

### **P1 : INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENT : A PROPOS DE 8 CAS.**

N. Ben Lasfar, W. Hachfi, N. Kaabia, K. Mabrouk, N. Ghannouchi, A. Alaoua, F. Bahri, A. Letaief. *Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, CHU Farhat Hached, Sousse*

Chez l'immunocompétent, l'infection à *Cytomégalovirus* (CMV) est asymptomatique dans 90% des cas. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de l'infection à CMV chez l'adulte immunocompétent.

Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers des patients immunocompétents hospitalisés pour infection à CMV, au service de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses de l'hôpital Farhat Hached de Sousse, durant la période allant de Janvier 2001 à Octobre 2008. Le diagnostic d'infection à CMV avait été retenu devant des IgM anti-CMV positifs.

Huit cas ont été recensés. L'âge moyen était de 29 ans (19-42), la sex-ratio était de 1,66. Le délai moyen d'hospitalisation était de 26 jours. Six patients avaient reçu une antibiothérapie avant le diagnostic de l'infection à CMV. Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient une fièvre prolongée dans tous les cas, une asthénie (6 cas) et des céphalées (5 cas). L'examen physique montrait une température > 39°C dans tous les cas, une splénomégalie (5 cas), une hépatomégalie (4 cas), des adénopathies périphériques (3 cas). Le bilan biologique montrait un syndrome mononucléosique (7 cas) et une cytolysé hépatique (6 cas). La durée d'hospitalisation était de 10 jours en moyenne (3-23j). L'antigénémie pp65 a été demandée dans 2 cas (négative dans les 2 cas), la PCR CMV n'a pas été pratiquée. L'évolution était spontanément favorable chez tous les patients, avec un délai moyen d'apyrexie de 17,7 jours.

En conclusion : Chez l'immunocompétent, l'infection à CMV symptomatique est rare et bénigne. Bien que le diagnostic ait été retenu sur une sérologie CMV positive dans les 8 cas, d'autres tests sont plus sensibles à savoir le test d'avidité des IgG, l'antigénémie PP65 et la PCR CMV. Le traitement n'est indiqué que dans les formes graves de l'immunodéprimé.

### **P2 : LES INFECTIONS A CMV CHEZ LES IMMUNOCOMPÉTENTS**

A. AOUAM, A TOUMI, F LARBI AMMARI, C. LOUSSAÏEF, F. BEN ROMDHANE, N. BOUZOUAÏA, M.CHAKROUN

*Service des Maladies Infectieuses, EPS F. Bourguiba, Monastir*

**INTRODUCTION :** Les infections à CMV sont fréquentes et très souvent asymptomatiques chez l'immunocompétent. De multiples présentations cliniques ont été décrites du syndrome mononucléosique aux complications viscérales les plus sévères.

**OBJECTIF :** Etudier les caractéristiques des infections à CMV chez l'immunocompétent en précisant les modalités thérapeutiques.

**MATERIELS ET METHODES :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 8 malades hospitalisés entre Février 2005 et Mai 2008 pour une « infection à CMV » dans le service des Maladies Infectieuses de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir. Les données cliniques, biologiques et sérologiques ont été recueillies.

**RESULTATS :** Il s'agissait de 8 malades répartis en 6 hommes et 2 femmes. L'âge moyen était de 36 ans (23-69 ans). Au plan clinique, la fièvre était constante, d'une durée moyenne de 12 jours (5-20 j). Chez 6 malades (75%) on avait noté des arthromyalgies associées. Une forme compliquée était observée dans 2 cas (25%) : une colite ulcéreuse se manifestant par une douleur abdominale, une diarrhée et une rectorragie ; et une encéphalite avec un syndrome méningé et des troubles de la conscience. Chez ces 2 malades une infection par le VIH avait été éliminée et aucune autre cause d'immunodépression n'était notée.

Au plan biologique, une cytolysé hépatique était notée dans 5 cas (62,5%). Trois malades (37,5%) avaient une hyperleucocytose. Un syndrome mononucléosique n'était observé que dans un seul cas (12,5%).

Le diagnostic était retenu sur une sérologie CMV positive dans tous les cas (IgM et IgG). La PCR pratiquée dans le LCR était positive dans le cas d'encéphalite à CMV. La colite à CMV était confirmée par la positivité de l'antigénémie pp65 et l'examen anatomopathologique d'une biopsie colique.

Un traitement à base de ganciclovir était prescrit pendant 21 jours chez le malade présentant la colite avec une évolution favorable. Le patient ayant une encéphalite est décédé dans un tableau de détresse neurologique. Dans les autres cas,

### *Communications Affichées*

l'évolution spontanée clinique et biologique était favorable.

**CONCLUSION :** Les infections à CMV sont souvent asymptomatiques chez l'immunocompétent. Cependant, des formes graves peuvent être observées constituant une indication à un traitement antiviral.

### **P3 : MANIFESTATIONS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE L'INFECTION A CMV CHEZ L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENT : A PROPOS DE 20 CAS**

Z. Hattab \*, R. Battikh \*, W. Madhi \*, S. Zriba\*, R. Abid \*, J. Labidi \*, F. Ajili \*, I. Gharsallah \*, L. Métoui \*, N. Ben Abdelhafidh \*, F. M'Sadek \*, B. Louzir \*, M. Ben Moussa \*\*, S. Othmani\*

\*Service de Médecine Interne

\*\*Laboratoire de Bactériologie – Hôpital Militaire de Tunis

**Introduction :** L'infection à cytomégalovirus (CMV) est très pathogène chez le sujet immunodéprimé. Elle passe souvent inaperçue chez le sujet immunocompétent dont le diagnostic repose le plus souvent sur la sérologie. Toutefois elle peut être responsable de manifestations cliniques et biologiques graves.

**Patients et méthodes :** Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 20 cas d'infection à CMV prouvées sérologiquement, survenant chez des adultes immunocompétents tous VIH (-) et hospitalisés dans le service de Médecine Interne de l'Hôpital Militaire de Tunis entre 1999 et 2008.

**Résultats :** Il s'agissait de 11 hommes et 9 femmes âgés en moyenne de 32 ans (17-64 ans). Le délai moyen d'hospitalisation était de 20 jours (5-45 jours). Les signes fonctionnels étaient : une fièvre (90%), une asthénie (70%), des frissons (55%), des myalgies (70%), une toux sèche (40%), des douleurs abdominales (15%) et une diarrhée (5%), un syndrome déficitaire (5%). L'examen physique a objectivé un syndrome tumoral dans 57,8% des cas fait d'adénopathies (26,3%), de splénomégalie (26,3%) et d'hépatomégalie (5,2%). Un rash cutané, une pharyngite et un ictère ont été notés respectivement dans 21%, 15,7% et 5,2% des cas. Sur le plan biologique, un syndrome mononucléosique a été retrouvé dans 40 % des cas et une atteinte hépatique dans 90% des cas (essentiellement une cytolyse). L'infection était compliquée dans 4 cas (myocardite = 1 cas ; myosite = 1 cas ; colite = 1 cas ; myélite cervicale = 1 cas). L'évolution était favorable spontanément chez 18 patients. Un traitement par ganciclovir était instauré chez deux patients (colite = 6 semaines, myélite = 20 semaines) associé à une corticothérapie dégressive sur 3 semaines dans le cas de myélite. L'évolution était favorable sauf pour

la patiente atteinte de myélite qui a gardé une parésie des membres supérieurs. Le recul moyen était de 4,5 mois chez les 17 patients revus à la consultation.

**Conclusion :** Une infection par le cytomégalovirus doit être recherchée chez des patients présentant une fièvre prolongée isolée ou associée à un syndrome tumoral et à une cytolyse hépatique même chez un immunocompétent afin de limiter les explorations invasives et coûteuses. La surveillance chez ces patients s'impose à cause de l'apparition possible de complications au cours de l'évolution.

### **P4 : LES INFECTIONS A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ L'ENFANT IMMUNOCOMPÉTENT**

S. BEN AMEUR, L. SFAIHI, A. BOURAOUI, B. MAALEJ, H. ALOULOU, TH. KAMOUN, M. HACHICHA

Service de pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax. Tunisie

**Introduction :** L'infection à CMV est asymptomatique dans la majorité des cas, mais elle peut également être responsable de manifestations cliniques ou biologiques variés, parfois trompeuses. Le but de notre travail est d'étudier les manifestations cliniques et hématologiques au cours de l'infection à CMV.

**Matériels et méthodes :** Durant une période de 8 ans allant du 1<sup>er</sup> juin 2000 au 31 juin 2008, nous avons colligé 12 cas d'infection à CMV au service de pédiatrie du CHU Hédi Chaker Sfax.

**Résultats :** L'âge moyen de survenue était de 10.4 mois avec des extrêmes de 40 jours et 5 ans 4 mois. Le sex-ratio était égal à 1,4. Le motif de consultation était dominé par la fièvre prolongée (5 cas), la pâleur (3 cas), la dyspnée (3 cas), l'œdème (1 cas) et l'épistaxis (1 cas). L'examen clinique a retrouvé une splénomégalie (5 cas), un purpura pétéchial (2 cas) une hépatomégalie (1 cas), un œdème généralisé en rapport avec une gastrite à CMV (1 cas), une pleuropneumonie (2 cas) et une myocardite (1 cas). Sur le plan biologique, l'infection à CMV s'est manifestée par une cytolyse hépatique (1 cas), un syndrome mononucléosique (2 cas), une anémie normochrome normocytaire régénérative (2 cas) et arégénérative (1 cas), thrombopénie (5 cas), un syndrome d'Evans (1 cas) et une inversion du rapport CD4+/CD8+ (1 cas). Le traitement était symptomatique dans tous les cas. Un enfant a reçu des immunoglobulines par voie intraveineuse devant la persistance de la fièvre et l'intensité du syndrome inflammatoire. Une corticothérapie a été indiquée chez le patient ayant un syndrome d'Evans avec évolution favorable

après un recul de 2 mois. Dans tous les autres cas, l'évolution était favorable.

**Conclusion :** Les primo-infections à cytomégalovirus peuvent être à l'origine de manifestations cliniques parfois trompeuses. La recherche d'une primo-infection à CMV est donc licite devant des manifestations cliniques et biologiques variées. Le pronostic est le plus souvent favorable.

#### **P5 : LES INFECTIONS A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ LES TRANSPLANTES: A propos de 8 cas.**

M. HALOUES, K. HARZALLAH, A. BAFFOUN, R. BATTICK, I. LEBBENE, N. BEN ROMDHANE, M. FERJANI, J. HMIDA, J. MANAA  
*Hôpital militaire de Tunis*

**INTRODUCTION :** Les infections à Cytomégalovirus sont les infections virales les plus fréquentes après transplantation.

**MATERIELS ET METHODES :** Nous avons objectivé 8 infections à CMV chez 8 patients (7 greffés rénaux, 1 greffé cardiaque) à l'hôpital militaire de Tunis, entre janvier 2003 et décembre 2007. Il s'agit de 3 hommes et 5 femmes âgés en moyenne de 28,6 ans avec des extrêmes de 8 et 51 ans. La greffe s'est faite à partir d'un donneur vivant dans 6 cas et en état de mort encéphalique dans 2 cas. A la greffe, Une induction à base de thymoglobulines a été prescrite dans tous les cas (durant 5 jours dans 75 %, 7 jours dans 25 %). Le traitement de maintenance était à base d'anticalcineurines (Tac 75 %, CsA 25 %), d'antiprolifératifs (MMF 87,5%) et de corticoïdes dans 100 % des cas. Aucun des patients n'a reçu de prophylaxie à l'infection à CMV en post-opératoire. Au diagnostic d'infection ou de maladie à CMV, le ganciclovir a été prescrit à tous les patients pendant 21 jours.

**RESULTATS :** Pour les 8 infections à CMV diagnostiquées, la sérologie a CMV a été D+ /R+ dans 4 cas, D+ /R- dans 1 cas, D-/R- dans 1 cas et D-/R+ dans 2 cas. Le délai de survenue des infections après la greffe a été de 404 jours (14 jr - 4 ans). 50 % des infections ont été observées au cours des trois premiers mois post-TX. Les manifestations étaient à type de fièvre dans 87,5 % des cas, de diarrhées (37,5 %), de douleurs abdominales (25%), de toux (25%), d'asthénie (50%), de céphalées (50%) et de myalgies (25%). Dans 2 cas, le CMV avait une localisation pulmonaire et dans 3 cas digestive. A la biologie, une leucopénie a été objectivée dans 37,5 % des cas, une CRP positive dans 50% des cas, une augmentation des transaminases dans 2 cas

et une aggravation du fonction rénale dans 62,4 % des cas. Le diagnostic a été porté par l'antigénémie du CMV dans les 8 cas. Au diagnostic, le ganciclovir a été prescrit à tous les patients pendant 21 jours. L'évolution a été favorable dans 7 cas et défavorable dans un cas qui a été marquée par l'installation d'un état de choc septique à point de départ digestif (colite infectieuse) et une détransplantation a été réalisée après l'apparition d'un rejet vasculaire avec retour en hémodialyse.

**Conclusion :** L'analyse des infections à CMV au cours de la transplantation révèle la nécessité d'une prophylaxie bien conduite et d'un isolement efficace des malades infectés.

#### **P6 : SEROPREVALENCE DE L'INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS DANS LE CENTRE TUNISIEN**

S. MHALLA, N. HANNACHI, M. MARZOUK, J. BOUKADIDA.  
*Laboratoire de microbiologie UR 02-SP13 CHU Farhat Hached Sousse*

**Introduction et objectif :** Les infections à cytomégalovirus (CMV) sont endémiques dans le monde mais leur prévalence est variable de moins de 50% dans les pays développés jusqu'à 100% dans certains pays en voie de développement. Le but de cette étude est de déterminer la séroprévalence de ce virus dans le centre tunisien.

**Matériel et méthodes :** Notre étude a porté sur 667 sujets dont 505 nouveau-nés et enfants hospitalisés entre 2007 et 2008 pour des pathologies diverses et 162 adultes donneurs de sang. La population d'étude a été stratifiée en tranche d'âge Les anticorps de type IgG ont été testés par technique immuno-enzymatique.

**Résultats :** Dans la population pédiatrique, en moyenne 88% des sérums étaient IgG positifs. Ce taux était de 90,7% pour les adultes.

| Tranche d'âge | CMV (%) |
|---------------|---------|
| 0-1mois       | 95      |
| 1mois-2ans    | 90,4    |
| 2-4ans        | 78,2    |
| 4-6ans        | 81,2    |
| 6-8ans        | 82      |
| 8-10ans       | 84,3    |
| 10-12ans      | 83,1    |
| 12-14ans      | 88      |
| Adultes       | 90.7    |

La séroprévalence du CMV était variable chez les enfants avec un maximum à la naissance, une légère diminution après les premiers mois de vie et une recrudescence vers l'âge de 2 ans. Le taux de positivité augmentait par la suite en fonction de l'âge pour atteindre le maximum à l'âge adulte.

**Conclusion :** La Tunisie est un pays de forte endémicité pour l'infection à CMV ce qui complique la greffe d'organe. L'infection est acquise dans la petite enfance par transmission orale. L'immunité contre l'infection est d'emblée importante dès le jeune âge réduisant les risques de réinfection chez l'adulte.

#### **P7 : CYTOMEGALOVIRUS : DEPISTER OU NE PAS DEPISTER ?**

H. LANDOULSI, K. FATHALLAH; Y. BEN BRAHIM; M. CHAWKI; A. FALFOUL

L'infection à cytomégalovirus (CMV) est l'infection virale congénitale la plus courante en Europe. Pendant la grossesse, l'infection maternelle, qu'elle soit primaire ou récurrente, peut entraîner une infection fœtale et des lésions du fœtus. Les infections maternelles sont presque toujours asymptomatiques et 90% des nourrissons infectés congénitalement ne montrent à la naissance aucun signe cliniquement reconnaissable : la majorité de ces infections n'est donc pas reconnue. En Europe de l'Ouest, l'infection congénitale survient dans environ trois à cinq naissances pour 1 000.

On se propose à travers une étude rétrospective portant sur 5170 femmes suivies à nos consultations sur une période de 3 ans et une revue de la littérature de faire le point sur l'intérêt de ce dépistage dans notre système de soin.

#### **P8 : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PRIMAIRE A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ LE SUJET IMMUNOCOMPETENT PAR ETUDE DE L'AVIDITE DES IMMUNOGLOBULINES G**

S. MHALLA, N. HANNACHI, N. BEN FREDJ, F. BEN CHADLY, J. BOUKADIDA.

*Laboratoire de microbiologie UR 02-SP13 CHU Farhat Hached Sousse*

**Introduction et objectif :** Il est actuellement admis que l'infection primaire à cytomégalovirus (CMV) peut être sévère même chez l'immunocompétent. Un diagnostic rapide est donc nécessaire mais les tests sérologiques seuls, peuvent rester non concluants pour distinguer une primo-infection d'une réactivation virale. Le but de cette étude est d'établir l'apport de l'avidité des immunoglobulines

G (IgG) pour le diagnostic des infections récentes à CMV.

**Matériels et méthode :** Notre étude a porté sur 39 sérums parvenus à notre laboratoire durant l'année 2008. Notre population a comporté 25 enfants âgés de 2 mois à 13 ans et 14 adultes tous immunocompétents et symptomatiques. Tous les sérums avaient des IgG et des IgM anti-CMV positifs testés par méthodes immuno-enzymatiques commercialisées. A été considéré comme infection primaire à CMV tout index d'avidité des IgG inférieur à 35%, un index compris entre 35% et 45% était considéré comme équivoque.

**Résultats :** Sur les 39 patients, le symptôme majeur était la fièvre (n=21) suivi des atteintes hépatiques (n=11). Six enfants ont présenté des manifestations neurologiques dont un syndrome de Guillain barré et une thrombophlébite cérébrale. Un faible index d'avidité des IgG a été retrouvé chez 11 patients (28%) dont les 2 derniers cas et 4 adultes atteints d'hépatites. L'index d'avidité a été douteux chez 3 patients. La présence d'IgM positives dirigés contre un autre herpesvirus a été retrouvée dans 3 cas.

**Conclusion :** Le diagnostic d'une primo-infection à CMV doit, en plus de la présence des IgM, être réconforté par l'étude de l'avidité des IgG. La fièvre reste le maître symptôme mais l'atteinte hépatique n'est pas rare notamment chez l'adulte. De même, la primo-infection à CMV doit être recherchée devant tout syndrome neurologique fébrile.

#### **P9 : CMV ET SYNDROME DE VOGT KOYANAGI HARADA : A PROPOS DE 2 CAS**

A. MHENNI, I. LOUKIL, L. CHAABANI, N. KORCHENE, N. MALLOUCH, A. JEDDI BLOUZA  
*Service ophtalmologie, chu la rabta*

**Introduction :** Le syndrome de vogt koyanagi harada (VKH) est une uvéoméningite dont l'étiopathogénie n'est pas encore complètement élucidée. Le rôle du CMV virus a été décrit par plusieurs auteurs. Nous rapportons deux observations associant une infection à CMV au syndrome de VKH.

**Observations :** La première observation concerne un patient âgé de 43 ans aux antécédents d'uvéite à répétition non explorée qui consulte pour une baisse brutale de l'acuité visuelle (BAV) de l'œil droit (OD). L'examen ophtalmologique a objectivé une uvéite granulomateuse bilatérale avec atrophie de l'iris. Au fond d'œil (FO), nous avons retrouvé à l'OD un décollement séreux rétinien (DSR) et à l'OG une atrophie chorioretinienne diffuse. L'analyse de l'humeur aqueuse par méthode de la réaction de la polymérase en chaîne a objectivé

une infection active à CMV avec 1600 copies/ml. Le reste des explorations systémiques ont conduit au diagnostic de VKH.

La deuxième observation concerne une patiente âgée de 18 ans hospitalisée pour méningo-encéphalite fébrile avec BAV brutale et bilatérale. L'examen ophtalmologique a objectivé au niveau des 2 yeux : une panuvéite granulomateuse avec de multiples foyers de DSR au FO. La sérologie sanguine a objectivé une virémie à CMV. La patiente présentait une forme probable de VKH.

**Discussion- conclusion :** Nos deux observations illustrent le rôle du CMV dans la genèse du syndrome de VKH. Le syndrome de VKH est une uvéoméningite secondaire à une réaction auto-immune dirigée contre les mélanocytes. Le CMV induit la production de lymphocytes qui présentent une réaction croisée avec la tyrosinase un des principaux peptides des mélanocytes.

#### **P10 : HEPATITE AIGUE ANICTERIQUE EN RAPPORT AVEC UNE PRIMO INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS**

S.SAMMOUD, J.ABDELLATIF, L. JGUIRIM, N.KHEDHIRI, Y.GHARBI, R.KHLIFA, A.MRAD, M.ZILI

*Résidence Omrane6.2083 ELGHAZELA*

Le cytomégalovirus humain ou HHV5 appartient à la famille des herpesviridae. C'est un virus très répandu dans le monde, la prévalence d'anticorps anti-CMV est de 50 à 80% chez les sujets âgés de moins de 35 ans.

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus responsable d'infections passant le plus souvent inaperçues. Son caractère pathogène survient surtout chez des patients dont les défenses immunitaires sont faibles. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 19 ans qui consulte pour une asthénie inexplicée. L'examen clinique a montré une fièvre chiffrée à 38,5°C, associée à des adénopathies cervicales et à une hépatomégalie modérée sans ictère.

Le bilan hépatique a montré un syndrome de cytolyse, associé à une cholestase modérée avec un ratio bas ALAT/LDH.

L'hémogramme a mis en évidence une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire et une monocytose. Le frottis sanguin a révélé un syndrome mononucléosique qui nous a amené à demander la sérologie EBV qui était négative.

Devant ce tableau d'hépatite anictérique, l'origine virale due au CMV a été démontrée suite à la mise en évidence d'IgM anti CMV positifs et après élimination des hépatites virales B et C. L'évolution spontanée, six mois plus tard, ont été

favorable avec normalisation de tout le bilan biologique et négativation des IgM anti CMV, et ce sans aucun traitement.

A ce propos, les auteurs rappellent les caractéristiques cliniques, biologiques et l'intérêt du diagnostic virologique chez le sujet immunocompétent et chez le sujet immunodéprimé.

#### **P11 : DETECTION ET SURVEILLANCE DE L'INFECTION/ MALADIE A CMV CHEZ LES GREFFES RENAUX PAR L'ANTIGENEMIE CMV**

M. CHAABOUNI, L. BERRAJAH, S. YAICH, K. CHARFEDDINE, A. HAMMAMI, H. KARRAY. *Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax*

**Introduction :** L'infection à cytomégalovirus (CMV) constitue une complication infectieuse fréquente et redoutable chez les greffés rénaux, souvent associée à une morbidité et à une mortalité importantes.

**L'objectif de cette étude** a été d'évaluer le risque de développer une infection/maladie à CMV chez une population de greffés rénaux et de suivre son évolution.

**Matériel et méthodes :** C'est une étude prospective menée de Mars 2007 à Janvier 2009, qui a porté sur 24 greffés rénaux. Ces patients avaient tous, au début, une sérologie CMV positive et n'avaient pas reçu de prophylaxie. Le diagnostic de l'infection à CMV a été réalisé par l'antigénémie quantitative 2 jours avant greffe et à j7, j11, puis toutes les semaines ou tous les quinze jours jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois, puis tous les mois jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois et enfin au 12<sup>ème</sup> mois après greffe.

L'antigénémie CMV détecte la phosphoprotéine PP65 majoritaire dans le noyau des polynucléaires isolés du sang périphérique par immunofluorescence à l'aide des anticorps monoclonaux spécifiques. Elle a été réalisée en utilisant le kit CMV Brite™ Turbo.

**Résultats :** Au total 273 échantillons de sang total prélevés sur EDTA ont été parvenus au laboratoire. L'antigénémie a été positive dans 51 prélèvements provenant de 17 patients. Une infection active à CMV a été ainsi observée dans **70.83%** des cas (17/24 greffés rénaux). Seuls 3 parmi ces 17 patients ont été mis sous ganciclovir. Leurs antigénémies, qui ont commencé à se positiver entre j46 et j53, ne cessaient pas d'augmenter et sont devenues fortement positives (>50 cellules positives/2\*10<sup>5</sup>), d'où la mise sous traitement. Deux parmi ces 3 patients ont présenté respectivement une leucopénie et une diarrhée, alors que le troisième patient était asymptomatique. La maladie à CMV a été donc retenue dans **8.33%** des cas

(2/24 greffés rénaux). L'évolution clinique et/ou biologique a été favorable.

Les quatorze autres greffés rénaux, ayant une antigénémie positive, n'ont pas été traités. Ils avaient des antigénémies faiblement positives dans 10 cas ( $<10$  cellules positives/ $2 \times 10^5$ ), moyennement positives dans 3 cas (entre 10 et 50 cellules positives/ $2 \times 10^5$ ) et fortement positives dans un cas (dans un seul prélèvement). En dehors de tout traitement, ces antigénémies se sont spontanément négativées.

**Discussion :** L'infection à CMV est fréquente chez les greffés rénaux. La maladie à CMV symptomatique survient dans 8 à 39% des cas. Dans notre étude, les 24 greffés rénaux inclus avaient initialement une sérologie CMV positive. Ils sont ainsi exposés à un risque élevé de réactivation de l'infection à CMV. En effet, nous avons constaté que 17 parmi 24 greffés rénaux avaient une antigénémie positive, soit **70.83%**. Le diagnostic de la maladie à CMV a été retenu uniquement chez 2 patients, soit une incidence de **8.33%**. Les antigénémies de ces 2 patients ont commencé à se positiver entre j46 et j53, période où l'immunodépression est importante ; l'immunodépression étant maximale du 2ème au 6ème mois.

**Conclusion :** L'antigénémie CMV reste un bon moyen de diagnostic de l'infection à CMV chez les greffés rénaux. De nouvelles méthodes d'analyse moléculaire permettraient une prédiction précoce de la maladie à CMV.

#### **P12 : DETECTION SEROLOGIQUE DE L'INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS HUMAIN CHEZ LES GREFFES RENAUX : 61 PATIENTS SUIVIS AU SERVICE M8 EN 2007-2008**

L. MHIRI (1), D. ENNIGROU (1), A. SALAH (2), N. JARROUDI (1), MED ADEL BEN KHEDER (2), E. ABDERRAHIM (2), T. BEN ABDALLAH (2), A. SLIM (1).

*Service de virologie de l'Hôpital Charles Nicolle*

**Introduction :** Le cytomégalovirus humain (CMV), est un herpès responsable d'infections mondialement répandues, ubiquitaires dont l'importance en pathologie ne cesse d'augmenter. Le CMV est un virus opportuniste responsable d'infections inapparentes et sans conséquences dans la majorité des cas chez les immunocompétents. Par contre elle peut entraîner des atteintes graves chez les greffés par réactivation du CMV latent ou par infection par une souche exogène vu la faiblesse considérable de leurs systèmes immunitaires.

**Matériels et Méthodes :** Une étude de 61 prélèvements sanguins de greffés de rein provenant du Service de Néphrologie et de Médecine Interne de l'Hôpital Charles Nicolle a été recensée durant l'année 2007 et 2008 dans notre laboratoire afin de déterminer le statut immunitaire ou le diagnostic pour une infection à CMV.

La recherche des anticorps CMV a été effectuée par une technique immunoenzymatique de type indirect ELISA Enzygnost (BioMérieux) pour la détermination qualitative et quantitative des anticorps IgG et/ou IgM anti-CMVH spécifiques dans le sérum.

**Résultat :** Parmi les 61 greffés inclus, 55 n'ont pas développé l'infection à CMVH soit (90,16%) c-à-d [IgM (-) et IgG (+)] et 7 ont eu une infection à CMVH soit (11,5%) dont leur profil sérologique est IgM (+), IgG (+).

Les résultats d'analyse fondée sur l'étude des dossiers montrent que ces 7 greffés présentent souvent les mêmes signes cliniques (fièvre, diarrhée, myalgies, arthralgies), ainsi que les signes biologiques (leucopénie, thrombopénie, cytolyse hépatique, cholestase). Donc il semble que le CMVH soit le principal virus responsable des complications virales survenant après transplantations rénales. De même l'infection à CMVH est confirmée par la recherche de ce virus par antigénémie pp65, avant et après traitement par le cymévan qui donne une bonne évolution.

**Conclusion :** L'infection à CMVH chez les greffés est la complication infectieuse la plus fréquente au cours de la transplantation rénale, c'est pour cela que le diagnostic précoce de cette infection dans le contexte de la transplantation a bénéficié des récents développements de la virologie utilisant des techniques de diagnostic rapide sachant que le statut sérologique du donneur et du receveur influe considérablement sur la fréquence et la gravité de l'infection à CMVH. C'est dans ce but que le suivi virologique des patients en pré et post greffe doit être particulièrement renforcé d'autant que l'utilisation large des antiviraux anti-CMV a permis de démontrer leur efficacité en terme de réduction des signes cliniques et de pathologies graves.

#### **P13 : RETINITE A CMV : A PROPOS DE TROIS CAS**

F. AZAIEZ, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, B. KILANI, H. TIOURI BENAÏSSA, L. AMMARI, A. GHOBANTINI, T. BEN CHAABANE

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

**Introduction :** Les rétinites à CMV sont des infections graves rencontrées chez les immunodéprimés. Le diagnostic est difficile vu le manque de spécificité des signes fonctionnels et

ophtalmologiques. La seule certitude diagnostique est l'isolement de l'ADN viral au niveau du sang ou de l'humeur aqueuse.

**Patients et méthode/but :** Nous avons inclus tous les dossiers des patients traités d'une rétinite à CMV afin de relever les facteurs épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs tout en mettant l'accent sur la difficulté diagnostique.

**Résultats :** Nous avons colligé trois patients répartis en deux femmes et un homme, âgés de 33 ans. Deux patients étaient infectés par le VIH, une patiente était diabétique.

Les patients avaient une diminution progressive de l'acuité visuelle avec un retard diagnostique et thérapeutique. La ponction de la chambre antérieure a été faite dans tous les cas.

L'infection a été prouvée par l'isolement de l'ADN viral dans un cas et par une séroconversion dans deux cas.

Le traitement par ganciclovir a été instauré dans les trois cas avec un retard induit par le retard diagnostique. Il a été maintenu pendant 21 jours.

L'évolution était marquée par la persistance d'une cécité monoculaire dans deux cas et par une guérison dans un cas

**Commentaires :** La rétinite à CMV se complique fréquemment de cécité et de bilatéralisation en l'absence de traitement ou en cas de retard thérapeutique. Devant toute uvéite sur terrain particulier, il faut évoquer le diagnostic et pratiquer la PCA afin d'isoler l'ADN viral par PCR. En cas de retard, la recherche de l'ADN ou de l'Ag PP65 dans le sang peut être d'une aide précieuse.

#### **P14 : RETINITES VIRALES A CMV AU COURS DU SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE : PROBLEMES DIAGNOSTIQUES**

I. LOUKIL, A. MHENNI, L. CHAABANI, N. KORCHENE, N. MALLOWCH, A. JEDDI BLOUZA  
*Service ophtalmologie, chu la rabta*

**But :** Exposer les difficultés diagnostiques au cours de ces rétinites et de discuter l'intérêt de la ponction de chambre antérieure (PCA).

**Observations :** La première observation est celle d'un homme âgé de 35 ans, atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui consulte pour un syndrome maculaire au niveau de l'œil droit avec présence au FO d'un foyer maculaire blanchâtre mal limité, associé à un décollement séreux rétinien (DSR). Le diagnostic a été dérouté dans un premier temps par la présence d'un zona intercostal. L'analyse de l'humeur aqueuse par PCR a permis de redresser le diagnostic en objectivant 5000 copies/ml pour le CMV-DNA.

La deuxième observation concerne un homme âgé de 34 ans qui a un sida stade III, sous traitement anti rétroviral. Il a présenté une panuvéite sévère de l'œil gauche avec membrane cyclitique, ayant réduit la vision au compte des doigts à 1 mètre. Sur le plan général, le patient a développé un herpès labial. Au fond d'œil nous avons relevé l'existence de foyers blanchâtres en nasal de la papille, mal limités, associés à des périvasculaires. L'angiographie fluoresceinique a montré la juxtaposition de zones d'hypo fluorescence et d'hyper fluorescence aux temps tardifs. Le diagnostic de rétinite à CMV a été posé grâce à la ponction de chambre antérieure qui a mis en évidence 8000 copies/ml de CMV-DNA.

**Discussion- conclusion :** La rétinite à CMV représente complication oculaire fréquente chez les Sidéens. Son pronostic visuel et vital demeure toujours sombre. Le traitement antirétroviral a modifié le profil clinique de ces infections. L'analyse des liquides oculaires par méthode de PCR constitue un outil diagnostique incontournable.

#### **P15 : CAS CLINIQUE : LYMPHOME HODGKINIEN COMPLIQUE DE MALADIE A CMV APRES UNE CURE DE CHIMIOTHERAPIE**

L. KAMMOUN, S. MSEDDE, W. KHARRAT, L. FEKI BERRAJAH, H. BELLAJ, M. MDHAFFER, S. HADDAR, N. AJMI, O. KASSAR, A. HAMMAMI, J. FEKI, J. MNIF, M. ELLOUMI

*Service Hématologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** Le cytomegalovirus (CMV) est un herpès virus à l'origine d'une infection latente asymptomatique. Cette infection peut être réactivée en cas de dépression de l'immunité cellulaire, avec expression clinique surtout chez des patients immunodéprimés : SIDA, greffés d'organes. Des cas sporadiques sont rapportés chez des malades atteints de lymphome surtout non hodgkinien. Nous rapportons le cas d'un malade suivi pour un lymphome de Hodgkin ayant présenté une pneumopathie interstitielle et une rétinite à CMV, à la suite de la première cure de chimiothérapie type ABVD (doxorubicine, bléomycine, vinblastine, dacarbazine).

**Observation :** Mr Moussa est âgé de 49 ans, d'ethnie noire, travaille comme technicien de production dans une société pétrolière.

Il est suivi au service d'hématologie pour neutropénie isolée modérée fluctuante depuis 2002, avec un bilan médullaire normal, étiquetée raciale. Depuis novembre 2007, il présente une bicytopénie : une anémie à 5g/dl normochrome normocytaire arégénérative et aggravation de la

leuconéutropénie (GB à  $700/\text{mm}^3$ , PNN à  $500/\text{mm}^3$  et lymphopénie à  $200/\text{mm}^3$ ). Les explorations (myélogramme, caryotype, médullaire, BOM, clone HPN ...) ont conclu à une hypoplasie médullaire ou une myélodysplasie dans sa forme hypoplasique.

Par ailleurs, il a présenté une diarrhée motivant une exploration digestive. L'échographie abdominale avait objectivé des adénopathies (ADP) profondes abdominales. La tomodensitométrie (TDM) montre une splénomégalie modérée nodulaire et des ADP confluentes coelio-mésentériques et rétro-péritonéales faisant jusqu'à 5cm de diamètre. Le patient ne présente pas de signes généraux ni d'ADP périphériques. Le patient a eu une laparotomie exploratrice avec biopsie des ADP et ponction biopsie du foie. L'examen histologique du ganglion trouve une architecture générale bouleversée par un granulome Hodgkinien à et cellules de Reed Stenberg exprimant le CD15 et CD30 à l'immunohistochimie. Il s'agit donc d'un lymphome Hodgkinien type cellularité mixte. La PBF est normale ainsi que le reste du bilan d'extension. Il s'agit donc d'une maladie de Hodgkin stade II<sub>A</sub> chez un patient âgé de 49 ans présentant par ailleurs un problème de leuconéutropénie et anémie centrales secondaires à une hypoplasie médullaire ou myélodysplasie.

Le patient a eu une corticothérapie à forte dose pendant 15 jours entraînant de façon paradoxale la normalisation du chiffre de globules blancs (en faveur d'une composante immunologique de la leuconéutropénie, d'ailleurs les AAN sont positifs à 1/160 (type moucheté) de façon isolé et le TCD est négatif) ce qui a permis d'administrer une première injection de chimiothérapie selon le protocole ABVD à pleine dose. Cette cure est compliquée d'une toxicité hématologique grade IV et d'une toxicité infectieuse.

Le patient est admis à j15 de la cure pour fièvre, baisse brutale de l'acuité visuelle et toux sèche avec dyspnée, sans diarrhée. La radiographie et la TDM thoraciques étaient en faveur d'une pneumopathie interstitielle infectieuse. Au fond d'œil (FO), sont objectivés des images évocatrices de rétinite à CMV : des plages blanches de nécrose rétinienne, parsemées d'hémorragies. L'antigénémie à CMV (par IFD) faite alors est positive à  $57 \text{ cellules}/2.10^5$ . Il s'agit donc d'une maladie à CMV avec pneumopathie interstitielle hypoxémiant et rétinite à CMV. La sérologie HIV est négative. Le patient a eu un traitement anti viral : Foscavir en IV pendant 30 jours avec amélioration clinique, au FO, radiologique (TDM) et biologique (Ag CMV=0). Devant cette toxicité

infectieuse de la chimiothérapie, le patient est traité par radiothérapie (RT) seule sous diaphragmatique qui était difficile à passer, nécessitant des interruptions pour toxicité hématologique sous facteurs de croissance hématologiques systématiques. Au cours de la RT, il a présenté une réactivation de la rétinite à CMV (retenue sur la baisse de nouveau de l'acuité visuelle, les données du FO et Ag CMV de nouveau positive à  $1 \text{ cellule}/2.10^5$ ) nécessitant des injections intraoculaires de Cymévan avec bonne évolution. Actuellement le patient est à 6 mois de la fin de la radiothérapie. Cliniquement, il garde une baisse de l'acuité visuelle séquellaire avec au FO des lésions séquellaires de rétinite à CMV. A la biologie, la numération sanguine est correcte avec régression de la neutropénie. L'Ag CMV est négative. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne est normale (RC) et l'Ag CMV est négative.

**Discussion :** La maladie à CMV, bien que rare chez les patients atteints de lymphome surtout Hodgkinien, existe quand même, tel est le cas de notre patient. Il faut donc savoir l'évoquer devant une fièvre persistante, une symptomatologie pulmonaire, une baisse brutale de l'acuité visuelle, une diarrhée. Dans notre observation, ce sont les constatations du FO, fait devant la baisse de l'acuité visuelle, qui ont orienté le diagnostic confirmé par l'antigénémie CMV. Notre patient HIV négatif, non greffé, a développé une corticothérapie, la chimiothérapie voire l'hémopathie elle-même. La leuconéutropénie datant de quelques années serait elle un facteur de risque surajouté ? Cette complication était une contrainte thérapeutique majeure chez notre patient pour la reprise de la chimiothérapie. Il a été traité par radiothérapie seule permettant une rémission complète mais le recul reste insuffisant.

#### **P16 : EMBRYOFOETOPATHIE A CMV - ETUDE DE 6 OBSERVATIONS**

GHARBI, I. BEN MESSAOUD, L. GHARSALLAH, O. BOUYAHIA, S. MAZIGH MRAD, S. BOUKTHIR, A. SAMOUD EL GHARBI.

*Service de Médecine infantile C - Hôpital d'enfant de Tunis  
Service de Médecine infantile C - hôpital d'enfant de Tunis*

**Introduction :** L'infection à cytomégalovirus (HCMV) est la plus fréquente des infections congénitales d'origine virale. 10 % de ces fœtus auront des manifestations cliniques et/ou échographiques de l'infection à type d'atteinte neurologique (hydrocéphalie, microcéphalie, retard mental, calcification cérébrale...); d'atteinte des nerfs sensoriels (surdité, chorioretinite, cataracte) ;

d'atteinte hépatique (ictère, troubles hémorragiques); d'atteinte digestive (hyperéchogénéité des anses intestinales); d'atteinte hématologique (thrombopénie) et de retard de croissance intra-utérin et 10 % des fœtus ne présentant aucun signe clinique ou échographique développeront au bout de quelques années une surdité. **Patients et méthodes :** nous avons mené une étude rétrospective sur 10 ans allant de janvier 1999 jusqu'au décembre 2008 afin d'étudier les manifestations cliniques, biologiques des nouveau nés et des nourrissons présentant une infection congénitale à CMV; diagnostic retenu devant une sérologie CMV positive à IgM ou IgG avec symptomatologie évocatrice et la négativité du bilan étiologique.

**Résultats :** nous avons colligé six cas d'embryofétopathie à CMV; les manifestations cliniques sont à type de retard de croissance intra utérine dans quatre cas, de microcéphalie dans deux cas, d'ictère dans quatre cas; d'hépatomégalie dans un cas, splénomégalie dans un cas et de cataracte dans un cas. Les manifestations biologiques sont à type de cytolysé hépatique dans quatre cas, de cholestase dans quatre cas, d'insuffisance hépatocellulaire dans un cas avec un TP bas et d'une thrombopénie dans un cas. L'échographie transfontanellaire, pratiquée chez cinq malades, a montré la présence de calcifications cérébrales dans un cas, une hyperéchogénéité périventriculaire dans cas et un cortex hétérogène dans un cas. Un seul malade a été traité par Cymevan® devant une cytolysé importante avec insuffisance hépatocellulaire avec une évolution vers l'aggravation et le décès à J15. Les autres patients n'ont pas été traités devant un diagnostic tardif et/ou une évolution spontanément favorable.

**Conclusion :** L'infection congénitale à CMV doit être recherchée devant tout nouveau né qui présente un retard de croissance intra-utérin inexpliqué, une microcéphalie, un ictère cholestatique, une atteinte oculaire ou des calcifications cérébrales.

#### **P17 : ROLE DU VIRUS TOSCANA DANS LES INFECTIONS NEURO-MENINGEES EN TUNISIE\***

O. FAZAA1, 2, O. BAHRI1, A. BOUATTOUR2, H. TOUZI1, A. BEN YAHIA1, M. BOULOY3, H. Triki1  
*Laboratoire de virologie clinique - Institut Pasteur de Tunis*

Rôle du virus Toscana dans les infections neuro-méningées en Tunisie\* O. Fazaa1,2, O. Bahri1, A. Bouattour2, H. Touzi1, A. Ben Yahia1, M. Bouloy3, H. Triki1 1 : Laboratoire de Virologie Clinique – Institut

Pasteur de Tunis 2 : Service d'Entomologie Médicale – Institut Pasteur de Tunis 3 : Laboratoire de génétique moléculaire des Bunyavirus – Institut Pasteur de Paris Le virus Toscana est un arbovirus transmis par les phlébotomes, essentiellement *Phlebotomus perniciosus* et *Phlebotomus perfiliewi*. Il est responsable, chez l'homme, principalement de méningites et méningo-encéphalites. Ce virus circule largement dans les pays du pourtour méditerranéen. En Tunisie, aucune donnée n'est disponible quant à sa présence et son rôle dans les infections neuro-méningées. L'objectif de cette étude est de rechercher si le virus Toscana circule dans le pays et de connaître son implication dans les cas de méningites et méningo-encéphalites dont l'étiologie reste non identifiée. Au total, 262 prélèvements collectés chez des patients atteints de méningite aseptique ou de méningo-encéphalite ont été inclus. Il s'agit de 83 prélèvements de liquide céphalo-rachidien et 179 sérums envoyés au laboratoire de Virologie Clinique de l'Institut Pasteur de Tunis, durant la période allant de Janvier 2003 à Décembre 2008 pour investigation virologique. Tous ces prélèvements étaient négatifs pour les entérovirus, le virus Herpes Simplex et le virus West Nile. Une recherche des anticorps (IgM et IgG) spécifiques du virus Toscana a été faite par test ELISA maison. Les IgM ont été retrouvées dans 18cas témoignant d'une infection récente. Ces cas positifs à IgM ont été répartis sur toute la période étudiée (5 en 2003, 6 en 2005, 2 en 2006, 2 en 2007, et 3 en 2008). Une infection ancienne a été retrouvée dans 21 cas avec détection d'IgG isolées. Ces résultats préliminaires sont en faveur de la circulation du virus Toscana dans le pays et de son rôle non négligeable dans les infections neuro-méningées ce qui nous incite à inclure la recherche de cette étiologie virale dans le diagnostic virologique des méningites et méningo-encéphalites dans le pays. \*Ce travail est financé par le réseau international des Instituts Pasteur, ACIP 2007. (Tel : 21 01 02 01)

#### **P18 : PRISE EN CHARGE DE LA VARICELLE CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

RAGMOUN.H, BASLY MOHAMED EL HOUSSAINI SONIA, ZAYENE HOUCINE, BEN JEMAA SAMIA, MESSAOUDI FETHI., CHIBANI MOUNIR., MESSAOUDI LOTFI, RACHDI RDHOUEANE.

*Service de Gynécologie- Obstétrique de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis – Monfleury 1008 – Tunis- TUNISIA*

**INTRODUCTION** La varicelle est une maladie rare chez l'adulte puisque l'on considère que, dans les

pays tempérés, 90 à 95% de la population est immunisée dès l'enfance. Les conséquences peuvent être grave pour la mère (pneumopathie varicelleuse) mais également pour le foetus et le nouveau-né.

**OBJECTIF** Préciser la cat devant une varicelle de la femme enceinte.

**Patientes et méthodes** Etude rétrospective sur 8 cas de varicelle confirmée colligé de notre service durant la période de janvier 2006 à janvier 2008

**Résultats** Les motifs de consultation été un exanthème précédé de phases prodromiques dans 100% des cas.

100 % des patientes n'ont pas de souvenirs de l'atteinte par la varicelle.

6 patientes ont consulté sur un terme supérieur à 20 SA chez toutes ces patientes évolutions et accouchement normaux : deux patientes ont consultés sur un terme respectif de 9 et 12 SA un cas de FCS est survenu chez une patiente.

Nous avons pratiqué chez toutes les patientes une échographie mensuelle

Toutes les patientes ont bénéficié d'une sérologie varicelleuse

Quatre amniosynthèse ont été réalisés (PCR négatif)

**Discussion et conclusion.** Pendant longtemps la varicelle était censée obéir à la loi de tout pour rien c'est à dire qu'elle était responsable soit d'une mort fœtale soit d'aucune pathologie. Les études épidémiologiques des années 80 ont montré que le VZV pouvait entraîner une embryofœtopathie parfois sévère mais rare. La conduite à tenir est actuellement bien codifiée : il faut avant tout rassurer les parents et prévoir une surveillance échographique régulière par une équipe habituée aux pathologies infectieuses congénitales. Seule l'utilité du prélèvement ovulaire est controversée. Quoi qu'il en soit, l'IMG ne devait être envisagée que devant une anomalie échographique, même si sa mise en évidence est tardive.

#### **P19 : PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE CHEZ UN IMMUNODEPRIME.**

J. HADDAD, Z. KAOUECH, E. CHERIF, C. KOOLI, S. AZZABI, L. BEN HASSINE, N. KHALFALLAH  
*Service Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle - Tunis. Boulevard 9 Avril. 1006*

**Introduction** Les infections à virus zona varicelle (VZV) sont généralement bénignes, mais des complications graves sont possibles chez les sujets immunodéprimés. La pneumopathie varicelleuse (PV) est la complication la plus fréquente pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

**Observation** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 40ans, suivi pour Angio Behcet depuis 1995, sous corticothérapie au long cours hospitalisé pour une dyspnée d'effort stade 3 et une toux sèche précédé d'une éruption cutanée prurigineuse, touchant le cuir chevelu puis s'étendant à tout le corps..

A l'examen: apyrétique, eupneique, râles crépitants aux deux champs pulmonaires, présence de lésions d'âge différent érythémateuses, vésiculeuses et pustuleuses avec des croûtes brunâtres, épargnant seulement les plantes des pieds et les muqueuses buccales et génitales, évoquant une varicelle (notion de contagé familial) L'examen neurologique est sans particularité.

Pas de signes cliniques évoquant une poussée de sa maladie.

A la biologie: syndrome inflammatoire biologique avec une cytolysé hépatique.

La radio de thorax montre des opacités alvéolo-interstitielles hilifuges bilatérales.

Le diagnostic d'une pneumopathie varicelleuse (PV) a été retenu.

Le patient a été mis sous aciclovir à la dose de 15mg/kg/8h pendant 15j.

L'évolution a été favorable sur le plan clinique, biologique et radiologique.

**Conclusion** La thérapeutique antivirale a transformé le pronostic de la pneumopathie varicelleuse et la prophylaxie par un vaccin atténué est recommandée chez les sujets à risque.

#### **P20 : LA PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE DU SUJET IMMUNOCOMPETENT: A PROPOS DE 5 CAS**

KOUBAA MAKRAM, LAHIANI DORRA, ELLEUCH EMNA, MARRAKCHI CHAKIB, HAMMAMI BOUSSAYMA, BEN JEMAA MOUNIR  
*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, TUNISIE*

**Introduction :** La pneumopathie varicelleuse (PV) est la complication la plus fréquente de la varicelle de l'adulte (incidence estimée à 30%). Elle est grevée d'une lourde mortalité pouvant atteindre 50% en cas de syndrome de détresse respiratoire (SDRA).

**But :** Préciser les particularités cliniques et radiologiques des PV et détailler leur profil évolutif ainsi que leur prise en charge thérapeutique.

**Patientes et méthodes :** C'est une étude rétrospective (2000-2008) menée au service des maladies infectieuses de Sfax, ayant inclus tous les cas de PV. Le diagnostic de varicelle était retenu devant une éruption cutanée généralisée vésiculeuse.

**Résultats :** Il s'agissait de 5 cas (4H et 1F) de PV représentant 25% de l'ensemble des patients hospitalisés pour varicelle. L'âge moyen était 32 (13-52) ans. Un contage familial était trouvé dans 3 cas. Le tabagisme était le seul facteur de risque de PV (4 cas). Le délai moyen du début de la symptomatologie était de 8 jours. Le motif principal d'hospitalisation était l'éruption cutanée dans un contexte fébrile (5 cas dont un cas était associé à une encéphalite). D'autres symptômes associés se résumaient à une pharyngite (3 cas), des arthralgies (2 cas), une toux sèche (1 cas), une douleur basithoracique (1 cas) et une conjonctivite (1 cas). L'examen physique trouvait, en plus de la fièvre et l'éruption, une polygnée (2 cas), des râles sibilants (1 cas) et des adénopathies cervicales (2 cas). Les perturbations biologiques étaient dominées par le syndrome inflammatoire biologique qui était constant et modéré (5 cas), la cytolyse hépatique (4 cas) et la thrombopénie (3 cas). La radiographie thoracique a objectivé un syndrome interstitiel (4 cas) et une pleuropneumopathie bilatérale (1 cas). La sérologie VIH était négative chez tous nos patients. L'aciclovir était prescrit chez 4 malades. L'évolution à court terme était émaillée par une surinfection bactérienne (1 cas). L'évolution ultérieure était constamment favorable (5 cas). Aucun cas de SDRA ni de décès n'a été constaté.

**Conclusion :** Bien qu'elle soit inhabituelle chez l'adulte immunocompétent, la PV reste encore la complication la plus fréquente et de diagnostic difficile en raison d'une discordance radio-clinique particulière et d'un profil évolutif émaillé de nombreuses complications dont le SDRA.

#### **P20 bis : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBEOLE EN TUNISIE (ANNEE 2008)**

AIDA BOUAFSOUN, MOHAMED ALI BEN HADJ KACEM, SALMA ABID, AMINE SLIM, SAIDA BEN REDJEB

*Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Charles Nicolle de Tunis*

La rubéole et la rougeole sont des maladies à distribution mondiale. Le syndrome congénital rubéolique qui constitue la majeure complication des infections rubéoliques et la mortalité et morbidité de la rougeole constituent une préoccupation majeure de l'OMS qui a fixé l'année 2010 pour l'élimination de la rougeole dans la majorité du monde. Dans ce cadre une surveillance rapprochée visant l'élimination de la rougeole et du SCR s'est imposée en Tunisie. Cette surveillance est assurée par la direction de soin et santé de

base (DSSB) à l'aide de son réseau sentinelle avec la participation de 2 laboratoires virologiques de référence :

- Unité de virologie de l'Hôpital Charles Nicolle qui prend en charge les sérologies
- Le laboratoire de virologie de l'institut Pasteur de Tunis qui s'occupe des techniques de biologie moléculaire dans la région Eastern Mediterranean Region de l'OMS (EMRO)

Au cours de l'année 2008, 541 cas de fièvre éruptive ont été recensés par le réseau DSSB.

2 d'entre eux ont été cliniquement diagnostiqués cas de rougeole sans preuve sérologique. Les autres ont bénéficié d'un prélèvement sanguin pour sérologie.

La sérologie a été faite pour :

- La rougeole IgG -IgM : ELISA indirecte (Enzygnost Behring)
- La rubéole : IgM : ELISA immunocapture (Biorad).

Le nombre total de cas de rubéole confirmés dans notre laboratoire au cours de la période d'étude est de 176 cas dont 156 appartenant au réseau de surveillance de la DSSB. 29% des cas testés dans le réseau de la DSSB sont positifs donnant un taux d'incidence/100000 habitants au cours de cette année de 5,4. Un pic d'incidences s'est manifesté en mai/juin. Pour la rougeole, à part les 2 cas cliniquement diagnostiqués, aucun cas n'a été objectivé par une sérologie positive.

Ces chiffres et cette répartition ne sont pas surprenants puisque le vaccin anti-rubéolique vient d'être introduit dans le programme national de vaccination (année 2005) pour la majorité des femmes en âge de procréation. Celui pour la rougeole figure parmi ceux du calendrier vaccinal tunisien depuis le début des années 20 avec un taux de couverture supérieur à 95%.

