

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Objectifs

- Connaître les situations d'urgence et les grands principes de la prise en charge.
- Connaître les principes de la prise en charge en cas de fièvre aiguë chez un patient neutropénique.
- Connaître les principes de prévention des infections chez les patients immunodéprimés.

Points importants

- Situation clinique fréquente, potentiellement grave, qui requiert souvent un avis spécialisé ou du médecin référent.
- L'analyse du type d'immunodépression est importante
- Trois urgences thérapeutiques : neutropénie, asplénie, sepsis/choc septique
- Quel que soit le type d'immunodépression, raisonner en tenant compte de la possibilité d'une infection opportuniste.
- Bien connaître la conduite à tenir devant une neutropénie fébrile (fièvre chez un sujet dont la pathologie onco-hématologique est traitée par chimiothérapie, médicament instauré récemment potentiellement responsable d'agranulocytose, autres neutropénies).
- La symptomatologie clinique de la neutropénie fébrile est pauvre.
- Fièvre inexplicée chez un asplénique = antibiothérapie probabiliste par céphalosporine de 3^e génération (après hémocultures) car risque d'infection fulminante à pneumocoque.
- Une fièvre dans les autres situations d'immunodépression est surtout une urgence diagnostique.
- Correction si possible du déficit immunitaire.
- Importance des stratégies prophylactiques vaccinales et médicamenteuses.

1 Bases pour comprendre

On distingue plusieurs catégories d'immunodépression (TUE7-187-1) :

- **Neutropénie** : correspond à un déficit du système immunitaire inné donc un déficit de la phagocytose et de la présentation d'antigènes. Cette situation est essentiellement due à des traitements myélo-toxiques, notamment les chimiothérapies. Une altération des barrières muqueuse (mucite) et cutanée (présence de cathéters) est souvent associée.
- **Déficits de l'immunité humorale** : correspond à un déficit de production des anticorps ou immunoglobulines produits par les lymphocytes B du système immunitaire adaptatif (hypo/agammaglobulinémie, déficit immunitaire commun variable, hémopathies lymphoïdes) ;
- **Déficit de l'activation du complément** : les protéines du complément augmentent l'action des anticorps en facilitant la phagocytose (par opsonisation), le chimio-tactisme leucocytaire et en exerçant une action microbicide de contact. Un déficit de son activation diminue l'immunité humorale.
- **Déficits de l'immunité cellulaire** : correspond à un déficit qualitatif ou quantitatif des lymphocytes T du système immunitaire adaptatif (immunosuppresseurs, hémopathies, greffe de cellules souches hématopoïétiques ou d'organe solide, infection par le VIH...) ;
- **Déficits sélectifs** :
 - certaines situations ou états pathologiques induisent une combinaison de déficits sélectifs aboutissant à une susceptibilité pour certaines infections. Par exemple : déficit en complément pour les infections invasives à bactéries encapsulées ; la splénectomie ou l'asplénie qui combinent un déficit lymphocytaire B, un déficit humoral et une altération du complément et de l'opsonisation ; d'autres pathologies courantes, telles que le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'éthylisme, la cirrhose sont associées à un risque infectieux accru ;
 - les biothérapies bloquent spécifiquement certaines molécules effectrices du système immunitaire. Par exemple : les anti-TNF alpha ou certains anticorps monoclonaux bloquant certains récepteurs à la surface des cellules effectrices de l'immunité adaptative.

▪ L'immunodépression a 3 conséquences :

- l'impossibilité de mettre en place une réponse immunitaire adaptée vis-à-vis d'agents infectieux endogènes ou exogènes,
- des signes cliniques minorés rendant difficile l'appréciation de la gravité clinique qui peut être sous-estimée,
- la possibilité d'une multiplication rapide du ou des agent(s) infectieux en cause.

