

P1: CANDIDOSE CUTANEO-MUQUEUSE CHRONIQUE : A PROPOS DU PREMIER CAS TUNISIEN

H. TRABELSI¹, H. SELLAMI¹, A. SELLAMI¹, F. MAKNI¹, F. CHEIKHROUHOU¹, S. BOUJELBEN¹, S. ESSAFI¹, S. MARREKCHI², H. TURKI², M. HACHICHA³, A. AYADI¹.

1- Laboratoire de Parasitologie- mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2- Service de dermatologie CHU Hedi Chaker Sfax

3- Service de Pédiatrie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction : La candidose cutanéomuqueuse chronique (CMC) est un désordre complexe caractérisé par une infection candidosique persistante et récidivante. A notre connaissance, nous rapportons le premier cas de CMC tunisien afin d'attirer l'attention sur cette affection pour un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

Observation : Un enfant âgé de trois ans et demi, aux antécédents d'épisodes de bronchite à répétition dès l'âge de trois mois, s'est présenté pour un muguet buccal évoluant depuis huit mois. L'examen clinique révélait une chéilite sous forme d'œdème avec desquamation du vermillon des lèvres supérieure et inférieure. Les deux commissures labiales étaient érythémateuses, fissurées et macérées. La langue était dépapillée et érythémateuse en avant du V lingual. Des plaques blanchâtres adhérentes recouvraient la muqueuse jugale. La muqueuse des gencives était rouge brillante. Au niveau de la région temporale droite du vertex, une plaque hyperkératosique était notée avec des squames blanc-jaunâtres, épaisses. Le pavillon de l'oreille droite était le siège d'une plaque érythémato-squameuse au niveau de la partie supéro-externe de l'hélix. Une atteinte unguéale était notée sous forme de périonyxis de l'index gauche et du pouce droit, avec leuconychie et hyperkératose sous-unguéale. Par ailleurs, un retard de croissance statural était noté. Un prélèvement mycologique était effectué à différents sites (langue, ongles, cuir chevelu et oreille). L'examen direct a trouvé de nombreuses levures filamenteuses et la culture sur milieu de Sabouraud a isolé la présence de *Candida albicans*. Le bilan biologique, hormonal et immunologique, s'était révélé négatif. Aucun cas familial n'était retrouvé à l'interrogatoire. L'enfant était mis sous Triflucan*, Mycostatine* et Ecorex* avec régression des lésions cutanées, disparition de la perlèche bilatérale et nette amélioration de l'atteinte unguéale.

Commentaire : Le mécanisme physiopathologique

exact de la CMC reste encore mal compris. La CMC ne représente pas une maladie spécifique mais c'est une présentation phénotypique d'un spectre de désordres immunologique, endocrinien et auto-immun. Dans cette observation, nous n'avons pas trouvé d'anomalies sous-jacentes. Un bilan immunitaire et hormonal plus poussé mérite d'être entrepris.

P2: LES CANDIDOSES CUTANÉES CHEZ LE NOUVEAU NÉ

H. AMRI, F. CHEIKHROUHOU, F. MAKNI, H. SELLAMI, A. SELLAMI, S. BORCHANI, F. BEN ABDALLAH, A. AYADI

Laboratoire de parasitologie mycologie ; CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction : Les candidoses cutanées en période néonatale comportent deux entités différentes : les candidoses cutanées congénitales (CCC) et les candidoses cutanées acquises (CCA). Notre objectif est d'étudier leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective des candidoses cutanées du nouveau né diagnostiquées dans notre laboratoire sur une période de 15 ans (1993-2007).

Résultats : La CCC a été diagnostiquée dans 13 cas. Elle a été caractérisée par des éruptions cutanées généralisées dans 12 cas et par une éruption cutanée localisée au niveau tronc. Elle a été associée à un périonyxis dans 2 cas. L'espèce isolée était *C. albicans* dans tous les prélèvements. La CCA a été diagnostiquée dans 22 cas. Elle a été apparue après la première semaine de vie. Elle a été caractérisée par des lésions cutanées localisées au niveau des plis (50%), du siège (45.5%) et du tronc (4.5%). La culture a identifié les espèces suivantes : *C. albicans* (68.3%), *C. parapsilosis* (22.7%), *C. tropicalis* (4.5%) et *C. famata* (4.5%).

Discussion : Les CCA sont plus fréquentes que les CCC. Le mode de contamination est différent : dans la CCA, l'infection candidosique est acquise tardivement au-delà de la première semaine de vie (mains de la mère, couches du bébé...) ; alors que dans la CCC, l'infection candidosique est acquise en utéro à partir d'un foyer gynécologique maternel. *C. albicans* est l'espèce majoritaire. Une prévention des modalités de transmission et une prise en charge précoce d'une candidose chez la mère permettent de maîtriser ces affections et d'éviter une éventuelle dissémination.

P3 : LES MYCOSES SUPERFICIELLES DUES AUX CHAMPIGNONS CONTAMINANTS

H. AMRI¹, A. SELLAMI¹, F. CHEIKHROUHOU¹, F. MAKNI¹, H. SELLAMI¹, S. BOUJELBÈNE¹, A. CHROUDA¹, S. BOUDAYA², H. TURKI², A. AYADI¹.

1- Laboratoire de Parasitologie Mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2- Service de Dermatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction : Les champignons contaminants sont des saprophytes ubiquitaires mais peuvent parfois être à l'origine des affections dermatologiques aussi bien chez les immunocompétents que chez les immunodéprimés. Notre objectif est d'étudier le polymorphisme clinique de ces dermatomycoses et de préciser les espèces en cause.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective des dermatomycoses à moisissures diagnostiquées dans notre laboratoire sur une période de 17 ans (1991-2007). Le diagnostic a été confirmé par des cultures répétées associées parfois à des examens histologiques.

Résultats : Différents tableaux cliniques de dermatomycoses superficielles ont été diagnostiqués, dominés par les onychomycoses (138 cas), dus essentiellement à *Penicillium sp* (38 cas), *Fusarium* (35 cas) et *Scopulariopsis* (33 cas). Les interrigos inter-orteils, tous dus à *Fusarium*, ont été diagnostiqués dans 10 cas. Nous rapportons un cas de multiples lésions cutanées au niveau des membres inférieurs et du tronc, dues à *Fusarium oxysporum* chez une femme de 23 ans. *Alternaria sp* a été responsable d'un cas de nodules cutanés au niveau des jambes associés à un onyxis chez un fermier de 25 ans traité par corticothérapie. Différentes expressions cutanées secondaires à des mycoses profondes ont été diagnostiquées. *Aspergillus* a été à l'origine de multiples abcès cutanés des membres secondaires à une granulomateuse septique familiale chez un enfant atteint d'un syndrome de Chediak-Higashi. *Veronea bothryosa* a été isolé chez une femme ayant des lésions ulcéro-granulomateuses au niveau de la muqueuse nasale et des membres. *Scopulariopsis brevicaulis* a été responsable de nombreuses lésions ulcéro-nécrotiques du lobule de l'oreille et du cuir chevelu associées à un envahissement ganglionnaire et pulmonaire, chez une femme sans antécédents pathologiques particuliers. *Scytalidium dimidiatum* a été isolé d'un abcès sous cutané chez une patiente de 49 ans atteinte de pemphigus. *Fusarium solani* a été responsable de lésion gingivo-labiale chez un leucémique.

Discussion : Le polymorphisme clinique des dermatomycoses à moisissures rend le diagnostic

difficile. Pour confirmer le pouvoir pathogène de ces champignons, il faut multiplier les prélèvements et les biopsies et répéter les cultures. Une vigilance s'impose afin d'éviter l'expression profonde de ces dermatomycoses.

P4 : LES MALASSEZIOSES: IMPLICATION DES ESPECES DU GENRE MALASSEZIA

H. AMRI¹, F. MAKNI¹, M. AFFES¹, F. CHEIKHROUHOU¹, A. SELLAMI¹, H. SELLAMI¹, S. SAFI¹, A. MASMOUDI², S. MARREKCHI², H. TURKI², A. AYADI¹.

1. Laboratoire de parasitologie mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2. Services de dermatologie. CHU Hédi Chaker Sfax

Les levures du genre *Malassezia* sont des levures commensales appartenant à la flore cutanée de l'homme et des animaux. Le genre *Malassezia* est actuellement divisé en 11 espèces. Elles sont responsables de plusieurs dermatoses (pityriasis versicolor, dermite séborrhéique, pityriasis capitis, folliculite) et rarement des infections systémiques.

Notre objectif est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et d'identifier les espèces de *Malassezia* en cause de ces affections.

Patients et Méthodes: Etude rétrospective portant sur 3214 prélèvements (2687 scotch test, 207 cuir chevelu, 135 cils, 47 pustules et 138 lésions squameuses) adressés à notre laboratoire sur une période de 5 ans (2003-2007).

Résultats: Les malassezioses ont été diagnostiquées dans 1913 cas (59.5%). Le pityriasis versicolor était la malasseziose la plus fréquente (72.4%) suivie par le pityriasis capitis (10.8%), la dermite séborrhéique (7.2%), la blépharite (7.1%) et la folliculite (2.5%). Pour le pityriasis versicolor, l'âge moyen était de 26 ans dont la tranche d'âge la plus touchée était de 15 à 20 ans (24.3 %). Leurs localisations les plus prédominantes étaient le tronc (51%) et le cou (21.3%). Les lésions ont été de type hypochromique (52.8%), hyperchromique (45.4%) et mixte (1.8%). Les formes récidivantes étaient constatées dans 8.8% des cas. 51.3% des cas ont été diagnostiqués en période estivale. Les espèces les plus fréquemment isolées étaient *M. globosa* (50%), *M. furfur* (27%), *M. sympodialis* et *M. furfur* (16 %) et *M. restricta* (5.5%).

Les lésions du pityriasis capitis ont été de type squameux (78.1%), alopeciques (16.2%) et chute des cheveux (4.7%).

Les espèces en cause étaient *M. restricta* et *M. globosa* respectivement dans 60% et 40%.

Les folliculites étaient localisées essentiellement au niveau du tronc (52.8%) et du visage (44.4%).

Discussion : Les malassezioses sont des affections assez fréquentes dans notre pays,

dominées essentiellement par le pityriasis versicolor dont l'espèce la plus incriminée est *M. globosa*. Les autres malassezioses ont pris une attention considérable de la part des cliniciens et des mycologues ces dernières années.

L'identification des espèces *Malassezia* s'avère nécessaire afin de discuter leur écologie et leur implication dans les différentes affections.

P5 : LES INTERTRIGOS MYCOSIQUES

H. TRABELSI¹, F. CHEIKHROUHO¹, F. MAKNI¹, H. SELLAMI¹, A. SELLAMI¹, S. BOUJELBENE¹, A. KANOUN¹, H. TURKI², A. AYADI¹

1- Laboratoire de parasitologie mycologie ; CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

2 - Service de dermatologie CHU Hédi Chaker Sfax

L'intertrigo est une dermatite superficielle de la peau qui constitue un motif de consultation important et en nette recrudescence.

Objectif : Etudier le profil épidémiologique, clinique et mycologique des intertrigos.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective portant sur les cas d'intertrigos qui ont été diagnostiqués dans notre laboratoire de Parasitologie Mycologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax sur une période allant de Janvier 1995 à Décembre 2007.

Résultats : Nous avons colligés 3974 cas d'intertrigos mycosiques parmi 7484 prélèvements (53%). La tranche d'âge la plus touchée était entre 40 et 50 ans, l'âge moyen était de 44 ans, le sex-ratio était de 1,04.

Les sièges les plus touchés étaient: espace inter orteil (73.3%), pli inguinal (14.8%), pli inter fessier (2.6%), espace inter digital (2.3%), pli axillaire (1.1%) et pli inter et sous mammaire (0.8%). Les intertrigos dermatophytiques ont représentés 67.1% dont *T. rubrum* était l'espèce majoritaire (84.2%) suivie par *T. mentagrophytes* (8.3 %), *E. floccosum* (3.3%), et *T. violaceum* (0.3%). 10 cas d'intertrigo inter orteil ont été dus à *Fusarium* sp.

Les intertrigos candidosiques ont été diagnostiqués dans 10.5% des cas: *C. albicans* a occupé la première place (67.9%) suivi par *C. tropicalis* (14.1%) et *C. parapsilosis* (11.4 %).

Conclusion : Les intertrigos mycosiques, touchant essentiellement l'adulte, sont essentiellement d'origine dermatophytique. *T. rubrum*, espèce anthropophile, reste l'agent pathogène majoritaire. L'examen mycologique demeure essentiel afin de confirmer le diagnostic et d'adapter le traitement adéquat vu leur fréquence et le risque de contamination d'autres sites ou des sujets contacts.

P6 : DIVERSITE DES MYCOSES CUTANÉES : BILAN DE DEUX ANS :

E. Hafhouf, B. Jemli, A. Ayed, S.K. Rahal, A. Trimeche, S. Gargouri

Service de Parasitologie – Mycologie de l'Hôpital Militaire de Tunis.

Introduction : Ce sont des affections superficielles de la peau dues à des dermatophytes et des levures. Bien qu'elles soient bénignes, elles sont inesthétiques, récidivantes et posent un problème thérapeutique.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à l'Hôpital Militaire de Tunis, sur une période de deux ans (janvier 2006-décembre 2007). Elle a intéressé 404 prélèvements de localisations diverses de la peau glabre : plante et dos du pied, paume de la main, plis interdigitaux, plis inguinaux, tronc et autres. Pour chaque prélèvement, nous avons effectué un examen direct, une culture sur milieu de Sabouraud associé à un antibiotique (chloramphénicol) avec et sans actidione, une incubation à 27° puis une identification du champignon isolé. Un scotch-test a été réalisé pour la recherche du *pityriasis versicolor*. Un prélèvement est considéré positif s'il a un examen direct positif et /ou une culture positive.

Résultats : Notre population a un âge moyen 32.9 (2ans-79ans) avec un sexe ratio de 0,63. Les mycoses concernent essentiellement les pieds dans 21%, les mains dans 17.1% et les plis interdigitaux dans 11.9%. Parmi les 404 prélèvements, 213 sont positifs (52.72%) avec une culture positive dans 73.23% (156/213); Les champignons impliqués sont principalement des dermatophytes (85.89%) avec *Trichophyton rubrum* dans 69.94% (106/156). Les levures n'ont été retrouvées que dans 14.1% des cas (22/156). Le *pityriasis versicolor* a été retrouvé dans 9.38% des prélèvements positifs

Conclusion : Les mycoses cutanées sont de localisations multiples avec des aspects cliniques et épidémiologiques variables. *Trichophyton rubrum* reste le plus incriminé, espèce difficile à traiter surtout s'il ya dissémination et atteinte secondaire de l'ongle.

P7 : LES ASSOCIATIONS DE DERMATOPHYTES AU SEIN D'UNE MEME LESION : FREQUENCE ET SIGNIFICATION

S. GAÏED MEKSI, S. GAÏED MEKSI, F. SAGHROUNI, A. FATHALLAH, A. YAACOUB, N. MLIKA, M. BEN SAÏD

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU Farhat Hached, Sousse

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux pathogènes obligatoires responsables de mycoses superficielles : les dermatophyties. L'identification de l'espèce responsable a des implications thérapeutiques et épidémiologiques. Habituellement, un seul dermatophyte est isolé dans un même site. Cependant, les associations restent possibles.

Le but du présent travail est d'estimer la fréquence des associations de dermatophytes et de préciser les espèces incriminées.

Ce travail a porté sur une période de huit ans (1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2007) où nous avons répertorié tous les cas de teignes diagnostiqués au Laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse. Durant cette période nous avons ainsi colligé 37 cas d'associations de dermatophytes. Cinq espèces ont été isolées : *Trichophyton (T) rubrum* dans 29 (39,1%) cas, *T. violaceum* dans 28 (37,8%) cas, *T. mentagrophytes* dans 10 (13,5%) cas, *Microsporum (M.) canis* dans 6 (8,1%) cas et *T. ochraceum* dans un (1,3%) cas.

Dans tous les cas, il s'agissait de deux dermatophytes.

Six types d'associations ont été rencontrés :

- *T. rubrum* et *T. violaceum* dans 21 (56,7%) cas.
- *T. rubrum* et *T. mentagrophytes* dans 5 (13,5%) cas.
- *T. violaceum* et *T. mentagrophytes* dans 4 (10,8%) cas.
- *T. rubrum* et *Microsporum (M.) canis* dans 3 (8,1%) cas.
- *M. canis* et *T. violaceum* dans 3 (8,1%) cas.
- *T. mentagrophytes* et *T. ochraceum* dans 1 (2,7%) cas.

Les sites d'isolement ont été : les pieds dans 27 (72,9%) cas, le cuir chevelu dans 5 (13,5%) cas, le membre supérieur dans 4 (10,8%) cas et les plis inguinaux dans 1 (2,7%) cas.

Les implications épidémiologiques et thérapeutiques de ces associations sont discutées.

P8 : LES LEVURES DU GENRE TRICHOSPORON : FREQUENCE ET POUVOIR PATHOGENE

A. YAACOUB, A. YAACOUB, F. SAGHROUNI, S. GAÏËD MEKSI, A.FATHALLAH, N.MLIKA, M. BEN SAÏD

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU Farhat Hached, Sousse

Les levures du genre *Trichosporon* sont des saprophytes de la peau et notamment au niveau de la région périgénitale et périanale mais aussi des muqueuses digestives et respiratoires. Elles

peuvent occasionner des mycoses superficielles ou profondes.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence de ces levures et de déterminer les principales espèces rencontrées.

Il s'agit d'une étude rétrospective faite au Laboratoire de Parasitologie- Mycologie du CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 18 ans (1990-2008). Elle a porté sur 141 prélèvements dans lesquels une levure du genre *Trichosporon* a été isolée. L'identification de l'espèce a été basée sur sa morphologie sur PCB ou AT et sur son profil à l'Auxacolor® et/ou l'ID32C®.

Quatre espèces ont été isolées : *Trichosporon cutaneum* dans 38,2% des cas, *T. ashaii* dans 14,8% des cas, *T. mucoides* dans 8,5% des cas et *T. inkin* dans 0,7% des cas. L'espèce n'a pas été identifiée dans 37,5% des cas. Le *Trichosporon* a été isolé au niveau du membre inférieur dans 69,5% des cas, suivi par le membre supérieur dans 19,8% des cas, les muqueuses respiratoires et urinaires dans 6,36% des cas et au niveau du cuir chevelu dans 3,54% des cas. Au niveau du membre inférieur, nous avons noté une nette prédominance au niveau du pied essentiellement au niveau des ongles (58,1% des cas) et des espaces interorteils (23,46% des cas). *Trichosporon* était isolé de façon abondante en culture pure dans 58,2% des cas. La pathogénicité des isolats est probable dans 12 cas où des levures ont été objectivées à l'examen direct et le *Trichosporon* isolé de façon abondante en culture pure.

Le pouvoir pathogène des levures du genre *Trichosporon* est difficile à apprécier vu leur caractère saprophyte et la difficulté du suivi des malades.

P9 : MYCOSE SUR CUTIS VERTICIS GYRATA

A. BERRICHE, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, B. KILANI, H. TIOURIBENAISSA, L. AMMARI, A. GHOBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : Cutis verticis gyrata est une malformation du scalp qui prend l'aspect de plis profonds verticaux ressemblant à la surface du cerveau. Il peut être primaire congénital ou secondaire à un eczéma, une maladie endocrinologique ou systémique.

Objectif : nous rapportons l'observation d'une patiente hospitalisée pour une mycose sur cutis verticis gyrata.

Observation : Mme H.M, âgée de 44 ans, asthmatique sous ventoline, est admise en Juillet 2005 pour une infection du cuir chevelu étendue au

visage. L'examen note une malformation du cuir chevelu, donnant l'aspect de circonvolutions cérébrales, siège d'un placard rouge, infiltré, non chaud, recouvert de squames épaisses et entouré d'un halo inflammatoire, plus foncé, parsemé de fines vésicules. Ce placard déborde sur l'hémiface gauche avec un œdème palpébral homolatéral. Le diagnostic d'eczéma sur cutis verticis gyrata compliqué d'une mycose surinfectée a été retenu. Un prélèvement mycologique a été réalisé puis la patiente a été mise sous oxacilline, kétoconazole gel et nitrate d'éconazole lait. Le prélèvement mycologique était négatif à l'examen direct. L'évolution était favorable. Cependant, la patiente a présenté une récurrence au bout de 12 mois. Elle a ensuite été perdue de vue.

Conclusion : Du fait de son organisation en plis verticaux, cette malformation rare peut être une cause favorisante de mycose superficielle.

P10 : LES MYCOSES SUPERFICIELLES CHEZ LES PERSONNES AGEES DANS LA REGION DE MONASTIR : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET MYCOLOGIQUE

M. SASSI 1, M. GORCII 1, Z. CHEMLI 1, H. BEL HAJ ALI 2, E.S. GHEDIRA 1, A. ARGOUBI 1, F. MEHDIOUI 1, D. BOUSLIKHANE 1, M. CHAARI 1, J. ZILI 2, H. BABBA 1, R. AZAIEZ 1.

1- Laboratoire de Parasitologie - Mycologie. CHU Fattouma Bourguiba. Monastir
2- Service de dermatologie CHU Fattouma Bourguiba. Monastir

Introduction : La sénescence du système immunitaire chez la population âgée constitue un facteur physiologique de prédisposition aux mycoses fongiques cutanéomuqueuses. L'objectif de notre étude sur les personnes âgées consiste à déterminer le profil épidémiologique et mycologique des mycoses superficielles.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au laboratoire de parasitologie de Monastir, ayant inclus 278 personnes d'âge égal ou supérieur à 60 ans, durant la période de janvier 2005 à décembre 2007. Les prélèvements recueillis se divisent en 4 catégories : les ongles, la peau glabre, les prélèvements buccaux et le cuir chevelu.

Resultats : 278 personnes d'âge égal ou supérieur à 60 ans ont été adressées au laboratoire de parasitologie durant la période de 3 années sur un total de 3994 cas de suspicion de mycoses superficielles. Les prélèvements d'ongle viennent en première position avec un total de 116 cas. En deuxième lieu viennent les prélèvements de la peau glabre chez 111 personnes. Puis, on retrouve les prélèvements buccaux avec un total de 42 cas.

Le cuir chevelu vient en dernière place avec 9 cas seulement. L'examen direct est positif dans 133 cas (47,84%) alors que la culture est positive dans 139 cas (50%), négative dans 125 cas (44,96%) et contaminée dans 14 cas (5,04%). Pour les cultures positives, on dénombre 56 cas de dermatophyties (40,28%). Parmi les 56 cas d'infections dermatophytiques, *Trichophyton rubrum* est de loin le plus fréquemment isolé étant incriminé dans 43 cas (76,78%). Quant aux infections candidosiques, *Candida albicans* est le plus fréquent avec 51 cas sur un total de 83 cas (61,44%).

Conclusion : Nous avons trouvé une prévalence de 37% des mycoses superficielles dans notre population. L'examen mycologique doit être systématique car l'examen clinique ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de mycose.

P11 : LES DERMATOPHYTIAS : ASPECTS CLINIQUES ET AGENTS ETIOLOGIQUES

S. NEJI¹, F. MAKNI¹, A. SELLAMI¹, H. SELLAMI¹, F. CHEIKHROUHO¹, S. BOUJELBENE¹, S. MARREKCHI², H. TURKI², A. AYADI¹.

1- Laboratoire de parasitologie mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax
2- Services de dermatologie. CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction : Les dermatophyties constituent un motif de consultation fréquent dans notre pays. Cependant, leur prévalence et la distribution des différents agents étiologiques varient avec le temps et le lieu géographique.

Le but de cette étude a été de préciser le profil clinique, épidémiologique et les agents étiologiques des dermatophyties.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective réalisée sur 23772 patients suspects de dermatomycoses colligés dans notre laboratoire durant une période de 9 ans allant de 1999 à 2007.

Résultats : 9453 patients présentaient une dermatophytie correspondant à 14221 prélèvements positifs.

L'âge moyen était de 36ans. 52.2% de nos patients ont été de sexe féminin et 81.3% de provenance urbaine. La notion de contact avec les animaux a été notée dans 6.5% des cas, essentiellement chats, lapins et bovins. Dans 3% des cas, les malades avaient des antécédents familiaux de dermatophytose.

Les onychomycoses étaient les plus fréquentes (31%), suivies par l'atteinte palmoplantaire (27%) et les intertrigos (21.8%).

1587 cas (11%) d'herpès circiné, 1301 cas (9%) de teignes, 31 cas de sycosis ont été diagnostiqués.

Les dermatophytes ont été isolés à partir d'un seul site (53.8%), deux sites (33%) et trois sites ou plus (13.2%). *T. rubrum* était l'espèce la plus fréquemment isolée (74.7%), suivie par

T. mentagrophytes (7.6%), *T. violaceum* (7.5%), et *M. canis* (3.7%). *T. verrucosum* est de plus en plus isolé surtout à partir des teignes de cuir chevelu (0 cas en 1999 et 19 cas en 2007). D'autres espèces sont retrouvées sporadiquement: *T. tonsurans*, *T. quinckeanum*, *T. schœnleinii*, *M. langeroni*, et *M. ferrugineum*.

Discussion : L'incidence des dermatophyties est en augmentation dans notre pays. *T. rubrum* demeure l'agent étiologique par excellence. Les espèces zoophiles sont en recrudescence. L'étude épidémiologique est alors un outil essentiel pour développer des stratégies afin de contrôler ces types d'infections.

P12 : LES DERMATOMYCOSES DE L'ENFANT

H. TRABELSI¹, F. MEZGHANI¹, A. SELLAMI¹, H. SELLAMI¹, F. MAKNI¹, F. CHEIKHROUHOU¹, A. CHROUDA¹, S. BORCHANI¹, S. MARREKCHI², H. TURKI², A. AYADI¹.

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU H.Bourguiba Sfax

2- Service de Dermatologie CHU Habib Bourguiba Sfax

Les mycoses sont des affections fréquentes chez l'enfant et connaissent des agents pathogènes variés. L'objectif de notre étude est de déterminer les différents agents étiologiques des dermatomycoses chez l'enfant et d'étudier la diversité de leurs manifestations cliniques.

Matériel et Méthodes : Une étude rétrospective, concernant les enfants âgés de moins de 16 ans et ayant une dermatomycose, a été faite entre 1991 et 2007 (17 ans), au laboratoire de parasitologie-mycologie CHU H.Bourguiba Sfax.

Résultats : Durant cette période, 5989 prélèvements ont été obtenus à partir de 5753 enfants ayant consulté pour suspicion de mycoses superficielles. Le diagnostic de dermatomycose a été retenu chez 2869 enfants (49,8%). Le sex-ratio a été de 1,4. Les dermatophytes, agents fongiques les plus fréquents, ont été retrouvés dans 2312 des cas (80,6%) avec prédominance des teignes du cuir chevelu (68,3%) suivi des herpès circinés (19%). *Trichophyton violaceum* a été l'espèce prédominante (1146 cas, soit 49,5%) suivi de *Microsporum canis* (568 cas, soit 24,5%). Les infections superficielles à levures (651 cas, soit 22,8%) ont été dominées par les malassezioses (491 cas, soit 75,4%). Les candidoses superficielles ont été dues essentiellement à *Candida albicans* (90 cas, soit 56,6%).

Commentaires : les aspects cliniques des dermatomycoses chez l'enfant varient en fonction de l'âge : les teignes du cuir chevelu et l'herpès circiné sont plus fréquents avant 13 ans. Au delà de cet âge, pityriasis versicolor et les onychomycoses deviennent plus fréquents.

P13 : INFECTION CUTANÉE A PAECILOMYCES LILACINUS CHEZ UNE TRANSPLANTÉE RENALE

S. KHALED 1, S. TRABELSI¹, H. BEZZINE 2, E. ABDERRAHIM 2, B. FEZAA 3, S. BOUBAKER⁴, M.R. KAMMOUN 3, T. BEN ABDALLAH 2

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie. EPS Charles Nicolle. Tunis.

2- Service de Médecine Interne A. EPS Charles Nicolle. Tunis.

3- Service de Dermatologie. EPS Charles Nicolle. Tunis.

4- Service d'Anatomo-Pathologie. Institut Pasteur de Tunis.

Nous rapportons une atteinte cutanée observée chez une patiente transplantée rénale. Les lésions sont apparues en Août 2007. Elles sont situées au niveau de la jambe gauche prenant l'aspect de nodules qui s'ulcèrent secondairement. Pendant 4 mois, la patiente a reçu des traitements antibiotiques sans amélioration. Devant l'augmentation du nombre des lésions et leur extension sur toute la jambe, des prélèvements pour examens mycologiques sont faits en Janvier 2008. A l'examen direct, des éléments lévuriformes avec filamentation sont mis en évidence. Les cultures permettent d'isoler et d'identifier *P. lilacinus*. Une biopsie cutanée permet d'isoler la même souche. Des colorations spécifiques (PAS, Gomori-Grocott) montrent l'envahissement cutané par des filaments mycéliens et l'absence d'envahissement sous-cutané. La malade a été initialement traitée par itraconazole pendant 39 jours. Après détermination des CMI par microméthode en milieu liquide et devant l'apparition de nouvelles lésions, la patiente a été mise sous voriconazole. Une amélioration clinique est observée après 15 jours de traitement, malgré des examens directs encore positifs.

Huit cas d'infections cutanées par *P. lilacinus* chez des transplantés rénaux sont rapportés dans la littérature depuis 1977. Les lésions sont localisées au niveau des extrémités, jambe essentiellement, suite à un traumatisme. La première lésion apparue chez notre patiente est située au niveau d'une excoriation cutanée suite à une chute sur le genou. Pour le nombre limité de cas rapportés, les antifongiques conventionnels ont été peu actifs ou inefficaces contre *P. lilacinus*. Dans plusieurs cas l'exérèse chirurgicale a été associée au traitement médical. Le traitement le plus indiqué actuellement est le voriconazole, sachant que la sensibilité d'une souche à un agent antifongique est multifactorielle dépendant de la molécule, de l'espèce fongique en cause et de facteurs propres au patient tel que le statut immunitaire ou la maladie sous-jacente.

P. lilacinus est un pathogène émergent, responsable d'infections cutanées sévères et dévastatrices.

Le facteur prédisposant fréquemment rapporté est la transplantation d'organes. Une identification correcte de l'espèce isolée est déterminante pour un traitement approprié.

(*P. lilacinus*) est un champignon filamenteux cosmopolite, saprophyte du sol. Les infections chez l'homme sont rares, le plus souvent sur un terrain immunodéprimé. Les localisations sont variables : oculaires, sinusiennes, osseuses et parfois disséminées. Le traitement de ces hyalohyphomycoses est souvent difficile.

P14 : PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES DES MYCOSES SUPERFICIELLES DANS UNE POPULATION NON HOSPITALIERE DE LA REGION DE TUNIS

I. BEN HADJ ALI, E. SIALA, R. BEN ABDALLAH, N. ZALLEG, K. AOUN ET A. BOURATBINE.

Service de Parasitologie Clinique, Institut Pasteur de Tunis

Les mycoses superficielles (MS) sont des motifs fréquents de consultation en dermatologie. Leur incidence est en nette recrudescence ces dernières années; en raison des modifications des habitudes de vie. Le but de notre étude est de dégager les particularités épidémiologiques et mycologiques des MS dans une population non hospitalière de la région de Tunis.

Il s'agit d'une étude rétrospective comportant 712 prélèvements mycologiques réalisés au Laboratoire de mycologie de l'Institut Pasteur de Tunis en 2006 et 2007. Ces prélèvements ont concerné 571 patients principalement adressés par des médecins de libre pratique pour suspicion de MS. Pour chaque prélèvement, un examen direct et une culture sur milieu Sabouraud avec et sans actidione ont été réalisés. L'identification des levures a été basée sur le test de filamentation et le test d'assimilation des sucres. Les champignons filamenteux ont été identifiés sur les caractères microscopiques et macroscopiques des cultures.

28,5% des prélèvements mycologiques réalisés se sont révélés positifs. Les onychomycoses constituent à elles seules 39,4% des MS. Les intertrigos viennent en seconde position (19,7%). Alors que les teignes du cuir chevelu n'ont représenté que 7,4% des MS. Parmi les champignons isolés, *Trichophyton rubrum* a été le plus fréquent (40,2%), suivi de *Candida albicans* (13,6%). *Microsporum canis* a été identifié dans 5,3% des cas.

Le profil épidémiologique des MS dans notre étude dominé par les onychomycoses, diffère de celui observé dans les séries hospitalières où les MS sont essentiellement constituées par les atteintes cutanées. L'émergence des champignons

zoophiles est également plus prononcée dans notre série par rapport aux autres études. Ces différences seraient principalement en rapport avec les meilleures conditions socio-économiques de nos consultants; provenant principalement du secteur privé, par comparaison aux échantillons hospitaliers.

P15 : LES ONYCHOMYCOSES DANS LE CHU DE SFAJ

H. TRABELSI1, A. SELLAMI1, S. NEJI1; F. MAKNI1, F. CHEIKHROUHOUI, H. SELLAMI1, S. BOUJELBENE1, S. BORCHANI1, S. MARREKCHI2, H. TURKI2, A. AYADI1.

1. Laboratoire de Parasitologie Mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2. Service de Dermatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction : Les onychomycoses constituent un motif de consultation fréquent en dermatologie. Elles constituent une véritable préoccupation vu surtout leur caractère récidivant

Objectif : Déterminer le profil épidémiologique et mycologique des onychomycoses dans notre région.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective portant sur 12114 cas d'onychomycoses adressés à notre laboratoire sur une période allant de Janvier 1989 à Décembre 2007. Le diagnostic a été posé par l'examen direct et la culture.

Résultats : Les onychomycoses ont été diagnostiquées dans 8448 cas (70%) avec une augmentation progressive des nombres des cas : 19 cas en 1989, 718 en 2002, 1017 en 2004 et 1115 en 2007. Le sex-ratio a été de 0.87. L'âge moyen était de 44 ans. La localisation préférentielle était les ongles des orteils (53.7%).

Les onyxis dermatophytiques (56.1%) ont touché les ongles des orteils essentiellement (92%). L'aspect clinique le plus fréquent était l'onychomycose sous unguéal disto-latéral (60.7%). *T. rubrum* était l'espèce majoritaire (89.7%), suivie par *T. interdigitale* (3.5%). Les onyxis candidosiques (38.6 %) ont prédominé au niveau des ongles de la main (79.78%). Les femmes étaient les plus atteintes (88.7%). Le périonyxis a représenté la forme la plus commune (59.7%). Les espèces principalement isolées ont été : *C. albicans* (52.7%) suivie par *C. tropicalis* (25.4%). Les moisissures étaient en cause dans 3.4% des cas.

Discussion : La prévalence des onychomycoses a connu une progression constante au fil des années. Les dermatophytes sont les principaux agents d'onychomycose avec une localisation préférentielle au niveau des orteils. Les onyxis candidosiques sont prédominants chez la femme vu son exposition à l'humidité et aux

microtraumatismes en se livrant aux activités ménagères.

P16 : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET MYCOLOGIQUE DES ONYCHOMYCOSES

B. JEMLI, A. TRIMECHE, E. HAFHOUF, A. AYED, S.K. RAHAL, S. GARGOURI

Service de Parasitologie, Mycologie de l'Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie.

Introduction : Les onychomycoses sont des infections fongiques de l'appareil unguéal provoquées par les dermatophytes, les levures ou les moisissures. Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et mycologiques de ces affections.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à l'Hôpital Militaire de Tunis, sur une période de deux ans (janvier 2006-décembre 2007). Elle a intéressé 666 prélèvements, dont 494 prélèvements d'ongles des pieds et 172 ongles des mains. Un examen direct et une culture en tube sur milieu de Sabouraud associé à un antibiotique (chloramphénicol) avec et sans actidione sont réalisés systématiquement. Une incubation à 27°C avec un contrôle hebdomadaire de la pousse sont effectués chaque semaine pendant quatre semaines.

Résultats : Nos patients ont un âge moyen de 38.68 (2ans- 82 ans), un sexe ratio 0,61. Parmi les 666 prélèvements d'ongles, 501 sont positifs (75.22%). L'onxyis touche les mains dans 172 cas (25.82%) et les pieds dans 494 cas (74.17%). Les champignons impliqués sont principalement des dermatophytes (79%) avec *Trichophyton rubrum* (70.31%) l'espèce la plus fréquemment isolée. Par ailleurs, la répartition des espèces est différente selon la localisation des onxyis. Au niveau des ongles des pieds, il s'agit essentiellement de dermatophytes isolés dans 90.72%. Par contre, au niveau des ongles des mains, ce sont surtout les levures retrouvés dans 70% avec *Candida albicans* isolé dans 48.33% des cas. Les moisissures ont été retrouvées dans 3,09% au niveau des orteils.

Conclusion : Les onychomycoses restent une pathologie fréquente, douloureuse et inesthétique. Les espèces les plus impliquées sont représentées par *T.rubrum* au niveau des orteils et *C.albicans* au niveau des ongles des mains.

P17: ONYCHOMYCOSES DES PIEDS: FACTEURS FAVORISANTS ET ESPECES ISOLEES

S. TRABELSI¹, N. EL FEKIH², N. FAKHFAKH¹, M.B. HAMMAMI¹, M.R. KAMOUN², S. KHALED¹

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie - Hôpital Charles Nicolle -Tunis.

2- Service de Dermatologie - Hôpital Charles Nicolle – Tunis.

Introduction : Les onychomycoses des pieds sont un motif fréquent de consultation en dermatologie. Notre travail a pour but d'étudier les particularités épidémiologiques et mycologiques des onychomycoses des pieds à partir d'une série hospitalière.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale portant sur tous les patients consultants pour une onychomycose des pieds au Service de Dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis entre Novembre 2007 et Janvier 2008. Le diagnostic d'onychomycose a été retenu devant un aspect clinique évocateur et confirmé dans tous les cas par un examen direct et/ou une culture. Pour chaque patient nous avons relevé l'âge, le sexe, la profession, la présence d'animaux dans l'entourage, les antécédents de mycose, le délai de consultation, les facteurs favorisants : diabète, maladies rhumatismales, maladies auto-immunes, troubles vasculaires des membres inférieurs, traumatisme des pieds, pratique de sport, hypersudation, échanges de chaussures.

Résultats : Durant la période étudiée, 50 cas d'onychomycose des pieds sont colligés. Il s'agit de 33 femmes et de 18 hommes âgés entre 16 et 73 ans avec un âge moyen de 48 ans.

La notion d'animaux dans l'entourage est retrouvée chez 18 patients (38%). Dix-neuf patients (40%) sont diabétiques et 15 patients (32%) présentent des troubles vasculaires des membres inférieurs. La pratique de sport est retrouvée chez 6 patients. Le délai moyen de consultation est de 29 mois. L'atteinte unguéale est isolée chez 24 patients (51%). Elle est associée à un intertrigo inter-orteil chez 12 patients (25%) et à une atteinte plantaire chez 13 patients (27%). Une atteinte mycosique des mains a été notée chez 3 patients. L'examen mycologique direct a retrouvé des filaments mycéliens dans 37cas (78%) et des filaments associés à des spores dans 9 cas. La culture est positive pour 36 patients (76%). Le champignon le plus fréquemment isolé (14 patients) est *Trichophyton rubrum* (*T. rubrum*).

Discussion : Les onychomycoses sont des pathologies fréquentes qui touchent 6 à 9% de la population générale et représentent 18 à 50% des onychopathies selon les séries.

Dans notre série, le délai moyen de consultation est tardif dépassant les deux ans, les onychomycoses sont plus fréquentes chez les femmes (sex-ratio 0.54) et les sujet âgés. Le diabète et les pathologies vasculaires des membres inférieurs constituent les principaux facteurs favorisants. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude tunisienne portant sur les

onychomycoses réalisée à la région de Tunis en 2001 et *T. rubrum* est l'agent le plus fréquemment incriminé.

P18 : LES ONYCHOMYCOSES DANS LA REGION DE MONASTIR : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET MYCOLOGIQUE

D. BOUSLIKHANE¹, M.GORCII¹, Z.CHEMLI¹, A. EL ARGOUBI¹, H. BEL HAJ ALI², M.SASSI¹, F. MEHDIUI¹, E.S. GHEDIRA¹, M. CHAARI¹, J. ZILI², H. BABBA¹, R. AZAIEZ¹

1- Laboratoire de Parasitologie- Mycologie. CHU Fattouma Bourguiba. Monastir

2- Service de dermatologie CHU Fattouma Bourguiba. Monastir

Introduction : Les onychomycoses sont des atteintes fongiques qui touchent les tablettes unguéales des doigts ou des orteils. Elles sont causées par différents microorganismes tels que les dermatophytes, les levures ou les moisissures.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 3 ans sur une période allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2007, concernant 1000 patients présentant des lésions unguéales qui ont été adressés au service de Parasitologie-Mycologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. La recherche de l'agent causal est systématique par la réalisation d'un examen direct et d'une culture.

Résultats : Durant la période de notre étude, nous avons reçu 3949 demandes d'analyses mycologiques superficielles dont 1000 concernent des prélèvements unguéaux (25,32%). La moyenne d'âge des patients adressés à notre service pour suspicion d'onychomycose est de 38 ans avec des extrêmes allant de 2 mois à 82 ans. 303 des consultants sont des hommes et 697 sont des femmes soit un sex ratio (M/F) de 0,43. Seulement 588 demandes ont abouti à des résultats positifs : 28,91% sont des hommes avec une prédominance de dermatophytes notamment *Trichophyton rubrum* et 71,08% sont des femmes avec principalement des levures appartenant au genre *Candida*. Les moisissures du genre *Aspergillus* représentent une infime catégorie soit 0,01%. Chez les deux sexes, les onychomycoses des mains sont les plus fréquentes (57,99%). 91,15% des patients ayant des résultats positifs sont d'origine urbaine et seulement 3,4% sont des ruraux.

Conclusion : Les onychomycoses constituent un motif de plus en plus fréquent de consultations dermatologiques particulièrement pour les femmes.

P19 : ONYCHOMYCOSES DE LA MAIN : A PROPOS DE 444 CAS.

N. MOUSSA, F. BEN AMOR, S. ANANE, E. KAOUACH, S. BELHADJ, K. KALLEL, E. CHAKER.

Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie La Rabta.

Objectifs : Plusieurs espèces fongiques ont été incriminées dans l'atteinte de l'ongle de la main à savoir les levures, les dermatophytes et les moisissures.

Notre travail a pour objectif de décrire, à travers les cas colligés dans notre laboratoire, les données épidémiologiques, cliniques et mycologiques des mycoses unguéales de la main.

Matériel et méthodes : C'est une étude rétrospective qui a été faite au Laboratoire de Parasitologie Mycologie à la Rabta colligeant les prélèvements d'ongles de la main adressés entre janvier 2006 et décembre 2007.

Elle a intéressé 444 patients (315 femmes et 129 hommes) ayant une moyenne d'âge de 38,6 ans (3 mois-85 ans).

Chaque patient a bénéficié d'un examen direct entre lame et lamelle après éclaircissement à la potasse à 30%, une culture sur milieux de Sabouraud chloramphénicol en tubes avec et sans actidione suivie d'une identification des souches isolées.

Résultats : 66,6% des prélèvements mycologiques étaient positifs (N=296).

Les levures représentaient 62,5% (N=185) du total des souches, les dermatophytes 36,8% (N=109) et l'association levures-dermatophytes 0,6% (N=2).

Chez les femmes, les onychomycoses des mains étaient à levures dans 77,3% des cas avec une moyenne d'âge de 41,4 ans (3 mois-70 ans).

Chez les hommes, cette atteinte était à dermatophytes dans 76,9% des cas avec une moyenne d'âge de 38,8 ans (14 ans-85 ans).

Les levures identifiées étaient essentiellement représentées par *Candida albicans* : 73,5% des cas (N=136), suivi de *C. tropicalis* : 15,1% des cas (N=28), *C. parapsilosis* : 4,3% des cas (N=8), *C. lusitaniae*, *C. guilliermondii*, *Saccharomyces cerevisiae* : 0,5% des cas chacun (N=1). Dans 3,7% des cas (N=7), l'espèce n'a pu être identifiée : *Candida sp.*

La seule espèce de dermatophytes isolée était *Trichophyton rubrum*.

Par ailleurs, dans 61,4% des cas (N=67), l'atteinte dermatophytique était associée à d'autres localisations concomitantes (ongles des orteils chez 47 patients, la peau glabre chez 18 patients, cheveux et sourcils chez 1 patient chacun).