Les objectifs fixés par le réseau de l'OMS concernant l'élimination de la rougeole et la lutte contre le SCR sont en voie de réalisation. Ce fait est objectivé par des critères de surveillance étroite au niveau de chaque pays de l'EMRO. En Tunisie, les scores du bon déroulement de la surveillance sont en constante amélioration. mais avec la recrudescence de la rougeole en Europe, un renforcement de la surveillance et de la vaccination s'impose.

#### **P21 : MANIFESTATIONS OPHTALMOLOGIQUES DE L'INFECTION A L'HERPES VIRUS : ETUDE DE 60 CAS**

MALLOUCH NADIA, LOUKIL I., MHENNI A, KORCHENE N, CHAABANI L, JEDDI BLOUZA A.  
*service ophtalmologie, chu la rabta*

**Introduction :** Le but ce travail est une étude épidémiologique, physiopathologique et clinique des différentes manifestations oculaires du virus herpes recense à l'hôpital la Rabta

**Matériel et méthodes :** 60 patient sont été examines durant la période de 2000 à 2008 au service d'ophtalmologie du CHU LA Rabta.

Tous ont eu un examen ophtalmologique complet. Une angiographie à la fluorescéine a été demandée en cas d'atteinte du segment postérieur. Un prélèvement de l'humeur aqueuse a été pratiqué en cas d'uvéite.

Le traitement anti viral local et/ ou général a été administré dans tous les cas.

Un suivi a été pratiqué chez tous les patients

**Résultats :** L'âge de survenue de la maladie se situe entre 15 et 40 ans avec une moyenne à 25 ans

Sex ratio : 2 femmes/1 homme

La kératite herpétique superficielle ou profonde constitue la lésion la plus fréquente : 60 % des cas

L'uvéite antérieure avec ou sans atteinte cornéenne a été observée dans 20 % des cas.

Une rétinite virale n'a été diagnostiquée que dans 2 cas.

Un glaucome secondaire a été noté dans 12 % des cas

**Discussion –conclusion :** L'infection oculaire causé par le virus herpes continue à poser de sérieux problèmes par le risque de cécité imposant un traitement rigoureux et précoce

La prise en charge thérapeutique se heurte toujours au problème de récurrence.

## **P22 : LA BRONCHIOLITE AIGUE : ETUDE DE 45 CAS**

TINSA FATEN, BEN HARRATH MOUNA, BELLILI SARRA,BOUSNINA DORRA,TRABELSI ALIM,FODHA IMEN ,BOUSSETTA KHADIJA, BOUSNINA SOUAD

*Service de médecine infantile B, hôpital d'enfants de tunis*

La bronchiolite aigue est devenue depuis quelques années un véritable problème de santé publique dans notre pays. Le but de notre étude est de préciser le profil épidémiologique de la bronchiolite aigue.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service de pédiatrie infantile B à l'hôpital d'enfant de Tunis du 16 décembre 2008 au 12 février 2009. Tous les enfants inclus ont eu un prélèvement des sécrétions naso-pharyngées et le prélèvement était de bonne qualité permettant la recherche du virus respiratoire syncytial (VRS) dans 26 cas.

**Résultats :** 45 enfants ont été inclus dans cette étude. Le sex-ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 3 mois 52 jours avec des extrêmes allant de 7 jours à 15 mois ; 68 % de nourrissons étaient âgés de moins de 3 mois. La notion de contagage viral était retrouvée dans tout les cas. La bronchiolite était sévère dans 19 cas (42%). un trouble de la ventilation a été noté dans 10 cas (22%). 24 nourrissons (53 %) ont nécessité l'oxygénothérapie et deux enfants ont nécessité la ventilation mécanique. La recherche du VRS était positive dans 15 cas (57 %) et négative dans 11 cas (42%).La durée moyenne de l'hospitalisation était de 5 jours avec des extrêmes allant de 24 heures à 22 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas.

**Conclusion :** Nous observons un rajeunissement de la population avec 40% de formes sévères. Le VRS est l'agent responsable de la bronchiolite dans plus de la moitié des cas.

## **P22 BIS : MISE AU POINT D'UNE TECHNIQUE DE RT-PCR EN TEMPS REEL POUR LA DETECTION DU VIRUS INFLUENZA A**

AWATEF EL MOUSSI, MOHAMED ALI BEN HADJ KACEM, SALMA ABID, AMINE SLIM, SAIDA BEN REDJEB

*Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Charles Nicolle de Tunis.*

**Introduction** La surveillance des virus grippaux garde une place importante pour lutter contre les pathologies parfois mortelles induites par ces virus. Le diagnostic virologique de la grippe, autrefois basé sur les techniques classiques d'isolement, tend de plus en plus à être réalisé par les techniques de biologie moléculaire qui sont plus rapides et plus sensibles.

**But** Le but de notre travail est de mettre au point une RT-PCR en temps réel qui permet un screening des prélèvements douteux en grippe A par l'immunofluorescence indirecte utilisée dans notre laboratoire en tant que technique de référence.

**Matériel et Méthodes** Quatre prélèvements positifs en grippe A (3 H3N2 et 1 H1N1) ont été choisis. L'extraction a été faite à l'aide du kit Qiagen « QIAamp® Viral RNA ». Les amorces et les sondes utilisées (type taqman) sont commercialisées (kit TaqMan Influenza A/H5 Detection Kit v1.0) visant le segment de la protéine M et ce en utilisant le kit « QIAGEN® OneStep RT-PCR » pour la réaction d'amplification. L'automate utilisé est un système ouvert « Applied Biosystems 7300 Real-Time PCR System »

**Résultats et discussion :** Les quatre prélèvements ont montré des courbes de fluorescence supérieures à la valeur seuil. L'utilisation d'échantillons standard comme calibrateur nous a permis d'estimer la charge virale de chacun des prélèvements.

Cette technique est en théorie hautement sensible et spécifique. Elle permet de détecter des charges faibles du génome viral. En plus, l'absence de manipulation post-PCR permet de gagner du temps et de qualité de résultat (risque d'erreur).

Toutefois, l'automate et les sondes utilisées ont un coût élevé rendant leur utilisation réservée, jusqu'à l'heure actuelle, aux laboratoires spécialisés.

**Conclusion :** La RT-PCR en temps réel est coûteuse mais elle assure, par rapport à la technique RT-PCR conventionnelle une rapidité et une sensibilité plus importantes.

Son utilisation de routine dans notre laboratoire est discutable vu les contraintes budgétaires. Néanmoins, elle est utilisable lorsque la situation l'impose : urgences, résultats douteux ...

### **P23 : EFFETS DE L'EXPOSITION PROLONGEE AU TRAITEMENT CHEZ DES PATIENTS TUNISIENS, EVALUES PAR LE TEST GENOTYPIQUE DE RESISTANCE DU VIH-1**

JLIZI A(1,2) ; BEN MAMOU M(1); BEN HADJ KACEM M A(1); BEN CHAABENE T(3); CHAKROUN M(4); LETAIEF-OMMEZZINE A(5); BEN JEMAA M(6); BEN AMMAR ELGAAIED A(2) ; SLIM A(1) ; BEN REJEB S(1)

*Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis*

En Tunisie, le profil d'échec thérapeutique est détecté chez 42.22% des patients traités. En effet, le nombre limité de molécules antirétrovirales (ARV) disponibles et la non disponibilité du test génotypique de résistance comme test de routine ont fait qu'en pratique clinique, on assiste dans certains cas à un maintien de la même combinaison de molécules ARV après un échec thérapeutique. Ce travail consiste à évaluer cette pratique clinique et son effet sur la prise en charge de ces patients. Pour le faire, le test génotypique de résistance du VIH-1 au niveau des gènes de la RT et de la Protéase a été réalisé sur deux prélèvements successifs au cours desquels les patients demeurent sous le même régime thérapeutique et ceci pour 30 patients.

Nos résultats ont montré une augmentation du nombre de patients présentant des souches virales mutantes entre le premier et le deuxième prélèvement (70% vs 96,66% des patients), une augmentation de la fréquence des mutations

importantes dans les deuxièmes prélèvements par rapport aux premiers et une accumulation de mutations supplémentaires sur le deuxième prélèvement par rapport au premier chez 60% des patients. Ces résultats montrent l'intérêt du diagnostic précoce des mutations de résistance par le test de génotypage, qui permet au médecin traitant de prendre les mesures les mieux adaptées pour contourner l'effet des résistances et définir le traitement optimal du patient. Toutefois, grâce au fond alloué par l'ONU-SIDA à notre pays, on a pu mettre en place le test génotypique de résistance utilisant la technique de séquençage automatique comme test de routine depuis le mois de Février 2009.

### **P23 BIS : SEROPREVALENCES DES HEPATITES VIRALES B ET C CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

S. REKIK<sup>1</sup>, O. AZAIEZ<sup>1</sup>, O. BAHRI<sup>1</sup>, S. KOCHBATI<sup>2</sup>, D. M'RABET<sup>3</sup>, B. KHIRI<sup>1</sup>, H. TRIKI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> : *Laboratoire de Virologie Clinique – Institut Pasteur de Tunis*

<sup>2</sup> : *Service de Rhumatologie – Hôpital Habib Thameur*

<sup>3</sup> : *Service de Rhumatologie – Hôpital La Rabta*

**Introduction :** Les hépatites virales B et C évoluent souvent vers la chronicité avec risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire. En plus de ces formes hépatiques, les hépatites virales B et C ont été également associées à certaines maladies du système, c'est le cas par exemple de l'hépatite B et de la périartérite noueuse. Cette association pose un problème de prise en charge du patient. La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une atteinte immunitaire très fréquente avec risque de poussées invalidantes dont les principales causes ne sont pas bien identifiées. Peu de données sont disponibles quant au rôle des virus des hépatites B et C (VHB et VHC) dans ce type d'atteinte. On se propose dans ce travail d'étudier la séroprévalence de ces deux infections dans la PR.

**Matériels et méthodes:** Au total, 162 patients atteints de PR ont été inclus dans cette étude ; il s'agit de 136 femmes et 26 hommes dont l'âge varie de 18 à 79 ans avec un âge moyen de 51 ans. Pour tous ces patients, une recherche des marqueurs du VHB (AgHBs, anti-HBc et anti-HBs) et des anticorps anti-VHC a été faite par techniques immunoenzymatiques.

**Résultats :** La séroprévalence des anti-VHC était de 0.6% dans la population étudiée. Un contact avec le VHB a été retrouvé dans 36.4% des cas comme en témoigne la présence des anti-HBc chez ces patients. Une infection en cours avec

détectées qui sont 2, 3 et voire 4 fois plus  
*Rev Tun Infectiol, Avril 09, Vol 3, Supplément N°1, 1 - 96*

présence d'AgHBs a été retrouvé dans 1.85% des cas et une hépatite B guérie dans 32% des cas. Dans 2.5% des cas, un profil « anti-HBc isolés » a été retrouvé pouvant être en faveur avec une hépatite B occulte.

**Conclusion :** Les séroprévalences des hépatites virales B et C dans la PR sont comparables à ce qui a été décrit dans la population générale tunisienne. Ces résultats sont en faveur de l'absence d'association entre cette pathologie et les hépatites virales B et C. Toutefois, étant donné que ces 2 infections peuvent se manifester par des atteintes articulaires, leur recherche en cas de PR est souhaitable afin d'éliminer le diagnostic.

#### **P24 : CO- INFECTION DU VIH AVEC L'HEPATITE G ET LES AUTRES HEPATITES VIRALES A, B ET C**

MAAREF F1, KILANI B2, MASMOUDI A1, AMMARI L2, BEN OTHMAN A1, ZRIBI M1, FENDRI C1

1 : Service de Microbiologie-CHU la Rabta

2 : Service des Maladies Infectieuses-CHU la Rabta

La co-infection hépatite virale G et VIH a été souvent décrite dans la littérature. Notre objectif était de vérifier cette donnée dans notre hôpital et de voir la place qu'occupe le VHG par rapport aux autres virus responsables d'hépatite chez le sujet VIH positif.

Notre travail a été réalisé sur 125 sérums provenant de patients VIH positifs qui nous ont été adressés par le service des maladies infectieuses du CHU la Rabta. Les facteurs de risque ont été recensés chez tous les patients.

La recherche des VHA, VHB et VHC a été effectuée par sérologie (Test ELISA-Biorad). La mise en évidence du VHG a été établie par reverse transcription-PCR (RT-PCR).

Les prévalences sérologiques des hépatites A, B et C étaient de 5,6 %, 30,2 % et 25,4 %. Sur les 125 patients, le virus de l'hépatite G était mis en évidence dans 36,8 % des cas.

L'hétérosexualité et l'âge compris entre 30 et 50 ans étaient retrouvés dans environ 80 %, sans relation statistiquement significative avec le sexe.

Nos résultats coïncident avec les données de la littérature tunisienne et internationales chez le sujet immunodéprimé (polytransfusés, dialysés et VIH +).

Un dépistage régulier du VHG s'avère nécessaire vu son taux de portage élevé et son rôle pathogène actuellement décrit.

#### **P25 : ETUDE DE LA REPONSE A LA VACCINATION SPECIFIQUE DU VIRUS DE L'HEPATITE B CHEZ UNE POPULATION D'ETUDIANTS DANS LES FILIERES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

A.BEN HASSEN1, O. BAHRI1, H. TOUZI1, N. HAJJI1, A. SLITI2, H. TRIKI1

<sup>1</sup> : Laboratoire de Virologie Clinique – Institut Pasteur de Tunis

<sup>2</sup> : Direction de Médecine Scolaire – Ministère de la Santé Publique

**INTRODUCTION :** L'hépatite B est un problème majeur de santé publique du fait de ses complications notamment la cirrhose et le cancer hépatocellulaire d'où la nécessité de prévenir cette pathologie dans la population générale et dans certaines populations à risque. La vaccination contre l'hépatite B est un moyen généralement efficace pour cette prévention ; toutefois une non réponse peut être observée dans 5 à 10% des cas. En Tunisie la vaccination contre l'hépatite B a été introduite dans le calendrier vaccinal chez le nourrisson depuis 1995 ; elle est également obligatoire chez le personnel médical et paramédical depuis 1992. Depuis 2001, cette vaccination a ciblé les étudiants des spécialités médicales et paramédicales. Ce travail se propose d'étudier la réponse vaccinale chez ces étudiants une année après l'introduction de la vaccination.

**MATERIELS ET METHODES :** L'étude a porté sur une population de 2559 étudiants provenant de 10 facultés situées dans 7 gouvernorats différents. Ces sujets étaient âgés de 22 à 30 avec un âge moyen de 22 ans, 2182 étaient de sexe féminin et 777 de sexe masculin. Pour tous ces patients, une recherche systématique des anti-Hbs et anti-Hbc a été faite par test Elisa. Pour les sujets anti-Hbs négatifs, la sérologie a été complétée par une recherche de l'Ag HBs par test Elisa.

**RESULTATS :** Une réponse vaccinale a été retrouvée dans 82% des cas (n = 2421). 7% des sujets avaient un profil d'hépatite B guérie. Parmi les répondants, 84% sont de sexe féminin et 76% de sexe masculin. Un taux de réponse variable selon les régions a été observé avec des extrêmes allant de 59% à 84%. Dans 11% des cas (n = 343), les anti-HBs n'ont pas été détectés ; parmi ces sujets 8.5% sont infectés par le virus avec présence d'Ag-Hbs et 91.5% sont négatifs pour tous les marqueurs étudiés.

**CONCLUSION ET DISCUSSION :** L'efficacité de la vaccination contre l'hépatite B semble être bonne avec un taux de réponse estimé à 82%. L'absence de réponse au vaccin peut être à une infection en cours d'où l'importance de la recherche de l'AgHBs avant toute vaccination. Nos résultats démontrent une forte proportion de non répondants non infectés par le virus, des doses supplémentaires de vaccin doivent être administrées pour ces sujets afin de les immuniser. Une des causes à cette non réponse pourrait être

le non respect de la chaîne du froid ou une mauvaise administration du vaccin

**P26 : ETUDE DE LA REPLICATION VIRALE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE INFECTION CHRONIQUE A VIRUS DE L'HEPATITE B DE PRIMO-DECOUVERTE (2007- 2008)**

HADRICH S, FEKI - BERRAJAH L, CHAABOUNI M, A HAMMAMI, H KARRAY HAKIM  
*Laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba de Sfax*

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) passe à la chronicité dans 5 à 10% des cas. Il peut s'agir soit de portage chronique asymptomatique ou d'hépatite chronique. La recherche de l'Ag HBe et la quantification de l'ADN viral sérique présentent un grand intérêt pour évaluer la réplication et apprécier le pronostic des infections chroniques à VHB.

Le but de ce travail a été d'évaluer le niveau de réplication du virus de l'hépatite B chez les patients ayant une infection chronique par ce virus.

L'étude a été menée au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax. Elle a porté sur 203 patients, porteurs chroniques de l'Ag HBs, diagnostiqués entre janvier 2007 et décembre 2008, jusque là non traités. Pour ces patients, nous avons recueilli les résultats de l'Ag HBe et de la charge virale sérique HBV. L'Ag Hbe a été recherché par la méthode ELISA (Dia Sorin (VC), Italy). La charge virale a été quantifiée par amplification génique (PCR), en utilisant le coffret COBAS AMPLICOR HBV MONITOR test, Roche (USA).

Dans notre série, l'Ag Hbe a été positif chez 18 patients (8.8%). Pour tous ces patients, la charge virale a été  $> 10^5$  c/ml. L'Ag Hbe a été négatif chez les 185 (91.1%) patients restants. La charge virale a été  $> 10^5$  chez 32 (17.3%) parmi eux,  $< 10^4$  chez 118 patients (36.8%) et entre  $10^4$  et  $10^5$  c/ml chez 35 patients (18.9%).

Au total, 50 (24.6%) patients atteints d'hépatite B chronique avaient une charge virale  $> 10^5$  c/ml avant toute prise en charge thérapeutique dont 32 (64%) étaient Ag HBe négatifs et donc probablement infectés par un mutant pré-Core. L'absence de détection de l'Ag HBe doit conduire systématiquement à la détermination de la charge virale VHB chez nos patients.

**P27 : ETUDE DE LA CHARGE VIRALE AU COURS DES INFECTIONS CHRONIQUES PAR LE VIRUS DE L'HEPATITE B**

R. OUNEISSA, O. BAHRI, A. SADRAOUI, N. HOGGA, H. TRIKI  
*Laboratoire de Virologie Clinique – Institut Pasteur de Tunis*

**Introduction :** L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) peut évoluer sous plusieurs formes: le portage inactif (PI), l'hépatite chronique active (HCA) et les formes compliquées à type de cirrhose et de cancer hépatocellulaire (CHC). La distinction entre ces différentes formes est essentielle afin d'adapter la prise en charge, elle se base surtout sur le dosage des transaminases et de la charge virale. Ainsi, un PI est défini par des transaminases normales, un profil AgHBe négatif et anti-HBe positif et une charge virale (CV) inférieure à  $10^4$  copies/ml. L'HCA est par contre caractérisée par des CV supérieures à  $10^4$  copies/ml et des transaminases souvent élevées. Le statut sérologique vis-à-vis de l'AgHBe, dans ces cas, est variable selon la présence ou pas de mutants précoces mais en général, les infections avec AgHBe négatif sont caractérisées par des CV faibles. Dans les formes évoluées sous forme de cirrhose, la CV est généralement faible. L'objectif de ce travail est d'étudier l'évolution de la CV dans les différentes formes d'infection chronique B et de vérifier l'existence d'une véritable corrélation entre CV, transaminases, AgHBe et statut clinique.

**Matériel et Méthodes :** Au total, 60 patients suivis pour infection chronique par le VHB ont été étudiés. Il s'agit de 18 cas de PI, 23 HCA et 19 cirrhotiques. Tous ces patients ont bénéficié d'une recherche d'AgHBe et d'anti-HBe par technique ELISA et d'un dosage de la CV par PCR en temps réel (Cobas TaqMan – Roche).

**Résultats :** Sur les 60 patients testés, 88.5% étaient négatifs pour l'AgHBe et l'ADN viral a été détectable dans tous les cas avec une CV variant de 35copies/ml à plus de  $6,8.10^8$ copies/ml. Les PI étaient caractérisés par une CV inférieure à  $10^4$ copies/ml dans 72% des cas ( $n = 13/18$ ), entre  $10^4$ - $10^5$  copies/ml dans 22% des cas ( $n = 4/18$ ) ; 1 cas avait une CV  $> 6.4 10^8$  copies/ml. L'AgHBe était présent dans 17% des HCA ( $n = 4/23$ ) ; pour ces cas, des CV supérieures à  $10^7$ copies/ml a été retrouvé dans 3cas et des transaminases élevées dans 2cas. Les 19 cas d'HCA négatifs pour l'AgHBe étaient caractérisés par des transaminases élevées dans 47% des cas ( $n = 9/19$ ), l'élévation des transaminases était associée à des CV supérieures à  $10^5$ copies/ml dans 66% des cas ( $n = 6/9$ ). Sur les 16 cirrhotiques étudiés, 62.5% ( $n = 10/16$ ) avaient des CV  $> 10^4$ copies/ml. Trois uniquement étaient positifs en AgHBe, ces cas étaient caractérisés par des transaminases et une CV élevées.

**Conclusion :** Le niveau de réplication du VHB est très variable quelque soit le statut clinique de l'infection chronique en cause. La corrélation entre les différents marqueurs utilisés pour la définition de ces formes cliniques existe entre CV et taux de transaminases mais peut être absente pour l'AgHBe. Il est alors recommandé d'avoir recours à d'autres marqueurs notamment anatomopathologiques pour pouvoir définir de façon précise le statut évolutif de l'infection chronique en vu d'une meilleure prise en charge surtout dans les cas d'HCA à AgHBe négatif et dans les cirrhoses.

### **P28: CARACTERISTIQUES SERO-EPIDEMIOLOGIQUES ET FACTEURS DE RISQUE LIES A L'HEPATITE C : A PROPOS DE 3270 PRELEVEMENTS**

R. ABDELMALEK<sup>1</sup>, F. ALLANI<sup>2</sup>, N. BOUZOUAI<sup>3</sup>, J BOMEDIENE<sup>4</sup>, R BERRICHE<sup>5</sup>, S MHIRSI<sup>6</sup>, T. BEN CHAABANE<sup>1</sup>

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

2-Service central de médecine de travail et du contrôle. Société de transport de Tunis

3-Technopôle de Tunis

4-Service de médecine du travail à Ben Arous

5-Service de médecine du travail à Tunis1

6-Service de médecine du travail à Tunis2

**Introduction :** L'hépatite virale C est une pathologie fréquente de transmission parentérale prépondérante.

**Patients et méthode/but :** Nous avons mené une étude prospective de Mars 2005 à Novembre 2007 au sein de la SNCFT afin de déterminer la prévalence de l'hépatite C parmi 3270 volontaires et d'en déterminer les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs de risque.

**Résultats :** Nous avons colligé 3270 employés ayant acceptés d'être prélevés et de répondre au questionnaire.

Ils étaient 3211 hommes et 59 femmes, âgés en moyenne de 40,6 ans (20-72). 84 ont eu une transfusion antérieure dont 30 avant 1994 ; 383 ont eu un rasage par une lame non personnelle ; 56 ont utilisé une brosse à dent non personnelle ; 807 ont eu une intervention chirurgicale ; 1860 ont subi des injections par une seringue en verre ; 712 avaient des partenaires multiples ; 2595 ont subi des soins dentaires, 137 des tatouages, 6 une acupuncture ; 4 étaient hémodialysés et 3 étaient hémophiles.

12 parmi eux (0,4%) avaient une sérologie positive : ils étaient tous des hommes, âgés en moyenne de 49,8 ans, 8 avaient subi des soins dentaires ; les deux facteurs de risque qui

ressortent de notre étude sont la chirurgie chez 7 patients et la transfusion avant 1994 dans deux cas.

**Commentaires :** Les facteurs de risque associés à l'hépatite C sont les transfusions, les soins dentaires, la chirurgie et la voie sexuelle. Nous avons vérifié deux facteurs lors de cette étude dont la population est particulière par le recrutement.

### **P29 : DIAGNOSTIC CLINICO-BIOLOGIQUE D'UNE HEPATITE A FULMINANTE : A PROPOS D'UN CAS**

O. ACHOUR<sup>1</sup> ; I. FODHA<sup>1</sup> ; I. MATHLOUTHI<sup>1</sup> ; A. TRIMECH<sup>1</sup> ; S. KETATA<sup>1</sup> ; O. BOUALLEGUE<sup>1</sup> ; S ASSAYOUN<sup>2</sup>, A. HARBI<sup>2</sup> ; A. TRABELSI<sup>1</sup> ; N. BOUJAAFAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup> : UR06SP20 Laboratoire de Microbiologie, CHU Sahloul (Sousse)

<sup>2</sup> : Service de Pédiatrie, CHU Sahloul (Sousse)

**INTRODUCTION :** L'agent responsable de l'hépatite A est un virus du genre *Hepatovirus*, de la famille des *Picornaviridae*. L'expression clinique de l'hépatite A est le plus souvent inapparente, parfois ictériques, mais exceptionnellement, on peut de plus craindre la survenue d'une forme fulminante redoutable. L'objectif de la présente étude était l'analyse du contexte clinique et biologique d'un cas d'hépatite A fulminante fatale.

**PATIENT ET METHODES :** Cette étude s'est intéressée à une fillette de 11 ans hospitalisée au service de Pédiatrie du CHU Sahloul suite à des troubles de la conscience. Le diagnostic a comporté l'examen clinique de la patiente ainsi que des analyses biologiques non spécifiques et virologiques spécifiques (détection des IgM anti-virus de l'hépatite A par technique MEIA automatisée).

**RESULTATS :** La patiente a présenté des douleurs abdominales, une diarrhée et de la somnolence, des céphalées puis un ictère. A l'admission, on a noté une fièvre, un oedème cérébral, des vomissements, puis la survenue d'un état comateux. Le bilan hématologique était marqué par un effondrement du taux de prothrombine à 30%. Le bilan biochimique a permis la mise en évidence d'anomalies hépatologiques, marqués principalement par une cytolysse très importante avec élévation de l'activité des transaminases (ALAT à 1600UI/L). Une hyperammoniémie a de plus été observée (133µmol/L). L'examen sérologique a permis la détection d'IgM anti-HAV dans le sérum de la patiente. Le diagnostic d'une hépatite A fulminante avec encéphalopathie hépatique a été retenu. Une évolution péjorative fatale a été observée après deux jours d'hospitalisation.

**DISCUSSION :** L'hépatite A est une infection le plus souvent asymptomatique et bénigne. Elle n'évolue jamais vers la chronicité, contrairement aux hépatites B,C et D mais elle peut évoluer dans 0,2 à 0,4% vers une hépatite fulminante au pronostic très péjoratif chez l'adulte. La sérologie suffit en pratique à confirmer de façon spécifique, simple et rapide le diagnostic de la maladie par la recherche des IgM dirigées spécifiquement contre le HAV.

En absence de prise en charge immédiate, l'hépatite A fulminante aboutit dans 90% des cas au décès rapide du patient. La transplantation hépatique en urgence a amélioré de façon importante le pronostic des patients et reste le seul recours efficace.

### **P30 : EVOLUTION DE LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES SOUCHES DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE A SFAX ENTRE 2004 ET 2008**

FOURATI M., ZNAZEN A., MEZGHANI S., MAHJOUBI F., HAMMAMI A.  
*Laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax.*

*Streptococcus pneumoniae* est responsable de nombreuses infections sévères. La prise en charge de ces infections est compliquée par l'acquisition de cette bactérie de résistances de plus en plus fréquentes aux antibiotiques, concernant surtout les bêta-lactamines. Le but de notre étude était de déterminer le profil évolutif de résistance aux antibiotiques des souches de *S. pneumoniae* isolées durant 5 années (de 2004 jusqu'à 2008) dans la région de Sfax.

Durant la période d'étude, nous avons colligé 266 souches non redondantes de *S. pneumoniae* au laboratoire de microbiologie du CHU Habib Bourguiba Sfax. L'identification des souches de *S. pneumoniae* était réalisée selon les techniques conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques était effectuée par la méthode de diffusion des disques en milieu gélosé selon les recommandations du CA-SFM. Les concentrations minimales inhibitrices (CMI) de la pénicilline G, de l'amoxicilline et du céfotaxime ont été déterminées par la méthode E-test® pour toutes les souches invasives et les souches non invasives présentant un diamètre d'oxacilline (5 µg) inférieur à 26 mm.

Les souches étudiées provenaient d'adultes dans 70,3% des cas et d'enfants dans 29,7% des cas. Les isolats étaient invasifs dans 39,2% des cas, et non invasifs dans 60,7% des cas. La proportion des souches de *S. pneumoniae* de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) était de 47,7 %

dont 21,4 % de résistance de haut niveau. Le taux des PSDP était plus élevé pour les souches non invasives (62,1 %) que les souches invasives (38,6 %), et pour les souches isolées chez l'enfant (59,4 %) que chez l'adulte (42,7%). Les proportions des souches de sensibilité diminuée à l'amoxicilline et au céfotaxime étaient de 76,05 % et 48,03 % respectivement. L'étude de l'évolution de la sensibilité aux antibiotiques a montré une augmentation de la proportion des PSDP qui a passée de 32,8% en 2004 à 61% en 2007, puis une légère régression en 2008 (52%). Les taux de résistance à l'érythromycine, à la tétracycline et au chloramphénicol étaient de 57,5 % , 41,3 % et 21,3 % respectivement. En conclusion, la proportion des PSDP dans notre région est en hausse. Cette constatation inquiétante justifie un suivi épidémiologique indispensable pour adapter les stratégies thérapeutiques des infections pneumococciques.

### **P31 : APPORT DES PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES DANS LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES PNEUMONIES AIGUES COMMUNAUTAIRES OBSERVEES EN REANIMATION**

NASRI R., ABDELLATIF S., TRIFI A., MAHJOUB K., DALY F., RAHMANI I., BEN LAKHAL S.  
*Service de réanimation médicale la Rabta*

**Introduction :** Les pneumonies aiguës communautaires de l'adulte sont des affections fréquentes et potentiellement graves, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elles requiert une antibiothérapie précoce et initialement probabiliste. Les agents pathogènes responsables de ces infections sont nombreux et la preuve bactériologique n'est pas toujours faite. Le but de cette étude est d'évaluer l'apport des différents prélèvements microbiologiques dans le diagnostic étiologique des pneumonies aiguës communautaires.

**Méthodes :** Une étude rétrospective de 110 patients hospitalisés au service de réanimation médicale de l'hôpital la Rabta du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 décembre 2006.

**Résultats :** 110 patients d'âge moyen 57±18 ans sont admis. Le sex-ratio est de 1,8 en faveur du sexe masculin. 60% des patients sont hospitalisés directement à partir des urgences et 30% transférés d'autres services. Les motifs d'admissions en réanimation sont une insuffisance respiratoire aigue (62%), un choc septique (22,5%) et un coma (15,5%). 45,5% des patients sont classés à bas risque selon le score de fine (classe II et III) et 55,5% à risque élevé (classe IV et V). 28% des patients sont à bas risque selon le

CURB65 (score 1 et 2) et 72% à risque élevé (score 3,4 et 5).

Tous les patients (n=110) ont bénéficié d'au moins un prélèvement microbiologique au cours de leur hospitalisation. Un diagnostic bactériologique n'a pu être établi que dans 36,4% des cas (n= 40). Les hémocultures sont positives chez 12(10,9%) des patients. La bactériologie bronchique par aspiration protégée s'est avérée contributive dans 13,5% des cas. L'antigénurie pneumocoque a été recherchée chez 13,6% (n=15) des patients. Quatre résultats sont revenus positifs. L'antigénurie de *Legionella pneumophila* a été recherchée chez 13,6% (n=15) des patients. Trois résultats sont revenus positifs. Les agents pathogènes responsables de ces infections sont nombreux et la preuve bactériologique n'est pas toujours faite. Le *Streptococcus pneumoniae* identifié chez 27 patients est cependant le germe le plus fréquemment retrouvé.

**Discussion :** Le taux de documentation microbiologique de notre étude est de 36,4% comparativement à d'autres séries européennes. Cette différence s'explique très probablement par l'utilisation large des prélèvements locaux semi-invasifs en particulier les prélèvements sous fibroscopie.

**Conclusion :** Le pronostic des pneumonies aiguës communautaires dépend d'une antibiothérapie initiale empirique reposant sur les données épidémiologiques locales et d'une réévaluation de cette antibiothérapie après résultats microbiologiques et vu la gravité du tableau clinique, les prélèvements bactériologiques doivent être multipliés.

### **P32 : PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES GERMES ISOLES DE PRELEVEMENTS RESPIRATOIRES À L'HOPITAL CHARLES NICOLLE DE TUNIS : 1998-2008**

KADRI Y. , SAÏDANI M. , GHOZZI R. , MILED D. , KAMMOUNA. , BOUTIBAI. , BEN REDJEB S.  
*Laboratoire de Microbiologie- Hôpital Charles Nicolle*

**Objectif :** Les infections respiratoires basses, comptent parmi les principales causes de morbidité de par le monde. Leur épidémiologie est variable selon le moment de survenue. Précoces, elles sont dues à des bactéries de type communautaire. Tardives, elles peuvent être secondaires à des bactéries résistantes. Le traitement probabiliste doit être adapté à la sensibilité des microorganismes suspectés, une antibiothérapie inadaptée étant un facteur de surmortalité. L'objectif de notre étude est de préciser le profil bactériologique des bactéries

isolées des prélèvements respiratoires afin d'améliorer le choix thérapeutique.

**Matériel et Méthodes :** Notre étude est rétrospective réalisée sur une période de 10ans (1998-2008) et ayant porté sur toutes les souches bactériennes isolées des prélèvements distaux protégés parvenus au laboratoire de Microbiologie. L'analyse bactériologique a été faite selon les techniques conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques par la méthode de l'antibiogramme selon les normes du "Committee of Laboratory Standards Institute".

**Résultats :** Durant cette période, 1863 souches non redondantes étaient isolées, réparties essentiellement dans les services de réanimation (50,2%), chirurgie (37,2%) et médecine (10%). Les espèces les plus fréquentes étaient les entérobactéries

(24,5%), *S.aureus* (12,5%), *H.influenzae* (6%) et *S.pneumoniae* (2,2%). Au sein des entérobactéries, *K.pneumoniae* (28,2%), et *E.coli* (11,8%) venaient en tête. Alors que *S.aureus* prédominait en pédiatrie (13,5%), *A.baumannii* et *P.aeruginosa* sévissaient respectivement dans les services de réanimation (26,5 - 19,5%), chirurgie (33,5 - 27,2%) et médecine (21,5 - 22,5%). Au cours des années, *A.baumannii*, *P.aeruginosa* et entérobactéries évoluaient selon un mode endémo-épidémique par contre *S.aureus* avait tendance vers la hausse. En dehors d'une parfaite sensibilité à la colistine, les taux de résistance d' *A.baumannii* et *P.aeruginosa* étaient respectivement : ticarcilline (85 -32%), pipéracilline (83,7 - 29,5%), ceftazidime (90,2-20,7%), imipénème (25,5-28,5%), ciprofloxacine (85,7- 30,2%) et amikacine (74- 26,5%). *K.pneumoniae* et *E.coli* présentaient des taux de résistance respectifs vis-à-vis de l'association amoxicilline-acide clavulanique (21 -34%), céfotaxime (25-15%), amikacine (22-5,5%), cotrimoxazole (30,5-35,2%), un même taux de résistance à la ciprofloxacine (15%) et aucune résistance à la colistine ni à l'imipénème. Le taux de *S.aureus* résistant à la méticilline était de 12%, ceux aux autres molécules étaient faibles. Le taux de *S.pneumoniae* de sensibilité diminuée à la pénicilline était de 27,2% et celui d'*H.influenzae* sécréteurs de  $\beta$ -lactamase de 24%

**Conclusion :** La prédominance des germes résistants notamment dans les services à risque caractérise l'écologie de notre institution. Ainsi, la connaissance de l'écologie bactérienne particulière à chaque service serait d'une aide majeure au choix de l'antibiothérapie de première intention en cas d'infection respiratoire basse. Par ailleurs, vu le

rôle du manuportage dans la transmission de ces pathogènes, il y a lieu d'insister sur l'application stricte des mesures d'hygiène qui contribuera à la prévention de ces infections.

### **P33 : SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES SOUCHES D'ACINETOBACTER BAUMANNII RESPONSABLES DE COLONISATION/INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES AU CHU DE MONASTIR**

Y KADRI, H BEN ABDALLAH, S NOOMEN, M MASTOURI

*Laboratoire de Microbiologie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.*

**Objectif :** Le but de cette étude est de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des souches d'*Acinetobacter baumannii* incriminées dans la colonisation/infection des voies aériennes des patients hospitalisés dans notre hôpital.

**Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2008, portant sur toutes les souches isolées des prélèvements pulmonaires provenant de malades hospitalisés dans les différents services du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. Seules les espèces qui ont donné, en culture, plus de 10<sup>7</sup> UFC/ml pour les expectorations, plus de 10<sup>5</sup> UFC/ml pour les aspirations endotrachéales, plus de 10<sup>4</sup> UFC/ml dans les lavages broncho-alvéolaires et plus de 10<sup>3</sup> UFC/ml pour les prélèvements trachéaux protégés ont été retenues. L'identification des souches a été réalisée selon les méthodes bactériologiques conventionnelles : morphologiques, culturels et Api 20 NE (bioMérieux, France). L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été effectuée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du Comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie.

**Résultats :** Au total, 190 souches ont été recensées ce qui représente 21,2% de l'ensemble des souches isolées de prélèvements respiratoires et 40% des prélèvements positifs à *A. baumannii*. La majorité des souches provenait des services de soins intensifs (91%). Il s'agit dans la plupart des cas d'une aspiration trachéale (54%) ou d'un prélèvement trachéal protégé (31%). Les pourcentages d'*A. baumannii* résistants à la ticarcilline, à la ceftazidime, à l'imipénème, à l'amikacine et à la ciprofloxacine ont été de 92,5%, 96,3%, 61,5%, 88,4% et de 95,3% respectivement.

**Conclusion :** *A. baumannii* représente l'une des principales espèces isolées dans les services de réanimation de notre hôpital. Elle est responsable d'infections bronchopulmonaires nosocomiales qui

évoluent sous le mode endémo-épidémique. Ses capacités à développer des résistances acquises justifient amplement leur prise en charge dans la politique de prévention des infections nosocomiales.

### **P34 : PLACE DES BACILLES A GRAM NEGATIF RESISTANTS AUX CEPHALOSPORINES DE 3EME GENERATION DANS LES PNEUMOPATHIES NOSOCOMIALES**

LAKHAL EMNA, SAIDANI MABROUKA, GHOZZI RAFIA, HARIGA DORSAF, ENNIGROU SAMIR, KAMMOUN AOUATEF, BOUTIBA-BEN BOUBAKER ILHEM, BEN REDJEB SAIDA

*Laboratoire de Microbiologie Hôpital Charles Nicolle Tunis*

Les pneumopathies nosocomiales (PN) se placent au deuxième rang des infections acquises en milieu hospitalier. En réanimation, en particulier chez les malades ventilés, ces infections occupent la première place. Les bactéries multirésistantes sont souvent responsables des formes tardives qui sont généralement plus sévères pouvant poser un véritable problème thérapeutique.

Afin de déterminer la place des bacilles à Gram négatif résistants aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (BGNRC3G) dans les PN et de définir les facteurs de risque de leur acquisition, cette étude prospective a été menée à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 15 février 2009. Le diagnostic de pneumopathie acquise à BGNRC3G a été retenu lorsque l'examen bactériologique des prélèvements pulmonaires avec étude quantitative était positif. Les données démographiques, les antécédents, les hospitalisations et l'antibiothérapie antérieures ainsi que l'évolution des PN ont été analysés.

Au cours de cette période, 42 pneumopathies acquises à BGNRC3G ont été colligées, toutes d'acquisition tardive (délai > 5 jours). 92% des malades étaient hospitalisés en unités de soins intensifs et 8% en pneumologie. L'âge moyen des patients était de 55 ans avec une nette prédominance masculine. Une immunodépression (diabète ou traitement immunosuppresseur) était retrouvée chez 30% des patients. Plus que 50% des malades avaient des antécédents d'hospitalisation et d'antibiothérapie dans les 3 mois précédents. Des troubles de la conscience associés à la ventilation mécanique étaient retrouvés chez 95% des patients. L'évolution était défavorable dans 50% des cas. Cette étude a recensé 42 BGNRC3G (soit 23 % de l'ensemble des germes responsables de PN au cours de cette période). *A. baumannii* vient en tête de liste (69%), suivi de *P. aeruginosa* (14%) et de *K. pneumoniae*

(9%). Bien que l'imipénème garde une excellente activité sur les entérobactéries, une résistance acquise est observée dans 50% des cas chez *P. aeruginosa* et *A. baumannii*. La résistance aux aminosides était élevée pour toutes les souches, sauf la netilmicine qui garde des taux de résistance bas vis-à-vis d' *A. baumannii* et de *P. aeruginosa* (respectivement 17 et 16%). De même pour les fluoroquinolones les taux de résistance restent élevés, la ciprofloxacine étant la plus active sur *P. aeruginosa* (67% de sensibilité). Par ailleurs, 11 % des souches d' *A. baumannii* et de *P. aeruginosa* étaient résistantes à tous les antibiotiques sauf la colistine.

Les PN représentent une complication infectieuse grave dont la prévention repose essentiellement sur la limitation des indications et de la durée de la ventilation mécanique. Par ailleurs, l'utilisation rationnelle des antibiotiques à large spectre et le respect strict des règles d'hygiène constituent des mesures importantes pour freiner la sélection et la dissémination des souches multirésistantes.

### **P35 : Etude comparative des résultats des prélèvements trachéaux semi protégés entre 2001 et 2008 dans le service de réanimation de Sfax**

N. ZRIBI<sup>1</sup> , S. TRIKI<sup>1</sup>, S. MEZGHANI<sup>1</sup> ,  
A. ZNAZEN<sup>1</sup>, H. KALLEL<sup>2</sup> , M. BOUAZIZ<sup>2</sup> ,  
F. MAHJOUBI<sup>1</sup> , A. HAMMAMI<sup>1</sup>

1. Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba Sfax

2. Service de Réanimation, CHU Habib Bourguiba Sfax

Les pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique (PNAVM) sont au premier rang des infections nosocomiales dans les unités de soins intensifs. Le diagnostic étiologique de ces pneumopathies permet leur prise en charge adaptée. Ce diagnostic pose un problème majeur vu les risques des prélèvements invasifs et la difficulté d'interprétation des prélèvements non invasifs.

Le but de ce travail est de comparer les résultats des prélèvements trachéaux distaux semi protégés (PTD) réalisés au service de réanimation de Sfax en 2001 et en 2008 et d'évaluer la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées.

Nous avons mené une étude rétrospective au laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba Sfax portant sur ces PTD. La culture a été faite selon une méthode quantitative avec un seuil significatif de positivité de  $10^3$  UFC/ml. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée selon les normes du Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (CA-SFM).

Le nombre total de PTD était de 578 (350 patients) en 2001 et de 994 (394 patients) en 2008. Leur taux de positivité était de 37,5% et de 30,5% en 2001 et 2008 respectivement. L'infection était multi bactérienne dans 36,4% des cas en 2001 et dans 35,6% des cas en 2008. Les bactéries les plus fréquemment isolées étaient *Pseudomonas aeruginosa* (26% en 2001 et 34% des cas en 2008), *Acinetobacter baumannii* (32% en 2001 et 26% en 2008), les entérobactéries (18% en 2001 et 17% en 2008) et *Staphylococcus aureus* (10% en 2001 et 13% en 2008). Pour *Pseudomonas aeruginosa*, les taux de résistance à l'imipénème et à la Ciprofloxacine ont augmenté respectivement de 35% à 72% et de 35% à 64% entre 2001 et 2008. Pour *Acinetobacter baumannii*, le taux de résistance à la Ciprofloxacine a été stable (95%) et à l'imipénème a augmenté de 48% en 2001 à 73% en 2008. Pour les entérobactéries, 57% ont été résistantes aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération en 2001 contre 48% en 2008. Pour *Staphylococcus aureus*, 57% ont été Méti-R en 2001 et 22% en 2008.

Les PTD sont des méthodes simples et non invasives pour le diagnostic étiologique des PNAVM. Plusieurs études anciennes et récentes ont conclu à l'intérêt de ce type de prélèvement dans l'orientation du traitement des PNAVM.

Durant les deux périodes 2001 et 2008, *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa* constituent les principales causes des PNAVM au service de réanimation de Sfax. La prédominance de ces bactéries a été retrouvée dans le même service en 1997. Ce profil est comparable à celui retrouvé dans la plupart des pays asiatiques et diffère des pays occidentaux par la proportion très faible d'*Acinetobacter baumannii* contrastant avec un taux assez élevé de *Staphylococcus aureus*.

Si le profil des bactéries responsables des PNAVM n'a pas changé au cours des temps, les taux de résistance aux antibiotiques ont augmenté particulièrement pour les fluoroquinolones et l'imipénème pouvant aboutir à des impasses thérapeutiques. Devant cette situation alarmante, les efforts doivent être ciblés sur les mesures de prévention de ces pneumopathies.

### **P36 : PROFIL ET SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACTERIES ISOLEES A PARTIR DES PRELEVEMENTS RESPIRATOIRES DISTAUX**

A. FERJANI, S. MHALLA, A. YACOUB, N. HANNACHI  
ET J. BOUKADIDA.

Laboratoire de microbiologie UR 02-SP13 CHU Farhat Hached Sousse. Laboratoire de microbiologie UR 02-

**Introduction :** L'examen bactériologique des aspirations respiratoires distales est actuellement bien codifié pour assurer le diagnostic bactériologique des pneumopathies nosocomiales. Le but de notre travail est de déterminer le profil et la sensibilité aux antibiotiques des différentes espèces bactériennes isolées.

**Matériels et méthodes :** Notre étude s'est étalée sur une période de 17 mois (juillet 2008-décembre 2009). Tous les prélèvements respiratoires distaux (PRD) parvenus au laboratoire étaient inclus.

L'identification bactérienne a été faite selon des critères conventionnels. La sensibilité aux antibiotiques selon les recommandations de la société Française de Microbiologie (SFM 2008).

**Résultats :** Cinquante quatre PRD étaient parvenus à notre laboratoire dont 57,4 % étaient des lavages broncho-alvéolaire (LBA) et 42,9% des prélèvements trachéo-bronchiques protégés (PTP). Ces prélèvements proviennent essentiellement des services de réanimation médicale (40,7 %) et de pneumologie (24,07 %).

Le profil bactériologique était dominé par les bacilles à Gram négatif (90,74 %). Il s'agit essentiellement de *Pseudomonas aeruginosa* (25%), d'*Acinetobacter baumannii* (18,5%) et de *Klebsiella pneumoniae* (14,8%). Les cocci à Gram positif n'ont représenté que 5 souches (3 pneumocoques + 2 *S. aureus*)

La résistance aux céphalosporines de troisième génération était de 40% pour *A. baumannii*, de 25% pour *K. pneumoniae* et de 7,14% pour *P. aeruginosa*. La résistance d'*A. baumannii* et *P. aeruginosa* a été respectivement à la ciprofloxacine de 80 % et 21,41%, à l'imipénème de 30% et 7,14%, à la gentamicine de 50% et 21,41%. Toutes les souches de *K. pneumoniae* étaient sensibles à la ciprofloxacine et à l'imipénème, 25% étaient résistantes à l'amoxicilline – acide clavulanique, 12,5% à l'ofloxacine et 25% à la gentamicine et à la kanamycine.

**Conclusion :** *A. baumannii*, *P. aeruginosa* et *K. pneumoniae* sont les espèces bactériennes les plus fréquemment isolées dans les prélèvements respiratoires distaux. Ces germes sont souvent multi résistants imposant une conduite thérapeutique guidée par l'antibiogramme.

### **P37 : EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES CRACHATS (ECBC) : INTERET DANS LE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES ?**

M.REKIK1, S.MEZGHANI1, T.ABID2, M.TURKI1, F.MAHJoubi1, K.REKIK2, A. AYOUB2,

Les infections respiratoires basses de l'adulte sont très fréquentes. Différents moyens de diagnostic invasifs ou non peuvent être utilisés. L'examen cyto-bactériologique des crachats (ECBC) est un examen non invasif. Son apport dans le diagnostic des infections respiratoires basses reste controversé.

Le but de notre étude était d'analyser les résultats des ECBC et de préciser l'intérêt de cet examen dans la prise en charge des infections respiratoires basses.

C'est une étude rétrospective réalisée au laboratoire de microbiologie CHU Habib Bourguiba de Sfax durant l'année 2008 portant sur tous les ECBC provenant de patients hospitalisés ou consultants dans le service de pneumologie.

L'interprétation des ECBC était basée sur les critères habituels. Pour les ECBC valides avec culture positive, nous avons consulté les dossiers des patients pour dégager les données cliniques et épidémiologiques

Durant la période d'étude, 342 ECBC étaient analysés au laboratoire dont 182(53%) étaient considérés non valides. Pour les 160 ECBC valides, l'examen direct a montré une flore polymorphe dans 63% des cas et monomorphe dans 35% des cas. La culture était négative dans 65% des cas, polymicrobienne dans 5% des cas et positive avec isolement d'un ou 2 germes en quantité significative pour 46 ECBC (28%). Les principaux germes isolés étaient : *Haemophilus influenzae*(45%), *Pseudomonas aeruginosa* (18%), *Acinetobacter baumannii* (14%) et *Streptococcus pneumoniae* (4%).

Les patients ayant un ECBC positif étaient de sexe masculin dans 65% des cas. L'âge moyen était de 58,2 ans avec des extrêmes allant de 18-80 ans et avaient des ATCD broncho-pulmonaires dans 96% des cas.

Le diagnostic de pneumonie était évoqué dans 36% des cas avec un foyer alvéolaire à la radio thorax. Une antibiothérapie a été prescrite à l'admission dans 93% des cas et modifiée selon les résultats de l'ECBC dans 45% des cas avec une bonne évolution dans 90% des cas.

L'ECBC constitue un examen simple, utile dans le diagnostic des infections respiratoires basses, mais qui revêt de nombreux écueils essentiellement liés à la difficulté d'obtenir une expectoration valide, non souillée par les sécrétions oropharyngées.

### **P38 : PROFIL ET SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACTERIES ISOLEES A PARTIR D'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DES CRACHATS**

ASMA FERJANI, S. MHALLA, A. FERJANI, N.HANNACHI ET J. BOUKADIDA  
*Laboratoire de microbiologie UR 02-SP13 CHU Farhat Hached Sousse. Laboratoire de microbiologie UR 02-SP13 CHU Farhat Hached Sousse. Laboratoire de microbiologie UR 02-SP13 CHU Farhat Hached Sousse.*

**Introduction :** L'examen cyto bactériologique des crachats (ECBC) trouve son importance essentiellement dans l'exploration des exacerbations des broncho-pneumopathies chroniques (BPC). Notre objectif est de présenter le profil bactériologique ainsi que la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées dans les ECBC.

**Matériels et méthodes :** Notre étude a porté sur 236 ECBC issus de patients hospitalisés parvenus à notre laboratoire entre juillet 2007 et décembre 2008. L'identification des bactéries a été faite suivant les méthodes standards et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques selon les recommandations du CA-SFM.

**Résultats :** Plus de la moitié des patients souffraient de décompensations de BPCO et 34% étaient des enfants atteints de pneumopathies. Le profil bactériologique est polymorphe avec 24 espèces, dominées à 89% par les bacilles à Gram négatif (BG-). *Haemophilus influenzae* a été l'espèce la plus isolée (40%) suivie des entérobactéries (22,4%) et de *Pseudomonas aeruginosa* (17,3%). Les cocci à Gram positif (10,6%) étaient dominés à 64% par *Streptococcus pneumoniae*. Toutes les souches de *H. influenzae* étaient sensibles au céfotaxime et aux fluoroquinolones mais 23 souches (24,4%) étaient productrices de pénicillinase demeurant sensibles à l'association Amxiclav. Les entérobactéries, dans 21% étaient résistantes aux céphalosporines de troisième génération, dans 22,6% à la gentamicine et dans 15% aux fluoroquinolones. Aucune résistance n'a été décelée pour l'imipénème et la colistine.

*P. aeruginosa*, était résistant à 18,3% aux carboxy et uréidopénicillines, 14,3% à l'imipénème et 19,5% à la ceftazidime et à la ciprofloxacine. Parmi les 16 souches de *S. pneumoniae*, 3 (18,7%) ont présenté une sensibilité diminuée à la pénicilline, 2 (12,5%) étaient résistantes au céfotaxime et 6 (40%) aux macrolides et 3 souches à la lévofloxacine.

**Conclusion :** L'ECBC est une exploration facile à réaliser. Elle permet d'avoir rapidement des renseignements bactériologiques intéressants pour la prise en charge des BPCO. *H. influenzae* et *S.*

*pneumoniae* dominant l'étiologie bactérienne. La décision antibiotique actuelle doit tenir compte de la possibilité d'entérobactérie et de *P. aeruginosa*.

### **P39 : INFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES ET PSEUDOMONAS AERUGINOSA**

ADAM BEN NASR, LAILA ELGHORFI, ASMA GHARIANI, LAILA ESSALAH, HENDA DRAOUI, EMNA MEHIRI, LAILA SLIM-SAIDI  
*Service de microbiologie, hôpital Ariana*

**Introduction :** *Pseudomonas aeruginosa* est une bactérie pathogène opportuniste largement impliquée dans les infections respiratoires chroniques, en particulier chez les patients atteints de mucoviscidose, de dilatation des bronches ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive. L'éradication de ce germe des voies respiratoires devient quasi illusoire au stade de colonisation chronique.

