

Cas 4

Monsieur L. âgé de 45 ans d'origine algérienne, résidant en France, consulte fin décembre 2015 pour une altération de l'état général et une toux fébrile depuis 3 semaines. Le patient n'a pas d'antécédent médical et réside à Médine depuis 6 mois pour accueillir les pèlerins français.

Question 1 : quels sont les diagnostics à évoquer dans le contexte ?

- A) Grippe
- B) Tuberculose
- C) Primo-infection VIH
- D) MERS-CoV
- E) Lymphome

Réponses : BCD

Le patient va recevoir en Arabie Saoudite un traitement initial par amoxicilline+acide clavulanique puis par ofloxacine puis par azithromycine puis par ceftriaxone successivement devant des échecs thérapeutiques successifs. Le patient a perdu 15 kg en 3 semaines, sans notion de contagé, sans foyer à la radiographie pulmonaire.

Question 2 : Quelle est votre prise en charge ?

- A) Retour en France pour prise en charge
- B) Adressé dans un centre de référence MERS-CoV
- C) Isolement de principe pour suspicion de tuberculose
- D) Isolement de principe pour suspicion de MERS-CoV
- E) Traitement par imipénème

Réponses : ABD

Le patient va être transféré en France le 04/01. A l'arrivée, pas de fièvre, pas de désaturation, crépitations des deux bases avec une atélectasie en bande à droite sur la radiographie pulmonaire. Le bilan biologique met en évidence une CRP à 243 mg/l et une cytolysé hépatique à trois fois la normale.

Question 3 : Quelles sont les 3 grands principes de votre prise en charge ?

Réponses :

- Isolement respiratoire pour suspicion Mers-CoV
- Virocult sur écouvillon nasal
- Antibiothérapie probabiliste

Question 4 : Quels bilans microbiologiques et sérologiques faites-vous pour avancer dans le diagnostic ?

Réponses :

- BK
- Hémoculture
- Virocult sur écouvillon nasal pour Virus Influenza A et B, hRV/EV, coV, PIV, VRS, hMPV, **MERS-CoV**
- Sérologies VIH, VHB, VHC, VHA, VHE, EBV, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, Brucella et *Coxiella Burnetii*

Les examens radiologiques mettent en évidence sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien du 06/01 un discret œdème péri-portal avec une lame d'épanchement péri-vésiculaire, une adénomégalie du hile hépatique de 16 mm, une discrète splénomégalie à 11 mm. Les voies biliaires intrahépatiques ne sont pas dilatées, existence d'une atélectasie en bande, bilatérale, avec ascension de la coupole diaphragmatique droite. L'échographie cardiaque transthoracique ne retrouve pas d'élément en faveur d'une endocardite. Le virocult sur écouvillon nasal est négatif pour le MERS coV, reconstrôlé à 48h vous permettant d'exclure le diagnostic de MERS coV. Un traitement probabiliste par cefotaxime, rovamycine est débuté devant un tableau initialement pulmonaire dans un contexte inflammatoire et de cytolyse hépatique.

Question 5 : Quels autres diagnostics évoquez-vous devant la fièvre, le syndrome inflammatoire initial, la cytolyse hépatique dans un contexte d'un patient vivant en Arabie Saoudite ?

- A) Fièvre Q
- B) Brucellose
- C) *Chlamyda pneumoniae*

D) *Mycoplasma pneumoniae*

E) *Mycobacterium tuberculosis*

Réponses : ABCDE

Votre bilan sérologique met en évidence une sérologie *Coxiella burnetii* à :

	IgM	IgG
Phase 1	1/8192	1/128
Phase 2	1/32728	1/4096

Les sérologies brucellose, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* sont positives en IgM et en IgG, contrôlées stables à J10.

Question 6 : Que vous évoquent ces différentes sérologies positives chez ce patient ?

Réponses : résultats en faveur de réactions croisées avec la Sérologie de la fièvre Q

Question 7 : Dans ce contexte d'altération de l'état général persistante malgré une disparition de la fièvre sous cefotaxime, rovamycine et l'amendement du syndrome inflammatoire et de la cytolyse hépatique, quelle est votre prise en charge antibiotique optimale et sa durée ?

Réponses : DOXYCYCLINE 100mg x 2 par jour 15 jours.