



**JNI** 13<sup>es</sup> Journées  
Nationales  
d'Infectiologie  
Tours et le GÉRICCO

Du mercredi 13 au  
vendredi 15 juin 2012  
VINCI - Centre International  
de Congrès



# Évolution des pratiques infectiologiques

Docteur Yves-Marie VANDAMME  
CHU Angers  
Service des maladies infectieuses et tropicales  
Angers

# Histoire de la maladie

- Mr A., 40 ans, consulte aux urgences du CHU d'Angers le 14.03.2012 pour fièvre et asthénie intense depuis 3 jours selon le patient, depuis 8 jours selon le médecin traitant
- Le courrier du médecin traitant rapporte un AVP à haute cinétique 7 jours auparavant
- ATCD :
  - Appendicectomie
  - alcool : 60 à 80gr/jour

# Examen clinique

- T : 39,1C, TA : 139/77mmHg, N : 87BPM, Sat : 97%
- Glasgow : 15
- Raideur de nuque isolée, non douloureuse
- Obnubilation
- Bégaiement ancien
- Strabisme ancien
- Absence de signes de localisation neurologique
- Examen des autres organes sans particularité

# Examens complémentaires

- GB : 19 200/mm<sup>3</sup> , PNN : 16 660
- Plaquettes : 214 000/mm<sup>3</sup>
- CRP : 67mg/l
- TP : 74%, ratio TCA :1,01
- Pas de perturbation du BH
- BU : leuco / nitrites négatifs, pas d'ECBU
- Absence d'anomalie radiographique sur la RP

*Le patient est transféré en maladies infectieuses...*

# Quelle attitude adoptez-vous ?

1. Attentisme : pas de traitement anti-infectieux, prélèvements (hémocultures, ECBU, sérologies...)
2. Ponction lombaire en urgence
3. Antibiothérapie probabiliste + TDM cérébrale avant PL
4. TDM cérébrale sans antibiothérapie probabiliste avant PL dans un second temps

# Prise en charge dans le service

Devant l'association fièvre + raideur de nuque + syndrome inflammatoire biologique, réalisation d'une PL :

- Liquide macroscopiquement trouble
- 3 100 éléments nucléés (PNN : 69%, lympho : 24%, macrophages : 7%)
- Protéinorachie : 1,43gr/l
- Glycorrhachie : 1,2 mmol/l / glycémie : 6,3mmol/l
- **Bactériologie : direct -, Ag pneumo - dans le LCR**

Pas d'antibiothérapie en cours ou récente  
(interrogatoire policier ++)

# Quel(s) examen(s) micro-biologiques préconisez-vous ?

1. PCR temps réel *N.meningitidis*, *S.pneumoniae*, *L.monocytogenes*
2. Séquençage 16S
3. PCR Herpès virus
4. Antigène urinaire pneumocoque

# Quelle attitude adoptez-vous ?

1. Cefotaxime iv 200mg/kg/jour
2. Cefotaxime iv 200mg/kg/jour + amoxicilline 200mg/kg/jour
3. Cefotaxime iv 200mg/kg/jour + amoxicilline 200mg/kg/jour + gentamicine 5mg/kg/24h
4. Dexaméthasone 10mg iv /6h débuté avant ATB
5. TDM cérébrale en urgence (contexte AVP)



# TDM cérébral



# Quel diagnostic évoquez-vous ?

1. Tuberculome
2. Toxoplasmose cérébrale
3. Abscès cérébral bactérien
4. Métastase cérébrale néoplasique
5. Lymphome cérébral
6. Abscès hémisphérique à *L. monocytogenes*

# Transfert en USI de neurochirurgie...

- Décision de ne pas réaliser de biopsie/excision chirurgicale au staff de NC
- Séro HIV négative
- Traitement probabiliste d'une méningite purulente + abcès bactérien sur possible brèche méningée
- PCR temps réel *N.meningitidis*, *S.pneumoniae*, et *L.monocytogenes* négatives.
- Demande séquençage 16S sur le LCR...