Le but de ce travail est d'étudier l'épidémiologie et la sensibilité aux antibiotiques de *Pseudomonas aeruginosa* isolé chez les malades souffrant d'affections respiratoires chroniques.

#### **Matériel et méthodes :**

1) Souches bactériennes : l'étude a porté sur 132 souches isolées chez des patients souffrant d'affections pulmonaires chroniques (mucoviscidose, dilatation des bronches, BPCO) au laboratoire de microbiologie de l'hôpital Abderrahmen Mami de l'Ariana. Ces souches ont été isolées à partir de prélèvements broncho-pulmonaires : crachats, aspirations, LBA et PDP.

2) Le sérotypage a été effectué par agglutination d'une suspension bactérienne avec des sérums anti-O (biorad).

3) Sensibilité aux antibiotiques : le profil de résistance des souches a été étudié par la méthode de l'antibiogramme selon les recommandations du CA-SFM

**Résultats :** Parmi les souches étudiées, 54 sont muqueuses dont 50% sont non agglutinables ou polyagglutinables. Les sérotypes O10, O1 et O3 prédominent.

La sensibilité aux antibiotiques des souches isolées est de 69% ticarcilline, 70% pipéracilline, 73% pipéracilline + tazobactam, 73% ceftazidime, 84% aztréonam, 77% imipénème, 90% amikacine, 84% tobramicine, 75% gentamicine, 70% ciprofloxacine.

40% des souches présentent un phénotype sauvage aux bêta lactamines.

Bien que la sensibilité de *Pseudomonas aeruginosa* aux antibiotiques in vitro n'est pas toujours corrélée à une efficacité thérapeutique, chez ces patients il est utile de suivre l'évolution de

ces souches au cours de leur colonisation chronique afin d'adopter la meilleure conduite thérapeutique et d'économiser l'arsenal des antibiotiques encore actifs.

#### **P40: LES BRONCHOPNEUMOPATHIES RECIDIVANTES AU COURS DE LA MUCOVISCIDOSE :**

SALMA BEN AMEUR\*, LAMIA SFAIHI\*, AMIRA BOURAOUI\*, HAJER ALOULOU\*, THOURAYA KAMOUN\*, TAIEB BEN MASSOUD\*\*, ADNEN HAMMEMI\*\*\*, MONGIA HACHICHA\*

\*Service de pédiatrie, CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie.

\*\* laboratoire de biochimie, hôpital d'enfant Tunis, Tunisie

\*\*\*laboratoire de bactériologie, CHU Habib Bourguiba Sfax, Tunisie.

**Introduction :** Les manifestations respiratoires au cours de la mucoviscidose conditionnent le pronostic vital et la qualité de survie des patients atteints. Cependant la prise en charge reste encore difficile dans notre pays. L'objectif de notre travail était d'étudier les aspects cliniques, radiologiques et bactériologiques des bronchopneumopathies de nos patients suivis pour mucoviscidose.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective de 22 cas de mucoviscidose diagnostiqués au service de pédiatrie de Sfax durant une période de 17 ans et demi allant du 1<sup>er</sup> Janvier 1991 au 31 juin 2008.

**Résultats :** Nos patients se répartissent en 13 garçons et 9 filles. Une consanguinité parentale a été notée dans 82 % des cas. L'âge moyen de début des symptômes était 8 mois alors que l'âge moyen au moment du diagnostic était de 29 mois. Les manifestations respiratoires étaient révélatrices de la maladie dans 10 cas avec des bronchopneumopathies récidivantes et trainantes (8 cas) et au stade d'insuffisance respiratoire chronique (2 cas). L'association de signes respiratoires, hypotrophie et de diarrhée chronique a été trouvée dans 7 cas. La radiographie du thorax était normale dans 4 cas.

Elle a montré des foyers de pneumopathies (9 cas), une distension thoracique (6 cas) et un aspect évocateur de dilatation des bronches (3 cas). Cette bronchectasie diffuse a été confirmée par un scanner thoracique dans 2 cas.

La biologie moléculaire a été réalisée chez tous nos malades. Une mutation à l'état homozygote a été trouvée dans 19 cas : delta F508 (15 cas), N1303K (3 cas) et de la E1104X (1 cas). D. L'âge moyen de colonisation dans notre série était de 38 mois. Les germes étaient dominés par le *Pseudomonas aeruginosa* (10 cas) et l'*Haemophilus influenzae* (2 cas). Sur le plan

thérapeutique, la kinésithérapie respiratoire quotidienne bien que prescrite chez tous les patients n'a été réalisée de façon régulière que dans la moitié des cas. L'antibiothérapie prescrite au moment des surinfections comprenait une association de ceftazidime+aminoside. Les malades dont l'arbre trachéobronchique est colonisé par *Pseudomonas aeruginosa* ont eu des cures anti *Pseudomonas* de façon systématique tous les 3 mois et lors des exacerbations infectieuses.

Sur le plan évolutif, 12 malades de notre série sont décédés dans un tableau d'insuffisance respiratoire sévère. L'âge moyen au moment du décès était de 54 mois. Six malades étaient perdus de vue. Quatre autres enfants sont encore suivis. Ils sont stables sur le plan nutritionnel et respiratoire.

**Conclusion :** La prise en charge de la mucoviscidose est encore difficile dans notre pays. L'évolution souvent défavorable, pourrait être expliquée par le retard du diagnostic, un âge de colonisation de l'arbre trachéo bronchique par le *Pseudomonas* très précoce et des moyens thérapeutiques très limités.

#### **P41 : LES LOCALISATIONS PULMONAIRES LORS DES SEPTICEMIES : A PROPOS DE 65 CAS**

F. AZAIEZ, R. ABDELMALEK, F. KANOUN, B. KILANI, L. AMMARI, H. TIOURI BENAÏSSA, A. GHOBANTINI, T. BEN CHAABANE  
Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis

**Introduction :** Les localisations pulmonaires lors des septicémies sont fréquentes. Elles sont favorisées par la présence d'une pathologie pulmonaire sous-jacente ou d'un facteur d'immunodépression. Elles majorent la morbi-mortalité des sepsis et entraînent un surplus de coût par la prolongation de la durée d'antibiothérapie.

**Patients et méthode/but :** Notre étude est rétrospective, menée au service des maladies infectieuses de Tunis sur une période de 10 ans allant de 1999 à 2008. Nous avons inclus tous les dossiers de septicémie avec localisation pulmonaire afin d'en ressortir les facteurs épidémiologiques, les facteurs de risque, les éléments cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats :** Nous avons colligé 65 cas parmi 254 septicémies traitées au service. Ils étaient 38 hommes et 27 femmes âgés en moyenne de 50 ans. Une pathologie respiratoire sous-jacente a été retrouvée dans 4 cas, le diabète dans 25 cas, une maladie dysimmunitaire dans 14 cas et une corticothérapie dans 3 cas.

Le germe le plus incriminé était le *Staphylococcus aureus* dans 32,3% des cas, suivi par *E. coli* dans 10,7% des cas et *Staphylocoque* à coagulase négative dans 7,7% des cas tout comme le streptocoque.

La localisation pulmonaire était à type de pneumopathie dans 67,7% des cas suivie par la pleuro-pneumopathie dans 21,5% des cas.

Le traitement était basé sur une association dans 88% des cas. Il a duré 6 semaines en moyenne avec des extrêmes de 1 à 120 jours.

L'évolution s'est faite vers la guérison dans 81,5% des cas et le décès dans 17% des cas.

Commentaires : Les localisations pulmonaires sont retrouvées dans le quart des cas des sepsis, il faut les évoquer devant toute symptomatologie respiratoire ou thoracique afin de les diagnostiquer assez tôt et ainsi limiter la surmortalité qu'elles engendrent

#### **P42 : LES ASPECTS CLINIQUES DES PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES DU SUJET AGE : 85 CAS**

SLIM M., HACHFI W., FAHEM N., KHALIFA M., ALAOUA A., GHANNOUCHI N., KAABIA N., BAHRI F., LETAIEF A.

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

La pneumopathie infectieuse (PI) est un motif d'hospitalisation très fréquent et une des principales causes de mortalité chez le sujet âgé. Le but de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et para-cliniques des PI d'origine communautaires chez le sujet âgé.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des dossiers des sujets âgés de plus de 65 ans, hospitalisés pour PI non tuberculeuse d'origine communautaire, dans le service des Maladies Infectieuses à Sousse, entre 2000 et 2008.

**Résultats :** Quatre vingt cinq patients ont été recensés (38 hommes et 47 femmes). L'âge moyen était 75 ans (65- 92). L'hypertension artérielle (43.5%), le diabète (40%), la BPCO (20%) et l'insuffisance cardiaque (15.3%) étaient les comorbidités les plus fréquentes chez nos patients. Quatre patients (4.7%) étaient sous un traitement immunosuppresseur. Aucun patient n'était vacciné contre le pneumocoque ou contre la grippe. Les signes fonctionnels étaient la fièvre (81%), une toux (72%), une dyspnée aiguë (33%) et des diarrhées liquidiennes (23,5%). L'examen physique trouvait une fièvre (69%), une confusion mentale (28%) et une polypnée avec des signes de lutte respiratoire dans 17 cas (20%). L'auscultation

pulmonaire trouvait des râles crépitants unilatéraux dans 82 % des cas et bilatéraux dans 18% des cas. La radiographie thoracique réalisée chez tous les patients montrait des opacités alvéolaires systématisées dans 70% des cas et des opacités interstitielles bilatérales dans 13% des cas. Une pleurésie était associée à l'atteinte parenchymateuse chez 11 patients. L'examen bactériologique des expectorations effectué pour 6 patients était négatif dans tous les cas. Les hémocultures faites pour 29 patients étaient positives dans 3 cas (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella Pneumoniae* et *Streptococcus D*). L'évolution sous antibiothérapie était favorable dans 90% des cas. Huit patients (10%) sont décédés à cause d'une insuffisance respiratoire aigue.

**Conclusions :** La PI chez le sujet âgé se caractérise par une présentation clinique atypique et par une mortalité élevée. Un diagnostic rapide et un traitement probabiliste précoce et adéquat sont nécessaires afin d'améliorer le pronostic de cette infection.

#### **P43 : ASPECTS THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DES PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES DU SUJET AGE**

REZGUI A., HACHFI W., ATIG C., KHALIFA M., GHANNOUCHI N., ALAOUA A., KAABIA N., BAHRI F., LETAIEF A.

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

**Introduction :** Les pneumopathies infectieuses (PI) ont une incidence et une mortalité élevée chez le sujet âgé. Le traitement antibiotique est souvent empirique et doit tenir compte des particularités bactériologiques, pharmacocinétique et du risque d'interactions médicamenteuses. Le but de notre étude était de décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs des PI non tuberculeuses d'origine communautaire du sujet âgé.

**Matériel et méthodes :** Nous avons recensé de manière rétrospective grâce au codage diagnostique des résumés d'hospitalisation les cas de PI non tuberculeuses d'origine communautaire, chez des sujets d'âge supérieur à 65 ans, hospitalisés dans le service des Maladies Infectieuses à Sousse, entre 2000 et 2008.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 85 patients : 38 hommes et 47 femmes. L'âge moyen était 75 ans (65- 92 ans). Le délai d'hospitalisation était de 5 jours (2-7). Aucun patient n'était vacciné contre le pneumocoque ou contre la grippe. Dix sept patients (20 %) ont reçu une antibiothérapie en ambulatoire. Dans notre service l'antibiothérapie de première intention était une monothérapie chez 72

patients (84 %) : amoxicilline-acide clavulanique (27), céphalosporine 3<sup>ème</sup> génération (29), lévofloxacine (8), ofloxacine (3), ampicilline (2), doxycycline (1), pénicilline G (1), macrolide (1). Une association d'antibiotiques était retrouvée chez 13 patients (16 %) : amoxicilline-acide clavulanique-ofloxacine (3), céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération-ofloxacine (8), céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération-métronidazole (2). Une kinésithérapie respiratoire a été pratiquée chez 68 patients (80%). Une oxygénothérapie a été nécessaire chez 65 patients (76,5%). Un changement de l'antibiothérapie de première intention a été noté chez 11 patients (12%), le motif de ce changement était la persistance de la fièvre après 48 heures de traitement. Aucun effet secondaire n'a été recensé. L'évolution sous antibiothérapie était favorable chez 77 patients (90%), avec une apyrexie obtenue au bout de 5 jours en moyenne (2- 21). La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours (2-45). Huit patients (10 %) sont décédés dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue.

**Conclusion :** L'antibiothérapie chez nos patients était dans la majorité des cas conforme aux recommandations tunisiennes et européennes, néanmoins, le taux mortalité était élevé. Un diagnostic rapide et une prise en charge précoce et adéquate sont alors nécessaires. La prévention repose sur la prise en charge des facteurs de comorbidités et sur la vaccination des sujets âgés contre la grippe et contre le pneumocoque.

#### **P44 : LOCALISATIONS PULMONAIRES SECONDAIRES AU COURS DES BACTERIEMIES NON PNEUMOCOCCIQUES. ETUDE DE 21 CAS**

HEJER HARRABI, DORRA LAHIANI, IMED MAALOU, CHAKIB MARRAKCHI, BOUSSAIMA HAMMAMI, HANA HADJ KACEM, MOUNIR BEN JEMAA

*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax*

Le poumon est le site le plus fréquent des localisations secondaires des bactériémies non pneumococciques. Le but de notre étude est de détailler les particularités cliniques, microbiologiques, radiologiques et thérapeutiques des localisations secondaires pulmonaires des bactériémies. Notre étude est rétrospective, étalée sur la période allant de Janvier 1995 au janvier 2009, ayant intéressé tous les cas de localisations secondaires pulmonaires au cours des bactériémies.

Vingt et un cas ont été colligés chez 14 hommes et 7 femmes, d'âge moyen de 51 (15 – 75) ans. Dans leurs antécédents, on note une insuffisance rénale

chronique au stade d'hémodialyse (14 cas) et un diabète (4 cas). Outre la fièvre et l'altération de l'état général présents dans tous les cas, des signes respiratoires étaient présents uniquement dans 8 cas. Un syndrome inflammatoire biologique ainsi qu'une hyperleucocytose ont été notés dans tous les cas. La radiographie thoracique a montré un foyer alvéolaire unique (15 cas), des opacités alvéolaires arrondies en lâcher de ballon (6 cas) et une pleurésie (8 cas). Ces localisations secondaires compliquaient une bactériémie à *Staphylococcus aureus* (18 cas), *Streptococcus oralis* (1 cas), *Escherichia coli* (1cas) et *Bulkholderia cepacia* (1 cas). Les staphylocoques étaient un *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (14 cas), un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (3 cas), un *Staphylococcus capitis* résistant à la méticilline (1 cas). D'autres localisations secondaires ont été trouvées: osseuses (5 cas), endocarditiques (4 cas), rénale (1 cas), et musculaire (1 cas). Une bithérapie a été administrée dans tous les cas. Elle était à base d'une bêta-lactamine (17 cas) ou un glycopeptide (4 cas), associés à la gentamicine (7 cas), à une fluoroquinolone (12 cas) et à l'acide fusidique (2 cas). La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 35 (1 - 90) jours. L'évolution était favorable dans 14 cas et fatale dans 7 cas par un état de choc septique.

Les localisations pulmonaires sont particulièrement fréquentes au cours des bactériémies à *Staphylococcus aureus*. Elles sont généralement multifocales par dissémination d'embolies septiques. La radiographie thoracique est de ce fait nécessaire pour détecter cette atteinte pulmonaire généralement pauci-symptomatiques.

#### **P45 : UNE PNEUMONIE A PNEUMOCOQUE REVELATRICE DE MYELOME. A PROPOS DE DEUX CAS**

FATMA BOUATTOUR, BOUSSAIMA HAMMAMI, EMNA ELLEUCH, HAJEUR HARRABI, HANA HADJ KACEM, MAKRAM KOUBAA, MOEZ ELLOUMI\*, MOUNIR BEN JEMAA

*Service Des Maladies Infectieuses Chu Hedi Chaker Sfax*

*\*Service D'Hematologie Chu Hedi Chaker Sfax*

**Introduction :** Les circonstances de découverte de myélome multiple peuvent être en relation soit avec la prolifération plasmocytaire, soit avec la pathogénicité de l'immunoglobuline monoclonale. La maladie peut être découverte devant un syndrome infectieux, en particulier pneumococci que suite à un déficit de l'immunité humorale.

**Cas cliniques :** Nous rapportons deux observations de pneumopathie communautaire grave à pneumocoque révélatrice de myélome multiple.

**Observations :** Il s'agit de deux hommes d'âge jeune 31 ans et 52 ans ; hospitalisés pour syndrome de détresse respiratoire aiguë avec altération de l'état général d'installation rapide.

La radiographie thoracique, a objectivé une pneumonie droite chez les deux cas. L'examen biologique a révélé un syndrome inflammatoire biologique avec une polynucléose neutrophile pour l'un et une bicytopenie pour l'autre. Une anémie normochrome normocytaire arégénérative et une hypercalcémie avec fonction rénale correcte étaient présentes dans les deux cas.

Le pneumocoque était isolé du liquide de ponction pleurale chez un patient. Il s'agissait d'un pneumocoque de sensibilité intermédiaire à la pénicilline G et sensible à l'ampicilline.

Pour le deuxième patient, le pneumocoque était isolé au niveau des hémocultures et il s'agissait d'un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline.

A l'électrophorèse des protéides, nous avons trouvé une hypergammaglobulinémie monoclonale dans les deux cas. Le myélogramme a révélé un envahissement par des plasmocytes dysmorphiques à plus de 60%.

Un malade avait des images géodiques au niveau du crâne et du bassin.

Le diagnostic de myélome multiple à Ig G stade IIIA était retenu chez les deux cas. Les deux patients ont été traités par Thalidomide et Dexaméthasone et ils ont eu une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

**Commentaire et Conclusions :** Il faut savoir évoqué le diagnostic de myélome multiple devant toute pneumopathie aiguë communautaire grave à pneumocoque quelque soit le profil de sensibilité de ce germe à l'antibiogramme et quelque soit l'âge du patient.

#### **P46 : ABCES PRIMITIFS DU POU MON : A PROPOS DE 22 CAS**

FATEN MAROUEEN, WAJDI KETATA, FEKI WALID, WAJDI KARIM REKIK, ABDELKADER AYOUB  
*Service Pneumologie CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie*

L'abcès du poumon est une infection grave. Il nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce afin d'éviter certaines complications qui peuvent engager le pronostic vital.

Notre travail consiste en une étude rétrospective de 22 cas d'abcès pulmonaires recensés au

service durant la période allant de l'année 2004 au 2008. Il s'agit de 22 patients, 19 hommes et 3 femmes avec un âge moyen de 47 ans. Le tabagisme actif est retrouvé chez 70% des patients et un terrain favorisant est retrouvé dans 31% des cas (4 cas d'épilepsie et 3 cas de diabète). Sur le plan clinique, le début est aigu dans 87% des cas, subaigu dans 13% des cas. Le syndrome bronchique et la fièvre sont constatés respectivement chez 90% et 86% des patients. L'hémoptysie est notée dans 5 cas. La radiographie thoracique montre une image hydro-aérique dans 28% des cas et une opacité excavée dans 72% des cas. On note une plus grande fréquence des abcès au niveau du champ pulmonaire droit dans 63% des cas. L'enquête bactériologique a permis d'isoler le germe dans 2 cas. L'antibiothérapie est le principal traitement avec une durée moyenne de 4 semaines. L'association la plus souvent prescrite est Amoxicilline/ Acide - clavulanique. Une ponction sous scanner est indiquée chez un patient. L'évolution est bonne avec nettoyage radiologique complet dans 70% des cas, émaillée par la survenue de décès en cours d'hospitalisation dans un cas. La complication la plus fréquente est la rupture dans la plèvre retrouvée dans 18% des cas. On note un cas d'abcès chronique. L'abcès pulmonaire reste une infection pulmonaire relativement fréquente souvent secondaire à une cause locale ou générale. Le pronostic dépend surtout du terrain et de la rapidité de prise en charge thérapeutique.

#### **P47 : LES ABCES DU POU MON A PYOGENES ETUDE DE ONZE CAS**

HEJER HARRABI, CHAKIB MARRAKCHI, BOUSSAIMA HAMMAMI, DORRA LAHIANI, IMED MAALOUL, FATMA BOUATTOUR, MOUNIR BEN JEMAA

*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax*

L'abcès du poumon à pyogènes est une lésion cavitaire nécrotique, dont la taille est supérieure à 2 centimètres contenant du pus. Lorsqu'il est unique, il est d'origine primitive secondaire à l'inhalation de sécrétions provenant de la cavité buccale. Les abcès multiples et bilatéraux sont d'origine secondaire suggérant une dissémination par voie hématogène. Le but de notre étude est de

détailler les particularités cliniques, microbiologiques, radiologiques et thérapeutiques des abcès du poumon à pyogènes. Notre étude est rétrospective, étalée sur une période de 11 ans (1997- 2007), ayant intéressé 11 cas d'abcès du poumon à pyogènes. Il s'agit de 6 hommes et 5 femmes, âgés en moyenne de 50 (16 – 87) ans. Dans leurs antécédents, on note une pneumopathie (5 cas), une intubation trachéale (4 cas), un diabète (3 cas) et une épilepsie (1 cas). Le délai moyen de consultation était de 19 jours (4 - 60 jours). Les signes fonctionnels étaient dominés par la fièvre (8 cas), la toux avec expectoration purulente (6 cas) et la douleur thoracique (4 cas). L'examen physique a montré une altération de l'état général (8 cas), une fièvre (5 cas), des caries dentaires (5 cas), des râles crépitants (9 cas), une diminution des murmures vésiculaires (5 cas) et un souffle tubaire (1 cas). La radiographie thoracique (11 cas) ainsi que la tomodensitométrie (9 cas) ont objectivé une atteinte du poumon gauche dans 6 cas, des bases dans 5 cas, une pleurésie associée dans 3 cas et une bronchectasie dans 3 cas. L'enquête bactériologique a comporté des hémocultures (11 cas), un examen cytobactériologique des crachats (6 cas), une ponction pleurale (2 cas), l'étude du liquide de ponction peropératoire (2 cas) et l'examen cytobactériologique des urines (11 cas). Cette enquête a permis d'isoler le germe : Streptocoques non groupables (2 cas) et *Klebsiella pneumoniae* (1 cas). L'antibiothérapie de première intention était basée sur une association double ou triple visant les cocci à Gram (+), les anaérobies et les bacilles à Gram négatif. Le recours au drainage chirurgical a été indiqué dans 2 cas. Un passage en milieu de réanimation a été nécessaire dans 4 cas. L'évolution était favorable dans 9 cas. La létalité était de 2 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 29 (8 – 60) jours.

L'abcès du poumon à pyogènes est une pathologie de l'homme de la cinquantaine, présentant des caries dentaires ou une histoire de détérioration de l'état de conscience (convulsions, abus d'alcool) ou d'intubation trachéale. Les abcès multiples compliquent généralement l'évolution d'une septicémie à *Staphylocoque aureus*. Le traitement est basé sur une antibiothérapie à large spectre. Le recours à la chirurgie est indiqué chaque fois que le pronostic vital est mis en jeu, qu'il ya une ouverture dans la plèvre et que la taille de l'abcès dépasse 4 centimètres. La ponction transthoracique constitue une alternative au traitement chirurgical. Le pronostic dépend de la taille de l'abcès, de la bactérie en cause et du terrain.

#### **P48 : COMPLICATIONS SUPPURATIVES DES PNEUMONIES BACTERIENNES COMMUNAUTAIRES:**

S. AISSA1, L. AMMARI1, H. TIOURI BENAÏSSA1, R. ABDELMALEK1, M. ZRIBI2, B. KILANI1, A. GHOUBANTINI1, F. KANOUN1, C. FENDRI2, T. BEN CHAABANE1.

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

2-Service de microbiologie, Hôpital La Rabta, Tunis.

**Introduction :** Les formes habituelles des complications suppuratives des pneumonies bactériennes sont de plus en plus rares en raison d'une large utilisation des antibiotiques. Pour les mêmes raisons, émergent des formes frustes décapitées par une antibiothérapie à l'aveugle. Ces complications sont des causes fréquentes d'hospitalisation et de mortalité. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et les modalités thérapeutiques des complications suppuratives des pneumonies bactériennes.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service des maladies infectieuses sur une période de 13 ans (1996-2008). Nous avons inclus tous les patients présentant une pneumonie aiguë communautaire compliquée de suppuration en dehors de l'infection par le VIH. Une complication suppurative est définie par la présence d'une pleurésie purulente ou d'un abcès pulmonaire.

**Résultats :** 29 patients ont été inclus dont l'âge moyen est de 43 ans, avec un sex.ratio de 3.1. Des facteurs prédisposants ont été retrouvés : tabagisme (22 cas), éthylisme (9 cas), pathologie respiratoire chronique (10 cas) et diabète (5 cas). Les complications suppuratives se répartissent en : pleurésie purulente dans 19 cas (65%), abcès pulmonaire dans 15 cas (52%) et pyopneumothorax dans 3 cas (10%). 19 patients ont reçu une antibiothérapie préalable. Le délai diagnostique moyen est de 14 jours. Le début est brutal dans 55 % des cas. La symptomatologie est dominée par la fièvre (100%), la toux (76%), douleurs thoraciques (59 %) et une vomique (21 %). La biologie note la présence d'une hyperleucocytose avec polynucléose dans 86% des cas et un syndrome inflammatoire biologique dans 93 % des cas. L'étude microbiologique a permis d'identifier la bactérie en cause dans 10 cas (34 %), au niveau des hémocultures (6 cas) et/ou du liquide pleural (7 cas). Le staphylocoque est le germe prédominant dans 63 % des cas. Nos patients ont reçu une bi- ou tri-antibiothérapie dans 76 % des cas comportant métronidazole associé à une -lactamine et/ou une fluoroquinolone. La

durée moyenne de l'antibiothérapie est de 38 jours. Un drainage pleural a été réalisé dans 48 % des cas. Une ventilation mécanique a été indiquée chez 4 patients. L'évolution est favorable chez 15 patients (51 %). Nous déplorons 5 décès.

**Conclusion :** les complications suppuratives des pneumonies bactériennes sont des infections graves. Leur pronostic est sévère de part le terrain débilite et le retard de prise en charge. De ce fait, la précocité de la prise en charge et de l'antibiothérapie probabiliste permet d'améliorer le pronostic.

#### **P49 : PYOPNEUMOTHORAX : ETIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE**

FATEN MAROUAN, SAMEH M'SAAD, NAJLA BAHLOUL, WAJDI KETATA, ABDELKADER AYOUB  
*Service de pneumo allergologie CHU Hédi Chaker Sfax*

Le pyopneumothorax est une pathologie grave qui complique le plus souvent une pneumopathie sous jacente. Nous rapportons 8 cas de pyopneumothorax colligés au service de pneumologie de Sfax entre l'année 2004 et 2008. Il s'agit de 7 hommes et 1 femme. La moyenne d'âge est de 45 ans. Le délai moyen entre le début des symptômes et la prise en charge est de 20 jours. Les signes cliniques sont dominés par les douleurs thoraciques, la dyspnée et la fièvre dans tous les cas. Le germe en cause est isolé dans 5 cas : pneumocoque dans 2 cas, pseudomonas dans deux cas et mycobactérium tuberculosis dans 1 cas. Une pneumopathie sous jacente est notée dans 7 cas, un néoplasie dans un cas. Le drainage thoracique est réalisé dans tous les cas associé à une antibiothérapie et une kinésithérapie. Le recours à la chirurgie est noté dans 2 cas. 3 patients ont gardé des séquelles pleurales avec un passage à la chronicité dans un cas.

À la lumière de cette étude, nous insistons sur l'importance de prise en charge précoce et adéquate des pyopneumothorax afin de limiter les séquelles, ainsi que la nécessité d'un bilan étiologique permettant d'éviter la récurrence et la chronicité

#### **P50 : TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE COUVRANT LES GERMES ATYPIQUES VERSUS NE COUVRANT PAS LES GERMES ATYPIQUES DANS LES EXACÉRBACTIONS AIGUES DES BPCO**

NASRI R., MAHJOUR K., DALY F., RAHMANI I., TRIFI A., ABDELLATIF S., BEN LAKHAL S.  
*Service de réanimation médicale la Rabta*

**Introduction :** L'exacerbation aigue des BPCO (EABC) est un motif fréquent d'hospitalisation en réanimation. Elle est d'origine infectieuse le plus souvent. Par conséquent une antibiothérapie empirique est démarrée. Le but de cette étude est de comparer une antibiothérapie couvrant les germes atypiques à une antibiothérapie ne les couvrant pas.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de réanimation médicale la Rabta, incluant tous les patients pour lesquels l'étiologie infectieuse de l'EABC est retenue. Les patients inclus sont subdivisés en deux groupes : un premier groupe ayant reçu une antibiothérapie couvrant les germes atypiques et un deuxième groupe ayant reçu une antibiothérapie ne couvrant pas les germes atypiques. Les critères de comparaison sont la mortalité, l'échec clinique jugé sur l'évolution clinique et biologique.

**Résultats :** 102 patients d'âge moyen  $64 \pm 9$  ans sont inclus, l'IGSII moyen est de  $39 \pm 16$ , l'APACHE II moyen est de  $20 \pm 7$ . Le groupe 1 ayant reçu une antibiothérapie couvrant les germes atypiques est formé de 31 patients (30,4%), Le groupe 2 témoin de 71 patients (69,6%). Les caractéristiques des deux groupes sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : caractéristiques des deux groupes**

|          | Age moyen $\pm$ SD | IGS II moyen $\pm$ SD | APACHE II moyen $\pm$ SD | % des malades ventilés |
|----------|--------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| Groupe 1 | 62 $\pm$ 10        | 37 $\pm$ 17           | 19 $\pm$ 8               | 54                     |
| Groupe 2 | 65 $\pm$ 8         | 39 $\pm$ 15           | 20 $\pm$ 8               | 57                     |
| p        | 0,1 (NS)           | 0,5 (NS)              | 0,4 (NS)                 | 0,4 (NS)               |

Les deux groupes thérapeutiques n'ont pas présenté de différence en termes de mortalité ou d'échec clinique (tableau 2).

**Tableau 2 : mortalité et taux d'échec clinique**

|          | Taux d'échec clinique | mortalité |
|----------|-----------------------|-----------|
| Groupe 1 | 16%                   | 38,7%     |
| Groupe 2 | 17%                   | 29,6%     |
| p        | 0,1 (NS)              | 0,2 (NS)  |

**Discussion :** Le traitement antibiotique est indiqué lorsque l'EABC semble être liée à une origine infectieuse. Elle se justifie si l'infection est d'origine bactérienne. L'absence de différence peut s'expliquer par le fait qu'un certain nombre d'exacerbation est viral et n'a donc pas intérêt à être traité par antibiotique.

**Conclusion :** Il convient de peser l'indication de l'antibiothérapie pour optimiser la prise en charge, diminuer le cout avec des prescriptions inutiles et contrôler l'apparition de souches bactériennes résistantes.

## **P51 : LES PLEURESIES PURULENTES : NOTRE EXPERIENCE A PROPOS DE 46 CAS**

NAJLA BAHLOUL, WAJDI KETATA, FATEN MAROUE, HAJER AYEDI, ABDELKADER AYOUB  
*Service de pneumologie de Sfax CHU H Chaker Sfax, Tunisie*

**Introduction :** Les pleurésies purulentes, épanchements infectés à germes banals de la cavité pleurale, constituent l'une des affections mortelles les plus anciennement connue. Si son approche diagnostique ne pose plus de problèmes, sa prise en charge thérapeutique demeure sujette à une grande controverse notamment dans les formes compliquées.

**Matériels et méthodes :** Dans ce cadre, nous rapportons l'expérience de notre service à propos de 46 cas de pleurésies purulentes colligés entre janvier 2004 et décembre 2008. Il s'agit d'une étude rétrospective visant à tracer le profil épidémiologique, clinique, radiologique et évolutif de cette infection tout en insistant sur les particularités de sa prise en charge thérapeutique.

**Résultats :** Notre population comporte 31 patients dont l'âge moyen est de 44,6 ans avec des extrêmes allant de 12 à 82 ans. 67,2% parmi eux sont tabagiques. Le diabète, la BPCO, l'insuffisance rénale chronique, le cancer broncho-pulmonaire et l'épilepsie sont les facteurs de risques les plus fréquemment retrouvés (respectivement 15,2%, 10,8%, 4,3% et 4,3%). Le mode de début est le plus souvent aigu; soit dans 60,8% des cas. Les signes fonctionnels révélateurs sont dominés par la fièvre (87%), les frissons (39,1%), l'amaigrissement (47,8%), la toux (67,4%), l'expectoration (37%), la douleur thoracique (78,2%) et la dyspnée (65,2%).

A l'imagerie médicale, il s'agit d'un épanchement libre dans 74% des cas.

L'examen bactériologique du liquide pleural n'est revenu positif que dans 28,3% des cas.

Le traitement s'est basé sur l'antibiothérapie (100%), les ponctions pleurales évacuatrices (39,1%), le drainage thoracique (47,8%) et la kinésithérapie pleurale (80,4%). La fibrinolyse par streptokinase est préconisée dans 8,7% des cas alors que la thoracoscopie n'a été indiquée que dans 2,1% des cas. Le recours à la chirurgie a été nécessaire chez 12 patients (26,1%). L'évolution est favorable dans 71,7% des cas. Le taux de mortalité a été de 4,3%.

**Conclusion :** La prise en charge des pleurésies purulentes a largement bénéficié de l'apport de la thoracoscopie et l'usage adapté des fibrinolytiques. Ces nouvelles options thérapeutiques devraient

rendre exceptionnelles le recours aux solutions chirurgicales.

## **P52 : PNEUMOPATHIE COMPLIQUEE D'UN SYNDROME HEMOLYTIQUE ET UREMIQUE : QUELLES CONDUITES A EVITER ?**

LABIDI JANNET\*, BEN ARIBA YOSRA\*, AJILI FAIDA\*, BATTIKH RIADH\*, BEN ABDELHAFIDH NADIA \* ZRIBA SAMI\*, MADHI WALID\*, GHARSALLAH IMEN\*, METOUI LEILA\*, M'SADEK FEHMI\*, LOUZIR BASSEM\*, BEN MOUSSA MOHAMED\*\*, OTHMANI SALAH\*

*\*Service de Médecine interne*

*\*\*Laboratoire de Bactériologie – Hôpital Militaire de Tunis*

**Introduction :** Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) est défini par l'association d'une anémie hémolytique non immunologique avec schizocytes associée à une thrombopénie et à une insuffisance rénale aiguë. Il peut être secondaire à divers agents infectieux essentiellement ceux du tube digestif (*E. coli* entérohémorragique; *Shigella dysenteriae* +++). Les germes responsables de pneumopathies restent rares.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 75 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisé pour un syndrome néphritique aiguë, en rapport avec un SHU (créatinémie = 291 micromols/l, Hb = 10,2 g/dl ; plaquettes = 56.000 élt/mm<sup>3</sup>) survenant dans les suites d'un syndrome infectieux associé à une toux avec expectorations purulentes. La radiographie pulmonaire avait objectivé une opacité inhomogène de la base droite. Malgré l'absence d'une hyperleucocytose et des hémocultures négatives, l'étiologie pneumococcique a été suspectée sur un faisceau d'arguments : début brutal, CRP = 109 mg/l, bilan tuberculeux et sérologies des germes atypiques négatifs, bilan immunologique négatif, absence de signes en faveur d'une néoplasie, absence de prise médicamenteuse, aggravation de l'hémolyse et de la thrombopénie après perfusion de plasma frais congelé (PFC) motivant son arrêt. L'évolution sous céfotaxime puis lévofloxacine pendant 2 semaines et anti-agrégants était favorable avec disparition de l'opacité pulmonaire et des anomalies biologiques. Le recul est de 5 ans.

**Conclusion :** L'infection par *Streptococcus pneumoniae* constitue une contre-indication du PFC et des échanges plasmatiques au cours du SHU. Ceci est expliqué par l'action de la neuraminidase circulante (enzyme produite par *Streptococcus pneumoniae*) qui démasque l'antigène de Thomsen - Freidenreich (TF) ou

antigène T au niveau de la membrane cellulaire des hématies et des plaquettes. Ces antigènes mis à nu deviennent la cible des anticorps anti-TF naturels présents dans le plasma. Cette interaction aggrave l'hémolyse et l'agglutination des globules rouges.

### **P53 : INSUFFISANCE RENALE AIGUE PAR RHABDOMYOLYSE SECONDAIRE A UNE LEGIONELLOSE PULMONAIRE : A PROPOS D'UN CAS**

ABID RYM\*, BATTIKH RIADH\*, LABIDI JANNET\*, MADHI WALID\*, GHARSALLAH IMEN\*, METOUI LEILA\*, AJILI FAIDA\*, ZRIBA SAMI\*, BEN ABDELHAFIDH NADIA \*, M'SADEK FEHMI\*, LOUZIR BASSEM \*, BEN MOUSSA MOHAMED\*\*, OTHMANI SALAH \*

\*Service de Médecine Interne

\*\*Laboratoire de Bactériologie – Hôpital Militaire de Tunis

**Introduction :** Les rhabdomyolyses (RML) d'origine infectieuses restent une entité rare. Nous rapportons l'observation d'un patient admis dans notre service pour insuffisance rénale aigue (IRA) associée à une pneumopathie à *Legionelle*.

**Observation :** Il s'agit de Mr A.C âgée de 39 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admis dans notre service pour exploration d'une insuffisance rénale aigue de découverte récente. Une dyspnée avec des expectorations purulentes et une fièvre évoluant depuis deux semaines étaient signalées par le patient. L'examen à l'admission a objectivé une altération de l'état général, une fièvre à 40°C avec faiblesse musculaire généralisée, une polypnée à 24 cycles/mn avec des râles crépitants à la base pulmonaire gauche et une oligoanurie. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire (fibrinémie = 8g/l, 2-globulinémie = 17g/l, CRP = 291mg/l), une hyperleucocytose à polynucléaires, une insuffisance rénale (créatininémie = 977µmol/l, urée sanguine = 46mmol/l), une myoglobulinurie et une discrète protéinurie (0.27g/24 h). Le bilan enzymatique a objectivé une cytolysé hépatique avec une élévation des enzymes musculaires (CPK = 3276UI/l, LDH = 579UI/l). Une opacité réticulonodulaire basale gauche a été objectivée à la radiographie du thorax. Le bilan infectieux est revenu normal, à part une sérologie de *Legionella pneumophila* positive en Elisa (IgM à 512). Le diagnostic d'une insuffisance rénale aigue par RML secondaire à une légionellose pulmonaire a été retenu. Le patient a été alors mis sous antibiothérapie à base de lévofloxacine ajustée à la clairance de la créatininémie (250mg/j per os) et d'érythromycine (2g/j par voie intraveineuse puis

per os) associée à une réhydratation intraveineuse. L'évolution a été favorable avec reprise d'une fonction rénale correcte au bout de 3 semaines de traitement et un nettoyage radiologique complet.

**Conclusion :** Une élévation des enzymes musculaires au cours des infections à *L. pneumophila* serait fréquente mais souvent latente. Le dosage des enzymes musculaires au cours des pneumopathies associée à une IRA devrait être systématique afin de pouvoir dépister une RML.

### **P54 : UN CAS DE BRONCHIOLITE OBLITERANTE AVEC PNEUMONIE EN VOIE D'ORGANISATION (BOOP)**

NASRI R., ABDELLATIF S., DALY F., TRIFI A. , MAHJOUR K., RAHMANI I., BEN LAKHAL S.  
Service de réanimation médicale la Rabta

**Introduction :** La BOOP est une lésion anatomo-pathologique secondaire à de multiples agressions pulmonaires caractérisée par la présence de bourgeons fibro-inflammatoires obstruant la lumière des bronchioles terminales et respiratoires et se prolongeant dans les espaces alvéolaires adjacents.

**Observation :** Un homme âgé de 75 ans aux antécédents de diabète type II, de dyslipidémie et porteur d'une prothèse aortique est admis dans notre service pour insuffisance respiratoire aigue. Le début de la symptomatologie remonte à une semaine avant son admission marquée par l'apparition d'un érysipèle de la jambe droite pour le quel il est mis sous pyostacine®. Six jours plus tard, le patient développe une détresse respiratoire avec toux sèche et dyspnée d'où son admission. L'examen à l'admission trouve un patient polypneique, fébrile à 38°C, râles crépitants aux deux champs pulmonaires, TA à 170/70 mm Hg. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire biologique, troponines négatives, BNP normaux et une hypoxie à 96 mm Hg sous 10L d'O<sub>2</sub> avec hypocapnie. L'ECG ne montre pas de signes de souffrance myocardique ni des troubles de rythme. A l'ETT, pas de signe d'endocardite avec une bonne fonction VG. La radiographie pulmonaire montre des images alvéolo-interstitielles non systématisées du champ pulmonaire droit. La fibroscopie bronchique n'est pas faite (mal supportée par le patient). Toutes les prélèvements microbiologiques (hémocultures, sérologies diverses) sont négatives. Après deux semaines d'antibiothérapie bien conduite, la radiographie montre une évolution des lésions avec extension des opacités alvéolo-interstitielles aux deux champs pulmonaires confirmée par le

scanner. En l'absence de cause infectieuse, une corticothérapie à 1 mg/kg/j est débutée permettant l'obtention d'une apyrexie rapide et durable et un nettoyage radiologique progressif. Un mois plus tard le patient est asymptomatique, a une radiographie pulmonaire et un scanner normaux. Le diagnostic de BOOP est retenu.

**Discussion :** La BOOP correspond à une pathologie commune à différentes agressions du poumon ou apparaît idiopathique. Elle se traduit par un tableau de pneumopathie hétérogène non systématisée d'allure infectieuse résistante aux antibiotiques et une altération modérée de l'état général. Le diagnostic est histologique. L'évolution est favorable sous corticothérapie.

**Conclusion :** Le diagnostic de la BOOP se fait sur un ensemble de manifestations cliniques, radiologiques, cytologiques, histologiques, sur la négativité d'autres diagnostics potentiels et l'existence de circonstances compatibles.

### **P55 : PNEUMOPATHIES INTERSTITIELLES A PROPOS DE 100 CAS**

F. LARBI AMMARI, A. TOUMI, A. AOUAM, C. LOUSSEIF, F. BEN ROMDHANE, S. NOOMEN, N. BOUZOUAÏA, M. CHAKROUN

*Service des Maladies Infectieuses, EPS F. Bourguiba, Monastir*

**Introduction :** les pneumopathies interstitielles sont caractérisées par une atteinte de l'interstitium pulmonaire. Plusieurs agents peuvent être incriminés notamment les bactéries à multiplication intracellulaire et les virus à tropisme respiratoire. Leur diagnostic est facile grâce à la radiologie. Leur évolution est souvent favorable sous traitement.

**But :** Déterminer le profil épidémiologique, clinique, biologique, thérapeutique et évolutif des pneumopathies interstitielles.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective descriptive de 100 cas de pneumopathies interstitielles colligées dans le service des Maladies Infectieuses de l'EPS Fattouma Bourguiba de Monastir durant une période de cinq ans (2004-2008). Les critères diagnostiques sont la présence d'une symptomatologie respiratoire associée à un syndrome interstitiel à la radiographie du thorax.

**Résultats :** Il s'agissait de 57 femmes et 43 hommes (sex-ratio=0,75) âgés en moyenne de 38,5 ans (17-75 ans). 32 malades étaient d'origine rurale et 43 avaient des animaux dans leur entourage : chien (24%), volaille (23%), ovins (20%), bovins (7%).

Au plan clinique, la fièvre était notée chez 84 malades. Une toux était présente chez 44

malades : elle était sèche dans 39 cas et productive dans 5. L'auscultation pulmonaire avait objectivée des râles crépitants dans 8 cas, des râles ronflants dans 8 et des sibilants dans un cas. Deux malades avaient présenté une dyspnée avec hypoxie à la gazométrie du sang. Le syndrome interstitiel était bilatéral dans 98% des cas. Une hyperleucocytose était notée dans 22 cas et une leucopénie dans 15. La CRP était positive dans 92,7% des cas. Une cytolyse hépatique était notée dans 27 cas.

Une sérologie des rickettsioses, des germes atypiques et virale (CMV, EBV) était pratiquée chez 62 malades. Elle était positive (IgM + IgG) dans 28 cas (45%) : *Chlamydia pneumoniae* (n=14), *Coxiella burnetti* (n=4), *Mycoplasma pneumoniae* (n=4), *Rickettsia conorii* (n=2), *Rickettsia typhi* (n=2), une infection récente à CMV (n=1) et à EBV (n=1).

Le traitement était à base de cyclines dans 50 cas, de fluoroquinolones dans 42, de macrolides dans 6, et d'amoxicilline dans un cas. Un seul patient n'avait reçu aucune antibiothérapie. La durée moyenne du traitement était de 12 jours (5-21 jours). L'évolution était favorable dans tous les cas.

**Conclusion :** Les pneumopathies interstitielles sont de diagnostic facile. Les étiologies sont variées, dominées par *Chlamydia pneumoniae*. La sérologie possède un intérêt épidémiologique mais peu d'impact immédiat sur leur prise en charge. Le traitement repose sur une antibiothérapie active sur les germes à multiplication intracellulaire. L'évolution est souvent favorable.

### **P56 : PNEUMOPATHIE TYPIQUE A MYCOPLASMA PNEUMONIAE (A PROPOS DE 3 CAS)**

M. KHALFAOUI, S. HAMDY, A. OUADA, A. HEDHILI \*, F. ELLOUZE, CH. KOLSI, A. DORGHAM

*Service de Médecine Générale –*

*\* Service de Radiologie Hôpital Régional de Menzel Bourguiba*

Menzel Bourguiba 7050  
Habituellement responsable de pneumopathies dites « atypiques », *Mycoplasma pneumoniae* peut rarement causer un syndrome de condensation clinique et radiologique caractéristique des pneumopathies dites « typiques » le plus souvent pneumococciques, rendant compte des difficultés du diagnostic étiologique de ce genre de pneumopathies où l'échec de l'antibiothérapie de 1ère intention à base de –lactamine doit inciter à évoquer le mycoplasme et à réévaluer l'antibiothérapie, car le diagnostic est en règle sérologique, et par conséquent souvent tardif. Nous rapportons dans ce contexte 3 cas de

pneumopathies « typiques » à mycoplasma pneumoniae confirmées ultérieurement par la sérologie colligées dans notre service sur une période de 3 ans (2004-2006), révélant certaines particularités : - Les 3 cas sont féminins et jeunes d'âge (21, 48 et 49 ans) - 2/3 des cas sont survenues en automne - Le début est progressif et précède l'hospitalisation de 7 jours dans les 3 cas - Les motifs de consultation ont toujours été des symptômes extra pulmonaires déroutants - L'examen physique et la radiologie ont révélé un syndrome de condensation encore déroutant et faisant penser au pneumocoque. - L'hémogramme a révélé une hyperleucocytose dans 1/3 des cas. - Dans les 3 cas la VS et la CRP étaient franchement élevées (syndrome inflammatoire franc) - Une cytolysé hépatique est présente chez 2/3 des cas. - Le diagnostic a été évoqué devant l'évolution défavorable des 3 cas sous -lactamine (antibiothérapie de 1ère intention) et favorable sous érythromycine dans 2 cas et fluoroquinolone dans le cas restant, le diagnostic sera confirmé bien plus tard par la sérologie positive en ELISA.

#### **P57 : PNEUMOPATHIE COMMUNAUTAIRE ATYPIQUE : NE PAS OUBLIER COXIELLA BURNETII**

HATTAB ZOUHOUR\*, BATTIKH RIADH\*, MADHI WALID\*, ABID RYM\*, LABIDI JANNET\*, AJILI FAIDA\*, GHARSALLAH IMEN\*, METOUI LEILA\*, BEN ABDELHAFIDH NADIA \*, ZRIBA SAMI\*, M'SADEK FEHMI\*, LOUZIR BASSEM\*, BEN MOUSSA MOHAMED\*\*, OTHMANI SALAH\*

\*Service de Médecine Interne

\*\*Laboratoire de Bactériologie – Hôpital Militaire de Tunis

**Introduction :** L'atteinte pulmonaire est l'une des manifestations cliniques communes à la fièvre Q. *Coxiella burnetii*. est un Bacille à Gram négatif à multiplication intracellulaire ayant comme réservoir les ovins, les bovins et les tiques et dont la transmission humaine se fait par contact direct avec les mises bas des animaux ou l'inhalation d'aérosols contaminés.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 32 ans, sans antécédents, qui a été hospitalisé au service de Médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis pour une symptomatologie évoluant depuis un mois faite de toux productive avec des crachats muco-purulents associés à une dyspnée d'effort et une fièvre qui duré quelques jours. Les signes respiratoires n'ont pas cédé après 2 semaines d'amoxiclavulanate. L'examen physique a objectivé une dyspnée stade IV avec présence de râles sibilants sans fièvre. La biologie a mis en évidence une discrète

hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles avec lymphopénie, une CRP < 6 mg/l et une fonction hépatique normale. La radiographie de thorax a objectivé un syndrome interstitiel bilatéral diffus. Le bilan tuberculeux, la sérologie VIH, la sérologie de *Mycoplasma pneumoniae* et de *Chlamydia pneumoniae* sont revenus négatifs. Le diagnostic d'une pneumopathie à *Coxiella burnetii* a été retenu sur la notion de visites fréquentes par le patient d'une ferme hébergeant des ovins et des bovins dans les semaines précédents l'installation de la symptomatologie, la non amélioration sous bétalactamines, une sérologie *Coxiella burnetii* positive (IgM = 1/80 ; IgG = 1/80) et l'évolution favorable après 3 semaines d'antibiothérapie à base de macrolide. Un contrôle sérologique effectué 3 semaines après a objectivé une disparition des IgM et une augmentation des IgG à 1/160.

**Conclusion :** La pneumopathie à *Coxiella burnetii* est souvent sous estimée par le clinicien. Un interrogatoire minutieux à la recherche d'un contact avec des animaux associé à un ensemble d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques peuvent orienter le diagnostic vers une infection à *Coxiella burnetii*.

#### **P58 : ASPECTS EPIDEMIO- CLINIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PNEUMOPATHIES A C. BURNETII DANS LA REGION DE SFAX**

TRIFA F1, ZNAZEN A1, BEN ARAB N2, LAHIANI D2, MARREKCHI C2, HAMMAMI B2, BEN JEMAA M2, HAMMAMI A1

1 Laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax

2 Service de Maladies Infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax

La fièvre Q, zoonose ubiquitaire due à *C. burnetii* (Cb), est caractérisée par son polymorphisme clinique. Les manifestations cliniques sont variables en fonction des pays. La pneumopathie aigue communautaire (PAC) est l'une des formes cliniques les plus fréquemment observées.

Le but de ce travail était de déterminer les particularités épidémio-cliniques, diagnostiques ainsi que les modalités thérapeutiques des PAC aigues dues à Cb.

Notre étude, rétrospective, a concerné les cas de PAC colligés au service de Maladies Infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 13 ans (1996 – 2008). Le diagnostic étiologique était confirmé par la sérologie (Micro immunofluorescence indirecte) réalisée au

laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Nous avons colligé 47 cas de PAC à Cb représentant ainsi 3,9% des PAC infectieuses et 61,8% des cas de fièvre Q. L'âge moyen des patients était de 38 ans avec une nette prédominance masculine (sexe ratio = 4,8). L'origine géographique était urbaine dans 70,2% des cas avec une notion de contact avec les animaux dans 25,5% des cas. La fièvre Q sévissait essentiellement en hiver et au printemps (78,7%).

Sur le plan clinique, le délai de moyen de consultation était de 9 jours. La fièvre était signalée dans 95,7% des cas, la toux dans 61,7% des cas et les céphalées dans 51% des cas. A l'examen physique, l'auscultation pulmonaire était anormale chez 30 patients (63,8%) avec prédominance des râles crépitants. La radiographie thorax montrait des lésions alvéolaires dans 82% des cas. A la biologie, les globules blancs étaient normaux dans 63,8%. Une thrombopénie était notée chez 14,9% des patients et une cytolyse hépatique chez 17 patients (36,1%).

L'examen sérologique a permis la mise en évidence d'une séroconversion dans 19 cas (40,4%), la présence d'IgM dans 21 cas (44,7%) et l'élévation significative des titres d'IgG dans 7 cas (14,9%). Une antibiothérapie était prescrite chez 45 patients parmi 47. Bien qu'elle n'était active sur Cb que dans 26 cas, l'évolution était favorable chez tous les patients.

Dans notre région, la PAC à Cb constitue la forme clinique la plus fréquente de la fièvre Q aigue. Bien que la maladie soit en général bénigne, le diagnostic étiologique doit être établi vu le risque de passage à la chronicité. La sérologie, élément clef du diagnostic, devrait être demandée devant tout contexte épidémiologique-clinique évocateur.

