

## **Cas clinique N°3 – Mardi 29/01/2019 - Adrien**

Vous êtes d'astreinte pour les avis téléphonique dans le service des Maladies Infectieuses de votre CHU et vous recevez lundi 23 juin au matin un appel qui vous retrace l'histoire suivante : « Nous avons reçu dans la matinée du dimanche Mr F Adrien, 73 ans, ayant comme antécédents une cirrhose OH Child A5 non sevrée, une cardiopathie ischémique, un diabète de type 2 non insulino dépendant, une dyslipidémie, une hypertension artérielle et une surcharge pondérale. Sur l'ordonnance qu'il fournit, on retrouve un bêtabloquant, un thiazidique, une statine, du kardegic et de la metformine. Ce dernier traitement a été instauré il y a 8 mois au décours d'un tableau d'éruption cutanée rapporté possiblement au DAONIL® (glibenclamide) qu'il prenait initialement pour son diabète. Il n'a pas d'autres allergies connues.

L'histoire de la maladie aurait débuté 48 hr auparavant par des céphalées progressivement croissantes, non pulsatiles. Pas de fièvre, examen clinique normal. Il a consulté son médecin traitant la veille qui a prescrit du paracétamol. Le soir de la fête de la musique, il n'a pas voulu sortir comme convenu avec ses amis. C'est quand ces derniers rentrent au petit matin après une soirée bien arrosée qu'ils le retrouvent agité et tenant des propos incohérents. Il devient de plus en plus somnolent. Ses amis décident alors d'appeler les secours. Adrien est alors adressé aux urgences de l'hôpital local.

A l'admission il est fébrile à 39°, les constantes hémodynamiques normales, sans signe d'hypoperfusion périphérique. Son score de Glasgow initial est à 11. Il n'y a pas de signe de focalisation. Il est noté un foyer de crépitation en base droite. Un scanner est réalisé sans injection. Il est normal. Une ponction lombaire est ensuite réalisée non sans difficultés compte tenu de l'agitation du patient. Le liquide est rosé, non purulent. Votre collègue vous appelle car le patient est toujours fébrile, sa vigilance s'altère et veut savoir s'il y a des examens complémentaires à réaliser sur la PL ci dessous

Analyse du LCS plusieurs heures plus tard : GR : 83 000/mm<sup>3</sup>, GB : 1 300/mm<sup>3</sup>, 70% de PNN, protéinorachie 2,6g/L, glycorachie 4,5mmol/L (glycémie contemporaine 6,8 mmol/L), examen direct négatif.

Après une paire d'hémoculture, le médecin de garde sur place avait débuté une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique pour couvrir la pneumopathie d'inhalation 1g x 3. Ils ont ensuite adressé le patient dans leur unité de surveillance continue en lui prescrivant du loxapac et des contentions poignets et chevilles du fait de l'agitation persistante.

- 1- Si vous aviez été sollicité dès le début de la prise en charge, quelle stratégie diagnostique et thérapeutique auriez-vous proposé depuis l'accueil aux urgences jusqu'à l'interprétation de la PL ?

Vous décidez de transférer Adrien F dans le service de réanimation médicale de votre hôpital. A son arrivée, le patient est fébrile, Glasgow à 12, vous notez un strabisme avec une atteinte du VI droit sans autre signe de focalisation. Vous refaites la PL pour notamment demander des examens de biologie moléculaire. La cytologie retrouve 450 GR/mm<sup>3</sup>, 120 GB/mm<sup>3</sup>, 55% PN, 45 % lymphocytes, protéinorachie à 1,2 g/L, glycorachie normale et examen direct négatif. La recherche des bactéries responsables de méningites bactériennes par biologie moléculaire (PCR) est négative.

- 2- Modifier-vous votre traitement anti-infectieux ?

La recherche d'herpes simplex de type 1 est négative par PCR.