Retenir que :

- toute fièvre aiguë chez un malade immunodéprimé est donc une **URGENCE DIAGNOSTIQUE** en raison de la **GRAVITÉ** potentielle.
- toute fièvre aiguë chez un malade immunodéprimé est infectieuse jusqu'à preuve du contraire

Notes

| TUE7-187-1 : Principales situations d'immunodépression et principaux agents infectieux en cause | | | |
|---|---|---|--|
| Mécanisme | Étiologie | Sites infectieux | Principaux pathogènes (non exhaustif) |
| Neutropénie | <ul style="list-style-type: none"> Leucémies Chimiothérapies Radiothérapie Aplasia médullaire/ allogreffe de cellules souches hématopoïétiques | <ul style="list-style-type: none"> Poumons Périnée Peau Cavité buccale + ORL Tube digestif | Précoces : <ul style="list-style-type: none"> BG- (<i>E. coli</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>Klebsiella spp</i>) CG+ (<i>S. aureus</i> ou coagulase négative, <i>Streptococcus spp</i>) HSV (mucite) Tardifs : infections fongiques invasives (<i>Candida spp</i> , <i>Aspergillus spp</i> les plus fréquents) |
| Anomalies fonctionnelles : PNN, macrophages | <ul style="list-style-type: none"> Chimio-radiothérapie Granulomatoses chroniques familiales | | |
| Hypogammaglobulinémie | <ul style="list-style-type: none"> Acquises les plus fréquentes: myélome, Waldenström, LLC, LNH, chimiothérapie, syndrome néphrotique Déficit immunitaire commun variable Agammaglobulinémie congénitale | <ul style="list-style-type: none"> Poumons Sang | <ul style="list-style-type: none"> Pneumocoque ++ <i>Haemophilus influenzae</i> Meningocoque |
| Asplénie | <ul style="list-style-type: none"> Post-chirurgicale Fonctionnelle : drépanocytose homozygote, lupus, PR, amylose | | |
| Déficits du complément | <ul style="list-style-type: none"> Congénitaux | <ul style="list-style-type: none"> Méninges Sang | Méningocoque (infections à répétition) |
| Déficits de l'immunité cellulaire | <ul style="list-style-type: none"> Infection par le VIH avec lymphocytes T CD4+ < 200/mm³ Corticothérapie prolongée Immunosuppresseurs Post-transplantation (cellules souches hématopoïétiques, organe solide) LLC, maladie de Hodgkin Déficits congénitaux | <ul style="list-style-type: none"> Méninges SNC Œil Poumons Sang... | Bactéries opportunistes : <ul style="list-style-type: none"> <i>Listeria</i> <i>Salmonella</i> Mycobactéries (tuberculose et atypiques) <i>Nocardia</i> <i>Legionella</i> Champignons : <ul style="list-style-type: none"> <i>Pneumocystis jiroveci</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> Parasites : <ul style="list-style-type: none"> <i>Toxoplasma gondii</i> Virus : <ul style="list-style-type: none"> <i>Herpesviridae</i>, HPV, JC, BK virus |

PNN, polynucléaires neutrophiles ; LLC, leucémie lymphoïde chronique ; LNH, lymphome non-Hodgkinien ; SNC, système nerveux central

2 Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

1. Fièvre du patient neutropénique

La fièvre chez un patient neutropénique nécessite une démarche diagnostique codifiée et un traitement rapide : **URGENCE DIAGNOSTIQUE et THERAPEUTIQUE**

La borne supérieure de la neutropénie est 1500/mm³ polynucléaires neutrophiles (PNN). L'urgence infectieuse concerne le seuil de PNN < 500/mm³, notamment en cas d'agranulocytose (PNN < 100/mm³). Les neutropénies fébriles sont donc définies par :

- PNN < 500/mm³,
- et fièvre : une mesure de température ≥ 38,3°C, ou 2 prises de température ≥ 38°C à 1 heure d'intervalle.

La neutropénie est le plus souvent secondaire à une chimiothérapie anticancéreuse avec un délai d'apparition de 2 à 10 jours en fonction des chimiothérapies (TUE7-187-2).