Conclusion : Il ressort de cette étude que les levures seraient les souches les plus incriminées dans les onychis de la main et en tête de file

C. albicans. L'onyxis à dermatophytes, moins fréquent serait souvent accompagné d'une autre localisation concomitante.

P20 : PROFIL ETIOLOGIQUE DES MYCOSES DES PIEDS DANS LA REGION DE TUNIS

M. BOUCHEKOUA, S. BENCHEIKH, E. KAOUECH, S. ANANE, S. BELHADJ, K. KALLEL, E. CHAKER

Laboratoire de Parasitologie-Mycolgie, Hôpital La Rabta Tunis

Introduction : Les mycoses du pied sont des infections superficielles de la peau et/ou des ongles constituant un motif de consultation fréquent en pratique médicale courante. Elles sont provoquées par les dermatophytes et/ou les levures genre *Candida* et/ou plus rarement les moisissures.

Objectif : Notre étude tente d'en préciser les particularités épidémiologiques et mycologiques.

Matériels et méthodes : 2515 prélèvements mycologiques ont été colligés au laboratoire de parasitologie-mycologie de la Rabta de Tunis durant la période allant de janvier 2004 à décembre 2007 (1825 prélèvements d'ongles orteils, 234 prélèvements d'intertrigos inter-orteils et 456 prélèvements de plante et dos du pied). Sur chaque prélèvement, il a été pratiqué un examen direct après éclaircissement des squames et des débris d'ongles à la potasse et une culture sur milieu Sabouraud-chloramphénicol et Sabouraud-chloramphénicol-actidione. L'identification des champignons filamenteux est basée sur les aspects macroscopiques et microscopiques des cultures alors que celle des levures repose sur la recherche de chlamydo-spores sur milieu Rice Agar Tween et sur les tests d'assimilation des sucres (Auxacolor®).

Résultats : 1813 prélèvements étaient positifs à l'examen direct et/ou la culture soit 72,1%, chez 671 patients de sexe masculin (37%) et 1142 patients de sexe féminin (63%), répartis comme suit : 1417 prélèvements d'ongles (77,6%), 163 prélèvements d'intertrigos inter-orteils (69,6%), 233 prélèvements de plantes et/ou de dos des pieds (51,1%). L'association des 3 atteintes a été notée chez 22 patients. L'espèce la plus fréquemment rencontrée, toutes localisations confondues, était *Trichophyton rubrum* (93%) suivie de *Trichophyton mentagrophytes* (3,1%) et de *Candida albicans* (1,5%). Aux ongles des pieds, l'étiologie était essentiellement dermatophytique dominée par *Trichophyton rubrum* (93,7%) et *Trichophyton mentagrophytes* (2,7%); de même, pour les lésions de plantes et/ou de dos des pieds où les espèces identifiées étaient *Trichophyton rubrum* (94%) et *Trichophyton mentagrophytes* (4,7%).

Pour les intertrigos inter-orteils, les espèces les plus fréquemment isolées étaient *Trichophyton rubrum* (90%) et *Candida albicans* (4,2%).

Conclusion : *Trichophyton rubrum* reste l'agent fongique causal le plus fréquemment isolé. L'examen mycologique est ainsi d'un grand apport pour la confirmation diagnostique et pour l'adaptation de la conduite thérapeutique.

P21 : LES KERATOMYCOSES DANS LA REGION DE MONASTIR : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET MYCOLOGIQUE

A. ELARGOUBI 1, M. GORCII 1, D. BOUSLIKHANE 1, S. BEN YAHIA2, Z. CHEMLI 1, M. CHAARI 1, E. S. GHEDIRA 1, M. SASSI 1, F. MEHDIQUI 1, M. KHAIRALLAH 2, H. BABBA 1, R. AZAIEZ 1

1- Laboratoire de Parasitologie- Mycologie. CHU Fattouma Bourguiba. Monastir

2- Service d'ophtalmologie CHU .Fattouma Bourguiba. Monastir

Introduction : Les Kératites constituent l'un des aspects les plus délicats de la pathologie de l'oeil. Les champignons filamenteux sont les agents les plus fréquemment incriminés en particulier en zones tropicales et subtropicales et une notion de traumatisme par un agent végétal est souvent associés.

Matériels et méthodes : Notre étude rétrospective a porté sur 121 prélèvements cornéens provenant du service d'ophtalmologie et analysés au laboratoire de parasitologie mycologie du CHU. F .B de Monastir sur une période de 2 ans allant du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2007.

Pour chaque prélèvement on a pratiqué un examen direct à l'état frais et après coloration et une culture sur milieux spécifiques.

Résultats : Durant la période de notre étude, nous avons reçu 771 demandes d'analyses mycologiques profondes dont 121 concernent des prélèvements cornéens (15.69%).

On a recensé 14 (11.57%) échantillons positifs dont 8 (6.61%) ont un examen direct négatif et une culture positive. Trois (2.47%) ont une culture positive malgré un examen direct négatif. Seulement trois cas (2.47%) ont un examen direct positif et une culture positive.

Les germes isolés sont essentiellement du genre *Aspergillus. Sp* (45.45%) et *Fusarium. Sp* (27.27%). La moyenne d'âge des patients est de 37 ans avec des extrêmes allant de 11 à 63 ans avec un sexe ratio égale à 1. Une notion de traumatisme a été notée chez 6 patients et une pathologie cornéenne préexistante dans un cas.

Conclusion : Les kératites mycosiques sont des affections sévères pouvant mettre en jeu l'intégrité de l'œil. Elles posent plusieurs problèmes d'ordre diagnostique, thérapeutique et pronostique ce qui

nécessite l'étroite collaboration entre cliniciens et biologistes.

P22 : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES CANDIDOSES VULVOVAGINALES

I. AMOURI 1, A. SELLAMI 1, N. BORJI 2, S. ABBES1, H. SELLAMI 1, L. MAAZOUN 2, F. MAKNI 1, F. CHEIKHROUHOU 1, S. KHROUF 2, A. AYADI 1

1- Laboratoire de Biologie Moléculaire Parasitaire et Fongique - FMS - Sfax

2 - Office National de la Famille et de la Population - Délégation Régionale de Sfax

Introduction : Les candidoses vulvovaginales (CVV) sont un motif de consultation fréquents en gynécologie. L'incidence de la CVV est estimée à 75% des femmes en âge de procréation alors que la candidose vulvo-vaginale récidivante (CVVR) affecte seulement 5% des femmes.

Objectif : Déterminer la prévalence de la CVV et la CVVR et leurs facteurs de risque dans un groupe de femmes.

Matériels et Méthodes : Une étude cohorte prospective a été menée en collaboration entre le Laboratoire de Biologie Moléculaire Parasitaire et Fongique et l'Office National de la Famille et de la Population - Délégation Régionale de Sfax depuis Janvier 2006 jusqu'à janvier 2008. Les femmes incluses dans l'étude étaient celles présentant un écoulement non physiologique. Un questionnaire précisait les principaux facteurs de risque. Un prélèvement par écouvillonnage vaginal a été systématiquement réalisé, suivi d'un examen direct et d'une culture sur milieu de croissance riche. Les femmes ayant eu une CVV mycologiquement confirmée ont été contrôlées 7 jours après la fin du traitement et suivies pendant une année.

Résultats : Parmi 481 femmes recrutées, 231 (48%) avaient une culture positive pour le genre *Candida* dont 14 femmes (6,1%) avaient une CVVR. Les facteurs de risques impliqués dans la survenue d'un épisode symptomatique de CVV étaient : antécédent d'infection génitale basse (54,1%), stress (46,8%), dispositif intra-utérin (45,5%), utilisation de pantalons serrés (44,1%), de sous vêtements synthétiques (32,9%), douche vaginale (29%), contraception hormonale (7,8%), diabète (1,7%), corticothérapie au long cours (1,7%). Un historique d'infection génitale basse (1 année précédent l'épisode actuel) et une manœuvre endo-utérine 1 mois avant l'épisode en cours ont été les facteurs de risque les plus associés à la récurrence ($p < 0,05$). *Candida albicans* a été isolé avec une fréquence de 80,2% en cas de CVV et 51,1% en cas de CVVR. *C. glabrata* a été isolée principalement chez les femmes ayant eu une CVVR (35,7%) versus CVV

(15,2%).

Conclusion : La CVV est une affection relativement fréquente sous nos climats et les récurrences nécessitent un suivi sérieux et une bonne prise en charge. Leur pathogenèse est multifactorielle.

P23 : OTITE EXTERNE NECROSANTE A CANDIDA PARAPSILOSIS :

F. SAGHROUNI, A. FATHALLAH, R. MANI, S. GAIED MEKSI, M.BELKADHI, K.BOUZOUITA, M.BEN SAID

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU Farhat Hached, Sousse

L'otite externe nécrosante, appelée autrefois otite externe maligne est une forme rare mais grave d'otite externe, elle touche essentiellement les sujets âgés diabétiques et de plus en plus les sujets immunodéprimés.

Pseudomonas aeruginosa est le germe en cause dans plus de 95% des cas.

L'otite externe nécrosante d'origine mycosique est rare ; l'*Aspergillus* est le genre le plus incriminé.

Dans le présent travail, nous rapportons deux cas d'otite externe nécrosante à *Candida parapsilosis* diagnostiqués au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'EPS Farhat Hached de Sousse (Tunisie).

Il s'agit d'un Homme âgé de 69 ans et d'une femme de 64 ans, tous deux diabétiques, souffrant d'otalgies et d'otorrhée unilatérales résistantes au traitement antibiotique, associées à une paralysie homolatérale chez la femme.

Les deux malades ont subi chacun un examen otologique, une scintigraphie osseuse et un scanner des rochers.

Les prélèvements auriculaires ont étéensemencés sur milieu de Sabouraud.

Les examens otologiques ont montré un canal auditif externe rétréci.

Les scintigraphies osseuses et les scanners des rochers ont confirmé le diagnostic d'otite externe nécrosante. Les prélèvements au niveau du conduit auditif externe ont permis d'isoler *Candida parapsilosis* à deux reprises en culture pure en l'absence de bactéries associées.

Les aspects cliniques, les difficultés diagnostiques, les modalités thérapeutiques et le pronostic sont discutés par rapport aux données de la littérature.

P24 : LES CANDIDOSES VULVO-VAGINALES : PARTICULARITES CLINIQUES, MYCOLOGIQUES ET FACTEURS DE RISQUE

R. GUIDARA¹, M. BOUCHAKOUA¹, S. ANANE¹, K. E AOUECH¹, S. BELHADJ¹, M. ZOUARI², K. KALLEL¹, E. CHAKER¹

1- Service de Parasitologie-Mycologie, CHU la Rabta

Introduction : Les levures du genre *Candida* représentent une étiologie fréquente au cours des infections du tractus génital féminin après les bactéries. En effet, les candidoses vulvo-vaginales touchent un nombre important de femmes et constituent un motif de consultation fréquent en pratique médicale courante.

L'objectif de notre travail est d'étudier les aspects cliniques et mycologiques des candidoses vulvo-vaginales ainsi que les facteurs prédisposant à ces infections.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective concernant 1415 prélèvements vaginaux qui ont été colligés au Laboratoire de Parasitologie –Mycologie de la Rabta pendant une période de un an allant de février 2006 à janvier 2007. Les prélèvements étaient effectués par écouvillonnage vaginal. Le diagnostic mycologique était basé sur l'examen direct et la culture sur milieu Sabouraud-Chloramphénicol et Sabouraud-Chloramphénicol-Actidione. L'identification des levures repose sur la recherche de chlamydospores sur milieu Rice Agar-Tween et sur les tests d'assimilation des sucres (Auxacolor®).

Résultats : Les prélèvements vaginaux provenaient en majorité des dispensaires polyvalents de Tunis (49,3%) et du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (34,1%). La moyenne d'âge des patientes était de 34,23(±9,91) ans. La symptomatologie était faite essentiellement de leucorrhées (85,7%), de prurit (62,6%) et de dyspareunie (62,5%) avec une durée moyenne de 10,38 (±21,19) mois. L'examen direct était positif dans 349 cas soit 24,7% montrant des levures et/ou des pseudofilaments, alors que la culture était positive dans 515 cas soit 36,4%. Les espèces les plus fréquemment isolées étaient *Candida albicans* (81,2%) suivie de *Candida glabrata* (12,6%). La tranche d'âge la plus touchée était entre 30 et 39 ans. Les facteurs de risque trouvés étaient la multiparité, les avortements multiples, la grossesse et l'hygiène fréquente. Par contre, la contraception (orale et mécanique), l'antibiothérapie et le port de vêtements serrés ne semblaient pas être des facteurs favorisants. Le diabète n'apparaît pas en lui-même comme facteur favorisant des candidoses vulvo-vaginales. Cependant, la fréquence de vulvo-vaginites candidosiques augmente avec son ancienneté.

Conclusion : *Candida albicans* constitue l'espèce la plus incriminée dans les candidoses vulvo-vaginales. Ce type d'infections touche surtout les femmes de 30 à 39 ans. La multiparité, les avortements multiples, la grossesse et l'hygiène fréquente sont les facteurs prédisposants les plus

fréquents. L'identification mycologique et la recherche des facteurs de risque sont d'un grand apport pour la conduite thérapeutique.

P25 : LES INFECTIONS A ACINETOBACTER BAUMANNII OBSERVEES EN INFECTIOLOGIE : ETUDE DE SEPT CAS

H. HARRABI, CH. MARRAKCHI, E. ELLEUCH, N. BEN ARAB, I. MAËLOUL, D. LAHIANI, B. HAMMAMI, A. HAMMAMI*, M. BEN JEMAË

Service des maladies infectieuses - CHU Hédi Chaker. Sfax ; * Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

L'*Acinetobacter baumannii* est un BGN responsable de diverses infections nosocomiales surtout dans les services de réanimation. Ces infections posent un problème thérapeutique majeur du fait de la multirésistance de cette bactérie. Le but de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des infections à *Acinetobacter baumannii*.

Nous avons étudié de façon rétrospective les cas d'infections à *Acinetobacter baumannii* observés au service des maladies infectieuses de Sfax, sur la période étalée de Janvier 2005 à Décembre 2007.

Il s'agit de 6 hommes et une femme, âgés en moyenne de 54,5 ans (32-86 ans). Des antécédents d'infection urinaire à répétition (3 cas), d'hémodialyse chronique (2 cas), et de diabète (2 cas) ont été notés. L'infection était nosocomiale dans 6 cas et communautaire dans un cas. Le diagnostic retenu était une pyélonéphrite aiguë sur sonde (3 cas), un phlegmon périnéphritique (1 cas), une bactériémie à porte d'entrée endovasculaire (1 cas), une ostéite du pied sur moignon (1 cas) et un abcès du poumon post intubation trachéale (1 cas). La fièvre était présente dans tous les cas et un sepsis sévère a été constaté dans un seul cas. Une hyperleucocytose et un syndrome inflammatoire biologique étaient présents dans tous les cas. L'*Acinetobacter baumannii* a été isolé dans les urines (3 cas), dans un prélèvement de pus par néphrostomie (1 cas), dans les hémocultures (1 cas), dans un prélèvement cutané d'un moignon post opératoire (1 cas) et dans un prélèvement trachéal distal (1 cas). Il était sensible à la colimycine dans tous les cas et résistant à la céftazidime et aux fluoroquinolones dans 6 cas et à l'imipénème dans 1 cas. Le traitement a comporté une biantibiothérapie initiale dans 4 cas et une monothérapie d'emblée dans 3 cas. La colimycine était de recours dans 3 cas. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 21 jours (14-30 jours).

L'évolution était favorable dans tous les cas et la durée moyenne de séjour était de 14 jours.

Les infections à *Acinetobacter baumannii* posent actuellement un problème dans les Unités de Soins Intensifs du fait du risque épidémique et des difficultés thérapeutiques devant l'émergence de souches résistantes aux carbapénèmes voire de souches panrésistantes. Ces infections prolongent la durée du séjour et augmentent la mortalité. La lutte contre l'installation d'une épidémie impose l'isolement du cas, l'élimination de la source de l'infection, la désinfection des locaux et une rigueur de l'hygiène des mains du personnel soignant.

P26 : LES TEIGNES DANS LA REGION DE Sfax: PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET MYCOLOGIQUE

S. NEJI¹, F. CHEIKHROUHOU¹, F. MAKNI¹, H. SELLAMI¹, A. SELLAMI¹, A. CHROUDA¹, S. SAFI¹, S. MARREKCHI², H. TURKI², A. AYADI¹.

1- Laboratoire de parasitologie mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

2- Service de dermatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Les teignes du cuir chevelu restent fréquentes dans notre pays et dominent les dermatomycoses de l'enfant.

Le but de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique, clinique et mycologique des teignes du cuir chevelu dans la région de Sfax.

Patients et méthodes : Notre étude a été rétrospective portant sur 12533 prélèvements mycologiques du cuir chevelu réalisés durant une période de 13 ans (Janvier 1995-Décembre 2007). Résultats: Nous avons colligé 5264 cas de teignes du cuir chevelu (42%) avec une prévalence de 405 cas/an. Le sexe ratio a été de 1.25. L'âge moyen était de 8 ans et 4 mois. 4.8 % de nos patients étaient des adultes. Nous n'avons pas trouvé une différence entre l'origine rurale ou urbaine. Les teignes ont été plus fréquentes en hiver (33.5%) et au printemps (29.5%).

Les teignes trichophytiques étaient les plus fréquentes (68.3% des cas) suivies par les teignes microsporiques (29.3 % des cas). Les teignes tondantes ont pris un aspect inflammatoire dans 9.51% des cas. Les teignes suppurées ont représenté 2.3% des cas. 53 cas de Kérion ont été observés. Cinq cas de teigne favique seulement ont été diagnostiqués. Les espèces de dermatophytes isolées étaient *T. violaceum* (68%), *M. canis* (29.19%), *T. mentagrophytes* (1.35%), *T. verrucosum* (0.69%), *T. rubrum* (0.23%), *T. tonsurans* (0.27%), *M. langeronii* (0.12%), *M. gypseum* (0.04%), *T. schoenleinii* (0.09%) et *T. quinckeneum* (0.02%).

Les teignes ont été associées à des herpès circinés dans 15.03% des cas et à des onychomycoses dans 0.64% des cas. Les autres

membres de famille étaient atteints de teigne dans 10% des cas.

La majorité des patients (99%) ont reçu la griséofulvine à la dose de 15-20 mg/kg/jour pendant 6 semaines.

Conclusion : Dans notre région, *T. violaceum* demeure la cause majeure des teignes du cuir chevelu. Les dermatophytes zoophiles deviennent de plus en plus fréquents. Ce changement pourrait être en rapport avec une modification du comportement de la population adoptant des animaux de compagnie. Nous avons isolé certaines espèces rarement à l'origine de teigne

dans notre pays. Un effort de prévention et d'éducation sanitaire s'impose.

P27 : EPIDEMIOLOGIE DES TEIGNES DU CUIR CHEVELU

B. JEMLI, A. AYED, S.K. RAHAL, E. HAFHOUF, A. TRIMECHE, S. GARGOURI.

Service de Parasitologie – Mycologie de l'Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : Les teignes du cuir chevelu sont des mycoses qui touchent surtout les enfants d'âge scolaire et pré scolaire. Une amélioration du niveau socio-économique et une meilleure prise en charge a contribué à faire diminuer la fréquence de ces infections en Tunisie avec éventuellement une variation épidémiologique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein du service de Parasitologie-Mycologie de l'Hôpital Militaire de Tunis sur 98 patients ayant consulté au cours des années 2006 et 2007. Pour chaque prélèvement, nous avons effectué un examen direct, une culture sur milieu Sabouraud additionné d'antibiotique avec ou sans acidifone. Après une incubation à 27°C, un contrôle hebdomadaire pendant 4 semaines, les espèces isolées sont identifiées par un examen macroscopique, microscopique et éventuellement un repiquage sur eau gélosée à 2%.

Résultats : Dans notre étude, la population concernée par les teignes est composée surtout d'enfants (89,79%). Parmi les 98 patients examinés sur 2 ans, 60 (61,22%) ont une teigne avec une prédominance masculine soit 43 (71,6%). La culture nous a permis d'isoler 2 espèces : *Trichophyton violaceum* (46,4%) et *Microsporum canis* (53,6%). L'analyse des espèces par année a révélé une prédominance de *Microsporum canis* en 2006 avec un pourcentage de 62% et une prédominance de *Trichophyton violaceum* en 2007 avec un pourcentage 55,5%.

Conclusion : Notre étude montre que les espèces impliquées dans les teignes du cuir chevelu restent *Microsporum canis* et *Trichophyton violaceum* à des pourcentages rapprochés et une prédominance masculine.

P28 : EMERGENCE DES TEIGNES ZOOPHILES EN TUNISIE

I. BEN HADJ ALI., R. BEN ABDALLAH, E. SIALA, N. ZALLEGHA, M. NAJJAR, K. AOUN ET A. BOURATBINE.

Service de Parasitologie Clinique, Institut Pasteur de Tunis

Les teignes du cuir chevelu constituent encore un motif fréquent de consultation, malgré l'amélioration des conditions socio-économiques de la population tunisienne. Le profil des dermatophytes en cause ne cesse de se modifier au fil des années. Le but de cette étude est de suivre l'évolution des teignes zoophiles dans notre pays et de comparer ce profil à celui observé dans les autres séries tunisiennes.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné 337 prélèvements mycologiques du cuir chevelu réalisés au Laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'Institut Pasteur de Tunis sur une période de 11 ans de 1997 à 2007. Sur chaque prélèvement ont été effectués un examen direct et une culture sur milieu Sabouraud Chloramphénicol avec et sans actidione. L'identification des dermatophytes a été basée sur les caractéristiques macroscopiques et microscopiques des cultures.

199 cas de teignes ont été diagnostiqués. L'examen direct a été positif dans 179 cas soit 89,9%. La culture a été positive dans 152 cas soit 76,4%. Le dermatophyte le plus identifié a été *Microsporum canis* (56,5%). Alors que *Trichophyton violaceum* n'a été isolé que dans 32,9% des cas. Un seul cas de teigne a été causé par *T. schoenleinii*.

Nos résultats rejoignent ceux des enquêtes hospitalières montrant l'augmentation des teignes zoophiles à *Microsporum canis* au dépend des teignes anthropophiles à *Trichophyton violaceum*. Cette augmentation des teignes microsporiques pourrait s'expliquer d'une part, par la régression du nombre de cas des teignes trichophytiques suite à l'amélioration des conditions socio-économiques et hygiéniques et d'autre part, par l'accroissement du nombre des teignes microsporiques. En effet, la cohabitation des familles tunisiennes avec les animaux domestiques est de plus en plus observée. Par ailleurs, cette augmentation des teignes zoophiles impose des recommandations prophylactiques strictes; principalement l'identification de la source de la contamination et le traitement de l'animal contaminé.

P29 : MODIFICATION DU PROFIL ETIOLOGIQUE DES TEIGNES DU CUIR CHEVELU DANS LA REGION DE TUNIS : RECRUESCENCE DE MICROSPORUM CANIS

F. AMDOUNI, S. BELHADJ, S. ANENE, E. KAOUECH, K. KALLEL, E. CHAKER

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie.

Les teignes du cuir chevelu constituent un motif de consultation non négligeable en pratique médicale courante. L'isolement et l'identification des dermatophytes qui en sont à l'origine ont un intérêt épidémiologique considérable.

L'étude de 1452 isolats identifiés au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'hôpital la Rabta de Tunis en 12 ans (1996-2007) et la comparaison de nos résultats avec ceux rapportés lors des enquêtes antérieures réalisées dans la région de Tunis ont permis de noter un changement du profil épidémiologique de la flore dermatophytique causale. En effet, nous constatons une recrudescence progressive des teignes microscopiques à *Microsporum canis*, inexistantes en Tunisie avant 1950; sa fréquence dépasse depuis quelques années celle des teignes trichophytiques à *Trichophyton violaceum*, longtemps considéré comme l'agent causal dominant : 2.1% au début des années 60, 17.9% au cours des années 70, 39.9% au cours des années 80, 48.6% au cours des années 90 et d'après notre étude : 51% en 2004, 52.5% en 2005, 59,2% en 2006 et 56.47 en 2007.

Cette recrudescence de *Microsporum canis* est en rapport vraisemblablement avec le développement socioéconomique et le changement des habitudes de la population tunisienne; en effet, le chat, réservoir principal de *Microsporum canis*, souvent porteur sain, cohabite de plus en plus avec les familles tunisiennes.

P30 : DIFFICULTES THERAPEUTIQUES DE LA ROSACEE ET BLEPHARITE CHRONIQUE A DEMODEX : A PROPOS D'UN CAS.

I. BEN ABDA, E. SIALA, R. BEN ABDALLAH, N. ZALLEGHA, K. AOUN ET A. BOURATBINE.

Service de Parasitologie Clinique, Institut Pasteur de Tunis.

Le *Demodex* est un acarien cosmopolite. Deux espèces sont isolées chez l'homme : *Demodex folliculorum* et *Demodex brevis*. Ce sont des saprophytes des glandes sébacées et des follicules pileux, en particulier au niveau des cils et de la face. Leur incrimination dans la pathogénie

des blépharites et de certaines dermatoses, telle la rosacée reste très controversée.

Nous rapportons une observation clinique d'une patiente âgée de 38 ans qui présente une rosacée associée à une blépharite chronique évoluant depuis 3 ans. Le diagnostic a été basé sur la mise en évidence de nombreux *Demodex* dans les squames cutanées et les cils. La patiente a été mise sous traitement per os (métronidazole puis cyclines) associé à un traitement local de la rosacée (métronidazole pendant 4 mois) et de la blépharite (oxyde de mercure pendant 3 semaines). L'évolution a été marquée par une légère amélioration de la symptomatologie. Cependant, une recrudescence des atteintes est survenue à quelques jours d'intervalles de l'arrêt du traitement qui a été bien suivi selon la patiente et ce à plusieurs reprises.

A travers cette observation nous discuterons l'implication du *Demodex* dans l'étiologie de la rosacée et des blépharites, d'autant plus qu'il est considéré par certains auteurs comme un saprophyte de la peau saine et que sa présence chez des sujets atteints ne suffit pas à prouver qu'il en est la cause. Nous attirerons également l'attention sur les difficultés thérapeutiques et les récurrences de ces affections qui seraient liées à une recolonisation des téguments par le *Demodex* en rapport avec une prédisposition du terrain sous-jacent

P31: ETUDE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DE LA MICROSPORIDIOSE INTESTINALE

S. ANANE ¹, H. TARCHOUN ¹, E. KAOUECH ¹, S. BELHADJ ¹, T. BEN CHAABANE ², N. BEN ABDALLAH ³, T. BEN OTHMAN ⁴, A. SAMOUD ⁵, M. BEN HRIZ ⁶, K. KALLEL ¹, E. CHAKER ¹

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU la Rabta

2- Service des maladies infectieuses, CHU la Rabta

3- Service de Médecine Interne M8, CHU Charles Nicolle

4- Unité de greffe et d'hématologie, Centre national de greffe de moelle osseuse

5- Hôpital d'enfants

6- Service de Pédiatrie, CHU la Marsa

Introduction : La microsporidiose intestinale est une parasitose opportuniste responsable d'une symptomatologie digestive grave.

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques de la microsporidiose intestinale à partir de 14 observations.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 14 cas de microsporidiose intestinale diagnostiqués sur une période de 13 ans entre 1995 et 2007.

Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques autres que parasitologiques et thérapeutiques ont été recensées des dossiers médicaux des malades.

La recherche des microsporidies a été faite sur des frottis colorés par la coloration de Trichrome de Weber modifiée.

Résultats : Il s'agissait de 10 hommes et 4 femmes âgés de 9 à 48 ans avec un âge moyen de 29,13 ans ($\pm 14,31$).

Tous ces sujets étaient immunodéprimés. En effet, il s'agissait de 10 patients infectés par le VIH, un greffé rénal, un greffé de la moelle osseuse, une patiente atteinte d'un déficit immunitaire humoral et un patient atteint d'une entéropathie auto-immune. Concernant les sidéens, 9 ont été au stade SIDA C3 et un au stade SIDA C2.

La diarrhée était le signe clinique le plus fréquent (78,57%) suivi de vomissements (42,85 %) et de nausées (35,71 %).

Les signes de déshydratation ont été observés chez 42,85 % des patients.

Le traitement des malades a été basé sur un traitement symptomatique (antidiarrhéique et antiseptique intestinal) dans 8 cas, l'Albendazole dans 4 cas, le Métronidazole dans un cas et le Triflucan dans un autre cas. Une réhydratation orale ou parentérale a été instaurée chez 5 de nos malades. La trithérapie a été indiquée au moment de la symptomatologie digestive chez 4 patients.

L'évolution a été marquée par l'amélioration de la symptomatologie dans 8 cas, la persistance de la diarrhée dans 5 cas et le décès dans un cas.

Conclusion : La microsporidiose intestinale est responsable d'une symptomatologie digestive pouvant entraîner une déshydratation voire la mort du malade.

Une prise en charge précoce du malade est indispensable. Elle repose sur la réhydratation du malade, le traitement spécifique de la microsporidiose et surtout sur la restauration immunitaire.

P32: QUEL EST L'APPORT DE LA PCR CONVENTIONNELLE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA MICROSPORIDIOSE INTESTINALE ?

S. ANANE ¹, E. KAOUECH ¹, R. ABDELMALEK ², S. BELHADJ ¹, T. BEN OTHMAN ³, M. BEJAOUI ⁴, T. BEN CHAABANE ², K. KALLEL ¹, E. CHAKER ¹

1- Service de Parasitologie-Mycologie, CHU la Rabta

2- Service de Maladies infectieuses, CHU la Rabta

3- Unité de greffe et d'hématologie, Centre national de greffe de moelle osseuse

4- Hôpital du jour, Centre national de greffe de moelle osseuse

Introduction : La microsporidiose intestinale est une parasitose opportuniste rare touchant surtout les sidéens.

Enterocytozoon bienewisi est l'espèce la plus fréquemment incriminée.

L'objectif de notre étude est d'étudier l'apport de la PCR conventionnelle dans le diagnostic de la microsporidiose intestinale à *Enterocytozoon bienewisi* en la comparant avec la coloration classique de Trichrome de Weber modifiée.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de deux ans (2006 et 2007) concernant 119 selles provenant de 92 malades hospitalisés au centre de greffe et aux différents services de la Rabta: service de maladies infectieuses, de Pédiatrie et de Gastroentérologie. Tous ces malades présentaient une symptomatologie en faveur de la microsporidiose intestinale survenant sur un terrain prédisposant : SIDA, Greffe de moelle osseuse ou déficit immunitaire.

Pour toutes ces selles, ont été pratiquées d'une façon systématique, la coloration de Trichrome de Weber et la PCR conventionnelle utilisant un couple d'amorce spécifique d'*Enterocytozoon bienewisi*.

Résultats : Sur les 119 selles, 4 se sont révélées positives au Trichrome de Weber et 12 à la PCR. Parmi ces 12 dernières selles, 8 n'étaient positives qu'à la PCR.

Conclusion : La PCR paraît d'un grand apport dans le diagnostic de la microsporidiose intestinale à *Enterocytozoon bienewisi*. En effet, elle a permis d'une part de rattraper les faux négatifs de l'examen direct et d'autre part d'identifier l'espèce de microsporidie. Cette identification est indispensable afin d'adapter le traitement qui diffère selon l'espèce. En effet, La fumagilline est la molécule la plus efficace pour *Enterocytozoon bienewisi*, l'espèce identifiée pour tous nos malades.

P33: UNE MENINGITE TORPIDE DE L'IMMUNODEPRIME: LA CRYPTOCOCCOSE NEUROMENINGEE. A PROPOS DE 22 CAS TUNISIENS

E. KAOUËCH¹, K. KALLEL¹, S. BELHADJ¹, S. ANANE¹, B. KILANI², T. BEN CHAABANE², K. BEN FADHL³, A. KHEDHER⁴, B. MEDDEB⁵, S. BEN LAKHAL⁶, E. CHAKER¹

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta Tunis

2- Service des Maladies Infectieuses, Hôpital La Rabta Tunis

3- Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Habib Thameur Tunis

4- Service de Médecine Interne M8, Hôpital Charles Nicolle Tunis

5- Service d'Hématologie, Hôpital Aziza Othmana Tunis

6- Service de Réanimation Médicale, Hôpital La Rabta Tunis

La cryptococcose neuroméningée est une infection mycosique grave touchant essentiellement le sujet immunodéprimé et en particulier le sujet séropositif au VIH.

Nous rapportons dans ce travail 22 cas de méningite à cryptocoque, diagnostiqués au laboratoire de parasitologie-Mycologie de l'Hôpital La Rabta sur une période de 17 ans, chez 16 patients VIH+ et 6 patients non infectés par le VIH (deux greffés rénaux, un diabétique non insulino-dépendant, un lymphome malin non hodgkinien, un lupus disséminé et un cirrhotique post-hépatite B).

Sur le plan clinique, nous notons, en plus de la fièvre et des céphalées, la fréquence des signes neurologiques focaux surtout dans le groupe patients VIH-.

Le diagnostic a été porté sur la présence de levures encapsulées à l'examen direct à l'encre de chine du liquide céphalo-rachidien et/ou la culture sur milieu Sabouraud et/ou la recherche de l'antigène cryptococcique.

Le traitement, en première intention, a été l'Amphotéricine B dans 13 cas, l'association Amphotéricine B et 5Fluorocytosine dans 3 cas et le Fluconazole dans 6 cas.

L'évolution s'est faite vers le décès dans 14 cas, la guérison dans 7 cas (malgré plusieurs récurrences pour 3 patients) et un patient a été perdu de vue.

P34: APPORT DU MILIEU CHROMOGENE CANDI ID® DANS L'IDENTIFICATION DES LEVURES.

S. GAÏED MEKSI, F. SAGHROUNI, I. BOUGNIZAB, A. FATHALLAH, A. YAACOUB, N. MLIKA, M. BEN SAÏD

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU Farhat Hached, Sousse

Candi ID® est un milieu chromogène commercialisé par le laboratoire bioMérieux et qui permet l'identification formelle de *Candida (C.) albicans* à l'œil nu et un diagnostic présomptif des autres espèces. *C. albicans* apparaît sous forme de colonies bleues après 24h d'incubation, alors que d'autres espèces comme *C. tropicalis*, *C. lusitanae*, *C. guilliermondii*, et *C. kefyr* donnent des colonies roses. Les autres levures restent blanches.

Le but de notre travail est de comparer le milieu Candi ID® au milieu de Sabouraud-Chloramphénicol (SC) dans l'identification des levures et la mise en évidence des associations.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur un total de **254** prélèvements dont 114 (44,9%) ont été

ensemencés sur milieu SC et 140 (55,1%) sur Candi ID[®]. Il s'agit de prélèvements de langue dans 81 (31,9%) cas, de crachats dans 80 (31,5%) cas, de liquides bronchiques dans 44 (17,3%) cas, de selles dans 19 (7,5%) cas, de prélèvements auriculaires dans 14 (5,5%) cas, d'urines dans 11 (4,3%) cas, de biopsies cutanées dans 4 (1,6%) cas et de liquide céphalo-rachidien dans 1 (0,4%) cas. Le diagnostic d'espèce a été basé sur les caractéristiques morphologiques de la levure sur milieu Pomme de terre-Carotte-Bile (Bio-Rad[®]) et son profil d'assimilation à l'Auxacolor (Bio-Rad[®]) et/ou à l'ID 32C[®] (bioMérieux).

La culture sur SC a révélé 13 (11,40%) cas d'associations ; toutes de 2 levures. Sur Candi ID[®], nous avons détecté 58 (41,40%) cas d'associations dont 37 (26,40%) de 2 levures, 18 (12,8%) de 3 levures et 3 (2,1%) de 4 levures. Il importe de noter que la fréquence de *C. albicans* n'a pas montré de différence statistiquement significative selon le milieu d'ensemencement. Certaines espèces comme *C. dubliniensis* (2 cas), *C. guilliermondii* (2 cas) et *C. lusitaniae* (1 cas) ont été isolées uniquement sur Candi ID[®].

P35 : PROFIL DES AGENTS CONTAMINANTS DES CULTURES MYCOLOGIQUES AU LABORATOIRE DE MYCOLOGIE DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

J. KAROUI, I. BEN ABDA, E. SIALA, R. BEN ABDALLAH, N. ZALLEGHA, K. AOUN ET A. BOURATBINE

Service de Parasitologie Clinique, Institut Pasteur de Tunis

La contamination des cultures est un problème auquel sont confrontés tous les laboratoires d'analyses médicales. Afin d'établir le profil des contaminants rencontrés au sein du laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'Institut Pasteur de Tunis, il a été pratiqué un recensement et une identification des germes contaminants isolés à partir des cultures de prélèvements mycologiques durant la période allant de mars 2007 à février 2008. Ce type de prélèvement est habituellement ensemencé sur les milieux Sabouraud-chloramphénicol (solides ou liquides) additionnés ou non d'Actidione.

Sur un total de 775 cultures réalisées pendant la période d'étude, nous avons relevé 40 contaminations (5,2%). Toutes ont poussé sur les milieux sans Actidione. Les contaminations ont concerné principalement les prélèvements des pieds (32 cas soit 80%) avec par ordre décroissant ceux des ongles (52,2%), des plantes de pieds (15%) et des plis inter-orteils (12,5%). Les agents contaminants de 19 cultures ont été identifiés.

Penicillium sp. et *Aspergillus sp.* étaient les plus incriminés (4 cas chacun).

L'application des règles de stérilité lors de la pratique des cultures et surtout la décontamination régulière des salles de laboratoires représentent une priorité à respecter afin de prévenir et de réduire l'incidence des contaminations des milieux de culture.

P36 : PNEUMOCYTOSE A PNEUMOCYSTIS JIROVECI : ETUDE COMPAREE DE LA PCR ET DES TECHNIQUES DE COLORATION

E. KAOUACH¹, K. KALLEL¹, S. ANANE¹, S. BELHADJ¹, S. ABDELLATIF², K. MNIF³, T. BEN OTHMANE⁴, S. BEN LAKAHL², T. BEN CHAABANE⁵, E. CHAKER¹

1- *Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital La Rabta, Tunis.*

2- *Service de Réanimation Médicale, Hôpital La Rabta, Tunis.*

3- *Service de Réanimation pédiatrique, Hôpital d'enfants, Tunis.*

4- *Unité de Greffe et d'Hématologie, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse.*

5- *Service des Maladies Infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis*

Introduction : La pneumocystose est une mycose opportuniste responsable de pneumopathie interstitielle grave chez les sujets immunodéprimés infectés ou non par le VIH.

Son diagnostic est posé devant l'aspect clinique et radiologique, et affirmé par la mise en évidence des trophozoïtes et/ou des kystes de *Pneumocystis jiroveci* par de nombreuses techniques de coloration (Gomori-Grocott, May-Grünwald Giemsa, bleu de toluidine O).

Actuellement, les techniques de biologie moléculaire viennent compléter le diagnostic mycologique classique.

But du travail : Notre travail a comparé de façon prospective deux techniques de coloration (Gomori-Grocott et May-Grünwald Giemsa) à une technique PCR moyennant le couple d'amorces JKK 14 et JKK 17 amplifiant une séquence de 249 pb du gène de la glycoprotéine de surface de *P. jiroveci*.

Matériel et méthodes : Durant la période allant de Avril 2005 à Décembre 2007, nous avons colligé 65 prélèvements bronchopulmonaires (42 lavages broncho-alvéolaires, 11 crachats, 10 prélèvements trachéaux protégés, un liquide d'aspiration et un liquide pleural) collectés de 55 patients immunodéprimés (SIDA et autres pathologies) atteints de pneumopathies interstitielles aiguës hypoxémiantes.

Résultats : Le diagnostic de la pneumocystose a été retenu chez 16 patients, selon l'image radiologique et/ou l'examen direct et/ou l'épreuve

thérapeutique. La PCR a permis le diagnostic de 15 cas soit une sensibilité de 93,7% et une spécificité de 87,1%, alors que l'examen direct était positif dans 5 cas soit une sensibilité de 31,2% et une spécificité de 100%.

Discussion : Ainsi, la technique PCR trouve son intérêt dans la confirmation du diagnostic dans le cas des prélèvements pauci-cellulaires difficiles à interpréter à l'examen direct.

P37 : ASPERGILLOSE NOSOCOMIALE : A PROPOS DE 2 CAS

W. MADHI*, R. BATTIKH*, F. M'SADEK*, S. ZRIBA*, N. BEN ABDELHAFITH*, S. KHEDHER*, B. JEMLI**, J.LAABIDI*, I.BELHAJALI*, I.GARSALLAH*, L.METOUÏ*, B.LOUZIR*, S. GARGOURI**, S. OTHMANI*.

*Service de Médecine Interne – Hôpital Militaire de Tunis

**Laboratoire de Parasitologie – Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : L'aspergillus est un saprophyte de l'environnement capable de devenir pathogène surtout chez les patients immunodéprimés. En milieu hospitalier, l'infection par ce champignon est de plus en plus signalée et pose des problèmes thérapeutiques et pronostiques voir même épidémiologiques. Nous rapportons les cas de 2 patients immunodéprimés qui ont présenté une aspergilliose pulmonaire. L'origine nosocomiale a été évoquée sur l'apparition des signes cliniques au décours de l'hospitalisation, le regroupement des cas dans le temps et l'isolement du champignon dans presque tout l'environnement hospitalier.

Observation n°1 : Il s'agit d'un homme de 70 ans, bronchopathe chronique, hospitalisé en mai 2007 pour leucémie lymphoïde chronique et mis sous chimiothérapie par Fludarabine. A la fin de la cure il développe une pleuropneumopathie basale gauche hypoxémiant qui a imposé son transfert en réanimation. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire La sérologie et l'antigénémie aspergillaire sont positives avec en particulier présence d'IgM et ascension du titre des antigènes à 2 dosages successifs. L'examen du liquide bronchique a révélé la présence d'*Aspergillus vulgaris*. Malgré un traitement par voriconazole le patient décède dans un tableau de choc septique et défaillance respiratoire.

Observation n°2 : Il s'agit d'un homme de 69 ans, tabagique, hospitalisé en juillet 2007, pour pancytopenie en rapport avec une myélofibrose (leucopénie à 1200 éléments/mm³ et neutropénie à 400 éléments/mm³). A 10 jours d'hospitalisation il développe une dyspnée fébrile avec toux, expectoration, et opacité radiologique floconneuse du poumon gauche. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire. Le scanner thoracique a montré un foyer de bronchoalvéolite et la

fibroscopie bronchique avec lavage bronchoalvéolaire a permis d'isoler *Aspergillus fumigatus*. Il a reçu un traitement par amphotéricine B relayé par voriconazole pour une durée totale de 8 semaines avec évolution favorable.

Conclusion : La survenue d'une aspergilliose invasive est à craindre sur certains terrains immunodéprimés. Son diagnostic de certitude repose sur la biopsie. Ailleurs la tomодensitométrie thoracique, l'isolement du champignon par un prélèvement protégé ou a défaut une antigénémie et/ou une sérologie positive permettent un diagnostic de présomption. Son pronostic, même s'il a été amélioré par les nouveaux antifongiques (nouveaux triazolés, les échinocandines), demeure réservé. La localisation pulmonaire est fréquente en cas d'infection nosocomiale et suggère une transmission aéroportée ou manuportée. La prévention de cette affection se base essentiellement sur des mesures environnementales comme la filtration de l'air et le traitement des surfaces.

P38 : MUCORMYCOSE RHINO-ORBITO-CEREBRALE : A PROPOS D'UN CAS

A. BERRICHE, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, H. TIOURIBENAISSA, B. KILANI, L. AMMARI, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : La mucormycose est une infection fongique opportuniste, rare, rapidement extensive. Elle atteint avec prédilection les patients immunodéprimés, en particulier les diabétiques en décompensation acidocétosique. L'atteinte rhinosinusienne est la plus fréquente. La dissémination par voie hématogène est exceptionnelle.

Matériel et méthode : nous rapportons l'observation originale d'un cas de mucormycose d'installation lente, compliqué d'une atteinte cérébrale par voie hématogène.

Observation : patiente H.B, âgée de 46 ans est hospitalisée en juin 2007 pour acidocétose inaugurale. A l'interrogatoire, la patiente présentait depuis Mars 2007, une hémicrânie droite, une rhinorrhée homolatérale, purulente puis foncée, associées à une exophtalmie. A l'examen, elle était apyrétique. L'examen ORL révèle des lésions croûteuses de la fosse nasale droite et une ulcération du palais de 3 à 4 cm, à fond nécrotique. L'examen direct d'une biopsie nasale a conclu à la présence de filaments mycéliens et la culture était positive à *Rhizopus arrhizus*. Le délai diagnostic de la mucormycose était de 3 mois. L'IRM cérébrale et du massif facial a révélé, mis à part les lésions du palais et des sinus, 2 lésions cortico-sous-

corticales occipitale et pariétale droites en hyposignal T₁ et hypersignal T₂. Un traitement par amphotéricine B a été institué, associé à 4 débridements chirurgicaux. L'évolution était favorable sur le plan clinique et rhino-orbitaire. Les lésions cérébrales ont persisté d'où la prolongation du traitement pendant 5 mois. Devant une dose cumulée d'amphotéricine B élevée (5125 mg) et l'apparition d'une insuffisance rénale, le traitement a été relayé, à 5 mois, par le fluconazole et la ciprofloxacine pour un total de 8 mois. L'évolution était marquée par la persistance des lésions cérébrales, une amélioration nette des lésions sinusiennes et une guérison clinico-biologique. Le recul est de 19 mois.

