

Cas clinique N°3- Déficit immunitaire de l'enfant – Lundi 1^{er} Avril 2019

Cas 1. Antoine, 3 ans, vous est adressé par son médecin traitant, qui se pose la question d'un éventuel déficit immunitaire

Il a présenté, au cours de la dernière année, 2 otites moyennes aiguës au cours de l'hiver traitées par antibiotiques, 1 gastro-entérite aiguë en période épidémique, 4 crises d'asthme d'intensité modérée, 2 pneumopathies hypoxémiantes ayant nécessité, chacune, une hospitalisation durant quelques jours, et ayant guéri sous traitement antibiotique initialement intraveineux.

1. Certains de ces éléments peuvent-ils évoquer un déficit immunitaire héréditaire ? Si oui, lesquels ?

2. Quels éléments recherchez-vous systématiquement à l'interrogatoire et à l'examen clinique pour guider votre démarche diagnostique ?

- A. Réalisation d'un arbre généalogique
- B. Bilan exhaustif des antécédents infectieux depuis la naissance
- C. Bilan des vaccinations reçues depuis la naissance
- D. Réalisation de la courbe de croissance staturo-pondérale
- E. Recherche d'un voyage récent à l'étranger

3. Quels examens de première intention prescrivez-vous à la recherche d'un possible déficit immunitaire ?

4. Les examens de première intention sont normaux. Entre temps, Antoine a consulté aux urgences pédiatriques pour un nouvel épisode de pneumopathie. Vous le revoyez à distance. Il est en bon état général et son examen clinique est parfaitement normal. Prévoyez-vous un complément d'explorations immunologiques ? Si oui, lequel ?

5. A ce stade, que préconisez-vous pour la prise en charge d'Antoine ?

- A. Instauration immédiate d'une antibioprofylaxie orale par Bactrim® 3 fois par semaine
- B. Instauration d'une antibioprofylaxie orale par Bactrim® quotidienne
- C. Attente d'être certain que l'enfant est atteint d'un déficit immunitaire héréditaire avant de discuter la mise en place d'une antibioprofylaxie orale par Bactrim®
- D. Instauration immédiate d'une prophylaxie anti-infectieuse par substitution intraveineuse en immunoglobulines
- E. Contre-indication des vaccins vivants dans l'attente des résultats du bilan immunitaire.

Cas 2. Mathilde, 15 mois, vous est adressée dans les suites d'une méningite à Pneumocoque dont elle a guéri sans séquelles. Aucun autre antécédent personnel ni familial notable. L'examen clinique parfaitement normal

1. Faut-il réaliser des explorations immunitaires à ce stade?

- A. Non, il s'agit d'un épisode infectieux unique et sans sévérité particulière
- B. Oui, mais seulement si le sérotype du pneumocoque en cause est un sérotype vaccinal
- C. Oui, un épisode isolé d'infection invasive à Pneumocoque peut révéler un déficit héréditaire en complément
- D. Oui, un épisode isolé d'infection invasive à Pneumocoque peut révéler une asplénie anatomique ou fonctionnelle
- E. Oui, un épisode isolé d'infection invasive à Pneumocoque peut révéler un déficit de l'immunité humorale

2. Quel facteur (non immunologique) recherchez-vous qui aurait pu favoriser cette infection ?

3. Vous constatez dans le carnet de santé que Mathilde a été correctement vaccinée contre le pneumocoque (3 injections de Prevenar13®) à l'âge de 2, 4 et 11 mois. Qu'en déduisez-vous quant à l'hypothèse d'un éventuel déficit immunitaire sous-jacent ?

4. Dans le compte-rendu d'hospitalisation, vous apprenez que les examens sanguins suivants ont été effectués:

- NFS normale (5100 lymphocytes/mm³)
- Frottis sanguin : absence de corps de Jolly
- Dosage pondéral des Ig : IgG = 32g/l – IgA et M normales
- Sérologies diphtérie/tétanos/pneumocoque : taux protecteurs d'anticorps
- Phénotypage lymphocytaire :
 - Lymphocytes CD4+ : 765/mm³,
 - Lymphocytes CD8+ : 2900/mm³,
 - Lymphocytes B (CD19+) : 1015/mm³
 - Lymphocytes NK (CD16+CD56+) : 420/mm³

Quel autre diagnostic devez-vous évoquer face à ces résultats ?