TUE7-187-2 : Principales étiologies des neutropénies fébriles (< 500 PNN/mm³)

- **Chimiothérapies antinéoplasiques**
- Hémopathies malignes (leucémies aiguës), syndromes myélosplasiques, phase initiale de l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, aplasia médullaire
- Radiothérapie
- Intolérance médicamenteuse : toxicité directe ou mécanisme immuno-allergique
- Causes congénitales
- Neutropénies cycliques

La chimiothérapie antinéoplasique est souvent responsable de lésions de la muqueuse du tube digestif. De plus, la neutropénie inhibe la régulation immunologique de la flore bactérienne (microbiote) et fongique hébergée par tout individu. Le tube digestif étant l'organe le plus richement colonisé par cette flore naturelle, les translocations hématogènes (= passage d'agents infectieux du microbiote dans le sang) les plus fréquentes ont pour origine le tube digestif.

D'autre part, de nombreux patients sont porteurs de cathéters veineux centraux, qui favorisent les infections à point de départ cutané.

Les 3 portes d'entrée les plus fréquentes :

- Le tube digestif dans son ensemble (de la cavité buccale jusqu'au périnée)
- La peau, les cathéters veineux centraux
- Les poumons.

L'examen clinique est souvent pauvre chez un patient neutropénique fébrile, du fait de l'absence d'inflammation.

La fièvre est donc souvent la principale, voire la seule manifestation de l'infection.

Des signes fonctionnels ou physiques mineurs peuvent être révélateurs d'une infection déjà évoluée.

La présence d'un ou plusieurs signe(s) de sepsis grave marque l'urgence absolue et la nécessité d'une orientation rapide vers une unité de soins intensifs.

De la même façon, l'interprétation des examens complémentaires peut poser problème :

- 40 % des patients neutropéniques avec pneumonie ont une radiographie thoracique normale au début de la fièvre, et l'auscultation est en général normale.
- La pléiocytose peut manquer dans le LCS en cas de méningite.
- La leucocyturie est souvent absente dans les infections urinaires.

La fréquence et la gravité des infections sont proportionnelles à :

- La profondeur de la neutropénie : le risque infectieux est important si PNN < 500/mm³ ; il est majeur si PNN < 100/mm³.
- La durée : risque infectieux important pour une neutropénie > 1 semaine (on peut prévoir la durée de neutropénie en fonction du type de chimiothérapie et de l'hémopathie sous-jacente).
- Et la rapidité d'installation de la neutropénie.
- Les fièvres survenant chez le neutropénique se répartissent en 3 catégories (TUE7-187-3) :

TUE7-187-3 : Principales catégories de neutropénies fébriles

| Neutropénie fébrile | Diagnostic | Proportion de patients (%) |
|--------------------------------|---|----------------------------|
| D'origine indéterminée | Porte d'entrée et foyer infectieux inconnu Agent infectieux inconnu | 60 |
| Cliniquement documentée | Porte d'entrée ou foyer infectieux identifié ± Agent infectieux | 10 |
| Microbiologiquement documentée | Porte d'entrée ou foyer infectieux pas toujours identifié(s) Agent infectieux identifié (95 % des cas sur hémocultures) | 30 |

TUE7-187-4 : Agents infectieux les plus fréquemment responsables d'infections chez un patient neutropénique

| Bactéries | |
|--|---|
| Entérobactéries dont <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella spp</i> | Fréquentes. Origine digestive ou urinaire, rarement respiratoire. Bactéries souvent multi-résistantes du fait des antibiothérapies itératives et de la transmission croisée |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | Assez fréquent. La colonisation du tube digestif ou des voies respiratoires précède l'apparition des bactériémies et des infections. |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | Origine cutanée et/ou cathéters veineux centraux |
| Staphylocoques coagulase négative | Très fréquent (cathéter), souvent multirésistants. Bactériémie de bon pronostic. |
| Champignons et levures | |
| <i>Candida spp</i> | Candidoses buccales quasi-systématisées. Colonisation digestive fréquente. Candidémie et localisations profondes (foie, rate) chez les patients traités pour leucémie aigues et/ou par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. |
| <i>Aspergillus</i> , zygomycètes (Mucor) | Contamination aérienne. Atteinte pulmonaire et sinusienne en cas de neutropénie prolongée. |
| Virus | |
| <i>Herpes viridae</i> | Fréquent, précoce. Associé à la mucite. |