#### **P59 : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE LA FIEVRE Q AIGUE ETUDE DE 62 CAS**

HANA HADJ KACEM, BOUSSAIMA HAMMAMI, CHAKIB MARRAKCHI, HEJER HARRABI, DORRA LAHIANI, IMED MAALLOUL, FATMA BOUATTOUR, MOUNIR BEN JEMAA

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax

La fièvre Q est une zoonose ubiquitaire due à *Coxiella burnetii*. Sa symptomatologie clinique est extrêmement polymorphe. La fièvre Q aigue se présente par une fièvre isolée ou une pneumopathie ou une hépatite. Le but de notre étude est d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la

fièvre Q aigue. Notre étude est rétrospective, étalée sur 13 ans (1996-2008). Nous avons colligé 62 cas de fièvre Q aigue dont 52 ont nécessité l'hospitalisation. Le diagnostic a été retenu sur la mise en évidence d'anticorps spécifiques anti *Coxiella burnetii*. L'âge moyen était de 36 ans (7-76), avec une prépondérance de l'infection entre 20 et 50 ans. Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio de 3,7. L'origine urbaine (39 cas) était prépondérante par rapport au milieu rural (23 cas). Dix neuf de nos patients avaient un ou plusieurs facteurs de risque : contact avec les animaux d'élevage (16 cas), ingestion de lait cru (9 cas) et une profession exposée (2 cas).

Le début était brutal dans 44 cas et progressif dans 18 cas. Le tableau clinique avait associé une fièvre (60 cas) et des signes respiratoires à type de toux (31 cas), de douleurs thoraciques (13 cas), de dyspnée (1 cas). Des signes ORL (odynophagie, vertige, obstruction nasale et dysphonie) étaient notés dans 18 cas. Une symptomatologie neurologique était notée dans 36 cas dont 33 avaient des céphalées, 6 avaient une photophobie, et un avait des paresthésies des membres inférieurs. Une symptomatologie digestive était notée dans 27 cas, à type de vomissements (21 cas), anorexie (7 cas), douleurs abdominales (7 cas), constipation (4 cas), nausées (3 cas) et diarrhée (3 cas). Des arthromyalgies étaient notés dans 30 cas. L'examen physique a objectivé une fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  dans 48 cas, une polypnée modérée sans signe de lutte dans 3 cas. L'auscultation pulmonaire était normale dans 30 cas et a retrouvé des râles crépitants dans 32 cas. En outre, l'examen a objectivé une pharyngite (15 cas), une sensibilité abdominale (12 cas), des adénopathies (9 cas) et un syndrome méningé (3 cas).

Nous avons noté une hyperleucocytose  $\geq 10000$  (18 cas), une leucopénie  $< 4000$  (3 cas), une thrombopénie (16 cas), une thrombocytose (7 cas), une accélération de la vitesse de sédimentation  $\geq 30$  mm à la première heure (44 cas), une cytolyse hépatique (27 cas) et une insuffisance rénale (7 cas). La sérologie de la fièvre Q était positive dans tous les cas. La radiographie thoracique était pathologique dans 47 cas montrant des opacités alvéolaires (16 cas), des opacités alvéolo-interstitielles (21 cas), des opacités interstitielles (8 cas), un syndrome bronchique (4 cas), une pleurésie (7 cas), une scissurite (5 cas) et une atélectasie (1 cas). Le traitement par les cyclines était prescrit chez 42 patients, dont 29 de première intention. L'évolution immédiate était marquée par l'obtention de l'apyrexie dans un délai moyen de 3 jours. L'évolution tardive était évaluée chez 47 patients puisque 15 était perdus de vue.

La fièvre Q aigue est une maladie bénigne ubiquitaire, caractérisée par son polymorphisme clinique avec possibilité de résolution spontanée.

#### **P60 : PLACE DES BACTERIES À MULTIPLICATION INTRACELLULAIRE DANS LES PNEUMOPATHIES INFECTIEUSES ET LES FIEVRES ISOLEES.**

MNIF S1, ZNAZEN A1, TRIFA F1, MARREKCHI C2, HAMMAMI B2, BEN JEMAA M2, HAMMAMI A1  
1 Laboratoire de Microbiologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax  
2 Service de Maladies Infectieuses du CHU Hédi Chaker de Sfax

*Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetii* et *Legionella pneumophila* sont des bactéries intracellulaires. Leur implication en pathologie humaine est de plus en plus démontrée notamment dans les pneumopathies. Puisque la culture est difficile, la sérologie demeure le moyen diagnostique le plus approprié.

Le but de ce travail était de déterminer la place des infections à ces bactéries dans les pneumopathies et les fièvres isolées et de préciser la fréquence de chacune d'entre elles.

Notre étude, rétrospective, était effectuée au service de microbiologie CHU Habib Bourguiba allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007. Parmi les malades consultants et ou hospitalisés aux différents services des deux CHU de Sfax pour pneumopathie ou fièvre isolée et pour lesquels une sérologie a été réalisée, nous avons recensé tous ceux ayant une sérologie positive en faveur d'une infection récente à l'une des 4 espèces précitées.

Durant la période d'étude, 855 sérums provenant de 640 patients ont été testés. 438 sérums provenaient de 326 patients ayant une pneumopathie et 417 provenaient de 314 patients ayant une fièvre isolée. Nous avons retenu le diagnostic d'infection à germe intracellulaire chez 64 patients (10%) dont 51 cas de pneumopathies (8%) et 13 cas de fièvre isolée (2%). Parmi les patients ayant une pneumopathie, la sérologie était en faveur d'une infection récente dans 15% des cas permettant le diagnostic d'une pneumopathie à *C. pneumoniae* dans 29 cas (9%), à *C. burnetii* dans 13 cas (4%), à *M. pneumoniae* dans 7 cas (2%) et à *L. pneumophila* dans 2 cas (0,6%). La sérologie n'était en faveur d'une infection récente que chez 4% des patients ayant une fièvre isolée, permettant ainsi le diagnostic d'une infection à *C. pneumoniae* dans 6 cas (1,9%), à *C. burnetii* dans 3 cas (1%) et à *M. pneumoniae* dans 4 cas (1,3%). Dans notre région, les bactéries intracellulaires occupent une place non négligeable surtout dans

les pneumopathies. L'apport de la sérologie pourrait être amélioré par les moyens de diagnostic moléculaire.

#### **P61 : DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES A MYCOPLASMA PNEUMONIAE CHEZ L'ENFANT : RESULTAT D'UNE ETUDE PROSPECTIVE SUR 4 ANS**

ARABELLA TOUATI, WAFI ACHOUR, SABINE PEREYRE, NAJLA BEN JABALLAH, CECILE M. BEBEAR, ASSIA BEN HASSEN  
Service des laboratoires, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis,

**Objectif :** Le diagnostic bactériologique des infections respiratoires à *Mycoplasma pneumoniae* (Mpn) est difficile. Il reposait traditionnellement sur la sérologie qui ne permettait qu'un diagnostic rétrospectif. La culture est lente et fastidieuse et ne peut être réalisée que par certains laboratoires spécialisés. Ces limites ont rendu le recours aux techniques moléculaires indispensables. Notre objectif a été de décrire les outils diagnostiques utilisés dans notre étude pour rapporter la prévalence et les caractéristiques épidémiologiques des infections respiratoires à Mpn chez l'enfant à Tunis.

**Matériel et Méthodes :** Une étude prospective a été conduite sur une période de 40 mois (2005-2009) et a concerné 540 enfants et nouveaux-nés hospitalisés pour infections respiratoires. Cinq cent quatre-vingt prélèvements (pvts) ont été collectés, en majorité, des pvts respiratoires (n = 572), et acheminés au laboratoire dans un milieu de transport (2SP). Ces pvts ont été analysés par PCR en point final ciblant l'adhésine P1 et l'ARNr 16S de Mpn et par culture en milieu Hayflick glucosé. Cent cinquante-huit pvts respiratoires ont bénéficié d'une recherche de Mpn par PCR en temps réel. Les anticorps IgM et IgG ont été recherchés dans les 525 sérums reçus (469 sérums isolés et 28 paires de sérums) par une méthode ELISA.

**Résultats :** Sur les 580 prélèvements analysés, 33 (5,7%) étaient positifs pour Mpn: 3 pvts positifs par culture uniquement, et 30 par PCR (20 par PCR en temps réel, 7 par PCR conventionnelle et 3 par les 2 méthodes), parmi lesquels 6 avaient une culture positive. La séroprévalence s'est chiffrée à 10,3% (54/525) avec 3,6% (19/525) signant une infection en cours à Mpn. Trente-neuf cas (7,2%) avaient une infection active à Mpn: 10 avaient la sérologie seule positive, 24 avaient une PCR et/ou une culture positive et 5 l'association des deux. La moyenne d'âge de ces cas diagnostiqués était de 4,5 ans avec des extrêmes de 2 semaines à 14

ans et une prédominance chez l'enfant de plus de 2 ans (56,4%). Les cas ont été essentiellement observés pendant les 3 saisons : été, hiver, et printemps.

**Conclusion :** La prévalence des infections respiratoires à Mpn chez l'enfant à Tunis est comparable à celles des autres pays (2-20%). Les différents outils diagnostiques utilisés étaient complémentaires avec une meilleure sensibilité de la PCR (surtout en temps réel) et de la sérologie (IgM). Chez l'enfant, l'association de ces 2 méthodes permet un diagnostic précoce et fiable de l'infection.

### **P62 : MASTOÏDITE SUBAIGUE COMPLIQUÉE D'UNE THROMBOSE DE LA VEINE JUGULAIRE INTERNE**

M. MNEJJA, J. MOALLA, L. BOUGUECHA, N. KOLSI, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL  
*Service ORL, CHU Habib Bourguiba Sfax*

**INTRODUCTION** La thrombose de la veine jugulaire interne et une complication veineuse locorégionale des otomastoidites. Elle est devenue rarissime depuis l'avènement des antibiotiques. Elle est due généralement à une extension de la thrombose depuis le sinus latéral.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE** Nous rapportons, le cas d'une patiente âgée de 56 ans sans ATCD particuliers qui a été hospitalisée pour tuméfaction latéro-cervicale droite avec otalgie et hypoacousie droite, le tout dans un contexte fébrile.

L'examen clinique a montré l'aspect d'une otomastoidite avec tuméfaction jugulo-carotidienne droite de 5cm. Le scanner cervical et des rochers a objectivé une otomastoidite avec thrombophlébite étendue de la veine jugulaire interne.

La paracentèse a isolé du pus jaunâtre dont l'examen bactériologique a objectivé : un pneumocoque sensible.

La patiente a été traitée par antibiothérapie par voie intraveineuse avec des soins locaux durant vingt jours retallés par voie orale pendant six semaines.

L'évolution était favorable avec perméabilisation de la veine jugulaire interne à l'IRM de contrôle.

**COMMENTAIRES** La thrombophlébite de la veine jugulaire interne et une complication veineuse rare des otomastoidites. Elle concerne 3% des mastoidites aiguës. Elle se manifeste par un syndrome infectieux inaugural avec une totie évolutive en rétention avec un torticolis et empatement le long du bord antérieur du muscle sternocleidomastoïdien.

Le scanner et surtout l'IRM objectivent la thrombose même dans sa forme débutante.

La stratégie thérapeutique associe une double antibiothérapie par voie générale avec traitement de la pathologie auriculaire et traitement spécifique de la thrombose. A noter que le traitement anticoagulant est contesté vu le risque hémorragique et la diminution de l'infection.

La ligature de la veine jugulaire interne est diversement appréciée dans la littérature vu les multiples risques à savoir : les complications septiques, la thrombose rétrograde, l'interruption du retour veineux céphalique et l'infection intracrânienne, sans oublier le risque pur le nerf vague, accessoire et le grand hypoglosse.

### **P63 : OTOMASTOÏDITE AIGUE COMPLIQUÉE D'UNE PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE**

SALIMA KHARRAT, MERIEM BEN MILED, LAMIA AMARI\*, SAFA TEMIMI, RIM ZAININE, NAJEH BELTAIEF, TAOUFIK BEN CHAABANE\*, SAMIA SAHTOUT, GHAZI BESBES.

*Service ORL hôpital la Rabta. \*service infectieux hôpital la Rabta.*

**Introduction :** Lors d'une mastoïdite, la paralysie faciale peut être due à l'infection mastoïdienne ou plus rarement, à une méningite purulente associée. La diffusion de l'infection, se fait probablement non pas par contact direct, mais par l'intermédiaire d'une thrombose veineuse.

Nous rapportons un cas de mastoïdite aiguë compliquée d'une paralysie faciale périphérique colligé au service d'ORL la Rabta sur une période de 10 ans.

**Observation :** Il s'agit d'un nourrisson âgé de 1 an qui a présenté 3 mois et demi avant son admission une paralysie faciale périphérique gauche progressive, avec apparition secondairement d'une otorrhée purulente homolatérale. Un mois après, il y a eu apparition d'un strabisme convergent avec fièvre. L'enfant fût alors hospitalisé à l'institut de neurologie d'où il nous a été transféré après un traitement médical.

L'examen avait montré une paralysie faciale périphérique gauche (grade V de House), une tuméfaction en regard de la région mastoïdienne gauche avec des signes inflammatoires locaux. L'examen otoscopique avait révélé une chute de la paroi supérieure du conduit auditif externe et une perforation postéro-supérieure non marginale du tympan. Un *proteus mirabilis* a été isolé par l'examen bactériologique. Le patient a été mis sous antibiothérapie à base de céphalosporine 3<sup>ème</sup> génération et d'aminoside.

Le patient a bénéficié d'une mastoïdectomie avec couverture du facial qui était dénudé sur sa deuxième portion.

**Conclusion :** Le pronostic est généralement favorable après mastoïdectomie qui permet le nettoyage et la mise à plat des cellules mastoïdiennes. La décompression chirurgicale du nerf facial est rarement indispensable.

#### **P64 : OTITE EXTERNE NECROSANTE DU SUJET AGE : A PROPOS DE CINQ CAS**

H. DHOUIB, M. MNEJJA, M. BEN SALAH, AM. CHAKROUN A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL  
*Service ORL CHU Habib Bourguiba Sfax*

L'otite externe maligne (OEM) ou nécrosante est une infection rare mais grave du conduit auditif externe (CAE)

Dans ce travail, nous rapportons une série de cinq cas d'otite externe nécrosant colligés dans les services d'ORL et de maladies infectieuses des CHU de Sfax sur une période de huit ans. Nous n'avons inclus dans ce travail que les malades âgés de plus de 60 ans.

Le but de notre travail était d'étudier les caractéristiques de cette affection, ses facteurs de risque et de mettre l'accent sur les différentes modalités diagnostiques et les possibilités thérapeutiques.

La prédominance masculine, fréquemment trouvée dans la littérature, a été notée dans 100% des cas dans notre série.

Il s'agit d'une affection qui survient chez le sujet âgé dans 90% des cas. L'âge moyen de nos malades était de 66,4 ans (60-74 ans)

Une débilite de terrain est fréquemment notée. Il s'agit essentiellement de diabète (65-100% des cas et dans tous les cas dans notre série). Une autre tare lui a été associée dans 60% des cas

Les signes cliniques évocateurs de cette affection sont l'otalgie et l'otorrhée notées dans 100% des cas dans notre série.

La mise en évidence d'un granulome inflammatoire à la partie postéro-inférieure du conduit auditif externe est capitale. Elle a été notée dans 60% des cas dans notre série.

La tomodensitométrie est essentielle. Elle permet de confirmer le diagnostic et surtout de fait le bilan d'extension de l'ostéite u niveau du rocher et aux régions adjacentes.

La scintigraphie osseuse au technétium 99 constitue un examen clef pour le diagnostic précoce.

L'otite externe invasive constitue une urgence thérapeutique. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire, précoce et intensive comportant essentiellement une équilibration du diabète et une antibiothérapie adaptée selon la sensibilité du

germe. La place de la chirurgie dans le traitement de l'OEM est actuellement restreinte.

Sous traitement, l'évolution est généralement bonne : 85 à 96,5 % des cas et dans 60% des cas dans notre série, parfois au prix de séquelles essentiellement nerveuses . Des rechutes et des récidives peuvent s'observer sur ce terrain de débilite.

#### **P65 : SEPSIS SEVERE ET GROSSESSE**

J OTHMAN, M FEKIH, K FATHALLAH, , B GHORBEL, L BERGAYA, A MEMMI, H ESAIDI, S BOUGHIZANE, M NOUIRA, M BIBI, H KHAÏRI.  
*Service de gynécologie et obstétrique CHU Farhat Hached*

Les infections graves ou sepsis sévères et les chocs septiques justifiant une prise en charge des femmes dans le pré- ou le post-partum sont des situations très rares.

La mortalité maternelle due aux infections ne représente que 12 % des morts maternelles, essentiellement dues aux hémorragies de la délivrance.

Les particularités physiologiques de la grossesse (immunité et état hémodynamique) expliquent la faible mortalité observée chez la femme enceinte lors des sepsis sévères ou des chocs septiques.

Cependant, la survenue parfois rapide d'une dysfonction myocardique peut rendre compte de la gravité de certaines situations.

Nous rapportons deux cas de sepsis sévère pris en charge au service de gynécologie et obstétrique de Sousse. Le premier chez un femme enceinte à 24 SA à point de départ urinaire suite à une pyonephrose traiter par antibiotique et néphrostomie percutanée et le deuxième à 27 SA secondaire à une cholécystite traiter par antibiotique et cœlioscopie.

La reconnaissance des premiers signes de sepsis doit conduire à une antibiothérapie empirique efficace basée sur la connaissance microbiologique de la source de l'infection. Le choix antibiotique tiendra compte de la sensibilité habituelle des bactéries causales de l'infection, de la tolérance maternofoetale des antibiotiques et des particularités pharmacocinétiques inhérentes aux modifications des volumes de distribution. La prise en charge conventionnelle d'un sepsis sévère ou d'un choc septique doit respecter les recommandations actuelles.

#### **P66 : LISTERIOSE AU COURS DE LA GROSSESSE A PROPOS D'UN CAS**

RAGMOUN.H, BASLY MOHAMED EL HOUSSAINI SONIA, ZAYENE HOUCINE, BEN JEMAA SAMIA, MESSAOUDI FETHI., CHIBANI MOUNIR., MESSAOUDI LOTFI., RACHDI RDHOUANE.  
*Service de Gynécologie- Obstétrique de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis –*

**Introduction** La listériose est une maladie rare, d'origine alimentaire, qui affecte principalement les femmes enceintes et les sujets fragiles ou immunodéprimés

**Objectif** A travers un cas de listériose colligé dans notre service, nous proposons d'établir une CAT devant la suspicion de cette maladie au cours de la grossesse.

**Résultats** Patiente âgée de 34 ans G2P2 qui consulte à 31 SA pour une diminution des MAF avec fièvre.

Les investigations ont montré une MFUI avec des HC positifs à la listéria. La patiente a été mise sous ATB et un déclenchement de travail a été entamé par prostaglandine

**Discussion et conclusion** L'incidence de la listériose a été fortement réduite au cours de la dernière décennie, grâce aux mesures préventives prises dans l'industrie agroalimentaire. Son incidence actuelle est d'environ quatre cas par an et par million d'habitants, dont 20 à 25 % de formes périnatales. Les deux tiers des formes périnatales sont diagnostiqués au troisième trimestre. Les symptômes les plus fréquents sont une fièvre, un syndrome pseudogrippal et un travail prématuré. La méningoencéphalite est rare chez la femme enceinte. En revanche, la mortalité foetale et néonatale reste très lourde, en moyenne 26 %. Ces caractéristiques imposent d'évoquer de principe la listériose devant toute fièvre mal expliquée chez une femme enceinte, de demander des hémocultures avec recherche de *Listeria*, et de prescrire une antibiothérapie, en général une amoxicilline, sans attendre les résultats.

#### **P67 : ABCES TUBO-OVARIENS : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT**

J OTHMAN, K FATHALLAH, M FEKIH, A MEMMI, H ESAIDI, S BOUGHIZANE, M NOUIRA, M BIBI, H KHAÏRI.  
*Service de gynécologie et obstétrique CHU Farhat Hached Sousse*

**But du travail :** Evaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

**Matériel et méthode :** Etude rétrospective à propos de 172 cas d'abcès tubo-ovariens colligés durant une période de 09 ans

**Résultats :** La symptomatologie clinique était dominée par la douleur pelvienne (97%). La fièvre était inconstante (65%), les leucorrhées fétides étaient retrouvées dans 53.4% des cas.

Une masse annexielle latéro-utérine a été perçue dans 56% des cas. Une hyper leucocytose était constante dans 70% des cas.

L'échographie pelvienne pratiquée dans 160 cas a évoqué le diagnostic dans 98 cas (56.9%).

La coeliochirurgie a permis un traitement conservateur dans 52% des cas.

Les complications per et post-opératoires étaient notées dans 5 cas.

**Conclusion :** La coeliochirurgie conservatrice en association avec une antibiothérapie massive constitue un véritable sauvetage de la fonction annexielle. La coelioscopie de contrôle faite après 6 mois à un intérêt majeur dans l'évaluation et le traitement des séquelles.

#### **P68 : PROFIL DE SENSIBILITE DES MYCOPLASMES GENITAUX ISOLES A L'HOPITAL CHARLES NICOLLE DE TUNIS**

SOLTANI.H., SAÏDANIM., KAMMOUNA., GHOZZIR., BOUTIA-BEN BOUBAKERI., BEN REDJEBS.  
*Laboratoire de Microbiologie- Hôpital Charles Nicolle de Tunis*

**OBJECTIF :** *Ureaplasma urealyticum* (UU) et *Mycoplasma hominis* (MH) sont les mycoplasmes les plus fréquemment isolés au niveau de l'appareil génital féminin. Ils peuvent être de simples commensaux ou de vrais pathogènes responsables de pathologies gynécologiques, obstétricales ou de la reproduction. Naturellement résistants à nombreux antibiotiques, les mycoplasmes ne sont sensibles qu'aux macrolides, fluoroquinolones et tétracyclines. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de ces germes et de préciser leur sensibilité aux antibiotiques.

**MATERIEL ET METHODE :** Notre étude est étalée sur dix mois (Mai 2008 - Février 2009). Les mycoplasmes ont été recherchés dans les prélèvements vaginaux réalisés au laboratoire de Microbiologie de l'hôpital Charles Nicolle. Leur détection a été faite sur milieu solide Myco Gélose A7 *Mycoplasma* (bioMérieux) et liquide, *Mycoplasma* IST2 (bioMérieux) ayant simultanément servi à la réalisation d'un antibiogramme. Pour chaque antibiotique, 2 concentrations ont été fournies, une faible et l'autre élevée, permettant de classer les bactéries (selon les recommandations du fabricant) en sensibles, intermédiaires et résistantes selon qu'elles n'aient poussé à aucune des 2 concentrations,

uniquement à la plus faible concentration et dans les deux respectivement.

**RESULTATS** : Le nombre des prélèvements positifs à Mycoplasma était de 96 avec un total de 120 mycoplasmes isolés. Ils se répartissaient en 74% UU, et 26% MH. Les 2 germes ont été isolés en association dans 25% des cas. Les taux de sensibilité aux cyclines variaient de 72,9 à 85,4%, la doxycycline était la plus active, ceux aux macrolides variaient de 34,3 pour l'azithromycine à 85,4% pour la josamycine, les fluoroquinolones étaient les moins actives (Tableau 1)

**Tableau 1 : Taux globaux de sensibilité des Mycoplasmes isolés aux antibiotiques**

|                                    | DOC  | JOS  | OFL  | ERY  | TET  | CIP | AZT  | CLA  | PRI  |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|-----|------|------|------|
| <b>Taux globaux de sensibilité</b> | 85,4 | 85,4 | 15,6 | 35,4 | 72,9 | 7,9 | 34,3 | 67,7 | 91,6 |

DOC : doxycycline, JOS : josamycine, OFL : ofloxacin, ERY : érythromycine, TET : tétracycline, CIP : ciprofloxacine, AZT : azithromycine, CLA : clarithromycine, PRI : pristinamycine

**CONCLUSION** : Les cyclines restent les antibiotiques les plus actifs sur les mycoplasmes, néanmoins la variabilité des taux de sensibilité aux diverses molécules souligne la nécessité de la réalisation systématique d'un antibiogramme permettant de guider le choix thérapeutique.

**P69 : PSEUDOMONAS AERUGINOSA : FREQUENCE DES SEROTYPES ET RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ LES PATIENTS BRULES SEPTIQUES**

OUESLATI H., BOUSSELMI K., THABET L.\*, KHAIRALLAH F., YAHIA Y., GHANEM R.\*, MESSAADI A.A

Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous, Tunisie

**Introduction** : L'infection est une complication fréquente et grave chez les patients brûlés et *Pseudomonas aeruginosa* représente un germe essentiel, résistant et dangereux qui est responsable de ces infections.

Le but de ce travail est de rapporter la fréquence des sérotypes et la résistance aux antibiotiques des souches de *P. aeruginosa* responsables d'infections nosocomiales chez des patients gravement brûlés.

**Patients, matériels et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés au service de réanimation des brûlés en 2007 – 2008 et qui ont présenté une infection

nosocomiale à de *P. aeruginosa*. Les patients colonisés ont été exclus de l'étude.

L'identification des souches a été réalisée selon les caractères bactériologiques usuels. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion en milieu gélosé selon les recommandations du comité de l'antibiogramme de la Société Française de microbiologie. Le sérotypage a été établi par agglutination sur lame en utilisant des sérums anti-O.

**Résultats** : Durant la période d'étude 491 patients sont hospitalisés. 121 patients ont des cultures positives à *P.aeruginosa* dont 53 présentent une infection nosocomiale à ce germe. Les sites les plus fréquents sont: infection cutanée (58%), bactériémie (26.8%) et infection urinaire (6%). Parmi ces patients, 23 sont du sexe masculin et 30 féminins. L'âge moyen est de 33 ans (avec des extrêmes allant de 4 à 89 ans). La surface cutanée brûlée moyenne est de 37% (2 – 90%).

L'analyse des différents sérotypes montre une prédominance de 5 serotypes: O:11 (50%), O:6 (19.29%), O:3 (8.77%), O:12 (5.26%) and O:8 (4.38%).

Le taux de résistance aux antibiotiques est comme suit: 35.6% pour la ceftazidime, 32.7% pour la ciprofloxacine, 41.6% pour la gentamicine, 29.45% pour l'imipinème et 45.8% pour la fosfomycine. La multirésistance est associée au sérotype O:11. En effet, toutes les souches multirésistantes à la ceftazidime, la ciprofloxacine et la gentamicine sont de sérotype O:11.

Le taux de mortalité chez ce groupe de maladies septiques est de 32%.

Le sérotype O:11 est associé à un taux de mortalité plus élevé, vu que 41,5% des malades décédés présentent ce sérotype.

**Conclusion** : *P. aeruginosa* continue à être la première cause de morbidité et de mortalité chez les patients brûlés. Le sérotypage de *P. aeruginosa* ainsi que l'étude de sa résistance aux antibiotiques permet une gestion correcte de l'antibiothérapie et d'établir une stratégie thérapeutique efficace.

**P70 : PROFIL DE SENSIBILITE D'ESCHERICHIA COLI UROPATHOGENE AUX ANTIBIOTIQUES (2005-2007)**

F. LARBI AMMARI, A. TOUMI, A. AOUAM, C. LOUSSAIEF, F. BEN ROMDHANE, N. BOUZOUAÏA, M. CHAKROUN

Service des maladies infectieuses, EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

**Introduction** : L'émergence et la propagation de la résistance aux antibiotiques des germes uropathogènes représente un problème majeur

dans la prise en charge des infections urinaires en milieu hospitalier. Le succès d'une antibiothérapie de première intention au cours des pyélonéphrites aiguës (PNA) communautaires dépend d'une parfaite connaissance du profil de sensibilité des principaux germes incriminés.

**But :** Déterminer la sensibilité aux antibiotiques d'*Escherichia coli* isolée au cours des PNA de l'adulte.

**Matériels et méthodes :** Etude descriptive du profil de sensibilité des souches d'*Escherichia coli* isolées au cours des PNA colligées dans le service des Maladies Infectieuses de l'EPS de Monastir durant la période allant de janvier 2005 à décembre 2007. La sensibilité aux antibiotiques a été effectuée selon les recommandations de la SFM-CA.

**Résultats :** Cent quarante six ECBU étaient revenus positifs à *Escherichia coli*. Le taux de résistance le plus élevé était noté respectivement pour l'amoxicilline (59,5%) l'association amoxicilline-acide clavulanique (53,4%), la céfalotine (44,5%) et le sulfaméthoxazole – triméthoprime (41%). Le pourcentage des souches résistantes à la céfotaxime, aux furanes et à la gentamicine était respectivement de 8,9%, 9,5% et 10,9%. Concernant les quinolones, le taux de résistance était de 35% pour l'acide nalidixique, de 32% pour l'ofloxacine et de 30% pour la ciprofloxacine. Le taux de résistance le plus faible était noté pour la colistine (0,6%) et l'imipénème (0,6%). Les souches résistantes aux fluoroquinolones étaient isolées chez 32 malades. Il s'agissait d'une infection communautaire chez 30 malades (93%) : 21 (70%) avaient reçu un traitement à visée urinaire à base de fluoroquinolones les 6 mois précédents, 17 (56%) avaient été hospitalisés les 6 mois précédents et 14 (46%) avaient une vessie neurogène.

**Conclusion :** L'émergence de la résistance aux quinolones constitue une difficulté majeure dans la prise en charge initiale des PNA. Elle justifie un contrôle du bon usage de cette famille d'antibiotiques et impose une réflexion sur leur prescription en première intention. Une surveillance régulière régionale et nationale du profil de sensibilité d'*E. coli* permettrait d'adapter l'antibiothérapie de première intention des PNA en milieu hospitalier.

#### **P71 : PROFIL DE SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES SOUCHES D'ACINETOBACTER BAUMANNII ET DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA UROPATHOGENES DANS LA REGION DE MONASTIR**

F. LARBI AMMARI, H. BEN ABDALLAH, S. NOOMEN, M. MASTOURI.

Laboratoire de Microbiologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.

**Introduction :** *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa* sont des pathogènes opportunistes souvent impliqués dans les infections nosocomiales notamment urinaires à cause de la fréquence élevée des manœuvres invasives (sondes vésicales) et de la pression de sélection des antibiotiques. Ces bactéries sont naturellement résistantes à de nombreux antibiotiques et peuvent facilement acquérir de nouvelles résistances. Le but de cette étude est de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des souches d'*A. baumannii* et de *P. aeruginosa* isolées au cours des infections urinaires dans notre CHU.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée durant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2007 portant sur toutes les souches d'*A. baumannii* et de *P. aeruginosa* isolées d'urines dans le laboratoire de microbiologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir et provenant de malades hospitalisés ou consultants dans les différents services hospitaliers. L'identification des souches isolées était réalisée par les méthodes bactériologiques conventionnelles. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques était faite selon les recommandations du CA-SFM.

**Résultats :** *A. baumannii* et *P. aeruginosa* étaient isolés dans respectivement 49 et 140 prélèvements. Les services les plus touchés étaient respectivement : le service d'urologie (18,4% vs 25,7%), les unités de soins intensifs (24,5% vs 16,4%), les services de médecine (20,4% vs 21,4%) et les services de chirurgie (12,3% vs 17,2%). Les taux de résistance à la ticarcilline, l'imipénème, la ceftazidime, la ciprofloxacine et l'amikacine était respectivement de 92,3%, 33%, 93,9%, 87,7% et 69,3% pour *A. baumannii* et de 37,8%, 15,1%, 27,6%, 26,6% et 25% pour *P. aeruginosa*.

**Conclusion :** L'émergence et la diffusion des souches d'*A. baumannii* et de *P. aeruginosa* multirésistantes dans notre hôpital est préoccupante. Elle souligne l'intérêt de la surveillance régulière de l'épidémiologie locale et nationale des infections urinaires et le respect par les établissements de santé des recommandations pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.

**Mots clés :** *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, infections urinaires, sensibilité aux antibiotiques.

## **P72 : PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES PERITONITES COMMUNAUTAIRES CHEZ L'ENFANT A TUNIS**

BOUAFSOUN AIDA, BEL HAJ ALI I.1, BOUAFSOUN A.1, SMAOUI H.1, HAMZAOUI M2, CHAOUACHI B3, KECHRID A.1

1 Laboratoire de Microbiologie, Hôpital d'Enfants de Tunis

2 Service de Chirurgie infantile A, Hôpital d'Enfants de Tunis

3 Service de Chirurgie infantile B, Hôpital d'Enfants de Tunis

Les péritonites bactériennes de l'enfant sont des atteintes infectieuses graves. Leur gravité est liée à la diffusion septicémique des bactéries. Notre étude est prospective allant de juin 2007 à décembre 2008. Le but de cette étude est l'analyse du profil épidémiologique des cas de péritonites bactériennes communautaires aiguës de l'enfant. Pour tout liquide péritonéal reçu au laboratoire, nous avons effectué un examen direct avec coloration de Gram, et une culture selon les techniques habituelles de bactériologie. Pour les prélèvements positifs les bactéries ont été identifiées selon les méthodes conventionnelles et l'antibiogramme a été réalisé selon les normes de la CA-SFM. Selon les définitions de Hambourg, nous avons classé les péritonites communautaires aiguës en primitives ou secondaires. Durant la période d'étude nous avons recensé 65 cas de péritonites communautaires aiguës. L'âge moyen était de 6,8 ans, avec un sexe ratio de 1,5. Dans 97% des cas, les péritonites communautaires étaient secondaires à une appendicite aiguë compliquée. Elles étaient mono-microbiennes dans 72% des cas et poly-microbiennes dans 28% des cas. Les germes étaient essentiellement : E.coli (67%) et Streptococcus spp (11%). Deux cas de péritonites primitives généralisées à S.pneumoniae ont survécu chez deux filles sans antécédents pathologiques. Toutes les entérobactéries isolées étaient sensibles aux céphalosporines de 3ème génération. L'évolution était favorable dans tous les cas sous triple antibiothérapie (céfotaxime, gentamycine, et métronidazole). L'étude bactériologique des prélèvements lors des péritonites communautaires est justifiée pour deux raisons : elle permet d'une part, l'adaptation thérapeutique à la sensibilité aux antibiotiques des germes isolés et d'autre part, la surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

## **P73 : PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LES DIABETIQUES**

HADDAD J., CHERIF E., KAOUECH Z., AZZABI S., KOOLI C., BEN HASSINE L., KHALFALLAH N. Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle - Tunis.

**INTRODUCTION :** Le diabète sucré est souvent associé à une fréquence élevée d'infection urinaire. En effet, celle-ci est plus fréquemment retrouvée chez les patients diabétiques que non diabétiques.

**BUT DU TRAVAIL:** Le but de ce travail est d'étudier le profil clinico-bactériologique et évolutif de l'infection urinaire chez le diabétique.

**PATIENTS ET METHODES :** Etude rétrospective à propos de 28 patients présentant une infection urinaire au cours d'un diabète, colligée dans un service de Médecine Interne sur une période allant de Janvier 2000 à Septembre 2008.

**RESULTATS :** L'âge moyen des malades était de 54 ans avec une prédominance féminine (21F/7H). Le diabète était de type 2 dans 24 cas, traité par antidiabétiques oraux dans 16 cas et insulinonécessitant dans 8 cas.

L'infection urinaire était à type de cystite dans 25% des cas et de pyélonéphrite aiguë dans 75% des cas. Elle était récidivante dans 14% des cas. Le germe a pu être isolé dans 57% des cas. Il s'agissait le plus souvent d'un bacille gram négatif avec une prédominance de l'Escherichia coli. Une infection à staphylocoque a été isolée dans un cas. Une leucocyturie sans germe était retrouvée dans 11 cas. Les antibiotiques les plus fréquemment prescrits étaient les fluoroquinolones (71%) puis les céphalosporines (57%) et enfin les aminosides (25%). L'évolution des infections urinaires était marquée par la survenue de complications à type de pyélonéphrite emphysémateuse dans un cas nécessitant une néphrectomie et une septicémie dans 2 cas.

**CONCLUSION :** La prise en charge des infections urinaires chez les patients diabétiques devrait être rapide afin de préserver la fonction rénale déjà menacée par la microangiopathie diabétique. Une antibiothérapie adaptée et ajustée en fonction de l'antibiogramme permettrait de diminuer l'émergence de souches multirésistantes sur ce terrain immunodéprimé.

## **P74 : PREVALENCE DES GENES DE RESISTANCE PLASMIDIQUE AUX QUINOLONES CHEZ LES ENTEROBACTERIES ISOLEES A L'HOPITAL SAHLOUL, SOUSSE**

DAHMEN SAFIA, MANSOUR WEJDENE, CHAABANE MANEL, NIIJA HBIBA, BOUJAAFAR NOUREDDINE ET BOUALLEGUE OLFA Service de microbiologie, CHU Sahloul, Sousse

Depuis leur introduction, le niveau de résistance aux quinolones ne cesse d'augmenter spécialement chez 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). Récemment, des gènes de résistance aux quinolones appelés *qnr*, localisés sur des plasmides, ont été décrits chez les Entérobactéries ainsi que le gène *qepA* et le variant du gène *aac(6')Ib*. Dans ce travail, on s'est intéressé à déterminer la prévalence de ces gènes chez les Entérobactéries isolées à l'hôpital Sahloul durant la période de Septembre 2005 à Décembre 2007. 281 souches d'Entérobactéries, résistant à l'acide nalidixique, dont la majorité est productrice de  $\beta$ -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 confirmée par PCR et séquençage. Les gènes *qnr* (*qnrA*, *B* et *S*), *qepA* et *aac(6')Ib-cr* ont été détectés par PCR multiplex en utilisant des amorces spécifiques et la détermination des variants a été faite par séquençage. La transférabilité de ces gènes ainsi que la détermination des tailles des plasmides porteurs ont été déterminés par hybridation. Les BLSEs sont majoritairement de type CTX-M-15. La prévalence des gènes *qnr* est de 16%, avec une prédominance des gènes *qnrB*. Plus que la moitié des souches *qnr+* sont productrices de BLSEs. La taille du plasmide portant les gènes *qnr* varie entre 70 et 120 Kb. Les gènes *qepA* et *aac(6')Ib-cr* n'ont pas été retrouvés dans cette collection d'Entérobactéries.

Par rapport à d'autres pays, la prévalence des gènes *qnr* est assez élevée. Ces gènes sont souvent associés à des bactéries productrices de BLSEs. 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. C'est la première description du gène *qnr* en Tunisie.

#### **P75 : LES PNEUMOCOCCÉMIES : ETUDE DE 54 CAS**

KOUBAA MAKRAM, MARRAKCHI CHAKIB, HAMMAMI BOUSSAYMA, LAHIANI DORRA, MAALOUL IMED, BEN JEMAA MOUNIR

*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, TUNISIE*

Le pneumocoque est le germe le plus incriminé dans les pneumonies aiguës communautaires. Les formes bactériémiques représentent 20% des pneumonies à pneumocoque et demeurent peu étudiées.

Préciser les particularités épidémiocliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des pneumonies bactériémiques à pneumocoque (PBP).

Nous avons mené une étude rétrospective (1992-2008) dans notre service ayant inclus tous les cas de PBP.

54 épisodes ont été colligés. Il s'agissait de 37 H et 17 F. L'âge médian est de 41 (11-82) ans. 60% des cas avaient moins de 50 ans. 22% de nos malades étaient tabagiques, 17% avaient une pathologie pulmonaire chronique, 11% avaient une cardiopathie ancienne et 9,3% étaient alcooliques. La symptomatologie était souvent brutale (80%), dominée par la fièvre (93%), les frissons (54%), la toux (46%), les douleurs thoraciques (48%) et la dyspnée (22%). La radiologie a montré une atteinte bilatérale (9%), une bronchopneumonie (15%) et un épanchement pleural (20,3%). Le syndrome inflammatoire biologique était présent dans 86,6% et 63% avaient une hyperleucocytose > 15000/ml. Une insuffisance rénale a été notée chez 76% des cas. Un état de choc septique a été constaté (6 cas) et des localisations secondaires (9 cas). Un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline est trouvé dans 8 cas. L'antibiothérapie empirique était une bêta-lactamine dans 98%. La durée moyenne de traitement était 21 jours dont 14,4 étaient par voie parentérale. L'évolution était favorable dans 53 cas, un seul patient est décédé. Les PBP touchent plus les adultes jeunes souvent tabagiques. Malgré une prise en charge rapide et efficace, cette pathologie reste grave devant les risques d'insuffisance rénale, de localisations secondaires et de choc septique. Elle requiert une hospitalisation et un traitement parentéral souvent prolongés.

#### **P76 : LES INFECTIONS NOSOCOMIALES A PSEUDOMONAS AERUGINOSA**

KHAIRALLAH F., OUESLATI H., THABET L.\*, BOUSSELMY K., GHANEM R.\*, MESSAADI A.A  
*Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous, Tunisie*

*Service de Réanimation des brûlés*

*\*Service de biologie clinique*

Introduction *Pseudomonas aeruginosa* joue un rôle majeur dans les infections nosocomiales (IN) chez les brûlés en réanimation.

Le but de cette étude est de déterminer le profil épidémiologique des infections nosocomiales à *Pseudomonas aeruginosa* chez le brûlé.

Patients et méthodes : Etude rétrospective concernant les patients hospitalisés dans le service de réanimation des brûlés de l'Hôpital Aziza Othmana de Tunis durant une période de 3 ans (du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2007), incluant les malades ayant un séjour supérieur à 48 heures et qui ont présenté une infection nosocomiale à *Pseudomonas aeruginosa*. Le diagnostic d'infection nosocomiale a été porté selon les critères définis par l'American College of Chest Physicians et la Society of Critical Care Medicine. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel Epi-Info version 6.04 pour Windows. L'étude pronostique (régression logistique) a été faite au moyen du logiciel SPSS version 13.

L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a été réalisée par la méthode de diffusion selon les normes de la Société Française de Microbiologie.

Résultats :

Durant la période d'étude, 607 brûlés ont été hospitalisés dont 450 au delà de 48 heures. 87 patients ont présenté une infection nosocomiale à *P. aeruginosa* soit une incidence de 19.3%. L'âge moyen est de 32 ans. Le sex-ratio est de 1.12/1. La surface cutanée brûlée moyenne est de 36.6 +/- 17%. Le séjour moyen est de 71 jours avec des extrêmes de 5 à 367.

Les sites infectés étaient : la peau (47.1%), le sang (42.5%), les poumons (5.7%), les cathéters (3.4%) et les voies urinaires (1.1%).

L'infection à *P.aeruginosa* se déclare avec un délai moyen de 13 jours. L'évolution de l'infection est souvent rapide faisant que le diagnostic est souvent fait à un stade relativement tardif. En effet, il a été posé au stade de sepsis dans 39.1% des cas et de choc septique dans 8% des cas. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques des souches de *P.aeruginosa* responsables de ces infections a montré un taux global de résistance de 26.3% à l'imipénème, 35.3% à la ceftazidime et 30.4% à la ciprofloxacine. La multirésistance aux antibiotiques a concerné 23 des isolats.

Le taux de mortalité dans notre série est de 32.2%. Le décès est imputé à l'infection à *Pseudomonas* dans 42.8%. Par ailleurs, la multirésistance aux antibiotiques chez *P.aeruginosa* a un impact significatif sur la mortalité dans notre étude. En effet, le taux de mortalité chez les patients infectés par PMR est significativement plus élevé versus les

malades infectés par *P.aeruginosa* sensibles (rr=2.23,p=0.05)

Conclusion : Les infections nosocomiales à *P.aeruginosa* restent fréquentes, graves et pourvoyeuses d'une forte mortalité chez les brûlés. La multirésistance aux antibiotiques aggrave le pronostic de ces infections. Le renforcement de l'hygiène ainsi qu'un bon usage des antibiotiques sont indispensables afin de prévenir ces infections et freiner la dissémination des souches multirésistantes.

#### **P77 : LES INFECTIONS INVASIVES A HAEMOPHILUS INFLUENZAE CHEZ L'ADULTE ETUDE DE 6 CAS**

HEJER HARRABI, CHAKIB MARRAKCHI, DORRA LAHIANI, \*ABIR ZNAZEN, BOUSSAYMA HAMMAMI, IMED MAALLOUL, \*ADNENE HAMMAMI, MOUNIR BEN JEMAA

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax \*Service de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* (HI) chez l'adulte sont des entités rarement décrites.

Le but de notre étude est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des infections invasives à HI observées chez l'adulte.

Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant inclus tous les patients, âgés de plus de 18 ans, hospitalisés pour une infection invasive à HI (1995 – 2008).

Six patients (4 femmes et 2 hommes) ont été inclus, ce qui correspond à une incidence de 0.3/10.000 hospitalisations /an. La médiane des âges était de 45.5 ans. Il s'agissait de 2 cas de méningite, d'une pleuropneumopathie, d'une bactériémie, d'une endométrite et d'une cellulite abcédée de la face. Des facteurs prédisposants ont été retrouvés chez 5 patients : un diabète (1 cas), une maladie de Fanconi (1 cas), un traumatisme nasal (1 cas), un ostéome du sinus frontal (1 cas), une mastoïdite (1 cas) et une dilatation des bronches (1 cas). L'HI a été isolé sur les hémocultures (2 cas), le liquide céphalorachidien (2 cas), un prélèvement vaginal (1 cas), une ponction d'abcès (1 cas) et sur l'examen cytobactériologique des crachats (1 cas). Il s'agit d'un sérotype b dans 1 cas et non typable dans 5 cas. Seules 2 souches étaient résistantes à l'ampicilline. L'antibiothérapie était à base d'ampicilline (1 cas), d'amoxicilline-acide clavulanique (2 cas), d'une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération (2 cas) et de lévofloxacine (1 cas). La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 27, 5 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Quelques années après l'introduction du vaccin anti HI de type b, les infections invasives à HI chez l'adulte tendent à être plus fréquentes. Elles touchent particulièrement les sujets de plus de 65 ans et prédominent chez les femmes. Une cause prédisposante est fréquemment retrouvée. Les souches non typables sont les plus en cause. Le traitement doit tenir compte de l'augmentation du taux de résistance à l'ampicilline.

#### **P78 : IMPACT OF ACINETOBACTER INFECTION ON THE MORTALITY**

QUESLATI H., THABET L.\*, BOUSSEMI K., KHAIRALLAH F., YAHIA Y., GHANEM R.\*, MESSAADI A.A

Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous, Tunisie

Service de microbiologie

**INTRODUCTION** *Acinetobacter baumannii* (Ab) is recognized as an important cause of nosocomial infections. Although A b can be associated with multidrug resistance its impact on mortality in burn patients has not been fully elucidated.

We performed a retrospective cohort study of all patients admitted to the burn intensive care in Aziza Othmana Hospital to determine the effect of *Acinetobacter baumannii* infection on mortality.

**PATIENTS AND METHODS** In a retrospective cohort study assessing medical records and microbiology laboratory data at a Aziza Othmana Hospital, we evaluated all patients admitted to the burn intensive care between January 2005 and December 2007. Data collected included age, severity of burn, length of stay, and survival to hospital discharge. In addition, microbiology data were reviewed to determine which patients were infected with *Acinetobacter baumannii* during the study period. These data were then used to compare patients infected with Ab to patients not infected. Statistical analysis was performed to determine which patient's characteristics were associated with increased mortality.

**RESULTS** From January 2005 through December 2007, 607 patients were admitted to the burn intensive care. 47(7.7%) patients had nosocomial infection with *Acinetobacter baumannii*. Bacteremia was the most common type of infection accounting for 42(89%) to 47. Among these patients 24 were female and 23 were male. Their mean age was 32 ± 14 years. Mean TBSA was 50 ± 20%. The median length of stay was 75 days (range 9-367 days). The septic mortality in this group was 46.8%. When compared to the patients without Ab infection, the patients infected with Ab had more severe burns and comorbidities, and had

longer lengths of stay. Moreover, mortality in infected patients with Ab was higher compared with those without infection (relative risk = 2.44, p = 0.0002). Most of the *Acinetobacter baumannii* isolates were multi resistant to the mainly antibiotics used in the burn unit and were only susceptible to colistin. The inappropriate antibiotherapy, particularly the later use of colistin was significantly associated with mortality.

**CONCLUSION** *A.baumannii* infections appear to be associated with increased mortality, as they typically occur in patients with severe injuries and more extensive burns. The inappropriate empirical antibiotherapy was significantly associated with mortality. Clinicians should consider these data when treating A b infections in the future.

#### **P79 : EPIDEMIOLOGIE ET PROFIL DE SENSIBILITE DES ISOLATS D'HEMOCULTURE DANS LE SERVICE DE REANIMATION CHU SAHLOUL DE SOUSSE (2005-2008)**

NAIJA HABIBA, ESSAADI M AHMED, NAIJA WALID, BOUALLEGUE OLFA, BOUJAAFAR NOUREDDINE

Service de réanimation médicale, CHU Sahloul, Sousse

**Objectif :** Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique et la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées dans le service de réanimation, afin d'optimiser l'antibiothérapie probabiliste.

**Matériel et méthode :** Etude rétrospective réalisée sur une période de quatre ans (2005-2008) portant sur l'ensemble des bactéries isolées à partir des hémocultures réalisées dans le service de réanimation du CHU Sahloul de Sousse.

**Résultats :** Au cours de cette période nous avons colligé 563 isolats d'hémocultures positives dont 80% étaient des bacilles à Gram négatif et 14% des cocci Gram positif. Les espèces les plus fréquemment isolées étaient *Acinetobacter baumannii* (21,3%), *Enterobacter cloacae* (14,2%), *Klebsiella pneumoniae* (12,8%), *Pseudomonas aeruginosa* (9,5%), *Staphylococcus aureus* (5,1%) et Staphylocoque à coagulase négative (4,8%). La résistance à la méticilline était de 31% pour le *S.aureus* et de 73% pour les staphylocoques caoagulase négative. Aucune souche de staphylocoque résistante aux glycopeptides n'a été isolée. Les entérobactéries étaient résistantes aux céphalosporines de troisième génération dans 66% des cas, elles présentaient un phénotype de bêtalactamase à spectre étendue dans 24% des cas. Aucune souche d'entérobactérie n'est productrice de carbapénémase. Le taux de résistance de l'*A.baumannii* était de 90% pour la

céftazidime et de 71% pour l'imipénème. Le taux de résistance de *P.aeruginosa* aux céphalosporines de troisième génération et à l'imipénème était respectivement de 25% et de 27,7%.

**Conclusion :** Une étude épidémiologique régulière des isolats des hémocultures et la détermination des sensibilités aux antibiotiques sont nécessaires pour mieux guider l'antibiothérapie probabiliste et contrôler le développement de souches multirésistantes.

### **P80 : MENINGITES REVELATRICES D'UNE MALADIE DE MONDINI (A PROPOS DE DEUX CAS)**

M. MNEJJA, B. HAMMAMI, AM. CHAKROUN, M. SELLEMI, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL

*Service ORL CHU Habib Bourguiba Sfax*

**But :** Rapporter de rares cas de malformations de l'oreille interne avec fistule péri lymphatique et discuter leurs aspects cliniques et thérapeutiques.

**Malades et méthodes :** Nous rapportons deux observations, d'une fille et d'un garçon âgés respectivement de 7 et 18 ans, issus de mariages consanguins.

**Résultats :** Tous les deux ont présenté des épisodes répétés de méningites associées à une surdité unilatérale. La Tomodensitométrie a montré des malformations cochléo-vestibulaires type Pseudo-Mondini dans le 1<sup>er</sup> cas et Mondini dans le 2<sup>ème</sup> cas. Une fistule entre vestibule et fond du conduit auditif interne a été objectivée. Les deux malades ont été traités chirurgicalement. L'évolution était bonne.

**Discussion :** La maladie de Mondini représente 55 % des malformations congénitales de l'oreille interne. Elle regroupe deux anomalies différentes : Mondini et Pseudo Mondini.

Elle peut s'associer à une fistule entre l'espace sous-arachnoïdien et l'oreille moyenne responsable de méningites à répétition. Le diagnostic est basé sur le scanner et l'IRM. Le traitement est chirurgical par fermeture des fistules péri lymphatiques.

**Conclusion :** La surdité congénitale unilatérale est souvent négligée et la notion de méningites récidivantes doit évoquer la présence d'une fistule labyrinthique congénitale associée.

### **P81 : LA MENINGITE LISTERIENNE : A PROPOS DE DEUX CAS**

E. ELLEUCH, R. ABDELMALEK, B. KILANI, F. KANOUN, H. TIOUIRI BENAÏSSA, L. AMMARI, A. GHORBANTINI, T. BEN CHAABANE

*Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis  
Rev Tun Infectiol, Avril 09, Vol 3, Supplément N°1, 1 - 96*

**Introduction :** Les infections à *Listeria monocytogenes* s'observent chez les femmes enceintes, les âges extrêmes et les sujets immunodéprimés.

**Patients et méthode :** Nous présentons le cas de deux patients ayant été traités d'une méningite listérienne au service des maladies infectieuses de Tunis afin de relever les particularités cliniques, les facteurs de risque et les difficultés diagnostiques.

**Résultats :** nos deux patients sont âgés de 65 et 76 ans, ils sont un homme et une femme. Aucun facteur de risque n'a été retrouvé hormis l'âge avancé.

Le tableau était celui d'une confusion fébrile. Le LCR était en faveur d'une méningite purulente dans un cas et d'une méningite à liquide clair dans l'autre. Le traitement empirique était une antibiothérapie anti-pneumococcique dans un cas et de l'aciclovir dans l'autre.

La culture du LCR a finit par redresser le diagnostic dans les deux cas et les patients ont reçu de l'ampicilline-gentamicine avec une bonne évolution.

**Conclusion :** La mortalité par la méningite listérienne reste élevée (20%). En l'absence de documentation microbiologique, le traitement empirique d'une méningite d'allure bactérienne chez l'adulte de plus de 50 ans doit comprendre une aminopénicilline ou du triméthoprime sulfaméthoxazole, en particulier s'il n'y a pas d'évidence clinique de pneumonie, d'otite ou d'endocardite qui suggèreraient une cause autre que *L. monocytogenes*.

