de 69 ans, diabétique, hypertendue. Elle a eu une cholécystectomie et une sphinctérotomie avec anastomose cholédoco-duodénale suite à une angiocholite compliquant une lithiase de la voie biliaire principale. Trois ans plus tard, elle a présenté des septicémies à *Escherichia coli* ou *Enterococcus faecalis* à porte d'entrée hépato-biliaire (4 épisodes/an), traitée par amoxicilline-acide clavulanique ou ceftriaxone associés à un aminoside et/ou métronidazole. L'intervention chirurgicale était retardée devant les difficultés techniques (porteuse de plaque pour hernie). Une scintigraphie hépatique a montré une dilatation de la voie biliaire principale et intra-hépatique sans obstacle décelable. Malgré une antibio-prophylaxie, les rechutes étaient fréquentes. L'indication de reprise chirurgicale était posée lors du dernier épisode mais non faite devant la survenue d'un état de choc septique fatal. L'angiocholite récidivante compliquant une chirurgie des voies biliaires est une affection rare. En l'absence d'une prise en charge adéquate et précoce, en fonction de l'étiologie, le pronostic est réservé.

P187- Infections sur TIPS à *Pseudomonas aeruginosa*: Quelle attitude thérapeutique?

H. Hadj kacem, I. Maâloul, D. Lahiani, B. Hammami, Ch. Marrakchi, M. Ben Jemâa

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie

Le shunt intrahépatique porto-systémique transjugulaire (TIPS) est une attitude thérapeutique en cas de thrombose des veines sus hépatiques.

Les complications infectieuses sont rares (2%) mais graves rendant la conduite thérapeutique de plus en plus difficile.

Nous décrivons le cas d'une infection sur TIPS en précisant les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives avec revue de la littérature.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 38 ans, ayant une mutation JAK2 et un syndrome de Budd Chiari. Ce syndrome était compliqué d'une ascite, d'insuffisance hépatocellulaire et de syndrome hépatorénal ayant nécessité la pose du TIPS. Les suites opératoires immédiates ont été marquées par l'infection du liquide d'ascite et la survenue d'une bactériémie à *Pseudomonas aeruginosa*. L'évolution sous antibiotiques a été marquée par la négativation des hémocultures puis la rechute précoce de la bactériémie à l'arrêt de traitement. A 8 mois post opératoire, le patient a été réadmis pour fièvre et frissons. Les hémocultures ont isolé 3 souches de *P aeruginosa* multirésistantes. Un scanner abdominal a montré une thrombose partielle du TIPS et un épanchement intrapéritonéale de grande abondance. Il a été mis sous imipénème, colimycine et fosfomycine avec négativation des hémocultures. Devant l'aggravation progressive de l'ascite et de l'insuffisance rénale, une échographie doppler du TIPS a montré une thrombose complète du TIPS et des veines sus-hépatiques. Une recalibration de TIPS a été faite avec thrombo-aspiration de multiples caillots isolant le pyocyanique après culture. L'échographie cardiaque n'a pas montré d'endocardite. Il a reçu 12 mois d'antibiothérapie avec des rechutes précoces de la bactériémie nécessitant la reprise de l'antibiothérapie.

L'infection sur TIPS est une complication rare mais grave. L'antibiothérapie seule avec l'impossibilité d'ablation de la prothèse vue la complexité de la technique rend la décision thérapeutique difficile en absence d'une transplantation hépatique. Dans notre cas, devant les rechutes précoces de la bactériémie à des souches résistantes de *P. aeruginosa* se pose la question d'une éventuelle antibiothérapie continue en attendant la transplantation hépatique?

P188- Infection génitale haute

S. Ladhari, C. Mrazguia, M. Alouani, R. BH Taher, MS. Rhim, A. Falfoul

Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital régional de Nabeul

Introduction: Les infections génitales hautes (IGH) sont des infections profondes, graves et dans la majorité des cas d'origine ascendante.

Objectifs: -Etudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'IGH

-Détailer les modalités diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les complications.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 48 cas d'IGH colligés dans le service de gynécologie obstétrique de Nabeul sur une période d'une année (2009).

Résultats: L'âge moyen: 32 ans, la gestité moyenne: 2 et la parité moyenne était de 1.5. Le tableau clinique était typique avec douleurs pelviennes, fièvre et présence d'un facteur de risque dans 43cas (90%). Le tableau était pauci-symptomatique dans 4 cas (8.3%).

Les examens complémentaires constituent un apport considérable pour le diagnostic: NFS et CRP étaient positives dans 34 cas (70.8%). L'échographie de pratique systématique était anormale dans 30.2% des cas et sans anomalies pour le reste des patientes. La coelioscopie était faite systématiquement, permettant de confirmer le diagnostic de l'IGH dans 95% des cas et de la traiter. Pour le reste des patientes, elle était normale et a permis de faire des prélèvements microbiologiques. Le traitement médical est basé sur une bithérapie: Augmentin et Ofloxac. L'évolution était favorable dans 100%. Un suivi à long terme a été préconisé pour apprécier le pronostic de la fertilité. Quatre patientes sont revenues enceintes dans l'année qui a suivi la prise en charge.