Les bactéries Gram positif sont impliquées dans 2/3 des cas, et les bactéries Gram négatif dans le tiers restant.

La majorité des infections à bactéries Gram positif sont

Notes

Notes

dues à des staphylocoques coagulase négative dont le point de départ est généralement le cathéter veineux central. Ces agents infectieux ne sont pas responsables d'infections rapidement fatales ; un retard dans l'instauration de l'antibiothérapie n'est généralement pas préjudiciable. Cependant, 15 % des infections sont dues à 3 bactéries Gram positif (*S. aureus*, streptocoques oraux et pneumocoque) responsables d'infections rapidement évolutives.

Les bactéries Gram négatif sont la première cause de mortalité. Elles sont responsables d'infections rapidement évolutives, qui nécessitent une antibiothérapie adaptée urgente. La bactérie la plus fréquemment impliquée est *E. coli*. *P. aeruginosa* est la 1^{ère} cause de mortalité par infection chez le neutropénique, mais ne représente que 5 % des causes de neutropénies fébriles.

La notion de colonisation ou d'infection préalable par une bactérie multi-résistante (BMR) est importante pour aider au choix de l'antibiothérapie probabiliste.

En cas de neutropénie prolongée > 1 semaine, les infections fongiques invasives sont possibles (*Candida spp*, *Aspergillus spp*).

Conduite à tenir pratique devant un patient neutropénique :

**Fièvre + PNN < 500/mm³ =
Urgence thérapeutique**
en raison du risque d'évolution rapide vers un choc septique potentiellement fatal.

■ Examen clinique

Anamnèse

- Caractéristiques de la fièvre (courbe thermique)
- Signes associés
- Traitements en cours et récents (antibiotiques, immunosuppresseurs, antipyrétiques, facteurs de croissance hématopoïétiques)
- Allergies
- Date de la dernière chimiothérapie
- Nature du cancer
- Antécédents infectieux, colonisation par BMR

Examen physique

- Constantes : température, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, conscience, diurèse
- Recherche de signes de gravité : sepsis grave/choc septique.
- Rechercher un foyer infectieux. Ne pas oublier la cavité buccale, inspecter le périnée, les poumons, l'ensemble du revêtement cutané, les cathéters, l'examen de l'organe atteint en cas de tumeur solide.

■ Examens complémentaires

Bilan biologique

- NFS plaquettes
- Hémostase : TP, TCA, fibrinogène
- Fonctions rénale (créatininémie, urée) et bilan hépatique (transaminases, bilirubine, phosphatases alcalines)
- Bilan inflammatoire : CRP, ± procalcitonine

Bilan microbiologique

- **Hémocultures** : réalisées avant toute antibiothérapie en cas de voie centrale, il est impératif de prélever des **hémocultures couplées simultanées** en périphérie et sur le cathéter veineux central (mesure du temps différentiel de pousse : indique une infection du cathéter si culture plus précocement positive - d'au moins 2 h - pour le flacon prélevé sur le cathéter)
- Bandelette urinaire + ECBU (même en l'absence de leucocyturie)
- Coproculture
- Prélèvement de gorge

Imagerie

La radiographie thoracique debout de face est indiquée. Néanmoins, cet examen manque de sensibilité dans la situation de neutropénie fébrile. Ainsi, l'indication de **scanner thoracique sans injection de produit de contraste est large voire systématique** chez un patient neutropénique ≥ 1 semaine ou présentant un ou des signe(s) respiratoire(s).