Conclusion : à la phase aigue, les signes cliniques de la mucormycose sont peu spécifiques en dehors de la nécrose et de la rhinorrhée sanguinolente, ce qui explique le retard diagnostique et le pronostic sombre avec un taux de mortalité important.

P39 : LA MUCORMYCOSE RHINO-ORBITO-CEREBRALE CHEZ LE DIABETIQUE : UN DIAGNOSTIC A NE PAS OUBLIER

S. ANANE¹, E. KAOUËCH¹, S. BELHADJ¹, L. AMMARI², R. ABDELMALEK², T. BEN CHAABANE², S. BEN LAKHAL³, A. DAOUËD⁴, M. AMMAMOU⁵, R. CHERIF⁶, K. KALLEL¹, E. CHAKER¹

1- Service de Parasitologie-Mycologie, CHU la Rabta

2- Service de Maladies infectieuses, CHU la Rabta

3- Service de Réanimation médicale, CHU la Rabta

4-Service d'Anesthésie et de réanimation, CHU Charles Nicolle

5- CAMU

6- Service d'Anesthésie et de réanimation, CHU Habib Thameur

Introduction: La mucormycose est une mycose rare mais de pronostic sombre.

La forme rhino-orbito-cérébrale est la forme la plus fréquente touchant essentiellement les diabétiques. L'objectif de cette étude est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette forme clinique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 17 cas de mucormycose rhino-orbito-cérébrale diagnostiqués sur une période de 16 ans entre 1992 et 2007.

Résultats : Il s'agissait de 8 hommes et 9 femmes ayant un âge moyen de 52,18 ans (±15,14) avec des extrêmes allant de 22 à 72 ans.

Tous les patients étaient diabétiques : il s'agissait d'un diabète insulino-dépendant chez 7 malades, d'un diabète non insulino-dépendant dans 7 cas et d'un diabète inaugural dans 3 autres cas.

6 malades étaient en acidocétose diabétique à l'admission et 2 autres développaient cet état au

cours de l'hospitalisation.

La nécrose a été le signe clinique le plus fréquent intéressant surtout la face chez 9 patients et le palais dans 5 cas.

Les signes ophtalmiques ont été présents chez 16 malades dont l'oedème palpébral a été le signe le plus fréquent (8 cas) suivi de l'exophtalmie (7 cas), du chemosis (7 cas) et de l'ophtalmoplégie (6 cas). Des complications neurologiques ont été observées chez 10 patients. La paralysie faciale et les troubles de conscience ont été les signes les plus fréquents.

Le diagnostic a été confirmé par l'examen mycologique, associé ou non à l'examen anatomopathologique, permettant d'identifier l'agent causal dans 12 cas. Il s'agissait de *Rhizopus oryzae* dans tous les cas. 10 malades ont été traités seulement par l'Amphotéricine B dont 9 sont décédés et une patiente a développé une extension cérébrale.

Chez 7 malades, l'Amphotéricine B a été associée à un traitement chirurgical aboutissant à une bonne évolution dans 6 cas et la mort dans un cas.

Conclusion : La précocité du diagnostic de la mucormycose et l'association d'un traitement médical à un traitement chirurgical est indispensable afin d'améliorer le pronostic de la maladie.

P40 : LES SEPTICEMIES A PSEUDOMONAS AERUGINOSA : ETUDE DE 18 CAS

D. LAHIANI¹, I. MAALOUILL, B. HAMMAMI¹, N. BEN ARAB¹, CH. MARRAKCHI¹, F. BOUATTOUR, A. HAMMAMI², M. BEN JEMAA¹

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

2- Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

La septicémie à *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) a vu sa fréquence augmenter ces dernières années; particulièrement chez les patients immunofragilisés. Elle représente 4,5 à 11 % du total des septicémies et de 10 à 25 % de l'ensemble des septicémies à bacille à gram négatif.

A travers une étude rétrospective incluant 18 cas de septicémies à *P. aeruginosa* (1993 – 2007), nous avons essayé de dégager leurs facteurs de risque et de décrire leurs aspects cliniques, thérapeutiques, et évolutifs. Il s'agissait de 12 hommes et 6 femmes. L'âge moyen était de 61 (39-84) ans. L'origine nosocomiale était notée dans 67 %. Les principales pathologies sous-jacentes étaient le diabète (28 %), l'hémopathie (28 %) et l'infection urinaire récidivante (22 %). Un ou plusieurs facteurs favorisants étaient trouvés dans

83 % les plus importantes étaient la notion d'antibiothérapie préalable (72 %), l'hospitalisation antérieure (44 %), la chirurgie récente (28%) et le sondage urinaire (28%). La porte d'entrée était identifiée dans 8 cas (44,5%) dont la moitié était urinaire. Elle était digestive probable dans 6 cas. Une ou plusieurs localisations secondaires étaient notées dans 22%. La symptomatologie clinique était dominée par la fièvre (89%), les troubles digestifs (39%) et les signes urinaires associés (28%). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques avait trouvé une résistance du germe à la fosfomycine (67%), à la ciprofloxacine (33,3%), à la gentamicine (33,3%), à l'imipénème (22%) et à la ceftazidime (22%). Trois parmi les 18 souches isolées dans les hémocultures étaient multi-résistantes et d'origine nosocomiale. Le traitement antibiotique était essentiellement une bêta-lactamine anti-pyocyanique associée à un aminoside ou à une fluoroquinolone (45% et 33,3% respectivement). La durée moyenne de traitement était de 20 jours. L'évolution immédiate était émaillée par la survenue d'un état de choc septique (50%), de coagulation intra vasculaire disséminée (33%) et de syndrome de détresse respiratoire aigu (33%). L'évolution ultérieure était favorable dans 6 cas (33%) et fatale dans 12 cas (67%).

Les septicémies à *P. aeruginosa* sont toujours redoutables et leur évolution est généralement fatale, particulièrement sur terrain immunodéprimé. La prise en charge précoce et adéquate, et surtout le traitement de toute porte d'entrée possible, sont les seuls garants d'un meilleur pronostic.

P41 : LES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES DOCUMENTÉES BACTERIOLOGIQUEMENT. ETUDE DE 88 CAS

M. ATTAR, N. BEN ARAB, I. MAALOU, B. HAMMAMI, CH. MARRAKCHI, A. HAMMAMI*, M. BEN JEMAA

Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

Les infections urinaires nosocomiales occupent le 1^{er} rang des infections nosocomiales.

Le but de notre travail est de préciser les particularités épidémiologiques et de discuter la stratégie thérapeutique et les mesures préventives des infections urinaires nosocomiales. Notre étude est rétrospective concernant 88 cas d'infections urinaires nosocomiales documentées bactériologiquement survenus chez 86 malades. Il s'agissait de 55 hommes et 31 femmes, âgés en moyenne de 61 ans. Les facteurs favorisants étaient dominés par le sondage vésical (73%) suivi de diabète (38%). La culture des urines était monobactérienne dans 96,5%. Les germes isolés

étaient des bacilles à Gram négatif dans 92% des cas avec prédominance de *Klebsiella pneumoniae* (45%) et d'*Escherichia coli* (36%). L'antibiothérapie de première intention était empirique dans 50 cas. La durée moyenne du traitement antibiotique était de 19,5 jours. L'évolution était fatale dans 6 cas, liée à l'infection dans un seul cas. La réinfection a été notée dans 20 cas (22,7 %).

Le sondage vésical constitue le 1^{er} facteur de risque de loin le plus important. Ainsi, la prévention des infections urinaires nosocomiales est primordiale, reposant sur le respect des recommandations d'hygiène relatives au sondage.

P42 : LES INFECTIONS A BGN MULTI-RESISTANTS EN DEHORS DES INFECTIONS URINAIRES : A PROPOS DE 40 CAS

S. AISSA, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, H. TIOURI BENAÏSSA, B. KILANI, L. AMMARI, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : les infections à BGN multirésistants (BGN MR) sont des infections sévères, favorisées par le contexte nosocomial, les tares, l'antibiothérapie à répétition et les corps étrangers. Le pronostic est sévère de part le terrain débilisé et la résistance aux antibiotiques.

Patients et méthode : nous avons mené une étude rétrospective au service des maladies infectieuses de la Rabta sur une période de 10 ans (1998-2007). Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'une infection documentée à BGN MR en dehors des infections urinaires.

Résultats : nous avons colligé 40 patients âgés de 56,5 ans, répartis en 25 hommes et 15 femmes. Les facteurs favorisants étaient le diabète dans 14 cas, un corps étranger dans 9 cas, une otite chronique dans 5 cas et une maladie respiratoire chronique dans 4 cas. Il s'agit d'une septicémie dans 27 cas, d'une infection neuro-méningée dans 10 cas, d'une endocardite dans 2 cas et d'une pneumopathie dans 1 cas. L'infection était nosocomiale dans 18 cas. Les germes isolés étaient le pyocyanique dans 21 cas, *K. pneumoniae* dans 10 cas, *E. coli* dans 5 cas, *Acinetobacter* dans 2 cas, *Providencia stuarti* dans 1 cas et *Morganella morganii* dans 1 cas.

L'antibiothérapie initiale était adaptée dans 16 cas. L'évolution était favorable dans 26 cas, une complication suppurative a été constatée dans 4 cas et le décès déploré dans 10 cas.

Conclusion : les infections à BGN MR sont des infections sévères, grevées d'une forte mortalité. La connaissance des facteurs favorisants

et prédictifs oriente vers l'antibiothérapie initiale dont découle le pronostic.

P43 : LES BACTERIEMIES A BACILLES A GRAM NEGATIF NON FERMENTAIRES AUTRES QUE PSEUDOMONAS AERUGINOSA ET ACINETOBACTER DANS LA REGION DE SFAX (2001-2007)

M. ZOUARI, S. HADRICHE, A. ZNAZEN, S. MEZGHANI, M. REKIK, F. MAHJOUBI, A. HAMMAMI.

Laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax.

Les bacilles à Gram négatif non fermentaires autres que **Pseudomonas aeruginosa** et **Acinetobacter** (BGNF) constituent une cause non habituelle de septicémie. Cependant, leur incidence est en augmentation ces dernières années.

C'est une étude rétrospective menée au Laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Nous avons inclus toutes les souches de BGNF isolées au niveau des hémocultures de 2001 à 2007. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les normes du CA-SFM. Toutes les données ont été analysées par le logiciel Whonet 5.3.

Au total, 147 souches de BGNF ont été isolées, ce qui représente 4.5% des bactériémies à bacilles à Gram négatif et 18.4% des bactériémies à bacilles à Gram négatif non fermentaires. Parmi les 14 différentes espèces identifiées, *Stenotrophomonas maltophilia* (54.4%) et *Achromobacter xylosoxidans* (20.4%) étaient les plus fréquentes. Ces bactériémies à BGNF ont été identifiées essentiellement dans les unités de soins intensifs (59.5%) suivies par les services d'onco-hématologie (19%). Les souches de *S. maltophilia* ont représenté un phénotype sauvage vis à vis des β -lactamines (sensibles à la ticarcilline/acide clavulanique et au moxalactam) dans 50% des cas. Pour *Achromobacter xylosoxidans*, 83% des souches ont présenté un phénotype sauvage vis à vis des β -lactamines. Les pourcentages de résistance à l'amoxicilline, amoxicilline/acide clavulanique et à l'imipénème étaient respectivement de 56.7%, 7% et 10%. Pour *Ochrobactrum anthropi*, les 8 souches isolées avaient un phénotype sauvage. Parmi les quatre souches isolées de *Burkholderia cepacia*, une seule souche était résistante à la pipéracilline et à la ceftazidime.

La sensibilité aux antibiotiques des BGNF dépend de l'espèce, de ce fait une identification au niveau de l'espèce est d'une utilité majeure pour une antibiothérapie adaptée. Les mécanismes de résistance des BGNF sont moins élucidés que les

autres bacilles à Gram négatif. Des études avec un nombre plus élevé de souches seraient nécessaires.

P44 : ETUDE DE L'EPIDEMIOLOGIE D'A. BAUMANNII PAR LA DISTANCE EUCLIDIENNE COMPAREE AUX TECHNIQUES MOLECULAIRES, HOPITAL LA RABTA

A. BEN OTHMAN, M. ZRIBI, C. BURUCOA, A. MASMOUDI, C. FENDRI

Service de microbiologie, la Rabta, Tunis

A. baumannii est un pathogène opportuniste responsable d'infections nosocomiales diverses, touchant essentiellement les services de réanimation, dont les épidémies sont favorisées par les antibiothérapies sélectives à large spectre.

Au CHU la Rabta, l'isolement de *A. baumannii* est fluctuant au fil de l'année avec cependant des pics au niveau des services de réanimation.

Afin d'isoler et de détecter ces épidémies, une étude a été entreprise sur 214 souches d'*A. baumannii* isolées entre 2004 et 2005 en mettant en jeu différents outils épidémiologiques à savoir ; l'antibiotypie par la technique de la distance euclidienne délimitée à une sélection de 8 antibiotiques (GM, TOB, AN, CIP, CAZ, IMP, TET, RIF), la PCR- RAPD en utilisant les amorces arbitraires (VIL1, VIL5 et BK4) et enfin le champ pulsé en coupant par l'enzyme de restriction *ApaI* (PFGE).

19 groupes distincts ont été identifiés par le logiciel Taxotron (Antibiotyping) qui se base sur la classification des souches selon le diamètre d'inhibition émis par l'antibiotique après 24h d'incubation à 37°C. L'approche moléculaire par RAPD donne 5, 3 et 7 groupes génomiques correspondant respectivement aux amorces VIL1, VIL5 et BK4. L'analyse par le champ pulsé donne 22 pulsotypes distincts.

Une bonne concordance a été retrouvée entre la RAPD et le PFGE. Cependant, on a noté l'absence de corrélation entre les résultats génomiques et ceux de l'antibiotypie; c'est-à-dire 1 profil génomique peut correspondre à 1 ou plusieurs antibiogrammes et inversement.

Cette étude nous a permis d'évaluer d'une part, le statut épidémiologique des souches d'*A. baumannii* au sein de l'hôpital la Rabta et d'autre part de constater, par les résultats de la distance euclidienne, le taux de résistance et de multiplicité de souches étudiées.

Cette technique pourrait donc compléter les études moléculaires pour la détection des épidémies hospitalières à *A. baumannii*.

Cependant, l'étude qui a porté sur des épidémies hospitalières à *A. baumannii* à Poitiers (Pôle Biologie Santé, France) donne une bonne concordance entre les différentes méthodes. Ceci confirme bien le statut endémo-épidémique d'*A. baumannii* au sein de notre hôpital.

P45: CHOC SEPTIQUE A BURKHOLDERIA CEPACIA

A. TRIFI*, S. ALAYA*, F. DALY*, R. NASRI*, S. ABBDELLATIF*, S. BEN LAKHAL*, M. ZRIBI**, A. MASMOUDI**

*Service de réanimation médicale la Rabta ;

**service de bactériologie la Rabta

Introduction: *Burkholderia cepacia* est une bactérie de l'environnement, apte à coloniser les tissus végétaux et animaux. Chez l'homme, il peut être responsable d'infections opportunistes d'origine nosocomiale.

Observation : nous rapportons le cas d'un patient âgé de 23 ans hospitalisé pour polytraumatisme. Ayant nécessité sa mise sous assistance respiratoire. L'évolution est marquée par la survenue d'une polyneuropathie de réanimation responsable de difficulté de sevrage de la ventilation mécanique et de troubles de la déglutition malgré la reprise d'un état de conscience normale. Il a eu une trachéotomie ainsi qu'une jejunostomie d'alimentation. Deux semaines après la réalisation de la jejunostomie, il a présenté un état de choc septique dont les prélèvements bactériologiques (PTP + Hémoculture) ont mis en évidence un *Burkholderia cepacia*. Malgré une antibiothérapie adaptée, l'évolution est défavorable.

Discussion : *Burkholderia cepacia*, est une bactérie opportuniste présente dans l'environnement naturel (eaux, sol, rhizosphère). Initialement classée dans le genre *Pseudomonas*, elle appartient désormais au genre *Burkholderia*. Elle est essentiellement impliquée dans deux groupes d'infections : 1) infections nosocomiales (bactériémies, infections respiratoires et urinaires)⁽¹⁾, survenant le plus souvent chez des patients soumis à des manœuvres invasives (cathétérisme intraveineux, intubation/ventilation, sondage urinaire)⁽²⁾ ; 2) colonisations/infections respiratoires chez des patients atteints de mucoviscidose ou de fibrose pulmonaire. La gravité est très variable, allant de la simple colonisation asymptomatique à la pneumonie nécrosante, accompagnée ou non de septicémie « syndrome cepacia », bien souvent fatale⁽³⁾. *Burkholderia cepacia* est le plus souvent multirésistant aux antibiotiques. Bressler et al⁽⁴⁾ a montré en analyse multivarié qu'une insuffisance rénale nécessitant le recours au dialyse, une intervention chirurgicale récente, deux fibroscopies bronchiques ou plus, une trachéotomie, la

présence d'un cathéter veineux centrale avant le diagnostic de l'infection à *Burkholderia cepacia* sont des facteurs de risque indépendants de survenue de septicémie à *Burkholderia cepacia*, alors qu'une gastrostomie percutanée est à faible risque. Dans notre cas, le patient a comme facteurs de risque une trachéotomie, le cathéter veineux centrale, la jejunostomie d'alimentation.

Conclusion: *Burkholderia cepacia* est un germe émergent responsable d'infections nosocomiales. Sa survenue paraît facilitée par les transmissions croisées, la fréquence des interventions broncho-pulmonaires (intubation, fibroscopie, trachéotomie), la présence de cathéter veineux. La prévention permet de limiter la survenue d'infection par ce germe virulent.

Références :

- 1- Martone W, Tablan O, Jarvis W. The epidemiology of nosocomial epidemic *Pseudomonas cepacia* infections. *Eur J Epidemiol* 1987; 3: 222-32.
- 2- Lu D, Chang S, Chen Y, Luh K, Lee C, Hsieh W. *Burkholderia cepacia* bacteremia : a retrospective analysis of 70 episodes. *J Formos Med Assoc* 1997; 96 : 972-8.
- 3- Isles A, Macluskay I, Corey M, et al. *Pseudomonas cepacia* infection in cystic fibrosis : an emerging problem. *J Pediatr* 1984; 104 : 206-10.
- 4- Bressler AM, Kaye KS, Lipuma JJ, Alexander BD, Moore CM, Reller LB, Woods CW. Risk Factors For *Burkholderia Cepacia* Complex Bacteremia Among Intensive Care Unit Patients Without Cystic Fibrosis: A Case-Control Study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007; 28:951-8.

P46 : APPROCHE PROTEOMIQUE PAR LE SELDI DANS L'ETUDE DES SOUCHES EPIDEMIQUES D'ACINETOBACTER BAUMANNII

A. BEN OTHMAN, M. ZRIBI, CH. ATANASSOV., CH. BURUCOA, A. MASMOUDI, CH. FENDRI

Laboratoire de microbiologie, la Rabta, Tunis

A. baumannii est une bactérie pathogène opportuniste souvent impliquée dans des cas d'infections communautaires mais surtout dans des épidémies d'infections nosocomiales. Ce pathogène survient essentiellement dans les unités de soins intensifs particulièrement chez les patients ventilés ayant reçu des antibiotiques. Dans le but de compléter notre étude sur des souches épidémiques d'*A. baumannii*, ayant été préalablement typées par le biais de plusieurs techniques moléculaires, une approche protéomique a été entreprise. La méthode utilisée est le SELDI pour " *Surface enhanced laser desorption/ionisation* " dont le principe repose sur la combinaison sur un même support de trois étapes d'analyse des protéines : séparation, détection et analyse.

Cette étude a porté sur une population représentative de 62 souches ; 31 souches du CHU La Rabta (Tunisie) et 31 souches du CHU de Poitiers (France).

Les extraits protéiques de toutes les souches ont été dosés (par la méthode de Bradford), et traitées par le SELDI sur deux types de surfaces CM10 et Q10.

Le résultat est donné sous forme de dendrogramme montrant la phylogénie des souches selon les protéines détectées. Afin de s'assurer de la reproductibilité de la méthode, 4 souches choisies au hasard, ont été testées 6 fois. La reproductibilité de la méthode a été confirmée puisque les extraits provenant d'une même souche ressortent toujours dans le même groupe.

D'autre part, les souches étudiées, se répartissent en deux groupes distincts et constants selon la taille des protéines détectées. Cependant, ces groupes changent d'une surface à une autre étant donné que l'affinité des protéines retenues change. Cette approche par le SELDI nous a donc permis d'avoir une idée globale sur la phylogénie des souches épidémiques sur le plan protéomique mais ne semble pas appropriée pour l'identification des épidémies hospitalières.

P47: RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES D'ESCHERICHIA COLI DANS LA REGION DE SOUSSE

M. MARZOUK, A. FERJENI, N. HANNACHI, J. BOUKADIDA

Laboratoire de microbiologie-immunologie, UR02SP13. CHU F. Hached Soussse TN.

Introduction : *Escherichia coli* est un agent majeur d'infections communautaires et hospitalières. L'antibiorésistance de cette bactérie reflète à la fois la pression de sélection exercée par l'antibiothérapie en milieu communautaire et hospitalier. *E. coli* est le type même de la bactérie, très bon indicateur global du phénomène d'antibiorésistance, qui doit être constamment mis à jour.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude réalisée lors du 2^{ème} semestre de l'année 2007, portant sur toutes les souches non redondantes d'*E. coli* isolées des différents prélèvements parvenus au laboratoire de microbiologie du CHU Farhat Hached. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les recommandations du CA-SFM.

Résultats : Mille huit souches d'*E. coli* ont été collectées essentiellement de prélèvements urinaires (89,7%), d'hémocultures (4%) et de suppurations (1,5%). Ces prélèvements provenaient des structures de première ligne (51,5%). Les services hospitaliers les plus concernés étaient ceux de pédiatrie et de médecine interne. Les malades étaient dans 82,5% des cas de sexe féminin. Les principales résistances concernaient l'amoxicilline (57,5%), le

céfotaxime et autres céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) (5,5%), la gentamicine et la tobramycine (7,8%), l'amikacine (2,3%), l'ofloxacine (8,7%) et le cotrimoxazole (38,3%).

Aucune résistance n'a été notée pour la colimycine et l'imipénème. Concernant les souches résistantes aux C3G, provenant essentiellement de prélèvements urinaires (60%) du service de néonatalogie (51%), les résistances étaient 85,7% à la gentamicine et la tobramycine, 32,2% à l'amikacine, 17,8% à l'ofloxacine, 37,5% au cotrimoxazole et 8,9% au chloramphénicol.

Conclusion : Les taux de résistance d'*E. coli* aux antibiotiques sont relativement élevés pour les antibiotiques à très large usage comme l'amoxicilline et le cotrimoxazole. Les souches résistantes aux C3G demeurent pratiquement toujours hospitalières et les alternatives thérapeutiques sont essentiellement les fluoroquinolones et éventuellement le chloramphénicol. *E. coli* demeure le type même de la bactérie où l'antibiogramme est obligatoire.

P48: PREVALENCE DES GENES QNR CHEZ LES ENTEROBACTERIES RESISTANTS AUX FLUOROQUINOLONES ISOLEES A L'HOPITAL SAHLOUL, SOUSSE

M. CHAABANE, S. DAHMEN, Z. BEN FARHAT, M. WEJDENE, O. BOUALLEGUE ET N. BOUJAARFAR

CHU Sahloul

Introduction: Depuis leur introduction, le niveau de résistance aux quinolones ne cesse d'augmenter spécialement pour les bactéries à Gram-. Pendant longtemps les seules résistances acquises aux quinolones ont été des mutations diminuant l'accumulation intra-cellulaire de ces antibiotiques et/ou altérant leurs cibles (DNA topoisomérases de type II). En 1998, des gènes de résistance aux quinolones appelés *qnr* (*qnrA*, *qnrB*, *qnrS*), localisés sur des plasmides, ont été décrits chez les entérobactéries. Dans ce travail, on s'est intéressé à déterminer la prévalence des gènes *qnr* chez les entérobactéries isolées à l'hôpital Sahloul (Septembre 2005- Mai 2007).

Matériels et méthodes : 240 souches d'entérobactéries dont la moitié sont productrices de β -lactamases à spectre élargi (BLSE), sont issues de produits pathologiques divers isolés des patients hospitalisés dans les services de soins intensifs et d'urologie. L'identification des souches est faite par Api 20E (biomérieux, France). La détermination de la production de BLSE est réalisée par le test de synergie par diffusion sur milieu Mueller-Hinton et confirmation par PCR et séquençage. Les gènes *qnr* ont été détectés par

PCR multiplex en utilisant des amorces spécifiques.

Résultats: Les BLSE sont majoritairement de type CTXM-15. La prévalence des gènes *qnr* présente 22.53% (54 souches/240). 31.25% parmi celles-ci sont productrices de BLSE, et 4.35% sont non-BLSE.

Conclusion: Par rapport à d'autres pays, la prévalence des gènes *qnr* est assez élevée. Ces gènes sont souvent associés à des bactéries productrices de BLSE. En effet, l'augmentation de la fréquence de la résistance aux antibiotiques due aux BLSE nécessite une utilisation accrue des fluoroquinolones ce qui favorise une augmentation de la résistance à cette classe d'antibiotique et un support plasmidique provoque une émergence de cette résistance.

P49 : LES ENTEROBACTERIES RESISTANTES AUX CEPHALOSPORINES DE 3EME GENERATION RESPONSABLES D'INFECTIONS COMMUNAUTAIRES DANS LA REGION DE SFAX

S. HADRICH, S. MEZGHANI, M. REKIK, F. FENDRI, A. ZNAZEN, F. MAHJOUBI, A. HAMMAMI.

Laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax.

La résistance aux antibiotiques des entérobactéries isolées en ville est en augmentation régulière. Elle pose des problèmes thérapeutiques vu l'émergence de souches multirésistantes notamment les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération (ERC3G) par production de BLSE.

Notre objectif était d'évaluer la fréquence des ERC3G communautaires dans notre région et de décrire leurs caractéristiques épidémiologiques.

Cette étude a été menée au Laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax pendant une période de 20 mois (Mai 2006 - Décembre 2007). Elle inclut toutes les souches d'ERC3G isolées d'un prélèvement à visée diagnostique chez des patients consultants ou hospitalisés de moins de 48 heures dans les 2 CHU de Sfax. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la technique d'antibiogramme selon les normes du CA-SFM.

Pendant la période d'étude, nous avons isolé 8573 entérobactéries, parmi lesquelles 2092 (24.4%) ont été résistantes aux C3G. 68 entérobactéries ont été isolées d'infections communautaires ce qui représente 3.2% parmi les ERC3G, et 0.8% parmi toutes les entérobactéries. La production d'une β -lactamase à spectre élargi a été notée dans 88.2% des cas. Pour 8 souches (11.7%) aucun facteur de risque n'a été retrouvé. Pour les 60 autres souches, un ou plusieurs facteurs de risque ont été retrouvés parmi lesquels l'antibiothérapie préalable

(70%) et l'hospitalisation antérieure (45%) étaient prédominants. Les ERC3G communautaires ont été isolées essentiellement dans les urines (86.7%). *E. coli* (51.5%) et *Klebsiella pneumoniae* (36.8%) étaient les espèces les plus fréquentes. Les pourcentages de résistance aux autres antibiotiques étaient de 64.7% pour la gentamicine, 32.4% pour l'amikacine, 34% pour le chloramphénicol, 88.2% pour la tétracycline, 64.7% pour l'acide nalidixique, 61.8% pour l'ofloxacine et 66.2% pour le cotrimoxazole. Aucune résistance à l'imipénème et à la colistine n'a été notée.

Une étude moléculaire permettrait de préciser la clonalité ou non de ces souches et de les comparer avec les entérobactéries hospitalières.

P50 : EVOLUTION DE LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACTERIES RESPONSABLES D'INFECTIONS URINAIRES COMMUNAUTAIRES DANS LA REGION DE SFAX (2004-2007)

S. HADRICH1, M. REKIK 1, M. BOUDAWARA2, S. MEZGHANI1, N. ZRIBI1, A. ZNAZEN1, F. MAHJOUBI 1, A. HAMMAMI1.

1- Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

2 - Laboratoire Policlinique CNSS Sfax

Les infections urinaires constituent l'une des infections les plus fréquentes en médecine de ville. Depuis plus de 20 ans, la résistance aux antibiotiques augmente régulièrement en milieu communautaire.

Le but de ce travail était d'étudier la distribution et l'évolution de la sensibilité aux antibiotiques des bactéries responsables d'infections urinaires communautaires entre 2004 et 2007.

C'est une étude rétrospective menée au Laboratoire de Microbiologie CHU Habib Bourguiba de Sfax pendant les années 2004 et 2007. Nous avons inclus toutes les bactéries responsables d'infections urinaires analysées au laboratoire de la policlinique 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.

617 bactéries ont été isolées au niveau des urines en 2004 et 976 en 2007. La répartition des principales espèces bactériennes était respectivement en 2004 et 2007: *Escherichia coli* (65%, 75%), *Klebsiella pneumoniae* (13%, 10%), autres entérobactéries (11%, 2.4%), *Streptococcus agalactiae* (3%, 2%) et *Staphylococcus saprophyticus* (5%, 2%). Pour *Escherichia coli*, les pourcentages de résistance ont passé de 63.5% en 2004 à 78.2% en 2007 pour l'amoxicilline et de 10.6% en 2004 à 16.2% en 2007 pour l'ofloxacine.

Pour *Klebsiella pneumoniae*, les taux de résistance ont connu une augmentation pour l'amoxicilline/acide clavulanique (15.2% en 2004 versus 43.8% en 2007) et pour l'ofloxacine (17.4% en 2004 versus 33% en 2007). Les taux de résistance pour les céphalosporines de troisième génération étaient de 1.6% en 2004 et 1.7% en 2007 pour *Escherichia coli* et de 3.8% en 2004 et de 3% en 2007 pour *Klebsiella pneumoniae*.

Le profil bactériologique des infections urinaires communautaires à la policlinique CNSS est dominé par *E. coli*. La résistance aux fluoroquinolones est un problème alarmant en milieu communautaire qui doit être surveillée régulièrement. La résistance aux céphalosporines de troisième génération des Entérobactéries isolées en milieu communautaire nécessite une étude épidémiologique pour dégager les facteurs de risque.

P51 : EMERGENCE ET DIFFUSION DES CTX-M A L'HOPITAL CHARLES NICOLLE

K. MAMLOUK, I. BOUTIBA, S. BEN REDJEB

Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Laboratoire «Résistance aux agents antimicrobiens», Faculté de Médecine,

La première entérobactérie productrice de β -lactamase à spectre élargi (BLSE) de type CTX-M à l'hôpital Charles Nicolle était une souche d'*E. coli* isolée au service de chirurgie, en Mars 2000. Depuis, de telles souches ont diffusé à l'ensemble de l'hôpital et leur nombre a considérablement augmenté. Afin d'évaluer l'extension de ce type de résistance dans notre hôpital, nous nous sommes proposés de mener ce travail rétrospectif s'étendant sur 8 ans (Janvier 2000- Décembre 2007).

La détection phénotypique des CTX-M s'était basée sur le profil de résistance de la souche aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) (diamètre d'inhibition du céfotaxime inférieur à celui de la ceftazidime ou diamètre du céfotaxime égal à celui de la ceftazidime) et un test de double synergie positif. La confirmation moléculaire de la production d'une enzyme de type CTX-M a été réalisée par PCR *bla*_{CTX-M} pour 131 souches.

Durant cette période, un total de 904 souches ont été collectées. Leur incidence annuelle par rapport à l'ensemble des entérobactéries de groupe 1 et 2 productrices de BLSE est passée de 5,8% en 2000 ; 8,5% en 2001; 11,6% en 2002; 46,2% en 2003; 55,4% en 2004; 60,7% en 2005; 69,6% en 2006 et 80,7% en 2007. Les CTX-M prédominaient chez *E. coli* jusqu'en 2002, puis *K. pneumoniae* est devenue l'espèce la plus concernée (entre 62% et 83% de l'ensemble des CTX-M). Ces souches

provenaient essentiellement des services d'urologie (40,2%), de médecine (22,8%) et de chirurgie (12,9%). Elles étaient essentiellement isolées d'urines (66,4%) et d'hémocultures (19,4%).

Concernant les résistances associées aux autres familles d'antibiotiques : 93,1% des souches étaient résistantes à la gentamicine et à la tobramycine; 81,9% à la netilmicine; 72% à l'amikacine; 92,3% à la tétracycline; 79% à la ciprofloxacine; 71% au cotrimoxazole et 37,6% au chloramphénicol.

Nos résultats montrent que les CTX-M ont largement diffusé dans l'ensemble de l'hôpital. Leur évolution se fait par poussées épidémiques sur fond endémique. Une surveillance continue de cette résistance, le respect des mesures d'hygiène et une meilleure utilisation des antibiotiques en particulier les C3G sont indispensables afin de limiter leur diffusion.

P52 : EMERGENCE DE LA RESISTANCE A LA COLISTINE CHEZ LES ENTEROBACTERIES DANS LA REGION DE SFAX

M. REKIK, S. MEZGHANI, S. MNIF, A. GHORBEL, A. ZNAZEN, F. MAHJOUBI, A. HAMMAMI.

Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba Sfax

La colistine est un antibiotique bactéricide vis-à-vis des bactéries à Gram négatif, délaissé depuis plusieurs années. Cet antibiotique est actuellement largement utilisé dans le traitement des infections à bacilles Gram négatif multirésistants aux antibiotiques. La résistance acquise à la colistine est un phénomène émergent ces dernières années.

Nous rapportons dans ce travail les caractéristiques des entérobactéries résistantes à la colistine isolées dans la région de Sfax.

C'est une étude rétrospective menée au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax, s'étalant sur une période de 3 ans (2005 - 2007).

L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du CA-SFM. Toutes les entérobactéries ayant un diamètre d'inhibition autour du disque de colistine <15 mm ou image en cocarde (à part les espèces naturellement résistantes) ont été incluses dans l'étude. La CMI de la colistine a été réalisée par la méthode du E-test.

Durant la période d'étude, nous avons isolé 49 souches d'entérobactéries résistantes à la colistine chez 36 patients : 3 en 2005, 17 en 2006 et 16 en 2007. *Klebsiella pneumoniae* était l'espèce prédominante (50%) suivie par *Enterobacter cloacae* (38,9%). Ces souches ont été isolées essentiellement d'ECBU (80,6%) et provenaient

dans la moitié des cas du service d'urologie. La CMI de la colistine variait de 4 à 1024 mg/l. 32 souches étaient résistantes aux céphalosporines de troisième génération dont 30 (86,5%) par production de BLSE. 2 souches de *K. pneumoniae* étaient résistantes à l'imipénème par production de metallo β lactamase. La résistance à la colistine commence à émerger dans la région de Sfax depuis 2005. Elle est liée à l'utilisation massive de cet antibiotique dans le traitement des infections à bacilles Gram négatif multirésistants aux antibiotiques dans notre hôpital. Des études moléculaires seront envisagées afin de préciser la clonalité de ces souches. Une surveillance et une utilisation rationnelle de la colistine seront nécessaires afin de limiter la diffusion de ces souches.

P53 : SURVEILLANCE DES BACTERIES MULTIREsISTANTES A L'HOPITAL CHARLES NICOLLE (2000-2007)

H. SOLTANI, I. BOUTIBA, R. GHOZZI, M. SAÏDANI, A. KAMMOUN, S. BEN REDJEB

Laboratoire de Microbiologie EPS Charles Nicolle

L'émergence et la dissémination des bactéries multirésistantes (BMR) constituent, à l'échelle mondiale, un problème majeur de santé publique. En effet, ces BMR représentent une menace grave notamment en milieu hospitalier, mettant en jeu la validité de l'arsenal thérapeutique. Afin d'évaluer la dissémination des BMR à l'hôpital Charles Nicolle (HCN) et de définir les mesures nécessaires, une surveillance est régulièrement établie. Nous rapportons les résultats de cette surveillance sur une période de 8 ans (2000-2007). Les BMR concernées sont *K. pneumoniae* résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G), *P. aeruginosa* et *A. baumannii* résistants à la céftazidime et à l'imipénème et *S. aureus* résistants à la méticilline. Les principaux résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Année	<i>K. pneumoniae</i>		<i>P. aeruginosa</i>		<i>A. baumannii</i>		<i>S. aureus</i>	
	Nb total	R C3G (%)	Nb total	BMR (%)	Nb total	BMR (%)	Nb total	SAR M (%)
2000	385	23	448	13,83	135	0,74	446	6,50
2001	369	25	425	18,82	165	9,69	297	7,40
2002	354	28	367	16,89	204	17,15	315	9,84
2003	438	34	354	20,33	144	36,80	275	10,18
2004	402	33	368	17,81	138	10,27	330	13
2005	547	37	325	14,85	152	30,92	300	9
2006	640	39	277	23	115	29,56	334	15
2007	540	37	283	17	165	33	303	10

Les incidences les plus élevées de BMR étaient constatées dans l'unité de réanimation médico-chirurgicale, les services d'urologie, de néonatalogie, de pédiatrie, de chirurgie et de médecine interne.

La fréquence sans cesse croissante des BMR, notamment parmi les bacilles Gram négatif, est devenue une préoccupation majeure dans notre hôpital. Ceci nous incite à mettre en place, en urgence, une politique de lutte contre la dissémination de ces bactéries qui repose essentiellement sur l'usage rationnel des antibiotiques et le respect strict des règles d'hygiène et d'asepsie.

P54 : SURVEILLANCE DES BACTERIES MULTI RESISTANTES AU SERVICE DE REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE

N. OUNAIES, R. GHOZZI, I. BOUTIBA, A. KAMMOUN. M.SAIDANI, S. BEN REDJEB

Laboratoire de Microbiologie Hôpital Charles Nicolle de Tunis

La fréquence sans cesse croissante et la gravité des infections à bactéries multirésistantes (BMR) sont devenues préoccupantes en milieu hospitalier, en particulier en réanimation. Une surveillance régulière de ces bactéries a été établie par le laboratoire de bactériologie de l'hôpital Charles Nicolle, afin de recommander une stratégie susceptible de prévenir et de limiter la diffusion de telles infections et d'optimiser l'antibiothérapie. Nous rapportons les résultats des 8 dernières années de cette surveillance concernant l'unité de réanimation médico-chirurgicale.

Les BMR choisies sont *K. pneumoniae* résistante aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G), *P. aeruginosa* et *A. baumannii* résistants à la céftazidime et à l'imipénème et *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM). Les principaux résultats sont représentés dans le tableau ci-dessous.

Année	<i>K.pneumoniae</i>		<i>P.aeruginosa.</i>		<i>A.baumannii</i>		<i>S.aureus</i>	
	Total Nb	%R C3G	Total Nb	%B MR	Total Nb	% BM R	Total Nb	SA RM %
2000	22	37	31	16	32	6	32	23
2001	15	53	37	33	50	10	12	0
2002	23	52	26	46	79	20	20	10
2003	19	63	25	40	48	39	11	0
2004	14	61	19	26	41	17	15	14
2005	25	80	29	38	52	45	21	37
2006	27	70	30	26	27	56	12	25
2007	29	90	31	42	52	35	15	13

K. pneumoniae était essentiellement isolée à partir d'hémocultures et d'urines alors que *P. aeruginosa*, *A. baumannii* et *S. aureus* étaient

essentiellement isolées de prélèvements pulmonaires et d'hémocultures.

Les infections à BMR sont en augmentation continue au service de réanimation de notre hôpital, atteignant des taux alarmants parmi les bacilles à Gram négatif. Une meilleure gestion des antibiotiques à large spectre et une application rigoureuse des règles d'hygiène permettraient de limiter la dissémination de tels germes.

P55 : SURVEILLANCE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES A BACTERIES MULTIRESISTANTES A L'HOPITAL CHARLES NICOLLE DE TUNIS

E. KEDOUS, M. SAÏDANI, A. KAMMON, I. BOUTIBA, R. GHOZZI, S. BEN REDJEB

Laboratoire de Microbiologie- Hôpital Charles Nicolle de Tunis

Introduction : Les bactériémies nosocomiales (BN) sont des infections systémiques redoutables de part leur fréquence, morbidité et mortalité. L'implication croissante de bactéries multirésistantes (BMR) dans ces infections vient compliquer la situation. Une étude est menée au laboratoire de Microbiologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 7 ans (2001-2007) afin d'évaluer la place des BMR dans les BN.

Matériel et méthodes : Le diagnostic bactériologique des BN a été effectué par système automatisé

BacT/ALERT® 3D, l'identification bactérienne par les méthodes conventionnelles et la sensibilité aux antibiotiques par la méthode de l'antibiogramme selon les recommandations du Clinical and Laboratory Standards Institute. Les BMR considérées étaient les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération (ERC3G), *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa* résistants à la ceftazidime et à l'imipénème

Résultats : Sur les 3106 germes isolés, 518 (16,6 %) étaient des BMR. Par ordre de fréquence, les proportions des BMR étaient *A.baumannii* (32,4%), ERC3G (29,5%), *P.aeruginosa* (25%) et les SARM (15%).

Ces BMR provenaient essentiellement des services de chirurgie (33,7%), de réanimation (33,5%), de médecine (16,2%) et de néonatalogie (9%). Les taux des résistances associées étaient élevés pour toutes les BMR. L'évolution des différentes BMR sur les 7 ans d'étude est illustrée dans le tableau ci-dessous :

Les incidences les plus élevées des BMR intéressaient essentiellement les ERC3G, *A. baumannii* et *P.aeruginosa* dans les services de chirurgie et de réanimation et les SARM principalement dans les services de médecine et de chirurgie.

Conclusion : Les BMR demeurent un problème préoccupant dans notre hôpital soulignant la nécessité de l'application rigoureuse et soutenue des règles d'hygiène et l'usage judicieux des antibiotiques dans les services à risque.

P56 : PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES BACTERIEMIES A BACTERIES MULTIRESISTANTES DANS LE CHU HABIB BOURGUIBA DE SFAX (2004-2007)

R. CHAABENE, H. HACHICHA, S. MEZGHANI, M. AYADI, A. ZNAZEN, F. MAHJOUBI, A. HAMMAMI.

Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba Sfax

Les bactériémies sont des infections graves mettant en jeu le pronostic vital. L'implication de bactéries multirésistantes (BMR) dans ces bactériémies vient compliquer leur prise en charge. Le but de ce travail était d'évaluer la proportion des différentes BMR responsables de bactériémies et de déterminer leur sensibilité aux antibiotiques.

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant de 2004 à 2007, menée au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Les BMR retenues étaient : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), les entérobactéries résistantes aux C3G (EBRC3G), *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème et *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ceftazidime.

Durant la période d'étude, 2921 hémocultures positives ont été colligées, parmi lesquelles 936 (32,1%) à BMR. Ces BMR ont été dominées par les EBRC3G (74,7%) suivies par *Acinetobacter baumannii* (11,2%), SARM (8,1%) et *Pseudomonas aeruginosa* (6%). Les SARM, *Acinetobacter* et *Pseudomonas* étaient majoritairement isolés en milieux de soins intensifs(USI), alors que les entérobactéries ont été réparties de façon équitable entre les USI et les services de pédiatrie-néonatalogie (38.83% et 33.18% respectivement). Les EB RC3G isolées d'hémocultures ont été dominées par *Klebsiella pneumoniae* (52,1%) suivie par *Enterobacter cloacae* (18,4%). Les BMR isolées d'hémocultures présentaient des résistances associées élevées à la majorité des autres antibiotiques. Pour les EBRC3G, *Acinetobacter* et *Pseudomonas*, la fréquence de résistance aux autres antibiotiques variait de 67 à 93 % pour la gentamicine, 41 à 79% pour l'amikacine, 50 à 90% pour la ciprofloxacine. 83,9% des *Pseudomonas* étaient résistants à

l'imipénème. Pour les SARM, des résistances élevées ont été notées à la gentamicine, chloramphenicol, rifampicine et fosfomycine.

Aucune résistance à la pristinaamycine ni aux glycopeptides n'a été détectée.

