



Réaction paradoxale

Indication des corticoïdes

S. Abgrall

université
PARIS-SACLAY

FACULTÉ DE
MÉDECINE

Hôpital Béclère
DESC Maladies infectieuses
05/10/2022

Cas clinique

- Mr D, 33 ans, originaire du Mali, en France depuis 4 ans
- Sciatalgies bilatérales depuis 6 mois, gauche > droite
- Fièvre 39°C depuis un mois, impotence fonctionnelle totale
- Examen :
 - amyotrophie des 2 MI,
 - hypoesthésie des MI,
 - déficit moteur MI 0/5 sauf triceps sural 2/5,
 - hypotonie sphincter anal
- Biologie : lymphocytes 670, CRP 53

- Scanner TAP
 - Spondylodiscite L2L3, L3L4
 - Spondylite L1, L4, L5
 - Collections prévertébrales 15 cm fistulisées dans les Psoas
 - Epidurite avec collection épidurale étendue de L2 à L5
 - Sacroiliite gauche et collection antérieure
 - Lyse arc postérieur D7D8 + collections parties molles + épidurale postérieure et compression médullaire
 - Micronodules centrolobulaires LSG



QRM 1

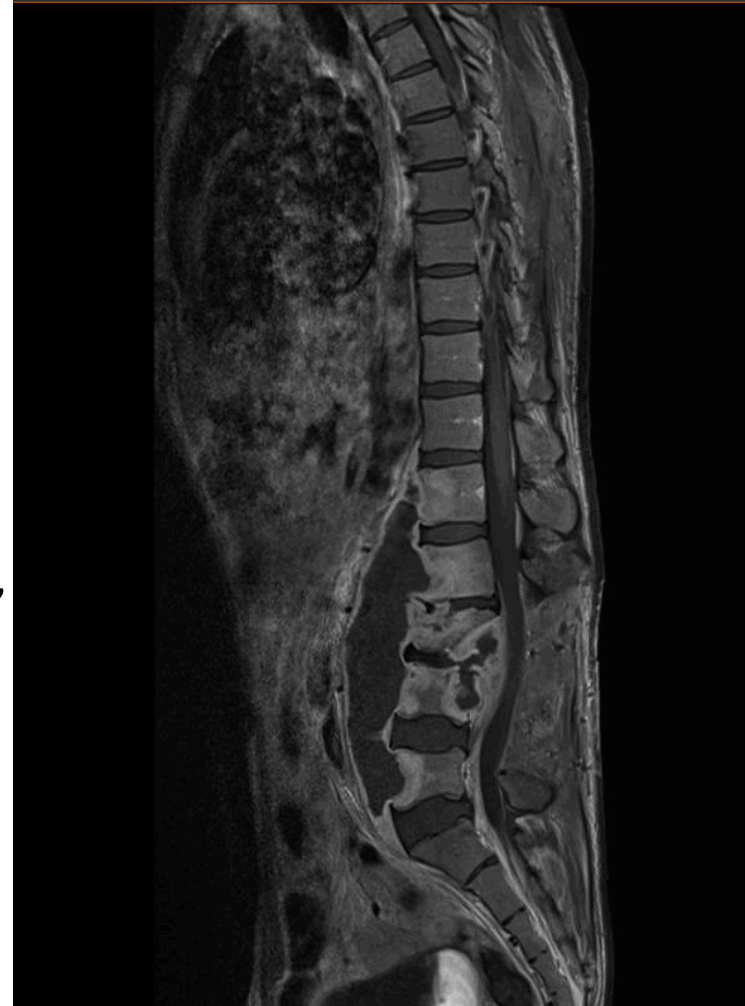
- Quelle attitude adoptez-vous ?
 1. Laminectomie pour décompression médullaire en urgence
 2. Sérologie VIH
 3. Echocardiographie à la recherche d'une endocardite
 4. Antibiothérapie à large spectre
 5. Recherche de BK dans les crachats

QRM 2

- Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?
 1. Quadrithérapie anti-tuberculeuse
 2. Surveillance scannographique de la guérison de la spondilodiscite
 3. Pose de drains pour évacuation des abcès jusqu'à asséchage
 4. Prednisone à la dose d'au moins 1 mg/kg/j
 5. Traitement pour 6 mois

Cas clinique

- Au 3eme mois du traitement anti-tuberculeux, récurrence déficit moteur
 - Fessiers 0/5, reste 4/5,
 - Marche seulement avec déambulateur
- Traitement actuel :
 - rifinah, n'a jamais eu de corticoïdes
- Scanner du rachis dorsolombaire :
 - importantes collections abcédées des psoas,
 - Collection rétro-vertébrale centrée sur le rachis lombaire avec extension au niveau intra-canalair médullaire lombaire
 - Lyse osseuse des corps vertébraux lombaire
- IRM
 - Progression des abcès
 - Refoulement de la moelle en L3L4



QRM 3

- Quelle est votre hypothèse ?
 1. Le bacille de la tuberculose est devenu résistant
 2. Le traitement n'a pas été pris correctement
 3. Il s'agit d'une réaction paradoxale
 4. Il faut ré-opérer
 5. Il faut repasser à une quadrithérapie anti-tuberculeuse

QRM 4

- La réaction paradoxale est :
 1. une majoration de lésions pré-existantes sous traitement anti-tuberculeux
 2. une apparition de nouvelles lésions tuberculeuses sous traitement anti-tuberculeux
 3. secondaire à une réversion de l'immunodépression causée par *Mycobacterium tuberculosis*
 4. associée à un profil pro-inflammatoire exacerbé et délétère causé par l'efficacité du traitement
 5. un phénomène physiopathologique distinct de l'IRIS dans le contexte du VIH

QRM5

- Dans quel délai peut survenir une RP ?
 1. Dès le jour de l'introduction du traitement
 2. En médiane après 1,5 à 2 mois de traitement
 3. Pas dans les 8 premiers jours du traitement
 4. Possible plusieurs mois après la fin du traitement
 5. Possible plusieurs années après la fin du traitement

QRM6

- Quels sont les facteurs associés à la RP ?
 1. Une forme ganglionnaire
 2. Une atteinte des séreuses
 3. Une atteinte urologique
 4. Une atteinte pulmonaire avec caverne
 5. L'obésité

QRM 7

- Quelle prise en charge proposez-vous ?
 1. Drainage de l'abcès du Psoas
 2. Introduction d'une corticothérapie
 3. Nouvelle laminectomie
 4. Traitement par anti-TNF
 5. Reprise de la quadrithérapie anti-tuberculeuse

QRM 8

- Si le patient avait été infecté par le VIH, il aurait fallu
 1. Débuter le traitement antirétroviral en même temps que le traitement anti-tuberculeux
 2. Ne surtout pas mettre de corticoïdes pour ne pas aggraver l'immunodépression
 3. Attendre trois mois avant de débiter le traitement antirétroviral pour sortir de la période à risque de RP
 4. Raisonner en fonction de la valeur des CD4
 5. Raisonner en fonction de la valeur de la charge virale

Merci