Vérifier la numération plaquettaire et coagulation avant un examen invasif

(ponction lombaire, pleurale, pose ou dépose de cathéter veineux central, endoscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire...).

■ Orientation et prise en charge thérapeutique

Une neutropénie fébrile à faible risque (non profonde, de durée prévisible < 7 jours), sans signe de gravité, et sans intolérance digestive est traitée de préférence à domicile avec une antibiothérapie *per os* (amoxicilline/ acide clavulanique + ciprofloxacine) sous étroite surveillance clinique.

En l'absence de ces 3 éléments favorables, ou si la fièvre persiste > 24-48 h, hospitalisation en service spécialisé (réanimation si sepsis grave/choc septique).

Prendre contact avec le service qui prend en charge habituellement le patient (identifier le médecin référent).

Prévoir l'isolement protecteur du patient : précautions complémentaires contact et gouttelettes.

Une neutropénie fébrile nécessite une **antibiothérapie empirique** (en pratique, on traite sans être certain qu'il existe une infection bactérienne) en urgence pour deux raisons :

- Les polynucléaires étant la première ligne de défense de l'organisme, une infection bactérienne chez un neutropénique progresse rapidement, et peut aboutir au décès en l'absence de prise en charge adaptée précoce (par exemple : le taux de mortalité est de 60 % à 24 heures en cas de bactériémie à *P. aeruginosa* non traitée chez un neutropénique).
- L'examen clinique ne permet pas de distinguer entre fièvre d'origine bactérienne ou non.

L'antibiothérapie est donc :

- **Urgente**, débutée le plus rapidement possible.
- **Probabiliste** le plus souvent, parfois orientée par l'examen clinique

- **Débutée après les prélèvements** (hémocultures surtout), sans en attendre les résultats. Ces prélèvements ne doivent pas retarder l'instauration du traitement.
- **Large spectre**, sur bactéries Gram négatif et positif. On cible les entérobactéries et streptocoques pour les neutropénies à faible risque (prévues de courte durée), et on élargit le spectre au *P. aeruginosa* pour les neutropénies à risque (prévues de durée longue).
- **Bactéricide**
- Le choix de l'antibiotique tient compte : des antibiotiques déjà reçus par le patient, des antécédents infectieux, de l'écologie du service, de la colonisation potentielle du patient par des BMR
- En général, un protocole écrit existe dans les services concernés

Aplasia de durée prévisible :

< 7 jours : amoxicilline/acide clavulanique ou ceftriaxone/céfotaxime
± ciprofloxacine ou aminoside (amikacine)

> 7 jours : bêta-lactamine large spectre à activité antipycocyanique (piperacilline/tazobactam ou cefepime)
± aminoside (amikacine) ± vancomycine

NB : bêta-lactamines actives sur le *P. aeruginosa* (pyocyanique) :

- Piperacilline/tazobactam, certaines céphalosporines de 3^e génération (ceftazidime, cefépime) ou carbapénèmes (imipénème, meropénème). Un carbapénème peut être utilisé en cas d'ATCD ou facteurs de risque d'infection/colonisation à BLSE.
- Le spectre de ces molécules ne couvre pas le SARM.

Retenir que :

La prescription initiale est une monothérapie par bêta-lactamine si absence de signes de sepsis/choc septique.

L'association d'un aminoside (amikacine) est systématique en cas de sepsis/choc septique ou de suspicion de bacilles Gram négatif multi-résistants. Les avantages sont la rapidité de bactéricidie, la synergie potentielle sur certaines bactéries Gram négatif et la limitation de l'émergence de mutants résistants.

Un traitement anti-staphylococcique par un glycopeptide (vancomycine) est associé en première intention en cas d'infection cutanée, de suspicion clinique d'infection sur cathéter veineux central (pus à l'orifice d'entrée, tunellite, cellulite) ou de sepsis/choc septique à l'admission du patient.