- 3- Quels examens complémentaires pourriez-vous demander devant la négativité des examens microbiologiques actuels ? (immédiat ou différé)
- 4- Si vous aviez introduit un traitement spécifique de l'herpès, Quels arguments pouvez-vous utiliser pour arrêter ce traitement ou le continuer en sachant qu'à J3, il a moins de fièvre, mais que son état de vigilance ne s'améliore pas franchement ?
- 5- Si la PCR herpes simplex de type 1 était positive en PCR, quelle serait votre traitement : posologie, durée ?

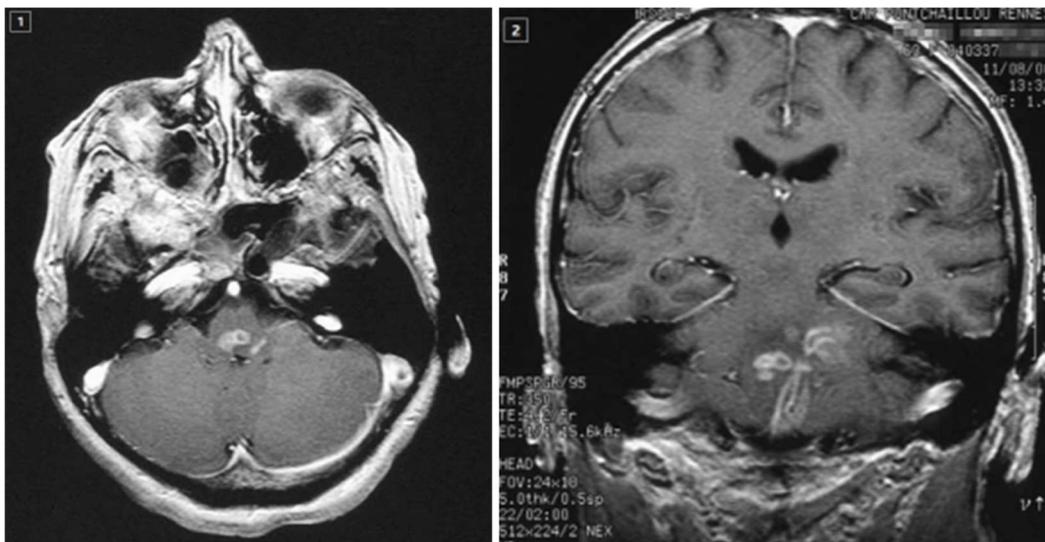
A J4, le médecin qui a pris en charge initialement le patient téléphone pour vous dire que Finalement l'hémoculture réalisée à son admission le dimanche matin est positive à BGP. Votre recherche de tuberculose est négative de même que les PCR virales que vous avez réalisées ?

- 6- Comment adaptez-vous le traitement ?

Parallèlement, alors que Mr Adrien F reçoit un traitement adapté contre le BGP. Le score de Glasgow reste à 12. Vous vous demandez s'il faut introduire les corticoïdes ?

- 7- Que pensez-vous de cette proposition ?

Une IRM cérébrale est réalisée qui retrouve les images suivantes :



- 8- Modifiez-vous votre traitement antibiotique ? Quelle durée de traitement prévoyez-vous ?

Au 9<sup>ème</sup> jour du traitement antibiotique, un interne de garde appelé pour un pic fébrile et des troubles de l'élocution introduit du cotrimoxazole (TMP/SMX) pensant le traitement spécifique insuffisant. TMP/SMX. Le patient présente rapidement une érythrodermie, sans intervalle de peau saine avec un prurit généralisé et une fièvre égale à 40°C. Il n'y a pas d'autre traitement

potentiellement introduit. Cliniquement le patient va plutôt mieux mais reste très somnolent (Glasgow 14), il a été extubé.

9- Quelles hypothèses à l'origine de cette érythrodermie? Conduite thérapeutique ?

10- Que répondre à la femme du patient qui vous demande pourquoi son mari a présenté cette infection neuro-méningée et s'il faut rechercher un déficit immunitaire sous-jacent ? – Quelle est la probabilité de rechute ?

11- Faut-il faire une enquête à la recherche de la source de contamination (êtes vous prêt à faire cette enquête ?