Les BMR responsables de bactériémies représentent un problème préoccupant dans

la région de Sfax soulignant la nécessité de l'application des mesures d'hygiène et la prescription rationnelle des antibiotiques.

	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ERC3G	17	13.9	43	27.7	67	39	60	31	45	29.4	57	31.6	53	27.7
<i>A.baumannii</i>	4	11.7	11	22	13	33	4	12.1	20	62.5	13	30.1	16	30.1
<i>P.aeruginosa</i>	8	44	2	11	4	19	1	10	8	54.5	8	40	1	5
SARM	6	12.3	5	11	7	13	13	21.6	6	15.7	10	19.6	10	17.8
TOTAL	35	17	61	21	91	32	78	26.3	77	32.9	88	27	80	25

P57 : PREVALENCE DES BACTERIES MULTIRESISTANTES DANS LE CHU DE MONASTIR

Y. KAADRI, H. BEN ABDALLAH, O. SAHNOUN, S. NOOMEN, D. RJICHI, W. JILANI, M. MASTOURI

Laboratoire de microbiologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Les bactéries multirésistantes ou BMR sont des agents majeurs d'infections nosocomiales notamment en unités de soins intensifs (USI). Ces BMR sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes en milieu hospitalier. Elles génèrent également un surcoût important dans la prise en charge des patients.

L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence des BMR isolées de patients hospitalisés au CHU Fattouma Bourguiba de Monastir durant ces dernières années.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de deux ans (2006-2007), concernant toutes les BMR isolées au laboratoire de microbiologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir à partir des différents prélèvements provenant de malades hospitalisés dans tous les services du même hôpital. On a inclus dans cette étude : les entérobactéries résistantes au céfotaxime, *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ceftazidime et /ou à l'imipénème, *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème et *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été faite par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du

comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie.

Au cours de la période d'étude nous avons isolé 1414 BMR, il s'agit d'entérobactéries dans 58,8% des cas, de *P. aeruginosa* dans 14,7% des cas, d'*A. baumannii* dans 14,3% des cas et de SARM dans 12,2% des cas.

P. aeruginosa et *A. baumannii* étaient plus fréquemment isolés des USI : 52,9% et 75,2% des cas respectivement suivis des services chirurgicaux : 21,6% et 11,9% des cas. La majorité des entérobactéries provenait de malades hospitalisés dans les services chirurgicaux (32,5%) suivis des USI (26%). Contrairement aux bacilles à Gram négatif, la majorité des SARM provenait des services médicaux (42,2%) suivis des services chirurgicaux (39,3%).

Ces BMR étaient surtout isolées dans les suppurations (38,5%) mais également dans les prélèvements respiratoires pour *P. aeruginosa* et *A. baumannii*, dans les urines pour les entérobactéries et dans les hémocultures pour *S. aureus*.

Les BMR ont un impact sur la morbidité, la mortalité et le surcoût des infections nosocomiales. La lutte contre ces infections nécessite une rationalisation des antibiotiques, une surveillance régulière des BMR, ainsi que des mesures qui permettent de diminuer leur dissémination.

P58 : PREVALENCE DE LA COLONISATION PAR DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES EN MILIEU DE REANIMATION MEDICALE

F. BELLAZREG, S. M'HALLA, I. CHOUCHE, J. BOUKADIDA, S. BOUCHOUCHA.

Introduction : Dans les services de réanimation, la survenue d'infections à bactéries multirésistantes (BMR) est devenue un problème de santé publique à cause d'un coût médico-économique et d'une mortalité élevés. Dans la majorité des cas, une colonisation précède l'infection. Les objectifs de ce travail étaient de : déterminer la prévalence de la colonisation par des BMR des patients hospitalisés en réanimation médicale; discuter les facteurs de risque de colonisation et proposer des mesures de prévention.

Méthodes : Il s'agit d'une enquête de prévalence. Des prélèvements par écouvillonnage des sites de colonisation préférentiels (nasopharynx, oropharynx, aisselle, anus/périnée, lésions cutanées et/ou escarres infectées) ont été effectués chez 6 patients, lors de 2 passages à 7 jours d'intervalle, au service de réanimation médicale, Hôpital Farhat Hached - Sousse,. Les BMR recherchées étaient : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), Entérobactéries productrices de β lactamases à spectre étendu (EB BLSE), *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* résistants à la ceftazidime et/ou à l'imipénème et *Enterococcus* résistant à la vancomycine (VRE). En plus, nous avons déterminé le taux d'exposition des patients aux antibiotiques dans les différents services de l'hôpital pendant l'année 2006.

Résultats : 45 germes ont été isolés dont 14 (31%) sont multirésistants aux antibiotiques avec un taux de résistance variable: élevé pour *Staphylococcus aureus* (75% de SARM) et les entérobactéries (56% d'EB BLSE), et nul pour *Pseudomonas aeruginosa*. Les 2 souches d'*Acinetobacter baumannii* isolées étaient multirésistantes. Le taux d'exposition des patients aux antibiotiques au service de réanimation médicale était très faible (15,7%), comparé aux autres services de réanimation dans le monde (60 à 70%). En fait, le taux de résistance de *P. aeruginosa* reflète surtout la pression de sélection antibiotique, celui de SARM et d'EB BLSE la transmission croisée par manuportage. Parmi les 4 patients colonisés par des BMR, 3 sont décédés dont 2 par état de choc septique pouvant suggérer le rôle de ces BMR.

Conclusion : la rationalisation de la prescription d'antibiotiques semble efficace pour diminuer le taux de résistance bactérienne. Cependant, le renforcement des règles d'hygiène pour contrôler le manuportage est indispensable.

P59 : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES A L'HOPITAL D'ENFANTS DE TUNIS (SEPT 2006-DEC 2007)

1- Service de Microbiologie, Hôpital d'Enfants de Tunis
2- Service de Réanimation polyvalente, Hôpital d'Enfants de Tunis

Les bactériémies nosocomiales représentent 8 à 10% de l'ensemble des infections nosocomiales. Leur pronostic est souvent sévère et leur prise en charge lourde et coûteuse.

Le but de notre étude est de déterminer la fréquence de bactériémies nosocomiales chez l'enfant et le profil de sensibilité des germes incriminés.

Il s'agit d'une étude prospective menée à l'Hôpital d'Enfants de Tunis, pendant une période de 15 mois. Les flacons d'hémoculture ont été incubés dans l'automate Bact Alert. Tout flacon positif a été ensemencé sur une gélose au sang. Les germes ont été identifiés selon les méthodes conventionnelles. Les antibiogrammes ont été pratiqués selon les normes du CA-SFM. Pour chaque patient une fiche de renseignement clinique a été remplie. Les bactériémies ont été classées selon les définitions du CDC.

On a recensé 169 épisodes chez 160 patients, parmi ces bactériémies seulement 4 étaient polymicrobiennes. Ces bactériémies ont été retrouvées essentiellement aux services de médecine et de chirurgie respectivement 37,2% et 30,7%, suivis par le service de réanimation médicale 22,4% et la réanimation chirurgicale 5,3%. Une nette prédominance masculine 65,6% et une prédominance chez les nourrissons 57,5% ont été constatés.

Les germes à Gram négatif étaient prédominants surtout la *K. pneumoniae* (28%), suivis par les *staphylococcus. spp* (16,1%) avec prédominance des *S. aureus* puis le *P. aeruginosa* (9,2%) et l'*H. influenzae* (4,6%). La part des germes résistants était élevée, 39,1% des *S. aureus* étaient résistants à la méticilline, 35,5% des entérobactéries étaient productrices d'une bêta-lactamase à spectre étendu et 18,7% des *P. aeruginosa* étaient multirésistants.

Les bactériémies primaires étaient prédominantes (68%), dont 12% liées à un cathéter veineux documenté. Les bactériémies secondaires (31,9%), les plus fréquentes compliquaient des sites opératoires (40,7%), des infections pulmonaires (18,5%), des infections urinaires (14,8%).

L'évolution était favorable sans séquelles dans plus de la moitié des cas (67,4%), soldée par un décès ou un état de choc septique dans 26% des cas.

Le nombre de bactériémies primaires reste élevé, l'origine de l'infection reste souvent inconnu, il faut orienter les investigations microbiologiques dans ce sens pour pouvoir maîtriser la porte d'entrée de la bactériémie.

P60 : EMERGENCE DE BACTERIES MULTIREsISTANTES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

N. OUNEIS, R. GHOZZI, M. HAMZAoui, M. SAIDANI, I. BOUTIBA, A. KAMMOUN, S. BEN REDJEB

Laboratoire de Microbiologie Hôpital Charles Nicolle de Tunis

Afin d'évaluer le taux d'isolement et la résistance aux antibiotiques des bactéries responsables d'infections communautaires à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis, une étude rétrospective s'étendant sur 9 mois (Juin 2007-Février 2008) a été menée au laboratoire de Microbiologie de l'hôpital Charles Nicolle. L'identification bactériologique a été faite selon les méthodes conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion en milieu gélosé.

Au cours de cette période, 2153 bactéries ont été colligées, soit 57.5% du total des infections confirmées bactériologiquement dans notre laboratoire. Les entérobactéries occupaient le premier rang (70% dont 65.7% d'*E. coli*), suivie de *Streptococcus* 13.9% et *Staphylococcus* (10% dont 48.6% *S.aureus*). Le groupe des *Klebsiella / Enterobacter / Serratia*, était responsable de 11.5% de ces infections, *P. aeruginosa* 3,2%.

Les principaux sites d'isolement de ces bactéries étaient représentés par les urines pour les entérobactéries (90%) et par les pus pour *S.aureus* (49%) et *P. aeruginosa* (67%).

L'étude de la résistance aux antibiotiques a montré la présence de 24 souches d'entérobactéries productrices de β -étalactamases à spectre étendu (7 *E. coli*, 12 *Klebsiella*, 4 *Enterobacter* et 1 *C. freundii*), 8 souches de *S. aureus* résistantes à la méticilline.

La dissémination des bactéries multirésistantes en milieu communautaire est préoccupante nécessitant une surveillance régulière utilisation raisonnée des antibiotiques non seulement à l'hôpital mais aussi en pratique de ville.

P61 : BACTERIES MULTIREsISTANTES ISOLEES CHEZ LES MALADES HOSPITALISES DANS UN SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES

C. LOUSSAIEF1, A. TOUMI1, F. EL ARBI1, F. BEN RHOMDANE1, M. MASTOURI2, M. CHAKROUN1, N. BOUZOUAIA1

1- Service des Maladies Infectieuses. EPS Monastir
2- Laboratoire de Microbiologie. EPS Monastir

Introduction : L'émergence de bactéries multirésistantes (BMR) aux antibiotiques en milieu hospitalier est un problème majeur de santé

publique. Les infections liées à ces germes entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité ainsi qu'un surcoût liés aux hospitalisations prolongées et à la surcharge de soins.

Objectifs : Décrire l'épidémiologie et évaluer le coût des infections à BMR.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive de l'écologie bactérienne du service des Maladies Infectieuses de l'EPS F. Bourguiba - Monastir durant la période allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2007.

Résultats : Durant les 3 années d'étude, 946 prélèvements bactériologiques étaient positifs. Des BMR étaient isolées dans 111 cas (11,5%) : Il s'agissait d'entérobactéries résistantes au céfotaxime dans 60 cas (54%), de *S. aureus* résistant à la méticilline dans 33 cas (29,7%), de *P. aeruginosa* résistant à la ceftazidime et à l'imipénème dans 15 cas (13,5%) et d'*Acinetobacter* spp résistant à l'imipénème dans 3 cas (2,8%). L'incidence annuelle des infections à BMR, dans le service était de 4/100 hospitalisations et 80% des souches avaient occasionnées des infections. Soixante-dix pour cent des BMR étaient isolées à partir des urines et des hémocultures. Le coût moyen de l'antibiothérapie d'une infection nosocomiale à BMR était estimé à 2400 DT par infection (245 – 5200 DT).

Conclusion : La maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques est une priorité de santé publique qui nécessite des actions concertées dans les établissements de santé. La prévention de la transmission croisée et la réduction de la pression de sélection par un usage rationnel des antibiotiques, en sont les deux composantes essentielles.

P62 : ETUDE DES PERITONITES COMMUNAUTAIRES ET NOSOCOMIALES A L'HOPITAL D'ENFANTS DE TUNIS (JUN 2007- DECEMBRE 2007)

A. BOUAFSOUN, D. HARIGA, H. SMAOUI, M. HAMZAoui, B. CHAOUACHI, A. KECHRID

Hopital d'Enfants de Tunis

Les péritonites bactériennes de l'enfant sont des infections graves. Leur gravité est liée à la diffusion septicémique des bactéries.

Le but de notre étude est l'analyse du profil bactériologique des germes incriminés dans les péritonites bactériennes aiguës de l'enfant.

Nous avons analysé prospectivement 41 cas de péritonites bactériennes aiguës de l'enfant, pendant une période de 07 mois. Pour chaque prélèvement on a effectué un examen direct avec

coloration de Gram et on a ensemencé sur gélose au sang (GS), GS cuit, gélose GDL et gélose ordinaire. L'identification des germes a été réalisée selon les méthodes conventionnelles et l'antibiogramme selon les normes de la CA-SFM. Pour chaque patient une fiche a été remplie. Selon les définitions de Hambourg, nous avons classé les péritonites en péritonite communautaire ou nosocomiale, primitive ou secondaire. Les péritonites communautaires représentaient 73,2% des cas, les péritonites nosocomiales 26,8%. Dans le cas des péritonites communautaires, l'âge moyen était de 7,7 ans avec un sexe ratio à 1,5. Dans 97,6%, les péritonites communautaires étaient secondaires à une appendicite aigüe. Elles étaient mono microbienne dans 62% des péritonites communautaires secondaires et poly microbiennes dans 38% des cas. Les germes responsables de péritonites communautaires étaient essentiellement *E. coli* (90%) et *streptococcus. spp* (2,3%). Un cas de *S. pneumoniae* a été isolé dans une péritonite primitive. L'étude de la résistance de ces germes a montré que 51,8% des *E. coli* avaient une pénicillinase, dont 37% de bas niveau de résistance.

L'évolution était favorable dans tous les cas sous triple antibiothérapie (céfotaxime, gentamicine et métronidazole).

Pour les péritonites nosocomiales, l'âge moyen était de 4 ans avec un sexe ratio à 0,8. Les étiologies étaient essentiellement appendiculaires (54,5%) et par lâchage anastomotique (18,1%). Les germes incriminés étaient surtout la *Klebsiella. spp* (42,8%), *E. coli* (35,7%) et *Pseudomonas. spp* (21,4%). 33,3% des *Klebsiella. spp* possédaient une bêta-lactamase à spectre étendu et 20% des *E. coli* avaient une pénicillinase de bas niveau. L'évolution était favorable dans seulement 63,3%, on a noté 2 décès et les germes en cause étaient multi résistants. L'intérêt des examens microbiologiques reste primordial au cours des péritonites nosocomiales pour améliorer le pronostic final d'autant plus que les germes en cause sont généralement multirésistants et le prélèvement polymicrobien

P63 : LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES INFECTIONS URINAIRES AUX URGENCES

T. MERHEBENE, I. ZAGHDOUDI, N. BORSALI-FALFOUL, M. REZGUI, Z. JERBI.

Service Urgences-Réa, Hôpital H. Thameur, Tunis.

Introduction : L'antibiothérapie des infections urinaires bactériennes aux urgences (IUB) est très hétérogène d'un prescripteur à l'autre, elle a fait l'objet de recommandations récentes¹.

But : Evaluation de l'antibiothérapie des (IUB) aux urgences.

Méthode : Etude rétrospective sur 2 ans colligeant les patients avec le diagnostic d'IUB.

Résultats :

- 78 malades sont colligés (15 H, 63 F) d'âge moyen 56.3 ans±18.7 de sexe ratio 0.23
- 51 ECBU sont réalisés. 42 sont positifs : germe prédominant *Escherichia coli*, n=38 (90,5%), *Staphylocoque à coagulase négative* n=2 (4.7%), *Proteus mirabilis* n=1 (2.4%) et *Proteus vulgaris* n=1(2.4%). 16 sont négatifs.

- Le reste des résultats est résumé dans le tableau 1 :

	N
ECBU	51
ATB:CG3	44
ATB:FQ	32
ATB:TMP-SMX	2
Voie:Per os	10
Voie:IV	68
monothérapie	7
Associat°aminoside	61
TTT ambulatoire	30
Hospitalisation	48

Discussion et conclusion : la pratique de l'ECBU est insuffisante. L'antibiothérapie de 1^{ère} ligne pour les IUB comporte la prescription de CG3 (56.4%) et de FQ (41%) au détriment de TMP-SMX (2.6%). Ce schéma thérapeutique paraît adapté au vu de l'épidémiologie locale. Le recours à la voie IV est prédominant chez nos malades (87%), La décision d'hospitalisation est inadaptée dans 20.8% des cas. La mise en place d'un protocole basé sur les recommandations actuelles pour guider l'urgentiste est nécessaire.

P64 : LES PYELONEPHRITES AIGUES CHEZ LE DIABETIQUE : ETUDE DE 80 CAS

M. ELLEUCH1, D. LAHIANI1, CH. MARRAKCHI1, F. MAROUANE1, I. MAALOUL1, B. HAMMAMI1, N. BEN ARAB1, A. HAMMAMI2, M. BEN JEMAA1

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

2- Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Le diabétique est exposé plus fréquemment aux infections qui sont caractérisées par un tableau clinique et biologique sévère et parfois atypique. La pyélonéphrite aigüe (PNA) est l'infection bactérienne la plus fréquente sur ce terrain.

Le but de ce travail est de décrire le profil clinique, bactériologique, évolutif et thérapeutique des PNA chez les diabétiques. Il s'agissait de 80 patients colligés au service des Maladies Infectieuses de

Sfax entre Janvier 2006 et Décembre 2007. L'âge moyen était de 64 (26-95) ans dont 70% de sexe féminin. Le diabète était de type 2 dans 91,2 % des cas. Il s'agissait d'une infection communautaire dans 98% des cas. La notion d'infection urinaire antérieure était trouvée dans 30% des cas, de lithiase urinaire (13,7%), et d'antibiothérapie préalable (33,7%). La symptomatologie clinique initiale était faite de fièvre (70%), de douleur lombaire (63,7%) et de signes urinaires (83,75%). L'examen avait objectivé une sensibilité lombaire dans 67,5% des cas, une douleur à la percussion de la fosse lombaire dans 72,5% des cas et une prostate douloureuse et/ou hypertrophique chez 50% des hommes. Un diabète déséquilibré était noté dans 67,5% des cas dont 27,5% de cétose. Le germe a pu être isolé dans 74% des cas. Il s'agissait particulièrement de bacille à gram négatif (80%): *Escherichia coli* (42,5%), *Klebsiella pneumoniae* (11,2%), *Enterobacter aerogenes* (3,75%) et *Pseudomonas aeruginosa* (2,5%). Les hémocultures étaient positives au même germe isolé dans les urines dans 22% des cas. L'échographie rénale avait objectivé des lithiases urinaires

(14,8%) et de dilatation des voies urinaires (50%). La pyélonéphrite était compliquée d'abcès rénal ou de pyonéphrose dans 13% des cas. L'antibiothérapie adaptée était à base de céphalosporines de 3ème génération (70%), d'imipénème (11,5%) et de fluoroquinolones (11,5%). Le recours à un drainage percutané a été indiqué chez 6 patients. La durée moyenne du traitement était de 19 (14-26) jours. L'évolution était favorable dans 89% des cas, fatale dans 5,5% et compliquée de rechute dans 5,5% des cas.

La PNA, cause et conséquence d'un déséquilibre de diabète, est grave du fait qu'elle survient sur terrain débilisé et multitaré. Elle menace aussi bien le pronostic fonctionnel que vital, d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate.

P65 : LES SEPTICEMIES CHEZ LE DIABETIQUE : ETUDE DE 43 CAS

F. MAROUANE¹, D. LAHIANI¹, N. BEN ARAB¹, M. ELLEUCH¹, I. MAALOUL¹, CH. MARRAKCHI¹, B. HAMMAMI¹, A. MAMMAMI², M. BEN JEMAA¹

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

2- Laboratoire de Microbiologie, Habib Bourguiba de Sfax

Le diabète constitue un facteur favorisant des infections. Parmi lesquelles, la septicémie qui devient redoutable et grave sur ce terrain.

Le but de notre travail est d'étudier les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives des septicémies chez les diabétiques.

Nous avons ainsi mené une étude rétrospective de 43 cas de septicémies chez des patients diabétiques colligés au service des Maladies Infectieuses de Sfax sur une période de 7 ans (2000 – 2007). Il s'agissait de 22 hommes et 21 femmes, d'âge moyen de 59 (20 – 78) ans.

L'origine communautaire était présente dans 88,4% des cas et nosocomiale dans 11,6 % des cas. Le motif d'hospitalisation était une symptomatologie urinaire dans 13 cas (30%), digestive dans 8 cas (18,6%) et cutanée dans 12 cas (27,9%). Le tableau initial était sévère d'emblée (sepsis ou état de choc) dans 13 cas. Les germes en causes étaient des bacilles à gram négatif dans 52% (dont l'*Escherichia coli* dans 31,8 % des cas) et des cocci gram positif dans 49% (dont le *Staphylococcus aureus* dans 62% des cas). La porte d'entrée était certaine dans 34 cas (79%) et probable dans 9 cas (21%): urinaire (46,5%), cutanée (39,5%) et endo-vasculaire (14%). Une ou plusieurs localisations secondaires étaient trouvées chez 14 patients (33%): ostéo-articulaire (4 cas), rénale (3 cas), pulmonaire (3 cas), cutanée (2 cas), cardiaque (1 cas) et abdominale (1 cas). Le traitement initial était adapté au germe isolé dans 76,7% des cas. La durée moyenne du traitement efficace était de 22 (10 – 60) jours. Il s'agissait essentiellement d'une bêta-lactamine seule ou associée à une fluoroquinolone dans 16 cas (37,2%). Le profil évolutif immédiat de nos malades était marqué par un déséquilibre de diabète dans tous les cas (dont 5 cas de décompensation acido-cétosique) et un état de choc dans 13 cas (30,3%). L'évolution ultérieure était favorable dans 29 cas (67%). Elle était fatale dans 14 cas (37,2%) dont 9 cas par un état de choc septique et 5 cas par une décompensation de diabète.

Les septicémies du diabétique s'individualisent par leur plus grande fréquence par rapport à la population non diabétique. Les germes en cause sont aussi bien des bacilles à gram négatif que des cocci à gram positif. Elles sont particulièrement sévères vu le terrain d'immunodépression.

P66 : LES ARTHRITES SEPTIQUES STERNOCLAVICULAIRES : A PROPOS DE CINQ CAS

F. EL ARBI, C. LOUSSAIEF, A. TOUMI, F. BEN ROMDHANE, M. CHAKROUN, N. BOUZOUAÏA

Service des Maladies Infectieuses, EPS F. Bourguiba - Monastir

Introduction : L'arthrite septique sternoclaviculaire est une localisation rare et souvent méconnue.

Objectif : Analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques,

bactériologiques et thérapeutiques des arthrites septiques sternoclaviculaires.

Malades et méthodes : Etude rétrospective portant sur 5 malades hospitalisés dans le service des Maladies Infectieuses, durant la période allant du 1er janvier 1988 au 31 décembre 2007, pour une arthrite sternoclaviculaire. Le diagnostic était retenu sur les données cliniques, radiologiques et bactériologiques.

Résultats : Il s'agissait de 3 hommes et 2 femmes, âgés en moyenne de 48 ans (31 - 71 ans). Le délai moyen de diagnostic était de 17 jours (9 - 28 jours). Un diabète était noté dans 2 cas et un cathétérisme veineux dans un cas. Une fièvre supérieure ou égale à 37,8°C, une douleur localisée et des signes inflammatoires locaux étaient notés dans tous les cas. Une hyperleucocytose supérieure ou égale 10000/mm³ et un syndrome inflammatoire biologique étaient notés dans tous les cas. La radiographie standard avait montré des images d'ostéolyse dans 2 cas et la scintigraphie osseuse avait montré des images d'une hyperfixation dans tous les cas. Le diagnostic radiologique était confirmé par la tomodensitométrie ostéoarticulaire dans 4 cas et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire dans 1 cas. Les germes isolés étaient *S. aureus* sensible à la méticilline dans 2 cas, *E. coli* dans 2 cas et *K. pneumoniae* dans 1 cas. Une association d'antibiotiques était instaurée dans tous les cas (oxacilline + gentamicine, n = 2 ; céfotaxime + fosfomycine, n = 2 ; céfapirine + gentamicine, n = 1). La durée moyenne d'antibiothérapie était de 6 semaines (4 - 12 semaines). L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : Le diagnostic d'arthrite septique sternoclaviculaire ne doit pas être méconnu. Le diabète est le principal facteur favorisant. La pratique précoce de l'imagerie pourrait écourter le délai du diagnostic de cette infection

P67 : LES CELLULITES NECROSANTES DU MEMBRE INFÉRIEUR. A PROPOS DE 20 CAS.

M.A. JELLOULI, H. TRIKI, M.Z. KDOUS, B. GHARIANI, M. BEN SLIMA, M. MAKHLOUF, E. FERJANI, H. HOUISSA, F. SEBAI

Service de Chirurgie générale B. La Rabta

Introduction : Les infections aiguës du derme et des tissus conjonctifs sous-cutanés à évolution nécrosante pouvant engager le pronostic vital. Elles constituent une grande urgence dont le traitement est le plus souvent médico-chirurgical.

But : Mettre en valeur les facteurs de risque locaux et généraux pouvant conduire à ces lésions ainsi que l'apport primordial de la chirurgie associée à

une antibiothérapie adaptée dans le traitement de ces cellulites.

Matériels et méthodes : Nous avons colligé, durant la période allant de Janvier 2004 à Décembre 2007, 20 cas de cellulites nécrosantes du membre inférieur. Ces patients ont tous bénéficié, au moins une fois durant leur hospitalisation, d'un acte chirurgical au bloc opératoire.

Résultats et discussion : Ces infections provenaient de petits traumatismes ou de blessures ("plaies négligées"). 13 patients souffraient de maladies débilantes comme le diabète sucré, l'abus d'alcool ou de tabac. L'âge moyen était de 42 années (21-84 ans). Les bactéries les plus souvent rencontrées sont le *Staphylococcus aureus*, le *Streptococcus hémolytique*, entérocoques et *E. coli*. 12 patients avaient une infection monobactérienne. Une association de 2 ou 3 bactéries étaient retrouvée chez le reste des patients. L'infection était localisée sur le fascia sous-cutané chez 13 patients, tandis qu'une inflammation voire une nécrose musculaire était retrouvée dans les 7 autres cas. L'amputation du membre était nécessaire dans 3 cas.

Conclusion : La cellulite nécrosante des tissus mous du membre inférieur est une maladie grave qui est souvent sous-estimée à sa phase initiale en raison des signes cliniques minimes ou atypiques. L'infection peut être causée par une variété de bactéries et se répandent rapidement et engager le pronostic fonctionnel voire parfois vital.

P68 : PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES BACTERIEMIES A STAPHYLOCOQUES ET SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DANS UN SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES

L. AMMARI¹, A. BERRICHE¹, M. ZRIBI², B. KILANI¹, H. TIOURI BENAÏSSA¹, A. GOUBANTINI¹, R. ABDELMALEK¹, CH. FENDRI², T. BEN CHAABANE¹.

1- Service de maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis

2- Laboratoire de microbiologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction : les bactériémies sont des infections graves, dont la mortalité atteint 50% chez les patients à risque. Elles constituent une urgence diagnostique et thérapeutique. Le staphylocoque résistant à la méticilline est souvent responsable de bactériémies nosocomiales. Le but de ce travail est de décrire le profil bactériologique et de sensibilité des bactériémies à staphylocoques au service de maladies infectieuses de l'Hôpital La Rabta de tunis.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective concernant les bactériémies à staphylocoques diagnostiquées au service de maladies infectieuses sur une période de 14 ans

(1994-2007). Le diagnostic de bactériémie a été retenu en présence d'un état infectieux associé au moins à 2 hémocultures (HC) positives ou une HC et un prélèvement au niveau d'un autre site positifs au même germe. La sensibilité des souches a été testée par la technique de diffusion en gélose.

Résultats : 157 isolats non redondants de staphylocoques à l'origine de bactériémies ont été colligés. *Staphylococcus aureus* est trouvé dans 98 cas (62,4%) et un staphylocoque à coagulase négative (SCN) dans 59 cas (37,6%). Parmi les souches de SCN, *S.epidermidis* est prédominant (73%). Les bactériémies communautaires représentent 77,7% des cas. 35 cas (22,3%) de bactériémies sont d'origine nosocomiale. La résistance globale à l'oxacilline est de 1,9% pour *S.aureus* et 14,6% pour SCN. D'autre part, la résistance à la méticilline des souches responsables de bactériémies communautaires et nosocomiales est respectivement de 5% et 57%. La sensibilité de l'ensemble des souches isolées vis-à-vis de l'érythromycine, de la gentamycine et de l'ofloxacine est respectivement de 71,4%, 90,5% et 85,4%. Deux souches de SCN sont résistantes à la pristinaïmycine au cours des bactériémies nosocomiales. Néanmoins, toutes les souches isolées restent sensibles à la vancomycine.

Conclusion : *Staphylococcus aureus* reste une bactérie souvent responsable de bactériémies. Une surveillance épidémiologique régulière des bactériémies à l'échelle de l'hôpital est nécessaire afin de mieux guider l'antibiothérapie probabiliste.

P69 : MENINGITES A PNEUMOCOQUE EN REANIMATION : ETUDE CLINIQUE, EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

R. NASRI, A. TRIFI, E. BEN HOUIDI, F. DALY, S. ALAYA, S. ABDELLATIF, S. BEN LAKHAL.

Service de réanimation médicale, Hôpital la Rabta

But : Le but de cette étude est d'évaluer les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et le pronostic des méningites à pneumocoque admises dans un service de réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients hospitalisés pour une méningite à pneumocoque dans un service de réanimation médicale entre 2001 et 2007. Le diagnostic de méningite à pneumocoque est défini par l'identification de cocci à Gram positif à l'examen direct du LCR et/ou l'isolement de *Streptococcus pneumoniae* à la culture du LCR. Les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et le pronostic étaient analysés. Les tests statistiques de Chi2 et de Mann-Whitney étaient utilisés. Une

valeur de $p < 0,05$ était retenue comme significative.

Résultats : Vingt neuf patients sont inclus (âge moyen : 47 ± 18 ans, rapport homme/femme : 2,6). Neuf patients (31 %) ont au moins une comorbidité (éthylisme chronique, diabète) et quatre patients (14 %) un antécédent de traumatisme crânien. La porte d'entrée était une otite et/ou une sinusite dans quatre cas (14 %) et une pneumonie dans cinq cas (17,5%). À l'admission, le score de Glasgow est à 8 ± 3 , le score IGS II moyen à 44 ± 15 , le score APACHE II à $19,3 \pm 8$, quinze patients (52 %) ont des signes neurologiques focalisés. L'analyse du LCR montrait une glycorachie à $0,21 \pm 0,28$ g/l, une protéinorachie à $6 \pm 4,5$ g/l, 4340 ± 7800 éléments blancs/mm³. Cinq patients (17 %) ont une bactériémie associée. Un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline est isolé dans deux cas (7 %). Tous les patients ont reçu une antibiothérapie probabiliste par céphalosporine de troisième génération (céfotaxime) associée à la vancomycine dans 15 cas (52 %) et/ou la rifampicine dans 3 cas (10,5 %). Tous les patients ont reçu de la dexaméthasone. 25 patients (86,2%) ont eu une ventilation artificielle. Le taux de mortalité était de 41,4 %. La recherche de facteurs de mauvais pronostic à l'admission identifiait le score IGSII ($53,6 \pm 11,7$ vs 37 ± 14 , $p = 0,002$), le score APACHE II (25 ± 12 vs 15 ± 6 , $p = 0,0001$), le score de Glasgow (6 ± 2 vs 10 ± 3 , $p = 0,0001$) une TA systolique basse (107 ± 23 mmHg vs 78 ± 20 mmHg, $p = 0,01$), l'existence de signes neurologiques focalisés ($83,5$ vs $16,5$ %, $p < 10^5$).

Conclusion : Dans cet échantillon, la mortalité des méningites à pneumocoque reste élevée malgré la prise en charge en réanimation. L'incidence des pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline est faible. Les facteurs de mauvais pronostic semblent être la présence de signes neurologiques focalisés et un état septique grave à l'admission.

P70 : RESISTANCE DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE AUX ANTIBIOTIQUES DANS LA REGION DU CENTRE

M. MARZOUK, A. FERJENI, N. HANNACHI, J. BOUKADIDA

Laboratoire de microbiologie-immunologie, UR02SP13. CHU F. Hached Sousse.

Introduction : *S. pneumoniae* cause chez l'homme des infections très graves. Depuis plus d'une décennie, cette bactérie a beaucoup perdu de sa sensibilité aux antibiotiques en particulier aux bêta-lactamines. Nous présentons dans ce travail la résistance du pneumocoque aux antibiotiques dans la région de Sousse durant 2007.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective portant sur toutes les souches de *S. pneumoniae* collectées durant 2007 des différents prélèvements. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les recommandations du CA-SFM. La détermination de la CMI vis-à-vis de la pénicilline G, l'ampicilline, le céfotaxime et la lévofloxacine a été réalisée par E-test systématiquement pour toutes les souches de pneumocoque.

Résultats : Quarante sept souches non redondantes de *S. pneumoniae* ont été collectées à partir de crachats (36%), suppurations (25,5%), hémocultures (12,8%), prélèvements respiratoires (10,6%), liquide céphalorachidien (6,4%). Les prélèvements provenaient dans 60,4% de sujets de sexe masculin. Il s'agissait de patients hospitalisés en pédiatrie (36%) et en pneumologie (19%). Les pneumocoques ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) représentaient 52,5%, provenant essentiellement de crachats d'enfants hospitalisés en pédiatrie (43,5%). Ces souches PSDP étaient résistantes à la pénicilline G (20%), à l'ampicilline (7,5%), au céfotaxime (2,5%). Vis-à-vis des autres antibiotiques, l'ensemble des pneumocoques a exprimé une résistance de 49% à l'érythromycine, 27,6% au cotrimoxazole, 4,3% au chloramphénicol. Aucune résistance n'a été notée aux glycopeptides, à la lévofloxacine, la rifampicine et la fosfomycine. Concernant les souches PSDP, le taux de résistance était de 55% à l'érythromycine, 57,2% au cotrimoxazole et 4,7% au chloramphénicol.

Conclusion : Le taux de PSDP dépasse actuellement 50% et impose une nouvelle approche thérapeutique des infections pneumococciques. Les infections respiratoires de l'enfant sont les situations les plus pourvoyeuses en PSDP. La vancomycine, la lévofloxacine et le chloramphénicol sont les antibiotiques les plus fréquemment actifs.

P71 : PARTICULARITES CLINIQUES, BACTERIOLOGIQUES ET EVOLUTIVES DE LA STAPHYLOCOCCIE PLEURO PULMONAIRE : A PROPOS DE 39 CAS

M. KHEMIRI, A. LABBASSI, A. BORGI, F. BEN MANSOUR, S. ZOUARI, F. OUBICH, A. KECHRID*, F. KHALDI, S. BARSAOUI.

Service de Médecine infantile A hôpital d'enfants de Tunis

But : Préciser l'incidence hospitalière de la staphylococcie pleuro pulmonaire (SPP) dans un service de pédiatrie générale et rapporter ses caractéristiques, cliniques, bactériologiques et évolutives actuelles.

Patients et Méthodes : étude rétrospective des observations de SPP colligées au service de Médecine infantile A de l'hôpital d'enfants de Tunis durant 13 ans (Janvier 1994 -décembre 2006). Les critères d'inclusion sont une preuve bactériologique (isolement du staphylocoque dans le liquide pleural, ou le sang) et/ou une image radiologique évocatrice (pneumopathie bulleuse, pyopneumothorax). Les critères d'exclusion sont les localisations pulmonaires secondaires au cours d'une septicémie à staphylocoque et les pleurésies purulentes sans preuve bactériologique.

Résultats : 39 cas de SPP ont été diagnostiqués, correspondant à une incidence hospitalière de 0.94 nouveau cas/an ‰ hospitalisations. Le sexe ratio est égal à 1. L'âge moyen du diagnostic est de 17.23 mois (3jours, 7 ans). Un niveau socio-économique bas est retrouvé dans 25% des cas, une hypotrophie dans 12.8%, une prématurité dans 5.1% cas, une pathologie associée dans 5.1% des cas alors qu'une anémie est retrouvée dans 73.68% des cas. Le début était brutal dans 58.9% des cas. La fièvre est retrouvée chez 87.7% des patients et une hypothermie chez 7.7%. La toux est notée chez 71.8% des patients, une dyspnée chez 66.6% associée à une cyanose dans 20.5%des cas. Un ballonnement abdominal a été noté dans 35.9% des cas. Sur le plan radiologique: l'atteinte était unilatérale chez 66.6% des malades et bilatérale chez 33.3%. Une pleuro-pneumopathie a été retrouvée dans 71.8% des cas, une pneumopathie bulleuse dans 42.1% des cas et un pyo-pneumothorax dans 35.9% des cas. Le Staphylocoque a été isolé chez 41% des malades et était sensible à la méthicilline dans 62.5% des cas. 25 malades ont nécessité un drainage thoracique et cinq patients une ventilation assistée. Au bout d'un recul moyen de 2 mois, des séquelles radiologiques sont notées chez la moitié des malades: pachypleurite dans 28.2% des cas, une bulle d'emphysème ou l'association des deux dans 10.25% des cas chacune. Trois patients ont nécessité un traitement chirurgical (libération de brides pleurales, exérèse de pneumatocèle). A long terme l'évolution est favorable dans 94% des cas. Deux malades sont décédés dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë.

Conclusion: la SPP est en nette régression mais demeure une infection redoutable. L'émergence de souches résistantes de staphylocoques aureus dans les infections respiratoires communautaires devient une question préoccupante.

P72 : LES BACTERIEMIES A STAPHYLOCOCCUS RESISTANT A LA METICILLINE

H. HARRABI, CH. MARRAKCHI, F. BOUATTOUR, N. BEN ARAB, I. MAËLOUL, B. HAMMAMI, D. LAHIANI, M. BEN JEMAA

Les infections à staphylocoques résistants à la méticilline (SRM) sont en nette augmentation et constituent un problème thérapeutique majeur du fait de l'émergence de souches multirésistantes.

Le but de notre étude est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, bactériologique, thérapeutique et évolutif des bactériémies à SRM. Notre étude est rétrospective, ayant inclus les cas de bactériémies à SRM, observées au service des maladies infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax de Janvier 1998 à décembre 2007.

Nous avons colligés 12 cas (7 hommes et 5 femmes), âgés en moyenne de 54 ans (30-75 ans). Dans leurs antécédents, on note une hémodialyse chronique (8cas) et un diabète (5cas), une bactériémie (2cas) et une cardiopathie (2cas). Tous les patients nous ont été transférés d'un centre de soins et l'épisode bactériémique était considéré nosocomial dans tous les cas.

Le tableau clinique était dominé par la fièvre, les frissons, l'altération de l'état général et les signes cutanés. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique était présent dans tous les cas et une hyperleucocytose dans 6 cas. La porte d'entrée était endovasculaire (8cas), cutanée (3cas) et indéterminée (1cas). Des localisations secondaires étaient notées dans 4 cas dont 2 endocarditiques. Les staphylococques étaient isolés dans les hémocultures (12cas), sur un prélèvement cutané (3cas), sur la culture du bout d'un KTC (3cas), à partir d'un drain péricardique (1cas) et sur une culture de valve cardiaque (1cas). Les souches isolées étaient auréus (9cas) et épidermidis (3cas), et aucune n'était résistante aux glycopeptides. L'antibiothérapie de 1^{ère} intention était toujours double ou triple et a comporté dans tous les cas un glycopeptide. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 45 jours (6-96 jours) et la durée moyenne de séjour était de 22 jours (5-38 jours). L'évolution était favorable dans 11 cas et un décès dans un tableau d'état de choc dans un cas.

Les bactériémies à SMR sont des infections graves. Elles restent le plus souvent nosocomiales, survenant chez les hémodialysés chroniques ou en réanimation. La porte d'entrée est typiquement endovasculaire. La prévention de ces bactériémies passe par la rigueur dans l'hygiène des mains et par l'entretien convenables des cathéters vasculaires.

P73: ETUDE DE LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES SOUCHES DE STAPHYLOCOQUE AUREUS RESPONSABLES DE BACTERIEMIES

S. OTHMANI, H. SMAOUI, N. BACHOUERDIANE, A. KECHRID

Laboratoire de Microbiologie, Hôpital d'Enfants de Tunis

Staphylococcus aureus est souvent responsable d'infections graves aussi bien en milieu hospitalier que communautaire. Du fait de son importante capacité de dissémination, il est souvent responsable d'épidémies nosocomiales. L'émergence de *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM) constitue un problème majeur de santé publique.

L'objectif de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique et la résistance aux antibiotiques des souches de *S. aureus* isolées à partir de bactériémies.

Un total de 291 souches non répétitives de *S. aureus* ont été isolées au laboratoire de Microbiologie de l'Hôpital d'Enfants de Tunis sur une période de 4 ans (Janvier 2004 - Décembre 2007). L'antibiogramme a été réalisé par la méthode de diffusion en milieu gélosé (Mueller-Hinton) selon les recommandations du Comité de l'Antibiogramme de la société Française de Microbiologie. La résistance à la méticilline a été détectée en utilisant simultanément un disque d'oxacilline à 5µg incubé à 30° C et un disque de céfoxitine incubé à 37°C et confirmée par la recherche de protéine de liaison aux pénicillines (PLP 2a) en utilisant le test d'agglutination Slidex MRSA Détection Biomerieux.

L'étude de la sensibilité aux β-Lactamines a objectivé 64 souches résistantes à la méticilline (22%). La majorité des souches de SARM provenait des services de médecine (53%) et d'orthopédie (25%). L'étude de la sensibilité aux autres antibiotiques a montré: pour les aminosides, 27.3% des souches étaient résistantes à la streptomycine, 28.9% à la kanamycine et 1.7% à la gentamycine. Pour les autres antibiotiques, 23% des souches étaient résistantes à l'érythromycine, 41.9% à la tétracycline, 23.8% à l'acide fusidique, 1% à la fosfomycine. Toutes les souches étaient sensibles aux glycopeptides.

Les souches SARM sont plus résistantes aux antibiotiques. Pour les aminosides, 64.3% étaient résistantes à la streptomycine, 76.7% à la kanamycine, 9.5% à la gentamycine. Pour les autres antibiotiques, 32.5% à l'érythromycine, 86% à la tétracycline, 46.5% à l'acide fusidique. Aucune résistance aux glycopeptides n'a été objectivée.

La résistance de SARM est en augmentation entre 2004 (17%) et 2006 (35%) avec une légère diminution en 2007 (23%). Elle mérite d'être surveillée du fait des problèmes thérapeutiques que posent ces souches.

P74: BACTERIEMIES PRECOSES A STAPHYLOCOQUES A COAGULASE NEGATIVE

CHEZ LES PATIENTS GREFFES DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏÉTIQUES

F. MEZGHANI, W. ACHOUR, A. BEN HASSEN

Service des Laboratoires, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse, Tunis.

Une étude rétrospective sur les bactériémies précoces, post – greffe de cellules souches hématopoïétiques, à staphylocoques à coagulase négative (SCN) a été menée au Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis sur une période de 4 ans et demi (janvier 2003 - juin 2007). Le but de notre travail a été de décrire le profil clinique de ces infections, de préciser les portes d'entrée, de rechercher les facteurs de risque associés, de décrire l'antibiothérapie utilisée et d'estimer la mortalité liée à ces infections.

L'étude clinique a concerné 22 patients présentant au moins 2 hémocultures périphériques et/ou centrales à SCN. L'étude bactériologique a été basée sur l'identification bactérienne, faite selon les méthodes conventionnelles et par Api ID32Staph et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques, effectuée par la méthode de l'antibiogramme selon les normes du CA-SFM.

La prévalence de bactériémies précoces à SCN chez les patients greffés de cellules souches hématopoïétiques a été de 5%. La majorité de ces infections a été retrouvée parmi les patients atteints de leucémies aiguës (45,5 %), allogreffés de moelle osseuse (77,3%) et en neutropénie sévère (81,8%). Les bactériémies ont été associées à un sepsis simple dans 95,5% et à un sepsis sévère dans 0,5% des cas. Elles ont été liées au cathéter veineux central dans 4 cas (18,2%). L'association d'antibiotiques (pipéracilline-tazobactam + amikacine essentiellement) a été adoptée en 1^{ère} intention dans 50% des cas. Un glycopeptide a été introduit en 2^{ième} ligne dans 54,6% des cas. Aucun décès n'était attribuable aux bactériémies à SCN.