### **P82 : MENINGITES BACTERIENNES DE L'ADULTE EN REANIMATION MEDICALE : ANALYSE CLINIQUE ET ETUDE DES FACTEURS PRONOSTIQUES**

NASRI R., ABDELLATIF S., TRIFI A., DALY F., MAHJOUB K., RAHMANI I., BEN LAKHAL S.

*Service de réanimation médicale la Rabta*

**Introduction :** Les méningites bactériennes sont un motif fréquent d'admission en réanimation. Malgré les progrès de l'antibiothérapie, leur pronostic reste redoutable. Le but de ce travail est d'étudier la présentation clinique, les complications évolutives, déterminer les motifs de transfert en réanimation des méningites bactériennes et identifier les facteurs de mauvais pronostic, afin d'orienter en réanimation les patients à risque de développer des complications secondaires.

**Méthodes :** Etude rétrospective menée dans le service de réanimation médicale La Rabta entre Janvier 2001 et Décembre 2007.

**Résultats :** 80 patients d'âge moyen  $41,31 \pm 18$  ans sont inclus. 12,5 % sont âgés de plus de 65 ans. Le sex-ratio est de 2,8. L'IGS II moyen est  $38,6 \pm 14$ . L'APACHE II moyen est de  $16 \pm 8$ . La moyenne annuelle est de 11,4 cas/an. Un antécédent ou une pathologie sous-jacente est retrouvée chez 42,5% nos patients. L'hospitalisation directe en réanimation n'a concerné que 60% des cas. Le motif d'admission en réanimation le plus fréquent était la détresse neurologique (91,3%) Les formes comateuses sont au nombre de 41(51,3%). 25 % ont présenté des convulsions, et 19 patients (23,8%) ont présenté un choc septique 16,3 % des patients présentaient un sepsis sévère à l'admission. La porte d'entrée est trouvée chez 48 patients, soit 60 %. La porte d'entrée pulmonaire est la plus fréquente (52 %). Le pneumocoque et le méningocoque sont les germes les plus fréquents (76 %).

L'évolution est fatale pour 29 patients (36,3%). Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés sont : l'âge, l'IGSII, l'APACHE II, le délai de prise en charge en réanimation, les troubles de la conscience,  $GCS \leq 8$ , les convulsions, l'état de choc, une hyperprotéinorachie, un taux élevé de CRP, une thrombopénie, une insuffisance rénale, l'hyperglycémie, le recours à la ventilation artificielle, la durée de la ventilation artificielle.

**Discussion :** La gravité des méningites bactériennes, en réanimation, semble donc liée à la sidération des défenses de l'hôte et surtout à la défaillance hémodynamique avec insuffisance rénale aiguë et syndrome d'hyperperméabilité capillaire, responsable alors d'une pression de perfusion cérébrale insuffisante.

**Conclusion :** La méningite à pneumocoque reste une pathologie fréquente et sévère puisque sa mortalité atteint 36,3 %, beaucoup plus importante dans les pays en voie de développement (40 à 50 %) que dans les pays industrialisés (10 à 20%). Les signes de gravité d'une méningite bactérienne imposent l'hospitalisation en réanimation. Même en l'absence de critères de gravité, une concertation avec une équipe de réanimation est souhaitable pour décider de l'orientation de ces patients.

### **P83 : APPORT DES PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES DANS LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES MENINGITES BACTERIENNES**

NASRI R, ABDELLATIF S, DALY F, TRIFI A, MAHJOUR K, RAHMANI I, BEN LAKHAL S  
*Service de réanimation médicale la Rabta*

**Introduction :** Une antibiothérapie appropriée des méningites bactériennes est basé sur

l'identification du germe et sa résistance aux antibiotiques. Le but de cette étude est d'évaluer l'apport des différents prélèvements microbiologiques dans le diagnostic étiologique des méningites bactériennes et son impact sur la mortalité.

**Patients et méthode :** Etude rétrospective menée dans le service de réanimation médicale La Rabta entre Janvier 2001 et Décembre 2007.

**Résultats :** 80 patients d'âge moyen  $41,31 \pm 18$  ans sont inclus. 12,5 % sont âgés de plus de 65 ans. Le sex-ratio est de 2,8. L'IGS II moyen est  $38,6 \pm 14$ . L'APACHE II moyen est de  $16 \pm 8$ . Le motif d'admission en réanimation le plus fréquent était la détresse neurologique (91,3%) Les formes comateuses sont au nombre de 41(51,3%). 25 % ont présenté des convulsions, et 19 patients (23,8%) ont présenté un choc septique 16,3 % des patients présentaient un sepsis sévère à l'admission. La porte d'entrée est trouvée chez 48 patients, soit 60 %. La porte d'entrée pulmonaire est la plus fréquente (52 %). Le pneumocoque et le méningocoque sont les germes les plus fréquents (76 %). L'examen direct du LCR est positif chez 24 patients (30 %). Il s'agit de bactéries cocci gram positif dans 18 cas (évoquant un pneumocoque) et de bactéries cocci gram négatif dans 6 cas (évoquant un méningocoque). La culture du LCR est positive chez 33 patients (41,5 %). Le pneumocoque et le méningocoque sont les germes les plus fréquents (76 %). La recherche des antigènes solubles dans le LCR est positive chez 15 patients (27 %). Il s'agit de l'antigène soluble du pneumocoque dans 12 cas et du méningocoque dans 3 cas. La combinaison des trois techniques a permis d'isoler ou de suspecter un germe dans 35 cas.

La fréquence des germes non identifiés dans le LCR de notre série est de 56,25 %

Les hémocultures sont positives chez 12 patients (15 % des cas). La mortalité est de 39,1% (diagnostic étiologique positif) vs 32,4% (diagnostic étiologique négatif),  $p = 0,35$ .

**Discussion :** La fréquence des germes non identifiés dans le LCR est expliqué par un acheminement tardif du LCR vers le laboratoire, ce qui entraîne la mort des germes fragiles en particulier le méningocoque et d'autre part par la fréquence de prise d'antibiotiques avant l'hospitalisation.

Les prélèvements bactériologiques en dehors du LCR ont permis de porter un diagnostic étiologique de la méningite dans 11 cas (24 %), totalisant ainsi 46 cas de méningite dont le diagnostic étiologique est fait ou évoqué.

**Conclusion :** Bien qu'ils soient d'apport variable et vu la gravité du tableau clinique, les prélèvements bactériologiques doivent être multipliés

#### **P84 : PURPURA FULMINANS CHEZ L'ENFANT**

TINSA FATEN, BEN SALEM HATEM, LASSOUED MEHDI, MENIF KHALED, BRINI INES, BOUSSETTA KHADIJA, BOUSNINA SOUAD  
*service de médecine infantile B, hôpital d'enfants de tunis*

Le purpura fulminans est une pathologie grave responsable d'une lourde mortalité et morbidité infantile.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 10 cas de purpura fulminans hospitalisés au service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfants de Tunis sur une période de 5 ans (2003-2008).

**Résultats :** L'âge moyen était de 5 ans et demi. Le sex-ratio était de 2.3. Le purpura était pétéchial dans 4 cas, nécrotique dans 4 cas, ecchymotique dans 2 cas et rapidement extensif dans 7 cas. La durée moyenne de la fièvre était de 38.4H. Tous les enfants étaient en collapsus et 4 avaient un syndrome méningé. Le recours aux drogues vasoactives a été indiqué dans 6 cas. Le germe (méningocoque) a été isolé dans 3 cas au niveau du liquide céphalo-rachidien et/ou de l'hémoculture. L'évolution était favorable dans 7 cas. Un enfant a présenté une thrombose veineuse profonde et deux enfants sont décédés.

**Conclusion :** le purpura fulminans constitue une urgence diagnostique et thérapeutique ; le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge.

#### **P85 : ESPECES ASPERGILLAIRES ISOLEES SUR DIFFERENTS PRELEVEMENTS PULMONAIRES : ETUDE D'UNE SERIE HOSPITALIERE.**

OUNAIES NAJLA, TRABELSI SONIA, KHALED SAMIRA.

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

Introduction : L'homme est confronté aux spores fongiques qui, naturellement, pénètrent dans son organisme par inhalation surtout, mais aussi par injection ou inoculation traumatique ou passive. Mais un petit nombre d'espèces fongiques est capable de se fixer et de se développer chez un individu même fragilisé. Parmi celles-ci les espèces aspergillaires, et en particulier *Aspergillus fumigatus*, sont les mieux connues et cette dernière espèce est la plus étudiée des

moisissures de notre environnement. Le but de notre travail est l'étude des espèces aspergillaires responsables de différentes manifestations pathologiques bronchopulmonaires.

**Matériel et méthodes :** Cinquante sept prélèvements pulmonaires ont été colligés sur une période de trois ans : 24 expectorations, 21 lavages bronchiques (LB) et 12 liquides de lavage broncho-alvéolaire (LBA). Un examen microscopique du produit biologique est réalisé. La culture est réalisée sur milieu Sabouraud, sans et avec cycloheximide. L'identification est faite sur des critères morphologiques, macroscopiques et surtout microscopiques.

**Résultats :** Cinq examens directs (4 expectorations et 1 LBA) ont révélés la présence de filaments mycéliens hyalins, cloisonnés et ramifiés à angles aigus, à diamètre constant et à parois bien délimitées. Quinze cultures se sont révélées positives, parmi elles celles dont l'examen direct est positif : 9 expectorations, 2 LB et 4 LBA. Les espèces identifiées sont *A.niger* dans 7 cas, *A.fumigatus* dans 6 cas, *A.versicolor* dans 1 cas et *A.nidulans* dans 1 cas.

**Discussion et conclusion :** *A.fumigatus* est classiquement l'espèce la fréquemment incriminée dans l'espèce humaine du fait de sa bonne tolérance aux températures élevées et de la petite taille de ses spores. Dans notre série nous avons retrouvé presque autant d'*A.fumigatus* que d'*A.niger* connu pour être plus impliqué dans les oto-mycoses. Mais quelque soit l'espèce et en raison du caractère ubiquitaire, l'isolement d'un *Aspergillus* au niveau d'une cavité naturelle ne suffit pas au diagnostic. Sa présence doit être interprétée en fonction du contexte clinique. De bons éléments en faveur d'une aspergillose sont l'isolement en abondance et/ou à plusieurs reprises d'une même souche d'*Aspergillus* et l'absence de réponse aux antibiotiques d'une pneumopathie chez le patient

#### **P86 : L'ASPERGILLOSE DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE : A PROPOS DE 7 CAS**

ABID RYM\* ; BATTIKH RIADH\* ; MADHI WALID\* ; HATTAB ZOUHOUR\*, ZRIBA SAMI\*, JEMLI BOUTHEINA\*\*, AJILI FAIDA\*, BEN ABDELHAFIDH NADIA \*; LABIDI JANNET\*; M'SADEK FEHMI\*; LOUZIR BASSEM \*; GARGOURI SAADIA\*\*, OTHMANI SALAH \*

*\*Service de Médecine Interne*

*\*\*Laboratoire de Parasitologie – Hôpital Militaire de Tunis*

L'aspergillose est une infection rencontrée de plus en plus en milieu hospitalier. La survenue

d'aspergillose invasive reste à craindre surtout chez des patients immunodéprimés.

**Patients et méthodes :** Nous rapportons les observations de sept patients atteints d'aspergillose et colligés dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis entre 2002 et 2008.

**Résultats :** Notre série comporte 3 femmes et 4 hommes, dont l'âge moyen est de 54 ans (27 – 72 ans). Tous les patients ont un terrain morbide sous jacent : diabète (3cas), choriocarcinome (1 cas), leucémie lymphoïde chronique (1 cas), lupus compliqué d'insuffisance rénale chronique (1 cas), aplasie médullaire par myélofibrose (1 cas) et syndrome de Gougerot Sjögren (1 cas). Deux patients étaient sous Chimiothérapie et deux autres sous corticothérapie au long cours.

La symptomatologie était différente selon la localisation et la gravité du tableau. Uniquement 3 patients ont présenté une fièvre. La biologie a montré un syndrome inflammatoire franc chez 6 patients. L'aspergillose était localisée au niveau du poumon chez 5 patients (aspergillome = 1 cas, forme diffuse = 4 cas) et au niveau de la sphère ORL chez 2 patients avec extension locorégionale (os, cerveau, œil).

La sérologie ainsi que l'antigénémie aspergillaire étaient positives chez tous les patients. Le champignon en cause était identifié dans 4 cas (liquide broncho-alvéolaire = 2 cas; pus auriculaire = 1cas; biopsie nasosinusienne = 1 cas). Trois espèces étaient identifiées (*Aspergillus fumigatus* = 2 cas, *A. flavus* = 1 cas, *A. vulgaris* = 1 cas).

Le traitement débuté par l'amphotéricine B a été relayé par du voriconazole chez 5 patients, à cause de l'installation d'une insuffisance rénale ou pour une meilleur diffusion tissulaire notamment cérébrale et ORL. Un patient a été traité par amphotéricine B seule pendant 4 mois pour une aspergillose pulmonaire. Une patiente ayant une insuffisance rénale chronique et présentant un aspergillome pulmonaire a été traitée par Caspofungine associée à une lobectomie. La durée moyenne du traitement antifongique était de 14 semaines (6 – 24 semaines). L'évolution était favorable pour 6 patients. Le patient atteint de leucémie est décédé dans un tableau de détresse respiratoire aiguë.

**Conclusion :** Chez les patients immunodéprimés l'infection aspergillaire reste une cause importante de morbi-mortalité. Son pronostic s'est nettement amélioré après la survenue de nouveaux antifongiques plus puissants avec une meilleure biodisponibilité. Sa prévention reste primordiale, basée essentiellement sur le contrôle de l'environnement hospitalier et l'isolement

respiratoire des patients à haut risque dans des locaux appropriés.

### **PS7 : ASPERGILLOSE THORACIQUE REVELANT UNE GRANULOMATOSE SEPTIQUE CHRONIQUE**

MARRAKCHI CHAKIB, HAMMAMI BOUSSAYMA, SALLEMI HAYET\*, MAALOUL IMED, BEN MUSTAPHA IMENE\*\*, LAHIANI DORRA, BARBOUCHE RIDHA\*\*, AYADI ALI\*, BEN JEMAA MOUNIR

*Service des maladies infectieuses. CHU Hédi Chaker, 3029. Sfax ; \* Laboratoire de parasitologie-mycologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie ; \*\* I Pasteur, Tunis*

La granulomatose septique chronique (GSC) est une maladie familiale rare liée à un déficit immunitaire primaire du métabolisme oxydatif des cellules phagocytaires. Elle est responsable d'infections bactériennes et fongiques à répétition, souvent dès le jeune âge.

Nous rapportons les particularités d'une aspergillose pleuro pulmonaire et pariétale extensive ayant révélé une GSC.

C'est un garçon de 11 ans, qui a des antécédents d'aphtes buccaux récidivants et d'infections des orifices nasaires à répétition. Il a été admis pour une fièvre d'installation progressive avec une toux, une baisse de l'état général, un syndrome inflammatoire et une condensation alvéolaire de l'hémi champs droit. Une antibiothérapie à base de pénicillines puis de céftriaxone puis de cycline a été prescrite. L'IDR était positive et les recherches de BK dans les crachats, ainsi que la sérologie des atypiques étaient négatives. Cette antibiothérapie a permis une amélioration partielle avec une apyrexie de quelques semaines mais sans nettoyage radiologique. L'évolution s'est faite vers la reprise, 3 mois après, d'une fièvre intermittente mais bien tolérée et d'un amaigrissement progressif. L'examen a montré une tuméfaction inflammatoire et rénitente de 2 x 3 cm thoracique antérieure droite. La TDM a trouvé des images de condensation de la base droite évocatrices de pneumonie, avec une ostéite de la 7<sup>ème</sup> cote droite confirmée par la scintigraphie. La ponction de la collection pariétale a permis d'isoler un *aspergillus fumigatus*. La sérologie aspergillaire était positive alors que l'antigénémie était négative. Un traitement par voriconazole a été instauré. Les explorations quantitatives du système immunitaire étaient sans anomalies, mais les tests qualitatifs ont permis de confirmer la GSC. A 9 mois de traitement, l'évolution est favorable, avec une normalisation clinique et des paramètres de l'inflammation et une nette amélioration radiologique. Une durée de traitement de 1 an est préconisée.

La GSC doit toujours être recherchée chez tout enfant présentant des infections à répétition surtout à micro-organismes catalase +. Sur ce terrain, l'aspergillose est une complication fréquente. Elle doit être recherchée même en dehors des localisations pulmonaires. Son pronostic reste grave en dehors d'un traitement adapté et précoce.

#### **P88 : ASPERGILLOSE TRACHEALE COMPLIQUANT LE TRAITEMENT D'UNE LEUCEMIE AIGUE MYELOÏDE :**

O.KASSAR1, S.MSEDDI1, S.MSAAD2, E.DAOU3,  
I.HADRICHA4, H.BELLAAJ1, M.MDHAFER1,  
N.AJMI1, A.AYEDI4, A.AYOUB2, J.MNIF3,  
M.ELLOUMI1

1- Service d'hématologie CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie

2- Service de pneumologie CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie

3- Service de radiologie CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie

4- Laboratoire de parasitologie-mycologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** L'aspergillose trachéobronchique est une forme rare d'infection aspergillaire invasive, observée surtout chez les patients atteints d'hémopathies malignes, de SIDA, et des greffés d'organes ou de moelle osseuse. Elle s'accompagne d'une forte mortalité. Nous rapportons une observation d'aspergillose trachéale compliquant le traitement d'une leucémie aigue myéloïde (LAM).

**Observation :** Mr F.N âgé de 16 ans est suivi pour LAM type 4 depuis Mars 2006. Il a eu une cure d'induction à base d'Aracytine et Daunorubicine, qui s'est compliquée d'une neutropénie fébrile sans documentation clinique ni bactériologique et l'apyrexie est obtenue à la sortie d'aplasie. Au terme de cette cure, le patient était en rémission complète. Une cure de consolidation à base d'Aracytine et Novantrone a été entamée. Une semaine après le début de la cure, le patient, qui était en neutropénie sévère (PNN < 300/mm<sup>3</sup>), a développé une fièvre sans foyers clinique initial nécessitant une escalade progressive des antibiotiques à large spectre et l'introduction de l'Amphotéricine B de façon empirique. Devant la persistance de la fièvre, l'apparition d'une toux sèche et la positivité de l'antigénémie aspergillaire, un scanner thoracique a été pratiqué révélant une large fistule trachéo-œsophagienne associée à de multiples foyers de condensation alvéolaires bilatérales évoquant l'aspergillose invasive. La fibroscopie bronchique a objectivé la présence de la fistule au niveau la face postérieure de la trachée comblée par un matériel blanchâtre. Le malade a été mis sous Voriconazole et un geste chirurgical a été indiqué en urgence mais

l'évolution était rapidement fatale vers un tableau de détresse respiratoire par fausse route entraînant le décès du malade.

**Discussion :** L'aspergillose trachéobronchique représente moins de 7% des aspergilloses pulmonaires invasives. Une vingtaine de cas sont rapportés dans la littérature. Dans notre service, c'est le seul cas d'aspergillose trachéale retrouvé parmi des dizaines de cas d'aspergillose pulmonaire invasive observés. Trois aspects morphologiques ont été identifiés dans la littérature : l'aspergillose trachéobronchique obstructive, ulcérate et pseudomembraneuse. Cette dernière forme est la plus fréquemment décrite et la plus réfractaire aux antifongiques. Elle s'accompagne d'un taux de mortalité élevé du fait du diagnostic tardif et de la nécrose extensive entraînant des complications graves tel que : l'hémorragie ou une fistule. C'était également l'évolution de notre patient.

#### **P89 : CO EXISTENCE ASPERGILLUS ET KYSTE HYDATIQUE PULMONAIRE : A PROPOS D'UN CAS**

BEN RAYANA H, HACHFI W, KAABIA N, KHALIFA M, LETAIEF A

Service de Maladies Infectieuses CHU Farhat Hached Sousse

*Aspergillus spp* est un champignon ubiquitaire occasionnellement pathogène, il se greffe essentiellement dans une cavité parenchymateuse pulmonaire préexistante le plus souvent tuberculeuse ou post opératoire. La présence d'*Aspergillus spp* dans un kyste hydatique pulmonaire est une situation exceptionnelle. Son diagnostic est souvent fortuit lors d'un examen anatomopathologique d'une kystectomie. Nous rapportons dans ce travail l'observation d'une coexistence d'un kyste hydatique pulmonaire et *Aspergillus*. Il s'agissait d'une patiente âgée de 51 ans, sans antécédents notables, hospitalisée dans le service de Maladies Infectieuses CHU Farhat Hached Sousse pour toux, hémoptysie évoluant depuis plusieurs semaines, son examen physique était normal. La radiographie et la TDM du thorax avaient montré l'aspect de kyste hydatique au niveau du lobe supérieur droit. A la biologie, elle avait une hyper éosinophilie et un syndrome inflammatoire. Elle a été opérée, ou une kystectomie a été réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de kyste hydatique et avait montré une greffe aspergillaire associée. Elle n'a pas été traitée par antifongique, après un recul de 4 ans, l'évolution était favorable. En conclusion, bien que la greffe aspergillaire sur une cavité

résiduelle d'une kystectomie pulmonaire soit habituelle, la coexistence d'un kyste hydatique et d'*Aspergillus spp* est exceptionnelle. La physiopathologie reste indéterminée. Le pronostic de cette forme d'aspergillose pulmonaire est souvent favorable, cependant, la dissémination aspergillaire à l'occasion d'un kyste hydatique compliqué, peut être de mauvais pronostic, notamment chez les immunodéprimés

#### **P90 : ÉTUDE CLINICO-RADIOLOGIQUE ET BIOLOGIQUE DE 4 NOUVEAUX CAS D'ASPERGILLOME PULMONAIRE.**

SAGHROUNI F<sup>1</sup>., ABDELGHANI A<sup>2</sup>., GAÏED-MEKSI S<sup>1</sup>., YACCOUB A<sup>1</sup>., JAWADI L<sup>1</sup>., FATHALLAHA<sup>1</sup>., GARMA L<sup>1</sup>., HAYOUNI A<sup>2</sup>., BEN SAÏD M<sup>1</sup>

1- Laboratoire de Parasitologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

2- Service de Pneumologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

L'aspergillome pulmonaire est la conséquence de la colonisation par l'*Aspergillus* d'une cavité pulmonaire séquellaire. C'est une mycose qui reste d'actualité, bien qu'elle soit la plus anciennement identifiée des infections aspergillaires chroniques. Notre étude est une analyse rétrospective de 4 cas d'aspergillome pulmonaire ayant été hospitalisés au Service de Pneumologie de l'Hôpital Farhat Hached de Sousse.

Il s'agit de 2 femmes et 2 hommes âgés de 20 à 70 ans. L'aspergillome s'est développé sur des séquelles de tuberculose dans 2 cas et sur une cavité résiduelle d'un abcès pulmonaire dans 2.

Le principal signe d'appel était une hémoptysie récidivante de faible à moyenne abondance associée à une toux productive (dans tous les cas), une altération de l'état général (dans 3 cas), une fièvre (dans 1 cas) et une douleur thoracique (dans 1 cas). La radiographie thoracique était moins performante que le scanner qui a montré des images évocatrices d'aspergillome dans les 4 cas. La sérologie aspergillaire était positive pour les 4 patients. Un examen anatomopathologique, réalisé sur la pièce d'exérèse dans un cas, a mis en évidence des filaments mycéliens et des têtes aspergillaires. Pour les 3 autres cas, l'examen mycologique des prélèvements respiratoires a permis d'isoler *Aspergillus (A.) fumigatus* et *A. flavus* (1 cas), *A. flavus* (1 cas) et *A. niger* (1 cas). Le traitement chirurgical, réalisé pour les 3 patients, a été associé à un antimycosique (Amphotéricine B et/ou Voriconazole) pour 2 d'entre eux.

#### **P91 : ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 5 CAS**

AMIRA BOURAOUI, LAMIA SFAIHI, SALMA BEN AMEUR, HAJER ALOULOU, THOURAYA KAMOUN, MONGIA HACHICHA

Service de pédiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Tunisie

**Introduction :** L'Aspergillose pulmonaire invasive (API) est une infection opportuniste. Elle est définie par l'invasion aigue des différentes structures anatomiques du parenchyme pulmonaire par des filaments mycéliens. L'objectif de ce travail est d'étudier les particularités de l'aspergillose pulmonaire invasive chez l'enfant.

**Patients et méthodes :** Nous rapportons 5 cas d'aspergillose pulmonaire invasive colligés dans le service de pédiatrie de Sfax (1987-2008).

**Résultats :** Il s'agit de 3 garçons et 2 filles ayant un âge moyen de 90 mois. Dans les antécédents, on a noté la notion de décès dans la fratrie (3cas), d'adénites récidivantes (2cas) et bécégite (3 cas). Les motifs de consultation étaient: toux trainante, fièvre et dyspnée. La radiographie du thorax a objectivé des opacités alvéolaires apicales (3cas), un infiltrat alvéolaire de tout le champ pulmonaire gauche (1cas), opacité basale droite (1cas). La TDM a montré une pneumopathie excavée (1cas) et une condensation parenchymateuse (3cas) et de multiples foyers de condensation alvéolaires bilatéraux avec épaississement pleural gauche (1cas). Le bilan immunitaire a conclu à une granulomatose septique chronique dans 4 cas, il n'a pas été réalisé dans un cas. Le diagnostic d'aspergillose pulmonaire a été confirmé par l'isolement de l'aspergillus dans les hémocultures (1cas) et par la positivité de la sérologie (4cas) et par l'examen histologique et mycologique (1cas). Tous nos patients ont reçu un traitement par l'amphotéricine B relayé par l'itraconazole. L'évolution était favorable dans un cas, récidive dans un cas, fatale dans 2 cas avec dissémination osseuse et thyroïdienne (1cas).

**Conclusion :** L'aspergillose pulmonaire invasive est une mycose souvent grave. Le diagnostic doit être évoqué chez un patient à risque, devant un tableau infectieux respiratoire trainant. Son pronostic dépend de la précocité de la mise en route du traitement avant l'extension locorégionale en particulier vers les axes vasculaires et la dissémination viscérale.

### **P92 : OPACITES PULMONAIRES EXCAVEES : UNE ETIOLOGIE CURIEUSE**

NAJLA BAHLOUL, KETATA WAJDI, FATEN MAROUEN, ILHEM YANGUI, ABDELKADER AYOUB  
*Service de Pneumologie, CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie*

L'aspergillome pulmonaire est une infection saprophyte où le champignon se développe dans une cavité préexistante. Il s'agit fréquemment de caverne détergée, de bronchiectasie ou d'infarctus pulmonaire. Cependant, la greffe aspergillaire sur kyste hydatique a été rarement rapportée dans la littérature.

Nous rapportons deux observations cliniques colligées au service de pneumologie du CHU Hédi Chaker de Sfax. Les deux patients ont consulté pour hémoptysies récidivantes. La première observation est celle d'une femme âgée de 52 ans chez qui le diagnostic a été établi par une biopsie trans-thoracique scanno-guidée. Le traitement a consisté en une résection en Wedge de deux aspergillomes du lobe supérieur gauche. La 2ème observation est celle d'un homme âgé de 52 ans qui a été opéré en urgence pour une hémoptysie de grande abondance. Le geste opératoire a consisté en une lobectomie inférieure droite et le diagnostic a été établi sur pièce opératoire. L'évolution a été favorable dans les deux cas.

L'aspergillome est une complication exceptionnelle du kyste hydatique. Son traitement demeure sujet de controverse alors que son pronostic est généralement bon.

### **P93 : INTERET DU LBA DANS LE DIAGNOSTIC DE L'ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE AU MILIEU HEMATOLOGIQUE ET DE REANIMATION**

FATEN M, NAJLA B, M'SAAD S, BELLAAJ H, AYOUB A  
*Service de pneumo allergologie CHU Hédi Chaker Sfax*

L'aspergillose pulmonaire invasive (API) est une infection opportuniste grave survenant habituellement chez des patients sévèrement immunodéprimés par différentes thérapeutiques ou maladies affectant le système immunitaire. Les malades neutropéniques représentent le groupe le plus exposé.

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 11 cas d'aspergillose pulmonaire invasive ayant bénéficié de LBA colligés sur une période de 3 ans. Il s'agit de 4 femmes et de 7 Hommes avec un âge moyen de 32 ans. 6 patients étaient suivis pour leucémie aigue myéloïde, 2 patients pour leucémie aigue lymphoïde, un cas d'aplasie médullaire, un patient pour greffe rénale, et un

patient qui était hospitalisé en réanimation dans un tableau de détresse respiratoire aigue. L'indication de la fibroscopie et du LBA était portée sur un faisceau d'arguments clinique et radiologique. Les sérologies aspergillaires étaient positives dans tous les cas. L'aspect macroscopique était normal dans 9 cas, dans les deux autres cas on a constaté la présence de granulations blanchâtres, le liquide du LBA était clair dans tous les cas, l'examen cytologique révélait une hypercellularité à prédominance macrophagique. La culture était positive seulement dans 5 cas : aspergillus Flavus dans 4 cas et un cas d'aspergillus Fumigatus. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement à base d'Amphotéricine B/Vfend. L'évolution était marquée par le décès de la majorité de nos malades (9 patients) et la survie des deux autres.

L'API reste une pathologie grave grevée d'une mortalité très importante (50 à 80% des cas). Le LBA est un outil d'apport précieux dans le diagnostic de l'API. Il paraît, toutefois, très peu investi en milieu hématologique.

### **P94 : L'APPORT DE L'ANTIGENEMIE ASPERGILLAIRE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE EN ONCO-HEMATOLOGIE.**

SAGHROUNI F<sup>1</sup>., BEN YOUSSEF Y<sup>2</sup>., GAÏED-MEKSI S<sup>1</sup>., REGAIEG H<sup>2</sup>., YACOUBA<sup>1</sup>., FATHALLAH A<sup>1</sup>., BEN HASSINE N<sup>1</sup>., KHELIF A<sup>2</sup>., BEN SAÏD M<sup>1</sup>

1- Laboratoire de Parasitologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

2- Service d'Hématologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

L'aspergillose pulmonaire invasive (API) est une mycose grave touchant les patients immunodéprimés principalement ceux qui sont en aplasie post-chimiothérapie en hématologie. Le pronostic de cette pathologie dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

Notre travail est une analyse rétrospective de **44** cas d'API diagnostiqués au service d'Hématologie du CHU F. Hached de Sousse chez des patients atteints d'hémopathies malignes représentées essentiellement par la leucémie aiguë myéloïde et la leucémie aiguë lymphoïde.

Les signes cliniques d'appel étaient : la fièvre (31 cas), la toux (30 cas), l'hémoptysie (16 cas), la douleur thoracique (16 cas) et la dyspnée (11 cas). La radiographie thoracique était pathologique dans 35 cas et normale dans 9 cas. La TDM thoracique, réalisée dans 30 cas, a montré des images évocatrices d'une API dans 21 cas et normale dans 9 cas.

L'examen mycologique des prélèvements respiratoires, réalisé dans tous les cas, a permis d'isoler de l'*Aspergillus* dans 14 cas.

L'API était confirmée dans 1 cas, probable dans 25 cas et possible dans 18 cas. L'antigénémie était positive dans le cas de l'API confirmée, dans 22 cas d'API probable et dans 13 cas d'API possible.

Notre étude montre le grand intérêt de la recherche de l'antigène galactomannane dans le diagnostic de l'aspergillose invasive.

#### **P95 : RECHERCHE DE L'ANTIGENE GALACTOMANNANE : AIDE AU DIAGNOSTIC DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE**

SKOURI NOUR 1, KALLEL KALTHOUM 1, LADAB SALOUA 2, BELHADJ SLAHEDDINE 1, KAOUECH AMIRA 1, ANANE SONIA 1, BEN OTHMAN TAREK 2, CHAKER EMNA 1

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie Hôpital La Rabta Tunis

2- Centre National de Greffe de Moelle Osseuse Tunis

L'aspergillose invasive (AI) est une infection opportuniste fortement associée à l'allogreffe de moelle osseuse, la neutropénie profonde et prolongée et la corticothérapie. Son diagnostic reste difficile, les signes cliniques n'étant pas spécifiques. La tomodensitométrie précoce trouve son importance ainsi que la recherche des antigènes circulants.

Notre travail a pour but de rapporter les résultats de la surveillance par le dosage de l'antigénémie aspergillaire (AA) des patients à risque, hospitalisés au centre de greffe de moelle osseuse de Tunis, d'octobre 2008 à février 2009.

Soixante cinq patients ont ainsi été inclus, chacun a bénéficié de prélèvements hebdomadaires pour la recherche de l'AA par la méthode immunoenzymatique (Platelia®*Aspergillus*).

Parmi ces patients, six ont présenté des AI : quatre aspergilloses probables et deux aspergilloses possibles. L'AA était positive chez cinq de ces patients (durant au moins deux semaines consécutives) et négative chez un seul patient. Par ailleurs, AA était faussement positive chez quinze autres patients dont huit ne présentant aucun signe clinique ou radiologique évocateur d'AI et sept autres étaient faussement positifs en rapport avec la prise de l'antibiotique piperacilline-tazobactam ; l'AA était alors positive de façon transitoire. Ceci confère à notre test une sensibilité de 83,3% et une spécificité de 74,6%.

Comme facteurs de risque corrélés à une AA positive chez les vrais positifs nous avons retrouvé :

- l'allogreffe : parmi les six patients qui ont présenté une AI, quatre étaient allogreffés;

- la neutropénie : parmi les six patients qui ont présenté une AI, trois avaient une neutropénie ;

- par contre, aucun patient parmi les six n'était sous corticothérapie.

La principale limite du test est le fort taux de fausse positivité (71,5%) en rapport, pour 33% des cas, avec une antibiothérapie à base de piperacilline-tazobactam.

D'autre part, nous avons noté un seul cas de fausse négativité de l'AA chez un malade sous amphotéricine B.

Enfin, chez un seul patient parmi les cinq qui avaient une AA positive, l'AA s'était positivée avant l'apparition des signes cliniques.

Il apparaît donc important de tenir compte de plusieurs éléments dans l'interprétation de l'AA avant la mise en œuvre d'un traitement spécifique de longue durée.

En raison de l'évolution insidieuse de l'AI, l'implantation de l'AA ne se conçoit que dans une stratégie de suivi surtout chez les patients à risque. L'étude sur un échantillon plus important et pendant une période plus longue permettra une confirmation des résultats obtenus.

#### **P96 : ASPERGILLOSE INVASIVE CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE LEUCEMIES AIGUES TRAITEE PAR VORICONAZOLE : A PROPOS DE 10 CAS**

KOUBAA MAKRAM, BELLAAJ HATEM, HDIJI SONDES, MDHAFFER MOEZ, AJIMI NAWREZ, HADRICH INES, DAOUD EMNA, KAMMOUN SAMY, KASSEB OLFA, ELLOUMI MOEZ

Service d'hématologie, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, TUNISIE

**Introduction :** L'Aspergillose invasive (AI) est une infection essentiellement opportuniste, elle constitue une complication fréquente et redoutable des malades atteints de leucémie aigue (LA) et recevant des thérapeutiques lourdes.

**But :** Nous précisons dans ce travail les particularités diagnostiques et évolutives des malades atteints de LA et traités par voriconazole (Vfend®) pour une AI.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné les patients âgés de moins de 60 ans pris en charge au service d'hématologie de Sfax pour une LA compliquée par une AI et traitée par Vfend® à partir de 2004 (date de disponibilité de cet agent anti fongique). Une fiche a été conçue pour chaque patient précisant les caractéristiques diagnostiques et évolutives. Une chimiothérapie a été délivrée selon un schéma conventionnel. Le diagnostic d'AI s'est basé sur les

critères de l'EORTC. Le traitement par Vfend® n'a concerné que les patients atteints d'AI probable ou prouvée.

Résultats : Nous avons colligé 10 cas de LA compliqués d'AI et traités par Vfend®. L'âge moyen était de 40 ans et le sexe ratio était de 2,3. Il s'agissait de 9 cas de LA myéloïde et 1 cas de LA lymphoïde. Le délai moyen de survenue d'AI par rapport à la neutropénie et la date de diagnostic de l'hémopathie était respectivement de 28,5 et 47 jours. Parmi nos cas d'AI, il y avait 2 cas prouvés et 8 cas probables. Le délai moyen de la mise en route de Vfend® par rapport au diagnostic d'AI était de 9 jours. Les réponses objectives ont concerné 80 % des patients. Deux décès par aspergillose ont été enregistrés. Le Vfend® était responsable d'effets indésirables dominés par les troubles visuels et la cytolyse hépatique chez respectivement 3 et 2 cas.

Conclusion : L'AI est la première cause de mortalité d'origine infectieuse pour les malades leucémiques, dont le traitement repose sur une chimiothérapie intensive responsable d'une neutropénie prolongée. L'amélioration des résultats doit passer par la réalisation d'un diagnostic précoce (délai assez prolongé dans notre série) pour mettre en route assez rapidement un traitement adapté.

#### **P98 : RELATION ASPERGILLOSE NASO-SINUSIENNE ET PATHOLOGIE DENTAIRE**

SALIMA KHARRAT, SAFA TEMIMI, LAMIA AMARI \*, MERIEM BEN MILED, RIM ZAININE, NAJEH BELTAIEF, TAOUFIK BEN CHAABANE\*, SAMIA SAHTOUT, GHAZI BESBES

Service ORL hôpital la Rabta.

\*Service infectieux hôpital la Rabta

**Introduction :** L'aspergillose nasosinusienne est une infection relativement fréquente. Actuellement, elle est devenue la première cause de sinusite chronique unilatérale.

Les publications récentes insistent de plus en plus sur l'étiologie dentaire dans la survenue de la sinusite aspergillaire dans sa forme non invasive locale ou aspergillome.

Le facteur étiopathogénique le plus souvent retrouvé est l'existence d'un corps étranger intra-sinusal d'origine dentaire.

**Résultats :** Notre série comporte 15 cas de sinusites aspergillaires non invasives locales. Il s'agit de 13 femmes et 2 hommes qui ont consulté devant un tableau de rhino-sinusite chronique.

Une cause dentaire a été retrouvée dans 13 cas à type d'abcès dentaire mal traité dans 2 cas, de caries dentaires multiples non traitées dans 6 cas

et d'antécédents d'extraction et/ou de traitement canalair dans 8 cas. Tous les patients ont bénéficié d'un examen tomodensitométrique du massif facial complété par un denta-scanner dans 3 cas. La localisation était maxillaire dans tous les cas. Tous les malades ont été opérés par voie endonasale sous guidage endoscopique. Le diagnostic d'aspergillose a été confirmé grâce à l'examen mycologique et / anatomopathologique.

**Conclusion :** la sinusite aspergillaire non invasive est la forme la plus fréquente de l'aspergillose naso-sinusienne. Son diagnostic doit être évoqué devant toute sinusite chronique unilatérale et doit faire rechercher des facteurs favorisants surtout dentaires.

#### **P99 : LES SINUSITES ASPERGILLAIRES :**

CHEIKHROUHOU FATMA, YOUSSEFI HOUCEM, MAKNI FATTOUMA, NEJI SOUROUR, SELLAMI AMIRA, SELLAMI HAYET, CHARFEDDINE ILHEM, GHORBEL ABDELMONEEM, AYADI ALI

Laboratoire de Parasitologie mycologie CHU Habib Bourguiba Sfax

Service d'Otorhinolaryngologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

L'incidence des sinusites fongiques aspergillaire chez le sujet immunocompétent est en augmentation ces deux dernières décennies. Elle relève de plusieurs étiologies. L'atteinte multifocale est rarement décrite.

Nous rapportons six cas de sinusite aspergillaire diagnostiqués dans notre CHU. Il s'agit de balle fongique survenue chez trois hommes et trois femmes immunocompétents présentant une sinusite chronique. Des soins dentaires ont été retrouvés chez deux patients. L'endoscopie et le scanner ont visualisé des formations polypoïdes comblant le sinus maxillaire dans deux cas et le sinus frontal et l'ethmoïde dans un autre cas. Une multilocalisation a été observée dans un cas avec atteinte de l'ethmoïde des deux côtés, du sinus maxillaire droit, du sinus frontal droit et du sinus sphénoïdal. Les résultats mycologiques et anatomopathologiques ont été en faveur d'une greffe aspergillaire. *Aspergillus flavus* a été isolé chez deux patients. Tous nos patients ont eu un traitement chirurgical sans antifongique en postopératoire. Aucun cas de récurrence n'a été noté. Discussion. — À la lumière de ces observations, nous confirmons le rôle des soins dentaires et du zinc dans la genèse des sinusites aspergillaires. Par ailleurs, la symptomatologie est très expressive, surtout lors des lésions multifocales qui restent rarissimes. L'origine fongique doit être donc suspectée chez tout patient présentant une sinusite chronique unilatérale.

**P100 : ASPERGILLUS SP. ET CANDIDA SP. ISOLES DE PUS D'OREILLE. FREQUENCE ET PATHOGENICITE : RESULTATS D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE REALISEE SUR 5 ANNEES (2004-2008)**

LEILA JAOUADI1, ALIA YAACOUB1, SONDOSS GAIED MEKSI1, FATMA SAGHROUNI1, JIHENE MAATOUG2, RADHOUANE MANI3, NAIMA MLIKA1, KAMEL BOUZOUITA3, MONCEF BEN SAID1, AKILA FATHALLAH1.

1. Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, EPS Farhat Hached, Sousse.

2. Service d'Epidémiologie, EPS Farhat Hached, Sousse.

3. Service d'Otorhinolaryngologie, EPS Farhat Hached, Sousse.

**INTRODUCTION :** Les otites externes sont très fréquentes, elles sont dues le plus souvent à une infection à pyogènes. Les otites d'origine mycosique sont plus rares, elles représentent 5 à 10 % des otites externes. Les principaux agents rencontrés sont les *Aspergillus* et les *Candida*.

L'objectif de cette étude est d'estimer la fréquence d'isolement des *Aspergillus sp.* et des *Candida sp.* à partir de pus d'oreille et d'en préciser les espèces à travers l'analyse de 316 prélèvements de pus d'oreille examinés au laboratoire de Mycologie de l'EPS Farhat Hached de Sousse durant une période de 5 années (2004-2008).

**MATERIELS ET METHODES :** L'étude a porté sur 316 prélèvements de pus d'oreille provenant de 232 patients suivis pour otites purulentes. L'identification des champignons a été faite sur des critères morphologiques, macroscopiques et microscopiques associés à des critères biochimiques (auxanogramme) pour les *Candida non albicans*.

On s'est proposé d'étudier la répartition selon l'âge, le sexe et le mois de l'année.

**RESULTATS :** Parmi les 316 échantillons, 118 (37.3%) ont bénéficié d'un examen direct avant la culture, les 198 (62.7%) restants provenaient du laboratoire de Bactériologie pour identification d'un champignon qui a poussé en culture. L'examen direct était négatif dans 82 cas (69,5%) et positif montrant des filaments mycéliens dans 16 cas (13.5%), des levures dans 18 cas (15.3%), et des filaments mycéliens et des levures dans 2 cas (1.7%). La culture a permis d'isoler des *Aspergillus* dans 124 cas (39.2 %), dont : *A. flavus* dans 67 cas (21.2%); *A.niger* dans 46 cas (14.5 %), et *A. fumigatus* dans 6 cas (1.9%). Les *Candida* ont été isolées dans 143 cas (45.3%); les 2 espèces dominantes étaient *Candida parapsilosis* dans 69 cas (21.8%) et *Candida albicans* dans 43 cas (13.6%).

**CONCLUSION :** Les *Aspergillus* et les *Candida non albicans* peuvent faire parti de la flore commensale du conduit auditif externe, tout déséquilibre de cette flore peut être responsable de leur passage mycélien de l'état saprophyte à l'état pathogène. Une confrontation clinico-biologique est donc nécessaire pour affirmer la pathogénicité d'un *Aspergillus* ou d'un *Candida* isolé à partir d'un prélèvement mycologique réalisé sur la peau du conduit auditif externe.

**P101 : ASPERGILLOSE SINUSIENNE INVASIVE DANS SA FORME PSEUDO-TUMORALE : A PROPOS D'UN CAS**

L.AMMARI1, A.BERRICHE1, S.KHARRAT2, R.ABDELMALEK1, B.KILANI1, H.TIOUIRI BENAÏSSA1, K.KALLEL3, F.KANOUN1, S.SAHTOUT2, G.BESBES2, E.CHAKER3, T.BEN CHAABANE1

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

2-Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, hôpital La Rabta, Tunis

3-Laboratoire de parasitologie, hôpital La Rabta, Tunis

**Introduction :** L'aspergillose sinusienne invasive est une infection fongique grave. Elle est fréquemment rencontrée chez les patients immunodéprimés. La forme invasive avec atteinte plurisinusienne simule une tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne. Elle est de plus en plus diagnostiquée grâce aux progrès de l'imagerie médicale.

**Matériel et méthodes :** Nous rapportons l'observation d'une patiente hospitalisée au service de maladies infectieuses de l'hôpital La Rabta pour une aspergillose sinusienne invasive dans sa forme pseudo-tumorale.

**Observation :** Patiente âgée de 30 ans, admise pour obstruction nasale bilatérale associée à une protrusion des deux globes oculaires prédominant à gauche et une céphalée évoluant depuis 18 mois. Dans ses antécédents, elle a une rhinorrhée muqueuse saisonnière dès l'âge de 20 ans non explorée et elle se traite par des aérosols de corticoïdes en local. L'examen physique trouve une patiente apyrétique, exophtalmie bilatérale et oedème palpébral bilatéral. L'examen neurologique est normal. L'examen ORL révèle des lésions polyploïdes des 2 meats moyens mêlés à des truffes noirâtres. Les cornets moyens sont amputés sur une grande partie de leur étendue. La cloison nasale est bombée à sa partie postérieure avec perte du relief osseux. Un diabète de type 2 a été découvert. La tomodynamométrie cranio-faciale couplée à l'imagerie par résonance magnétique

Note la présence d'un processus expansif tissulaire orbito-sphéno-ethmoïdo-maxillaire droit responsable d'une exophtalmie bilatérale. Ce processus est associé à une lyse de la base du crâne et une extension endocrânienne. L'étude histologique de la biopsie nasale conclut à la présence de remaniements inflammatoires non spécifiques. L'examen mycologique direct de la biopsie nasale est négatif alors que la culture sur milieu de sabouraud a isolé *Aspergillus flavus*. Un traitement antifongique à base d'amphotéricine B (1mg/kg/jour) a été prescrit associé à une exérèse chirurgicale des lésions sinusiennes et une reconstruction de l'étagage antérieur de la base du crâne par des greffons costaux. L'amphotéricine B a été relayé par voriconazole devant des signes d'intolérance générale et une insuffisance rénale. La durée totale du traitement est de 15 mois. L'évolution a été favorable après un recul de 33 mois.

#### **P102 : ASPECTS CLINIQUES DES OTITES EXTERNES NECROSANTES ASPERGILLAIRES:**

N. BEN LASFAR, W. HACHFI, N. KAABIA, KHALIFA M, GHANNOUCHI N, ALOUA O, BAHRI F, A. LETAIEF

*Service de Médecine interne et maladies infectieuses-CHU Farhat Hached –Sousse*

La pathologie aspergillaire regroupe plusieurs localisations dont l'une, et parmi les moins fréquentes, est l'otite externe. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des otites externes nécrosantes (OEN) aspergillaires. Il s'agissait d'une étude rétrospective des dossiers des patients hospitalisés dans le service de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses du CHU Farhat Hached de Sousse, pendant la période allant de Janvier 2000 à Décembre 2008. Quatre cas d'OEN aspergillaires ont été colligés, 2 hommes et 2 femmes dont la moyenne d'âge était de 75ans (68-82), tous diabétiques. Ils avaient tous reçu une antibiothérapie préalable. Les signes fonctionnels étaient : otalgies (4cas), otorrhées purulentes (3cas), hypoacousie et céphalées dans 2cas chacune. L'examen ORL montrait un rétrécissement et un granulome inflammatoire du conduit auditif externe (CAE) dans 3cas. La vitesse de sédimentation était élevée chez les 4 patients. Le scanner cérébral et du rocher, réalisé chez tous les patients avait montré une mastoïdite (2 cas), une extension : pharyngée (2 cas) et intracrânienne (3 cas) et une thrombose des sinus veineux (2 cas). L'origine aspergillaire a été retenue sur l'isolement du champignon par la culture d'un prélèvement profond (2 cas), et par la

culture et l'examen direct d'un prélèvement superficiel du CAE (2cas). Les souches isolées étaient : *Aspergillus Flavus* (3cas) et *A. Fumigatus* (1cas). Le délai diagnostique était en moyenne de 11 mois (2-24 mois). Tous les patients ont reçu un traitement médical, dont deux une mastoïdectomie associée. L'antifongique de 1<sup>ère</sup> intention était le Voriconazole (3 cas) et l'Amphotéricine B (1cas). La durée moyenne du traitement antifongique était de 70 jours (2-180j). Trois patients avaient présenté au moins un effet indésirable attribué au traitement antifongique. L'évolution était marquée par le décès d'un patient, l'amélioration des 3 autres, dont l'un avait gardé une paralysie faciale et une hypoacousie. En conclusion, les OEN aspergillaires sont rares mais graves, touchant essentiellement les patients diabétiques âgés, et sont de diagnostic difficile. Leur traitement repose sur le Voriconazole pendant une longue durée, associé souvent à la chirurgie.

#### **P103 : TOXOPLASMOSE OCULAIRE : A PROPOS DE 7 CAS**

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

*Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis*

**Introduction :** La toxoplasmose est une maladie cosmopolite due à *Toxoplasma Gondii*. La toxoplasmose oculaire (TO) est la principale manifestation de l'infection. Elle est responsable de troubles visuels parfois graves mettant en jeu le pronostic visuel de l'œil atteint. Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et les modalités thérapeutiques de la chorioretinite toxoplasmique.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant des cas de toxoplasmose oculaire (TO) recrutés au service de maladies infectieuses sur une période de 13 ans (1996-2008). Le diagnostic de TO a été retenu sur les arguments cliniques, les données de l'examen ophtalmologique et/ou la sérologie de la toxoplasmose.

**Résultats :** Nous avons colligé 5 hommes et 2 femmes. L'âge moyen est de 37,28 ans. Parmi les antécédents de nos patients, une infection par le VIH dans 1 cas, un diabète de type 2 chez 1 patient et un épisode antérieur de chorioretinite toxoplasmique dans 1 cas. Les manifestations cliniques se résument à une baisse de l'acuité visuelle chez tous les malades. L'atteinte oculaire est unilatérale dans 100 % des cas. L'aspect des lésions actives au fond d'oeil sont : foyer maculaire

dans 4 cas (57 %), foyer péri papillaire dans 1 cas (14.3 %), uvéite postérieure dans 2 cas (28.5 %), hyalite dans 2 cas (28.5 %), foyer choroïdien dans 1 cas (14.3 %), décollement rétinien dans 1 cas (14,3 %) et un œdème papillaire dans 1 cas (14,3 %). Ces foyers actifs sont associés à un foyer cicatriciel dans 1 cas. La sérologie toxoplasmique montre une immunité ancienne dans 4 cas (67%). La sérologie de la toxoplasmose au niveau de l'humeur aqueuse a été faite chez un patient montrant un taux d'IgG à 6 UI/ml. L'ADN toxoplasmique a été détecté par PCR au niveau de l'humeur aqueuse chez un patient. Une tomodynamométrie cérébrale, réalisée chez 3 patients, n'a pas montré de localisation cérébrale. Tous nos patients ont reçu un traitement antiparasitaire par pyriméthamine et sulfadiazine pour une durée moyenne de 68 jours chez 3 patients. Les autres sont perdus de vue. La corticothérapie a été prescrite chez 3 patients pour une durée moyenne de 15 jours. L'évolution clinique est favorable chez tous les patients.

**Conclusion :** La rétinohoroïdite toxoplasmique est l'étiologie la plus fréquente d'uvéite postérieure. Les mesures préventives sont nécessaires pour éviter ses complications oculaires redoutables, en particulier en cas d'immunodépression.

#### **P104 : TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE : FORME AIGÜE SEPTICÉMIQUE.**

J OTHMAN, K FATHALLAH, M FEKIH, B GHORBEL, A MEMMI, H ESAIDI, S BOUGHIZANE, M NOUIRA, M BIBI, H KHAÏRI. J OTHMAN, K FATHALLAH, M FEKIH, B GHORBEL, A MEMMI, H ESAIDI, S BOUGHIZANE, M NOUIRA, M BIBI, H KHAÏRI.  
*Service de gynécologie et obstétrique CHU Farhat Hached Sousse*

La forme aigue parasitémique, réalisant un tableau de septicémie, est une forme rare de toxoplasmose congénitale. Nous rapportons une observation de toxoplasmose généralisée d'évolution fatale. La grossesse est marquée par une séroconversion pour la toxoplasmose à 33 SA. Le traitement par spiramycine n'est pas débuté. L'accouchement a lieu par césarienne à 35 SA en raison d'ARCF.

L'enfant présente initialement une détresse respiratoire modérée, une hépatomégalie et un purpura pétéchiial diffus. Il existe une pneumopathie interstitielle.

Le bilan sanguin retrouve une érythroblastose, une thrombopénie, une CIVD et une cytolysé hépatique.

À J2, l'enfant présente un état de choc avec myocardite et décède à J4.

La biologie confirme le forme aiguë de toxoplasmose : IgA et IgM présents (sang et LCR) ; PCR positive au niveau sanguin et de la biopsie hépatique.

