

FORME ATYPIQUE D'UNE MALADIE D'AUTREFOIS

JNI Grenoble 2023

Marie Robin & Dr L.Balu



Déclaration d'intérêts de 2014 à 2022

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles : aucun
- Intérêts indirects : aucun

15/02/22: DEMANDE D'ÉVACUATION SANITAIRE DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

- Nourrisson ♀ de 6 mois
- Ulcérations nécrotiques
- Insuffisance rénale sévère - hémofiltration.

Antécédents

- Naissance à Mayotte. Origine Comorienne
- Retour aux Comores à 4 mois de vie
- Revenue à Mayotte par Kwassa depuis 48h
- Vaccinations: VHB et BCG
- 5 aînés en bonne santé.



ANAMNÈSE ET CLINIQUE

- Apparition de pustules 2 mois auparavant, évolution défavorable en lésions ulcéreuses
- Anurie depuis 48h
- Départ des Comores pour se faire soigner à Mayotte

Aux urgences du CHM

- Etat général conservé, algique
- Eupnéique, pas de trouble hémodynamique
- Absence de globe urinaire
- Lésions érosives algiques avec fibrine et pus, contours érythémateux et cartonnés
 - Thorax 6x8 cm - sternum apparent
 - Occiput 4x3cm - crâne apparent
- Multiples abcès du cou

17/02/22 SERVICE DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE DE SAINT DENIS (RÉUNION)



QUELLES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES ? PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

1. Ulcères à SAMS
2. Ecthyma gangrenosum
3. Leishmaniose
4. Diphtérie cutanée
5. Scrofulodermie (tuberculose cutanée)

QUELLES HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES ?

1. **Ulcères à SAMS**
2. Ecthyma gangrenosum
3. Leishmaniose
4. **Diphthérie cutanée**
5. Scrofulodermie (tuberculose cutanée)

PRISE EN CHARGE INITIALE

Bilan biologique:

- NFS:
 - **Hyperleucocytose 45 G/L**
 - **Anémie microcytaire régénérative Hb 5.5 g/dL**
 - **Thrombopénie 108 G/L.**
- CRP 160 mg/L.
- Ionogramme:
 - **Hyponatrémie 130 mmol/L**
 - **Hyperkaliémie 5.1 mmol/L.**
 - **Bicarbonates 14 mmol/L.**
 - **Urée 13.5 mmol /L**
 - **Créatinine 207 µmol/L.**

Hospitalisation en réanimation

- Néphro: => **Hémofiltration**
Glomérulonéphrite post infectieuse ?
- Infectieux: => **AUGMENTIN + CLINDAMYCINE.**
Ulcères SAMS ? Déficit immunitaire ?
- Hémato: => **Transfusion CGR.**
Hémopathie ?
- Analgésie: PCA de morphine + Paracétamol

18-19/02/2022 SUITE DE LA PRISE EN CHARGE ET ÉVOLUTION

- Poursuite hémofiltration, antibiothérapie, analgésie
- VAC et prélèvements bactériens
- Myélogramme



