

Take home messages

Biomarqueurs

- BDG : nombreux faux positifs, bonne VPN.
Surtout pour pneumocystose
- GM : variations de Se en fonction de l'IS sous-jacente
- PCR Aspergillus : utile dans le LBA +/-sérum
- Limites des biomarqueurs

Transplantés d'organe

- Vaccins vivants contre-indiqués, attendre 6 mois pour les inertes, vacciner avant la greffe+++
- CMV :
 - Risque D+/R-
 - Effets immunomodulateurs du CMV (Sur-risque d'infections, Dysfct du greffon, rejet)
 - diminuer l'IS si réactivation; prophylaxie valganciclovir 6 mois (D+/R-)
- 30% de diarrhées : médicaments, parasites, virus
- Pneumocystose
 - Transmission interhumaine possible
 - Prophylaxie plusieurs mois (pas de consensus, dépend de la transplantation)

Prophylaxie en transplantation de cellules souches hématopoïétiques

- Risque infectieux majoré: allo (2ans) > autogreffe (1 an), mais variable selon le niveau immunodépression et la GVH
- Dépistage/traitement et vaccination prégreffe (hépatites, BK, ...)
- Prophylaxie large et systématique à adapter en fonction l'évolution:
 - HSV/VZV \geq 1 an, CMV/EBV \geq 6 mois (préemptif ou préventif)
 - Bactéries: phase précoce (Fq ?), péni \geq 6mois, +- Ig IV, cotrimoxazole
 - Fongique: fluco (neutropénie) +- posa (GVH, cortico), encore cotrimoxazole
 - Parasite: +- ivermectine, et toujours cotrimoxazole,

Biothérapies

- Avant biothérapie : IGRA, sero VHB, VHC, VIH, CMV, toxo, varicelle, pano dentaire
- Biotherapie :
 - risque TB : anti-TNF >> aux autres biotherapies
 - Réactivation VZV
- Anti-TNF et risque infectieux :
 - adalimumab, certolizumab, infliximab : 2x2x2 (PR/ttt conventionnel/anti-TNF)
 - TB, champignons, légionnelle, virus
- Vacciner avant

DICV/déficits immunitaires innés de l'adulte

- DICV
 - Vérifier le type d'immunité (humorale pure ou cellulaire associée)
 - Substitution IgIV
 - Vacciner pneumo/haemophilus
 - Manifestations autres qu'infectieuses (entéropathies, lymphomes, auto-immunité, granulomatose)
- déficits immunitaires : infections ORL/pulmonaires à répétition, candidoses cutaneo-muqueuses chroniques= y penser
- CGD :
 - à rechercher si aspergillose (nidulans+++)
 - prophylaxie par itraco au long cours
- Déficit en STAT3 : cavités pulmonaires, hyper-IgE, aspergillose de type chronique ou ABPA-like
- Déficit CARD9 : dermatophytose profonde (atteintes ganglionnaires), candidose invasive du SNC/colique