Toute suspicion de séroconversion toxoplasmique maternelle doit conduire à débiter le traitement parasitostatique quelque soit le terme. septicémie, est une forme rare de toxoplasmose congénitale.

#### **P105 : LA TOXOPLASMOSE CHEZ LE NOUVEAU-NE : DIAGNOSTIC NEONATAL ET SUIVI POSTNATAL**

AOUINET AMIRA, R. BEN ABDALLAH, E. SIALA, O. SOUISSI, I. BEN SGHAÏER, R. MAATOUG, K. AOUN, A. BOURATBINE

*Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur de Tunis*

La toxoplasmose congénitale (TC) résulte d'une contamination fœtale per gravidique par le toxoplasme. Son diagnostic peut se faire soit en anténatal par les explorations échographiques et biologiques du fœtus, soit à la naissance par la recherche d'anticorps néo synthétisés par le fœtus. L'objectif de ce travail est de vous rapporter l'expérience de notre service concernant la prise en charge néonatale et le suivi postnatal des nouveau-nés de mères ayant fait une séroconversion en cours de grossesse.

Depuis l'année 2004 nous avons reçu 61 demandes, nous vous rapportons que 34 des observations documentées pour lesquelles la contamination pendant la grossesse a été retenue selon des critères sérologiques (ELISA (*Enzyme-linked-immuno-sorbent assay*) des IgG, ELISA IgM et avidité des IgG). Devant ces primo-infections toxoplasmiques, une PCR sur le liquide amniotique (LA) a été pratiqué dans 12 cas. A la naissance, outre le bilan clinique et para clinique (fond d'œil (FO) et échographie transfontanellaire), les méthodes mises en œuvre pour le diagnostic biologique néonatal ont comporté la recherche d'immunoglobulines Ig G et d'IgM par ELISA, la recherche d'IgM par ISAGA (*Immuno-sorbent-agglutination-assay*) et l'étude des profils comparatifs des IgG et IgM par *western blot* entre le sérum de la mère et celui du nouveau né (sang du cordon) à la naissance puis entre les différents sérums du nouveau né jusqu'à l'âge de 3 mois. Le suivi postnatal a consisté en une surveillance sérologique du nourrisson jusqu'à l'âge de un an (cinétique des IgG par ELISA, recherche d'IgM par ISAGA), ainsi qu'un suivi ophtalmologique par le FO à la recherche d'une chorioretinite d'apparition tardive. Parmi les 34 observations, 16 cas de TC ont été diagnostiqués (soit 47 %). Douze parmi les 34 nouveau-nés ont bénéficié d'une PCR sur LA

parmi lesquels 4 seulement avaient une PCR positive. Parmi les 16 cas de TC, 2 cas présentaient une sérologie négative à la naissance, ils avaient été traités in utero. Les autres étaient tous positifs en western blot (4 cas étaient positifs à la naissance, 7 cas ont positivé à j 12 de vie et 3 cas à 1 mois), 3 l'étaient en ISAGA et un seul en ELISA. Les 3 cas positifs en ISAGA avaient été contaminés lors du 3<sup>ème</sup> trimestre. Une choriorétinite pigmentaire a été mise en évidence chez 3 enfants (1 cas contaminé au 1<sup>er</sup> trimestre, 2 cas au 2<sup>nd</sup>). Un traitement à base pyriméthamine-sulfadiazine et acide folinique a été instauré chez 15 des enfants atteints dès la confirmation du diagnostic de TC. Les 18 cas indemnes de la TC ont négativé leur sérologie dans une période allant de 4 mois à un an.

Les résultats de cette étude montrent l'intérêt du suivi néonatal et postnatal des enfants de mères ayant eu une séroconversion durant la grossesse permettant ainsi le dépistage précoce d'une TC éventuelle et l'instauration précoce de traitements appropriés permettant ainsi un meilleur pronostic visuel.

#### **P106 : INTERET DE L'ETUDE PCR DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA TOXOPLASMOSE EVOLUTIVE**

TRIGUI D, CHAABANE K, ABID D, TRABELSI H, BEN ALI I, TRABELSI K, AYEDI A\*, GUERMAZI M  
*Service de gynécologie obstétrique CHU Hédi Chaker Sfax*

**Objectif :** Etablir l'intérêt de l'étude microbiologique par PCR dans le diagnostic et la prise en charge anténatal et postnatal de la toxoplasmose congénitale

**Patientes et méthodes :** Etude rétrospective portant sur 35 femmes enceintes ayant une séroconversion toxoplasmique et pour lesquelles une PCR dans le liquide amniotique a été pratiquée colligés au service de gynéco obstétrique du CHU hédi chaker Sfax

**Résultats :** Sur 35 cas de séroconversions toxoplasmiques ayant bénéficiées d'une étude PCR du liquide amniotique, la PCR est revenue positive dans deux cas avec échographie normale. Les deux patientes étaient traitées par l'association : pyriméthamine, sulfadoxine et acide folique.

Un seul bébé était suivi en post partum, il a été mis sous le même traitement jusqu'à l'âge de 15 mois malgré la normalité de tous les examens paracliniques (ETF, FO, TDM cerebral)

**Discussion conclusion :** La toxoplasmose congénitale résulte d'une contamination fœtale pergravidique par le toxoplasme.

Fréquente et grave, elle justifie une surveillance particulière des femmes exposées.

Elle a bénéficié ces dernières décennies de multiples progrès, notamment dans le domaine du diagnostic anténatal.

Le diagnostic anténatal par PCR est généralisé en France depuis une dizaine d'années et dépiste *in utero* les enfants infectés avec une sensibilité d'environ 80 %.

Plus récemment, le développement de technique de PCR en temps réel quantitative a ouvert de nouvelles perspectives pronostiques ainsi que thérapeutiques.

#### **P107 : ETUDE DU SPECTRE DES CYTOKINES ET DES CHIMIOKINES AU COURS D'UNE TOXOPLASMOSE OCULAIRE HUMAINE PAR ANALYSE MULTIPLEX**

LAHMAR IBTISSEM 1, 2, ABOU-BACAR AHMED 1, GORCII MOHAMED 2, ABDELRAHMAN TAMER 1, GUINARD MARIE 1, BEN YAHIA SALIM 3, KAIRALLAH MONCEF 3, SPEEG SCHATZ CLAUDE 4, BOURCIER TRISTAN 4, GARWEG JUSTUS G. 5, BABBA HAMOUDA 2, CANDOLFI ERMANNO 1

*1 Institut de Parasitologie et de Pathologie Tropicale, EA 3950 Interactions cellulaires et moléculaire hôte-parasite, Université Louis Pasteur de Strasbourg, France*

*2 Laboratoire de Parasitologie Mycologie (99-UR/08-05), Faculté de Pharmacie Monastir, Tunisie*

*3 Département d'Ophtalmologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie*

*4 Service d'Ophtalmologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France*

*5 Clinic for Vitreoretinal Disease, Swiss Eye Institute and Medical Faculty, University of Bern, Switzerland*

**INTRODUCTION :** La toxoplasmose oculaire (TO) est une infection intraoculaire redoutable car potentiellement cécitante. Les lésions sont dues à la destruction des tissus rétiens par la réplication de *Toxoplasma gondii*, ainsi qu'à la réponse immunitaire de l'hôte dont les caractéristiques sont très particulières dans l'œil. L'exploration du profil des cytokines et des chimiokines dans la genèse des lésions immunopathologiques de la TO chez l'homme est une nécessité. Celle-ci permettra d'envisager soit une intervention thérapeutique anti-inflammatoire plus ciblée, soit des nouvelles cibles thérapeutiques permettant de mieux maîtriser l'inflammation oculaire.

**MATERIELS ET METHODES :** Nous avons analysé un spectre de 17 cytokines et chimiokines (**Th1:** IL-2, IL-7, IL-12, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ ; **Th2:** IL-4, IL-5, IL-10, IL-13; **Th17:** IL-17; **médiateurs pro inflammatoires:** IL-1 $\beta$ , IL-8, MCP-1, MIP-1 $\beta$ ; **facteurs de croissance:** GM-CSF, G-CSF,) simultanément dans un même prélèvement d'humeur aqueuse de faible volume (20 $\mu$ L) par

l'utilisation d'une nouvelle technologie multiplex : Bio-Plex™ Suspension Array System Biorad. Les prélèvements d'humeur aqueuse nous ont été parvenus de trois services d'ophtalmologies : CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, CHU de Strasbourg et CHU de Berne en Suisse. Quatre groupes de patients ont été réunis : un groupe de patients atteints d'une toxoplasmose oculaire (TO, n=27), un groupe témoin composé de patients opérés de cataracte (CAT, n=20), un groupe de patients atteints d'uvéites intermédiaires non infectieuse (UI, n=13) et un groupe de patients atteints d'uvéites infectieuses virales (UV, n=14).

**RESULTATS ET CONCLUSION :** La nouvelle technique de Bio-Plex nous a permis pour la première fois d'analyser un spectre de 17 cytokines et de chimiokines dans un volume de 20 µL d'humeur aqueuse des patients atteints d'uvéites infectieuses et non infectieuses. La comparaison de tous les titres de ces médiateurs immuns entre les groupes des patients atteints d'une TO, uvéites non infectieuses, uvéites infectieuses et cataracte a montré que profil cytokinique en cas d'une TO est de type Th1 et Th 17 qui contrebalance les cytokines de type 2. Par ailleurs, nous avons montré que les cytokines IL-12 et IL-5 sont spécifiques à la toxoplasmose oculaire, alors que, IL-1 et GM-CSF sont spécifiques aux uvéites virales. De tels médiateurs pourraient avoir un intérêt dans le diagnostic de ces pathologies. Intéressamment, L'IL-17 a été retrouvée dans plus que 50% de la populations des patients du groupe TO et celui des uvéites intermédiaires non infectieuses. Ce résultat pourrait ouvrir la porte sur une autre recherche clinique permettant de mieux comprendre les mécanismes qui peuvent être à l'origine d'une production de l'IL-17 au cours des pathologies oculaires.

#### **P108 : PNEUMOCYSTIS JIROVECI CHEZ LES PATIENTS INFECTES PAR LE VIH : ETUDE COMPARATIVE DES TECHNIQUES D'IDENTIFICATION MORPHOLOGIQUE ET MOLECULAIRE**

MOHAMED ALI JARBOUI, AMIRA SALLEMI, HOUAIDA TRABELSI, HAYET SALLEMI, BORCHENI SAMIA, NOZHA BEN ARAB, MOUNIR BEN JEMAA, ALI AYADI

*Laboratoire de biologie moléculaire parasitaire et fongique*

La pneumocystose humaine est l'une des principales infections pulmonaires opportunistes chez les sidéens. L'utilisation de l'immunofluorescence (IF) et des techniques de biologie moléculaire dans l'identification de *Pneumocystis jiroveci* devient nécessaire devant la

faible sensibilité des colorations classiques. Le but de notre travail a été de comparer la sensibilité et la spécificité des différentes techniques utilisées dans l'identification de *P.jiroveci*.

**Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de quatre ans et portant sur 54 échantillons dont 28 lavages broncho-alvéolaires (LBA) et 26 crachats prélevés à partir de 50 patients infectés par le VIH. Tous ces prélèvements ont été testés par l'IF et les techniques de coloration (bleu de toluidine et giemsa). Nous avons amplifié un fragment de gène mtLSUrRNA par simple PCR et Nested-PCR. Les produits d'amplification avaient une taille de 346 et 267 pb respectivement.

**Résultats :** La détection de *P.jiroveci* par Nested-PCR était positive chez 15 patients (30%) dont 11 avaient une pneumocystose confirmée et 4 avaient une simple colonisation. La PCR et l'IF étaient positives dans 12 et 10 cas respectivement. Huit cas seulement ont été positifs par coloration. La sensibilité des colorations, l'IF, la simple PCR et la Nested-PCR était respectivement 73%, 91%, 100% et 100%. La spécificité de l'IF et des colorations était de 100%, et celles de la PCR et la Nested-PCR étaient respectivement de 97.5% et 90%.

**Conclusion :** Les colorations classiques ont la plus faible sensibilité par rapport aux autres techniques. La haute sensibilité (100%) et la faible spécificité (90%) de la Nested-PCR pourraient expliquer sa capacité de détecter les portages asymptomatiques. La PCR pourrait être utilisée avec l'IF pour une meilleure détection de *P.jiroveci* dans les LBA et les crachats des patients infectés par le VIH.

#### **P109 : LA PNEUMOCYTOSE PULMONAIRE EN ONCO-HEMATOLOGIE : A PROPOS DE DEUX CAS**

MADHI WALID\*, BATTIKH RIADH\*, M'SADEK FEHMI\*, ZRIBA SAMI\*, ABID RYM\*, GDHIRA HELA\*, AJILI FAIDA\*, HATTAB ZOUHOUR\*, LABIDI JANNET\*, GHARSALLAH IMEN\*, METOUI LEILA\*, BEN ABDELHAFIDH NADIA \*, LOUZIR BASSEM\*, JEMLI BOUTHEINA\*\*, GARGOURI SAADIA\*\*, OTHMANI SALAH\*

*\*Service de Médecine Interne*

*\*\* Laboratoire de Parasitologie – Hôpital Militaire de Tunis*

**Introduction :** La pneumocystose pulmonaire est une affection opportuniste classiquement responsable de pneumopathie sévère chez les patients atteints du SIDA. Son expression est également de plus en plus observée en cas d'immunodépression par hémopathie maligne.

**Observations :** Il s'agissait de 2 patients de sexe masculin âgés de 52 et 57 ans, suivis respectivement pour maladie de Hodgkin stade IV Bb et pour leucémie aigue myéloblastique (LAM) type 2 tumorale hyper leucocytaire. Les deux patients étaient sous chimiothérapie au moment de l'infection. Le tableau clinique était marqué par une toux sèche dyspnéisante avec fièvre et râles crépitants diffus dans le 1<sup>er</sup> cas et une fièvre prolongée avec syndrome pseudo-grippal dans l'autre cas. Les anomalies biologiques marquantes étaient une lymphopénie avec un taux de CD4 bas (175 élt/mm<sup>3</sup>) chez le patient atteint de lymphome et une hyperleucocytose importante (76900/mm<sup>3</sup>) dans l'autre cas. Le syndrome inflammatoire biologique et l'hypoxie étaient constants. La radiographie pulmonaire avait objectivé un syndrome interstitiel dans un cas et des images réticulo-nodulaires bilatérales et diffuses dans l'autre cas. Le diagnostic étiologique était porté par l'isolement de *Pneumocystis jiroveci* dans le liquide de lavage bronchoalvéolaire. Sous antibiothérapie à base de triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMT-SMZ) associée à une corticothérapie à dose dégressive et oxygénothérapie nasale, l'évolution était favorable chez le patient atteint de LAM avec maintien d'une prévention secondaire à base de TMT-SMZ. Le patient atteint de lymphome est décédé dans un tableau de détresse respiratoire.

**Conclusion :** La pneumocystose pulmonaire chez les patients immunodéprimés demeure de mauvais pronostic malgré l'amélioration des moyens de prise en charge, nécessitant un diagnostic et un traitement précoces.

#### **P110 : LE KYSTE HYDATIQUE PELVIEN a propos de 2 cas**

ZAYEN SONIA, CHAABENE KAIS, ABID DONIA, AMOURI HABIB, TRABELSI HAYKEL, BEN AYED BELHASSEN, TRABELSI KHALED, GUERMAZI MOHAMED

*Service de gynécologie obstétrique, CHU Hédi Chaker.*

L'hydatidose sévit à l'état endémique en Tunisie, c'est une maladie parasitaire à localisation poly viscérale. Sa localisation pelvi-génitale est rare et trompeuse.

Le but de notre travail est de déterminer les particularités cliniques, radiologiques du kyste hydatique pelvien, en déduire les difficultés diagnostiques, et préciser les modalités de prise en charge d'une telle localisation de l'hydatidose.

Nous rapportons deux cas de kyste hydatique pelvien chez deux jeunes filles âgées de 24 ans colligés au service universitaire de gynécologie

obstétrique du CHU Hédi chaker de Sfax. Le premier cas a été admis au mois de mars 1997 et l'autre au mois de septembre 2006.

La première patiente a été hospitalisée pour kyste de l'ovaire tordu. En peropératoire, le diagnostic de kyste hydatique a été suspecté, et confirmé par la suite par un examen anatomopathologique.

La deuxième patiente a été hospitalisée pour douleurs pelviennes, amaigrissement avec une masse pelvienne polykystique à l'échographie. Le diagnostic de kyste hydatique a été également suspecté en peropératoire et confirmé par l'examen anatomopathologique.

L'évolution était favorable chez les deux patientes.

En conclusion : les localisations pelviennes de la larve hydatique sont rare mais non exceptionnelles ; le diagnostic de kyste hydatique doit toujours être présent à l'esprit devant toute formation kystique du pelvis dans un pays d'endémicité comme la Tunisie.

#### **P111 : KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES: A PROPOS DE 8 CAS**

TLILI NAOUFEL, HMID MOHAMED, BOUAICHA WALID, BENGHOZLEN HAZEM, ZITOUN YADH, ABID FAOUZI, SASSI NOUREDDINE.

*Service Orthopédie, CHU Tahar Sfar, Mahdia*

**Introduction :** La localisation musculaire du kyste hydatique est rare même dans les zones de forte endémicité. A travers une étude de 8 observations et une revue de la littérature, les auteurs essayent de dégager les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de cette affection.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de 8 observations de KHM colligées du 1<sup>er</sup> janvier 1986 au 31 décembre 2006 dans les services d'orthopédie, de Chirurgie Générale de Mahdia et de Chirurgie Générale de Monastir.

**Résultats :** Le terrain de prédilection était celui de la femme jeune d'origine rurale, l'évolution était supérieure à 6 mois. Le siège était la cuisse dans 6 cas. Le diagnostic était orienté par les données de l'échographie et de la TDM dans 3 cas alors que la sérologie n'a été positive que dans 2 cas.

Sept patients ont bénéficié d'une périkystectomie totale. Une ponction aspiration injection réaspiration (P.A.I.R) a été pratiquée chez une seule patiente.

Le recul moyen était de 9,25 années.

L'évolution était favorable, une seule récurrence a été observée.

**Conclusion :** La localisation musculaire du kyste hydatique pose encore des problèmes diagnostique et thérapeutique. La sérologie et l'hyper éosinophilie , souvent négatives, ne

constituent qu'un complément à la clinique et à l'imagerie. Le traitement chirurgical est de règle avec une évolution souvent favorable.

### **P112 : L'HYDATIDOSE OSSEUSE : A propos de 2 cas**

BEN HMIDA MK., MAHFOUDHI K., HSAIRI ., BEN SLAMA S., ANNABI H., DRIDIM., ABDELKEFI M., BEN GHOZLENE R., HAJ SALAH M., TRABELSI M., M'BAREK M., BEN HASSINE H.

*Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous. Tunis*

**INTRODUCTION :** L'hydatidose osseuse est une anthroponose provoquée par la forme larvaire d'un cestode de l'espèce *E. granulosus*. Elle ne représente que 0,5 à 2,5 % de l'ensemble des localisations hydatiques. La grande latence clinique qui caractérise cette maladie et l'absence de spécificité radiologique entraîne un retard diagnostique contribuant à la diffusion et à l'extension de l'ostéite parasitaire.

Nous rapportons à travers ce travail deux cas d'hydatidose osseuse au niveau de la hanche et de l'os iliaque et nous discutons les difficultés diagnostics de ces deux observations ainsi que la conduite thérapeutique.

**OBSEVATIO N °1 :** Il s'agit d'une jeune femme âgée de 27ans originaire de KASSERINE qui consulte pour une tuméfaction du ¼ supéro-externe de la fesse gauche évoluant depuis 7 ans et négligée par la patiente. Le bilan radiologique a montré une image lytique prenant les 2/3 supérieurs de l'aile iliaque avec un renforcement de l'écho à l'échographie faisant évoquer un kyste hydatique osseux et une immunologie hydatique négative.

La patiente a eu une résection chirurgicale avec un examen anapath qui a confirmé le diagnostic.

Au dernier recul de 5 ans la patiente se porte bien et garde quelque douleur au niveau de la hanche avec un scanner de contrôle montrant l'absence de récurrence locale et une IRM de contrôle qui a montré un remaniement inflammatoire au niveau de l'aile iliaque.

**OBSEVATION N °2 :** Il s'agit d'une femme âgée de 41 ans originaire de SILIANA présentant une douleur de la hanche gauche évoluant depuis 6 ans traité par des antalgiques et des anti-inflammatoires. L'examen trouve une limitation de la mobilité de la hanche gauche avec à la radiographie une destruction de l'extrémité supérieure du fémur associée à une ostéoarthrite de la coxo-fémorale avec des tests immunologiques franchement positifs. Le bilan d'extension a permis de retrouver un kyste hydatique du segment 7 du foie. Devant l'extension des lésions, on n'a pas pu

faire d'exérèse chirurgicale et on s'est contenté du traitement médical.

L'évolution a été marquée par une suppuration du kyste qui a été opéré en ville avec persistance d'une fistule productive laissant sourdre les vésicules.

**Discussion et conclusion :** L'hydatidose est une zoonose cosmopolite touchant l'homme et de nombreux mammifères. Le chien héberge dans son intestin les formes adultes du parasite et dissémine les embryophores infestants dans le milieu extérieur. Sa localisation préférentielle est le poumon et le foie, la localisation osseuse reste rare mais grave.

Du fait de son évolution lente, elle se rencontre le plus souvent chez l'adulte. Il ne semble pas exister de prédominance de sexe.

Le diagnostic biologique est basé sur les tests sérologiques qui sont fiables selon BONIFACINO.

Le diagnostic est souvent retardé vu que la symptomatologie n'est pas spécifique et l'erreur diagnostique est fréquente dans la littérature.

Le traitement curatif de l'hydatidose osseuse ne peut être que chirurgical. Son indication et ses résultats dépendent du stade évolutif et surtout de la localisation de la maladie.

Il consiste en une exérèse « Carcinologique » des lésions qu'on assimile à une véritable tumeur maligne. L'importance des lésions peut faire récuser le geste chirurgical idéal, la thérapeutique se résume alors à une chirurgie à minima (curetage, ponction de kyste douloureux), associée au traitement médical par les anti-helminthiques pour prévenir les récurrences. Le traitement médical est destiné également aux formes inopérables ou de mauvais pronostic.

### **P113 : ECCHINOCOCCOSE COSTO-VERTEBRALE PRIMITIVE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**

TRABELSI KAIS, OUERTATANI M., ZAALOUNI I., BOUHDIABA S., NOURI H., MEHERZI M.H., MESTIRI M.

*SERVICE D'ORTHOPÉDIE ADULTE -INSTITUT KASSAB-TUNIS*

**INTRODUCTION :** L'hydatidose osseuse est rare, elle présente moins de 2% des cas. La localisation vertébrale est la plus fréquente des localisations osseuses. La gravité de l'échinococcose vertébrale réside dans les complications neurologiques et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques surtout à un stade évolué.

**OBSERVATION :** Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 30 ans qui consulte pour une douleur thoracique postérieure. La radiographie du

thorax a montré une opacité d'allure extra parenchymateuse associée à une lyse costale. L'échographie thoracique révèle une masse pariétale tissulaire et liquidienne multi vésiculaire. Le scanner thoracique conclut à un kyste hydatique costo-vertébral. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a objectivé une extension dans le canal rachidien. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic.

**DISCUSSION ET CONCLUSION :** L'hydatidose est une parasitose, dont le foie et le poumon représentent les localisations principales. Cette affection atteint l'os dans 0,5 à 2% des cas. L'atteinte du rachis représente 44% des localisations ostéo-articulaires avec une prédilection pour le rachis dorsal. L'homme est le plus souvent atteint, l'âge d'atteinte se situe entre 21 et 40 ans.

La forme du corps vertébral reste longtemps conservée à la différence du mal de Pott. La transmission d'une vertèbre à l'autre se fait par voie sous-ligamento-périostée. Ensuite, l'envahissement parasitaire dépasse les limites de la vertèbre et intéresse le canal rachidien, comprimant ainsi les structures nerveuses.

A la radiographie standard, il existe soit une hypercyphose, une scoliose, avec une ostéolyse multiloculaire sans réaction ostéophytique ou périostée et sans condensation osseuse. L'aspect est celui d'une érosion osseuse en « nid d'abeilles ».

La myélographie montre un arrêt de type extradural. Couplée au scanner, elle localise le processus expansif, qui est hétérogène avec des densités liquidienne cloisonnées et d'autres tissulaires prenant le contraste, avec des séquestres. Le scanner précise l'extension endocanalaire ainsi que l'éventuelle compression nerveuse et l'atteinte des muscles.

L'IRM est actuellement l'examen de choix, grâce à sa meilleure résolution en contraste, ses coupes multi planaires et à son innocuité, mais étudie moins bien l'atteinte osseuse que le scanner.

Une classification en 5 types de l'hydatidose vertébro-médullaire a été proposé par Braithwaite et Lees.

Le scanner et l'IRM sont complémentaires dans l'étude précise de la maladie hydatique vertébrale. Le diagnostic de certitude est posé à l'examen anatomopathologique d'une pièce d'exérèse chirurgicale ou après biopsie percutanée. La biopsie radioguidée exposerait à un risque de dissémination le long de son trajet.

Dans notre contexte, le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les spondylites et les spondylodiscites tuberculeuses, mais la vertèbre et

le disque conservent leur hauteur pendant longtemps en cas d'hydatidose.

Le traitement chirurgical est à visée « carcinologique » avec excision large des lésions osseuses et extra-osseuses, associé à un geste décompressif des éléments nerveux, avec reconstitution osseuse à l'aide d'un greffon ou du matériel d'ostéosynthèse. Le traitement chirurgical peut être associé à un traitement médical (Albendazol) pour éviter les récives.

#### **P114 : BLASTOCYSTIS HOMINIS : PREVALENCE ET PATHOGENICITE ?**

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

*Service de Parasitologie Clinique, Institut Pasteur de Tunis*

*Blastocystis (B.) hominis* est un protozoaire intestinal dont la pathogénicité est controversée. De nombreuses publications associent ce parasite à une symptomatologie intestinale, en cas d'infestation massive et/ou d'immunodépression. Cependant, peu de données sont disponibles concernant la prévalence de ce protozoaire dans les selles. L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence de ce protozoaire dans la région de Tunis et de discuter de sa pathogénicité.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 4014 examens parasitologiques des selles effectués au laboratoire de Parasitologie de l'Institut Pasteur de Tunis entre 2006 et 2008. Chaque selle a fait l'objet d'un examen microscopique direct et d'une concentration par la technique de Ritchie.

*B. hominis* a été détecté dans 97 échantillons de selles soit une prévalence de 2,4%. Parmi les 72 sujets dont les selles ne contenaient que des *Blastocystis*, 4 seulement présentaient une diarrhée (5,6 %) alors que 68 étaient asymptomatiques (94,4%). *B. hominis* a été associé à d'autres parasites dans 25 cas. L'association avec *Endolimax nanus* est la plus fréquente (48,3%) suivie de celle avec *Dientamoeba fragilis* (24,1 %). *B. hominis* est cosmopolite. Sa prévalence reste encore mal connue, Néanmoins, elle apparaît nettement plus élevée en zone tropicale.

Notre série montre l'absence de corrélation entre la présence de troubles intestinaux et la détection de *Blastocystis* dans les selles. En effet, 5,6% seulement des porteurs de ce parasite sont symptomatiques. Certains auteurs ont associé la pathogénie de *B. hominis* à l'intensité du parasitisme et au terrain sous-jacent

(maladies inflammatoires de l'intestin, immunodépression...). D'autres contestent le rôle pathogène de ce parasite. Devant ces incertitudes, la présence de *Blastocystis* doit être signalée au clinicien qui cherchera d'autres causes infectieuses, organiques ou fonctionnelles avant d'impliquer ce parasite dans la genèse des troubles présentés par les patients.

### **P115 : LARVA MIGRANS OCULAIRE : A PROPOS DE 5 CAS**

S. AISSA1, L. AMMARI1, S. ANANE2, R. ABDELMALEK1, H. TIOUIRI BENAÏSSA1, B. KILANI1, A. GHOUBANTINI1, F. KANOUN1, E. CHAKERI2, T. BEN CHAABANE1.

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

2-Service de parasitologie, Hôpital La Rabta, Tunis.

**Introduction :** La toxocarose est une infection parasitaire cosmopolite, secondaire au développement dans l'organisme de larves de *Toxocara canis* ou *Toxocara cati*. L'atteinte oculaire, appelée larva migrans oculaire (LMO), est rare au cours de cette maladie. Elle occupe le 5<sup>ème</sup> rang des étiologies des uvéites postérieures. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs de la LMO.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital la Rabta sur une période de 5 ans colligeant les patients admis pour LMO évoqué devant les données de l'examen ophtalmologique et la recherche d'anticorps anti-toxocara.

**Résultats :** 5 patients ont été inclus ; 3 enfants et 2 adultes dont l'âge moyen respectif est de 12 et 33 ans. La présence de chiens dans l'entourage a été retrouvée dans 3 cas. Un patient présente une géophagie. Le début de la symptomatologie est brutal chez 4 patients. Le délai diagnostique moyen est de 6 semaines. L'atteinte oculaire est unilatérale et isolée dans tous les cas. Une baisse de l'acuité visuelle est retrouvée dans 100 % des cas. Le fond d'œil trouve des granulomes choriorétiniens dans 100 % des cas, associés à une réaction inflammatoire et des brides de traction vitréo-rétinienne dans 4 cas (80 %). Une uvéite antérieure a été notée chez 2 patients. La biologie ne retrouve pas d'hyperéosinophilie sanguine ni de syndrome inflammatoire biologique. Le diagnostic a été confirmé par la mise en évidence dans le sérum d'anticorps anti-toxocara par la technique ELISA chez tous les patients. Parmi eux, 2 ont une sérologie positive dans les humeurs aqueuses et

vitrées. Un traitement anti-parasitaire par albendazole associé à une corticothérapie a été prescrit chez tous les patients. Deux patients ont subi une vitrectomie. L'évolution a été favorable chez tous les patients. 2 patients ont présenté un décollement rétinien.

**Conclusion :** La LMO est la cause la plus fréquente de granulomes rétinocoroidiens. Cette parasitose doit être évoquée devant une uvéite postérieure. Son diagnostic différentiel principal, redoutable chez les enfants est le rétinoblastome.

### **P116: HISTOPLASMOSE DISSEMINÉE A HISTOPLASMA CAPSULATUM CHEZ UN TRANSPLANTE RENAL IVOIRIEN.**

KHALED SAMIRA1, TRABELSI SONIA1, BACHA MOHAMED MONGI2, ABDERRAHIM EZZEDDINE2, BEN ABDALLAH TAIEB2.

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

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

**Introduction :** L'histoplasmosse est une mycose due à un champignon dimorphique dont la porte d'entrée est pulmonaire par inhalation de spores. Dans l'organisme, la forme levure se multiplie dans les cellules du système des phagocytes mononucléés. Chez l'immunodéprimé les formes disséminées sont redoutables.

**Observation :** Il s'agit d'un patient ivoirien âgé de 55 ans, qui a eu une transplantation rénale à Tunis en 2005.

En décembre 2008, il est transféré d'Abidjan pour fièvre, altération de l'état général avec des nodules au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Le patient présente des ulcérations de la muqueuse buccale et nasale.

Une ponction des nodules est faite avant une exérèse chirurgicale.

L'examen direct montre des levures de petite taille, bourgeonnantes, en intra et extra macrophagique.

Des étalements sur lames colorés au Grocott confirment la présence de ces levures.

Les cultures à 27° se positivent au 30<sup>ème</sup> jour.

Un prélèvement de moelle a été mis en culture sur gélose au sang à 37° et a permis d'isoler la forme levure.

Devant l'aspect de l'examen direct, et des étalements colorés au Grocott, le diagnostic d'une histoplasmosse à *Histoplasma capsulatum* est évoqué et le patient a été mis sous itraconazole.

Un scanner thoraco-abdominal a montré des adénopathies médiastinales et abdominales, un épaississement du colon droit et transverse et une ostéolyse du plateau vertébral de L3.

L'évolution a été compliquée par une perforation colique qui a nécessité une intervention chirurgicale. Le malade est décédé après deux semaines.

**Conclusion :** L'histoplasmosse est un diagnostic à évoquer chez les transplantés africains. Cette mycose peut évoluer vers des atteintes profondes, disséminées. Un diagnostic rapide est nécessaire pour instituer un traitement adapté et éviter les complications qui sont souvent mortelles.

#### **P117 : LA DIROFILARIOSE SOUS-CUTANÉE : A PROPOS D'UN NOUVEAU CAS ORIGINAIRE DE GABES**

TRABELSI HOUAIDA, SALLEMI AMIRA, MAKNI FATTOUMA, SALLEMI HAYET, CHEIKHROUHOU FATMA, NEJI SOUROUR, SAFI SALMA, DJMAL MOHAMED, AYADI ALI

*Laboratoire de biologie moléculaire parasitaire et fongique*

La dirofilariose sous-cutanée humaine est une zoonose émergente, due essentiellement à *Dirofilaria repens*. Sa découverte est généralement fortuite à l'occasion d'un examen anatomopathologique ou lors de l'exérèse chirurgicale, posant souvent un problème d'identification. Nous rapportons un cas de dirofilariose diagnostiquée dans notre laboratoire et originaire de Gabes.

**Observation :** Un homme âgé de 57 ans, originaire du sud tunisien, a consulté pour une tuméfaction de la joue droite. Il a reçu un traitement antibiotique pendant 10 jours mais sans amélioration. L'incision du nodule cutané a montré la présence d'un ver blanchâtre. *Dirofilaria repens* a pu être reconnu en se basant sur ses dimensions, sa cuticule et ses caractéristiques morphologiques. Après ablation du parasite, les suites ont été simples et favorables.

**Conclusion :** L'expression clinique de la dirofilariose sous-cutanée est bénigne mais pose souvent des problèmes de diagnostic différentiel. Ainsi, le diagnostic est presque toujours porté devant la découverte fortuite du ver au sein du nodule sous-cutané ou de sa section à l'examen anatomopathologique.

#### **P118 : PREVALENCE DE L'INFESTATION PAR ENTEROBIUS VERMICULARIS CHEZ L'ENFANT (SERIE DE 110 ENFANTS TUNISIENS)**

NAJLA FAKHFAKH, RIM BEN ABDALLAH, EMNA SIALA, NISSEF BEN ALAYA, INES BEN SGHAIER, MEJDA NAJJAR, NAJET ZALLEGA, KARIM AOUN, AIDA BOURATBINE.

*Laboratoire de Parasitologie- Mycologie, Institut Pasteur de Tunis*

L'oxyure ou *Enterobius vermicularis* est l'un des parasites intestinaux les plus répandus dans le monde. Il prédomine surtout dans les zones tempérées. Notre objectif est d'estimer la prévalence de l'infestation par ce parasite chez une population infantile à Tunis.

Dans le cadre d'une enquête de dépistage, faite sur une période de 1 mois, on a choisi au hasard 110 enfants hospitalisés aux services de pédiatrie de l'hôpital d'enfant de Tunis et venants de régions différentes de la Tunisie. Un scotch test anal a été réalisé pour tous les enfants hospitalisés, le matin, avant toute toilette et défécation. Une fiche de renseignement a été établie également pour tous les enfants. La comparaison des pourcentages a été faite par le test de chi-2 de Pearson et le test exact de Fisher si les conditions d'application n'étaient pas satisfaites. La comparaison de l'âge moyen en fonction de la positivité a été faite par le test de Mann-Whitney.

Parmi les 110 scotch tests réalisés, 11 étaient positifs (10%). L'âge moyen de ces 11 enfants était de 74,5 mois (~ 6 ans). Sept (63%) de sexe masculin et 4 (37%) de sexe féminin. 9 (81%) parmi eux fréquentaient des établissements scolaires. Par ailleurs, la notion de prurit anal qui est le signe pathognomonique de l'oxyurose, manquait chez 8 patients. Huit mentionnaient des épisodes antérieurs d'oxyurose bénéficiant ainsi d'un traitement antiparasitaire spécifique.

La prévalence de 10 % trouvée en étudiant un échantillon tiré au hasard concorde avec d'autres séries tunisiennes. Les enfants d'âge scolaire étaient les plus touchés et le sexe ne semblait pas intervenir. La fréquence de porteurs sains et donc de formes asymptomatiques est élevée comme ça été rapporté par d'autres études. Le risque d'auto infestation est important donc, des mesures d'hygiène individuelles sont exigées lors du traitement.

Lutter contre l'infestation par les parasites intestinaux entre autre l'oxyure chez les enfants, passe en premier lieu par l'éducation sanitaire. Des règles d'hygiène individuelles et collectives ainsi que des recommandations thérapeutiques sont à respecter.

#### **P119 : PCR DANS LA LEISHMANIOSE CUTANÉE : COMPARAISON DE DEUX PAIRES D'AMORCES**

NAFFATI ASMA, KALLEL KALTHOUM, ANANE SONIA, KAOUJECH AMIRA, BELHADJ SLAHEDDINE, CHAKER EMNA

**Introduction :** La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie parasitaire qui constitue un problème de santé publique aussi bien dans le monde qu'en Tunisie. Son diagnostic repose sur des techniques de routine, examen direct (ED) et culture, qui, en raison de plusieurs facteurs, manquent de sensibilité. La biologie moléculaire, plus rapide et plus sensible, a montré son apport dans le diagnostic de la LC.

**But :** le but de notre travail est de comparer deux paires différentes d'amorces utilisées pour le diagnostic moléculaire de la LC, en comparant les résultats obtenus par ces techniques à ceux trouvés à l'ED.

**Matériel :** Notre travail a été réalisé sur 299 échantillons colligés sur une période de deux ans dans le Service de Parasitologie –Mycologie de la Rabta.

**Méthodes :** Systématiquement, ont été effectués un ED de frottis dermiques colorés au MGG et deux PCR (PCR1 et PCR2) ciblant le gène leishmanien codant pour la sous-unité 18S ribosomale, utilisant deux paires d'amorces, respectivement R221/R332 et Lei70L/Lai70R.

**Résultats :** 188 prélèvements étaient positifs par l'examen direct et/ou la PCR et 111 étaient négatifs. Deux prélèvements seulement étaient positifs uniquement par l'ED contre 74 qui étaient positifs uniquement en PCR (PCR1 et/ou PCR2). Parmi ces 74 prélèvements, 64 étaient positifs par la PCR2 seule contre 2 prélèvements qui étaient positifs par la PCR1 seule. Les 8 prélèvements restants étaient positifs à la fois par la PCR1 et la PCR2.

La PCR, notamment la PCR2, montre un pourcentage de positivité plus important que l'ED ; cette positivité serait plus importante dans la population des patients originaires du centre tunisien.

**Conclusion :** Nos résultats confirment l'intérêt de la PCR notamment quand les techniques classiques

#### **P120 : LEISHMANIOSE VISCERALE DE L'ADULTE**

CHERIF E, DAOUD F, AZZABI S, KAOUECHE Z, KOOLI C, BEN HASSINE L, KHALFALLAH N.  
Service de Médecine Interne B - Hôpital Charles Nicolle –  
Tunis. Boulevard 9 Avril - Tunis. 1006

**Introduction :** La leishmaniose viscérale est une parasitose due à une multiplication dans les cellules du système réticulo-histiocytaire d'un protozoaire flagellé du genre leishmania. Elle sévit

en Tunisie sous forme méditerranéenne infantile. On assiste actuellement à une recrudescence des formes de l'adulte.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des patients hospitalisés dans notre service sur une période allant de 1994 à 2009. L'analyse des dossiers a permis de recueillir les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la leishmaniose viscérale de l'adulte.

**Résultats :** Il s'agissait de 7 patients (4 hommes et 3 femmes), d'âge moyen de 47 ans. La triade clinique caractéristique associant fièvre, pâleur et splénomégalie n'a été retrouvée que dans 4 cas. Sur le plan biologique, on a noté une pancytopenie dans 4 cas, une bicytopenie sans thrombopénie dans 3 cas et une CIVD dans un cas. L'immunofluorescence indirecte a été positive dans 5 fois sur 7. Le diagnostic de certitude est apporté, pour tous les malades, sur la mise en évidence du parasite dans le liquide de myéloculture. Tous nos patients étaient traités par du Glucantime. L'évolution était favorable chez six patients, un patient est décédé dans un tableau de sepsis sévère. On n'a pas recensé d'effets indésirables liés au traitement.

**Conclusion :** La leishmaniose viscérale n'est pas exceptionnelle chez l'adulte. Il faut savoir l'évoquer de toute évidence devant une fièvre, pâleur et splénomégalie mais aussi devant toute fièvre prolongée sans autres signes spécifiques. Un diagnostic précoce améliore le pronostic et assure une meilleure réponse thérapeutique.

#### **P121 : RESISTANCE AU COARTEM DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME A PLASMODIUM FALCIPARUM : A PROPOS D'UN CAS**

I.BEN HADJ ALI<sup>1</sup>, N.BEN S ALEM<sup>2</sup>, D.ALOUI<sup>1</sup>, E.KAOUECH<sup>1</sup>, S.ANANE<sup>1</sup>, S.BELHADJ<sup>1</sup>, K.KALLEL<sup>1</sup>, E.CHAKER<sup>1</sup>

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie EPS La Rabta.  
2- 3, Avenue Louis Braille, 1002, Tunis

**Introduction :** L'incidence et la gravité du paludisme sont en augmentation de part le monde. Parallèlement, de plus en plus des souches de Plasmodium deviennent résistantes aux antipaludéens. Le COARTEM est une association stable de deux substances actives, l'artéméther, un dérivé de l'artémisinine, et la luméfantrine, une substance analogue par sa structure et sa pharmacologie aux antipaludéens halofantrine et méfloquine. Nous rapportons dans notre travail un cas de paludisme d'importation résistant au COARTEM.

**Observation :** Il s'agit d'un patient tunisien âgé de 58 ans qui a fait un séjour en Côte d'Ivoire du 10-8-08 au 17-8-08 sans chimioprophylaxie. Le patient rapporte 10 jours après son retour, l'apparition d'accès faits de fièvre, frissons, sueurs et céphalées qui ont duré 3 jours. Une goutte épaisse et un frottis sanguin pratiqués sont positifs à *Plasmodium falciparum*. Le patient est mis sous COARTEM : 4cp à H0, 4cp à H8 puis 4cpx2 toutes les 24h pendant 2j. Les signes cliniques régressent et les contrôles parasitologiques à j3 et j7 du traitement sont négatifs. Le 23-9-08 le patient refait un malaise avec fièvre, frissons, vertiges et nausées. Un frottis sanguin et une goutte épaisse sont demandés et reviennent positifs à *Plasmodium falciparum*. Le patient est réhospitalisé et traité par la quinine (1800mg/j/6j) avec une bonne évolution clinique et parasitologique. L'observance au traitement étant bonne, une résistance au COARTEM a été retenue.

**Conclusion :** Le COARTEM est connu pour son efficacité contre *Plasmodium falciparum* polychimiorésistant et pourtant une résistance à ce traitement est signalée dans notre observation.

#### **P122 : LE PALUDISME D'IMPORTATION**

A. AOUAM, A TOUMI, F LARBI AMMARI, C. LOUSSAÏEF, F. BEN ROMDHANE, N. BOUZOUAÏA, M. CHAKROUN

*Service des Maladies Infectieuses, EPS F. Bourguiba, Monastir*

**Introduction :** Le paludisme est une parasitose due à un protozoaire, transmise par la piqûre de l'anophèle femelle. La maladie est très répandue en zones tropicales. Son évolution peut être grave. En Tunisie, le paludisme a été éradiqué depuis 1978. Cependant, des cas d'importation continuent à être observés.

**Objectif :** Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et parasitologiques du paludisme d'importation en précisant ses modalités thérapeutiques.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 16 malades hospitalisés, entre juillet 1988 et novembre 2008, pour paludisme, au service des Maladies Infectieuses de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, parasitologiques et thérapeutiques ont été recueillies.

**Résultats :** Seize malades étaient inclus, répartis en 15 hommes et une femme. L'âge moyen était de 27,4 ans (20-43 ans). Il s'agissait de 8 malades tunisiens (50%) et de 8 de nationalité étrangère :

Niger (n=3), Mali (n=2), Gabon (n=1), Guinée (n=1), Côte d'Ivoire (n=1). Parmi les tunisiens, 3 (37,5%) avaient séjourné moins de trois mois et n'avaient pas bénéficié de chimioprophylaxie. Par contre une chimioprophylaxie non précisée était prescrite dans 3 cas (37,5%) alors qu'elle n'était pas indiquée.

Au plan clinique, un accès palustre simple était observé dans 15 cas. La fièvre, les frissons, les céphalées, l'asthénie et les sueurs nocturnes étaient constants. Un neuro-paludisme était observé dans un seul cas (6,2%). Le tableau clinique était fait d'un syndrome méningé fébrile avec somnolence.

Au plan biologique, la thrombopénie était notée dans 13 cas (81,3%) et l'anémie dans 4 (25%).

Le diagnostic était confirmé par le frottis sanguin et la goutte épaisse dans tous les cas : *P. falciparum* (n=12), *P. vivax* (n=2), *P. malariae* (n=1) et *P. ovale* (n=1).

Le traitement avait reposé sur la méfloquine dans 10 cas (62,5%), l'artemeter-luméfántrine dans 4 cas (25%) et la nivaquine dans 2 cas (12,5%). Le malade ayant présenté un neuro-paludisme était traité par artemeter-luméfántrine.

L'évolution clinique, biologique et parasitologique était favorable dans tous les cas.

**Conclusion :** Cette étude montre les insuffisances de la chimioprophylaxie chez les tunisiens. Par conséquent, un effort supplémentaire doit être fourni en matière de prise en charge des voyageurs à destination d'une zone d'endémie paludéenne. Le traitement et la chimioprophylaxie doivent tenir compte de l'émergence de la chloroquino-résistance.

#### **P123 : LES CANDIDOSES OESOPHAGIENNES CHEZ LES SUJETS VIH NEGATIFS : FACTEURS DE RISQUE, MOYENS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES**

BOUCHIBA R1, ANANE S1, NAIJA N2, BOUBAKER J2, KAOUECH E1, BEL HADJ S1, FILALI A2, KALLEL K1, CHAKER E1

*1 Service de parasitologie – mycologie, CHU la Rabta*

*2 Service de gastroentérologie «A», CHU la Rabta*

**Introduction :** La candidose oesophagienne est une infection fongique de l'œsophage due à des levures du genre *Candida*. Le principal terrain prédisposant est le SIDA. Cependant, de nombreux autres facteurs de risques peuvent être incriminés.

Le principal objectif de notre travail est la mise en évidence des principaux facteurs favorisant la survenue de la Candidose oesophagienne chez les sujets VIH négatifs, ainsi que l'analyse des

manifestations cliniques, des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 18 cas de candidose oesophagienne colligés dans notre laboratoire sur une période de 5 ans (allant de 2004 à 2008).

Le diagnostic de candidose oesophagienne a été confirmé par la positivité de l'examen mycologique réalisé sur biopsie oesophagienne.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 45 ans (avec des extrêmes allant de 3 à 77 ans), 73 % étaient de sexe masculin. L'ancienneté moyenne de la candidose oesophagienne était de 2 mois.

Les facteurs de risque ont été dominés par la corticothérapie (6 cas), l'antibiothérapie (4 cas) et le diabète (3 cas).

Les manifestations cliniques les plus fréquentes étaient la dysphagie (75%), l'amaigrissement (53%) et les épigastalgies (53%).

L'examen mycologique a montré que seule *Candida albicans* a été incriminée.

Sur le plan thérapeutique, 14 patients ont été traités par le Fluconazole (Triflucan®), un patient a reçu l'Amphotéricine B (Fungizone®) et les 3 autres ont été perdus de vue. 7 patients seulement ont bénéficié d'un examen de contrôle montrant une bonne évolution dans 72 % des cas.

**Conclusion :** La candidose oesophagienne est une infection opportuniste touchant surtout les patients atteints du SIDA. Cependant, elle peut être rencontrée chez des sujets VIH négatifs présentant certains facteurs favorisant comme : la corticothérapie, l'antibiothérapie et le diabète. Ceci a été démontré aussi bien dans notre étude que dans la littérature.

#### **P124 : ETUDE DU POLYMORPHISME GENETIQUE DE SOUCHES DE CANDIDA TROPICALIS ISOLEES EN REANIMATION PAR LA TECHNIQUE D'ELECTROPHORESE EN CHAMP PULSE (ECP)**

KHADHRAOUI NADIA<sup>1</sup>, KALLEL KALTHOUM<sup>1</sup>, BOUCHAMI ONS<sup>2</sup>, BOUCHAKOUA MARIEM<sup>1</sup>, KAOUECH AMIRA<sup>1</sup>, ANANE SONIA<sup>1</sup>, BELHADJ SLLAHEDDINE<sup>1</sup>, BELHASSEN ESSIA<sup>2</sup>, CHAKER EMNA<sup>1</sup>

1- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie Hôpital La Rabta Tunis

2- Laboratoire de Microbiologie Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis

**Introduction :** L'épidémiologie des infections fongiques s'est considérablement modifiée ces dernières années avec leur incrimination de plus en plus importante au sein des infections

opportunistes et nosocomiales chez les malades à « risques ».

**Objectifs :** Le but de notre travail est la mise au point d'une technique de biologie moléculaire permettant l'étude du polymorphisme génétique des levures du genre *Candida* : il s'agit de la technique d'ECP appliquée à des souches de *Candida tropicalis*.

**Matériel :** 34 souches de *Candida tropicalis* isolées de différents types de prélèvements (nasal, buccal, urines...) provenant de 15 patients hospitalisés en réanimation médicale de l'hôpital La Rabta durant une période de 7 mois (Août 2007- Avril 2008).

**Méthode :** Méthode d'électrophorèse en champ pulsé par la technique CHEF.

**Résultats :** La lecture des profils de *Candida tropicalis* obtenus par ECP par méthode visuelle nous a permis de dégager :

- un pulsotype largement dominant désigné A avec trois sous types (A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub> et A<sub>3</sub>)

- deux pulsotypes secondaires nommés B et C.

**Discussion et Conclusion :** Nos résultats rejoignent ceux de la littérature avec un pulsotype prédominant. Cependant, une étude multicentrique incluant plusieurs services à risque et donc un nombre plus important d'isolats permettra une meilleure analyse du polymorphisme des souches et de leur épidémiologie.

Notre travail nous a permis de mettre au point la technique de l'ECP pour le génotypage des souches de *Candida*, étape importante dans l'étude épidémiologique des infections nosocomiales.

#### **P125 : SARCOÏDOSE ET CRYPTOCOCCOSE OSSEUSE: A PROPOS D'UN CAS**

S.AISSA<sup>1</sup>, L.AMMARI<sup>1</sup>, B.KAMMOUN<sup>2</sup>, K.KALLEL<sup>3</sup>, S.HAOUET<sup>4</sup>, B.KILANI<sup>1</sup>, R.ABDELMALEK<sup>1</sup>, H.TIOURI BENAÏSSA<sup>1</sup>, E.CHAKER<sup>3</sup>, M.M.KHALDI<sup>2</sup>, M.ZITOUNA<sup>4</sup>, T.BEN CHAABANE<sup>1</sup>

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

2- Service de neurochirurgie, institut national de neurologie, Tunis

3- Laboratoire de parasitologie, hôpital La Rabta, Tunis.

4- Laboratoire d'anatomopathologie, hôpital La Rabta

**Introduction :** La sarcoïdose est granulomatose idiopathique responsable d'un état d'immunodépression. La cryptococcose est l'infection opportuniste la plus fréquente au cours de la sarcoïdose. Les principales localisations de la cryptococcose sont l'atteinte méningée (42%) et osseuse (35%). Nous rapportons l'observation

d'une cryptococcose vertébrale dans sa forme tumorale chez une femme atteinte de sarcoïdose.

**L'observation :** patiente, âgée de 74 ans, est admise pour une paraplégie. Elle présente des dorsalgies fébriles associées à des troubles sphinctériens dans un contexte d'altération de l'état général évoluant depuis 2 mois. Dans ses antécédents, elle a un diabète de type 2 et une sarcoïdose non traitée par des corticoïdes. L'examen trouve une patiente fébrile à 38°C, une douleur à la percussion des apophyses épineuses dorsales, une paraplégie flasque et un niveau sensitif D5. Elle n'a pas de syndrome méningé. L'examen pulmonaire trouve des râles crépitants aux bases pulmonaires. A la biologie, présence d'un syndrome inflammatoire biologique. La tomographie thoracique révèle des adénopathies médiastinales et un syndrome interstitiel. L'imagerie par résonance magnétique médullaire conclut à une formation liquidienne épurale postérieure dorsale associée à une lyse du corps et de l'arc postérieur, se rehausse en périphérie s'étendant de T3 et T4. Une laminectomie de T3 jusqu'à T6 a été réalisée. L'examen per-opératoire trouve une collection épurale formée par un magma inflammatoire contenant du pus. La recherche de pyogènes et de mycobactéries au niveau du pus est négative. L'IDR à la tuberculine est négative. Les hémocultures et l'ECBU sont négatifs. Le diagnostic de mal de pott a été évoqué et la patiente a reçu un traitement antituberculeux quadruple. L'étude histologique du prélèvement osseux montre une réaction granulomateuse macrophagique phagocytant des corps de cryptococques. La recherche d'antigènes cryptococques dans le sang et dans le LCR est négative. La sérologie VIH est négative. Ainsi, une cryptococcose vertébrale isolée est retenue. La patiente a reçu l'amphotéricine B relayé par fluconazole. L'évolution clinique est favorable avec reprise de la marche après 3 mois de traitement. La patiente reçoit encore son traitement.