Une colonisation connue à SARM ou une ou des hémoculture(s) positive(s) à bactérie Gram positif en attendant l'identification et l'antibiogramme sont aussi des indications pour débiter un traitement par un glycopeptide.

La réévaluation de l'antibiothérapie est impérative à 48-72 h, ou avant si aggravation clinique, ou si un examen microbiologique est positif.

Si persistance de la fièvre malgré l'antibiothérapie, rechercher :

- une infection fongique invasive: antigénémie aspergillaire, scanner thoracique et sinus et selon les résultats, voire fibroscopie bronchique avec lavage bronchoalvéolaire, et ajout systématique d'un traitement antifongique probabiliste.

- un foyer infectieux profond (TDM abdomino-pelvien), une endocardite infectieuse (échographie cardiaque), une thrombophlébite septique, notamment sur cathéter (dopplers veineux)

Le traitement anti-infectieux est maintenu au moins pendant la durée de la neutropénie.

2. Déficit de l'immunité humorale : asplénie / splénectomie

Antibiothérapie probabiliste urgente active sur les bactéries encapsulées (pneumocoque surtout), débutée après les prélèvements (hémocultures++) si fièvre **inexpliquée** : céphalosporine de 3^e génération parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone)

Retenir que :

- La vaccination anti-pneumococcique ne permet pas d'écartier le risque pneumococcique sur terrain immunodéprimé.
- Risque de **bactériémies foudroyantes** à bactéries encapsulées (95 % pneumocoque).
- Gravité majorée en cas d'infection par parasites intracellulaires (*Plasmodium*, *Babesia*).
- **Prévention vaccinale par vaccins conjugués** (pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, méningocoque) + **antibioprofylaxie orale** par pénicilline V (généralement 2 ans post-splénectomie) + vaccination anti-gripale annuelle.

3. Fièvre chez les patients atteints d'autres déficits immunitaires

La plupart des autres situations d'immunodépression sont des **urgences diagnostiques** sans être obligatoirement des urgences thérapeutiques (= pas d'antibiothérapie empirique si fièvre inexpliquée, sauf sepsis grave / choc septique).

Le fait de contacter rapidement le centre ou le médecin référent du patient en cas de fièvre inexpliquée est très important pour orienter le patient au mieux dans son parcours de soins.

Penser aux infections opportunistes (Cf. TUE7-187-1), notamment pour le VIH (Cf. item 165).

3 Prévention des infections chez les patients immunodéprimés

1. Vaccinations

- Recommandations spécifiques selon le type d'immunodépression (Cf. calendrier vaccinal annuel) et recommandations spécifiques du HCSP
- Vaccins vivants atténués contre-indiqués en cas d'immunodépression profonde.

Notes

Notes

2. Infections bactériennes

- Prévention des infections sur cathéter central :
 - mise en place en milieu protégé
 - asepsie stricte lors de toute utilisation.
- Supplémentation en immunoglobulines polyvalentes en cas d'hypogammaglobulinémie
- Antibioprophylaxie par pénicilline V si asplénie
- Dépistage et traitement de l'infection tuberculeuse latente chez le patient VIH, avant immunosuppression programmée et avant mise sous anti-TNF α (Cf. item 155)

3. Infections parasitaires et fongiques

- Prophylaxie de la toxoplasmose et de la pneumocystose par cotrimoxazole chez les transplantés d'organe, les patients sous corticothérapie prolongée, les patients VIH (en règle CD4 < 200/mm³ ou \leq 15 %).
- Cure systématique d'ivermectine si risque d'anguillulose : séjour tropical prolongé, hyperéosinophilie
- Règles hygiéno-diététiques de prévention de la toxoplasmose

Pour en savoir plus

- Recommandations de vaccinations des personnes immunodéprimés : www.hcsp.fr. Avis et rapports : Rapport de décembre 2014.