Conclusion: L'IGH reste fréquente sous nos climats, ses séquelles peuvent être graves surtout pour les formes pauci symptomatiques ou asymptomatiques diagnostiquées tardivement. Le traitement médical et la coelioscopie ont transformé le pronostic de cette affection. L'endoscopie doit être de pratique large en cas de formes douteuses ou compliquées surtout pour les patientes jeunes en âge de procréer.

P189- Les complications infectieuses chez les patients traités par dialyse péritonéale

H. El Kateb, S. Béji, L. Rais, L. Ben Fatma, M. Krid, W. Smaoui, H. Ben Maiz*, K. Zouaghi, F. Ben Moussa.

Service de Néphrologie, Hôpital La Rabta, Rue Jabari 1007 Tunis

Introduction: Les infections chez les patients traités par dialyse péritonéale (DP) sont fréquentes et représentent la seconde cause de mortalité. Le biofilm qui se constitue sur le cathéter (KT) de DP est considéré comme un des facteurs prédisposants majeurs.

Patients et méthodes: Parmi les vingt trois patients traités par dialyse péritonéale entre Février 2007 et Février 2011, six patients (soit 26.08%) ont présentés une ou plusieurs complications infectieuses. Nous étudions les caractéristiques de ces infections.

Résultats: Il s'agit de trois hommes et trois femmes d'âge moyen de 35 ans (21-49). Le délai moyen d'apparition de l'infection après la pose de KT de DP est de 18,22 mois (4-37). Trois patients ont présenté un seul épisode infectieux et les trois autres ont été infectés deux fois. Il s'agit de six péritonites, deux tunnelites et une infection de l'orifice de KT. Le germe isolé est le *Staphylocoque aureus* (SA) dans quatre cas, le *Pseudomonas aeruginosa* (PA) dans quatre cas et un entérobactérie dans un cas. Le traitement a été à base de vancomycine en intra-péritonéal et soins locaux dans deux péritonites et une tunnelite à SA, vancomycine et ablation du KT dans un cas de péritonite réfractaire à SA, ceftriaxone et ofloxacine associés à un pelage du dacron dans un cas de tunnelite à PA, ciprofloxacine et fortum dans deux cas de péritonite à PA, imipénème et ofloxacine associés à une toilette chirurgicale abondante dans un cas de péritonite à PA et enfin ciprofloxacine seule et soins locaux pour l'infection de l'orifice de KT à entérobactérie. L'évolution a été favorable dans tous les cas.

Conclusion: Les infections restent une complication majeure en DP. Les agents pathogènes les plus fréquemment retrouvés sont les cocci à Gram positif, en majorité des staphylocoques et les bacilles à Gram négatif. Leur diagnostic précoce est capital ainsi que leur prévention car elles peuvent mettre en jeu à la fois la survie du patient et celle de la technique de dialyse.

P190- Gangrène périphérique symétrique d'origine pneumococcique: à propos d'un cas

M. Soussi¹, C. Marrakchi¹, W. Ben Saâda¹, Y. Aïdi¹, M. Koubâa¹, H. Hadjkaçem¹, T. Hachicha¹, N. Rekiq², A. Hammami³, M. Ben Jemâa¹

1-Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

2-Service SAMU-Urgences,

3-Service de microbiologie, CHU Habib Bourguiba Sfax

La gangrène périphérique symétrique (GPS) est une entité clinique exceptionnelle qui complique habituellement les méningococcémies. Nous rapportons un cas de GPS d'évolution favorable compliquant une septicémie à pneumocoque.

Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, splénectomisé depuis 10 ans et non vacciné contre le pneumocoque, admis pour une fièvre, frisson, asthénie et anorexie, évoluant depuis 2 jours. A son admission, la température était à 39,5°C, les extrémités étaient froides, cyanosées avec marbrures aux genoux. Un pouls filant et une TA à 60/40 mm hg.

L'absence d'amélioration après un remplissage avec les macromolécules a nécessité la mise en route d'un traitement par Dopamine puis par Noradrénaline. Il n'y avait aucun signe pulmonaire, neurologique ou digestif. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 20800, une thrombopénie à 111000/Ul et un TP à 37%. Deux jours après l'admission, 4 lésions purpuriques dont deux nécrotiques sont apparues aux doigts et à la lèvre supérieure.

Au tiers antérieur des pieds est apparue une plaque de purpura ecchymotique douloureuse. Les pulpes des orteils sont devenues noirâtres avec des ulcérations aux espaces inter orteils. Les pouls périphériques étaient bien perçus. Les hémocultures ont isolé un pneumocoque sensible à la pénicilline. Aucune porte d'entrée ni foyer secondaire viscéral n'a été retrouvé. L'évolution sous céfotaxime puis amoxicilline-acide

clavulanique s'est faite vers l'amélioration progressive avec apyrexie stable et un sevrage en 7 jours des catécholamines. Un traitement à base de sulodexide (VESSEL DUEL F) avec héparine relayé par l'iloprost a permis une amélioration notable avec réduction des plaques d'ecchymose, et de la nécrose et une desquamation cutanée.