**Conclusion :** La cryptococcose est relativement fréquente au cours de la sarcoïdose, même en absence de corticothérapie. Il faut y penser à la cryptococcose devant une atteinte osseuse notamment chez l'immunodéprimé.

#### **P126 : MYCOSE LARYNGEE SIMULANT UNE LARYNGOCELE INFECTEE**

SALIMA KHARRAT, KHALED RIAHI, LAMIA AMARI\*, INES DRIDI, INES CHELLY\*\*, TAOUFIK BEN CHAABANE\*, NAJEH BELTAIEF, SAMIA SAHTOUT, GHAZI BESBES.

Service ORL hôpital la Rabta. \*Service infectieux hôpital la Rabta.

\*\*service anatomopathologie hôpital la Rabta.

**Introduction :** L'atteinte mycosique du larynx se voit le plus souvent en présence de facteurs de risques tel que le diabète, l'alcool, les intubations prolongées, les irritations laryngées caustiques ou relatives à une infection et surtout l'immunodépression. L'infection peut s'étendre aux régions anatomiques proches comme l'oesophage ou le reste des voies aériennes supérieures. Le patient présente une dysphonie, mais aussi une dysphagie, voire une dyspnée. Le risque de septicémie, d'obstruction laryngée ou de saignement menace le pronostic vital.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 56 ans, diabétique non insulino-dépendant qui a été hospitalisé par le biais des urgences devant une odynophagie fébrile avec notion de dysphonie. Cette symptomatologie évoluait depuis 20 jours avec notion d'amaigrissement non chiffré. A l'examen, le patient était eupnéique, dysphonique. A la palpation, le larynx était douloureux. Les aires ganglionnaires étaient libres. A la nasofibroscope, on a noté la présence de sécrétions purulentes comblant l'hypopharynx. Le patient a été mis sous antibiothérapie à large spectre. Un scanner cervical a été réalisé en urgence montrant une image aérienne communiquant avec l'étage sus-glottique en faveur d'une laryngocèle. Une panendoscopie a été pratiquée mettant en évidence la présence de sphacèle qui provenait du ventricule gauche avec présence de sécrétions purulentes fétides. Des prélèvements bactériologique, mycologique et anatomopathologique ont été pratiqués. L'examen mycologique a isolé un *Candida albicans* et l'examen histologique a montré la présence de filaments mycéliens et de spores en faveur d'une mycose laryngée. Le patient a été mis sous antifongique (fluconazole) pendant trois semaines avec une bonne évolution et une endoscopie de contrôle normale.

**Conclusion :** L'atteinte mycosique du larynx est rare. Celle-ci doit être évoquée devant toute lésion d'allure spécifique ou pseudotumorale amenant à la réalisation de prélèvements mycologiques qui confirment le diagnostic.

#### **P127 : MUCORMYCOSE DES SINUS DE L'ORBITE**

H. DHOUB, M. MNEJJA, S. KALLEL, S. KOBBI, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL  
Service ORL CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction :** La mucormycose est une entité rare mais grave. Elle met en jeu le pronostic vital par ses extensions et ses complications.

**Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 3 cas colligés dans notre service sur une durée de 11 ans (1993-2004).

**Résultats :** L'âge des patients était de 5<sup>ème</sup> décennie (2 hommes et 1 femme). Le motif de consultation était une tuméfaction génienne dans deux cas, des signes otologiques dans deux cas. L'examen des patients a objectivé une atteinte neurologique dans les 3 cas, ophtalmologique dans deux cas.

La confirmation du diagnostic était faite par des biopsies au niveau du palais dans deux cas et au niveau des fosses nasales dans 1 cas. Tous nos malades ont été traités par amphotéricine B. Le traitement était total dans deux cas. Le troisième était perdu de vue. L'évolution était marquée par régression de la symptomatologie chez les deux malades ayant terminé leur traitement.

**Commentaire :** L'agent causal est le mucorale. Elle survient sur un terrain particulier : c'est l'acidose des diabétiques, immunodéprimé et hémodialysé.

L'aspect clinique nécrotico-hémorragique avec des croûtes noirâtre est pathognomonique.

Le traitement repose sur l'amphotéricine B. La chirurgie a un rôle majeur. Le pronostic reste comme même sombre.

#### **P128 : LES SINUSITES MYCOSIQUES D'ORIGINE DENTAIRE**

CHEMLI HASSEN, MAALEJ M., HABLANI H., BOUSLAMA S., MALEK M., DHOUIB M., KARRAY F, B JEMAA M.\*, ABDELMOULA M.

*Service de chirurgie maxillo-faciale chu habib bourguiba sfax*

*\* Service des maladies infectieuses chu hedi chaker sfax*

Depuis plusieurs années, un nombre croissant de mycoses du sinus maxillaire ont été rapportés dans la littérature. Elles représentent 16 % des étiologies des sinusites chroniques. L'origine dentaire est suspectée devant les antécédents de soins dentaires et la présence de corps étranger intra-sinusien. Seuls les examens anatomopathologiques et mycologiques permettent de confirmer le diagnostic.

Les auteurs rapportent 3 cas d'aspergilloses et un cas de mucor mycose du sinus maxillaire d'origine dentaire chez des patients diabétiques. La prise en charge a été faite par un traitement médical (association antibiotiques + antifongiques) et un

traitement chirurgical (chirurgie classique ou endoscopique).

L'évolution a été favorable dans les 4 cas. Toutefois, le cas de mucormycose s'est compliqué d'une extension endocrânienne avec accident ischémique cérébral jugulée par une réanimation médicale.

Nous discutons à travers ces observations illustrées et une revue de la littérature, les hypothèses étiopathogéniques et les actualités thérapeutiques des mycoses sinusiennes d'origine dentaire

#### **P129 : LES KERATITES FONGIQUES : FACTEURS DE RISQUE ET PRISE EN CHARGE**

ANANE S1, BEN AYED N2, MALEK I3, CHEBBI A3, LEJRI S3, BOUGUILA H3, KAOUËCH E1, BELHADJ S1, AYED S3, KALLEL K1, CHAKER E1

*1Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU la Rabta*

*2Laboratoire de biologie, Institut d'ophtalmologie Hedi Raies*

*3Service d'Ophtalmologie A, Institut d'ophtalmologie Hedi Raies*

**Introduction :** La kératite fongique est une pathologie grave engageant le pronostic visuel. Sa prévalence n'est pas bien connue en Tunisie.

Le but de notre étude est d'analyser les facteurs favorisants, les aspects cliniques et mycologiques des kératites fongiques et de discuter ses modalités thérapeutiques.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 19 cas de kératites fongiques colligés sur une période de 11 ans (Janvier 1998-Décembre 2008).

Le diagnostic de kératomyose a été retenu sur des arguments cliniques et mycologiques. L'examen mycologique a intéressé des grattages cornéens bénéficiant d'un examen direct au Chlorallactophénol et d'une culture sur milieu Sabouraud chloramphénicol avec ou sans actidione.

**Résultats :** Les cas de kératite fongique ont intéressé 13 hommes et 6 femmes ayant un âge moyen de 48,88 ans.

Les facteurs favorisants ont été dominés par le traumatisme cornéen (47,36 %) dont 66,66% d'origine végétale.

Le délai de consultation était assez tardif et variait de 1 à 45 jours avec une moyenne de 17,83 jours.

Les signes fonctionnels étaient dominés par des douleurs oculaires et une baisse de l'acuité visuelle.

Le diamètre moyen de l'abcès était de 4,5 mm associé à un hypopion dans 12 cas.

Sur le plan mycologique, nous avons retrouvé surtout *Candida albicans* (6 cas), suivi du genre *Aspergillus* (5 cas) et du genre *Fusarium* (4 cas).

Tous nos patients ont reçu un traitement antifongique par voie locale et par voie générale. L'association la plus utilisée était à base d'Amphotéricine B collyre et du Nizoral (en comprimés).

L'évolution était favorable dans dix cas aux dépens de cicatrices cornéennes dans 3 cas.

Le recours à la chirurgie a été nécessaire dans 5 cas, consistant en une greffe cornéenne (4 cas) et une greffe de membrane amniotique (un cas). 4 patients étaient perdus de vue.

**Conclusion :** Malgré une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique de la kératite fongique, son pronostic reste péjoratif. Ceci est dû à la virulence des champignons responsables et la mauvaise diffusion cornéenne des antifongiques classiques. L'utilisation des nouvelles molécules améliorera certainement le pronostic de cette pathologie.

### **P130 : MICROSPORUM FERRUGINEUM : A PROPOS DU PREMIER CAS TUNISIEN**

TRABELSI HOUAIDA, NEJI SOUROUR, MAKNI FATTOUMA, CHEIKHROUHOU FATMA, SELLAMI HAYET, SELLAMI AMIRA, BOUJELBENE SALWA, AYADI ALI

*Laboratoire de biologie moléculaire parasitaire et fongique-Sfax*

Bien que les dermatophytes aient une distribution mondiale, certaines espèces ont une répartition géographique limitée. *M. ferrugineum*, isolé essentiellement en extrême orient (Japon, chine, Korea), a été identifié pour la première fois dans notre pays.

**Observation :** Un homme âgé de 60 ans, infirmier, a consulté pour des lésions inflammatoires au niveau de la barbe et du bras évoluant depuis deux semaines.

L'examen clinique a révélé des pustules, des papules périfolliculaires avec un érythème diffus au niveau de la barbe et une dermatophytie circinée typique localisée au niveau du bras.

Les examens directs des prélèvements ont révélé une invasion endo-ectothrix des poils et des filaments mycéliens au niveau des squames. Après trois semaines d'incubation, la culture a montré des colonies glabres de couleur jaune-orange.

Les deux souches ont été identifiées comme *Microsporum* sp en se basant sur l'aspect des macroconidies atypiques avec absence de microconidies.

La PCR séquençage de la région chitine synthase 1 a rectifié l'identification phénotypique: *M. ferrugineum*.

La reprise des examens directs des colonies a révélé l'aspect en bambou des filaments avec de rares macroconidies. Le patient a été mis sous Griséofulvine avec une bonne évolution.

**Discussion :** La PCR séquençage nous a fourni la preuve moléculaire non discutable pour l'identification des deux souches de *M.ferrugineum* qui ont été isolées pour la première fois dans notre pays. La source de contamination est inconnue. Habituellement, le spectre de lésions causées par *M. ferrugineum* est similaire à celui des infections causées par les dermatophytes anthropophiles. Cependant, aucun cas de sycosis à *M. ferrugineum* n'a été rapporté dans la littérature.

### **P131 : INFECTION SYSTEMIQUE A TRICHOSPORON INKIN :**

I. BEN HADJ ALI <sup>1</sup>, M. GASTLI <sup>2</sup>, S. MATHLOUTHI <sup>1</sup>, R. BARBOUCHE<sup>3</sup>, T. GHARBI <sup>2</sup>, S. ANANE<sup>1</sup>, E. KAOUJECH<sup>1</sup>, S. BELHADJ<sup>1</sup>, K. KALLEL<sup>1</sup>, E. CHAKER<sup>1</sup>

1- *Laboratoire de Parasitologie-Mycologie EPS La Rabta.*

2- *El Manar, Tunis*

3- *Service d'immunologie, Institut Pasteur, Tunis*

**Introduction :** Les levures du genre *Trichosporon* sont des saprophytes du sol et de l'eau et font partie de la flore commensale de l'homme, au niveau de la peau (région génitale), des muqueuses et des ongles. Rarement impliqué en pathologie chez l'homme, *Trichosporon inkin* a été isolé de septicémies chez l'immunodéprimé. Des pneumopathies par hypersensibilité ont également été décrites. Il peut aussi donner une Piedra blanche des poils pubiens et être responsable d'intertrigos, d'onxyxis et d'otomycoses.

**Observation :** Mlle N, libyenne, est âgée de 32 ans, a été admise pour fièvre, altération de l'état général avec pleurésie droite. Elle a été traitée comme pleurésie tuberculeuse. Au cours de son traitement, la patiente a présenté de multiples abcès cutanés avec persistance de la fièvre. La recherche de BK dans le pus de fistule et dans les crachats était négative. L'examen bactériologique du pus de fistule était également négatif. Tuberculose multi-résistante et septicémie à staphylocoque décapitée par la Rifadine ont été suspectées. La biopsie cutanée a montré un granulome tuberculoïde épithéloïde et géant cellulaire sans nécrose caséeuse. Devant la persistance de la fièvre, une 2<sup>ème</sup> ponction d'une collection fermée a été pratiquée mettant en évidence *Trichosporon inkin*. La patiente a été mise sous Amphotéricine B et une recherche d'un

déficit immunitaire a alors été réalisée identifiant une granulomatose septique chronique (GSC).

**Conclusion** : On doit penser à une infection fongique devant tout patient immunodéprimé fébrile. Clinicien et biologiste doivent coopérer afin d'établir un diagnostic et une prise en charge précoce de ces infections systémiques graves.

### **P132 : INFECTION SOUS CUTANEE A TRICHODERMA LONGIBRACHIATUM : PREMIER CAS TUNISIEN CHEZ UN TRANSPLANTE RENAL.**

TRABELSI SONIA 1, KHALED SAMIRA 1, BACHA MOHAMED MONGI 2, ABDERRAHIM EZZEDDINE 2, BEN ABDALLAH TAIEB 2.

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

2 : Service de Médecine Interne A. Hôpital Charles Nicolle.

**Introduction** : *Trichoderma longibrachiatum*, champignon filamenteux, a récemment été décrit comme pathogène émergent chez les patients immunodéprimés. Nous rapportons le premier cas tunisien d'une localisation sous cutanée chez un patient transplanté rénal.

**Obsevation** : Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, transplanté en mars 2007, aux antécédents de nocardiose en janvier 2008 avec des localisations pulmonaire et cutanée. Au mois d'avril 2008, la ponction d'un abcès sus pubien met en évidence des filaments mycéliens. La culture permet d'isoler et d'identifier *Trichoderma longibrachiatum*. Une biopsie cutanée permet de confirmer le diagnostic. Le patient est mis sous Voriconazole. L'évolution est favorable.

**Conclusion** : *Trichoderma* sp sont des hyphomycètes considérés comme des contaminants. Avec l'augmentation du nombre de patients immunodéprimés, des cas les rapportent comme de véritables pathogènes justifiant leur rajout à la liste croissante des champignons filamenteux pathogènes émergents. *Trichoderma longibrachiatum* est l'espèce la plus fréquemment isolée dans les infections humaines avec des disséminations systémiques rapportées. Dans les rares cas décrits dans la littérature, leur résistance aux antifongiques classiques, Amphotéricine B et dérivés azolés, justifie la prescription des nouveaux antifongiques, tels le Voriconazole ou la Caspofungine

### **P133 : ETUDE DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES AU COURS DU LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE**

DAOUD F, CHERIF E, KAOUECHE Z, AZZABI S, KOOLI C, BEN HASSINE L, KHALFALLAH N.

Service de Médecine Interne B - Hôpital Charles Nicolle - Tunis. Boulevard 9 avril - Tunis 1006

**Introduction** : Les complications infectieuses surviennent volontiers au cours du lupus érythémateux systémique (LES) évolutif et constituent un facteur de morbi-mortalité important. Nous proposons à travers ce travail d'étudier la fréquence, les éléments clinico-bactériologiques, ainsi que les facteurs favorisants de ces infections.

**Matériels et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 77 patients lupiques sur une période de 15 ans allant de 1982 à 2009. Le diagnostic de LES a été retenu devant l'existence d'au moins quatre des critères de l'American College of Rheumatology (ACR).

**Résultats** : Il s'agissait de 77 patients (3 hommes et 74 femmes), d'âge moyen de 31 ans. Un épisode infectieux a été noté dans 21 cas (27 %). Il était à l'origine d'une poussée de la maladie dans 3 cas. La fièvre et les signes généraux étaient constants mais non spécifiques. La CRP n'était élevée que dans 3 cas. Il s'agissait essentiellement d'infections bactériennes non spécifique dans 19 cas de siège pulmonaire (7 cas), urinaire (4 cas), cutanée (6 cas), ostéoarticulaire (1 cas) et pelvienne (1 cas). Un sepsis sévère a été observé dans 3 cas. L'étude bactériologique a permis d'isoler un germe dans 6 cas (surtout à bacille gram négatif type Klebsielle et salmonelle). L'infection était mycosique dans 2 cas, virale (Zona intercostal) dans un cas. Une tuberculose a été retenue dans 2 cas (pulmonaire et ganglionnaire). Les patients étaient sous corticothérapie à forte dose dans 14 cas, et sous immunosupresseurs (Cyclophosphamide) dans 6 cas. On a noté une association fréquente avec l'atteinte rénale et neuropsychique.

**Conclusion** : Malgré les nombreux progrès réalisés dans la prise en charge du LES au cours de la dernière décennie, les complications infectieuses restent toujours fréquentes. L'immunodépression est essentiellement iatrogénique mais aussi liée à la maladie en elle-même.

### **P134 : EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 60 CAS**

MZIOU SELMA, SMAOUI HANEN, HARIGUA DORSAF, FOURATI MOUNA, KECHRID AMEL  
Laboratoire de Microbiologie, Hôpital d'Enfants de Tunis

Les infections ostéo-articulaires de l'enfant sont une pathologie classique en milieu pédiatrique, elles sont rares par comparaison aux autres

infections bactériennes, néanmoins, elles représentent une urgence diagnostique et thérapeutique.

Afin de décrire l'épidémiologie bactérienne des infections ostéo-articulaires de l'enfant, nous avons mené une étude prospective sur deux années (2007 – 2008). La population étudiée correspond à tous les patients ayant un prélèvement ostéo-articulaire positif (liquide articulaire, biopsie osseuse). Chaque prélèvement a été inoculé en partie au bloc opératoire dans un flacon d'hémoculture incubé à l'automate BactAlert. Le reste du prélèvement a été envoyé au laboratoire de Microbiologie pour être ensemencé sur les milieux gélosés adéquats. L'identification des souches isolées a été réalisée par les méthodes conventionnelles et l'étude de leur sensibilité aux antibiotiques a été faite selon les normes du CA-SFM.

Au total, 60 cas ont été recensés: 31 arthrites septiques et 29 ostéomyélites. L'âge moyen était de 5,12 ans avec des extrêmes allant de 20 jours à 16 ans. Le sexe ratio était de 1,6. La fièvre et la douleur étaient les signes cliniques les plus constamment observés. La localisation était unique dans 95 % des cas touchant essentiellement la hanche (50%) dans le cas des arthrites et l'extrémité supérieure du tibia (38%) dans le cas des ostéomyélites. L'hémoculture a été pratiquée chez 28 patients avec une positivité de 39,2%. Le profil bactériologique était variable avec l'âge. Les germes isolés étaient: chez l'enfant, les cocci Gram positif (87%) avec prédominance de *Staphylococcus aureus* (63%) alors que chez les nouveaux nés et les nourrissons, les bacilles Gram négatif viennent en première position (54%) suivis par les cocci Gram positif (46%). Aucune culture n'était positive à *Kingella kingae*. Concernant la sensibilité aux antibiotiques, 2 souches (7,5%) de *Staphylococcus aureus* étaient résistantes à la méticilline, 3 souches (37%) de pneumocoque étaient des PSDP et 50% des entérobactéries étaient productrices de BLSE.

Soixante six pour cent des germes étaient sensibles à l'antibiothérapie probabiliste initiale. Les malades ont bénéficié d'une bithérapie associant: pour les enfants, de l'oxacilline et de la gentamicine (69%) et pour les nouveaux nés et les nourrissons, de l'amoxicilline + Ac cavulanique et de la gentamicine (33%). L'évolution à court terme et après traitement approprié (chirurgie et antibiothérapie) était favorable chez 90% des nouveaux nés et nourrissons et 81% des enfants.

L'infection ostéo-articulaire de l'enfant est une urgence diagnostique et thérapeutique qui évolue favorablement sous antibiothérapie adaptée et

précoce. Tout retard dans le diagnostic ou le traitement peut entraîner des séquelles graves.

### **P135 : UNE LOCALISATION MULTIFOCALE D'UN ABCES DE BRODIE**

TLILI NAOUFEL, BENHMIDA KHALIL, TRABELSI KAIS, BETTOUMI MOHAMED, BELKADHI AHMED, ZEHI KHEIRELINE, ZOUARI MOUNIR  
*Service d'orthopédie, Institut Kassab, Mannouba*

**Introduction :** L'abcès de Brodie ou l'abcès osseux chronique est une forme particulière d'ostéomyélite chronique qui se manifeste radiologiquement par une lacune centromédullaire. Le caractère multifocal est une situation très rare qui pose à la fois un problème diagnostique et thérapeutique.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 50 ans, drépanocytaire suivie dans pour une ostéonécrose bilatérale des têtes fémorales. Elle lui a été fait une arthroplastie de la hanche gauche.

A neuf ans post opératoire, elle revient pour une tuméfaction douloureuse et fébrile de la jambe gauche et de la cuisse droite associée à un syndrome inflammatoire biologique.

L'imagerie, radiographie standard et IRM, était en faveur d'un un abcès de Brodie multifocal. Le traitement consistait en un curetage, comblement de la cavité résiduelle par du ciment chirurgical Gentamiciné. Le prélèvement bactériologique n'a pas isolé de germe et l'examen anatomopathologie a conclu à un aspect évocateur d'un abcès de Brodie. L'évolution fut marquée par l'apyrexie, la négativation de la CRP après 15 jours et la normalisation de la VS à 6 mois.

**Discussion :** L'abcès de Brodie est une collection purulente intra-médullaire, séparée des parties molles par une barrière imperméable de tissu osseux compact. La localisation multiple demeure rare touchant surtout les jeunes de moins de 25 ans, avec bactériémie suivie de suppuration osseuse.

La tomодensitométrie et l'IRM trouvent ici tout leur intérêt pour l'orientation diagnostique en mettant en évidence une cavité intra-médullaire diaphysaire, arrondie, bien limitée, dont le continue est en hypo signal en T1, en hyper signal en T2, non modifié après injection de Gadolinium.

L'examen histologique après biopsie chirurgicale permet de confirmer le diagnostic et d'écartier l'infarctus osseux des drépanocytaires.

Le traitement est souvent chirurgical par curetage de l'abcès et comblement de la cavité résiduelle par du ciment gentamiciné.

**Conclusion :** La localisation multifocale de l'abcès de Brodie est exceptionnelle qui pose toujours un problème de diagnostic.

### **P136 : LA LOCALISATION MULTIFOCALE DE L'ABCES DE BRODIE: A PROPOS D'UN CAS**

RBAI H, BETTOUMI M, ZAALOUNI I BAKKAY MA, JRIDI Y, ZEHI K, ZOUARI M  
*Service De Traumatologie, Institut M T Kassab D'orthopedie, Tunis, Tunisie*

**INTRODUCTION :** L'abcès de Brodie ou abcès central de l'os est une collection suppurée enkystée au centre de l'os et séparée des parties molles par une barrière imperméable de tissu osseux compact. Il s'agit d'une forme particulière de l'ostéomyélite chronique. Il se manifeste radiologiquement par une lacune osseuse. Il peut être uni ou multifocal. Cette forme est rare, et pose un problème diagnostique et thérapeutique.

**OBSERVATION :** Il s'agissait d'une femme âgée de 50 ans, suivie à l'institut pour nécrose drépanocytaire des deux têtes fémorales. Il lui a été fait à l'âge de 40 ans une prothèse totale de la hanche gauche. 9 ans après, la patiente consultait pour une tuméfaction douloureuse et fébrile de la jambe gauche et de la cuisse droite. L'examen physique avait trouvé une patiente fébrile à 38,5°, une impotence fonctionnelle totale des deux membres inférieurs, avec présence des signes inflammatoires locaux au niveau du 1/3 supérieur de la jambe gauche et de la cuisse droite. La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique, avec une anémie inflammatoire à 7,3g/dl. Les radiographies standard montraient la présence de deux images lacunaires, bien limitées respectant les corticales, situées au niveau des métaphyses tibiales et fémorales supérieures. Un complément d'exploration par IRM des deux images était pratiqué concluant à un aspect évocateur d'une double localisation d'un abcès de Brodie. Un drainage chirurgical était réalisé pour les deux localisations avec évacuation du pus, comblement par un spacer gentamyciné et apport spongieux dans un second temps, les prélèvements bactériologiques et les hémocultures n'avaient pas isolé un germe. L'étude anatomopathologique montrait un granulome inflammatoire non spécifique avec des séquestres osseux, et des thromboses vasculaires. L'évolution était favorable sous antibiothérapie anti-staphylococcique

**CONCLUSION :** Dans sa forme multifocale l'abcès de Brodie pose des problèmes diagnostiques avec les autres causes des lacunes osseuses, en particulier les tumeurs osseuses malignes

primitives ou secondaires. L'IRM permet d'évoquer le diagnostic. Le traitement est médico-chirurgical associant drainage, comblement de la cavité résiduelle et antibiothérapie. L'anatomopathologie est obligatoire permettant de confirmer le diagnostic et d'éliminer une tumeur osseuse

### **P137 : OSTEOMYELITE SUBAIGUË DE L'EXTREMITÉ PROXIMALE DE L'HUMERUS A SALMONELLA CHEZ UN NOURRISSON IMMUNOCOMPÉTENT.**

ZRIG MAKRAM, MNIF HICHEM, AMARA KARIM, JAWAHDOU RAFIK, SOUGUIR AZIZ, TOUMI ADNENE\*, ALOUI ISSAM, ALLAGUI MOHAMED, KOUBAA MUSTAPHA, CHAKROUN MOHAMED\*, ABID ABDERRAZEK.  
*Service d'orthopédie - Hôpital Fattouma BOURGUIBA - Monastir*

**Introduction :** L'ostéomyélite subaiguë hémotogène à Salmonella a été rarement rapportée chez les individus sains. La prise en charge, souvent tardive, repose sur une confirmation bactériologique et un curetage chirurgical de l'abcès. A travers l'étude d'un cas d'ostéomyélite à Salmonella, nous essayerons de dégager les particularités cliniques et paracliniques de cette pathologie.

**Cas clinique :** Il s'agit d'un nourrisson de 5 mois sans antécédents pathologiques notables, dont les parents consultent pour une diminution de la mobilité de l'épaule gauche évoluant depuis 4 jours dans un contexte subfébrile (38-38,5°C). L'enfant n'a pas reçu d'antibiotique. L'examen clinique trouvait un nourrisson en bon état général, une légère tuméfaction de l'extrémité proximale de l'humérus, une nette diminution de la mobilité avec une articulation glénohumérale libre. La biologie montrait un syndrome inflammatoire discret avec une CRP = 32 mg/l et une leucocytose à 14560 E/mm<sup>3</sup>. L'hémoculture était négative. La radiographie standard a mis en évidence une lyse métaphysaire proximale de l'humérus. Un complément d'exploration par TDM a montré une lyse osseuse rompant la corticale externe. Le diagnostic d'ostéomyélite subaiguë a été évoqué et une exploration chirurgicale a permis d'évacuer un abcès intra osseux dont la culture révèle une salmonella non-typhi. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic. L'évolution était bonne sous céfotaxime-gentamicine et une immobilisation par Mayo-Clinic. Un nettoyage radiologique a été obtenu au dernier recul.

**Discussion :** Le diagnostic positif de l'ostéomyélite subaiguë se fait souvent tardivement, cela en raison d'une part, de retard de consultation, et

d'autre part, en raison du caractère insidieux des signes généraux. Dans notre cas, la température était inférieure à 38,5 C. L'ostéomyélite subaigue est caractérisée par une évolution pernicieuse autant sur le plan clinique que biologique. Les signes radiologiques n'apparaissent que des mois après. La difficulté de poser le diagnostic est responsable de retard thérapeutique.

L'ostéomyélite à Salmonella est l'apanage des individus atteints d'hémoglobinopathie et de l'immunodéprimée. Elle a été rarement rapportée chez des individus sains. La transmission de Salmonella non typhi est lié au péril fécal. Dans notre cas il s'agit probablement d'une infection materno-fœtale évoluant à bas bruit. Les signes radiologiques peuvent simuler une lésion tumorale, une histiocytose X ou un abcès de Brodie. L'IRM est actuellement l'examen de choix dans les infections osseuses, mais reste peu accessible.

Le traitement de l'ostéomyélite subaigue à salmonella repose sur un curetage chirurgical et une antibiothérapie ciblée. L'évolution est souvent bonne. On évitera un débridement du cartilage de conjugaison dans les localisations métaphysaires.

**Conclusion :** L'ostéomyélite subaigue à salmonella est une forme clinique particulière de l'ostéomyélite. Les tableaux cliniques et biologiques sont trompeurs. Cependant la prise en charge doit être rapide pour éviter l'évolution vers une destruction osseuse ou une ostéoarthrite de mauvais pronostic.

### **P138 : LES PHLEGMONS DE LA GAINE DES FLECHISSEURS DE LA MAIN : A PROPOS DE 22 CAS**

AMARA K, NCIBI S., SBAI MA\*, ALOUI I, ALLAGUI M. HAMDY MF, ABID A.

*Service d'orthopédie Hôpital Fattouma Bourguiba*

*\*Service d'orthopédie Hôpital Taher Maamouri, Nabeul*

**Introduction :** Le phlegmon de la gaine des fléchisseurs constitue 1% à 3% des infections de la main. Il s'agit d'une infection grave mettant en péril le pronostic fonctionnel du doigt.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de 22 cas de phlegmons de la gaine des fléchisseurs de la main opérés.

**Résultats :** L'âge moyen des patients était de 25 ans (2 - 69 ans), une prédominance masculine a été notée. Le côté dominant était atteint dans ¾ des cas. L'inoculation septique a été retrouvée dans 73% des cas. L'index était le doigt le plus atteint (38% cas). Le délai de prise en charge dépassait les 48H dans 69% des cas. La prise au préalable d'antibiotique, et la pratique rebouteuses ont été signalées respectivement chez 6 et 2 patients. Le phlegmon Stade II de Michon a été retrouvé dans 2/3 des cas. L'amputation digitale a été de nécessité à trois reprises. Le germe était

retrouvé dans seulement 45% des cas, il s'agissait le plus souvent d'un Staphylocoque, deux patients ont présenté une double contamination. La durée d'hospitalisation moyenne était de 7,5 jours. Au dernier recul, les résultats ont été évalués principalement selon la mobilité du doigt et la reprise des activités antérieures, ils étaient bons dans 45%, moyens dans 37%, et mauvais dans 18% des cas.

**Conclusion :** La prise en charge des phlegmons de la gaine des fléchisseurs de la main est chirurgicale, rapide, et précoce en milieu spécialisé. Elle est le seul garant d'une évolution favorable. Les pratiques rebouteuses l'antibiothérapie à l'aveugle, et parfois la méconnaissance de cette pathologie ne font qu'aggraver l'affection et alourdir le pronostic.

### **P139 : SPONDYLODISCITE INFECTIEUSE COMPLIQUEE D'UN ABCES RETROPHARYNGE**

H. DHOUIB, J. MOALLA, M. SELLEMI, S.KALLEL, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL  
*Service ORL CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** La spondylodiscite est une infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents par un microorganisme. Elle est rarement révélée par un abcès para vertébral.

Nous rapportons un cas de patient atteint de spondylodiscite infectieuse compliquée d'un abcès rétropharyngé avec tétraplégie flasque par compression médullaire.

**Observation :** Homme âgé de 70 ans, hypertendu, qui a consulté pour dyspnée avec dysphagie aux solides et cervicalgies sans dysphonie. Il a été hospitalisé et trachéotomisé en urgence devant l'aggravation de sa dyspnée. En post opératoire, il a présenté une tétraplégie flasque.

Une IRM cervicale a objectivé un important remaniement arthrosique au niveau du rachis cervical avec collection pré vertébrale rétro pharyngée et épiderite associée.

Le patient a eu une cervicotomie par voie latérocervicale montrant la présence de nécrose des corps vertébraux et du pus provenant du canal médullaire. L'étude bactériologique du pus était polymicrobienne et l'étude anatomopathologique a conclu à une ostéite suppurée non tuberculeuse.

Le diagnostic de spondylodiscite infectieuse a été retenu et le patient a été mis sous traitement médical à base d'antibiothérapie à large spectre avec immobilisation du rachis cervical.

L'évolution a été marquée par le décès du patient à J14 de traitement dans un tableau de défaillance multi viscérale.

**Commentaire :** La spondylodiscite infectieuse constitue une cause rare d'abcès rétro pharyngé.

Les germes en cause sont variables selon la porte d'entrée.

Elle atteint surtout le sujet âgé sur un terrain de débilite.

Elle se manifeste essentiellement par des signes neurologiques.

Le diagnostic positif est pose par la radiologie et la biologie.

Le traitement est, en premier lieu, medical par voie parenterale en milieu hospitalier.

Le pronostic depend de la precocite de la prise en charge.

**P140 : LES PROTHESES TOTALES DU GENOU INFECTEES. Analyse des resultats a propos d'une serie de 22 cas.**

HSAIRI SKANDER, TRABELSI KAIS, OUERTATANI, MEHERZI MH, NOURI HABIB, BOUHDIBA S, MESTIRI M.

*Service d'Orthopedie Adulte, Institut Kassab d'Orthopedie, Ksar Said, Tunis, TUNISIE*

**INTRODUCTION :** Les infections sont une complication grave des arthroplasties du genou, engendrant un coüt et une morbidite non negligeable.

Le mecanisme physiopathologique et les moyens diagnostiques de l'infection sont bien connus. Malgre un traitement medico-chirurgical, le taux de succs varie entre 70 et 90%. Nous avons rapporte les resultats de notre etude retrospective concernant la prise en charge des infections de ce type d'implant pose a l'institut kassab au cours des 16 dernieres annees.

**MATERIEL ET METHODE :** Il s'agit d'une etude retrospective portant sur 22 patients presentant une infection sur prothese totale du genou traites et suivis a l'Institut Kassab d'orthopedie de Tunis, entre 1990 et 2006.

**RESULTAT :** L'age moyen des patients a ete de 66 ans avec une nette predominance feminine. L'indication de l'arthroplastie initiale a ete majorée par la gonarthrose. L'arthroplastie initiale a ete realisee par une prothese semi-contrainte cimentee dans 21 cas.

Le delai moyen entre la pose de la prothese et l'infection etait de 21 mois : 5 infections precoces, 12 infections semi-precoces et 5 infections tardives. Les signes cliniques ont ete domines par la douleur, les signes inflammatoires locaux et la fistule. L'amplitude articulaire moyenne a ete de 65°. Le score IKS moyen a ete mauvais aussi bien pour le genou que pour la fonction.

Un bilan bacteriologique a ete realise chez 21 patients. Les germes en cause ont ete domines par le staphylocoque (11 cas) et les BGN (10 cas). 20 patients ont ete traites chirurgicalement avec un delai moyen de 87 jours. Le recul moyen a ete de 43 mois. Sur le plan infectieux, nous avons eu la guerison de 20 patients. Sur le fonctionnel, nous avons eu 7 bons et excellents, 6 assez bons et 9 mauvais resultats.

**DISCUSSION :** Les infections surviennent dans 1 a 2% apres implantation d'une prothese de genou. Cette redoutable complication est responsable d'un coüt et d'une morbidite non negligeable. La consequence est souvent l'explantation de la prothese associee a une antibiotherapie prolongee pour esperer une guerison de l'infection.

**CONCLUSION :** Le meilleur traitement doit rester la prevention, ailleurs, le diagnostic positif precoce et le traitement chirurgical adapte associe a une antibiotherapie ciblée reste les bons garants d'un bon pronostic sur les plans infectieux et fonctionnel.

**P141 : OSTEO-ARTHRITE DE LA SYMPHYSE PUBLIENNE DU POST PARTUM SUR MALADIE DE CROHN.**

MNIF HICHEM, ZRIG MAKRAM, JAWAHDU RAFIK, AMARA KARIM, SOUGUIR AZIZ, SAHNOUN NIZARD, ALOUI ISSAM, ALLAGUI MOHAMED, KOUBAA MUSTAPHA, ABID ABDERRAZEK.  
*Service d'orthopedie - Hopital Fattouma BOURGUIBA - Monastir*

**Introduction :** L'osteo-arthrite de la symphyse pubienne est une affection rare. Son diagnostic est souvent tardif. Elle se revele essentiellement apres chirurgie pelvienne et urologique.

Sa survenue en post partum est rare. Elle constitue egalement une manifestation extra intestinale inhabituelle de la maladie de Crhon.

Nous rapportons un cas d'osteo-arthrite de la symphyse pubienne en post-partum chez une patiente ayant une maladie de Crhon.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente agee de 28 ans, G2 P2, suivie en Gastrologie pour maladie de Crhon. Elle a consulte, a 2 mois apres son dernier accouchement, pour des douleurs abdominales basses irradiant vers la face interne des deux cuisses dans un contexte sub-febrile. L'examen gynecologique etait normal. Pas de notion de decompensation de la maladie de Crhon.

La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire. La radiographie standard a montre un elargissement de l'espace inter-symphysaire et une discrete lyse pubienne. La TDM a montre une osteoarthrite de la symphyse pubienne avec une

collection. Les hémocultures ont isolé un streptocoque.

La patiente a été mise sous antibiothérapie avec une bonne évolution immédiate et disparition de la collection.

A un recul de 18 mois, la patiente est asymptomatique sans récurrence.

**Conclusion :** L'ostéo-arthrite de la symphyse pubienne, bien que rare et d'évolution banale, elle mérite l'attention surtout en post partum ou sur un terrain particulier tel que la maladie de Crhon. Un diagnostic précoce et une antibiothérapie adaptée peuvent garantir une bonne évolution.

#### **P142 : UNE ETIOLOGIE RARE DE LA THROMBOPHLEBITE CHEZ L'ENFANT**

ZRIG MAKRAM, MNIF HICHEM, JAWAHDOU RAFIK, HAMZAOUI AMIRA\*, AMARA KARIM, SOUGUIR AZIZ, ALOUI ISSAM, ALLAGUI MOHAMED, KOUBAA MUSTAPHA, MAHJOUB SYLVIA\*, ABID ABDERRAZEK.

*Service d'orthopédie - Hôpital Fattouma BOURGUIBA - Monastir*

*\*service de médecine interne - Hôpital Fattouma BOURGUIBA - Monastir*

**I- Introduction :** La thrombophlébite est une pathologie rare chez l'enfant. Elle est d'autant plus rare quand elle s'associe à une OMA.

Cette rareté explique le retard diagnostique qui est souvent responsable de complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et surtout vital.

Nous rapportons une association de thrombophlébite et d'OMA de l'extrémité supérieure du tibia chez un enfant de 7ans et nous discutons à travers ce cas et une revue de la littérature les aspects épidémiologique, clinique, bactériologique et évolutive de cette entité rare.

**II – Observation :** Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 7 ans admis dans notre service pour impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, fièvre chiffrée à 39°C et douleur osseuse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit, le bilan biologique a montré une CRP à 45 mg/l, des GB à 13000 éléments/mm<sup>3</sup>. La radiographie standard a montré une ostéolyse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, l'échographie pratiquée dès l'admission a mis en évidence un abcès sous périoste rompu dans les parties molles au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, l'enfant a été opéré, un drainage chirurgical a été réalisé ainsi qu'une évacuation de l'abcès intra médullaire après trépanation de l'os. L'enfant a été mis sous oxacilline 200 mg/kg/j + Gentamicine 5 mg/kg/j. L'examen bactériologique du pus prélevé en per-

opératoire a isolé un staphylocoque sensible l'oxacilline.

L'évolution a été marquée par l'obtention de l'apyrexie à j 2 post opératoire ainsi qu'à une nette amélioration clinique. A j 4 post opératoire l'enfant a présenté une tuméfaction du mollet homolatéral une reprise de la douleur du membre ainsi que de la fièvre.

Une échographie doppler a été pratiquée, elle a mis en évidence une thrombose veineuse de la veine fémorale superficielle et la veine poplitée du membre inférieur droit.

L'enfant a été mis sous héparinothérapie avec une bonne évolution.

**Conclusion :** La thrombophlébite chez l'enfant atteint d'OMA doit donc être évoquée devant toute douleur inexplicable persistante d'un membre chez l'enfant.

#### **P143 : PROTOCOLES D'ANTIBIOTHERAPIE DANS LES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE**

BEN HAMIDA MOHAMED KHALIL, MOEZ OUERTATANI, ZAALOUNI IMED, HSAIRI SKANDER, NOURI HABIB, MEHERZI MOHAMED HEDI, MESTIRI MONTER

*Institut d'Orthopédie M.T.KASSAB Service d'Orthopédie « Adulte »*

L'infection du site opératoire (ISO) est une complication peu fréquente en chirurgie orthopédique. Son traitement comporte deux volets qui sont complémentaires et indissociables : d'une part, le geste chirurgical d'excision et d'autre part une antibiothérapie adaptée.

Le but de ce travail était de déterminer le profil bactériologique de l'ISO afin d'établir des protocoles d'antibiothérapie adaptés à la flore bactérienne observée.

**Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective à propos de 142 cas d'infections profondes documentées bactériologiquement.

Cent soixante et un germes ont été isolés chez 132 patients. Une fois sur deux, l'infection était due à un staphylocoque. Les entérobactéries étaient la deuxième famille la plus fréquente avec 34,9% des cas. Les autres germes étaient le *Pseudomonas aeruginosa* dans 15,1% des cas et le *Streptocoque aureus* SA (41,2%), suivi par le *Pseudomonas aeruginosa* (17,6%). Les staphylocoques coagulase négatifs (SCN) étaient les germes les plus fréquents dans les infections sur prothèses (26,6%). Les bacilles gram négatif (BGN) étaient

plus fréquents dans les infections post traumatiques que dans la série globale. Les streptocoques étaient plus fréquents dans les infections sur prothèse que dans série globale.

Le taux des staphylocoques méti-R était de 26,7%. Les SCN étaient plus résistants à la méticilline que le SA (45,8% vs 17%). Les SCN étaient également plus résistants que le SA à toutes les autres familles d'antibiotiques. L'*E. coli* et le *Proteus mirabilis* ont gardé une bonne sensibilité à tous les antibiotiques, en particulier aux quinolones. Les Klebsielles étaient les germes les plus résistants, avec production de Béta-lactamase à large spectre dans tous les cas et une résistance aux quinolones dans 71,4% des cas. Les streptocoques étaient sensibles aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération et à la rifampicine dans près de 90% des cas. Le taux de sensibilité du *P. aeruginosa* aux quinolones était de 68,4%.

On assiste actuellement à une augmentation des infections à SCN. Ce germe qui est considéré comme saprophyte de la peau est entrain de devenir de plus en plus virulent et ceci depuis le développement de la chirurgie prothétique. En effet, il s'agit du germe le plus fréquent dans ce type de chirurgie.

La détermination du germe est la première étape du traitement de l'ISO. Elle constitue parfois un challenge pour l'orthopédiste qui doit maîtriser en plus les règles de l'antibiothérapie pour prescrire un traitement efficace.

#### **P144 : OSTEITE PÉTREUSE ACTINOMYCOSIQUE A PROPOS DE 1 CAS**

B. HAMMAMI, H. DHOUIB, N. KOLSI, I. ACHOUR, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL  
*Service ORL CHU Habib Bourguiba Sfax*

L'actinomycose est une infection bactérienne chronique granulomateuse localisée ou généralisée. La localisation cervico-faciale est rare. Nous rapportons un cas d'actinomycose pétreuse.

**Observation** : Il s'agissait d'une patiente âgée de 58 ans, présentant une otorrhée droite avec hypoacusie et acouphène droite.

L'examen clinique était sans particularités.

**L'audiogramme a montré une surdité mixte bilatérale avec tympanogramme normal. L'IRM a montré un processus tumoral de la paroi latérale du cavum avec lyse du clivus et de l'apex pétreux.**

La biopsie profonde de la masse a conclu à une actinomycose pharyngée

La patiente était mise sous Pénicilline G mais l'évolution était marquée par la persistance de la tumeur et apparition d'une paralysie du VI droit.

**Commentaires** : L'atteinte tympanomastoïdienne actinomycosique est rare. Le tableau clinique est celui d'une otite moyenne chronique cholestéatomateuse à tympan complet.

Le diagnostic positif repose sur l'examen histologique.

Son traitement est médico-chirurgical

Les formes osseuses sont graves.

#### **P145 : L'ACTINOMYCOSE PERITONEALE**

DAOUD F, CHERIF E, KAOUECHE Z, KOOLI C, AZZABI S, BEN HASSINE L, KHALFALLAH N.  
*Service de Médecine Interne B – Hôpital Charles Nicolle - Tunis. Boulevard 9 Avril .1006*

**Introduction** : Les actinomycoses sont des infections rares dues à des bacilles Gram positif : les actinomyces. Elle est multifocale mais la localisation abdominale notamment péritonéale est rare.

**Observation** : A ce propos, nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 39 ans, aux antécédents récents d'avortement révisé, admise dans notre service pour une tuméfaction épigastrique inflammatoire fébrile. La patiente a été opérée en urgence. L'examen anatomopathologique a permis de confirmer le diagnostic, en montrant la présence d'actinomyces. La conduite à tenir était de traiter par une antibiothérapie à base de Pénicilline G, à forte dose, pour une longue durée, avec une bonne évolution.

**Conclusion** : La forme la plus commune de l'actinomycose est l'atteinte cervico-ganglionnaire, avec comme porte d'entrée dentaire. La localisation abdomino-pelvienne est rare mais grave. Elle peut mimer un tableau pseudo-chirurgical de masse fébrile ou parfois d'une tumeur. Le traitement est médical basé sur une antibiothérapie adaptée et prolongée. La recherche d'une cause favorisante aussi bien locale que générale est nécessaire : elle s'est avérée négative chez notre patiente.

#### **P146 : ACTINOMYCOSE PELVIENNE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**

J. OTHMAN, K. FATHALLAH, M. FEKIH, M. A MEMMI, H. ESAIDI, S. BOUGHIZANE, M. NOUIRA, M. BIBI, H. KHAÏRI.

*Service de gynécologie et obstétrique CHU Farhat Hached*

**INTRODUCTION :** L'actinomycose pelvienne est rare, il s'agit d'une maladie chronique suppurative qui touche rarement le pelvis.

**CAS CLINIQUE :** Nous rapportons un cas d'actinomycose pelvienne survenue chez une patiente de 40 ans porteuse d'un dispositif intra utérin depuis 8 ans et suspectée initialement d'être une tumeur ovarienne un tableau clinique non spécifique. Une coelioscopie a permis de redresser le diagnostic et une biopsie de le confirmer. Un traitement médical a été instauré et les suites étaient favorables.

**DISCUSSION :** Nous discutons les différentes présentations cliniques de cette entité ainsi que les pièges diagnostics. L'actinomycose sur dispositif intra utérin reste de localisation essentiellement pelvienne et le diagnostic de certitude nécessite souvent une biopsie associée à un examen anatomopathologique. Devant un tel tableau clinique il faut penser au diagnostic afin d'éviter les complications de cette maladie et d'instaurer rapidement un traitement essentiellement médical à base d'antibiotiques avec une évolution le plus souvent progressivement favorable.

#### **P147 : NEUROBRUCELLOSE. A PROPOS DE 2 CAS**

F. LARBI AMMARI, A. TOUMI, A. AOUAM, C. LOUSSAIEF, F. BEN ROMDHANE, N. BOUZOUAÏA, M. CHAKROUN

*Service des maladies infectieuses, EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie*

**INTRODUCTION :** La Brucellose est une zoonose bactérienne caractérisée par un polymorphisme clinique. La localisation neuroméningée est rare. Son diagnostic repose sur des données épidémiologiques, cliniques et biologiques. Nous rapportons 2 cas de neurobrucellose colligés dans le service des Maladies Infectieuses de l'EPS de Monastir.

**RESULTATS :** Observation 1 : patiente de 17 ans originaire de Kasserine, admise à l'hôpital de Kasserine pour un syndrome méningé fébrile. L'examen physique avait objectivé un syndrome méningé. La PL avait ramené un liquide clair avec une pléocytose à 1400 dont 89% PNN, une hyperalbuminorachie à 1,15 g/l et une hypoglycorachie. La patiente avait reçu une antibiothérapie à base de céfotaxime (6 g/j) associé à la gentamicine (160 mg/l) sans amélioration. Elle fut alors transférée dans notre service où le diagnostic d'une neurobrucellose était retenu devant la positivité du test au rose Bengale dans le sang et le LCR. La TDM cérébrale était normale. La patiente avait reçu une trithérapie à base de rifampicine (600 mgx2/j), cotrimoxazole (2

g/400 mg/j) et gentamicine (120 mgx2/j) pendant 14 jours relayée par une bithérapie associant rifampicine-cotrimoxazole pendant 3 mois avec une bonne évolution clinique et biologique.

Observation 2 : patient âgé de 27 ans originaire de Kasserine, hospitalisé pour syndrome méningé fébrile. La PL avait ramené un LCR clair normotendu. Les éléments blancs étaient à 150/mm<sup>3</sup> dont 90% de lymphocytes, l'albuminorachie était de 1,2 g/l et la glycorachie à 2,6 mmol/l pour une glycémie à 6 mmol/l. Le patient était mis sous céfotaxime (6 g/j) associé à la gentamicine (160 mg/j) sans amélioration. Devant la positivité du test au rose Bengale et de la sérologie de Wright (titre = 1/640) sur prélèvements sanguins, le diagnostic d'une brucellose neuroméningée était retenu. Une triple antibiothérapie était prescrite : rifampicine (600 mgx2/j), doxycycline (200 mg/j) et gentamicine (120 mgx2/j) pendant 7 jours relayée par rifampicine-doxycycline. Une IRM cérébrale faite à J20 de traitement avait montré une anomalie du signal en ponto-pédonculaire et basifrontal gauche d'allure séquellaire. L'évolution ultérieure était favorable sur le plan clinique. La sérologie de Wright demeurait positive à des titres élevés (1/640) pendant 16 mois. L'antibiothérapie avait été alors prolongée jusqu'à négativation des sérologies à 18 mois.

**CONCLUSION :** La neurobrucellose doit être évoquée devant toute manifestation neurologique centrale ou périphérique en zone d'endémie. Son diagnostic repose sur les méthodes sérologiques. Le traitement initial repose sur une triple association. Il doit être prolongé pour éviter les rechutes.

#### **P148 : LES FORMES CLINIQUES RARES DE LA BRUCELLOSE : A PROPOS DE 5 CAS**

M. BEN JEMAA, R. ABDELMALEK, H. TIOUIRI BENAÏSSA, F. KANOUN, B. KILANI, L. AMMARI, A. GHOBANTINI, T. BEN CHAABANE

*Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis*

**Introduction :** La brucellose est une anthrozoose fréquente dans notre pays. Le polymorphisme clinique de cette maladie peut parfois faire errer le diagnostic.

**Patients et méthode :** Nous avons mené une étude rétrospective au service des maladies infectieuses de Tunis sur une période de 13 ans allant de 1996 à 2008. Nous avons retenu tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'une brucellose déclarée sur un mode atypique, confirmée par les hémocultures et/ou la sérologie.

Notre but est de relever la fréquence de ces formes atypiques et d'en étudier les aspects cliniques et thérapeutiques.

**Résultats :** Nous avons colligé 5 présentations atypiques parmi 114 cas de brucellose confirmés. Il s'agit de deux endocardites, une pneumopathie, un brucellome splénique et une forme pseudo-tumorale.

Ils sont 3 hommes et 2 femmes, âgés en moyenne de 49,8 ans (40-64 ans). L'origine est rurale dans deux cas. La contamination est digestive dans tous les cas couplée à une contamination professionnelle dans 3 cas.

Le tableau clinique est différent selon la localisation. Le traitement est basé sur l'association rifampicine-doxycycline dans 4 cas et streptomycine-doxycycline dans 1 cas. La durée est variable selon la localisation et l'évolution avec des extrêmes de 8 jours à 13 mois.

L'évolution est favorable en dehors d'un décès associé à une endocardite de prise en charge tardive.

**Commentaires :** Les formes rares de brucellose sont de diagnostic parfois difficile pouvant entraîner un retard diagnostique et thérapeutique grevant le pronostic vital du patient.

#### **P149 : ABCES BRUCELLIEN DU PSOAS**

M HAOUEL, E CHERIF, Z KAOUECHE, S AZZABI, C KOOLI, L BEN HASSINE, N KHALFALLAH.

*Service de Médecine Interne B - Hôpital Charles Nicolle - Tunis.*

**Introduction :** La brucellose constitue encore une étiologie fréquente des arthrites et des spondylodiscites infectieuses, dans les pays où la maladie existe à l'état

endémique comme en Tunisie. Néanmoins, sa localisation au niveau du psoas reste exceptionnelle. A ce propos nous rapportons une observation.

**Observation :** Homme âgé de 67 ans, boucher, hospitalisé pour exploration de fièvre à 38°, associée à des sueurs nocturnes évoluant depuis 3 mois avec un syndrome inflammatoire biologique. Devant la notion de contagion, le diagnostic de brucellose était suspecté et confirmé par une sérologie Wright positive à 1/320. Le patient était traité par une bithérapie associant rifampicine et cycline pendant 4 semaines.

L'évolution était marquée par l'apparition des lombalgies inflammatoires avec à l'examen physique une raideur rachidienne. La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique. La sérologie Wright était positive à 1/628. Les radiographies standard et le scanner ont conclu à

un aspect de spondylodiscite avec abcès du psoas. Le patient a été mis sous rifampicine et cycline pour une durée de 3 mois. L'évolution clinique et biologique était bonne.