S. epidermidis était l'espèce prédominante (86,4%). Les SCN ont présenté des taux élevés de résistance à l'oxacilline (77,3%), à la gentamicine (63,6%), à l'érythromycine (59,1%) et à la ciprofloxacine (59,1%). Une sensibilité diminuée à la teicoplanine a été présente parmi 8% des souches et une résistance parmi 4,5% d'entre elles. Aucune résistance à la vancomycine n'a été notée.

Les bactériémies précoces à SCN, majoritairement multirésistants, responsables de sepsis sévère, ont bien évolué, au prix, néanmoins, d'un recours aux glycopeptides en 2^{ième} intention dans plus de la moitié des cas.

P75 : CARACTERISATION MOLECULAIRE DE LA RESISTANCE A L'ISONIAZIDE CHEZ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

A. SOUDANI, S. HADJFREDJ, M. ZRIBI, F. MESSAADI, T. MESSAOUD, A. MASMOUDI, MED. ZRIBI, C. FENDRI

Laboratoire de microbiologie. Hôpital la Rabta. 1007 El Jabbary Tunis

L'acquisition d'une multirésistance chez *M. tuberculosis* représente un problème de santé publique. La résistance à l'isoniazide, antituberculeux majeur, est due un ensemble de mutations faisant intervenir plusieurs gènes. Dans 70% des souches résistantes, on observe un ensemble de mutations au niveau du gène KatG touchant en particulier le codon 315, qui code pour l'enzyme catalase-peroxydase responsable de l'activation de l'isoniazide. Cette résistance peut être aussi liée à des mutations présentes dans la région régulatrice du gène *InhA*, impliqué dans la synthèse des acides mycoliques.

Dans ce travail, on se propose d'étudier les mécanismes moléculaires de la résistance à l'isoniazide chez 17 souches de *M. tuberculosis* (résistantes à la rifampicine et à l'isoniazide) dont 10 étaient isolées au sein du laboratoire de bactériologie - CHU la Rabta et 7 provenaient du laboratoire d'hygiène - CHU Hédi Chaker - Sfax.

Nous avons utilisé la méthode des proportions, la multiplex allèle-spécifique PCR (qui permet de détecter rapidement la présence de mutation au niveau du codon 315) et le séquençage de la région KatG impliquée dans la résistance.

La multiplex allèle-spécifique PCR a permis d'identifier la présence de mutation au niveau du codon 315 chez 10 souches. Le séquençage a permis de confirmer la présence de la mutation ACC chez les 10 souches (remplacement dans le codon 315 : AGC par ACC) et l'insertion d'un G au niveau du codon 325 pour 4 autres souches. Cependant, 3 souches n'ont montré aucune mutation au niveau de la région du gène KatG étudiée, et la résistance observée est probablement due à la présence de mutations dans la région régulatrice du gène *InhA*. On envisage de réaliser le séquençage du gène *InhA* afin de confirmer notre hypothèse.

Toutefois, nos résultats préliminaires démontrent l'hétérogénéité des mutations responsables de la résistance à l'isoniazide chez *M. tuberculosis*.

P76 : DETECTION DES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS DE TYPE EPIDERMODYSPLASIE VERRUCIFORME DANS DES LESIONS CARCINOMATEUSES CUTANÉES CHEZ DES PATIENTS IMMUNOCOMPÉTENTS

H. TOUNSI-KETTITI*, S. KASSAR*, F. MAAMOURI*, R. CHEIKHROUHOUS**, T. LAASSILI*, M. MOKNI**, A. BEN OSMAN-DHAHRI**, E. ENNAIFER-JERBI*, S. BOUBAKER*

* Unité de recherche « Papillomavirus Humains » UR 26/04. Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Institut Pasteur Tunis.

** Unité de recherche « Troubles héréditaires de la kératinisation » UR 24/04, Service de Dermatologie, Hôpital La Rabta de Tunis.

Introduction : Les papillomavirus humains (HPV) constituent un groupe de virus à ADN se subdivisant en 3 types selon le tropisme de l'infection: HPV cutanés, HPV muqueux et HPV de type Epidermodysplasie verruciforme (EV). Bien que la responsabilité des HPV muqueux oncogène dans le cancer du col soit bien établie, le lien entre les carcinomes cutanés et le HPV, en dehors des cas développés sur EV, est encore sujet à controverse.

L'objectif de ce travail est d'identifier par PCR, les HPV de type EV dans des lésions de carcinomes baso et spinocellulaires et dans des cas de kératoacanthomes chez des sujets immunocompétents.

Matériel et méthodes : 58 biopsies cutanées congelées ont été analysées: 45 carcinomes basocellulaires, 10 carcinomes spinocellulaires et 3 kératoacanthomes dont le diagnostic a été confirmé par un examen histologique.

La détection de HPV de type EV a été effectuée une PCR classique avec les amorces CP65/CP70 qui détectent (HPV5b, 8, 9, 12, 14a, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 36, 37, 38, 46, 49).

Résultats : Les HPV de type EV ont été détectés dans 24% des carcinomes basocellulaires, 50% des carcinomes spinocellulaires et dans les 3 cas de kératoacanthomes.

Discussion et conclusion : Pour les carcinomes baso et spinocellulaires, nos résultats concordent avec ceux de la littérature où le taux de détection des HPV de type EV varie, selon les types d'amorces et de PCR, de 19 à 36% pour les carcinomes basocellulaires et de 20 à 80% pour les carcinomes spinocellulaires. Pour les kératoacanthomes, le faible effectif testé dans notre série peut expliquer l'écart entre nos résultats (3 positifs / 3 cas) et ceux de la littérature (50% de cas positifs). Ces données ne permettent pas d'établir de relation de causalité entre les HPV de type EV et le mécanisme d'oncogenèse des carcinomes cutanés non liés à l'EV chez les sujets immunocompétents.

P77 : DETECTION DE L'INFECTION GENITALE A PAPILOMAVIRUS HUMAIN CHEZ 654 FEMMES DU GRAND TUNIS

E. ENNAIFER-JERBI*, H. TOUNSI*, L. ATTIA**, L. CHACHIA**, TH. LAASSILI*, S. BOUBAKER*.

* Unité de Recherche « Papillomavirus humains ». Laboratoire d'Anatomie Pathologique Institut Pasteur Tunis.

** Unité de Recherche « Papillomavirus humains ». Service de Gynécologie Obstétrique B Hôpital Charles Nicolle.

Introduction : L'infection à Papillomavirus Humain (HPV) est l'infection sexuellement transmissible la plus commune avec un potentiel oncogène pour les porteuses chroniques. Ce virus est fortement associé au cancer du col utérin dont 80 % des cas sont observés dans le tiers monde où ils constituent une cause importante de mortalité. Les dernières avancées en matière vaccinale nous mettent face à des obligations de connaissance épidémiologiques de cette infection.

Matériel et méthode : 654 échantillons d'ADN cervical sont collectés avec des étalements cytologiques dans le service de Gynécologie Obstétrique B de l'Hôpital Charles Nicolle. Ils proviennent de femmes âgées de 20 à 67 ans. Ils sont traités au Laboratoire D'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur. La cytologie est étudiée de manière conventionnelle selon les critères du système de Bethesda. La détection de l'HPV est réalisée par PCR selon la technique du linear array. **RESULTATS :** le virus est détecté chez 3,43 % des femmes, âgées de 22 à 65 ans. Il est associé à un frottis normal dans 35,7 % des cas, des lésions de bas grade dans 35,7 % des cas et une lésion de haut grade dans 7,14 % des cas. Un virus de type oncogène est présent dans 64,28 % des infections. Les plus fréquents sont les type 16 et 58. Le type 18 ne constitue que 14,28 % des infections.

Résultats : Il est important de reconnaître la fréquence de l'infection, les types les plus fréquemment observés avant d'envisager un programme de vaccination. Dans cet échantillon de femmes provenant du grand Tunis, la fréquence de l'infection est faible. Contrairement aux pays occidentaux, les 2 virus les plus fréquents sont les types 16 et 58, le type 18 étant 2 fois plus rare.

Conclusion : Ces résultats ne vont pas dans une direction favorable à la vaccination. Cependant, les femmes explorées ne sont pas représentatives de tout le territoire national, l'étude devant être élargie à différentes régions tunisiennes.

P78 : EXPLORATIONS SEROLOGIQUES EBV DE 420 PATIENTS SUSPECTS D'INFECTION

M. MARZOUK, N. HANNACHI, A. FERJANI, J. BOUKADIDA.

Laboratoire de microbiologie-immunologie, UR02SP13. CHU F. Hached Sousse TN. Laboratoire de microbiologie-immunologie, UR02SP13. CHU F. Hached Sousse TN.

Introduction : L'infection EBV se caractérise par une grande diversité pronostique, essentiellement selon des critères géographiques et culturels où l'âge de primo-infection est déterminant. Nous présentons dans ce travail le profil sérologique de 420 suspicions d'infections à EBV.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective durant l'année 2007. Ont été déterminés par la technique ELISA : les IgG anti EBNA et IgM anti VCA. Les sérums provenaient des régions de Sousse, Kairouan, Mahdia et Monastir. Ont été collectés : l'âge, le sexe et la clinique.

Résultats : Nous avons exploré les sérums de 420 patients dont 42,8% étaient des enfants. Le sexe ratio était de 1,05. La séropositivité des anticorps anti EBNA était retrouvée dans 73% des cas (tous âges confondus). Les séroprévalences de ces anticorps selon l'âge étaient :

0-3 ans	3-6 ans	6-9 ans	9-12 ans	12-15 ans	>15 ans
43,8%	65,6%	85%	80%	83,3%	88,5%

La présence d'IgM anti VCA était retrouvée dans 28 cas : réactivations dans 21 cas et primo-infections très probables dans 7 cas (4 adultes et 3 enfants) dont 3 séroconversions confirmées. Parmi les adultes ayant fait une primo-infection, l'un présentait une pancytopenie sévère et l'autre une hépatite.

Conclusion : Dans notre échantillon, la primo-infection survient à l'âge préscolaire, plus tardive qu'en Afrique Noire et plus précoce que les pays Européens. L'infection EBV chez l'adulte est plus bruyante et d'apparence plus sévère à sa phase aigue, mais expose à moins de risques que la primo-infection EBV en bas âge.

P79 : INTERET DE LA SEROLOGIE EBV «TOUT VENANT» : BILAN RETROSPECTIF DE L'ANNEE 2007 A L'UNITE DE VIROLOGIE DE L'EPS CHARLES NICOLLE TUNIS

S. ABID, M. BEN HADJ KACEM, M. HAMZAOUI, D. ENNIGROU, A. SLIM, S BEN REJEB

Unité de virologie EPS Charles Nicolle Tunis

Introduction : L'Epstein Barr Virus (EBV) est un virus de la famille des *Herpesviridae* qui a un potentiel oncogène (Lymphome de Burkitt, carcinome du naso-pharynx), a côté d'une pathogénie infectieuse banale : la mononucléose infectieuse (MNI).

Dans ce travail, nous essayons de présenter un bilan des sérologies à EBV demandées au cours

de l'année 2007 et ce, dans le but d'évaluer l'intérêt de faire ces sérologies en fonction du profil clinico-biologique des demandes.

Matériel et Méthodes : 893 prélèvements sanguins provenant de différents établissements de soin ont été reçus en 2007 dans notre laboratoire.

La technique utilisée est l'ELISA (Diasorin®) détectant les anticorps anti-EBNA IgG (méthode indirecte) et anti-VCA IgM (méthode d'immuno-capture).

Une DO à 450/620 nm > 0.451 en IgM est considéré positive, une DO à 450/620 nm > 0.240 en IgG est considéré positive.

Résultats et discussion : Les résultats selon le profil sérologique des 893 cas se présentent comme suit :

IgM anti-VCA positif	IgG anti-EBNA positif	Absence d'Ac	Ac maternels	Réactivation IgM (+) IgG(+)	Demande de 2 ^{ème} sérum en cas d'IgM douteux
13 (1.45%)	644 (72%)	179 (20.04%)	7 (0.78%)	19 (2.12%)	31 (3.47%)

Les 3 établissements de soins les plus demandeurs sont : CNGMO (25.08%) soit 224 cas, M8 (27.09%) soit 242 cas, Hôpital d'enfants (15.11%) soit 135 cas. Cette répartition montre que les demandeurs de sérologie EBV sont en majorité pédiatriques ou prenant en charge les transplantations rénales et médullaires.

Le profil sérologique le plus retrouvé est celui d'un contact ancien avec l'EBV (72%), ce qui est la règle dans la littérature internationale. La primo-infection n'a été détectée que dans 1.45 % des cas essentiellement des enfants, la réactivation dans 2.12 % des cas essentiellement des greffés.

Conclusion : Devant un nombre élevé de demandes sérologiques annuelles, il apparaît que la plupart sont le fait de bilan pré greffes. Peu de primo-infections pédiatriques (MNI) sont détectées et cela devrait faire à l'avenir penser à une concertation clinico-biologique plus étroite (en particulier la complétion des fiches de renseignements pour une meilleure exploitation des résultats).

P80 : L'HEPATITE B : DEPISTAGE ET PREVENTION

N. KETATA, K. KAMMOUN, H. JALLOULI, M. JOUBEIR, M. ZRIBI*, CH. MARREKCHI**, M. BEN JEMAA**, A. AKROUT

SRSSB Sfax

* : Laboratoire Régional de Sfax

** : Service des Maladies Infectieuses. CHU Hédi Chaker. Sfax

L'examen pré-nuptial constitue un moment de dépistage et d'orientation vers une prise en charge médicale et prophylactique respectivement pour le porteur de l'antigène HBs et pour le futur conjoint séro-négatif pour ce virus. Nous exposons dans ce travail notre expérience dans le dépistage de l'Ag HBs et la prophylaxie de la transmission sexuelle vers le futur époux.

Notre étude est rétrospective réalisée sur les dossiers de l'unité de pré-nuptialité du SRSSB de Sfax durant les années 2005-2006. Elle a intéressé tous les couples consultants durant ces deux années soit 17112 individus. L'Ag HBs était positif chez 548 conjoints soit une prévalence de 3,2 %. 69,5 % étaient de sexe masculin. 147 d'hommes célibataires avaient des rapports sexuels soit 38,58 %. Ces rapports étaient non protégés dans 76,87 % des cas. 284 de ces porteurs de l'Ag HBs étaient suivis avec leurs conjoints à la consultation d'infectiologie au CHU Hédi Chaker de Sfax. Soit 51,82 %. Le protocole vaccinal appliqué était long (M0, M1, M6) ou (M0, M1, M2) pour 80,5 % des cas et court (J0, J7, J21) dans 19,5 % des cas. L'indication de la prévention de la transmission sexuelle par le préservatif avant la séroconversion était indiquée chez les couples dont le mariage était proche mais n'était respectée que chez 27 % de ces couples. Ceci démontre que la prévention de la contamination sexuelle par le VHB se heurte au problème de consultation tardive et aux difficultés de l'utilisation prolongée du préservatif dans notre contexte socio-culturel

P81 : APPORT DE LA PCR EN TEMPS REEL DANS LE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DE L'HEPATITE VIRALE B CHRONIQUE

A. MTAR, A. SADRAOUI, S. MHALLA, O. BAHRI, H. TRIKI

Laboratoire de virologie clinique, Institut Pasteur de Tunis

L'hépatite virale B constitue un problème de santé publique. Sa gravité est liée essentiellement au risque d'évolution vers la chronicité et les complications : cirrhose et CHC. Son diagnostic classique et son suivi reposent sur la détection de marqueurs sériques : AgHbs, Anti-HBc, Anti-HBs, AgHBe et Anti-HBe. Ces tests sérologiques sont insuffisants surtout dans le cas de certaines formes, notamment l'infection occulte ou par un mutant pécore ou encore dans le cadre du suivi thérapeutique ce qui nécessite le recours aux techniques moléculaires. Plusieurs tests commerciaux sont actuellement disponibles mais sans standardisation entre les différentes techniques qui présentent une sensibilité très variée. Le laboratoire de virologie clinique de

l'institut Pasteur de Tunis a introduit depuis 2005, une technique de PCR en temps réel commercialisée par Roche (HBV TaqMan) dans le cadre du diagnostic moléculaire de l'hépatite B. Nous rapportons dans ce travail l'apport de cette technique pour la détection et la quantification du génome viral. Au total 1817 prélèvements, ont été reçus entre mai 2005 et décembre 2007 et testés par PCR en temps réel. L'ADN a été positif dans 1210 cas (66%) et non détectable uniquement dans 607 cas. Une quantification précise de la charge virale a pu être réalisée pour 960 parmi les 1200 cas positifs avec un titre compris entre 35 et $6,4.10^8$ copies/ ml. Dans 27cas, un résultat non interprétable a été obtenu du fait d'une charge virale élevée ($>6,4.10^8$ copies/ ml) ayant nécessité le recours à des dilutions des sérums et une 2^{ème} manipulation. Pour 193 prélèvements, l'ADN viral a été détecté sans être précis sur son titre qui était inférieur à la valeur seuil. Ces résultats démontrent de la haute sensibilité de cette technique permettant de détecter des charges virales très faibles (<35 copies/ ml) ce qui est important pour étudier la réponse au traitement et détecter les infections occultes caractérisées par des charges virales faibles. Ils dénotent également de la précision de sa quantification même pour des charges virales élevée. Comparée à d'autres techniques existantes sur le marché et du fait de son large intervalle de linéarité, la nécessité de dilution et à une double manipulation du sérum est moins fréquente. En conclusion, la PCR en temps réel semble actuellement la technique la plus appropriée pour le diagnostic et le suivi de l'hépatite virale B.

P82 : PREVALENCE DES ANTICORPS ANTI-VHC ET VHD CHEZ LES PORTEURS CHRONIQUES DU VIRUS DE L'HEPATITE VIRALE B

M. MARZOUK, N. HANNACHI, N. BEN FREDJ, A. FERJANI, J. BOUKADIDA

Laboratoire de Microbiologie-Immunologie. UR 02SP13 CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie.

Introduction : Les virus des hépatites virales B, C et Delta, agents des hépatites chroniques, posent des problèmes de santé publique considérables. Du fait du partage des mêmes voies de transmission, les confusions sont fréquentes surtout dans les régions de forte endémicité. Le but de ce travail est d'étudier la prévalence des co-infections entre ces virus dans la région de centre Tunisien.

Matériels et méthodes : Les sérums de porteurs chroniques de l'Hépatite virale B ont été collectés pendant la période s'écoulant entre Janvier 2006 et Janvier 2008. La sérologie VHC a été réalisée sur

500 sérums VHB positifs ainsi que sur 500 sérums témoins (donneurs de sang). Les anticorps anti-VHD ont été testés sur 267 sérums VHB positifs. Les sérologies ont été effectuées par méthode immuno-enzymatique commerciale, micro particulaire automatisée pour le VHC et manuelle pour le VHD.

Résultats : La présence des anticorps anti-VHC a été observée chez 1,8% des porteurs chroniques du VHB (9 sujets) et chez 0,2% des donneurs de sang la différence étant significative ($p < 0.05$). Chez les patients VHB+, le taux des anticorps anti-VHC était très élevé dans 7 cas (1,4%) et limite dans deux cas, l'infection par le VHC reste statistiquement plus importante dans ce groupe même si les cas douteux sont exclus. Les anticorps anti-VHD ont été détectés dans 3,74% des cas dont une hépatite fulminante liée à une surinfection. Aucune triple co-infection n'a été retrouvée.

Conclusion : La co-infection VHB-VHC est moins importante dans notre étude que dans les pays de plus forte endémicité pour le VHC. Elle est néanmoins plus importante chez les porteurs chroniques du VHB que dans la population générale ceci justifiant sa recherche systématique dans ce groupe à risque. La confection VHB-VHD paraît avoir diminué ces dix dernières années et situe notre région dans une zone de faible endémicité.

P83 : VALEUR PREDICTIVE DE LA REPONSE VIROLOGIQUE PRECOCE AU COURS DES HEPATITES CHRONIQUES C TRAITEE PAR BITHERAPIE : A PROPOS DE 49 CAS

L. CHTOUROU *, O. BAHRI **, H. TRIKI **, N. BEN MAMI ***, M. M. AZZOUC *

* Service de gastro-entérologie ; hôpital MTM de Nabeul.

** Laboratoire de virologie clinique ; institut Pasteur de Tunis.

*** Service de gastro-entérologie B; hôpital la Rabta de Tunis.

Introduction : L'effet de l'interféron pegylé combiné à la Ribavirine chez les porteurs chroniques du virus de l'hépatite C (VHC) dépend de la rapidité de la réponse virologique. Chez les patients infectés par le VHC de génotype 1, l'appréciation de cette réponse virologique précoce permet d'épargner un traitement ou de le poursuivre.

But : Préciser la valeur prédictive (VP) du dosage de la virémie à la 12^{ème} semaine de traitement par bithérapie chez des patients porteurs chroniques du VHC de génotype 1.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective colligeant sur 4 ans (2003-2007) 49 patients naïfs, infectés par le VHC de génotype 1 et traités par

bithérapie (interféron pegylé et Ribavirine) pendant 48 semaines.

La réponse virologique précoce est définie par une diminution de 2 logs de la charge virale initiale ou une virémie indétectable à la 12^{ème} semaine de traitement.

Résultats : L'âge moyen de notre série était de 47,22 ans avec des extrêmes allant de 27 à 60 ans. 71,4% étaient des femmes. La réponse virologique précoce était obtenue chez 79,6% des patients, 77% d'entre eux avaient une réponse virologique en fin de traitement, 30,8% avaient rechuté dans les 6 mois de suivie et 46,2% poursuivaient une réponse virologique prolongée 6 mois après l'arrêt du traitement.

Conclusion : La valeur prédictive positive de la réponse virologique précoce en termes de réponse virologique en fin de traitement est de 77% alors qu'elle n'est que de 46,2% en termes de réponse virologique prolongée.

P84 : TRAITEMENT DE LA CIRRHOSE POSTHEPATITIQUE C PAR BITHERAPIE : A PROPOS DE 10 CAS

L. CHTOUROU *, O. BAHRI **, H. TRIKI **, N. BEN MAMI ***, M.M. AZZOUC *

* Service de gastro-entérologie ; hôpital MTM de Nabeul.

** Laboratoire de virologie clinique ; institut Pasteur de Tunis.

*** Service de gastro-entérologie B; hôpital la Rabta de Tunis.

Introduction : L'éradication virale au cours de la cirrhose post hépatitique C compensée permet de réduire l'incidence du carcinome hépatocellulaire et des complications liées à l'insuffisance hépatocellulaire et à l'hypertension portale.

But : Rapporter les résultats du traitement antiviral par bithérapie pegylée chez les patients atteints de cirrhose post hépatitique C compensée.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective colligeant sur 4 ans (2003-2007) 10 patients naïfs, atteints de cirrhose post hépatitique C compensée active, traités par bithérapie (interféron pegylé et Ribavirine) pendant 24 semaines pour le génotype 2 et 48 semaines pour les génotypes 1.

Une réponse virologique prolongée (RVP) était définie par un ARN viral C indétectable à la fin du traitement et qui persiste indétectable 6 mois après.

Résultats : Il s'agissait de 7 femmes et 3 hommes d'âge moyen de 53,3 ans (42-60 ans). L'âge moyen au moment de l'infection était de 22,4 ans (20-30ans). La durée moyenne de l'infection était de 31,56 ans (22-43ans). 80% avaient un ARN viral $> 10^5$. Le génotype 1b était présent dans 70% des cas, 1a dans 10%, 1 dans 10% et 2 dans 10% des cas. La RVP était obtenue dans 40% des cas

(1 patient de génotype 1b, un patient de génotype 1, un de génotype 1a et un de génotype 2). 3 patients étaient non répondeurs (de génotypes 1b). 2 patients répondeurs rechuteurs (de génotypes 1b). Un patient a développé une neutropénie transitoire ayant nécessité un ajustement du traitement par interféron et chez un autre malade le traitement a été arrêté devant l'apparition d'une anémie auto-immune.

Conclusion : L'efficacité du traitement antiviral par bithérapie pegylée au stade de cirrhose est de 40%. Malgré que ce traitement soit bien toléré, il nécessite souvent une surveillance hématologique étroite.

P85 : SUIVI VIROLOGIQUE DES PATIENTS TRAITES PAR BITHÉRAPIE POUR UNE HÉPATITE VIRALE C CHRONIQUE

S. MHALLA, A. SADRAOUI, N. RIAHI, A. MTAR, O. BAHRI, H. TRIKI

Laboratoire de virologie clinique, Institut Pasteur de Tunis

L'hépatite virale C est un problème de santé publique vu son importante prévalence mondiale (3%) et son risque d'évolution vers la chronicité et les complications. Le traitement de l'hépatite C dépend du génotype viral, certains étant moins sensibles à l'interféron que d'autres. En Tunisie, un consensus a été établi pour le traitement et le suivi des patients. Le but de ce travail est d'évaluer ce protocole ainsi que la réponse virologique en fonction du génotype. Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur 104 patients atteints d'hépatite chronique C, traités par bithérapie et suivis entre 2002 et 2007. Pour tous les patients, une charge virale (CV) pré-thérapeutique par PCR-Hybridation (HCV Monitor-Roche, seuil de sensibilité =600UI/ml) et un génotypage par PCR-Hybridation (InnoLIPA-Innogenetics) ont été faits. En cas de génotypes 1 et 4 et afin de vérifier la réponse virologique précoce, un dosage de la CV a été réalisé à 12 semaines de traitement. Pour 68 de ces patients, une PCR qualitative (HCV Amplicor – Roche, seuil de sensibilité =50UI/ml) a été réalisée en fin de traitement (6mois pour les génotypes 2 et 3 et 1an pour les génotypes 1 et 4) ; dans 27 cas, cette PCR a été refaite 6mois après son arrêt afin d'étudier la réponse virologique prolongée. Au total, 4 génotypes ont été détectés: génotype 1 (74cas, 71%), génotype 2 (25cas, 24%), génotype 3 (3 cas, 3%), génotype 4 (1cas) et une co-infection 1 et 2 (1cas). La réponse virologique en fin de traitement a été retrouvée dans 65% des cas (44 sur les 68 cas testés dont 29 génotypes 1 ou 4 et 15 génotypes 2 ou 3. La réponse virologique prolongée a été retrouvée

dans 21 sur les 27 cas étudiés (78%) et 14 parmi eux sont des répondeurs précoces (baisse de 2log de la CV à 12semaines de traitement). Les 35 patients non répondeurs (PCR positive à l'arrêt du traitement) étaient caractérisés par une CV initiale élevée $\geq 8.10^5$ UI/ml et un génotype 1 dans 22cas et 2 et 3 dans 13cas. Enfin, une rechute après arrêt de traitement a été observée dans 5cas infectés par le génotype 1 malgré une réponse virologique précoce. Ce travail évalue l'efficacité de la bithérapie selon le génotype en cause. Il démontre de l'importance de la CV pré-thérapeutique et du suivi virologique répété en cours et après arrêt du traitement et confirme donc l'efficacité du protocole adopté. Ce suivi régulier doit se faire, cependant, quelque soit le génotype, même pour les génotypes 2 et 3 connus en tant que bons répondeurs.

P86 : FACTEURS ASSOCIES A LA REPONSE THERAPEUTIQUE AU COURS DES HEPATITES CHRONIQUES C : A PROPOS DE 72 CAS

L.CHTOUROU *, O.BAHRI **, H.TRIKI **, N.BEN MAMI ***, M.M. AZZOUZ *

* Service de gastro-entérologie ; hôpital MTM de Nabeul.
** Laboratoire de virologie clinique ; institut Pasteur de Tunis.

*** Service de gastro-entérologie B; hôpital la Rabta de Tunis.

Introduction : La réponse au traitement au cours de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) dépend de plusieurs facteurs virologiques, mais aussi liés à l'hôte. Le but de ce travail est de préciser les résultats de la bithérapie pegylée au cours de l'hépatite chronique C et d'identifier les facteurs prédictifs de bonne réponse.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective colligeant sur 4 ans (2003-2007) 72 patients naïfs, infectés par le VHC et traités par bithérapie (interféron pegylé et Ribavirine) pendant 24 semaines pour les génotypes 2 ou 3 et 48 semaines pour les autres génotypes. Pour chaque patient on a relevé des paramètres cliniques, biologiques, histologiques à la PBF et virologiques (charge virale et génotype du VHC). Une réponse virologique prolongée (RVP) était définie par un ARN viral C indétectable 6 mois après la fin du traitement. Une corrélation entre la réponse thérapeutique au cours de l'infection chronique par le VHC et les différents facteurs cliniques, biologiques, histologiques et virologiques a été recherchée en se basant sur le test de chi-2.

Résultats : L'âge moyen de notre série était de 46,7 ans. Le sex-ratio était de 0,33. L'âge moyen au moment de l'infection était de 25,69% (1-44ans). La durée moyenne de l'infection était de

20,22 ans. 55,1% avaient un ARN viral > 105. Le génotype 1 était présent dans 61,2% des cas. 54,5 % avaient une fibrose sévère (F3-F4). Parmi 72 patients traités, 16 (22,2%) n'ont pas répondu, 17 (23,6%) répondait et rechutent et 39 (54,2%) avaient une réponse virologique prolongée (RVP). Une RVP était associée à un âge jeune < 40 ans (p=0,036), à un âge jeune au moment de l'infection < 35 ans (p= 0,04), au sexe féminin (p= 0,045), à un BMI < 25 (p= 0,001), à une cytolysse (ALAT> 3xN) (p= 0,002), à une fibrose minime (non F3-F4) et au génotype viral 2 ou 3 (p=0,016). Cependant, pas de relation statistiquement significative n'a été retrouvée avec la durée de l'infection, l'alcoolisme, la charge virale, la stéatose, ni au taux des GGT, des plaquettes, de prothrombine, de bilirubine ou d'albumine sérique pré thérapeutique.

Conclusion : Une RVP est atteinte chez 54,2% des patients de notre série. La RVP à la bithérapie pegylée au cours des infections chroniques C est associée à un âge jeune, au sexe féminin, à l'absence d'obésité, à une cytolysse > 3xN et au génotype 2 ou 3.

P87 : HERPES CHRONIQUE CHEZ DES PATIENTS IMMUNODEPRIMÉS

S. MAMMOU, D. ELEUCH, R. CHEIKHROUHOU, A. MEBAZAA, I. ZARAA, S. TROJJET, M. MOKNI, A. BEN OSMEN.

Service de dermatologie La Rabta, Tunis.

Introduction : L'infection au virus Herpès Simplex figure parmi les infections les plus fréquentes de la région oro-faciale. Le virus Herpès simplex type 1 est habituellement incriminé. La primo-infection, qui survient en général dans le jeune âge peut être asymptomatique ou se manifester par une gingivostomatite, puis le germe reste quiescent dans les ganglions. Dans certaines conditions, la réactivation du virus cause des lésions cutanéomuqueuses récurrentes parfois sévères. Nous rapportons 3 observations d'herpès chronique récurrent chez des patients immunodéprimés.

Observations :

Observation 1 : Z. K. était suivi pour lymphome folliculaire. Il a présenté des plaques érythémato-croûteuses herpétoïdes de la commissure labiale et du menton avec un érythème polymorphe. L'évolution était traînante et récidivante après chaque cure de chimiothérapie. Le patient a été traité par Zovirax par voie générale avec amélioration des lésions puis mis sous traitement préventif.

Observation 2 : M. M. a été admis dans le service pour un pemphigus vulgaire avec de multiples érosions buccales suintantes et purulentes touchant les faces internes des joues, de la langue,

les collets dentaires et les lèvres où les lésions étaient croûteuses. A J 12 de corticotérapie, il a présenté une fièvre à 39 ° C avec des adénopathies cervicales. Les lésions buccolabiales se sont aggravées. La biopsie labiale a conclu à un pemphigus vulgaire associé à une atteinte herpétique. Le patient a été mis sous Zovirax avec une amélioration des lésions et une récurrence au bout de 3 semaines nécessitant une nouvelle cure et le maintien du Zovirax à titre préventif.

Observation 3 : B. M., suivi depuis 1 an pour leucémie lymphoïde chronique sous Chloraminophène, nous a consulté pour des lésions érythémato-croûteuses infiltrant les lèvres et la muqueuse nasale droite, associées à une érosion ovalaire du palais, traînantes depuis 2 mois et résistante aux antibiotiques et aux soins locaux.. Le reste de l'examen a montré une splénomégalie et des adénopathies périphériques. L'examen histopathologique était très évocateur d'une infection herpétique. Le malade a été mis sous Zovirax et chimioprophylaxie avec amélioration des lésions.

Discussion : La récurrence des lésions herpétiques se voit à des intervalles de temps qui peuvent varier de quelques mois à quelques années. L'apparition de manifestations cliniques se produit chez 20 à 40 % des sujets séropositifs pour l'Herpès Simplex et se situent dans la jonction cutanéomuqueuse labiale habituellement. Elles sont à type de macules érythémateuses qui deviennent rapidement vésiculeuses ou ulcérées sujettes à des surinfections. Les stomatites sont plus rares. Chez les sujets immunodéprimés, les lésions peuvent être atypiques plus extensives ou agressives, traînantes et très douloureuses par rapport aux patients immunocompétents comme c'était le cas de nos 2 derniers patients. L'association à un érythème polymorphe observée dans le premier cas est rapportée dans la littérature. Il se voit quelques jours à quelques semaines après l'herpès labial. Dans certains cas, une paronychie herpétique est notée. On peut retrouver par ailleurs une fièvre et un malaise et des adénopathies. La sévérité de la symptomatologie, le terrain et le caractère douloureux des lésions imposent un traitement à base d'antiviral à titre curatif et préventif en plus des soins locaux. La vaccination contre le virus est en cours d'étude.

Conclusion : L'infection herpétique prend un caractère récidivant et sévère chez l'immunodéprimé. Parfois les lésions sont atypiques et déroutantes. Bien que le traitement soit en général efficace, il y a un risque d'émergence de souches résistantes. L'utilisation d'un vaccin serait d'un grand apport pour ces patients.

P88 : ERUPTION HERPETIQUE PROFUSE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DE PEMPHIGUS VULGAIRE

L. CHABCHOUB, A. MEBAZAA, D. EL EUCH, R. CHEIKH ROUHO, I. ZARAA, S. TROJJET, S. HAOUET*, M. MOKNI, A. BEN OSMAN

*Service de Dermatologie, *laboratoire d'anatomie pathologique Hôpital la Rabta, Tunis*

Introduction : Le Pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune, caractérisée par la survenue de bulles intra-épidermiques, consécutives à la fixation d'anticorps anti-substance inter-cellulaire entre les kératinocytes. Son pronostic est sévère, conditionné par l'évolutivité de la maladie et les complications notamment infectieuses potentialisées par les traitements immunosuppresseurs de la dermatose. Nous rapportons une observation de surinfection herpétique grave chez un patient atteint de pemphigus vulgaire traité par corticothérapie orale.

Observation : Patient âgé de 76 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour une éruption bulleuse et érosive étendue au tronc et aux membres évoluant depuis 2 mois. L'histologie avait montré une acantholyse avec bulle intra épidermique. L'immunofluorescence directe avait objectivé des dépôts d'IgG et de C3 étendus sur toute la hauteur de l'épiderme. Le diagnostic d'un pemphigus vulgaire était retenu. Le malade était traité par prednisone à la dose de 1,25 mg/kg/j associée à l'azathioprine 150mg/j à J11 de corticothérapie devant la non réponse au traitement. A J38 de prednisone, J27 d'azathioprine, le patient développait des lésions vésiculeuses profuses du visage, du tronc et des membres. L'examen notait une fièvre à 39° avec altération de l'état général et une éruption vésiculo-croûteuse et nécrotique diffuse avec éléments disposés en bouquets. Le cytodagnostic de tzanck avait conclu à une surinfection herpétique. Le malade était traité par Aciclovir à la dose de 10mg/kg/j pendant 10 jours avec évolution favorable.

Conclusion : La surinfection herpétique est une complication rare au cours du pemphigus L'infection herpétique peut induire une décompensation de la maladie et mettre en jeu le pronostic vital. Par ailleurs, la dissémination virale peut être à l'origine d'hépatites fulminantes, de troubles de la coagulation de type CIVD ou engendrer des séquelles oculaires irréversibles. En raison de la sévérité de l'infection herpétique chez l'immunodéprimé, il est important que tout praticien sache diagnostiquer ce tableau clinique et le traiter précocement afin d'éviter des complications graves parfois fatales de la maladie.

P89 : SEROPREVALENCE DE L'INFECTION A HERPES SIMPLEX VIRUS DE TYPE 2

L. FKI-BERRAJAH, H. KARRAY-HAKIM, M. CHAABOUNI, M. ZOUARI, O. FRIKHA, A. ZNAZEN, A. HAMMAMI

Laboratoire Microbiologie, CHU H. Bourguiba de Sfax

Objectif : la séroprévalence de l'infection à Herpes Simplex Virus de type 2 (HSV2) est très variable d'une population à une autre. Ce travail a été mené dans le but de déterminer la séroprévalence de l'infection à HSV2 dans trois populations différentes par le risque d'exposition à l'infection.

Matériels : trois groupes ont été étudiés : 182 femmes en âge de procréer choisies au hasard parmi les femmes enceintes, 182 femmes prostituées, 74 sujets infectés par le virus de l'immunodéficience humaine, répartis en 51 hommes et 23 femmes.

Méthode : la recherche des IgG anti-HSV2 a été faite par la technique ELISA utilisant le coffret Herpes simplex 2 ELISA IgG/IgM VIRCELL microbiologists (Granada, Spain).

Résultat : les IgG anti-HSV2 ont été détectés chez 2 femmes en âge de procréer (1.10 %), 101 prostituées (55.5 %) et chez 10 patients VIH+ (13.51 %).

Conclusion : la séroprévalence de HSV2 varie selon la population étudiée : elle est très faible chez les femmes en âge de procréer et très inférieure aux chiffres de la littérature. Cette séroprévalence augmente avec le risque d'exposition au virus puisque plus de la moitié des prostituées sont porteuses de ce virus ce qui constitue un risque de diffusion important dans la population.

P90 : SEROPREVALENCE DU VIRUS DE LA VARICELLE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DANS LA REGION DE SOUSSE

N. HANNACHI1, M. MARZOUK1, S. HIDAR2, A. FERJANI1, H. KHAIRI2, J. BOUKADIDA1

1- Laboratoire de Microbiologie-Immunologie. UR 02SP13.CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie.

2- Service de gynécologie obstétrique CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie

Introduction : La survenue d'une varicelle clinique en cours de grossesse est une éventualité rare qui entraîne des risques de complications maternelle et foetale. Nous présentons la séroprévalence du virus de la varicelle (VZV) chez les femmes enceintes dans la région de Sousse et les facteurs prédisposant à la séropositivité.

Matériels et méthodes : Etude prospective allant de décembre 2006 à mars 2007 portant sur 404

sérologies VZV de femmes enceintes ayant consulté au service de maternité du CHU Farhat Hached. Les renseignements concernant : l'âge, le terme, les antécédents, la parité, le niveau socio-économique, l'origine et le niveau d'études ont été collectés. L'étude statistique a été effectuée par logiciel SPSS ; $p < 0,05$ étant considéré comme statistiquement significatif.

Résultats : L'âge moyen des femmes est de 30 ans [17-52 ans] et le terme moyen de 24 SA [2-42 SA]. Le taux de séropositivité des IgG anti VZV est de 80,9%. Une relation significative s'est révélée entre séropositivité et promiscuité dans l'enfance ($p=0,04$) ; alors qu'elle était non significative avec l'âge ($p=0,7$), la parité ($p=0,2$), le niveau socio-économique ($p=0,67$), l'origine rurale ou urbaine ($p=0,21$) et le niveau d'études ($p=0,4$). Quinze pour cent des femmes ont rapporté de faux antécédents de varicelle lors de l'interrogatoire.

Conclusion : Dans la région de Sousse, la susceptibilité à la varicelle des femmes enceintes demeure élevée. L'absence de facteurs de risque et l'absence de fiabilité des antécédents de varicelle rapportés par les femmes justifient un diagnostic rigoureux lors de contagion varicelleuse et d'éruption cutanée évocatrice en cours de grossesse.

P91 : VARICELLE ET GROSSESSE

S. YAHYA, A. MEBAZAA, R. CHEIKH ROUHO, D. EL EUCH, I. ZARAA, S. TROJJET, S. HAOUET*, M. MOKNI, A. BEN OSMAN

*Service de Dermatologie, *laboratoire d'anatomie pathologique Hôpital la Rabta, Tunis*

Introduction : La survenue d'une varicelle en cours de grossesse est une éventualité rare entraînant des risques de complications maternelle et fœtale. Nous rapportons deux observations de varicelle survenant chez deux femmes en période périnatale et revoyons les particularités épidémiocliniques, thérapeutiques et pronostiques de cette infection.

Observations :

Cas 1 : Femme âgée de 30 ans, G1P1A0, aux antécédents de mort périnatale par souffrance fœtale aigüe, consultait à 15 jours du post partum pour une éruption vésiculo bulleuse prurigineuse évoluant depuis 3 jours. L'examen montrait une fièvre à 39°, associée à une éruption vésiculo-bulleuse profuse du visage, tronc, membres et cuir chevelu. Certains éléments bulleux étaient ombiliqués au centre. Le diagnostic de la varicelle était évoqué. L'histologie cutanée était en faveur d'une infection herpétique. L'IFD était négative. La sérologie de la varicelle était positive. La patiente était mise sous antibiothérapie orale Bristopen® à

la dose de 2g/j associée à des soins locaux avec une évolution rapidement favorable.

Cas 2 : Femme âgée de 24 ans, primipare enceinte au 9ème mois, consultait pour des lésions vésiculo-bulleuses prurigineuses du tronc et des membres évoluant depuis 3 jours. Les lésions étaient d'âge différent, certaines étaient entourées par une aréole érythémateuse avec début d'ombilication au centre. Le cuir chevelu ainsi que la muqueuse gingivale étaient également atteints. Le diagnostic de varicelle était suspecté. La patiente a été traitée sous antiseptiques et acide fucidique en crème avec évolution rapidement favorable. Elle a accouché par voie basse sans complications materno-fœtales ultérieures.

Discussion : La survenue d'une varicelle clinique pendant la grossesse ou dans le post partum a été rarement rapportée. Les complications maternelles sont essentiellement pulmonaires à type de pneumonies virales (30 % des cas), pouvant mettre en jeu le pronostic vital dans 10% des cas environ. Des encéphalopathies virales sont rarement décrites mais de pronostic sévère. Concernant le pronostic fœtal, avant 24 semaines d'aménorrhée, la transmission au fœtus peut être responsable, dans environ 2 % des cas, d'un syndrome de varicelle congénitale. La varicelle périnatale par contamination péri-partum entraîne dans 25 % des cas une varicelle néonatale potentiellement grave et parfois létale pouvant expliquer le cas de décès à la naissance, noté dans notre 1^{ère} observation. Ce risque est accru dans les éruptions maternelles survenant entre 5 jours avant et 2 jours après l'accouchement. Des cas de mort fœtale in utero ont été rapportés notamment en cas de pneumopathies maternelles.

Références

Kempf W, Meylan P, Gerber S, Aebi C, Agosti R, Büchner S, Coradi B, Garweg J, Hirsch H, Kind C, Lauper U, Lautenschlager S, Reusser P, Ruef C, Wunderli W, Nadal D. Swiss recommendations for the management of varicella zoster virus infections. Swiss Med Wkly. 2007 May 5;137(17-18):239-51.