# ...Séquençage 16S : *Nocardia abscessus*

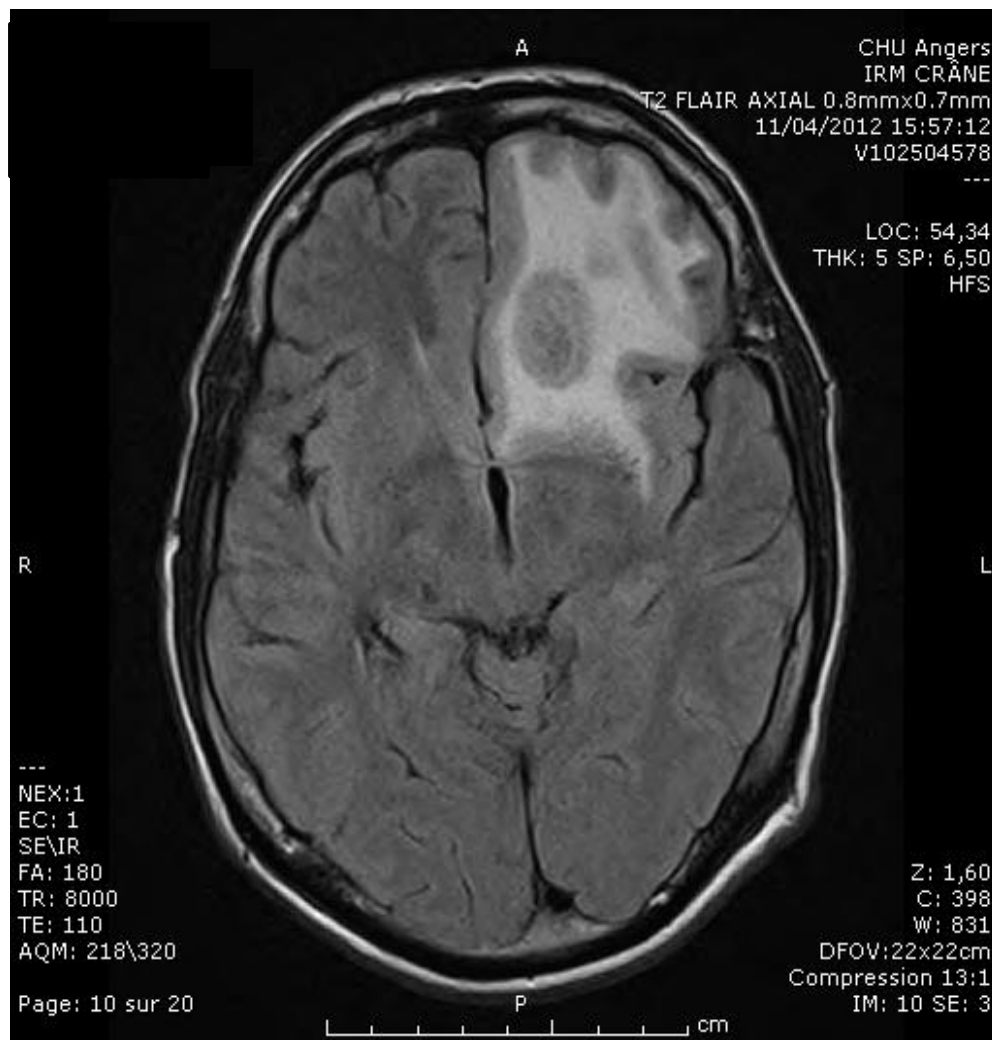
## Quel traitement ATB proposez-vous ?

1. IMP iv
2. TMP/SMX iv + IMP iv
3. TMP/SMX po + AMK iv
4. TMP/SMX iv + AMK iv
5. LZD iv
6. CFX iv

# Evolution du patient

- Pas de traitement chirurgical : réévaluation à distance selon clinique / imagerie
- Apyrexie à J9 d'hospitalisation + régression obnubilation, soit 24h après l'adaptation de l'ATB
- Séquelle : léger syndrome frontal résiduel
- Poursuite monothérapie triméthoprime / sulfaméthoxazole pour une durée totale de traitement de 6 mois

# IRM de contrôle à 1 mois : stabilisation de la lésion



# Nocardiose Cérébrale

- Pauvreté et variabilité des signes cliniques
- Forme disséminée le + souvent (pulmonaire).
- Terrain d'immunodépression cellulaire.
- Intérêt diagnostique de la biopsie cérébrale sauf autres localisations (pulmonaire, méninges...)
- Mortalité élevée.
- Apport de la biologie moléculaire dans le diagnostic.
- ATB de référence :TMP/SMX (+/- asso 4 à 6 premières semaines).
- Durée de ttt prolongée (6 à 12 mois).
- LZD : + prise orale/biodispo, bonne diffusion neuro/méningée
  - ttt prolongé versus toxicité

# *Nocardia abscessus*

- Découverte récente : Yassin et al., 2000.
- Apport de la biologie moléculaire
- Fréquence sous-estimée (12%, Larruskain et al., 2011)
- ATB constamment Se : TMP/SMX, AMK, LZD
- ATB inconstamment Se : **IMP**, bêta-lactamines, DOX, CLR
- ATB constamment R : CIP



# Bibliographie

- Tattevin, P., M. Revest, et al. (2008) "Méningites et méningoencéphalites aseptiques." Rea **17**(7): 639-50.
- Tattevin, P., F. Bruneel, et al. (2003). "Bacterial brain abscesses: a retrospective study of 94 patients admitted to an intensive care unit (1980 to 1999)." Am J Med **115**(2): 143-6.
- Glupczynski, Y., C. Berhin, et al. (2006). "Determination of antimicrobial susceptibility patterns of *Nocardia* spp. from clinical specimens by Etest." Clin Microbiol Infect **12**(9): 905-12.
- Larruskain, J., P. Idigoras, et al. (2011) "Susceptibility of 186 *Nocardia* sp. isolates to 20 antimicrobial agents." Antimicrob Agents Chemother **55**(6): 2995-8.
- Marchandin, M., A. Eden, et al. (2006). "Molecular diagnosis of culture-negative cerebral nocardiosis due to *Nocardia abscessus*." Diag Microb and Inf Dis **55**(3): 237-40.
- Marnet, D., L. Brasme, et al. (2008) "Abcès cérébraux à *Nocardia* : caractéristiques radiocliniques et prise en charge thérapeutique." Rev neur **161**(1): 52-62.
- Mamelak, A. N., W. G. Obana, et al. (1994). "Nocardial brain abscess: treatment strategies and factors influencing outcome." Neurosurgery **35**(4): 622-31.
- Lerner, P. I. (1996). "Nocardiosis." Clin Infect Dis **22**(6): 891-903; quiz 904-5.