Dégradation hémodynamique

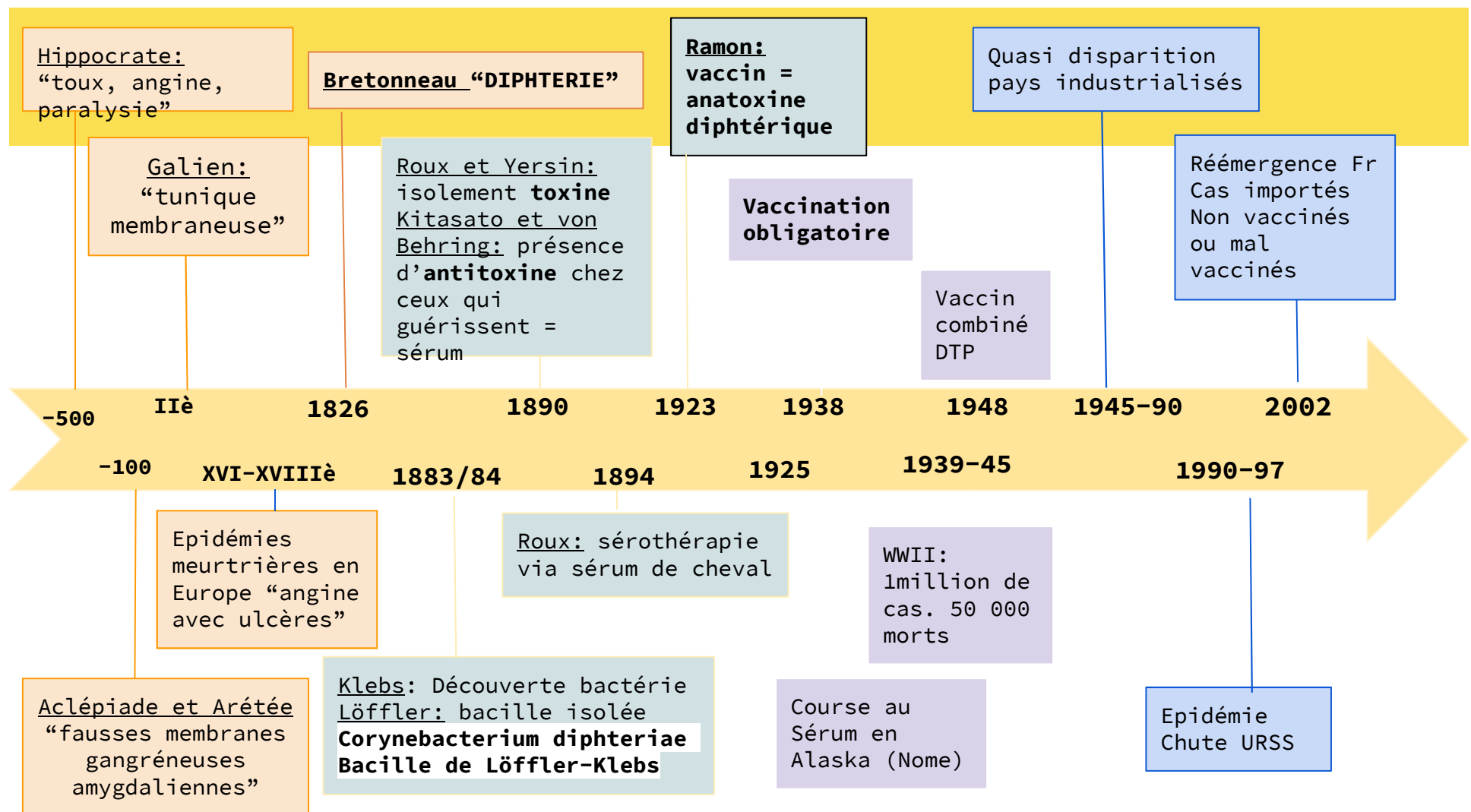
- Bradycardie (FC 70 batt/min), 15 min, bien tolérée et spontanément résolutive, échappement ventriculaire vu sur le SCOPE
- Hypotension dans la nuit du 18 au 19/02
- Introduction Adrénaline : augmentation croissante adaptée aux tensions
- ETT : dysfonction biventriculaire, altération FEVG
- Hypotension brutale et ACR au décours d'une transfusion de plaquettes
- Décès après 40 min de RCP

21/02/22: RÉSULTATS ET DIAGNOSTIC

Appel du laboratoire concernant les prélèvements des plaies:

- *SAMS (PLV)*
- *Streptocoque Pyogenes (A)*
- *Corynebacterium Diphtheriae tox +*

=> Diphtérie cutanée



LES 2 FORMES DE LA DIPHTÉRIE

La forme classique ORL “tueuse d’enfants”

- Contagieuse +++ Risque épidémique
- Incubation: 2 à 7 jours
- Fièvre, toux, angine pseudomembraneuse



La forme cutanée

- Ulcération évolutive douloureuse
- Croûte/ fausses membranes
- Plaie préexistante
- Flore polymicrobienne.

AGENT PATHOGÈNE DE LA DIPHTÉRIE

Germe : *Corynebacterium* du complexe diphtheriae.

Espèces	<i>C. diphtheriae</i>	<i>C. ulcerans</i>	<i>C. pseudotuberculosis</i>
Réservoir	Humains ++ Rares : chevaux, chats	Animaux domestiques	Caprins
Forme clinique	ORL Cutanée	ORL Cutanée	Lympho-adénite

LES COMPLICATIONS TOXINIQUES DE LA DIPHTÉRIE

- Respiratoires : Croup
- Neurologiques : Polynévrite: paralysies périphériques
- Cardiaques : Myocardite (Troubles du rythme.Hypotension)
- Rénales : Insuffisance rénale aiguë
- Hématologiques : Sd hémorragique
- Digestives : diarrhées

CONCERNANT LA DIPHTÉRIE CUTANÉE PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

1. Elle survient chez des sujets immunodéprimés
2. Elle fait suite à une plaie polymicrobienne retrouvant souvent l'association *S.Aureus* + *S.pyogenes*
3. La guérison spontanée est possible
4. Les manifestations toxiques sont plus fréquentes que dans la forme ORL
5. Les manifestations toxiques sont moins graves que dans la forme ORL

CONCERNANT LA DIPHTÉRIE CUTANÉE

1. Elle survient chez des sujets immunodéprimés
2. Elle fait suite à une plaie polymicrobienne retrouvant souvent l'association *S.Aureus* + *S.pyogenes*
3. La guérison spontanée est possible
4. Les manifestations toxiques sont plus fréquentes que dans la forme ORL
5. Les manifestations toxiques sont moins graves que dans la forme ORL

QUELLE EST LA CAT DEVANT UNE SUSPICION DE DIPHTÉRIE ? PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

1. Débuter une antibiothérapie par AMOXICILLINE
2. Administrer le sérum antitoxinique
3. Faire les prélèvements et prévenir le bactériologiste (rechercher *Corynebacterium* et le gène de la toxine)
4. Signaler le cas sans délai à l'ARS
5. Dépister l'entourage

QUELLE EST LA CAT DEVANT UNE SUSPICION DE DIPHTÉRIE ?