La GPS est une entité grave et redoutée surtout chez les splénectomisés et dont le mécanisme physiopathologique reste incertain. Notre expérience montre une rentabilité de l'iloprost dans la prise en charge de cette entité.

P191- Tuberculose multifocale chez une patiente immunocompétente

L. Baili, I. Rachdi, B. Ben Dhaou, F. Boussema, S. Ketari, S. Kochbati, O. Cherif, L. Rokbani

Service de Médecine Interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis

Introduction: La tuberculose sévit toujours selon un mode endémique en Tunisie. La tuberculose multifocale, définie par l'atteinte de deux sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire, est rare (9 à 10% des cas). Elle survient préférentiellement chez les patients immunodéprimés et particulièrement ceux qui sont atteints par le VIH. La tuberculose multifocale atteint rarement les sujets immunocompétents.

Nous rapportons l'observation d'une tuberculose multifocale chez une patiente immunodéprimée.

Observation: Une patiente âgée de 77 ans, sans antécédents particuliers, été adressée pour prise en charge de tuméfactions sous cutanées multiples (cervicales et para-vertébrales) associée à une altération de l'état général. L'examen physique a montré la présence d'une collection cervicale indolore fistulisée laissant sourdre un liquide jaunâtre et de deux collections para-vertébrales indolores et fermes. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire biologique. L'intradermo-réaction tuberculique était phlycténulaire. La recherche du Bacille de Koch dans le liquide d'aspiration gastrique était négative. La radiographie du thorax était sans anomalie. L'échographie cervicale a confirmé la présence de trois masses cervicales gauches tissulaires et hétérogènes. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a objectivé des collections rétro-péritonéales (fascia para-rénal postérieur gauche) et pariétales multiples. Ces collections sont à contenu liquidien, à paroi propre et se rehaussent en périphérie après injection du produit de contraste. L'examen bactériologique et la recherche du Bacille de Koch au niveau du liquide d'aspiration gastrique et du liquide de ponction des collections pariétales étaient négatifs. Une biopsie d'une adénopathie cervicale a alors été pratiquée et l'étude anatomo-pathologique a objectivé des granulomes épithélioïdes centrés par une nécrose caséuse. Le diagnostic de tuberculose multifocale (ganglionnaire, pariétale et retro-péritonéale) a alors été retenu. Un traitement antituberculeux associant Isoniazide, Rifadine, Ethambutol et Piazoline a été mis en route. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'état général et la régression partielle des collections.

Conclusion: La tuberculose multifocale, particulièrement grave chez le sujet immunodéprimé est exceptionnelle de nos jours. Un diagnostic précoce de ces formes multifocales et évoluées est nécessaire afin de préserver le pronostic vital de ces patients. Un traitement antituberculeux prolongé est souvent nécessaire.

P192- Tuberculose extra-pulmonaire de l'enfant: A propos de 15 cas

A. Ben Othman, K. Abidi, S. Hamrouni, L. Gharsallah, O. Bouyahia, S. Boukthir, S. Mazigh Mrad, A. Sammoud.

Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants de Tunis, Bab Saadoun, Tunis

Introduction: La tuberculose extra pulmonaire représente 1/3 des cas de tuberculose. L'enfant a une prédisposition à présenter cette forme extra pulmonaire.

Objectif: Préciser le profil épidémiologique, clinique, les problèmes diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose extra pulmonaire.

Patients et méthodes: C'est une étude rétrospective menée sur une période allant de 2000 à 2010. Le diagnostic de Tuberculose a été

retenu par l'examen histologique ou sur un faisceau d'arguments épidémiologique (contage), un contexte évocateur (clinique, radiologique, IDR) associés à une preuve thérapeutique.

Résultats: Nous avons colligés 15 cas de tuberculose extra-pulmonaire (83%). La moyenne d'âge est de 8 ans (extrêmes 3 à 14 ans). Le sex ratio est égal à 2. Tous les malades ont été vaccinés par le BCG à la naissance. La localisation peut être unique: ganglionnaire (5 cas), péritonéale (4 cas), digestive (2 cas), méningée (1 cas) et ostéo articulaire (1 cas) ou multiple: 1 cas de tuberculose péritonéale et pulmonaire, 1 cas de tuberculose péritonéale et ganglionnaire. Le diagnostic positif était retenu après examen anatomopathologique chez 11 enfants (73%). Dans les autres cas il s'agissait d'une forte suspicion clinique et radiologique avec une IDR positive. L'évolution était favorable sous traitement anti tuberculeux sauf dans le cas de la tuberculose méningée qui s'est compliquée d'hydrocéphalie.

Conclusion: La fréquence de la Tuberculose extra-pulmonaire reste élevée malgré les efforts déployés dans notre pays, cela prouve que la vaccination par le BCG ne protège pas parfaitement contre la maladie.