

ITEM N°81 : FIEVRE AIGUE CHEZ UN MALADE IMMUNODEPRIME

OBJECTIFS TERMINAUX

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

INTRODUCTION

1 GENERALITES :

Il existe 3 grands types d'immunodépression :

- Les neutropénies, essentiellement après chimio-radiothérapie,
- Les déficits de l'immunité cellulaire (infection par le VIH...)
- Les déficits de l'immunité humorale (splénectomie...).

2 EPIDEMIOLOGIE :

2-1. LES NEUTROPENIES :

- Fréquence des infections à bacilles à Gram-négatif (origine digestive).
- Augmentation de l'incidence des infections à cocci gram-positifs (cathéters de longue durée).
- Risque accru d'infections fongiques

2-2. LES DEFICITS DE L'IMMUNITE CELLULAIRE :

- Bactéries intracellulaires, Herpesvirus, *Toxoplasma gondi*, *Pneumocystis carinii*, *Candida* sp, *Cryptococcus neoformans*.

2-3. LES DEFICITS DE L'IMMUNITE HUMORALE :

- Bactéries encapsulées et entérovirus.

IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

1. IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE

1-1. FIEVRE DU PATIENT NEUTROPENIQUE

- Urgence diagnostique et thérapeutique si polynucléaires neutrophiles $< 500/\text{mm}^3$.
- Examen clinique (signes inflammatoires souvent atténués) + bilan étiologique :
 - o hémocultures périphériques et une au cathéter ;
 - o examen cytotactériologique des urines ± coproculture ;
 - o radiographie pulmonaire ;
 - o prélèvements locaux selon symptômes.
- Après mise en route immédiate après bilan d'une antibiothérapie
- Ré-évaluation clinique ± microbiologique quotidienne.

1-2. FIEVRE AIGUE CHEZ UN PATIENT VIH+

1-2-1. Principales causes :

- Primo-infection par le VIH (premier symptôme de la maladie) .
- Chez un patient VIH+ connu :
 - o tuberculose pulmonaire, à tous les stades d'immunodépression ;
 - o en dessous de $200 \text{ CD4}/\text{mm}^3$ ou dans un contexte d'urgence : pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, cryptococcose disséminée, tuberculose disséminée ;
 - o en dessous de $75 \text{ CD4}/\text{mm}^3$: infection à CMV ou à mycobactérie atypique.

1-2-2. Principaux examens para-cliniques à demander

- **Signes pulmonaires**
 - o Hémocultures + gazométrie artérielle + radiographie de thorax.
 - o Recherche de BAAR + *P. carinii* par LBA.
- **Signes d'atteinte neurologique centrale**
 - o Scanner cérébral ± IRM si scanner normal.
 - o Antigène cryptococcique sérique, sérologie de toxoplasmose.

1-3. FIEVRE CHEZ UN TRANSPLANTE D'ORGANE

- Infections : complication la plus fréquente post-transplantation (immunosuppresseurs).
- Risque infectieux : majoré en cas de transplantation pulmonaire, cardio-pulmonaire, hépatique ou pancréatique.

1-3-1. Phase précoce (< 30 jours)

- Infections nosocomiales « postopératoires » prédominantes.

1-3-2. Phase intermédiaire (1 à 6 mois)

- **Prédominance des infections à cytomégalovirus**
- **EBV**, à l'origine du syndrome lymphoprolifératif post-transplantation
- **Autres microorganismes** : *Aspergillus*, *Nocardia asteroides*, *Pneumocystis carinii*, *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, VZV, EBV, adénovirus, polyomavirus, HHV6...

1-3-3. Phase tardive (> 6 mois)

- Risque d'infections opportunistes.

2. PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

2-1. FIEVRE AIGÜE DU PATIENT NEUTROPENIQUE

2-2-1. Traitement antibiotique de 1^{ère} intention, par voie IV

- **Absence de cathéter et pas de décontamination digestive** : (Bêtalactamine à large spectre à activité antipyocyanique) + aminoside ou ciprofloxacine
- **Absence de cathéter et décontamination digestive préalable** : Bêtalactamine à large spectre + aminoside
- **Patient porteur d'un cathéter central** : Idem ci-dessus plus anti-staphylococcique (vancomycine).

2-2-2. Traitement des infections (Cf. T125-2, Chap. 125, E. PILLY, 2006)

2-2. FIEVRE AIGÜE DU PATIENT VIH POSITIF

- **Traitement étiologique des principales causes de fièvre aiguës (Cf. T89.2-5, Chap. 89.2, E. PILLY, 2006).**

2-3 FIEVRE AIGÜE CHEZ UN TRANSPLANTE D'ORGANE

2-3-1. Phase précoce

- Traitement dirigé contre les germes hospitaliers (bacilles gram-négatifs, *Staphylococcus sp.*, entérocoques), souvent résistants.

2-3-2 Phase intermédiaire

2-3-3 Phase tardive

Item 81 DOSSIER CLINIQUE

Mr Lar, âgé de 49 ans, se présente aux urgences une toux sèche apparue depuis 3 semaines avec fièvre à 38,5° C apparue depuis quelques jours

1. Que rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

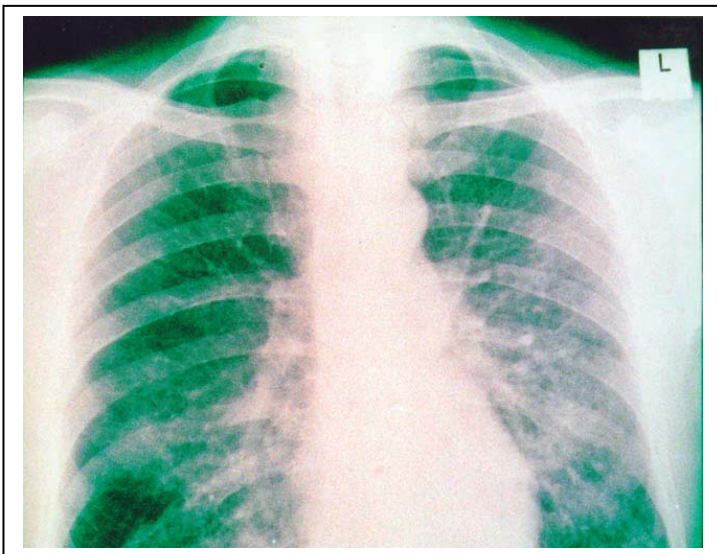
L'interrogatoire révèle...

- Homme bisexuel avec rapports sexuels non protégés multiples
- ATCD herpès génital récidivant depuis un an

2. Quelle est l'étiologie à évoquer de 1^{ère} intention ?

3. En dehors d'un tel contexte, quels autres diagnostics sont à évoquer devant une toux sèche fébrile chez un non-immunodéprimé ?

4. Quels examens complémentaires réalisez vous en urgence chez ce patient ?



Le diagnostic de SIDA avec pneumocystose est confirmé...

5. Quelle sera la prescription thérapeutique initiale ?

Et après 3 semaines...?

6. Quel relais prenez vous, qu'envisagez vous rapidement ensuite ?

POUR EN SAVOIR PLUS