P92 : LES MANIFESTATIONS HEMATOLOGIQUES DE LA PRIMO-INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS

A. BARHOUMI, S. HAMMAMI, O. BERRICHE, R. KLEI, A. HAMZAOUI, S. MAHJOUB

Service de Médecine Interne EPS Monastir

La primo-infection à cytomégalovirus (CMV) survenant chez l'adulte peut être à l'origine de manifestations hématologiques parfois trompeuses et isolées

Patients et méthodes : Ont été inclus rétrospectivement dans cette étude les patients présentant une symptomatologie clinique justifiant

une hospitalisation entre 2006 et 2007, associée à des manifestations hématologiques, à une sérologie anti-cytomégalovirus avec présence d'Ig M spécifiques et/ou de séroconversion significative

Résultats : Sept patients (4 femmes et 3 hommes) ont été inclus dans l'étude, d'âge moyen de 38.8 (26-57 ans). Quatre patientes étaient déjà suivies pour lupus érythémateux systémique et deux patients étaient diabétiques. Cinq cas ont révélé leur infection par une fièvre prolongée. Deux patients ont présenté une atteinte pseudolymphomateuse des organes hématopoïétiques. Un patient avait une thrombopénie asymptomatique cliniquement. L'examen physique retrouvait une hépatosplénomégalie (2 cas), des adénopathies (3 cas) et une éruption cutanée (1 cas). A la biologie, le syndrome inflammatoire biologique et les anomalies hépatiques étaient constants. Le syndrome mononucléosique est objectivé chez 4 patients. L'hémogramme notait une pancyclopénie dans 3 cas, une leucolymphopénie dans 3 cas et une thrombopénie isolée dans 1 cas. L'atteinte pseudotumorale des organes hématopoïétiques a conduit à la réalisation de deux biopsies ganglionnaires. L'étude anatomopathologique des ganglions prélevés montrait un aspect d'adénite réactionnelle non spécifique. Trois patientes lupiques ont bénéficié d'un traitement par Gancyclovir. L'évolution était favorable, une seule patiente lupique a présenté un syndrome d'activation macrophagique qui décède malgré un traitement par les immunoglobulines

Conclusion : La recherche d'une primo infection à cytomégalovirus est licite devant des manifestations cliniques est biologiques variées. Les manifestations hématologiques sont précoces et exceptionnellement sévère mais suscitent une prise en charge précoce chez l'adulte immunodéprimé.

P93 : LA ROUGEOLE : MALADIE ELIMINEE MAIS NON ERADIQUEE

H. JALLOULI, K. KAMMOUN, N. KTATA, A. JBIR, H. AGREBI, M. ZRIBI*, A. AKROUT

*Service Régional Soins de santé de base Sfax
* : Laboratoire régional de Sfax*

La vaccination contre la rougeole a permis de diminuer de façon considérable la morbi-mortalité par cette maladie mais elle cumule au fur et à mesure des années une masse d'enfants non immunisés contre cette maladie qui peuvent entraîner des flambées épidémiques.

Dans le cadre de la stratégie nationale d'élimination de la rougeole, un système de surveillance des fièvres éruptives est donc instauré.

Durant l'année 2007, 41 enfants ont été suivis pour fièvre éruptive (fièvre supérieure à 38,5 ° avec une éruption maculo-papulaire durant 3 jours ou plus avec une toux, un coryza ou une conjonctivite).

51,2 % sont de sexe masculin, 70,7 % ont un âge inférieur à 5 ans ; parmi les autres, un est âgé de 18 ans. 31,7 % sont non vaccinés contre la rougeole.

La sérologie a confirmé le diagnostic d'une rougeole récente dans un cas et celui d'une rubéole récente dans un autre cas.

Le système de surveillance des fièvres éruptives doit garder une place importante en matière d'élimination de la rougeole puisqu'il permet de s'assurer de l'arrêt de la circulation du virus, d'identifier les susceptibles, de les isoler et d'identifier le génotype du virus

P94 : MORSURES PAR ANIMAL : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, PRISE EN CHARGE ET PREVENTION

M.A. JOUBEIR, H. JALLOULI, K. KAMMOUN, N. KETATA, M. TOUNSI, A. AKROUT

SRSSB Sfax

La rage est une maladie virale constamment mortelle en l'absence de traitement. Elle constitue un problème de santé publique puisque la rage animale s'évite encore de manière endémique.

Le but de notre travail est d'analyser la situation épidémiologique en matière de rage dans la région de Sfax, afin d'orienter nos axes de prévention.

Nous avons analysé rétrospectivement les cas de morsure animale colligés dans le gouvernerat de Sfax durant l'année 2007, en se référant au registre antirabique 17 cas de rage animale ont été répertoriés durant cette année.

Les 3 délégations les plus touchées (70,5% des têtes positives) sont Jbeniana, Amra et Hencha.

Le nombre de cas de rage animale ne cesse d'augmenter au fil des années (29cas de 2000 à 2006 et 17 cas en 2007). En moyenne 2446 sujets se sont présentés pour une vaccination antirabique suite à une morsure, griffure etc...

Les animaux agresseurs sont le plus souvent des chiens (67,22% des cas) parmi les chiens connus, 55,87% ne sont pas vaccinés. Les sujets exposés consultent dans un délai de 24 heures dans 80,57% des cas et les enfants de moins de 15 ans sont touchés dans 32,58% des cas.

La rage reste donc encore fréquente dans certaines délégations de Sfax, ceci du fait de l'éradication incomplète des chiens errants, du manque de vaccination des chiens connus.

Une collaboration étroite entre les différents partenaires : ministère de la santé, ministère de l'agriculture et l ministère de l'intérieur reste donc nécessaire pour l'éradication de la rage dans la région de Sfax.

P95 : FORMES ATYPIQUES DE L'HEPATITE VIRALE A : CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET EVOLUTIVES.

F. BOUAFIF, L. ESSADDAM, O. BOUYAHIA, Z. FITOURI, L. GHARSALLAH, N. MATTOUSSI, S. BOUKTHIR, S. BEN BECHER, A. SAMMOUD

Hôpital d'Enfants de Tunis.

L'hépatite virale A (HVA) est souvent asymptomatique. Dans plus de 90% des cas, les formes symptomatiques sont peu parlantes et évoluent rapidement vers la guérison. Les formes atypiques, par leur gravité ou leur présentation inhabituelle, sont rares.

But : Décrire, à partir d'une série personnelle les caractéristiques cliniques et évolutives des formes atypiques de l'HVA.

Matériels et méthodes : Ont été inclus dans cette étude rétrospective 24 patients suivis pour insuffisance hépatique, HVA prolongée, à rechute, associée à une atteinte extra hépatique ou ayant révélé une hépatite auto-immune. Le diagnostic a été confirmé par une sérologie positive de type IgM dans tous les cas.

Résultats : Dix huit patients avaient une insuffisance hépatique; trois parmi les huit enfants qui ont évolué vers une forme fulminante sont décédés au bout de 2 à 4 jours d'hospitalisation. Ils avaient tous un taux de prothrombine < 30% et une hyperbilirubinémie totale > 300 µmol/L. Une HVA a révélé une hépatite auto-immune chez deux patients âgés de 6 et 13 ans. Le diagnostic, suspecté sur l'évolution traînante et l'ascension secondaire es gammaglobulines, a été confirmé par l'étude histologique. L'évolution était favorable sous traitement immunosuppresseur. Une cholécystite aiguë alithiasique a révélé une HVA dans deux cas. L'évolution était favorable sous traitement médical. Une fille de 10 ans s'est présentée avec une cholestase chronique, associée à une hépatomégalie, une cytolysse modérée et des gamma glutamyl transférases à la limite de la normale. L'évolution était favorable, l'enquête étiologique a retenu l'HVA comme seule cause de la cholestase.

Conclusion : Les HVA fulminantes sont rares mais s'associent à une mortalité élevée. Les autres formes atypiques sont parfois déroutantes et doivent être reconnues dans les pays d'endémie. Une hépatite auto immune doit être recherchée au cours des formes traînantes, cholestatiques ou s'associant à une hyper gammaglobulinémie.

P96 : PLACE DE L'HEPATITE E PARMIS LES HEPATITES AIGUES DANS LA REGION DE SOUSSE

N. HANNACHI, M. MARZOUK, N. BEN FREDJ, A. FERJANI, J. BOUKADIDA

*Laboratoire de Microbiologie-Immunologie. UR 02SP13
CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie.*

Introduction : L'hépatite virale E est une maladie à transmission féco-orale, sévissant sous forme endémique ou sporadique selon l'origine géographique. En Tunisie, peu de données récentes concernent l'incidence de l'hépatite virale E. Le but de notre travail est d'évaluer l'importance de l'infection par le virus de l'hépatite E (VHE) parmi les hépatites aiguës dans la région de Sousse.

Matériels et méthodes : Cent trente trois sérums provenant des sujets présentant un tableau clinique d'hépatite aiguë ont été collectés de la période de Juillet 2007 jusqu'à Janvier 2008. Les IgM et IgG anti-VHE ainsi que les IgM anti-virus de l'hépatite A (VHA) ont été recherchés par technique immuno-enzymatique commerciale. Une co-infection VHE-VHA a été recherchée pour 20 patients présentant une hépatite A aiguë.

Résultats : Une hépatite aiguë A a été retrouvée dans 46 cas soit 28,9% des hépatites aiguës testées. Parmi les hépatites aiguës non A testées, 3 ont été liées à une hépatite aiguë E (4,16%). La prévalence de l'hépatite virale E parmi toutes les hépatites aiguës étant donc de 2,25%. Les tableaux cliniques des hépatites E ne présentaient pas de particularité par rapport à ceux des hépatites A. Les IgG anti-VHE type étaient positifs dans 9% des sérums testés. Aucune co-infection VHE-VHA n'a été retrouvée.

Conclusions : L'incidence de l'hépatite virale E est inférieure à celle rapportée durant la décennie précédente en Tunisie et se rapproche des taux européens, cela est probablement lié à l'amélioration des conditions d'hygiène et des réseaux d'assainissement des eaux usées.

La moindre incidence de l'hépatite virale E par rapport à celle de l'hépatite A qui partage pourtant les mêmes modes de contamination s'explique par les différences des caractéristiques physico-chimiques des deux virus.

P97 : INFECTION A VIH REVELEE PAR UNE ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO IMMUNE : SITUATION RARE EN PEDIATRIE

O. BOUYAHIA, S. MRAD, M. BELLALAH, L. GHARSALLAH, A. GHARBI, S. BOUKTHIR, M. GOUBANTINI, A. SAMMOUD EL GHRARBI.

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

Les circonstances de découverte de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (HIV) sont nombreuses chez l'enfant. Certaines sont rares voire déroutantes tel que l'anémie hémolytique auto-immune.

Observation : nous rapportons l'observation d'un garçon de 11 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admis pour pâleur aiguë. L'examen a montré une tachycardie à 120/mn, une splénomégalie à 2cm du rebord costal et de multiples adénopathies périphériques centimétriques. La numération formule sanguine a mis en évidence une anémie normochrome normocytaire régénérative à 6 g/dl et une thrombopénie à 78000 éléments /mm³. Le test de Coombs direct était positif de type IgG. Le diagnostic d'une anémie hémolytique auto-immune associée à une thrombopénie a été retenu. L'enquête étiologique a conclu à une infection HIV de transmission verticale. L'évolution était favorable sous traitement antiviral.

Conclusion : L'anémie hémolytique auto-immune révèle rarement une infection VIH. Ce diagnostic doit être systématiquement évoqué, a fortiori en cas de thrombopénie associée.

P98 : ABCES SECONDAIRES DU PSOAS : A PROPOS DE 42 CAS

A. BERRICHE, L. AMMARI, H. TIOUIRI BENAÏSSA, B. KILANI, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service de maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis.

Introduction : les abcès du psoas, peu fréquents, sont incriminés dans 5 à 10% des suppurations abdominales. Ils peuvent être primitifs ou secondaires à une infection de voisinage (ostéo-articulaire, digestive ou urologique). Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des abcès secondaires du psoas.

Patients et méthodes : nous avons mené une étude rétrospective des abcès secondaires du psoas pris en charge dans le service de maladies infectieuses de l'Hôpital La Rabta (1993-2007).

Résultats : 42 abcès secondaires du psoas ont été colligés. L'âge moyen est de 49 ans avec un sex.ratio égal à 1. Le délai diagnostique moyen est de 5 mois. La triade classique : fièvre, douleur et psoitisme est notée dans 14% des cas. Une masse abdominale est palpée dans 19% des cas. Un syndrome inflammatoire est présent dans 91% des cas. Le foyer primitif est une atteinte ostéo-articulaire dans 40 cas (95%) et un phlegmon rénal dans 2 cas (5%). L'imagerie a montré la bilatéralité de l'abcès dans 38 % des cas. Les abcès à pyogènes du psoas sont rapportés chez 15

patients (36%). L'origine tuberculeuse est retenue dans 45% des cas et l'origine brucellienne dans 19% des cas. Le diagnostic microbiologique est apporté par : les hémocultures dans 5 cas (*Staphylococcus aureus* (2), *Streptococcus* (1), *Echerichia coli* (1), *Klebsiella pneumoniae* (1)) et le prélèvement du pus d'abcès dans 9 cas (*M. tuberculosis* (6) et *S. aureus* (3)). La confirmation de l'origine brucellienne des abcès du psoas est réalisée par la sérologie de la brucellose chez 8 patients. Une antibiothérapie est prescrite chez tous les patients, associée au drainage percutané dans 52% des cas. La durée moyenne de l'antibiothérapie est de 10,7 mois. L'évolution est favorable chez 31 patients (74%). Une récurrence de l'abcès est notée chez 4 patients. Deux patients sont décédés suite à une embolie pulmonaire (1 cas) et un choc septique (1 cas).

Conclusion : le diagnostic d'abcès du psoas est difficile et se fait souvent à un stade tardif à cause d'une symptomatologie peu spécifique. Son diagnostic précoce est nécessaire pour améliorer le pronostic vital.

P99 : UNE SPONDYLODISCITE INFECTIEUSE COMPLIQUANT UNE RACHIANESTHÉSIE

R. AKROUT, I. HACHICHA, N. HDIJI, M. EZZEDDINE, S. BAKLOUTI

Service de rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction : La spondylodiscite est une complication classique de la chirurgie vertébrale ou de la chimionucléolyse. Après rachianesthésie, elle est exceptionnelle. Nous rapportons une observation de spondylodiscite associée à une épidurite dans les suites d'une rachianesthésie pour chirurgie orthopédique du membre inférieur.

Observation : Patient âgé de 65 ans a été opéré pour fracture medio diaphysaire du fémur droit sur os pagétique sous rachianesthésie. L'anesthésie rachidienne était réalisée avec une aiguille spinale en L3-L4. Quatre mois plus tard, il est admis pour des lombalgies inflammatoires intenses évoluant dans un contexte fébrile. L'examen trouve un patient dont l'état général est altéré. L'examen du rachis lombaire objective une raideur rachidienne et une douleur exquise à la percussion des épineuses. La marche était difficile sans aide. L'examen neurologique a montré une faiblesse proximale des deux membres inférieurs. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire intense. On retrouve un aspect flou et irrégulier des plateaux vertébraux de L2, L3 et L4 avec une érosion du bord antérieur de L2 et L3 aux radiographies standard. La scintigraphie osseuse a montré des hyperfixations au niveau des vertèbres L3 et L4. L'IRM a confirmé la spondylodiscite infectieuse touchant deux étages L2-L3 et L3-L4

associée à une épидurite en regard. L'enquête tuberculeuse et brucellienne était négative. Aucun germe n'a pas été retrouvé ni aux hémocultures ni à l'ECBU. L'origine iatrogène par inoculation directe secondaire à la rachianesthésie a été retenue et une antibiothérapie adaptée visant le staphylocoque et les BGN a été instaurée associée à une immobilisation rachidienne par un corset plâtré pendant six semaines. L'évolution était marquée par la disparition des rachialgies, l'absence de séquelles neurologiques et la résolution du syndrome inflammatoire biologique ainsi que l'apparition de signes de reconstructions radiologiques.

Conclusion : Nous avons rapporté une spondylodiscite infectieuse au décours d'une rachianesthésie pour chirurgie orthopédique basse. Cette complication est exceptionnelle, et semble spécifique des chirurgies pelviennes.

P100 : SPONDYLODISCITES IATROGENES : A PROPOS DE 8 CAS

I. BELHAJALI*, R. BATTIKH*, N. BEN ABDELHAFITH*, I. GARSALLAH*, L. METOUI*, H. SELLAMI*, S. KHEDHER*, S. ZRIBA*, W. MADHI*, F. M'SADEK*, J. LAABIDI*, B. LOUZIR*, M. BEN MOUSSA**, S. OTHMANI*.

* Service de Médecine interne – Hôpital Militaire de Tunis

** Laboratoire de microbiologie - Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : La proportion croissante des spondylodiscites (SD) iatrogènes est un fait marquant des SD infectieuses ces dernières décennies due en grande partie à l'augmentation des gestes d'interventions sur le rachis. Nous rapportons 8 cas de SD iatrogènes colligées dans le service de médecine interne de l'hôpital Militaire de Tunis entre 1990 et 2007.

Résultats : Il s'agit de 8 patients (7 hommes et une femme), âgés en moyenne de 59 ans (35 à 72 ans). Dans 5 cas la SD était par inoculation (cure d'une hernie discale = 3 cas ; chimionucléolyse = 1 cas ; cure d'un canal cervical étroit = 1 cas) et dans 3 cas l'infection était par voie hématogène à partir d'un foyer initial. Le siège de l'infection est lombaire dans 7 cas et cervical dans 1 cas. La douleur rachidienne est quasi constante. L'examen à l'admission trouve une apyrexie chez 5 patients. Un syndrome inflammatoire biologique est présent chez 7 patients et une hyperleucocytose à polynucléaires chez 4 patients. L'enquête bactériologique a permis d'isoler un *Staphylococcus aureus* (2 cas), un *Proteus mirabilis* (1 cas), un pyocyanique (1 cas) et une *klebsiella pneumoniae* (1 cas).

En dehors des signes de SD, le bilan radiologique a permis d'objectiver un abcès para vertébral dans 7 cas et une épидurite dans 1 cas. L'évolution est

favorable dans tous les cas sous antibiothérapie efficace et adaptée (durée moyenne = 4 mois) et immobilisation du rachis par corset.

Conclusion : Les SD iatrogènes se distinguent des autres SD infectieuses par une fréquence de plus en plus croissante (15 à 50% des SD à pyogènes dans certaines séries de la littérature), une prédominance masculine, une moindre incidence des tares favorisantes, une atteinte fréquente du rachis du rachis lombaire et une étiologie staphylococcique prépondérante. Plusieurs auteurs remarquent que la recherche bactériologique au cours des SD d'inoculation est le plus souvent négative et s'interrogent sur la nature de ces SD apparemment aseptiques.

P101 : UNE SPONDYLODISCITE TUBERCULEUSE COMPLIQUANT UNE BCG-THERAPIE

R. AKROUT, M. EZZEDDINE, M. SELLAMI, I. HACHICHA, N. HDIJI, S. BAKLOUTI, M. EZZEDDINE, M. SELLAMI, I. HACHICHA, N. HDIJI, S. BAKLOUTI

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction : Les complications infectieuses ostéo articulaires à *M. bovis* après BCG-thérapie ou après vaccination sont exceptionnelles. Nous rapportons un nouveau cas de spondylodiscite tuberculeuse survenant suite une BCG-thérapie intra vésicale. Huit cas ont été décrits dans la littérature.

Observation : Patient âgé de 72 ans aux antécédents de tumeur vésicale superficielle traitée par résection endoscopique en 1997. Il est réadmis en 2004 pour récurrence tumorale traité chirurgicalement associé à une BCG-thérapie. Trois semaines après, il consulte pour des lombalgies inflammatoires associées à une lourdeur des deux membres inférieurs sans fièvre. L'examen du rachis lombaire a objectivé un syndrome rachidien avec douleur à la pression des épineuses. Le bilan montre un syndrome inflammatoire biologique. L'intradermo-réaction ainsi que la recherche de BK étaient négatives. La sérologie de Wright était négative. Les radiographies standard du rachis lombaire ont montré un aspect flou irrégulier des plateaux vertébraux de L1 et L2. La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation de L2. L'IRM rachidienne a confirmé le diagnostic de spondylodiscite infectieuse touchant l'étage L1-L2 associée à un canal étroit bipolaire. Une biopsie disco-vertébrale a été réalisée mais n'a pas été concluante. Un traitement antituberculeux a été entamé et l'évolution était favorable avec disparition des douleurs et de la raideur rachidienne, résolution du syndrome inflammatoire biologique et apparition de signes de reconstruction avec condensation des

plateaux vertébraux de L1-L2 sur les radiographies et l'IRM lombaire de contrôle après un an du traitement antituberculeux.

Conclusion : Les complications ostéo articulaires infectieuses du traitement par le BCG sont exceptionnelles mais peuvent être graves. C'est pourquoi, il est recommandé de ne pratiquer la première instillation de BCG qu'au moins trois semaines après une résection transuréthrale ou une biopsie vésicale afin de diminuer le risque de dissémination par voie hématogène.

P102: TUBERCULOSE EXTRAPULMONAIRE

H. BELLALI, N. BEN ALAYA, A. BEN SALAH, MK. CHAHED

Département d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : La tuberculose, qui reste un problème de santé publique majeur de par le monde, est en régression progressive en Tunisie. Ce recul progressif de l'incidence de la maladie s'accompagne d'une quasi-disparition des formes graves (miliaire et méningite), d'une baisse des formes bacillifères et de l'augmentation de la proportion des localisations extrapulmonaires. Parmi les formes extrapulmonaires, les atteintes ganglionnaires sont les plus fréquemment observées. Dans ce travail nous nous proposons d'étudier les formes extrapulmonaires parmi les cas de tuberculose déclarés et d'explorer les hypothèses explicatives de l'émergence des formes ganglionnaires.

Matériels et méthodes : Nous avons étudié les cas de tuberculose déclarés entre 1995 et 2006. L'étude des séries rapportées et la comparaison avec notre série nous ont permis d'émettre les hypothèses explicatives.

Résultats : La proportion des cas de tuberculose extrapulmonaire est passée de 29 à 43% en dix ans d'intervalle (1996-2006). La localisation ganglionnaire représente la forme majeure parmi ces localisations, suivie de la tuberculose pleurale et la tuberculose méningée vient en dernier lieu. Le tableau suivant résume les principales localisations tuberculeuses extrapulmonaires et l'évolution de leur fréquence en fonction des années.

Conclusion : La tuberculose ganglionnaire est la localisation la plus fréquente parmi les formes de tuberculose extrapulmonaire. L'analyse de la répartition de cette morbidité en fonction des régions laisse présager d'un rôle étiologique possible du *Mycobacterium bovis*, transmis aux humains par le lait cru.

P103 : TUBERCULOSE PSEUDO-TUMORALE DE LA PARI THORACIQUE

A. BERRICHE, R. ABDELMALEK, H. TIOURIBENAÏSSA, F. KANOUN, B. KILANI, L. AMMARI, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : la tuberculose est une maladie infectieuse qui sévit toujours sous forme épidémique dans de nombreux pays. Tous les organes peuvent être atteints. Les formes pseudo-tumorales sont peu fréquentes et intéressent essentiellement les poumons, la rate et le foie.

Objectif : nous rapportons l'observation d'un patient admis pour une tuberculose pariétale basithoracique pseudo-tumorale.

Observation : Mr P.N, Sénégalais, âgé de 21 ans, est admis en Septembre 2005 pour une tuméfaction pariétale basithoracique gauche avec asthénie, amaigrissement, sans fièvre ni sueurs. Il a été suivi depuis 3 mois à l'institut Salah Azaiez pour suspicion de tumeur. L'examen révèle une tuméfaction basithoracique gauche, de 4 cm de grand axe, indolore, associée à une adénopathie axillaire homolatérale. Une IRM abdominale objective un processus expansif de part et d'autre de l'avant dernier cartilage chondro-costal gauche présentant un signal liquidien sur les séquences pondérées en T₂ et un rehaussement périphérique avec des cloisons centrales sur les séquences T₁ injectées, concluant à une origine infectieuse probable. Un drainage chirurgical avec biopsie a été réalisé. L'examen anatomopathologique a conclu à une tuberculose. Le patient a été mis sous quadruple antibiothérapie : isoniazide, rifampicine, streptomycine et éthambutol pendant 2 mois, puis une bithérapie. L'évolution était favorable. En effet, la masse a progressivement diminué de taille avec reprise pondérale et d'une activité normale. Il a reçu 8 mois de traitement puis a été perdu de vue.

Conclusion : Dans les pays d'endémie, la tuberculose doit être évoquée devant toute collection traînante, superficielle ou profonde. Le diagnostic peut être difficile et tardif du fait du grand polymorphisme clinique.

P104 : TUBERCULOSE ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

I. HACHICHA, H. FOURATI, M. SELLAMI, M. EZZEDDINE, R.AKROUT, N. HDIJI, S. BAKLOUTI

Service de Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction : Malgré les nombreux progrès réalisés dans la prise en charge de la PR au cours de la dernière décennie, les complications infectieuses dont la tuberculose restent une source

importante de morbidité. Nous rapportons à ce propos deux observations.

Observation n°1 : Patiente Y. H. âgée de 65 ans suivie pour PR érosive depuis 1994 traitée par prednisone à la dose de 10 mg par jour et methotrexate à la dose de 10 mg par semaine, ayant été hospitalisée en 2007 pour exploration d'une adénopathie jugulo-carotidienne gauche de 3 cm de diamètre évoluant depuis 02 mois et dont l'examen anatomopathologique de la biopsie chirurgicale a confirmé la tuberculose ganglionnaire. Un Scanner thoracoabdominopelvien fait à la recherche d'autres localisations était normal. Un traitement antituberculeux quadruple a été administré.

Observation n°2 : Patient B. M. âgé de 47 ans ayant une PR érosive réfractaire aux traitements classiques (corticoïdes et methotrexate) depuis 10 ans ayant présenté après la deuxième perfusion d'infliximab (le bilan tuberculeux pré thérapeutique des anti- TNF alpha était négatif : IDR à la tuberculine, radiographie thoracique, la recherche de BK dans les crachats et les urines 3 jours de suite) des paresthésies et lourdeur des deux membres inférieurs entraînant des troubles de la marche et des chutes fréquentes. L'examen clinique trouve un syndrome rachidien cervical, un syndrome quadripérial et un niveau sensitif D7. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique (VS : 62 mmH1, CRP : 30 mg/l), une hyperleucocytose à 13.000 à prédominance lymphocytaire. L'IDR à la tuberculine était phlycténulaire. La recherche de BK dans les crachats et les urines 3 jours de suite était négative. La radiographie du rachis cervical F+ P : pincement discal C4-C5 avec un aspect flou grignoté des plateaux. L'IRM rachidienne visualise une anomalie de signal du disque et des plateaux vertébraux C4-C5 à type d'hypo signal T1, hyper signal T2 et prise de contraste hétérogène. Le diagnostic de spondylodiscite cervicale tuberculeuse a été retenu. L'anti TNF alpha a été arrêté et un traitement antituberculeux quadruple a été administré.

Conclusion : Les patients suivis pour PR ont un risque élevé de développer une tuberculose surtout avec le développement des biothérapies dont le diagnostic est parfois rendu difficile et le pronostic particulièrement sévère.

P105 : TUBERCULOSE CUTANÉE : A PROPOS DE 6 CAS

A. BERRICHE, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, B. KILANI, H. TIOURIBENAISSA, L. AMMARI, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : La tuberculose cutanée est une pathologie rare. Elle pose un problème du fait du polymorphisme des lésions.

Patients et méthodes : Etude rétrospective menée au service des maladies infectieuses de l'EPS la Rabta sur une période de 10 ans allant de Janvier 1998 à Décembre 2007.

Résultats : nous avons colligé 6 cas. Il s'agit de 3 hommes et 3 femmes. L'âge moyen est de 41,16 ans. La fièvre et l'asthénie étaient rapportées dans 3 cas. A l'examen, 4 patients étaient fébriles et 3 avaient des adénopathies cervicales. Les lésions étaient localisées aux membres inférieurs dans 3 cas, au thorax dans 1 cas, cervicales dans un cas et généralisées à tout le corps dans le dernier cas. L'intradermo-réaction pratiquée chez 5 patients, était positive dans 4 cas. La radiographie du thorax était pathologique dans 3 cas. La confirmation bactériologique a été obtenue chez 4 patients : 2 cultures positives dans le pus des lésions cutanées et 2 dans les crachats. 5 patients ont eu une biopsie cutanée dont l'examen anatomopathologique a individualisé un granulome géant-cellulaire et des cellules épithélioïdes. Les atteintes extra-cutanées associées sont : pulmonaires dans 2 cas, ganglionnaires dans 3 cas, osseuse dans 1 cas et neurologique dans 1 cas. Tous les patients ont eu une antibiothérapie quadruple pendant 2 mois, relayée par une bithérapie. La durée moyenne du traitement était de 9,4 mois. L'évolution était favorable dans 5 cas. Le dernier patient était perdu de vue.

Conclusion : La tuberculose cutanée doit être évoquée de principe devant des lésions cutanées traînantes et/ou associées à d'autres localisations tuberculeuses.

P106 : PRESENTATIONS RARES DE TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE

A. BOUDEN, H. BEN SLAMA, M. MAAROUF, H. ANNABI, W. TRIFI, B. JEBALI, M. MBAREK, M. JAMOSSI.

Hôpital Aziza Othmana. Tunis

Objectif : La variété des présentations cliniques de la tuberculose ostéo-articulaire rend son diagnostic difficile. Ce travail souligne l'intérêt de l'imagerie dans la caractérisation de ces lésions atypiques.

Matériel et méthodes : Nous rapportons 6 cas de tuberculose ostéo-articulaire respectivement localisés à la cheville, à l'articulation sterno-claviculaire, gléno-humérale, acromio-claviculaire, au calcanéum et à la région cervicale haute réalisant un abcès rétro pharyngé secondaire à un Pott sous occipital.

Résultats : Les principaux aspects radiologiques sont illustrés dans le poster.

Conclusion : La tuberculose ostéo-articulaire reste fréquente dans notre pays. Ces formes évolutives génèrent des complications sévères, d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement à un stade précoce.

P107 : MILIAIRE TUBERCULEUSE : A PROPOS DE 29 CAS

S. FOUZI, S. M'SAAD, I. YENGUI, H. KAWAS, A. AYOUB

Service de pneumologie- CHU Hédi Chaker- Sfax

Introduction : La miliaire tuberculeuse (MT) est une forme de tuberculose secondaire à la dissémination, le plus souvent hématogène du *Mycobacterium tuberculosis* et responsable d'une atteinte multifocale.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 29 cas de MT recensés au service de pneumologie du CHU Hédi Chaker de Sfax du 1^{er} Janvier 1990 au 31 Décembre 2006.

Résultats : La fréquence de la MT a été de 2,16 % par rapport à l'ensemble des cas de tuberculose hospitalisés dans la même période. L'âge moyen a été de 38 ans avec un sex -ratio de 2,2. Les facteurs favorisants les plus fréquents ont été le tabagisme, le diabète et l'alcoolisme.

Les signes généraux ont été dominés par l'altération de l'état général (80%).

Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la toux, les expectorations et la dyspnée.

Sur le plan radiologique, l'image de miliaire a été observée dans 72 % des cas. Des anomalies associées ont été constatées.

Sur le plan biologique, des anomalies de l'hémogramme ont été constatées dans 25 cas, avec une anémie dans 8 cas, une hyperleucocytose dans 13 cas, une leucopénie dans 9 cas et une thrombopénie dans 2 cas. La recherche de BK dans les expectorations s'est révélée positive dans 16 cas. La gazométrie a révélée une hypoxémie dans 12 cas.

La chimiothérapie anti-tuberculeuse a été débutée en urgence dans la plupart des cas pour une durée de 6 à 9 mois. Le traitement a comporté quatre antituberculeux sauf dans deux cas où une trithérapie a été indiquée après l'apparition d'une cytolyse hépatique imposant l'arrêt de la pyrazinamide.

L'évolution était bonne dans 28 cas, un décès est survenu chez un patient âgé de 69 ans suite à une hépatite fulminante.

Conclusion : La miliaire tuberculeuse est une maladie rare. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Son pronostic est favorable sous traitement antituberculeux.

P108 : LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE CHEZ L'ENFANT: ETUDE DE 26 OBSERVATIONS

O. BOUYAHIA, L. ESSADDAM, L. GHARSALLAH, Z. FITOURI, S. MAZIGH-MRAD, S. BOUKTHIR, S. BEN BECHER, A. SAMMOUD.

Hôpital d'Enfants de Tunis.

But : Rapporter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des enfants suivis pour tuberculose ganglionnaire (TG) dans deux services de pédiatrie générale de l'hôpital d'enfants de Tunis.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 20 ans, allant de Janvier 1986 à Décembre 2005. Le diagnostic de TG a été retenu en cas de preuve bactériologique et/ou histologique (n = 22) soit par l'association d'une clinique évocatrice documentée par une intradermoréaction (IDR) positive et une preuve thérapeutique (n =4).

Résultats: Vingt six observations de TG ont été colligées durant la période d'étude, soit 2,6 cas/an, ce qui représente 56% des localisations extra-pulmonaires de tuberculose recensées durant la même période. L'âge des patients varie de 16 mois à 13 ans avec une moyenne de 8 ans. Quatre enfants avaient une tuberculose extra-ganglionnaire associée : pulmonaire (n=1), cérébro-méningée (n=1) et péritonéale (n=1). La notion de contagé n'a été notée que dans 35% des cas et la preuve de vaccination par le BCG dans 46% des cas. Les signes d'imprégnation tuberculeuse étaient présents dans 30% des cas. La fièvre a manqué dans 38% des cas. L'IDR était positive dans 65% des cas. Un seul enfant avait une radiographie du thorax pathologique. L'évolution était favorable dans tous les cas sous traitement antituberculeux.

Conclusion : La tuberculose ganglionnaire est la première localisation extra-pulmonaire de la tuberculose dans notre série. Son incidence demeure élevée, ce qui justifie de renforcer la lutte contre la tuberculose bovine.

P109 : LA TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT A PROPOS DE 22 CAS

M. KHEMIRI, A. LABBASSI, S. ZOUARI, A. BORGI, F. BEN MANSOUR, F. OUBICH, F. KHALDI, S. BARSAOUI.

Service Médecine Infantile A – Hôpital d'Enfants- Tunis

Le but de ce travail est de décrire les particularités cliniques de la tuberculose extra pulmonaire (TEP) chez l'enfant et de discuter les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées.

Patients et Méthodes : étude rétrospective des observations de TEP colligées au service de Médecine Infantile A de l'Hôpital d'Enfants de Tunis durant dix ans (janvier 1998-décembre 2007). Le diagnostic de TBC a été retenu sur une preuve bactériologique et/ou histologique ou sur un faisceau d'arguments: épidémiologique (contage), contexte évocateur (clinique, IDR, radiologique) et associé obligatoirement à une preuve thérapeutique.

Résultats : 22 enfants (10 garçons et 12 filles) ont été suivis pour TEP correspondant à 75.8% du total des cas de tuberculose. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 9ans 4mois (2 ½-14ans). Tous les patients étaient vaccinés par le BCG. Un contage tuberculeux intra-familial a été retrouvé dans 36.36% des cas. L'IDR était positive dans 45.45% des cas, L'atteinte pleurale est retrouvée dans 31.18% des cas, suivie des localisations ganglionnaire et méningée dans 22.72% des cas chacune, puis abdominale dans 18.18% et osseuse dans 4.5% des cas. La localisation méningée s'est associée à une miliaire et à une localisation ganglionnaire ou osseuse dans deux cas et à une atteinte pleurale dans un cas. Le diagnostic n'a été confirmé à l'examen bactériologique et ou histologique que dans 45.45%. Le diagnostic était particulièrement déroutant dans deux cas de TBC abdominale pseudo-tumorale, opérés pour «une urgence chirurgicale». La méningite s'est compliquée d'un coma (n=1) et d'une hydrocéphalie évolutive (n=3), nécessitant une dérivation ventriculo-péritonéale dans deux cas. Sur le plan thérapeutique, deux patients ont présenté une allergie aux antituberculeux nécessitant une désensibilisation spécifique et un patient a présenté des effets secondaires multiples dont une névrite optique retro-bulbaire nécessitant des changements répétés des antituberculeux. L'évolution a été favorable dans 91% des cas. Sept patients (31,18%) ont présenté des séquelles : neurologiques (n=3), pleurales (n=2), et osseuses (n=2).

Conclusion : Dans notre série, la TEP représente 75.8% de l'atteinte tuberculeuse chez l'enfant. Le taux de confirmation diagnostique était élevé dans la localisation ganglionnaire (100%) suivie des localisations méningée (60%) et abdominale (50%) et était faible dans la pleurésie. La TEP peut être responsables d'une lourde morbidité chez l'enfant ce qui souligne l'intérêt d'un dépistage et d'un traitement énergiques de la maladie chez l'adulte.

P110 : GOMMES TUBERCULEUSES REVELATRICES D'UNE TUBERCULOSE PLEUROPERICARDIQUE

F. ISHAK, S. TROJJET, D. EL EUCH, I. ZARAA, A. MEBAZAA, B. LOUZIR, M. MOKNI, A. BEN OSMAN

Service de dermatologie, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : La tuberculose gommeuse ou abcès tuberculeux métastatique résulte d'une dissémination hémotogène du bacille de Koch à partir d'un foyer pulmonaire ou viscéral.

Observation : Il s'agissait d'une patiente âgée de 47 ans Elle présentait depuis sept mois, plusieurs nodules cutanés du membre supérieur droit qui augmentaient progressivement de taille puis se fistulisaient à la peau laissant place à des ulcérations chroniques, sans tendance à la cicatrisation spontanée. La patiente a reçu plusieurs cures d'antibiotiques sans amélioration. L'examen cutané notait plusieurs nodules inflammatoires à centre ulcéré, sanieux et saignant spontanément. L'une des lésions avait un centre rétractile. Les lésions suivaient un trajet linéaire depuis le médius jusqu'à la face interne de l'avant-bras droit. Le reste de l'examen était sans particularités. On a évoqué une leishmaniose sporotrichoïde, une tuberculose cutanée et une mycose profonde. Un premier bilan paraclinique a été demandé comportant la recherche de corps de Leishman (ED et culture), prélèvements bactériologiques et plusieurs biopsies cutanées faites à des sites différents pour examen anatomopathologique, culture sur milieu de Sabouraud et sur milieu de Lowenstein. Tous ces examens étaient négatifs. La biopsie cutanée n'a pas été concluante. La patiente a été hospitalisée. La PCR à la recherche de la leishmaniose et la recherche de BK dans les crachats étaient négatives. L'IDR à la tuberculine était phlycténulaire et un épanchement pleural gauche a été objectivé à la Rx thoracique. Le liquide de la ponction pleurale était clair à prédominance lymphocytaire, Rivalta positif et aseptique. Une échographie cardiaque était réalisée devant des hypotensions constatées lors de la surveillance. Elle a révélé un épanchement péricardique circonferentiel. Un traitement antituberculeux quadruple a été instauré. Ultérieurement, la biopsie pleurale a montré des granulomes tuberculoides avec nécrose caséuse confirmant le diagnostic de tuberculose pleuropéricardique. Les biopsies cutanées, refaites à plusieurs reprises, n'ont jamais révélé de granulomes tuberculoides ni de nécrose caséuse. Après un mois de traitement, les lésions cutanées ont complètement cicatrisé.

Discussion : La gomme tuberculeuse est très rare et touche principalement les enfants malnutris. Notre observation est particulière car la patiente était immunocompétente, les lésions avaient un aspect sporotrichoïde qui nous a amené à évoquer d'autres diagnostics tel que la leishmaniose

cutanée. De plus les lésions cutanées étaient la circonstance de découverte de la tuberculose pleuro-péricardique malgré une longue évolution. La négativité des examens bactériologiques et l'image non spécifique aux biopsies cutanées ont contribué aux difficultés diagnostiques.

P111 : PARTICULARITES DES ARTHRITES SEPTIQUES CHEZ LE SUJET AGE

R. AKROUT, M. EZZEDDINE, M. SELLAMI, I. HACHICHA, H. FOURATI, S. BAKLOUTI

Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction : En dépit d'un important arsenal thérapeutique anti-infectieux préventif et curatif, les infections ostéo articulaires demeurent fréquentes notamment chez le sujet âgé d'autant plus qu'elles surviennent sur un terrain fragilisé par l'âge et les tares associées.

Dans ce travail, nous traitons les particularités diagnostiques et thérapeutiques des arthrites septiques du sujet âgé.

Matériels et méthodes : Nous avons colligé 17 patients âgés de 65 ans et plus et présentant

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 73 ans avec une prédominance masculine. Les facteurs favorisants retrouvés sont : l'arthrose dans 7 cas, associée à une ostéochondromatose synoviale dans 2 cas ; une arthropathie métabolique dans 1 cas, le diabète dans 3 cas, une polyarthrite rhumatoïde dans 1 cas et un antécédent néoplasique dans un cas. Il s'agit dans 94% des cas d'une mono arthrite avec atteinte préférentielle du genou (88%). L'apyrexie était notée dans 59% des cas. Les signes inflammatoires locaux manquaient dans 41% des cas. Le germe a été identifié chez 13 patients (9 cas par la ponction articulaire, 2 cas par hémoculture, 1 cas par drainage chirurgical et dans 1 cas par l'ECBU). Une biopsie synoviale a été pratiquée dans trois cas et a conclut à une arthrite septique à pyogènes. Une antibiothérapie a été instaurée dans tous les cas associés à une arthrotomie chirurgicale dans 76% cas. Tous les patients ont bénéficié d'une immobilisation et d'une rééducation à distance de la phase aigue. On a noté dans un cas une deuxième localisation septique et dans un cas une algodystrophie.

Conclusion : Les arthrites septiques se présentent encore comme des affections sévères malgré le progrès de l'antibiothérapie et en particulier quand elles surviennent chez un sujet âgé et polytaré.

P112 : PATHOLOGIE INFECTIEUSE CHEZ LES SUJETS AGES

L. SAIDANE, S. AZZABI, L. SAIDANE, L. BEN HASSINE, E. CHERIF, Z. KAOUACHE, C. KOOLI, H. ABID, N. KHALFALLAH

Service de médecine interne B. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.

Introduction : Actuellement on assiste à un vieillissement général de la population mondiale. Les personnes âgées hospitalisées sont particulièrement exposées aux infections surtout nosocomiales. Le but de ce travail est d'étudier les particularités cliniques et étiologiques des infections chez les sujets âgés.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 30 malades âgés de plus de 65 ans colligés au service de médecine interne entre 2005 et 2007.

Résultats : Il s'agit de 19 femmes et 11 hommes, l'âge moyen était de 70 ans avec des extrêmes allant de 67 à 87 ans. La présentation clinique était souvent atypique. Les patients présentaient une comorbidité à type de diabète de type 2 dans 60% des cas, d'insuffisance rénale dans 17% des cas, d'insuffisance respiratoire chronique dans 17% des cas, de pathologie néoplasique dans 13% des cas, d'accident vasculaire cérébral dans 10% des cas. Une corticothérapie au long cours était retrouvée dans 10% des cas. Le siège de l'infection était urinaire dans 40% des cas, pulmonaire dans 23% des cas, cutané dans 23% des cas. Une septicémie était retrouvée dans 23% des cas. Les complications étaient essentiellement en rapport avec un déséquilibre du diabète retrouvé dans 60 % des cas, d'insuffisance cardiaque globale dans 3% des cas, de déshydratation dans un cas et de choc septique avec décès dans un cas.

Conclusion : la pathologie infectieuse demeure une cause de mortalité et de morbidité importante chez la sujet âgé d'où l'importance d'une prise en charge médicale et d'une attitude préventive chez la personne âgée d'autant plus en cas de tares associées.

P113 : L'ABCES PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 4 OBSERVATIONS

A. BOUKEDI, M. BEN SALAH, H. TURKI, N. BEN HLIMA, R. BEN ABDALLAH, A. BEN JMEAA, A. MAHFOUDH

Service de Pédiatrie, Urgences et Réanimation Pédiatrique CHU Hédi Chaker Sfax.

Introduction : L'abcès pulmonaire est une complication peu fréquente des pneumopathies communautaires chez l'enfant. Toutefois, une augmentation de l'incidence des complications suppuratives des pneumonies a été rapportée dans différents pays ces dernières années.

L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques,

radiologiques et bactériologiques de ces complications suppuratives.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les observations de tous les enfants hospitalisés dans notre service pour abcès pulmonaire 2004 et 2007. Le diagnostic a été retenu sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 5 ans et demi. Trois enfants étaient d'origine rurale. Un retard de prise en charge de 5 jours en moyenne a été constaté chez toutes les observations avec notion d'antibiothérapie mal adaptée. Sur le plan clinique, une fièvre et une toux traînante étaient retrouvées dans tous les cas alors que l'hémoptysie a été rapportée dans 2 cas sur 4. Sur le plan biologique, une hyperleucocytose et un syndrome inflammatoire étaient constatés dans tous les cas. La radiographie thoracique ainsi que le scanner pratiqués chez tous nos enfants avaient montré une opacité pulmonaire avec un niveau hydroaérique. La bronchoscopie a été demandée chez un seul cas à la recherche d'un corps étranger et s'est révélée normale. La tuberculose et l'hydatidose ont été éliminées dans les 4 cas. L'enquête bactériologique s'est révélée négative tous les cas. Sur le plan thérapeutique, tous nos malades ont été traités par une antibiothérapie probabiliste à base de C3G et fosfomycine pendant 21 jours. L'apyrexie a été obtenue au bout de 4 jours en moyenne. Le contrôle radiologique a montré un nettoyage radiologique quasi total à j21 chez tous nos patients.