1. Débuter une antibiothérapie par **AMOXICILLINE**
2. Administrer le sérum antitoxinique
3. Faire les prélèvements et prévenir le bactériologiste (rechercher *Corynebacterium* et le gène de la toxine)
4. Signaler le cas sans délai à l'ARS
5. Dépister l'entourage

LA TOXINE DIPHTÉRIQUE PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

1. Ses principaux sites de prédilection sont les cellules rénales et les cardiomyocytes
2. Seules les bactéries porteuses du gène *tox* doivent faire l'objet d'une sérothérapie et d'une déclaration obligatoire
3. La myocardite est la complication la plus précoce, la plus fréquente et la plus mortelle
4. La sérothérapie est toujours efficace
5. Les cas contacts d'un patient *tox +* sont dépistés et bénéficient systématiquement d'une ATBprophylaxie.

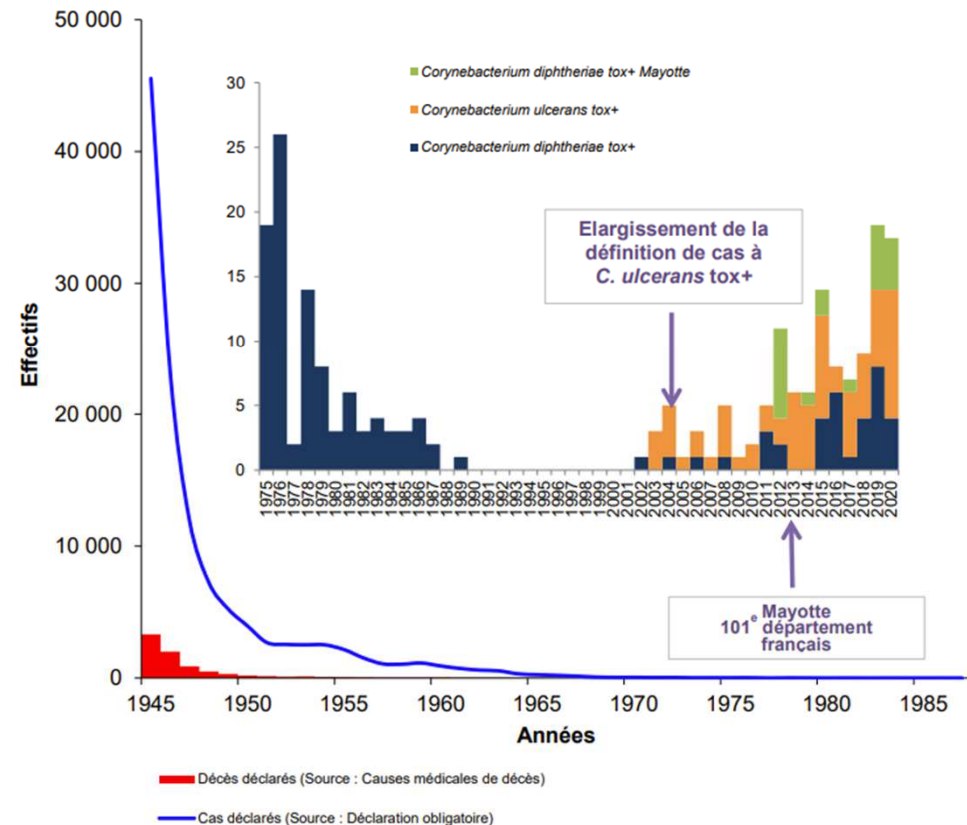
LA TOXINE DIPHTÉRIQUE

1. Ses principaux sites de prédilection sont les cellules rénales et les cardiomyocytes
2. Seules les bactéries porteuses du gène *tox* doivent faire l'objet d'une sérothérapie et d'une déclaration obligatoire
3. La myocardite est la complication la plus précoce, la plus fréquente et la plus mortelle
4. La sérothérapie est toujours efficace
5. Les cas contacts d'un patient *tox +* sont dépistés et bénéficient systématiquement d'une ATBprophylaxie.

A RETENIR

- **Évoquer** une diphtérie cutanée devant des ulcères atypiques chez un patient originaire ou de retour d'une zone endémique
- La déclaration des diphtéries *tox +* est **obligatoire**
- L'antitoxine est une **urgence**
 - signes de complications toxiques
 - réception du résultat *tox +*
- Dépister et traiter l'**entourage**
- **VACCINS**

Figure 1 – Nombre de cas et de décès déclarés en France d'infections à *C. diphtheriae* ou *C. ulcerans* *tox+* jusqu'en 2020 (Données Santé publique France = SPF).



Données CNR (cf Rapport 2021)

FORME (A)TYPIQUE D'UNE MALADIE ~~D'AUTREFOIS~~ RÉÉMERGENTE

JNI Grenoble - 2023

Marie Robin & Dr L.Balu