**Conclusion :** La spondylodiscite brucellienne avec abcès du psoas est un diagnostic radiologique. Le traitement est le même que pour la spondylodiscite brucellienne mais nécessite une durée plus longue associée parfois à une ponction de l'abcès selon sa taille.

#### **P150 : LES MANIFESTATIONS OCULAIRES DE LA RICKETTSIOSE**

MALLOUCH NADIA, LOUKIL I., MHENNI A, CHAABANI L, KORCHENE N, JEDDI BLOUZA A.  
*Service ophtalmologie, CHU LA RABTA*

**Introduction** La rickettsiose est une maladie relativement bénigne mais de sévères complications peuvent occasionnellement survenir. Le but de ce travail est d'analyser les manifestations du segment postérieur de l'œil causé par cette maladie.

**Matériel et méthodes** 20 patients ont été recensés. Tous ayant une sérologie positive de rickettsiose à la phase aigüe de la maladie.

Tous les patients ont eu un examen ophtalmologique complet avec en particulier un examen du fond d'œil et une angiographie à la fluorescéine. Un suivi a été réalisé chez les patients ayant une atteinte ophtalmologique (12 patients).

**Résultats** Parmi les patients atteints 80 % ont des manifestations rétinienne de la maladie. Celles-ci sont unilatérales dans 2/3 des cas.

30% seulement des patients atteints avaient des signes fonctionnels.

Nous avons noté une inflammation du vitré dans 70%, des lésions rétinienne blanches dans 30%, des nodules choroïdiens dans 15%, des hémorragies sous rétinienne dans 1 cas, des engainements vasculaires localisés dans 2 cas.

Ces manifestations sont transitoires et se résorbent en 3 à 10 semaines. L'acuité visuelle finale est à 10/10 chez 10 patients une lésion atrophopigmentaire s'est développée chez les 2 autres.

**Conclusion :** Les manifestations du segment postérieur fréquemment asymptomatiques sont communes chez les patients à la phase aigüe de la maladie. Leur diagnostic clinique est facile. Ces manifestations chez un patient ayant séjourné dans une zone d'endémie sont fortement évocatrices de la rickettsiose.

### **P151 : LE SYNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS ou péri hépatite à chlamydia trachomatis**

TRIGUI-D, CHAABANE-K, DAMMAK-A, ABID-D, MATHLOUTHI-N, BEN AYED-B, GUERMAZI-M.  
*Service de gynécologie obstétrique CHU Hédi Chaker Sfax*

**BUT :** Le but de notre travail est de rappeler les circonstances de diagnostic, évolutives et la modalité de prise en charge de la péri hépatite

**MATERIEL ET METHODE :** Etude rétrospective portant sur 16 cas de péri hépatite découvertes en peropératoire lors d'une coelioscopie pratiquée pour cure d'une infection génitale haute dans 9 cas et kyste de l'ovaire dans 3 cas. L'examen physique chez les femmes présentant des adhérences périhépatiques ne montre habituellement rien de particulier. Au cours de la phase aiguë de l'inflammation périhépatique, une sensibilité dans le quadrant supérieur droit imitant une cholécystite peut être constatée ce signe était présent chez 5 de nos patientes. Cependant, dans la plupart des cas, ces adhérences sont asymptomatiques et constatées de façon fortuite au moment d'une chirurgie. La sérologie chlamydienne était positive chez 12 de nos patientes

**DISCUSSION-CONCLUSION :** La péri hépatite correspond à une inflammation localisée du péritoine hépatique dont le point de départ est une infection génitale. Le diagnostic doit être évoqué devant l'association d'une infection gynécologique, qui est cependant parfois silencieuse, et de douleurs plus ou moins intenses de l'hypochondre droit, exagérées par les mouvements respiratoires. Celles-ci s'accompagnent d'une fièvre habituellement

### **P151 BIS : PLACE DE LA COELIOSCOPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ABCES TUBO-OVARIENS A PROPOS DE 70 CAS**

IDIR.W, B.REGAYA, DEBBABI.S, BOUGUIZENE.S, HAIEDER.S, MEMMI A, FEKIH.M, B.REGAYA L, CHAIEB.A, NOUIRA.M, BIBI.M, KHAIRI.H  
*Service gynéco-obstétrique CHU Farhat Hached Sousse.*

L'abcès tubo-ovarien se voit de plus en plus avec l'augmentation de la fréquence des maladies sexuellement transmissibles.

La laparoscopie initiale permet avant tout la confirmation du diagnostic et le drainage chirurgical de l'abcès pour éviter l'évolution vers la péritonite. L'abcès tubo-ovarien compromet la fertilité ultérieure de la femme jeune.

L'objectif de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique des patientes présentant un

abcès tubo-ovarien et d'évaluer l'impact sur la fertilité.

C'est une analyse rétrospective des données de 70 patientes traitées pour abcès tubo-ovarien par voie laparoscopique au service de gynécologie obstétrique hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 5 ans allant de Janvier 2002 à Décembre 2008.

**Résultats :** L'âge moyen était de 32 ans (17-52 ans). 75% étaient mariées.

La notion de partenaires multiples a été notée chez 15 patientes (17.4%).

La parité moyenne était de 1.7 (0 à 5), 30% étaient des nullipares.

Le DIU a été retrouvé dans 57.3% des cas, un antécédent d'infection génitale haute dans 10.3% des cas. Les manœuvres endo-utérines ont été notées chez 09 patientes soit 10.4%.

L'échographie pratiquée dans tous les cas, a évoqué le diagnostic dans 57% des cas (n=49). la taille moyenne de cette image était de 56 mm (37 à 115mm). L'image était bilatérale dans 23% des cas.

**Conclusion :** Le drainage laparoscopique de l'abcès associé à une antibiothérapie à large spectre est le geste de référence permettant de préserver au mieux le pronostic tubaire. La laparoscopie de second-look a été prônée par certains auteurs (Raïga 1995) afin d'évaluer le pronostic de fertilité et de réaliser des gestes à distance de l'épisode infectieux initial.

### **P152 : LA MALADIE DE WEIL EN TUNISIE A PROPOS D'UN CAS MORTEL**

MASRI W.A.F.A, BELWAER INES, BEN SALAH DORRA, ZOUARI MERIEM, GHORBAL ASMA, AMIRA DORRA, GHORBAL HAYET ET HEDHILI ABDERRAZEK.

*Centre d'Assistance Médicale Urgente, 10, rue aboukacem chebbi Montfleury 1008-TUNISIE*

**INTRODUCTION :** La maladie de Weil ou *Leptospirose ictéro-hémorragique* est une maladie infectieuse rare, causée par les Spirochètes du genre *Leptospira*, relativement fréquente dans les zones rurales humides et les zones agricoles. C'est une zoonose peu connue en Tunisie généralement transmise indirectement, par de l'eau souillée par les urines, rarement, par contact avec des animaux infectés. Les bactéries pénètrent fréquemment dans l'organisme par la peau ou les muqueuses endommagées. La maladie de Weil est une infection systémique touchant de très nombreux organes mais principalement de tropisme hépatique et rénale.

**CAS CLINIQUE :** Monsieur D.H âgé de 39 ans, agriculteur, originaire du nord de la Tunisie est admis aux urgences du Centre d' Assistance Médicale Urgente avec un trouble de la conscience, une asthénie profonde, de la toux avec des expectorations sanglantes et un ictère généralisée.

L'examen biologique primaire montre une insuffisance rénale aiguë, une hyperbilirubinémie, une cytolyse, une rhabdomyolyse, une hyperleucocytose et une thrombopénie sévère. La sérologie de leptospirose (ELISA) révéla un taux d'IgM à 36,3 U / ml de *L. interrogans* sérotype *L.icterohaemorrhagiae* confirmant le diagnostic de la maladie de Weil.

Le traitement en réanimation a été symptomatique, nécessitant une antibiothérapie (pénicilline G) avec intubation ventilation.

L'évolution a été défavorable et le malade est décédé après 48 heures dans un tableau de défaillance multi viscérale.

**DISCUSSION :** La maladie de Weil est une forme grave de la leptospirose, qui peut être fatale.

Le diagnostic clinique précoce de la maladie, ainsi que le diagnostic sérologique de l'infection, sont des conditions très importantes, pour une instauration d'un traitement adéquat de la maladie. Ce cas rapporté du patient avec une rare manifestation clinique de la maladie de Weil doit être pris en considération, des recommandations doivent être faites à tous les niveaux de la hiérarchie sanitaire, pour une prise en charge rapide des malades et, ainsi les faire bénéficier rapidement d'un traitement de réanimation et d'un suivi biologiques adaptés.

**CONCLUSION :** La leptospirose du fait de son important taux de mortalité, est un problème croissant de santé publique. La surveillance médicale, le diagnostic au laboratoire, la sensibilisation et l'information du public qui doit être averti des dangers liés à cette maladie sont nécessaires pour réduire l'impact de la leptospirose.

#### **P153 : TUBERCULOSE ET DIABETE : A PROPOS DE 16 CAS**

NAJLA BAHLOUL, SAMEH M'SAAD, TAREK ABID, WAJDI KARIM REKIK, ABDELKADER AYOUB  
*Service de Pneumologie CHU Hedi Chaker Sfax*

**INTRODUCTION :** Le diabète est une affection qui entraîne une dépression de l'immunité et favorise les infections parmi lesquelles la tuberculose qui était considérée comme fréquente et grave sur ce terrain. Actuellement l'avènement de la

polychimiothérapie antituberculeuse et la découverte de l'insuline ont amélioré le pronostic.

**OBJECTIFS :** Notre étude a pour but d'évaluer les aspects cliniques, le traitement et l'évolution de la tuberculose pulmonaire qui survient sur de tel terrain.

**MATERIELS ET METHODES :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les dossiers de patients diabétiques ayant été hospitalisés dans notre service de 2004 à 2008 et chez qui le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été confirmé.

**RESULTATS :** Seize dossiers ont été colligés. Il s'agit de 14 hommes et 2 femmes. L'âge moyen a été de 47 ans avec des extrêmes allant de 21 à 76 ans. La notion de contage tuberculeux a été retrouvée chez 7 de nos patients (43,7%). Le délai moyen de consultation a été de deux mois. L'infection a été aussi fréquente dans le diabète de type 1 (43,7%) que dans le type 2 (37,5%) et le diabète a été de primo- découverte chez 3 de nos patients. Sur le plan clinique, les signes communs aux deux affections étaient prédominants à savoir l'asthénie (75%), l'anorexie (68,7%), l'amaigrissement (87,5%), associés à la toux (81,2%), l'hémoptysie (31,2%) et la dyspnée (12,5%). Trois quarts des patients étaient fébriles. La bacilloscopie à l'examen direct était positive dans 100% des cas. Les lésions tuberculeuses étaient localisées au niveau d'un sommet (56,25%), des deux sommets (12,5%), de tout un champ pulmonaire (6,25%) et des deux champs pulmonaires (25%). Au cours du traitement, 4 produits ont été utilisés comportant la Rifampicine l'Isoniazide, l'Ethambutol et le Pyrazinamide. L'insulinothérapie a été instaurée chez 13 patients alors que les 3 autres patients sont restés sous antidiabétiques oraux. L'évolution a été favorable au bout de 2 à 3 mois de traitement. Une seule rechute a été constatée.

**CONCLUSION :** L'association tuberculose pulmonaire- diabète est fréquente résultant souvent d'une réactivation endogène du bacille de Koch. Elle se caractérise par un retard de négativation des bacilloscopies et un déséquilibre du diabète imposant un ajustement thérapeutique et un recours fréquent à l'insuline.

#### **P154 : TUBERCULOSE MULTIFOCALE REVELEE PAR UNE MYOCARDITE : A PROPOS D'UN CAS**

DAOUD F, CHERIF E, KAOUECHE Z, KOOLI C, AZZABI S, BEN HASSINE L, KHALFALLAH N.  
*Service de Médecine Interne B-Hôpital Charles Nicolle-Tunis.*

**Introduction :** La tuberculose est encore endémique dans notre pays mais certaines localisations demeurent inhabituelles.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 48 ans, sans antécédents, admise dans notre service dans un tableau fait d'un syndrome pleuro-œdémateux-ascitique en rapport avec une insuffisance cardiaque globale d'installation rapide. L'électrocardiogramme, le bilan enzymatique cardiaque et la radio de thorax étaient sans anomalies. Le diagnostic de myocardite a été retenu devant la présence à l'échographie cardiaque d'un aspect de cardiomyopathie, avec un VG dilaté hypertrophié et hypokinétique. Devant l'association d'une atteinte cutanée abcédée fistulisante, avec arthrite destructrice et ostéite sinusienne, le diagnostic de tuberculose multifocale a été évoqué et confirmé par des biopsies (cutanée, sinusienne et synoviale) montrant des granulomes épithéloïdes et géantocellulaire avec présence au niveau de la synoviale de nécrose caséeuse. La patiente avait par ailleurs une atteinte rénale type glomérulonéphrite segmentaire et focale (GNSF) à croissants. Les différents prélèvements bactériologiques étaient négatifs.

**Conclusion :** Notre observation est particulière non seulement par le caractère multifocal de la tuberculose mais aussi par son association avec GNSF et la myocardite. Une immunodépression a été cherchée mais non retrouvée chez notre patiente.

#### **P155 : TUBERCULOSE CHEZ LES MALADES HEMODIALYSES : A propos de 22 cas**

ANIS BAFFOUN, M. HALOUES, M. TAGORTI, S. RIAHI, N. HICHRI, K. HARZALLAH, J. HMIDA  
*Service d'hémodialyse : Hôpital Militaire de Tunis*

La dépression immunitaire expose l'hémodialysé chronique aux infections en général et notamment à la tuberculose.

Le but de notre étude est de préciser la fréquence de la maladie tuberculeuse chez l'insuffisant rénal hémodialysés et de souligner les difficultés diagnostiques.

A partir de l'étude de 22 patients hémodialysés atteints de tuberculose, nous dégageons un certain nombre de particularités :

\*L'incidence de la tuberculose chez l'hémodialysé dans notre centre d'hémodialyse est de 4,7% ce qui représente 15 fois la fréquence de la tuberculose dans la population générale.

\*Sa date de survenue est précoce par rapport au début de l'hémodialyse.

\*La localisation de la tuberculose est très variable : 11 cas de tuberculose extra pulmonaire (7 fois péritonéale dont une est associée à une localisation articulaire, et 2 fois ganglionnaire) et 9 cas de localisation pleuro-pulmonaire.

\*Le diagnostic positif représente un véritable problème. L'isolement de bacille de Koch n'a jamais été isolé chez nos patients.

\*Le diagnostic n'a été confirmé que deux fois par l'étude histologique de biopsies ganglionnaires.

\*Le pronostic étant étroitement lié à la précocité thérapeutique d'où la nécessité de mise en route du traitement spécifique parfois sans preuve formelle de tuberculose.

\*Une évolution favorable est obtenue dans 17 cas sur 22, constituant ainsi un argument diagnostique.

#### **P156 : PYOMYOSITE TUBERCULEUSE : A PROPOS D'UN CAS**

E.ELLEUCH1, L.AMMARI1, O.AZAIEZ2, S.AISSA1, R.ABDELMALEK1, B.KILANI1, H.TIOUIRI BENAÏSSA1, A.GHOUBANTINI1, F.KANOUN1, E.MNIF2, T.BEN CHAABANE1

*1-Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis*

*2-Service de radiologie, Hôpital La Rabta, Tunis.*

**Introduction :** La pyomyosite est une infection bactérienne primitive à tendance suppurative du muscle strié. *Staphylococcus aureus* est le germe le plus fréquemment retrouvé. Toutefois, les pyomyosites tuberculeuses sont rarement rapportées. Les localisations les plus fréquentes sont la cuisse, le mollet et les muscles des fesses. Nous rapportons l'observation d'une pyomyosite de la cuisse d'origine tuberculeuse chez une patiente immunocompétente.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans, admise pour une tuméfaction douloureuse de la cuisse et du genou droit occasionnant une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit évoluant depuis 1 mois dans un contexte d'altération de l'état général. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. L'examen physique trouve une patiente apyrétique, une tuméfaction de la face postéro-latérale de la cuisse droite chaude, douloureuse, mal limitée et s'étendant sur une hauteur de 7 cm associée à une arthrite du genou droit. Le reste de l'examen somatique est normal. Il existe un syndrome inflammatoire biologique (VS : 86 mm1<sup>ère</sup> heure et CRP:35 mg/l). La ponction articulaire a ramené un liquide trouble contenant 300 EB/mm3 (80% de lymphocytes) dont la culture est négative. Les hémocultures sont négatives. La radio de thorax est normale. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cuisse et du

genou révèle une ostéo-arthrite du genou droit associée à un abcès intra-osseux du fémur et des collections des parties molles de la cuisse droite. La ponction de la collection a ramené du pus blanc dont l'examen direct et la culture sont négatifs. Une pyomyosite de la cuisse associée à une ostéo-arthrite à pyogènes a été suspectée et la patiente a reçu un traitement à base d'oxacilline et de gentamycine pendant 7 jours sans amélioration. L'intradermo-réaction à la tuberculine est phlycténulaire. L'origine tuberculeuse de cette pyomyosite a été confirmée par l'isolement de *M.tuberculosis* à la culture du pus. La patiente a été traitée par une quadrithérapie anti-tuberculeuse associée au drainage à l'aiguille de l'abcès. La patiente a été traitée durant 15 mois avec une évolution clinique favorable.

**Conclusion :** La pyomyosite tuberculeuse représente une localisation exceptionnelle de la tuberculose. Devant une infection du muscle d'évolution insidieuse et chronique, l'étiologie tuberculeuse doit être évoqué même en l'absence d'immunodépression étant donné l'endémicité de la tuberculose dans notre pays.

#### **P157 : PLEURÉSIE TUBERCULEUSE : ETUDE RETROSPECTIVE DE 214 CAS.**

FATEN MAROUEN, WAJDI KETATA, WALID FEKI, HAJEUR AYEDI, ABDELKADER AYOUB.

*Service de Pneumologie CHU hédi Chaker Sfax TUNISIE*

**Introduction :** La tuberculose reste l'une des maladies infectieuses les plus fréquentes dans le Monde. La localisation pleurale, définie par la présence d'un épanchement liquidien dans la cavité pleurale secondaire à une infection tuberculeuse, n'est pas rare.

**Objectif :** L'objectif de ce travail est de préciser les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques de la tuberculose pleurale ainsi que ses modalités diagnostiques et thérapeutiques.

**Patients et méthodes :** Nous présentons une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients suivis dans le service de Pneumologie de Sfax pour une pleurésie tuberculeuse sur une période allant de janvier 1995 au décembre 2007.

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 214 patients dont 136 patients ont été de sexe masculin (sex-ratio à 1,7). L'âge moyen a été de 34.4 ans avec des extrêmes allant de 9 à 85 ans.

La notion de contagé tuberculeux a été notée chez 46 patients. Les antécédents personnels de tuberculose pulmonaire ont été retrouvés chez 5 de nos patients. Le délai de consultation a été de 35 jours. Le tableau a été brutal dans 81 cas avec

prédominance de la fièvre et des signes généraux. La symptomatologie fonctionnelle respiratoire a été dominée par la douleur thoracique et la toux retrouvées respectivement dans 195 et 141 cas. L'hémoptysie n'a été notée que dans 15 cas.

La radiographie thoracique, pratiquée chez tous les malades, a permis de mettre en évidence un épanchement pleural d'abondance variable, localisé à droite dans 105 cas, à gauche dans 96 cas et bilatéral dans 13 cas.

Le liquide pleural a été exsudatif dans tous les cas avec une valeur moyenne des protéides à 52,3g/L. Le bacille de Koch a été vu à l'examen optique à 2 reprises quant à sa recherche par culture sur milieu de Lowenstein Jensen s'est révélée positive dans 9 cas.

La preuve histologique a été apportée par biopsie pleurale chez tous les patients soit par l'aiguille d'Abrams (134 cas) soit sous thoracoscopie (80 cas).

Le traitement a comporté systématiquement des antituberculeux associés à des ponctions évacuatrices itératives et une kinésithérapie pleurale.

**Conclusion :** La tuberculose pleurale reste fréquente dans notre pays et doit être toujours évoquée devant une pleurésie à liquide clair.

#### **P158 : MILIAIRE TUBERCULEUSE : A PROPOS DE 41 CAS**

NAJLA BAHLOUL, WAJDI KETATA, WALID FEKI, ILHEM YANGUI, ABDELKADER AYOUB

*Service de pneumologie – CHU Hédi Chaker -Sfax*

**Introduction** La miliaire tuberculeuse constitue la forme la plus grave de tuberculose, résultant de la dissémination hémotogène du bacille tuberculeux dans l'ensemble des viscères de l'organisme. But A travers ce travail, nous essayons de dégager les particularités de cette forme, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les complications.

**Patients et méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective de 41 cas de miliaire tuberculeuse déclarés, hospitalisés au service de pneumologie entre le 1er janvier 1990 et le 31 décembre 2008. A partir des dossiers, on a recueilli les données suivantes : les caractéristiques épidémiologiques et cliniques, le moyen du diagnostic positif, le schéma thérapeutique et l'évolution.

**Résultats** L'âge moyen était de 39 ans avec une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,9. Les facteurs favorisants ont été le tabagisme (39%), le diabète (19,5%) et l'alcoolisme (17%). Le délai moyen de consultation a été de 79 jours. La toux était le maître symptôme (79,3%). Les signes

généraux ont été trouvés chez 83,4% des patients. Les signes fonctionnels extra-thoraciques ont été dominés par les céphalées (13,8%), les signes urinaires (10,3%), les douleurs abdominales (10,3%) et la dysphonie (2,4%). L'aspect radiologique le plus fréquent était la présence d'opacités micro nodulaires uniformes aux deux champs pulmonaires (28cas). Les recherches de BK dans les crachats étaient positives dans 28 cas. L'IDR à la tuberculine était positive dans 14,6% des cas. Le bilan de dissémination a révélé une atteinte urinaire dans 3 cas, une atteinte neuroméningée dans 3 cas, une atteinte hépatique chez 14 patients, une miliaire splénique dans 2 cas, une sacro-iléite bilatérale dans un cas, une tuberculose laryngée dans un cas et une atteinte ganglionnaire chez 4 cas. Le diagnostic positif a été porté sur la bactériologie dans 28 cas, à l'histologie dans 4 cas et sur des arguments de présomption dans 9 cas. Tous les patients ont bénéficié d'une chimiothérapie anti-tuberculeuse. Une corticothérapie a été associée dans 10 cas, 16 patients ont été mis sous oxygénothérapie, une ventilation mécanique a été indiquée chez 2 patients. L'évolution était bonne chez 37 patients, le décès est survenu chez 4 patients dont un suite à une hépatite fulminante.

**Conclusion :** La miliaire tuberculeuse est une forme grave de tuberculose, elle nécessite une prise en charge précoce, sa prévention est nécessaire.

#### **P159 : MAL DE POTT SOUS OCCIPITAL : A PROPOS D'UNE OBSERVATION**

B. HAMMAMI, H. DHOUB, I. ACHOUR, L. BOUGUECHA, A. CHAKROUN, I. CHARFEDDINE ET A. GHORBEL

*Service ORL CHU Habib Bourguiba Sfax*

**Introduction :** Le mal de Pott est la localisation la plus fréquente de la tuberculose ostéo-articulaire. La localisation sous occipitale reste exceptionnelle.

**Observation :** Jihed Kh, âgé de 12 ans, originaire de Sidi Bouzid, bien vacciné a consulté pour des cervicalgies et une dysphagie. L'examen clinique a révélé un bombement de la paroi postérieure de l'oropharynx ainsi qu'une tuméfaction basicervicale fistulisée à la peau.

Une IRM du rachis cervical ainsi que le scanner cervico-thoracique ont objectivé une collection rétro pharyngée associée à des adénopathies médiastinales nécrosées et une lésion rétractile pulmonaire lobaire supérieure gauche.

Le malade a eu une incision et drainage de l'abcès rétropharyngien en urgence. Le bilan biologique a objectivé une vitesse de sédimentation élevée à

112 à la première heure. L'IDR à la tuberculine était négative mais le prélèvement pour examen bactériologique et recherche de BK était positif.

Le diagnostic de mal de Pott sous occipital associé à une localisation tuberculeuse pulmonaire a été retenu. Le traitement anti-tuberculeux a été maintenu pendant 12 mois avec une bonne évolution. Le recul est de 6 ans.

#### **Discussion :**

La localisation sous occipitale du mal de Pott est rare. Les cervicalgies constituent le motif de consultation le plus fréquent. Cependant, la dysphagie et l'abcès rétropharyngien peuvent être révélateurs.

L'imagerie par résonance magnétique est nécessaire afin d'évoquer le diagnostic de façon précoce.

Le diagnostic de certitude se fait par la mise en évidence du bacille de Koch au niveau du foyer pottique.

Le traitement est basé sur la chimiothérapie antituberculeuse pendant 11 mois complété éventuellement par une stabilisation orthopédique ou chirurgicale de la charnière cervico-occipitale.

#### **P160 : LA TUBERCULOSE PERITONEALE DANS SA FORME PSEUDO-TUMORALE : A PROPOS DE 12 CAS**

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

*Service des maladies Infectieuses, hôpital La Rabta*

**Introduction :** La tuberculose péritonéale (TP) représente 3,7 % des localisations extrapulmonaires. Elle se manifeste le plus souvent par un tableau d'ascite fébrile. Cependant, des formes pseudo-tumorales peuvent se voir, simulant des tumeurs ovariennes ou digestives. Le but de ce travail est de relever les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques de la TP dans sa forme pseudo-tumorale.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service des maladies infectieuses sur une période de 5 ans (2004-2008) colligeant les cas de TP. Nous avons inclus les patients présentant une TP pseudo-tumorale devant une masse suspecte abdomino-pelvienne à l'imagerie. Tous nos patients ont eu une biopsie péritonéale.

**Résultats :** Nous avons colligé 43 cas de TP, 12 (28%) formes pseudo tumorales ont été incluses. Il s'agit de 11 femmes (92%) et 1 homme (8%), d'âge moyen de 44,2 ans. Une patiente a des antécédents familiaux de tuberculose. Une pleurésie tuberculeuse associée est notée dans 17 % des cas. La symptomatologie clinique se traduit

par : une altération de l'état général dans 83% des cas, un état fébrile dans 66,7% des cas, une augmentation du volume abdominale dans 50% des cas, des douleurs abdominales dans 42% des cas et une masse abdominale dans 50 % des cas. L'imagerie abdomino-pelvienne objective une masse abdominale et/ou pelvienne simulant une tumeur ovarienne dans 11 cas et iléo-caecale dans 1 cas. Une coelioscopie et/ou une laparotomie a été réalisée dans 92% des cas. L'IDR à la tuberculine est positive dans 25% des cas. La tuberculose a été confirmée par l'étude histologique des granulations péritonéales chez 11 patients (92%) et par l'isolement de *Mycobacterium tuberculosis* à la culture du pus ganglionnaire chez 1 patiente (8%). Un taux élevé de CA-125 a été retrouvé chez 3 patients. Tous les patients ont reçu une quadri-thérapie anti-tuberculeuse (INH, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide) durant 2 mois, puis une bithérapie pour une durée totale moyenne de 11 mois. L'évolution est favorable dans 9 cas (75 %). Une patiente est décédée et 2 patientes sont perdues de vue.

**Conclusion :** La TP dans sa forme pseudo-tumorale représente une entité clinique à connaître comme un diagnostic différentiel d'une masse suspecte abdominopelvienne. La coelioscopie avec des biopsies péritonéales constitue l'examen de choix permettant un diagnostic et une prise en charge précoce.

#### **P161 : LA TUBERCULOSE OTOMASTOIDIENNE DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE**

HEJER HARRABI, BOUSSAIMA HAMMAMI, DORRA LAHIANI, CHAKIB MARRAKCHI, IMED MAALLOUL, FATMA BOUATTOR, MOUNIR BEN JEMAA

*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax*

La tuberculose otomastoidienne est une forme rare de l'otite moyenne chronique suppurative. Son diagnostic est souvent tardif du fait d'une symptomatologie fonctionnelle non spécifique et d'une enquête microbiologique le plus souvent négative. Ce retard diagnostique est responsable dans certains cas de complications irréversibles. Nous rapportons l'histoire d'un patient, âgé de 71 ans, suivi pour une otomastoidite dont l'étiologie tuberculeuse a été retenue à l'histologie et qui a bien évolué sous traitement antituberculeux.

Monsieur M. A., âgé de 71 ans, aux antécédents de diabète insulino-nécessitant, a été admis dans notre service pour tuméfaction parotidienne gauche avec otorrhée purulente évoluant depuis 1 mois. A l'examen, on notait une lésion ulcéro-nécrotique génienne gauche, une tuméfaction parotidienne

gauche avec fistule en regard de la région parotidienne et une paralysie faciale gauche périphérique. Une IRM cérébrale et faciale a montré une atteinte des espaces profonds de l'hémiface gauche associée à une atteinte de l'oreille moyenne et externe gauches, des cellules mastoïdiennes et à un remaniement osseux de la branche montante du condyle mandibulaire gauche. Une biopsie de l'espace parapharyngé par endoscopie buccale a conduit à une tuberculose caséofolliculaire. Les recherches de bacille de Koch dans les crachats, les urines et le prélèvement de pus auriculaire ainsi que l'intradermoréaction à la tuberculine étaient négatives. Le diagnostic de tuberculose otomastoidienne a été retenu, le patient a été mis sous traitement antituberculeux pendant 12 mois, entraînant une bonne évolution clinique et radiologique.

Le diagnostic de la tuberculose otomastoidienne est difficile, il doit être évoqué devant une otite moyenne chronique, trainante et rebelle au traitement antibiotique. L'examen anatomopathologique est l'élément clé du diagnostic. Le traitement antituberculeux doit être rapidement instauré afin d'éviter la survenue de complications cérébro-méningées d'évolution souvent fatale et de séquelles neuro-sensorielles irréversibles.

#### **P162 : LA MILIAIRE TUBERCULEUSE ETUDE DE 12 CAS**

HANA HADJ KACEM, DORRA LAHIANI, BOUSSAIMA HAMMAMI, CHAKIB MARRAKCHI, EMNA ELLEUCH, IMED MAALLOUL, HEJER HARRABI, FATMA BOUATTOR, MOUNIR BEN JEMAA

*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax*

La miliaire tuberculeuse est une localisation pulmonaire particulière de la tuberculose. Son mécanisme physiopathologique est essentiellement par dissémination hémotogène du *Mycobacterium tuberculosis*.

Le but de notre étude est de préciser les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la miliaire tuberculeuse. Notre étude est rétrospective, étalée sur 12 ans (1996-2007), ayant inclus tous les cas de miliaire tuberculeuse. Douze cas ont été colligés. L'âge moyen de nos patients était de 33 (10-74) ans. L'origine rurale était notée dans 10 cas. Un seul patient avait des antécédents de tuberculose pulmonaire traitée. Les signes fonctionnels étaient dominés par une altération de l'état général dans

un contexte fébrile (10 cas), des sueurs nocturnes (10 cas), toux et expectorations (4 cas) et une dyspnée (2 cas). Des céphalées étaient notées dans 4 cas, associées à une confusion dans 3 cas. L'examen physique a objectivé une fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  dans 10 cas. L'auscultation pulmonaire était normale dans 8 cas. Outre la fièvre, l'examen physique a noté un syndrome méningé (5 cas), une splénomégalie (2 cas), une hépatomégalie (1 cas) et des adénopathies cervicales (1 cas). L'intradermoréaction à la tuberculine était positive dans 8 cas. A la biologie, on a noté un syndrome inflammatoire biologique (8 cas), une leucopénie (3 cas), une cytolysse hépatique (2 cas). Une sérologie du virus de l'immunodéficience humaine s'est révélée négative chez tous les patients. Le BK a été isolé dans le liquide de tubage gastrique (2 cas), dans le LCR (1 cas) et en aucun cas dans le sang. L'origine tuberculeuse a été confirmée par une étude histologique (ponction biopsie du foie) dans 2 cas. L'aspect radiologique de micronodules en grain de mil a été objectivé sur la radiographie thoracique (12 cas) et le scanner thoracique (3 cas). Le bilan radiologique à la recherche de localisations tuberculeuses extrapulmonaires a objectivé la présence d'adénopathies profondes (5 cas) et de localisations neuroméningées (6 cas). Le traitement antituberculeux a été prescrit dans tous les cas avec une durée moyenne de 12 mois. Une corticothérapie était associée dans 8 cas. Quatre patients ont nécessité une oxygénothérapie. L'évolution était favorable (9 cas) et fatale (3 cas) dans un tableau de syndrome de détresse respiratoire aigue.

La tuberculose reste endémique dans notre pays. Du fait de son mécanisme physiopathologique, la miliaire tuberculeuse constitue une forme pouvant mettre le pronostic vital en jeu. Ainsi, le diagnostic précoce et l'instauration rapide du traitement spécifique améliorent le pronostic vital. La recherche d'une immunodépression sous jacente ainsi que d'autres localisations associées est systématique.

### **P163 : MILIAIRE CEREBRO MEDULLAIRE TUBERCULEUSE: ETIOLOGIE DE FIEVRE PROLONGEE INEXPLIQUEE**

HEJER HARRABI, BOUSSAIMA HAMMAMI, IMED MAALOU, DORRA LAHIANI, CHAKIB MARRAKCHI, HANA HADJ KACEM, M. BEN JEMAA  
*Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax*

La fièvre prolongée inexpiquée (FPI) est une fièvre qui évolue depuis au moins 3 semaines sans élément orientant vers une pathologie précise

après les premiers bilans. Le bilan radiologique comporte la radiographie thoracique, l'échographie abdominopelvienne et le scanner thoraco-abdomino-pelvien.

Cependant, l'exploration du système nerveux central (SNC) n'est indiquée qu'en cas de signes d'appel neurologiques. Nous rapportons l'observation d'un patient suivi pour FPI et dont le diagnostic retenu était une miliaire tuberculeuse cérébro-médullaire découverte à la suite d'une exploration par IRM.

Il s'agissait de Mr S. B. âgé de 56 ans, chauffeur de taxi, hospitalisé dans notre service pour FPI évoluant depuis 1 mois sans céphalées ni vomissements ni troubles visuels. Dans ses antécédents, on notait une hypertension artérielle et un diabète insulino-nécessitant. L'examen physique était sans anomalies en particuliers l'examen neurologique. Devant ce tableau, un bilan étiologique initial a été demandé comportant un bilan microbiologique (examen cyto bactériologique des urines, hémocultures sur milieu usuels et sur milieu de Sabouraud, sérologies virales, sérodiagnostic de Wright, sérodiagnostic de Widal et Félix, TPHA-VDRL, intradermoréaction à la tuberculine et recherche de Bacille de Koch dans les crachats et les urines), un bilan radiologique (radiographie du thorax, échographie abdominopelvienne, une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne et une scintigraphie osseuse), un bilan immunologique et une colonoscopie. Toute cette enquête étiologique s'est révélée négative. L'évolution a été marquée par l'installation de troubles de la marche avec à l'examen un syndrome cérébelleux statique et des réflexes ostéo-tendineux abolis aux 2 membres inférieurs. Une IRM cérébro-médullaire faite en urgence a révélé une miliaire micronodulaire encéphalique ainsi que médullaire associée à des tuberculomes cérébraux, à une hydrocéphalie tri ventriculaire et à une arachnoïdite de la base du crâne. Le diagnostic de tuberculose cérébro-médullaire a été retenu, le patient a été mis sous traitement antituberculeux pendant 24 mois avec bonne évolution clinique et radiologique.

Certaines pathologies du SNC, responsables de FPI, ont une évolution insidieuse et sont paucisymptomatiques, notamment la tuberculose cérébro-méningée qui demeure endémique dans notre pays. D'où l'exploration du système nerveux central doit faire partie du bilan étiologique d'une FPI, même en l'absence de troubles neurologiques.

### **P164 : APPORT DE L'IMAGERIE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE CEREBRO-MENINGEE**

I. ALIBI, C. DRISSI, M. JABOU, N. HAMMAMI, A. KERKENI, R. SEBAI, L. BELGHITH, M. BEN HAMOUDA

*Service de Neuroradiologie, Institut National de Neurologie, Rue Jebbari, 1007 Tunis, Tunisie*

Tuberculose cérébro-méningée est une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les pays en voie de développement où elle représente 10 à 30 % des lésions expansives intracrâniennes. Elle touche préférentiellement le sujet jeune avec une prédominance masculine.

**Matériel et méthode :** Nous avons revu rétrospectivement 10 patients (5 hommes et 5 femmes, âge moyen : 35 ans) sur une période de 3 ans.

Le diagnostic de tuberculose cérébro-méningée a été porté sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques. Une TDM a été pratiquée dans tous les cas. Une IRM a été pratiquée dans 6 cas.

**Résultat :** Quatre présentations radiologiques étaient distinguées : tuberculomes (n = 3), tuberculose miliaire du névraxe (n =4), méningo-encéphalite (n =6), méningite basilaire (n = 2).

La réponse au traitement anti-tuberculeux était soit complète sans séquelles (n = 4) soit avec séquelles neurologiques (n = 6).

**Conclusion :**

La tuberculose cérébro-méningée se présente sous différents aspects radiocliniques, le tuberculome et la leptoméningite étant les formes les plus fréquentes. La neuroimagerie et en particulier l'IRM avec contraste est nécessaire pour l'orientation diagnostique et la surveillance de l'évolution sous traitement.

### **P165 : INTERET DE LA PROCALCITONINE COMME MARQUEUR DE SEPSIS**

QUESLATI H., BOUSSELMI K., THABET L.\*, YAHIA Y., HADDAD J., RAHMANI I., GHANEM R.\*, MESSAADI A.A

*Centre de traumatologie et des grands brûlés Ben Arous, Tunisie*

*Service de Réanimation des brûlés*

*\*Service de biologie clinique*

**Introduction :** Le sepsis représente une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les services des brûlés. Les paramètres cliniques et biologiques standards manquent de sensibilité et de spécificité. La procalcitonine (PCT) a été proposée comme marqueur précoce de l'infection.

**Objectif :** L'objectif de cette étude est d'évaluer l'apport de la procalcitonine comme marqueur

septique précoce chez les patients brûlés en réanimation.

**Patients et méthodes :** Etude prospective faite sur une période de 8 mois du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2008, au service de réanimation des brûlés de Tunis. Chez tout patient hospitalisé, un recueil des données cliniques et biologiques est réalisé avec le dosage de la PCT. Les valeurs de PCT ont été comparées entre deux groupes (groupe malades septiques et groupe malades non septique) Le diagnostic de sepsis est retenu selon les recommandations de la SFETB.

**Résultats :** Durant la période d'étude 195 malades ont été admis dans le service de réanimations de brûlés, 44 brûlés consécutifs ont été inclus. Il s'agit d'une population jeune, d'âge moyen égal à  $36 \pm 15$  ans. On note une prédominance masculine (28 hommes et 16 femmes). L'étendue de la brûlure est importante, avec une SCB moyenne de  $28 \pm 17$  %. Deux groupes ont été distingués : groupe de malades septiques (n=25) et groupe de malades non septiques (n=19). Le diagnostic de sepsis a été retenu en moyenne à  $J 5 \pm 3$ . L'étude de la cinétique de la PCT chez ces malades a permis de dégager les résultats suivants : le taux moyen de PCT est de  $7 \pm 6.5$  ng/ml chez les septiques contre  $0,7 \pm 1$  ng/ml chez les non septiques. La courbe ROC (AUC) réalisée avec les différentes valeurs de PCT a permis de dégager une valeur diagnostique discriminante. En effet la valeur seuil de 1,25 ng/ml a une sensibilité de 80%, une spécificité de 90%. L'aire sous la courbe ROC est égale à 0.86 ce qui correspond à une valeur discriminante satisfaisante de la PCT dans le diagnostic de sepsis chez les brûlés.

**Conclusion :** La procalcitonine apparaît comme un marqueur performant d'infection chez les brûlés avec une sensibilité de 90%.

### **P166 : FIEVRE CHEZ LE NOURRISSON < 3 MOIS : QUELS FACTEURS DE RISQUE D'INFECTION POTENTIELLEMENT INVASIVE ?**

TINSA FATEN, BELLILI SARRA, BOUSNINA DORRA, BRINI INES, HAMOUDA SAMIA, KARBOUL LOTFI, SOUID MAHBOUBA, BOUSSETTA KHADIJA, BOUSNINA SOUAD

*Service de médecine infantile B, hôpital d'enfants de tunis*

La fièvre chez le jeune nourrisson peut témoigner d'une infection potentiellement invasive.

Du fait de la non spécificité des signes cliniques et du caractère souvent pauci-symptomatiques de ces infections, le diagnostic est souvent difficile.

Le but de notre étude est de relever les facteurs prédictifs cliniques et/ou biologiques faisant suspecter une infection invasive.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 82 observations de nourrissons âgés de moins de 3 mois hospitalisés pour une fièvre au service de médecine infantile B de l'hôpital d'enfant de Tunis durant l'année 2008.

Résultats : 82 nourrissons ont été inclus. L'âge moyen était de 52 j. Le sex-ratio était de 1.6. La fièvre était d'origine virale dans 55 cas, bactériennes dans 27 cas. Les infections potentiellement invasives se répartissaient en : infection urinaire (14 cas), pneumopathie (5 cas), méningite purulente (4 cas) septicémies (2 cas), et gastroentérites bactériennes (2 cas).

Les facteurs suivants étaient associés significativement à une infection invasive : teinte toxique, fièvre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  altération de l'état hémodynamique, altération de la vigilance et du tonus, hyperleucocytose  $\geq 15100$ , CRP au delà de 75 mg ( $p < 0,05$ ).

Conclusion : la constatation d'un des facteurs de risque relevés impose l'hospitalisation du nourrisson et la pratique d'un bilan infectieux complet et justifie de débiter une antibiothérapie en attendant les résultats du bilan infectieux.

#### **P167 : PNEUMOPATHIES MEDICAMENTEUSES : A PROPOS DE QUATRE CAS.**

L BEN MAHMOUD, S HAMMAMI, H GHOZZI, R ATHAIMEN, C MARREKCHI, B HAMMAMI, I MAALLOUL, H AFFES, A. HAKIM, K KSOUDA, L AYEDI, Z SAHNOUN, M.BEN JMAA, K M ZEGHAL.

*Faculté de médecine de Sfax laboratoire de pharmacologie de Sfax*

**Introduction :** Les pneumopathies médicamenteuses sont rares (moins de 2% des pneumopathies interstitielles) mais elles peuvent être graves voire mortels. Nous rapportons 4 cas de pneumopathie médicamenteuse notifiés au service régional de pharmacovigilance de Sfax dans une période de 8 ans.

**Méthode :** L'étude d'imputabilité a été faite selon la méthode française de Begaud.

**Observations :** Deux cas de pneumopathie interstitielle et 2 cas d'hémorragie intraalvéolaire ont été notifiés. Une hémorragie intra alvéolaire avec thrombopénie a été observée chez un patient de 30 ans, 4 jours après instauration du Mycophénolate Mofetil avec une évolution fatale. Une pneumopathie interstitielle évoluant d'emblée sous le mode fibrosant a été notifiée chez un patient de 64 ans prenant le Cyclophosphamide.

Elle était irréversible malgré l'arrêt de ce médicament.

Une pneumopathie interstitielle a été notifiée chez une femme de 76 ans prenant l'amiodarone. Un cas d'hémorragie intra alvéolaire avec vascularite induit par le Benzyl thiouracile a été notifié chez une patiente de 21 ans. L'arrêt de ce médicament a engendré la disparition des symptômes.

Le score d'imputabilité a été coté vraisemblable (I3B2) dans 1 cas, plausible (I2B3) dans 2 cas et douteux (I1B3) dans 1 cas.

**Discussion :** Les médicaments les plus souvent incriminés dans la littérature sont l'amiodarone et les immunosupresseurs.

Trois mécanismes lésionnels ont été évoqués : soit un mécanisme toxique (dose dépendant), soit une réaction d'hypersensibilité, soit une réaction idiosyncrasique. La présence d'une alvéolite lymphocytaire au LBA, la présence de polyarthralgie ou d'une éruption cutanée fugace et la réponse aux corticoïdes sont des éléments en faveur d'un mécanisme immunoallergique.

**Conclusion :** Devant toute pneumopathie résistante au traitement symptomatique, l'origine médicamenteuse doit être évoquée car l'atteinte peut être réversible à l'arrêt du médicament en cause.

#### **P168 : LE SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE DES ANTIBIOTIQUES : QUEL INTERET ?**

NADIA BEN FREDJ, KARIM AOUAM, ADNENE TOUMI, CHAOUKI LOUSAIEF, MOHAMED CHAKROUN, NACER BOUGATTAS

*Laboratoire de pharmacologie, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir*

**Introduction :** Les aminosides et les glycopeptides, sont des antibiotiques bactéricides largement utilisés en milieu hospitalier. Leur pharmacocinétique est sujette à une grande variabilité inter et intra individuelle, ainsi qu'un coefficient chimio thérapeutique étroit. Ainsi est-il justifié d'ajuster les posologies par un suivi pharmacologique de ces antibiotiques ?

Le but de ce travail est d'évaluer les résultats du dosage de l'amikacine, de la gentamicine et de la vancomycine sur des échantillons parvenus au Laboratoire de Pharmacologie Monastir, afin de proposer des recommandations pouvant aider à une meilleure prescription de ces médicaments.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au Service de Pharmacologie de la Faculté de Médecine de Monastir durant la période allant de Avril 2008 jusqu'à Février 2009.

Les prélèvements ont été réalisés soit avant la nouvelle administration médicamenteuse en cas d'administration discontinuée de l'antibiotique, soit à un moment arbitraire en cas de perfusion continue pour la vancomycine.

Les dosages ont été pratiqués par une méthode immuno-enzymatique (EMIT) (Vtwin- Siemens).

Le seuil toxique a été défini à 4 µg/ml pour l'amikacine, et 1 µg/ml pour la gentamicine. Pour la vancomycine, la concentration cible a été définie entre 10 µg/ml à 12 µg/ml en cas de perfusion discontinuée et entre 20 µg/ml à 30 µg/ml en cas de perfusion continue.

**Résultats :** Notre étude a inclus 34 patients : 19 ont bénéficié d'un dosage de vancomycine, 8 pour l'amikacine et 7 pour gentamicine. Quinze parmi eux (44,1%) avaient une fonction rénale altérée. Au total, 45 prélèvements ont été recueillis, dont 26 pour le dosage de vancomycine, 9 pour le dosage d'amikacine et 10 pour le dosage de gentamicine.

Les concentrations d'antibiotiques étaient au-dessus du seuil thérapeutique pour 24 (53%) prélèvements : 10 (38%) pour la vancomycine, 6 (67%) pour l'amikacine et 8 (80%) pour la gentamicine. Ces 24 prélèvements correspondaient en effet à 21 patients, dont 13 (54%) avaient une fonction rénale altérée.

**Conclusion :** Nos résultats ont mis en évidence que plus de la moitié des concentrations étaient au-dessus du seuil thérapeutique, exposant ainsi le patient au risque toxique de ces médicaments, en particulier la néphro et l'ototoxicité. Par conséquent, afin de prévenir la toxicité et garantir l'efficacité de ces antibiotiques, il est recommandé d'en réaliser systématiquement un suivi thérapeutique pharmacologique. Ce dernier est préconisé d'autant plus qu'on est en présence d'une comorbidité telle que l'insuffisance rénale.

#### **P169 : ENCEPHALOMYELITE AIGUË DISSEMINÉE : APPORT DE L'IRM**

S. FERJANI, N. HAMMAMI, S. TRABELSI, A. KERKENI, L. BELGHITH, C. DRISSI, R. SEBAI, M. BEN HAMOUDA

*Service de Neuroradiologie, Institut National de Neurologie, Rue Jebbari, 1007 Tunis, Tunisie*

**Objectif :** L'encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) est définie par une atteinte inflammatoire démyélinisante multifocale intéressant principalement la substance blanche du SNC. Elle est caractérisée cliniquement par un tableau d'encéphalopathie aiguë avec signes neurologiques multifocaux s'installant typiquement dans les suites d'une infection après un intervalle libre. Il n'existe pas de marqueur spécifique de la

maladie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale est essentielle au diagnostic.

L'objectif de notre travail est d'illustrer, à travers différentes observations, les particularités sémiologiques en imagerie qui permettent d'orienter le diagnostic.

**Matériel et méthode :** Nous rapportons les observations de quatre patients dont l'âge varie entre 17 et 30 ans, ayant consulté pour différents symptômes : céphalées avec vomissements (n=2), diplopie (n=2), hypoesthésie des membres inférieurs (n=3), syndrome cérébelleux (n=1) et un syndrome pyramidal (n=2).

La notion d'épisode infectieux précédant la symptomatologie a été notée dans 1 cas.

Tous les patients ont été explorés par une IRM cérébrale et un patient a eu une TDM précédant l'IRM.

**Résultat :** Le scanner a montré des plages hypodenses des noyaux gris centraux avec effet de masse. L'IRM a objectivé dans tous les cas de multiples lésions de démyélinisation à la fois infra- et supra-tentorielles : protubérantielle (n=2), bulbaire (n=2), cérébelleuse (n=1), temporale (n=4), frontale (n=4), pariétale (n=2) et occipitale (n=1), en hypersignal T2 et FLAIR. Après injection de gadolinium, certaines lésions se rehaussaient chez tous les patients. Ces lésions étaient le plus souvent symétriques. Une atteinte des noyaux gris centraux a été notée dans 1 cas.

Des localisations médullaires ont été retrouvées chez deux patients.

**Conclusion :** L'ADEM est une maladie inflammatoire démyélinisante du SNC également appelée encéphalite post-infectieuse. L'IRM est essentielle au diagnostic, montrant des lésions diffuses ou multifocales de la substance blanche du SNC. Le pronostic est généralement favorable sous traitement.

#### **P170 : EVALUATION DU STAUT INFLAMMATOIRE CHEZ LES HEMODIALYSES CHRONIQUES : PROCALCITONINE A LA BARRE**

M.TURKI<sup>1,2</sup>, E.MNIF<sup>1,2</sup>, R.CHAABENE<sup>1,2</sup>, Kh. CHAABOUNI<sup>1,2</sup>, S.AYDI<sup>1</sup>, K. BEL HASSEN<sup>2</sup>, S.WALHA<sup>2</sup>, K. JAMOSSI<sup>1,2</sup>, F. AYEDI<sup>1,2</sup>

(1) Laboratoire de biochimie, Hôpital Habib Bourguiba – Sfax

(2) Unité de recherche : Bases moléculaires de la pathologie humaine 02/UR/08-20

**INTRODUCTION :** La procalcitonine (PCT), marqueur de choix de l'infection bactérienne, a été récemment identifiée comme indicateur de toute activation du système immunitaire et faire partie

des protéines positives de la réaction inflammatoire (PPR).

Nous nous sommes proposé d'étudier l'intérêt de cette protéine dans le diagnostic des syndromes inflammatoires rencontrés chez les hémodialysés.

**PATIENTS ET METHODES :** Notre étude a porté sur 34 patients en hémodialyse périodique d'âge moyen  $49,2 \pm 16,2$  ans ne présentant aucun syndrome infectieux patent. Ces patients ont été prélevés en pré-hémodialyse sur tubes héparinés. Les dosages de la C-réactive protéine (CRP), de l'haptoglobine (Hp), de l'orosomucoïde (Om) et de l'albumine (Alb) ont été réalisés par méthodes immunoturbidimétriques. Le dosage de la PCT a été réalisé par méthode immunoenzymatique. Le statut inflammatoire de nos patients a été classé en syndrome inflammatoire aigu, syndrome inflammatoire chronique et syndrome inflammatoire récent selon leurs profils protéiques inflammatoires (PPI) tracés par le logiciel « PROFIL-SYSTEM » version 2B.03. Nous avons par la suite évalué la sensibilité et la spécificité de la PCT pour le diagnostic de chaque catégorie d'inflammation. L'étude statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 10. Une probabilité  $< 0,05$  a été considérée comme significative.

**RESULTATS :** Le syndrome inflammatoire biologique a été estimé à 87%. Les moyennes de CRP, Hp, Om et Alb étaient respectivement  $4,08 \pm 4,61$  mg/l ;  $1,23 \pm 0,62$  g/l ;  $1,28 \pm 0,38$  g/l et  $34,96 \pm 7,94$  g/l. La PCT a varié chez ces patients de  $<0,05$  à  $0,4$  ng/ml avec une moyenne de  $0,11$  ng/ml.

50% de nos patients avaient un PPI en faveur d'une inflammation aiguë ; dans ce cadre, la PCT a montré une spécificité de 76% et une sensibilité de 47% vis-à-vis du diagnostic de cette affection. En cas d'inflammation récente (rencontrée chez 29% de nos patients), l'apport de PCT comme marqueur diagnostique n'était pas aussi performant : spécificité de 66% et une sensibilité de 40%. La PCT, avec une sensibilité de 67% et une spécificité de 68% peut être considérée comme marqueur utile pour le diagnostic d'une inflammation chronique.

Pour le diagnostic de la dénutrition endogène secondaire à l'état inflammatoire observée chez 53% de nos patients, la PCT a montré une sensibilité de 27% et une spécificité de 56% sans être corrélée négativement avec l'Alb. L'étude de corrélation entre la PCT et les autres PPR (CRP, Hp et Om), n'était significative qu'avec l'Om ( $p = 0,02$ )

**CONCLUSION :** Le syndrome inflammatoire biologique est souvent rencontré chez les hémodialysés en dehors de tout contexte infectieux. La PCT n'a pas pu mettre en évidence cette affection. S'agit-il d'une perturbation du métabolisme des protéines inflammatoires ?