Conclusion : Nous soulignons à travers cette étude le rôle du retard de prise en charge des pneumopathies chez l'enfant ainsi que celui de l'automédication et de l'usage inadéquat des antibiotiques dans l'augmentation de l'incidence de ces complications suppuratives.

P114 : LES PNEUMOPATHIES COMMUNAUTAIRES GRAVES EN REANIMATION

R. NASRI, A. TRIFI, F. DALY, S. ALAYA, S. ABDELLATIF, S. BEN LAKHAL

Service de réanimation médicale, Hôpital la Rabta

Introduction :

Les pneumopathies communautaires(PC) nécessitant une prise en charge en réanimation restent grevées d'une mortalité importante malgré les progrès réalisés dans la prise en charge de ces infections. Les études sur leur pronostic sont souvent discordantes. Le but de ce travail est de déterminer les facteurs pronostiques des PC admises en réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation

médicale de l'hôpital la Rabta sur une période de sept ans du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2006 et incluant tous les patients immunocompétents admis au service pour PC. Le diagnostic de PC est posé sur les données cliniques, radiologiques et bactériologiques. Les statistiques utilisées sont le test de Student et le χ^2 .

Résultats : 110 patients sont inclus (39F/71H) dont l'âge moyen est 45,40±18,44 ans. L'IGSII moyen est de 38,54±17,09. Le score de Fine moyen est de 110±45. L'atteinte pulmonaire est bilatérale dans 28,2% des cas. un choc septique compliquait la pneumopathie dans 34% des cas. 14, 5% des patients ont une atteinte neuroméningée associée. La mortalité est de 36,4%. Les facteurs pronostiques associés à la mortalité sont : l'IGSII élevé, le score de Fine élevé, le score de Glasgow bas, l'existence d'un état de choc, le recours à la ventilation artificielle et aux drogues vasoactives.

Conclusion : La mortalité des PC admises en réanimation est élevée. Les facteurs pronostiques sont essentiellement la survenue d'un état de choc et le recours à la ventilation artificielle.

P115: DIFFICULTE DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE D'UN EMPYEME SOUS-DURAL : A PROPOS D'UN CAS

A. BOUKÉDI, M. BEN SALAH, N. BEN HALIMA, R. BEN ABDALLAH, S. ELLOUMI, A. BEN MAHFOUDH

Service de Pédiatrie, Urgences et Réanimation pédiatrique CHU Hédi Chaker Sfax.

Introduction : L'empyème sous-dural (ESD) est une pathologie sévère avec une morbidité et une mortalité non négligeables. Sa prise en charge thérapeutique et notamment l'indication d'un drainage chirurgical reste controversée. Nous rapportons à ce propos l'observation d'un ESD traité médicalement.

Observation : Nourrisson âgé de huit mois, hospitalisé pour suspicion de méningite.

L'examen à l'admission a trouvé un nourrisson fébrile à 38,5°C, apathique, plaintif, fontanelle antérieure bombante et une hypotonie axiale. La Ponction lombaire (PL) a conclu à une méningite à *Haemophilus b*. L'apyrexie a été obtenue au bout de 48 heures sous céfotaxime avec une PL de contrôle stérile. L'évolution ultérieure a été marquée par la récurrence de la fièvre avec une augmentation du périmètre crânien. Le TDM cérébral a montré un ESD bifrontal de 8.mm d'épaisseur. L'enfant a bénéficié d'un drainage chirurgical par un trou de trépanation ramenant un liquide clair, jaunâtre, dont la culture s'est révélée négative. Une antibiothérapie à base de claforan fosfomycine a été poursuivie mais l'enfant continue

à faire des pics fébriles avec une CRP à 455mg/L. Le TDM de contrôle à j7 post opératoire a montré une récurrence de l'ESD. L'indication d'une craniotomie élargie délabrante a été discutée avec les neurochirurgiens mais vu les risques opératoires, on a opté pour un traitement médical à base d'antibiothérapie par voie intraveineuse. Le processus infectieux a été finalement maîtrisé, avec bonne évolution clinique, biologique et scannographique. Le TDM cérébral de contrôle fait à j60 a montré une disparition quasi totale de l'ESD laissant place à une réaction méningée frontale droite minime. La décision thérapeutique était de poursuivre l'antibiothérapie jusqu'à trois mois avec un contrôle scannographique ultérieur montrant une évolution favorable.

Conclusion : L'ESD est une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. Le traitement chirurgical par une craniotomie élargie associée à une antibiothérapie parentérale reste le traitement de choix. Toutefois, on peut opter dans certaines situations à un traitement médical sous réserve d'une surveillance clinique, biologique et radiologique rapprochée et prolongée de plusieurs mois.

P116 : ENDOCARDITE INFECTIEUSE SUR PACEMAKER: A PROPOS D'UN CAS

S. KHEDHER, R. BATTIKH, N. BEN ABDELHAFITH, I. GARSALLAH, L. METOUI, S. ZRIBA, W. MADHI, I. BELHAJALI, F. M'SADEK, J. LAABIDI, B. LOUZIR, S. OTHMANI.

Service de Médecine interne – Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : L'infection est une complication assez fréquente chez les patients porteurs de pacemaker, estimée à 0,1-20%. Elle concerne soit le boîtier, soit la sonde de stimulation. L'infection de la sonde ou l'endocardite est rare, de diagnostic difficile et elle est grevée d'une morbi-mortalité importante. Nous rapportons un cas d'endocardite infectieuse survenue chez un patient suite à la pause d'un pacemaker.

Observation : Patient âgé de 73 ans diabétique, a bénéficié d'une implantation d'un pace maker double chambre en septembre 1998 pour un bloc auriculo-ventriculaire infrahisien paroxystique. Il a été transféré dans notre service pour équilibration de son diabète. Il a présenté à j10 post opératoire une fièvre à 38,5°C d'installation brutale sans points d'appels cliniques. L'examen somatique était sans particularité. La biologie trouve un syndrome inflammatoire : CRP = 67 mg/l, fibrinémie = 5 g/l, VS =127 mm (H1), α_2 globuline = 13 g/l et une hyperleucocytose = 11.800 éléments/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles. L'électrocardiogramme, la radiographie pulmonaire

sont sans anomalies particulières. L'échographie trans-thoracique (ETT) a objectivé une valvulite aortique sans retentissement et l'échographie trans-oesophagienne note la présence d'une masse sur les sigmoïdes aortiques et la sonde de stimulation semble être libre d'échos anormaux. Les hémocultures sont positives à staphylocoque coagulase négative multi résistant. Le diagnostic d'endocardite infectieuse sur pacemaker a été retenu et le patient a été mis sous antibiothérapie adaptée et efficace (acide fucidique et gentamycine par voie parentérale puis acide fucidique et ofloxacin per os). L'évolution après 6 semaines de traitement et ablation du pacemaker était favorable avec obtention d'une apyrexie durable et la négativation du bilan inflammatoire ainsi que la stabilisation de la lésion aortique à l'ETT de contrôle.

Conclusion : Les endocardites sur sonde de pacemaker sont encore mal connues, leur fréquence atteint cependant 7% dans certaines séries. Elles doivent être évoquées devant toute fièvre inexpliquée chez un sujet porteur d'un pacemaker. Ce type d'endocardite pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques particuliers. L'échocardiographie trans-thoracique peut être jugée normale. Il est alors indispensable de ne pas écarter le diagnostic avant d'avoir réalisé une échographie trans-oesophagienne. Le traitement idéal fait appel à l'antibiothérapie adaptée et à l'ablation du matériel.

P117 : ERYSIPELE DU MEMBRE SUPERIEUR. A PROPOS DE 6 CAS

S. YAHIA, R. CHEIKH ROUHO, A. MEBAZAA, D. EL EUCH, I. ZARAA, M. I. AZAIEZ, M. MOKNI, A. BEN OSMAN

Service de Dermatologie-EPS La Rabta-Tunis.

Introduction : L'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue, d'origine classiquement streptococcique. La localisation préférentielle de l'érysipèle est le membre inférieur. L'atteinte du membre supérieur reste exceptionnelle. Nous en rapportons 6 cas et revoyons les particularités épidémiologiques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective colligeant les cas d'érysipèle du membre supérieur dans le service de dermatologie La Rabta entre Janvier 2000 et Décembre 2007.

Résultats : Il s'agissait de 2 hommes et 4 femmes. L'âge moyen était de 45 ans (24 à 77 ans). L'érysipèle intéressait le bras dans un cas, l'avant-bras dans 2 cas, la main dans 2 cas et la totalité du membre supérieur dans un cas. Le délai de consultation variait de 24 heures à 10 jours.

Cliniquement, une fièvre chiffrée à 39°-40° était notée dans 3 cas. Un placard érythémateux, chaud, oedémateux était observé dans tous les cas avec présence d'un bourrelet périphérique dans un cas. Une adénopathie satellite était retrouvée dans 2 cas. L'érysipèle était compliqué d'ulcérations post-phlycténulaires dans 3 cas. Une porte d'entrée était retrouvée dans tous les cas. Il s'agissait d'une plaie traumatique dans 2 cas, d'intertrigos interdigitaux dans 3 cas et de lésions excoriées par le grattage dans un cas. Trois malades étaient traités par une triple antibiothérapie (Péni G : 16 millions/j, Gentamycine 160 mg/j + Métronidazole 3g/j). Les 3 autres patients étaient traités par pristinamycine 3 g/j ou par Péni G 16 millions/j. La durée moyenne du traitement était de 15 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Discussion : L'érysipèle est une pathologie infectieuse fréquente, bénigne mais récidivante, source de morbidité élevée. L'atteinte des membres supérieurs au cours de l'érysipèle est rare, estimée à 1% des cas selon les séries. Le traitement des facteurs favorisants locaux et généraux est une étape essentielle du traitement de l'érysipèle et permet de réduire les taux des récurrences et des complications.

P118 : PLEURO PNEUMOPATHIE A STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS : A PROPOS D'UN CAS

ALAYA S.*, TRIFI A.*, NASRI R.*, ABDELLATIF S.*, S. BEN LAKHAL *, ZRIBI M.**, MASMOUDI A.**, FENDRI CH.**

* Service de réanimation médicale la Rabta ;

** Service de bactériologie la Rabta

Introduction : *Streptococcus constellatus* est un germe commensal de la sphère ORL et du tractus intestinal chez l'homme. Il peut être rarement responsable d'infections et ou d'abcès pulmonaires.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 46 ans tabagique 45 PA, sans antécédents pathologiques notable, hospitalisé pour pneumopathie communautaire infectieuse hypoxémiant évoluant depuis une semaine, associée à une acidocétose inaugurale. Sous insuline ordinaire et antibiotiques, l'évolution est marquée par la persistance de la fièvre et l'apparition d'images d'abcès. Le drainage percutané scanno-guidé a ramené du pus dont la culture a révélé un streptococcus constellatus. Sous antibiotique associé au drainage percutané, l'évolution est favorable avec retour à domicile après 30 jours d'hospitalisation.

Discussion : le *Streptococcus constellatus*

appartient au groupe des *Streptococcus milleri* dont font parties le *Streptococcus anginosus* et le *Streptococcus intermedius*. Il est considéré comme pathogène lorsqu'il est isolé dans le sang, dans les collections abcédées du tractus respiratoire ou ORL et parfois dans le LCR. Sa responsabilité dans les pneumonies paraît être sous estimée, souvent en association avec des anaérobies (1, 2, 3). L'antibiothérapie de choix reste la Pénicilline G, la vancomycine, la clindamycine éventuellement les quinolones (3), en association au drainage chirurgical ou percutané des collections. Dans notre cas, ce germe a été responsable d'une pleuropneumopathie hypoxémiant compliqué d'abcès pleuraux dont l'évolution était favorable en associant un drainage percutané au traitement antibiotique.

Conclusion : le *Streptococcus constellatus* bien que normalement un germe commensal, doit être évoqué comme agent responsable d'une pneumopathie hypoxémiant d'évolution défavorable surtout associé à une atteinte pleurale et ou d'abcès.

References:

- 1- Mediavilla Garcia JD, Arroyo Nieto A, Lopez Gomez M, Cuesta I, Mateas Ruiz F. Massive empyema caused by *Streptococcus constellatus*. *An Med Interna* 1997;14:488-9.
- 2- Porta G, Rodríguez-Carballeira M, Gómez L, Salavert M, Freixas N, Xercavins M, et al. Thoracic infection caused by *streptococcus milleri*. *Eur Respir J* 1998;12:357-62.
- 3- J. Ortiz de Saracho et al. Mediastinitis and Thoracic Empyema Caused by *Streptococcus constellatus*. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 602-3.

P119 : ACTINOMYCOSE CUTANEE : A PROPOS D'UN CAS

S. AISSA, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, H. TIOURI BENAÏSSA, B. KILANI, L. AMMARI, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : L'actinomycose est une infection granulomateuse, chronique et invasive, due à une bactérie du genre *Actinomyces*. Le diagnostic est difficile et souvent retardé du fait de l'évolution insidieuse, de la clinique non spécifique et de la difficulté de l'isolement bactériologique.

Patients et méthodes : Nous rapportons une observation particulière par ses aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Observation : Mme A, ouvrière agricole, est âgée de 58 ans. Depuis 1999, elle présente une tuméfaction de la face palmaire du 2ème rayon, limitant la mobilisation de l'index avec fistulisation cutanée sans écoulement purulent. La patiente a consulté en 2002. L'antibiothérapie de première intention à but antistaphylococcique était inefficace, puis la patiente a été perdue de vue. L'évolution était marquée par l'assèchement des lésions, la

persistance d'une tuméfaction douloureuse et la rétraction de l'index en flossum. En juillet 2005, la patiente a consulté devant l'apparition d'une nouvelle lésion avec reprise évolutive de la lésion initiale. La radiographie standard ne montre pas de lésion osseuse. L'étude bactériologique et mycologique de la biopsie était négative. L'étude anatomopathologique a montré la présence au niveau du derme d'un granulome inflammatoire centré de grains actinomycosique. La patiente a été mise sous pénicilline pendant 4 mois. L'évolution s'est faite vers l'amélioration complète des lésions du médius et la persistance d'une lésion bourgeonnante exulcérée douloureuse et évolutive de l'index. Une association pénicilline-cotrimoxazole a été instaurée sans amélioration. Une amputation de l'index a été réalisée. L'étude histologique du tissu d'exérèse a reconfirmé le diagnostic d'actinomycose cutanée et sous cutanée sans atteinte osseuse. La patiente n'a pas eu de récurrence; le recul est de 2 ans.

Conclusion : La particularité de l'infection actinomycosique est d'engendrer une fibrose dense entravant la diffusion des antibiotiques et donc la guérison. Le traitement chirurgical est réservé à l'échec du traitement médical et à la survenue de complications. Tel est le cas de notre patiente dont les phénomènes de sclérose fibreuse sont dus à l'évolution sur 7 ans. Le pronostic fonctionnel dépend du délai diagnostique et du caractère délabrant ou non de la chirurgie.

P120 : BRUCELLOSE DE TRANSMISSION HOSPITALIERE : A PROPOS D'UN CAS

S. KHEDHER, R. BATTIKH, N. BEN ABDELHAFITH, I. GARSALLAH, L. METOUI, S. ZRIBA, W. MADHI, I. BELHAJALI, F. M'SADEK, J. LAABIDI, B. LOUZIR, S. OTHMANI.

Service de Médecine interne – Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : Le diagnostic biologique de la brucellose chez l'homme revêt une grande importance, à cause du polymorphisme clinique. La brucellose acquise dans le cadre professionnel au laboratoire de microbiologie représente 2 % des cas de brucellose et elle reste une des causes les plus communes d'infection professionnelle. Nous rapportons un cas de brucellose chez un laborantin lors de la manipulation de flacons d'hémocultures positives à *Brucella melitensis*.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 38 ans technicien au laboratoire de microbiologie qui a été hospitalisé dans le service de médecine interne de l'Hôpital Militaire de Tunis en février 2004 pour une symptomatologie évoluant depuis une semaine faite de gonalgie bilatérale, de douleur mécanique de la hanche gauche, de sueurs profuses

nocturnes et d'une fièvre. L'interrogatoire dévoile une manipulation 20 jours plus tôt, d'une hémoculture positive à *Brucella melitensis* hors de la haute aspirante. L'examen trouve une fièvre à 38.5°C avec une discrète douleur à la mobilisation de la hanche gauche. Les examens biologiques ont mis en évidence un syndrome inflammatoire d'intensité moyenne avec une VS = 22 mm à la première heure, une CRP = 25 mg/l, une fibrinémie = 4 g/l et une leucocytose = 4000 éléments/mm³. L'épreuve de l'antigène tamponné était positive et la séroagglutination de Wright au 960 UI/ml. Les hémocultures ont permis l'isolement de *Brucella melitensis*. L'imagerie et le bilan d'extension n'objectivent pas d'argument en faveur d'une localisation secondaire. Le diagnostic retenu est celui d'une Brucellose professionnelle dans sa forme aiguë chez un patient laborantin, ayant manipulé sans protection des hémocultures d'une patiente atteinte d'une brucellose. Un traitement de 6 semaines par doxycycline et rifampicine a permis la disparition complète de la symptomatologie et la négativation des hémocultures.

Conclusion : La brucellose acquise au laboratoire est une maladie professionnelle qui doit être évoquée chez tout laborantin présentant une fièvre surtout prolongée. En pratique les mesures de sécurité qu'exige la manipulation de *Brucella* au laboratoire ne sont appliquées qu'en cas de suspicion de brucellose ou après identification du germe. Le port de masque, de gants et le travail sous hotte doivent être exigés.

P121 : SALMONELLA NON TYPHI ISOLEES EN DEHORS DE LA COPROCULTURE : POUVOIR PATHOGENE ET SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES

A. FERJANI, M. MARZOUK, N. HANNACHI, J. BOUKADIDA

Laboratoire de microbiologie-immunologie, UR02SP13, CHU F. Hached, Sousse.

Introduction : *Salmonella* non typhi est un agent majeur de gastro-entérites mais également d'infections extra-digestives à l'occasion d'un affaiblissement immunitaire ou aux âges extrêmes. Nous présentons le pouvoir pathogène et la sensibilité aux antibiotiques des souches de *Salmonella* non typhi à partir d'échantillons non digestifs.

Matériel et méthodes : C'est une étude rétrospective portant sur toutes les souches de *Salmonella* non typhi isolées à partir des différents prélèvements en dehors de la coproculture durant les années 2006-2007. L'identification bactérienne a été faite selon les méthodes conventionnelles.

L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les recommandations du CA-SFM.

Résultats : Durant la période d'étude, 20 souches non redondantes ont été isolées (38% des souches isolées dans la coproculture). Les isolats proviennent essentiellement à partir des hémocultures (14), des ponctions profondes (4) et des urines (2). Aucune souche n'a été isolée à partir du liquide céphalorachidien ou des pus superficiels.

Les prélèvements provenaient essentiellement des services de pédiatrie (40%) et de maladies infectieuses (40%).

Les sérotypes les plus rencontrés sont *S. enteritidis* (50%) et *S. typhi* myrium (20%).

Seize souches étaient sensibles à l'ensemble des antibiotiques actifs sur les entérobactéries.

Deux isolats présentaient une pénicillinase de haut niveau (*S. enteritidis*, *S. virchow*) et trois étaient résistantes au cotrimoxazole (2 *S. enteritidis*, *S. virchow*).

Conclusion : Le pouvoir pathogène de *S. typhi* est rare, survient essentiellement sous forme septicémique chez des malades immuno-affaiblis avec possibilité de localisations secondaires. Ces salmonelles demeurent globalement sensibles aux antibiotiques avec constante activité des fluoroquinolones.

P122 : ENDOCARDITE BRUCELLIENNE REVELEE PAR UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

L. SAIDANE, S. AZZABI, L. BEN HASSINE, E. CHERIF, Z. KAOUACHE, C. KOOLI, H. ABID, N. KHALFALLAH

Service de médecine interne B. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.

Introduction : L'endocardite est rare au cours de la brucellose ; elle se voit dans moins de 1% des cas. Nous en rapportons un cas, révélé par un accident vasculaire cérébral.

Observation : Un patient tunisien âgé de 56 ans a été hospitalisé pour une parésie faciale gauche et une aphasie d'installation brutale. L'examen a objectivé une fièvre, un souffle diastolique au foyer aortique, des signes d'insuffisance cardiaque et une splénomégalie. Le bilan biologique a montré un hémogramme normal, un syndrome inflammatoire, une protéinurie à 2,5 g/j et une insuffisance rénale. La ponction lombaire était normale. L'examen tomodensitométrique cérébral a montré de multiples lésions ischémiques. L'échographie cardiaque a confirmé le diagnostic d'endocardite en montrant une végétation sur la face ventriculaire des sigmoïdes aortiques. Le diagnostic de brucellose, évoqué sur l'aspect ondulant de la fièvre, a été confirmé par une

sérologie de wright fortement positive et des hémocultures positives. L'évolution était favorable sous traitement antibiotique associant rifampicine et doxycycline, un remplacement de la valve aortique a également été effectué.

Conclusion : L'endocardite est la principale cause de mortalité au cours de la brucellose. Quoique rare, cette étiologie doit être systématiquement évoquée dans les pays d'endémie brucellienne. Son traitement est basé sur une antibiothérapie précoce et prolongée souvent complétée par un remplacement valvulaire.

P123 : LA FIEVRE TYPHOÏDE COMPLIQUEE : A PROPOS DE TROIS CAS

A. BOUKÉDI, M. BEN SALAH, N. BEN HALIMA, A. BOURAOUI, R. BEN ABDALLAH, A. MAHFOUDH

Service de pédiatrie, urgences et réanimation pédiatrique. CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction : La fièvre typhoïde continue à poser un problème de santé publique dans les pays en voie de développement où elle sévit sur un mode endémo-épidémique. Les formes compliquées ne sont pas rares avoisinant 10%. Après les complications digestives, les complications neurologiques peuvent parfois inaugurer le tableau clinique.

Matériels et méthodes : Nous rapportons les observations cliniques de fièvre typhoïde diagnostiquée chez trois enfants hospitalisés dans notre service durant une période de 10 ans (de 1997 à 2007). Le diagnostic a été retenu dans tous les cas sur les données de l'enquête bactériologique et du sérodiagnostic de Widal et Félix.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de dix ans avec des extrêmes allant de 7 à 12 ans. L'origine rurale et le bas niveau socioéconomique ont été rapportés dans toutes les observations. Le tableau infectieux inaugural était bruyant dans tous les cas avec une fièvre à 39-40, des frissons, un état de choc septique et une altération de l'état général. Le bilan biologique a montré une pancytopenie chez deux enfants. L'infection à salmonella typhi a été documentée dans les trois cas (hémoculture ; coproculture et sérodiagnostic de Widal : positifs). Tous les enfants ont été traités par une bithérapie à base de Rocéphine Gentamycine. L'évolution a été favorable avec amélioration de l'état général et normalisation du transit au bout de 10 jours de traitement. Toutefois un enfant avait gardé une faiblesse musculaire au niveau des membres inférieurs entravant une marche autonome. L'E M G était en faveur d'une polyradiculonévrite aigue. Devant la persistance d'une instabilité à la marche et l'apparition d'un

syndrome cérébelleux, une IRM cérébrale a été demandée objectivant une anomalie de signal des noyaux gris centraux et du cervelet en faveur d'une cérébelle. L'évolution ultérieure était favorable sous kinésithérapie motrice.

Conclusion : La fièvre typhoïde est une infection systémique avec bactériémie. Les formes compliquées ne sont pas rares (10 à 50%) en particulier, les complications neurologiques qui peuvent parfois inaugurer le tableau clinique et entraîner des difficultés diagnostiques.

P124 : ISCHÉMIE AIGUE DU CORPS CALLEUX D'ORIGINE INFECTIEUSE : A PROPOS D'UN CAS.

T. MERHEBENE, N. BORSALI-FALFOUL*, K. MAHJOUB*, M. REZGUI*, I. ZAGHDOUDI*, K. BEN GHARS**, W. ZOUAOU**, Z. JERBI*.

* Service Urgences-Réanimation.

** Service de Radiologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis.

Les complications neurologiques au cours de la légionellose sont fréquentes. Nous en rapportons une observation pour discuter de l'étiopathogénie des ces complications et leurs implications thérapeutique.

Observation : Mr SM 57 ans, diabétique, est admis pour fièvre et un syndrome cérébelleux une semaine après un séjour hôtelier. A l'examen : fièvre à 40.2°C, dysarthrie, syndrome cérébelleux, polypnée, râles crépitants de la base droite, TA=120/80 mmHg, pouls à 108bpm. A la biologie : hyponatrémie, hyperleucocytose, cytolysé hépatique, rhabdomyolyse sans insuffisance rénale. A la radiographie : opacité hétérogène mal systématisée à la base droite. La ponction lombaire et la TDM cérébrale sont normales. L'angio-IRM objective une ischémie du corps calleux sans anomalie vasculaire associée. Le patient est traité par céfotaxime, ofloxacine et rifadine. L'antigénurie de la légionelle et la sérologie (1/242) sont positives. L'évolution a été favorable avec régression du syndrome cérébelleux et de l'ischémie du corps calleux, normalisation du taux de CPK et du bilan hépatique et nettoyage radiologique.

Discussion et conclusion : L'atteinte neurologique au cours de la légionellose est rencontrée dans 25% des cas [1], elle se présente sous plusieurs formes : manifestations encéphalitiques, atteinte du tronc cérébral et du cervelet ou atteinte du système nerveux périphérique avec polyradiculonévrite. Malgré cette diversité, la TDM cérébrale ainsi que les examens neuropathologiques sont typiquement normales [2]. L'IRM reste fondamentale pour détecter des lésions antérieurement non documentées [3]. La physiopathologie de cette atteinte reste obscure : l'hypothèse d'une toxine neurotrope est la plus

admise. L'ischémie du corps calleux est une entité rare qui doit faire rechercher une légionellose vu la réversibilité de ces lésions après une bi-antibiothérapie de durée prolongée.

Références:

1. Delacour JL et al. Médecine et maladies infectieuses, 14, N°14, 322-5.
2. William W et al. Neurology 1983 ; 33 : 1340-4.
3. Morgan JC et al. BMJ 2004 ; 75 ; 651-4.

P125 : LA MENINGITE NEONATALE A LISTERIA : A PROPOS DE DEUX CAS

M. ZAYANI¹, O. BOUYAHIA¹, H.SMAOUI², L. GHARSALLAH¹, S. MAZIGH.MRAD¹, S. BOUKTHIR¹, A. KECHRID², A. EL GHARBI SAMMOUD¹.

1- Service de Médecine Infantile C, Hôpital d'Enfants de Tunis

2- Service de Bactériologie, Hôpital d'enfant de Tunis

Introduction : La méningite néonatale à *Listeria* est une entité rare. Sa gravité est due à la virulence du germe et la fragilité du terrain. Malgré les progrès de l'antibiothérapie le pronostic reste réservé avec le risque de séquelles invalidantes.

Nous rapportons deux nouveaux cas de méningites néonatales à *Listeria* à travers lesquels on se propose de rappeler les caractéristiques cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette infection.

Observations :

1^{ère} observation : Il s'agit un nouveau-né de 8 jours hospitalisé pour fièvre à 38,5°. C'est un garçon issue d'une grossesse menée à terme et compliquée d'une rupture prématurée des membranes > 24h, sans la notion de consommation de produit laitier non pasteurisé par la mère ni la notion de syndrome grippal en fin de grossesse. A l'examen, on trouve une hypotonie axiale et périphérique, un cri faible, une mauvaise succion et une fontanelle bombante. La ponction lombaire retire un liquide louche avec 3920 Leucocytes / mm³ (60% PNN 40%L), une protéinorrhachie à 2,8 g/l et une glucorrhachie à 0,28 g/l. Le patient a été mis sous triple antibiothérapie (céfotaxime, ampicilline et gentamycine) à dose méningée. La culture du liquide céphalorachidien isole une *Listeria SPP* sensible à l'amoxicilline. Le nouveau-né a été gardé sous ampicilline à la dose de 300mg/kg/j pendant 21j avec une évolution favorable.

2^{ème} observation : il s'agit d'un nouveau-né hospitalisé dès la naissance pour souffrance fœtale aigüe et détresse respiratoire. C'est un garçon issu d'une grossesse bien suivie sans anamnèse infectieuse. A l'examen il avait un score de Silverman à 3 avec une hypotonie axiale et périphérique. Le bilan initial était sans anomalies et le nouveau-né a été mis sous triple antibiothérapie

à dose non méningée. A l'hémoculture on a isolé une *Listeria monocytogenes* sensible à l'amoxicilline et le nouveau-né a été gardé sous ampicilline à la dose de 100mg/kg/j pendant 15 j. A l'arrêt de l'antibiothérapie le nouveau-né a présenté un pic fébrile à 39° et une altération de l'état général. Le bilan a montré un syndrome inflammatoire franc avec à la ponction lombaire 30 leucocytes/mm³ (76% L, 24% PNN), proteinorrhachie : 0,7g/l et glucorrhachie : 0,79g/l. Le diagnostic de méningite à *Listeria* est retenu et le garçon a été remis sous ampicilline à la dose de 300mg/kg/j pendant 21 jours avec une évolution favorable sans séquelles.

Conclusion : La méningite néonatale à *Listeria* demeure une affection grave avec un pronostic réservé malgré une évolution favorable chez nos deux cas. L'association de l'ampicilline à toute antibiothérapie probabiliste pendant la période néonatale trouve largement sa place devant l'absence de signes cliniques spécifiques, la difficulté d'isoler le germe et la gravité de l'affection.

P126 : UNE PYELONEPHRITE EMPHYSEMATEUSE D'EVOLUTION FAVORABLE SOUS TRAITEMENT MEDICAL SEUL

S. AISSA, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, B. KILANI, H. TIOURI BENAÏSSA, L. AMMARI, A. GHOUBANTINI, T. BEN CHAABANE

Service des maladies infectieuses, EPS la Rabta, Tunis

Introduction : La pyélonéphrite emphysémateuse (PNE) est une forme rare de suppuration rénale définie par la présence de gaz d'origine bactérienne au sein du parenchyme rénal et des espaces périrénaux. Cette forme compliquée touche volontiers le diabétique. Le traitement médico-chirurgical classique est grevé d'une lourde mortalité.

Patient et méthode : Nous rapportons une observation de pyélonéphrite emphysémateuse d'évolution favorable après traitement conservateur.

Observation : Il s'agit d'une femme de 57 ans, récemment connue diabétique, hospitalisée en Mars 2007 pour une symptomatologie évoluant depuis deux semaines faite de fièvre, frissons, douleurs lombaires gauches, un psoitis gauche et une pollakiurie. L'examen trouvait une altération de l'état général, une hypothermie, une déshydratation globale, une fosse lombaire gauche douloureuse et une masse qui donne le contact lombaire. L'AUSP a montré une ombre rénale gauche augmentée de taille et un halo gazeux sans lithiase visible. L'échographie a conclu à la présence de gaz dans le parenchyme rénal. La TDM abdominale a

montré une collection du pôle inférieur du rein gauche fusant en péri-rénal, renfermant de l'air avec un niveau hydro-aérique, refoulant le rein en avant. La collection fuse au muscle psoas homolatéral jusqu'à son insertion trochantérienne. La biologie révélait une hyperleucocytose à 20.500/mm³, une CRP à 420 mg/l, une urée à 1,02 g/l, une hyperglycémie à 7,18 g/l et une cétose. Le diagnostic d'une PNE compliquée d'une pyomyosite a été retenu. Un drainage per-cutané a été pratiqué en urgence ramenant 900cc de pus brunâtre. La patiente a été mise sous céfotaxime, ofloxacine et gentamicine dans l'attente des cultures. La culture du pus et deux hémocultures ont poussé à *Klebsiella pneumoniae*. L'ofloxacine a alors été arrêtée à J6 et la gentamicine à J10. L'évolution était favorable. La patiente a décroché d'une façon stable, la taille du rein a progressivement diminué tout comme le psoitis, la cétose a disparu et la fonction rénale s'est normalisée. L'antibiothérapie a été gardée pendant 3 mois.

Conclusion : La PNE est une forme particulièrement grave de l'infection urinaire. Cette entité pathologique rare doit être précocement évoquée, en particulier chez les patients diabétiques, pour permettre un traitement conservateur. Les formes évoluées nécessiteront selon les indications un drainage percutané ou une néphrectomie.

P127 : SEPTICEMIE A BURKHOLDERIA CEPACIA CHEZ LES HEMODIALYSES : ETUDE DE 4 CAS

D. LAHIANI¹, H. GHORBEL¹, B. HAMMAMI¹, I. MAALLOUL¹, F. MAHJOUBI², A. HAMMAMI², M. BEN JEMAA²

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker de Sfax

2- Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba de Sfax

Burkholderia cepacia (*B. cepacia*) est une bactérie à Gram négatif ubiquitaire. Cette bactérie, résistante aux antiseptiques et à de nombreux antibiotiques, a émergé ces dernières années comme pathogène opportuniste chez les sujets aux défenses immunitaires altérées. L'hémodialyse chronique en constitue l'un des facteurs de risque. Le but du travail est de préciser les particularités épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des septicémies à *B. Cepacia* chez les hémodialysés chroniques.

Au cours de la période d'étude (Janvier 1997 – Février 2008), nous avons recensé 4 cas de septicémies à *B. cepacia* survenues toutes chez des hémodialysés chroniques. Il s'agissait de 3 hommes et une femme, d'âge moyen 56 (42-72) ans. La porte d'entrée était l'abord vasculaire

constitué par un cathéter veineux central dans tous les cas. Le tableau clinique était dominé par un syndrome infectieux sévère dans 3 cas dont un cas d'état de choc septique rapidement fatal. L'ablation du cathéter a pu être réalisée dans 3 cas. L'antibiothérapie adaptée au germe était à base de ceftazidime (2 cas) et de céfotaxime associée à la ciprofloxacine (1 cas) pendant une durée de 15 jours.

Les septicémies à *B. cepacia* chez les hémodialysés sont redoutables du fait du pouvoir pathogène de la bactérie, du terrain d'immunodépression lié au syndrome urémique et des difficultés thérapeutiques liées à l'acquisition de résistance qui s'ajoute à la multi résistance naturelle connue de cette bactérie.

P128 : LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES AU COURS DU PEMPHIGUS: A PROPOS DE 120 CAS

F. ISHAK*, I. ZARAA*, N. KERKENI*, D. EL EUCH*, A. MEBAZAA*, S. TROJJET*, R. CHEIKHROUHOU*, M. AZAEIZ*, M. MOKNI*, C. FENDRI**, A. BEN OSMAN*

* Service de Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

** Service de Bactériologie, Hopital La Rabta, Tunis

Introduction : Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune acquise. Les complications infectieuses sont les plus fréquentes, mettant parfois, en jeu le pronostic vital. Le but de ce travail est de présenter le profil épidémiologique-clinique des infections au cours du pemphigus.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur tous les cas de pemphigus colligés au service de Dermatologie La Rabta sur une période de 14 ans [1994-2007]. Pour chaque patient, ont été relevées les données épidémiologiques-cliniques, thérapeutiques et les complications infectieuses.

Résultats : 120 cas de pemphigus ont été colligés. L'âge moyen était de 50 ans [13-90 ans], avec un sex ratio F/H = 2, tous les patients étaient traités par corticothérapie systémique. Au cours de la période d'étude, 141 cas d'infections ont été observées: il s'agissait principalement d'infections bactériennes (69,5%) et mycosiques (22,6%), accessoirement d'infections virales (4,9%) et parasitaires (2,8%). Les infections bactériennes étaient à type de surinfections des lésions cutanées du pemphigus dans 37,7% des cas, d'infections cutanées primitives dans 23,4% des cas, de septicémies dans 18% des cas, d'infections urinaires dans 10,2% des cas, d'otites dans 2% des cas et de pneumopathies dans 4% des cas. Les bactéries les plus fréquemment incriminées étaient le staphylocoque, le streptocoque, l'*Acinetobacter* et le *Pseudomonas aeruginosa*. Les candidoses étaient les infections mycosiques les

plus fréquentes (56,4% des cas).

Discussion : Le pemphigus est une maladie grave. Avant l'utilisation de la corticothérapie, 70% des patients mouraient de la maladie elle-même, de ses conséquences métaboliques ou/et infectieuses. Depuis l'avènement de la corticothérapie, la mortalité a considérablement diminuée, mais au prix de complications iatrogènes non négligeables, notamment infectieuses. Dans notre étude, tous les patients ont présenté au moins une infection au cours de l'évolution de leur maladie (100%). Même si ces infections sont souvent bénignes, elles peuvent parfois mettre en jeu le pronostic vital, comme les septicémies (18%). Un dépistage précoce de telles complications, dont l'issue peut être fatale, permettrait de réduire la morbidité et la mortalité du pemphigus.

P129 : L'OSTEOMYELITIS AIGUE DES METACARPIENS. A PROPOS D'UN CAS

A. HOUIDI, W. SAIED, K. AMARA, S. BOUCHOUCHA, W. DOUIRA*, M. SMIDA, NM. NESSIB, I. BELLAGHA*, M. BENGHACHEM

Service d'orthopédie infantile hôpital d'enfant.

* Service de radiologie hôpital d'enfant.

Introduction : L'ostéomyélite aigue de la main est rare, elle est souvent diagnostiquée au stade chronique à cause de la méconnaissance et de la négligence.

Matériel et méthode : Enfant âgé de 13 ans sans ATCDS pathologiques notables, admis pour une douleur fébrile de la main droite évoluant depuis cinq jours suite à une chute de sa propre hauteur sur l'hémicorps droit. A l'examen : état général conservé Température à 39° C Douleur de la hanche droite, sacro-iliaques indolores. Douleur du dos de la main droite avec des signes inflammatoires locaux A la biologie : GB : 24000/mm³, VS : 50 mm, CRP : 90 mg/l, Radio + écho : RAS à l'admission, Scintigraphie : hyperfixation intense des os de carpe de la main dte s'étendant à l'extrémité inférieure du radius. Hyperfixation modérée de la sacro-iliaque droite, Hémoculture : Streptocoque méti-s Ainsi, le patient a bénéficié au bout de 4 jours de son admission d'un drainage d'un abcès sous périoste distal de M2 rompu dans l'espace M2M3 suivie de deux trous de trépanation et lavage abondant. Les suites étaient simples et le malade mis sortant à j + 15 jours L'évolution était favorable

Discussion : L'ostéomyélite de la main représente 10% de l'ensemble des OM et moins de 6 % des infections de la main. La localisation aux métacarpiens est exceptionnelle. Des facteurs favorisants sont souvent retrouvés à savoir un

traumatisme ouvert, un terrain immunodéprimé (diabète, infection au virus de l'immunodéficience humaine VIH) ou un rhumatisme inflammatoire chronique telle une polyarthrite rhumatoïde, un lupus érythémateux disséminé ou une sclérodermie. Les formes fistulisées des ostéomyélites aiguës pouvant être à l'origine d'un syndrome aigu du canal carpien. Les germes en cause sont représentés surtout par le staphylocoque doré. La prise en charge doit être urgente.

Conclusion : Les ostéomyélites des métacarpiens sont rares, de diagnostic difficiles dans la phase aiguë, et nécessite une prise en charge précoce.

P130 : L'OSTEOMYELITIS AIGUE DU TALUS. A PROPOS DE DEUX CAS

K. AMARA, W. SAIED, A. HOUIDI, H. SAFI, C. AMMAR, NM. NESSIB, M. BEN GHACHEM
SERVICE D'ORTHOPEDIE INFANTILE HOPITAL D'ENFANT.

Introduction : L'ostéomyélite aiguë des os du tarse est rare. Sa fréquence ne dépasse pas 6% calcanéum compris. A travers l'étude de deux cas d'OMA du talus, nous allons essayer de dégager les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette localisation.

Matériel et méthode :

Observation 1 : il s'agit d'une fille âgée de 11 ans qui a consulté pour douleur atraumatique de la cheville évoluant depuis deux jours dans un contexte fébrile. L'examen avait trouvé un œdème de la cheville avec douleur à la palpation de la région métaphysaire de l'extrémité inférieure du tibia. La radiographie standard ne montrait pas de lésion osseuse et l'échographie mettait en évidence un épanchement articulaire sans décollement périosté. La biologie mettait en évidence un syndrome inflammatoire biologique et la culture du liquide de ponction articulaire était négative HC positive à *Staphylococcus aureus*. Une IRM de la cheville montrait un hypersignal T1 au niveau du talus. L'enfant a bien évolué après immobilisation par attelle et antibiothérapie.

Observation 2 : une fille de 8 ans s'est présentée pour impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche avec fièvre. L'examen trouvait une douleur à la palpation de l'extrémité inférieure du péroné. L'échographie montrait un décollement sous périosté avec un épaississement des parties molles. L'exploration chirurgicale s'avéra négative. Une IRM a été alors demandée qui avait découvert un hyper signal au niveau du talus et de l'os naviculaire. La symptomatologie a régressé sous antibiothérapie et immobilisation.

Discussion : L'OMA touche préférentiellement la région métaphysaire des os longs. Le talus, os

carrefours du pied, est rarement le siège d'OMA ; 0,5% des OMA. Il s'agit le plus souvent d'ostéomyélite subaiguë de découverte tardive. Le tableau clinique est celui d'une boiterie fébrile. Les signes cliniques sont discrets. L'association à un épanchement articulaire de la sous astragalienne peut simuler une arthrite septique, et faire errer le diagnostic. L'imagerie repose, au stade de début sur la scintigraphie ou mieux sur l'IRM en montrant un hypersignal T1. Le traitement consiste à une immobilisation et une antibiothérapie. La découverte d'un abcès sous périosté impose le drainage chirurgical.

Conclusion : L'OMA du talus est très rare, de symptomatologie trompeuse elle peut retarder le diagnostic et la prise en charge. Elle conduirait alors à une ostéomyélite chronique du pied dont les conséquences fonctionnelles sont catastrophiques.

P131 : OSTEOARTHRITE INFECTIEUSE STERNALE PRIMITIVE: LOCALISATION RARE : A PROPOS D'UN CAS

L. CHABCHOUB, L. ESSADDEM, Z. FITOURI,
N. MATTOUSSI, S. BEN BECHER

*Service de pédiatrie, urgences et consultations (PUC),
Hôpital d'enfant de Tunis.*

Introduction : L'ostéoarthrite sternale primitive est une atteinte rare. Les étiologies sont dominées par l'atteinte rhumatismale. La cause infectieuse a été essentiellement décrite chez les toxicomanes. Le germe le plus souvent retrouvé est le *Candida Albicans*.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 3 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui s'est présentée pour une tuméfaction médio-thoracique pariétale antérieure. Le début remonte à 8 jours dans un contexte fébrile. L'examen a objectivé une tuméfaction de 6 cm de grand axe douloureuse avec des signes inflammatoires siégeant au niveau médio-sternal. La RX du sternum de profil est normale. Le diagnostic d'une cellulite a été initialement porté et l'enfant a reçu du Bristopen pendant 5 jours sans amélioration. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et l'augmentation de la taille de la tuméfaction. L'enfant a alors bénéficié d'un scanner thoracique montrant une ostéo-arthrite avec une subluxation sternoxiphoidienne. La scintigraphie osseuse revenue normale a éliminé le diagnostic d'une ostéomyélite sternale. Un traitement chirurgical associé à une triple ATB ont permis la guérison.

Conclusion : L'ostéoarthrite infectieuse sternale primitive est rare chez l'enfant sain. Le scanner voire l'IRM sont d'un grand apport diagnostique.

Une ATB appropriée et prolongée associée à la chirurgie permet la guérison dans tous les cas.

P132 : LES SEPTICEMIES AU COURS DU PEMPHIGUS : A PROPOS DE 22 DE CAS

I. ZARAA*, F. ISHAK*, N. KERKENI*, D. EL EUCH*, S. TROJJET*, A. MEBAZAA*, R. CHEIKHROUHOUS*, MI. AZAEIZ*, M. MOKNI*, C. FENDRI**, A. BEN OSMAN*

* Service de Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

** Service de Bactériologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction : le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune acquise, rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Depuis l'avènement de la corticothérapie générale le pronostic du pemphigus a été transformé, mais au prix de complications iatrogènes graves notamment infectieuses dont l'issue peut être fatale. Le but de notre travail est d'étudier les septicémies survenant au cours des pemphigus.

