



# 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

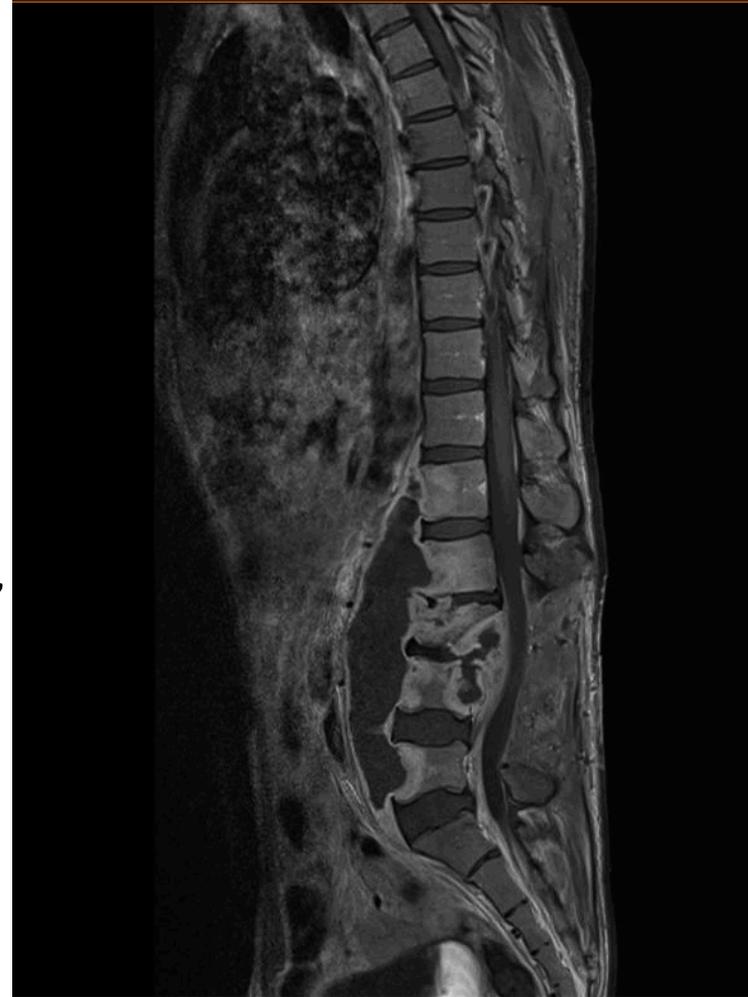
- Quelle attitude adoptez-vous ?
  1. Laminectomie pour décompression médullaire en urgence
  2. Sérologie VIH
  3. Echocardiographie à la recherche d'une endocardite
  4. Antibiothérapie à large spectre
  5. Recherche de BK dans les crachats

# 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-canaux médullaires lombaires
  - Lyse osseuse des corps vertébraux lombaires
- 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