Malades et méthodes : Etude rétrospective colligeant toutes les septicémies compliquant un pemphigus. Ont été revus tous les dossiers de pemphigus entre 1993 et 2007. Ont été relevés les caractéristiques épidémiologiques, bactériologiques thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Au cours de la période étudiée 120 observations de pemphigus ont été colligées, dont 22 étaient compliqués d'une septicémie. Il s'agissait de 14 femmes et de 8 hommes, l'âge moyen était de 52 ans [13-78 ans]. Le staphylocoque doré était le germe le plus fréquemment isolé (10 cas). Trois septicémies à candida ont été observées. La septicémie était apparue à pleine dose de prednisone (1,25 mg/Kg /J) dans 14 cas et avait compliqué le pemphigus avant le début du traitement dans 8 cas. 11 patients (50%) sont décédés dans un tableau de choc septique.

Discussion : l'immunodépression iatrogène observée au cours du pemphigus est à l'origine de multiples complications essentiellement infectieuses, dont les septicémies sont les plus redoutables, pouvant avoir une issue fatale malgré la mise en route d'un traitement précoce. Le diagnostic précoce des septicémies est important afin de choisir le traitement approprié et améliorer le pronostic des patients, en effet dans notre étude 18% des patients suivis pour pemphigus ont développé une septicémie dont 50% sont décédés. Des mesures préventives particulières s'imposent chez ces patients afin de minimiser les risques et de prévenir l'apparition de telles complications.

P133 : CELLULITES ORBITAIRES NECROSANTES

W. TURKI HADJ-ALOUANE, H. LAABIDI, CH. WATHEK, S. GABSI

Service ophtalmologie, hôpital militaire de Tunis

Introduction : La cellulite orbitaire nécrosante est une infection bactérienne rare et sévère des tissus sous cutanés qui nécessite une prise en charge urgente. Elle engage le pronostic vital et fonctionnel et peut laisser des séquelles importantes (nécrose cutanée, fibrose...).

Matériel et méthodes : Cas clinique

Observation : Homme de 63 ans diabétique (DNID depuis 10 ans), présentant une sinusite maxillaire droite évoluant depuis 1 mois, consulte pour tuméfaction palpébrale supérieure et inférieure droit brutal rapidement progressif. L'évolution 2 heures après : diffusion de l'infection aux tissus sous cutanés de la face réalisant un tableau de fasciite nécrosante. Les prélèvements bactériologiques ont mis en évidence un streptocoque bêta-hémolytique. L'imagerie confirme le diagnostic et l'extension faciale sans atteinte cérébrale. L'évolution a été faite favorable, sous traitement antibiotique IV, surveillance stricte sans recours à la chirurgie.

Conclusion : La cellulite nécrosante se développe le plus souvent à la faveur d'une porte d'entrée locorégionale ou à distance. L'infection se propage rapidement aux tissus du voisinage. L'imagerie précise l'étendue et la profondeur de l'infection. La bactériologie doit rechercher des germes aérobies (le plus souvent streptocoque) mais également anaérobie.

La cellulite nécrosante périorbitaire est une affection potentiellement fatale, dont la précocité du traitement conditionne le pronostic.

P134 : UTILISATION DES COLLYRES FORTIFIES DANS LES ABCES CORNEENS GRAVES

H. LAABIDI, W. TURKI HADJ-ALOUANE, I. SAFRA, I. ZONE, S. GABSI

Hôpital militaire de Tunis, service ophtalmologie

Introduction : Le traitement des abcès cornéens graves repose sur l'utilisation de collyres antibiotiques fortifiés selon un protocole standardisé : prélèvements, dose de charge, utilisation fréquente, adaptation secondaire à l'antibiogramme, décroissance progressive et surveillance.

But : Evaluation d'un protocole thérapeutique d'utilisation de collyres renforcés V.C.L. (Vancomycine, Cefotaxime, Lomefloxacin) en terme d'efficacité bactériologique.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective, faite sur une période de 18 mois, de 10 patients hospitalisés dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital militaire de Tunis pour abcès cornéens grave.

Tous nos patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet et bilatéral avec prélèvement bactériologique et antibiogramme.

Résultats : Sur le plan microbiologique, le germe responsable est isolé chez 4 patients dont 1 était sous traitement antibiotique avant hospitalisation. Dans 3 cas il s'agissait d'une infection polymicrobienne, ces trois patients étaient porteurs de lentilles de contact. 70% des germes identifiés sont des cocci Gram+ (staphylocoques, streptocoques et entérocoques), 15% des bacilles Gram-, 10% des bacilles Gram+ et un *Pseudomonas* a été retrouvé dans un cas.

Conclusion : Le spectre de l'association d'antibiotiques V.C.L. couvre l'ensemble des germes retrouvés. Les concentrations utilisées et les modalités d'administration permettent d'atteindre des concentrations intraoculaires d'antibiotiques élevés, gages d'efficacité.

P135 : LA KERATITE AMIBIENNE : IL FAUT Y PENSER

S. ANANE¹, N. BEN AYED², I. MALEK³, L. NACEF³, E. KAOUECH¹, S. BELHADJ¹, S. AYED³, K. KALLEL¹, E. CHAKER¹

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU la Rabta
2- Laboratoire, Institut d'ophtalmologie Hedi Raies
3- Service d'ophtalmologie A, Institut d'ophtalmologie Hedi Raies

Introduction : La kératite amibienne est une pathologie cornéenne rare mais grave engageant le pronostic visuel.

Dans ce travail, nous présentons un cas d'une kératite à *Acanthamoeba* sp.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 27 ans, sans antécédents médicaux particuliers, porteuse de lentilles de contact souples depuis un mois pour une correction d'une myopie. A l'interrogatoire, nous avons trouvé la notion d'un mauvais entretien puisqu'elle a gardé ses lentilles lors d'un bain en eau de mer.

Elle consulte pour une symptomatologie faite de rougeur et de douleur de l'œil gauche avec une baisse importante de l'acuité visuelle, pour laquelle elle a été hospitalisée.

L'examen ophtalmologique a montré la présence d'un abcès cornéen blanc, rond, de 2 mm de diamètre à l'œil gauche et de microabcès cornéens à l'œil droit. Une hyperhémie conjonctivale bilatérale a été associée. L'acuité visuelle a été limitée à « voir bouger la main » à l'œil gauche et à 1/20 à l'œil droit.

Le prélèvement systématique des lentilles et de leur liquide de conservation a montré la présence d'amibes identifiées du genre *Acanthamoeba* et de *Candida parapsilosis*. L'examen bactériologique de

ces prélèvements a révélé la présence de *Pseudomonas aeruginosa*.

La malade a été mise sous Nizoral en comprimés : 1 cp X 2 /j, Fungizone en collyre : 6 fois/j, Vancomycine-Fortum et Désoméline en collyre toutes les heures, Sophtal collyre : 6 fois/ jour, Bétadine diluée : 3 rinçages /J pendant 3 semaines.

L'évolution a été marquée par la disparition des abcès aux deux yeux.

La désoméline a été maintenue (une goutte 4 fois par jour) pendant 2 à 4 mois avec une évolution très bonne.

Conclusion : La kératite amibienne est une pathologie rare mais grave dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic ; ce fut le cas de notre patiente chez laquelle le diagnostic de la kératite amibienne a été posé et rapidement jugulé par un traitement médical.

P136 : APPORT DE LA PCR DANS LE DIAGNOSTIC DE LA LEISHMANIOSE CUTANÉE A LEISHMANIA MAJOR

M. CHAARI¹, M. GORCII¹, Z. CHEMLI¹, H. BEL HAJ ALI², E. S. GHEDIRA¹, A. ARGOUBI¹, F. MEHDIUI¹, D. BOUSLIKHANE¹, M. SASSI¹, J. ZILI², H. BABBA¹, R. AZAIEZ¹

1- Laboratoire de Parasitologie- Mycologie. CHU Fattouma Bourguiba. Monastir
2- Service de dermatologie CHU Fattouma Bourguiba. Monastir

Introduction : La leishmaniose cutanée est une anthroponose due à un zooflagellé du genre *Leishmania*.

Le diagnostic est surtout parasitologique par détection du parasite par examen direct et par culture sur milieux spécifiques. L'introduction des techniques moléculaires dans le diagnostic des maladies infectieuses a présenté un grand apport par leur capacité de rendre détectable un agent infectieux présent à l'état de trace.

Le but de notre travail est d'évaluer l'apport de la PCR dans le diagnostic de la leishmaniose cutanée en comparaison avec les autres moyens habituels de diagnostic.

Matériels et méthodes : Etude prospective réalisée au laboratoire de Parasitologie de l'EPS Fattouma Bourguiba de Monastir durant la période allant du 01-11-2005 au 14-03-2006 lors d'une enquête réalisée dans le gouvernerat de Mahdia. 404 prélèvements cutanés obtenus par grattage au niveau de la lésion. Deux techniques de diagnostic parasitologiques ont été réalisées pour chaque patient à savoir l'examen direct et la culture. Une technique PCR spécifique du genre *Leishmania* a été choisie et optimisée dans notre laboratoire en utilisant le couple d'amorces Lei70R et Lei70L.

Résultats : L'ADN leishmanien a été détecté dans 387 cas. L'examen direct a été positif dans 265 cas contre 136 cas de culture positive. Vu l'absence d'une technique « gold standard », la comparaison des différentes techniques de diagnostic est réalisée par calcul de la sensibilité par rapport au nombre total des cas positifs par au moins une technique (soit 387 cas). Ainsi la PCR a présenté une sensibilité de 100%, alors que la sensibilité de l'examen direct et la culture est respectivement de 68,5% et 35,1%.

Discussion et conclusion : Le diagnostic de la leishmaniose cutanée est un diagnostic parasitologique. Les techniques classiques, examen direct après coloration au MGG et culture sur milieu approprié restent les méthodes de références. Néanmoins, la sensibilité de ces techniques classiques est modérée (68,5%) contre 100% pour la PCR. En effet, 39/387 (soit 9,7%) négatifs par techniques classiques ont donné un résultat positif par PCR.

La PCR est une méthode qui peut ainsi améliorer la qualité du diagnostic biologique de cette pathologie. Elle constitue une bonne méthode complémentaire à l'examen direct.

P137 : MISE AU POINT D'UN OUTIL MOLECULAIRE POUR L'IDENTIFICATION DU RESERVOIR A PARTIR DU REPAS SANGUIN DU PHLEBOTOME VECTEUR DE LA LEISHMANIOSE

N. HAOUAS, B. PESSON, R. BOUDABOUS, J.P. DEDET, H. BABBA ET CH. RAVEL

Laboratoire de Parasitologie- Mycologie. CHU Fattouma Bourguiba. Monastir

La leishmaniose cutanée est une maladie parasitaire endémique en Tunisie et elle pose un grand problème de santé publique.

La transmission des parasites du genre *Leishmania* implique une grande diversité de mammifère hôte réservoir. Toutefois, nombre d'entre eux n'ont pas encore été identifiés. En outre, les préférences trophiques des insectes vecteurs ont des conséquences épidémiologiques très importantes. Cette étude, consiste à développer un outil moléculaire pour l'identification de l'hôte réservoir à partir du repas de sang du phlébotome. Pour la capture des phlébotomes nous avons utilisés des pièges CDC que nous avons installé dans des zones rurales endémique en leishmaniose et où il y a une coexistence d'animaux domestiques (ovin, bovin, canin, félin, lagomorphe et aviaire), sauvages (rongeurs et reptiles) et de l'homme. Les insectes ainsi collectés ont été tués par congélation puis récupérés dans de l'éthanol 70% et conservés à -20°C. L'identification de l'origine du sang ingéré par les

phlébotomes femelles a été réalisée amplification et séquençage d'un gène unique la prépronocéptine (PNOC). Ce gène est localisé sur la portion 8p21 du chromosome 8 du génome humain codant pour une protéine précurseur de nociceptine et d'autres neuropeptides existant dans les tissus nerveux. Il a été largement utilisé comme cible dans des études phylogénétique permettant l'identification de plus de 64 espèces de mammifère appartenant à tous les ordres des mammifères placentaires (Murphy *et al.* 2001). Les amorces choisies cadrent une portion de ce gène de 333pb.

L'étude de la cinétique de dégradation de l'ADN dans le tube digestif des phlébotomes d'élevage a montré que l'ADN du repas sanguin reste détectable après 24H de sa digestion.

Le pourcentage de détection du repas sanguin à travers l'amplification du gène PNOC a montré une décroissance de la quantité d'ADN de mammifère reliée au niveau de digestion du sang. Ce pourcentage de PCR positif varie de 100% pour les phlébotomes du niveau 1 (sang rouge vif) à 86% pour les phlébotomes de niveau 2 (sang rouge sombre) jusqu'à seulement 66% pour les phlébotomes de niveau 3 de digestion (sang marron). En total, 79% des spécimens de phlébotomes gorgés ont montré de PCR de détection du repas sanguin positive.

Les 77 produits de PCR du gène PNOC ont été purifiés puis séquencés. Les séquences ont été éditées puis comparées à la base de données de GenBank pour être identifiées jusqu'à l'échelle de l'espèce. Parmi les repas sanguin identifiés, la majorité appartiennent au bœuf (*Bos Taurus*, n=58, 92%) ce qui n'est pas surprenant car les pièges CDC ont été installés dans les étables à proximité des bœufs. D'autres mammifères ont été identifiés mais avec de faibles pourcentages à savoir l'homme (*Homo sapiens*, n=3, 5%) et le cheval (*Equinus caballus*, n=2, 3%). Aucun fluorogramme superposé n'a été observé dans notre échantillonnage éliminant ainsi la possibilité de la présence d'un repas sanguin mixte dans le tube digestif de nos phlébotomes testés.

En conclusion la mise au point de cet outil moléculaire pour l'identification du repas sanguin chez le phlébotome nous permettra de connaître avec précision les préférences trophiques des phlébotomes d'une part et les réservoirs possibles des leishmanioses en Tunisie.

P138 : APPORT DE LA PCR SUR SANG TOTAL DANS LE DIAGNOSTIC DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

E.S. GHEDIRA1, M. GORCII1, C LOUSEIF3, K. LAJMI2, M. SASSI1, F. MEHDIOUI1, A. EL ARGOUBI1,

D. BOUSLIKHANE1, M. CHAARI1, N. GHEDICH2, M. CHAKROUN3, H. BABBA1, R. AZAIEZ1

1- Laboratoire de Parasitologie -Mycologie CHU F. Bourguiba Monastir, Tunisie.

2- Service de Pédiatrie, CHU F. Bourguiba Monastir, Tunisie.

3- Service des maladies infectieuses. CHU F. Bourguiba Monastir, Tunisie

Introduction : La leishmaniose viscérale est une anthroponose due à des zooflagellés du genre *Leishmania*. Le diagnostic est sérologique et plus spécifiquement parasitologique : examen direct dans un frottis de moelle et mise en culture sur milieux spécifiques. La PCR est une technique plus sensible par sa capacité à détecter un agent infectieux à l'état de trace. Le but de cette étude est de préciser l'apport de la PCR pratiquée sur sang veineux dans le diagnostic de la leishmaniose viscérale, et ce à travers une série colligée au CHU de Monastir.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective réalisée au Laboratoire de Parasitologie du CHU de Monastir durant deux ans : 2006 et 2007. Treize patients ont été suspects cliniquement d'avoir une leishmaniose viscérale. Il s'agit dans la majorité des cas des enfants en bas âge.

Trois prélèvements sanguins ont été effectués pour chaque patient. Un prélèvement sur EDTA pour la PCR, un autre sur citrate pour la culture et un dernier sur tube sec pour la sérologie.

La PCR : L'extraction de l'ADN est faite par un Kit d'extraction QIA amp DNA. Une technique PCR spécifique du genre *Leishmania* a été choisie selon le Protocole décrit par Gerlind et al, optimisé en utilisant le couple d'amorces Lei70R et Lei70L.

La culture : sur milieu cœur cervelle à 10% avec du sang de lapin, additionné d'un antibiotique (gentamycine) et d'un antifongique (5 FC).

La sérologie se base sur trois techniques : test rapide DIAMED-IT LEISH, IFI et Western blot.

Résultats et discussion : La présence d'ADN Leishmanien dans le sang a été détectée chez 9 patients alors que la sérologie était positive dans 12 cas. La culture s'est avérée positive dans 5 prélèvements. La sensibilité de la PCR a été de 75 % contre 50 % pour la culture. Dans le diagnostic de la leishmaniose viscérale, nous avons démontré que la PCR était plus sensible que la culture. L'intérêt de la PCR se manifeste surtout pour les prélèvements du sang périphérique. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature, la plupart des études rapportent une sensibilité variant de 75 % à 100 %.

Conclusion : La PCR sur sang total est une technique qui améliore la qualité du diagnostic biologique de la leishmaniose viscérale, avec une bonne sensibilité.

P139 : DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE ET MOLECULAIRE DE LEISHMANIOSE VISCERALE INFANTILE : A PROPOS DE 14 CAS

E.S. GHEDIRA1, M. GORCII1, K. LAJMI2, M. SASSI1, N. HOUAS1, F. MEHDIOUI1, A. EL ARGOUBI1, D. BOUSLIKHANE1, M. CHAARI1, N. GHEDICH2, M.T. SFAR3, H. BABBA1, R. AZAIEZ1.

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie CHU F. Bourguiba Monastir, Tunisie.

2- Service de Pédiatrie, CHU F. Bourguiba Monastir, Tunisie.

3- Service de Pédiatrie, CHU T. Sfar Mahdia, Tunisie

Introduction : La leishmaniose viscérale en Tunisie est une maladie principalement infantile. Elle touche les enfants en bas âge. En l'absence de traitement cette maladie est fatale. Un diagnostic précoce et le suivi thérapeutique conséquent peuvent éviter ces complications.

Matériel et méthodes : Notre étude a concerné 14 cas cliniques de leishmaniose viscérale hospitalisés courant 2006 et 2007, aux services de pédiatrie de : CHU F. BOURGUIBA – Monastir, CHU T. SFAR – Mahdia et CHU SAHLOUL – Sousse.

Il s'agit d'enfants âgés de 10 mois à 4 ans. Chacun d'eux a bénéficié d'un diagnostic biologique réalisé sur trois prélèvements sanguins : un sur tube avec citrate pour la culture et un autre avec EDTA pour PCR et un tube sec.

Le diagnostic biologique comporte :

- L'examen direct, seulement pour frottis de moelle, sur lame après coloration MGG

- Diagnostic moléculaire par PCR, l'ADN est extrait à partir du sang (ou moelle osseuse) prélevé sur EDTA.

- La culture de la couche leucocytaire du sang citraté sur milieu NNN

- La sérologie qui met en œuvre trois techniques : l'immunofluorescence indirecte (IFI), le western blot (WB) et la technique immunochromatographique sur bandelettes Diamed-IT LEISH

Résultats et discussion : 13 patients sur 14 étaient séropositifs avec des valeurs IFI variant de 1/80 à 1/640.

Pour 13 patients sur 14, Le western blot a révélé 1 à 2 bandes spécifiques.

La sérologie reste un bon test de diagnostic, lorsqu'il s'agit d'un résultat fortement positif, mais n'étant pas pathognomonique, des cas de faux positifs et de faux négatifs ne peuvent être exclus, surtout devant un aspect clinique non typique.

La technique immuno-chromatographique Diamed-IT LEISH, quand elle a pu être pratiquée, a été positive.

P140 : L'ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO IMMUNE : UN MODE DE REVELATION RARE DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

O. BOUYAHIA, F. BOUAFIF, M. BELLALAH, L. GHARSALLA, S. BOUKTHIR, A.S. MAZIGH MRAD, A. SAMMOUD EL GHARBI.

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

L'anémie hémolytique auto immune de l'enfant (AHA) constitue un mode de révélation de multiples étiologies. La révélation d'une leishmaniose viscérale par une anémie hémolytique est rarement décrite dans la littérature. Ibtissem a été hospitalisée à l'âge de 3 ans pour pâleur et asthénie sans fièvre. L'examen a montré un enfant apyrétique, pale, tachycarde à 130 battements par minute avec une polygnée à 45 cycles par minute, la tension artérielle était à 82/45 mmHg. L'auscultation cardiaque a montré un souffle systolique d'allure fonctionnel.

L'examen abdominal a mis en évidence une pointe de rate. La numération formule sanguine a objectivé une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 5,4g/dl, des globules blancs à 9200 /mm³ et une tendance à la thrombopénie à 144 000/mm³. Le test de Coombs direct est positif de type IgG. Devant la mauvaise tolérance de l'anémie, l'enfant a été transfusé. Le diagnostic de Leishmaniose viscérale a été confirmé par le myélogramme. L'évolution sous glucantime® était favorable

La recherche d'une leishmaniose viscérale doit être systématique devant toute AHA chez l'enfant même en l'absence d'une fièvre au long cours.

La culture a présenté un manque de sensibilité par rapport aux autres méthodes diagnostiques, la culture s'est positivée pour 4 patients sur 14, et ce en 1 à 4 semaines.

La PCR a donné un résultat positif pour 11 cas. Cette technique moléculaire a manifesté une bonne concordance avec les autres moyens de diagnostic mais présentant l'avantage d'être plus rapide que la culture qui peut nécessiter plusieurs semaines.

De plus, au vu de l'extension au sang périphérique du domaine d'application de la PCR, l'examen direct de la moelle osseuse, nécessitant la réalisation d'une ponction sternale (acte délicat et invasif pour l'enfant), peut être évité.

P141: KYSTE HYDATIQUE SIMPLE NON COMPLIQUE: SYMPTOMATOLOGIE D'APPEL ET CIRCONSTANCES DIAGNOSTIQUES

H. BELLALI ¹, N. BEN ALAYA ¹, H. NECIB ¹, A. BEN HMIDA ¹, A. BOURATBINE ², K. AOUN², MK. CHAHED ¹

1- Département d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, Faculté de Médecine de Tunis

2 - Laboratoire de Parasitologie Clinique, Institut Pasteur de Tunis

Introduction : L'échinococcose hydatique humaine est responsable d'une morbidité fréquente en Tunisie (taux d'incidence chirurgicale de l'ordre de 15 pour 100 000 habitants). Une grande proportion des cas opérés est diagnostiquée à un stade avancé, soit suite à une complication, soit suite à une compression liée à la taille considérable du kyste, témoignant d'une évolution asymptomatique sur plusieurs années. Dans ce contexte, une meilleure prise en charge de cette morbidité peut être facilitée par l'apport des structures de santé de première ligne qui peuvent contribuer à l'amélioration des conditions de recours aux soins des cas de kyste hydatique. L'objectif de cette étude est d'identifier les principaux symptômes et les situations les plus fréquentes ayant amené à un diagnostic précoce du kyste hydatique, et de décrire le profil de la personne à risque ayant été opérée pour kyste hydatique simple non compliqué, afin d'amener les médecins de première ligne à découvrir et orienter le plus tôt possible, les sujets porteurs de kyste hydatique à un stade de non complication.

Matériels et méthodes : Notre étude a porté sur 605 cas de kyste hydatique simple non compliqué opérés dans les principaux services de chirurgie de Tunis, entre 2001 et 2005. Les données nécessaires ont été relevées à partir des dossiers médicaux des patients au sein des services de chirurgie. La saisie des données et l'analyse des résultats ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 11,5.

Résultats : Sur les 605 cas de kyste hydatique simple non compliqué recensés, nous avons noté une nette prédominance féminine (69 %). L'âge moyen est de 37 ± 19 ans. La majorité des patients ont été adressés par des médecins généralistes de libre pratique (38,7 %). Presque dans tous les cas (99,2 %), le diagnostic a été suspecté sur une symptomatologie initiale évocatrice. Plus de la moitié des patients (52 %) présentent une symptomatologie à type de douleur de l'hypochondre droit en cas de kyste hydatique simple du foie, 13 % ont des signes généraux dont la fièvre est le principal symptôme (66 %), l'examen physique de l'abdomen est normal dans 80 % des cas et il découvre une masse abdominale dans 12 % des cas. 40 % des kystes hydatiques pulmonaires simples se sont révélés par des douleurs thoraciques, 18 % par l'association d'une toux à des douleurs thoraciques, les autres symptômes (toux isolée, hémoptysie, dyspnée aigue....) sont rares, 26 % des kystes hydatiques pulmonaires simples

s'accompagnent de signes généraux, il s'agit de fièvre dans 50% des cas et d'altération de l'état général dans 44% des cas, l'examen pulmonaire objective une diminution des murmures vésiculaires et des vibrations vocales dans 31% des cas.

Conclusion : Cette étude nous a permis d'identifier le profil des patients se présentant en chirurgie au stade de kyste hydatique simple non compliqué ainsi que les principales manifestations symptomatiques révélatrices des kystes hydatiques simples. De telles caractéristiques peuvent amener les médecins de première ligne à un diagnostic précoce chose qui peut améliorer le pronostic dans la mesure où l'intervention sur un kyste simple non compliqué permet de réduire le risque de récurrence et raccourcit la durée d'hospitalisation.

P142 : KYSTE HYDATIQUE DU POU MON ROMPU DANS LA PLEVRE

S. FOUZI, S. M'SAAD, W. KETATA, T. ABID, A. AYOUB.

Service de pneumologie- CHU Hédi Chaker- Sfax

Introduction : La rupture intra pleurale du kyste hydatique pulmonaire (KHP) est observée dans 2,4 à 10,4% des cas. Le mécanisme de survenue est variable. L'imagerie a un grand apport dans le diagnostic positif. Le traitement est souvent chirurgical.

Observation : Nous rapportons dans ce travail les observations de deux patients de sexe masculin âgés respectivement de 38 et 68 ans qui ont été admis pour douleur thoracique et dyspnée. L'examen clinique a montré un syndrome pleural liquidien dans les deux cas. Le diagnostic a été posé à l'imagerie thoracique qui a conclu pour le premier patient à un KHP gauche rompu dans la plèvre et entraînant un hydro pneumothorax, et pour le deuxième patient à un KH compliqué des deux lobes inférieurs associés à une pleurésie droite. Les deux malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical qui a consisté en l'évacuation du liquide pleural, l'ablation de vésicules et une périkystectomie. Les suites opératoires ont été simples pour le premier patient avec absence de récurrence au bout d'un recul de 2 ans. Le deuxième patient a présenté un état de choc septique en post opératoire immédiat, bien jugulé, avec absence de récurrence hydatique à la radiographie thoracique pratiquée au bout de deux mois.

Conclusion : Nous discutons à travers ces deux observations les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques du KHP rompu dans la plèvre.

P143 : KYSTE HYDATIQUE DES TISSUS MOUS : A PROPOS DE 4 OBSERVATIONS

A. BOUDEN, H. BEN SLAMA, M. MAAROUF, W. TRIFI, B. JEBALI, M. JAMOSSI.

Service de Radiologie, Hôpital Aziza Othmana, Tunis

Objectifs : La localisation hydatique aux tissus mous est rare. Le but de ce travail est de souligner l'apport de l'imagerie dans la caractérisation de cette affection.

Matériel et méthodes : Notre étude comporte 4 patients présentant tous une tuméfaction indolore, augmentant progressivement de volume, siègent respectivement au niveau du bras, de la cuisse, de la fesse, et au niveau de la région axillaire. Ces patients ont été explorés par échographie, scanner, artériographie et IRM.

Résultats : Le diagnostic d'hydatidose des tissus mous a été posé quand l'échographie montre un aspect multi vésiculaire, avec parfois un détachement de membrane flottante. Cet aspect a été retrouvé dans 3 cas. La masse axillaire était hypoechogène et lobulée simulant des adénopathies et c'est l'aspect liquidien en IRM avec important rehaussement périphérique qui a permis d'évoquer le diagnostic. La TDM permet de visualiser les calcifications. L'IRM est très utile en cas de lésion atypique ou pseudo tumorale. En IRM le kyste est entouré d'un liseré hypo intense en T2 qui correspond au péri kyste. Après injection, on peut voir un rehaussement périphérique modéré du fait de la vascularisation du péri kyste. La cure chirurgicale a été réalisée chez ces 4 patients.

Discussion : Le tropisme du parasite aux muscles des racines des membres, du cou et du tronc s'explique par le haut débit sanguin et la faible contractilité relative de ces groupes musculaires.

Conclusion : L'hydatidose est une maladie ubiquitaire. En cas de localisation inhabituelle, elle pose des problèmes de diagnostic différentiel avec les autres masses kystiques. Le rehaussement perikystique en IRM est un aspect très évocateur de l'hydatidose des tissus mous par rapport aux autres localisations. L'imagerie doit s'acharner à rechercher ces signes sémiologiques qui, confrontés à la sérologie hydatique, permettent d'évoquer le diagnostic surtout dans un pays d'endémie hydatique.

P144: HYDATIDOSE PULMONAIRE COMPLIQUEE

S. FOUZI, S. M'SAAD, W.K. REKIK, T. ABID, A. AYOUB.

Service de pneumologie- CHU Hédi Chaker- Sfax

Introduction : L'hydatidose est une affection

cosmopolite connue par sa grande prévalence dans les pays du bassin méditerranéen où elle sévit encore selon le mode endémique. Le lâcher de ballon hydatique avec embolie pulmonaire constitue une complication rare.

Observation : Mr T. G. âgé de 15 ans, a été hospitalisé au service de pneumologie de SFAX pour douleur thoracique et fièvre évoluant depuis sept jours.

L'examen à l'admission a montré un patient ayant un état général moyen et sub-fébrile à 37,8°C.

La radiographie thoracique a révélée la présence d'opacités nodulaires centimétriques aux deux champs pulmonaires.

La tomodensitométrie thoracique a révélé de multiples lésions intra parenchymateuses de densité liquidienne ne prenant pas le produit le contraste, avec un aspect dilaté de certaines artères pulmonaires le tout évoquant une embolie hydatique kystes hydatiques multiples.

Ces anomalies étaient associées à une image hypodense de l'oreillette droite évoquant une hydatidose cardiaque.

Le patient a été mis sous Zentel avec un recul actuel de 3 mois.

Conclusion : L'embolie pulmonaire d'origine hydatique constitue une entité de description rare. Son pronostic reste réservé malgré le traitement d'où l'importance de la prévention.

P145: UTILITY OF FINE'S SCORE FOR ASSESSMENT OF HYPOXEMIC PNEUMONIA

N. BORSALI-FALFOUL, M. REZGUI, I. CHAREF, I. ZAGHDOUDI, T. MERHEBENE, Z. JERBI.

Emergency and Critical Care Department of Habib Thameur Hospital -Tunis.

Introduction and objectives: The fine's score is used for assessment of the seriousness of pneumonia and it is useful to help emergency physicians to decide the hospitalization.

Methods: a cohort study of patients received at an emergency department of a general teaching hospital, which the main diagnosis is pneumonia. Fine's score is calculated on admission and we analyse the place of hospitalization and outcome at 30 days. Statistical analysis: chi 2 test with significant statistical difference (SSD) if $p < 0,05$.

Results: 261 CAP, 156 men and 105 women, mean age = $59,2 \pm 27,7$ years, the main results are on the table 1:

FS	I	II	III	IV	V
n (%)	9 (3.4)	69 (26.4)	60 (23)	100 (38.5)	23 (8.6)
Checking out (%)	40%	13.9%	22.6%	11.3%	0
Hospitalization(%)	60	83.3	53.4	15.1	16.6
ICU (%)	0	0	17.5	52.8	41.7
Dead (%)	0	2.8	6.5	20.8	41.7

Conclusion : There is a correlation between Fine's score and outcome, decision of hospitalization is not always correlated the seriousness. Physicians have to know this score for rapid evaluation.

P146: SPECTRE ETIOLOGIQUE DU SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE EN MEDECINE INTERNE: A PROPOS DE 6 CAS MONOCENTRIQUE.

A. BARHOUMI, S. HAMMAMI, CH. ATIG, O. BERRICHE, A. HAMMAZAOU, S. MAHJOUB

Service de médecine interne EPS Monastir

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) a été décrit en 1979 comme une complication des infections virales. D'autres étiologies peuvent s'y associer : infections, néoplasies, dysimmunié.

Patients et méthodes : Nous rapportons six observations de SAM colligées entre 2003-2007 dans un service de médecine interne

Résultats : Il s'agissait de 4 femmes et 2 hommes d'âge moyen de 34 ans (extrême de 32 - 45 ans). Le tableau clinique comportait : la fièvre qui était constante chez tous les patients, L'organomégalie (50 % des cas) associée à des adénopathies dans 33 % des cas. A la biologie ; la pancytopenie était constante, le taux moyen des lactico-déshydrogénases était à 1263 UI/L, Les autres anomalies biologiques comportaient : une hypertriglycéridémie (3.6 mmol/L), une hyponatrémie (123 mmol/L), une hypergammaglobulinémie (17.4g /L), une hyperferritinémie (1200) et une hypofibrinémie (2.7 g/L). La ponction sternale a confirmé le diagnostic dans 3 cas. Dans les cas restants le décès était précoce avant la pratique de cet examen. Les étiologies ont été dominées par le lupus érythémateux systémique (4 cas) associé a une infection à cytomégalovirus chez une patiente et le lymphome chez deux patients. Trois patients ont bénéficié d'un traitement à base d'immunoglobuline. Le décès était survenu dans 5 cas avec un délai moyen de 25 jours (7 à 70 jours).

Discussion & Conclusion : Le SAM appartient au groupe des histiocytoses non langhériennes et

non malignes. Son incidence n'est pas connue et sa fréquence paraît sous estimée. Le diagnostic doit porter non seulement sur l'étude histologique qui montre une image non spécifique de phagocytose des éléments figurés du sang, mais aussi sur la clinique et les anomalies biologiques comportant une cytopénie périphérique, des anomalies de la coagulation et des atteintes hépatiques.

Il s'agit d'une entité clinique grave, dont le pronostic est péjoratif et le traitement est encore mal codifié. Les principales étiologies en médecine interne sont les maladies dysimmunitaires.

P147 : PROFIL ETIOLOGIQUE DE L'ERYTHEME NOUEUX DANS UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE

I. HACHICHA, M. EZZEDINE, M. SELLAMI, R. AKROUT, H. FOURATI, S. BAKLOUTI

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker - 3029 Sfax.

Introduction : L'érythème noueux est une éruption dermo-hypodermique aiguë non spécifique. Elle est caractérisée par un aspect et une évolution qui lui sont propres. L'intérêt de ce syndrome est qu'il peut être en rapport avec de nombreuses causes, obligeant le clinicien à en rechercher l'étiologie afin de proposer un traitement adéquat.

Le but de notre étude est de déterminer le profil étiologique de l'EN dans un service de Rhumatologie.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective de 20 dossiers d'EN colligés entre janvier 1989 et décembre 2007 dans le service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker de Sfax. Pour tous nos patients et en l'absence d'orientation clinique, une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, un bilan phosphocalcique, une radiographie pulmonaire de face, une IDR à la tuberculine et le dosage des ASLO sont fait systématiquement.

Résultats : Il s'agissait de 17 femmes et 3 hommes. L'âge moyen est de 33 ans (extrêmes 14 - 62 ans).

Les étiologies observées dans ce groupe sont l'origine post streptococcique dans 15 cas (75%), la sarcoïdose et l'origine post médicamenteuse chacun dans 1 cas (5%). Chez 15% des patients, aucune cause potentielle d'EN n'a été retrouvée. Tous nos patients ont bénéficié en plus du repos, d'un traitement médical à base d'antalgiques et d'AINS avec une nette amélioration dans tous les cas.

Conclusion : L'érythème noueux est une affection de diagnostic clinique. Ses étiologies sont nombreuses, dominées par l'infection streptococcique et la tuberculose. Le traitement adéquat est avant tout étiologique.

P148 : MISE AU POINT SUR LES MALADIES A PREVENTION VACCINALE EN TUNISIE

H.BELLALI, N. BEN ALAYA, M. HASAIRI, R. BELLAJ, MK. CHAHED

Département d'Epidémiologie et de Médecine Préventive, Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : La vaccination est assurément l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les plus rentables sur le plan économique, comme en témoignent l'éradication de la variole, la réduction de l'incidence mondiale de la poliomyélite de 99% depuis 1988 et d'autres diminutions spectaculaires de la morbidité et de la mortalité par maladies contagieuses. En Tunisie, le programme national de vaccination a été établi en 1980 à la lumière des résultats d'une enquête nationale sur la couverture vaccinale en 1979. La couverture vaccinale chez les enfants âgés de 12 à 23 mois pour les quatre vaccins suivants : BCG, HIB, DTCP, HBV, est passée de 84% en 1987 à 97,7% en 2006. L'objectif de notre travail est de préciser l'ampleur de la morbidité par maladies à prévention vaccinale en Tunisie et leur évolution depuis le lancement du programme élargis de vaccination.

Matériels et méthodes : Nous avons procédé à une large revue de la littérature en se référant aux registres des maladies à déclaration obligatoire, aux rapports annuels de la Direction des Soins et de Santé de Base (DSSB), aux archives de l'Institut Pasteur de Tunis, aux publications tunisiennes et aux thèses des quatre facultés de médecine (Tunis, Monastir, Sousse, Sfax).

Résultats : La variole faisait autrefois partie des six maladies infectieuses les plus meurtrières. Elle a aujourd'hui totalement disparu grâce à la vaccination, le dernier cas enregistré dans notre pays remonte à 1954. Aucun cas de poliomyélite antérieure aiguë n'a été signalé depuis 1993. La dernière épidémie de rougeole remonte à 1992 avec un taux d'incidence de 141,05 et depuis, quelques rares cas sporadiques continuent à être enregistrés, le taux d'incidence au cours de l'année 2005 était de 0,21, seulement 9 cas de rougeole ont été notifiés en 2006. La diphtérie a connu un taux d'incidence nulle depuis 1994. Le tétanos néonatal a été éradiqué depuis la vaccination systématique de la femme enceinte, cependant, on continue à enregistrer entre 2 et 5 cas par an, ces dernières années.

Conclusion : Plusieurs maladies (polio, diphtérie, tétanos...) ont été éradiquées grâce à la vaccination, d'autres sont devenues très rares (coqueluche, rougeole...). Les hépatites et la tuberculose sont en nette diminution. La vaccination, est certainement une des mesures les plus efficaces en santé publique, cependant les

nouveaux vaccins en cours d'expérimentation (vaccin contre le pneumocoque, rotavirus...) peuvent contribuer à modifier la morbidité et la mortalité par plusieurs autres maladies qui semblent encore plus graves.

P149 : KERATOPATHIE PAR ANTI PALUDEENS DE SYNTHESE

W. TURKI HADJ-ALOUANE, H. LAABIDI, I. ZONE, I.HAJLAOUI, S. GABSI

Service d'Ophthalmologie. Hôpital militaire de Tunis

Introduction : La toxicité oculaire des antipaludéens de synthèse peut se manifester à 3 niveaux. L'atteinte cornéenne ou kératopathie et celle du corps ciliaire sont plus fréquentes et moins graves que l'atteinte rétinienne.

But : rapporter les aspects cliniques et évolutifs de cette atteinte cornéenne.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur 20 patients traités par la Nivaquine au long cours. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet, bilatéral et complété par étude du champ visuel central en périmétrie automatisée et étude de la vision des couleurs par test d'Ishihara.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 39 ans. Le sexe ratio H/F était de 3. Les 3/4 des patients présentaient une kératopathie bilatérale et symétrique localisée au niveau du 1/3 inférieur de la cornée. Les facteurs de risque de cette kératopathie sont la dose cumulée moyenne de Nivaquine ainsi que la durée moyenne de traitement.

Une atteinte maculaire concomitante a été notée dans 56,5% des cas.

Conclusion : La kératopathie des antipaludéens de synthèse est une lésion de surdosage, bénigne et totalement réversible à l'arrêt du traitement. Sa présence doit toutefois faire craindre une atteinte maculaire sous jacente, qu'il importe de la toujours chercher.

P150 : HYPERSENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES : APPORT DES TESTS CUTANES MEDICAMENTEUX.

A. CHAABANE, K. AOUAM, A. TOUMI, H. BEL HADJ ALI, NA .BOUGHATTAS

Laboratoire de Pharmacologie Faculté de Médecine de Monastir

Introduction : A côté des algorithmes de pharmacovigilance essentiellement basés sur l'histoire clinique et l'examen physique, le recours aux tests cutanés est d'un apport crucial pour authentifier une éventuelle hypersensibilité

médicamenteuse et identifier le médicament en cause.

But : Evaluer l'apport des tests cutanés médicamenteux en matière d'exploration de l'hypersensibilité aux antibiotiques.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 45 patients, vus à la consultation de Pharmacovigilance de Monastir et ayant présenté des réactions d'hypersensibilité suspectes être secondaires aux antibiotiques. Les tests cutanés (prick test, patch test et test intradermique), nécessaires pour l'exploration de ces réactions, ont été réalisés selon les recommandations de l'ENDA (European Network of Drug Allergy).

Résultats : Parmi 45 patients chez lesquels les tests cutanés ont été indiqués, seulement 26 ont en bénéficié (les 19 restants ont été perdus de vue). La réaction était immédiate ou accélérée à type d'urticaire aigue dans 10 cas, d'œdème localisé dans un cas et de réaction anaphylactoïde dans un cas. Les réactions retardées étaient à type d'exanthème maculo-papuleux dans 8 cas, d'éruption érythémateuse dans 3 cas, de pustulose exanthématique aigue généralisée dans 2 cas et de prurit dans un cas. Les antibiotiques testés étaient des bêta-lactamines dans 96% des cas (amoxicilline dans 15 cas, céfotaxime dans 11 cas, benzylpénicilline dans 10 cas, oxacilline dans 8 cas, céfapirine dans 4 cas, céfixime dans cas et imipénème dans un cas). Les autres antibiotiques testés étaient la vancomycine dans un cas et le sulfaméthoxazole-triméthoprimine dans un cas. Les tests étaient positifs dans un tiers des cas (céfotaxime dans 5 cas, amoxicilline dans 3 cas et l'oxacilline dans un cas). Par ailleurs, les tests cutanés étaient négatifs. L'évaluation d'une éventuelle allergie croisée entre les bêta-lactamines a été objectivée chez deux patients.

Discussion : Les tests cutanés médicamenteux est un moyen diagnostique objectif de l'hypersensibilité aux antibiotiques. En effet, ils permettent d'une part d'enrichir la pharmacopée d'un grand nombre de patients d'un groupe de médicaments hautement important et d'autre part d'authentifier une éventuelle hypersensibilité et de préconiser ainsi l'éviction définitive du médicament responsable.

P151 : ANALYSE D'UNE EPIDEMIE D'HEPATITE A SURVENUE DANS LA REGION DE SFAX EN 2007-2008

M. CHAABOUNI¹, H. KARRAY¹, L. BERRAJAH¹, H. JALLOULI², M. BEN JEMAA³, A. AKROUT², A. HAMMAMI¹

1- *Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax*

2- *Direction Régionale de la Santé Publique de Sfax*

3- *Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax*

Introduction : Le virus de l'hépatite A (VHA) est la première cause d'hépatite virale aigue dans le monde. En Tunisie, l'hépatite A survient de manière sporadique ou dans un contexte épidémique.

Le but de ce travail : est de rapporter la survenue d'une épidémie d'hépatite A aigue dans la région de Sfax durant la période automno-hivernale 2007-2008.

Matériels et méthodes : 118 cas d'hépatite A aigue ont été diagnostiqués au laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax, entre le 1^{er} Octobre 2007 et le 29 Février 2008. Les patients provenaient des différentes délégations de la région de Sfax.

Le diagnostic d'une hépatite A aigue a été porté sur la positivité des IgM anti-VHA détectées par une technique immuno-enzymatique de type ELISA (Dia Sorin HAV IgM EIA).

Résultats : parmi les patients touchés, 63 patients étaient de sexe masculin et 55 de sexe féminin (sex-ratio = 1,14). La moyenne d'âge des patients était de 15 ans (extrêmes d'âge : 4 à 31 ans). Le nombre de cas d'hépatite A aigue par tranche d'âge était de 7 pour la tranche de 0 à 5 ans, 11 pour celle de 6 à 10 ans, 31 pour celle de 11 à 15 ans, 19 pour l'âge de 16 à 20 ans, 5 pour l'âge de 21 à 25 ans et 8 pour un âge supérieur à 25 ans.

Dans la majorité des cas, la symptomatologie a été marquée par un ictère cutanéomuqueux et une importante cytolyse (activité des transaminases > 10 à 100 fois la normale). L'évolution a été favorable en dehors de 2 cas d'hépatite A fulminante mortelle observés chez 2 patients âgés respectivement de 4 et de 15 ans. Par ailleurs, une forme à rechute a été notée chez une patiente âgée de 20 ans.

Conclusion : Une épidémie d'hépatite A aigue est survenue dans la région de Sfax entre Octobre 2007 et Février 2008. Elle a particulièrement touché la tranche d'âge située entre 10 et 20 ans, traduisant ainsi un recul net de l'âge d'immunisation vis-à-vis de ce virus, ce qui augmente en conséquence le risque de survenue de formes sévères.