

# Infections à *Mycobacterium abscessus* en dehors de la mucoviscidose : étude descriptive de 90 cas diagnostiqués entre 1994 et 2004

P.Hochedez <sup>(1)</sup>, V. Vincent<sup>(2)</sup>, C. Perronne<sup>(1)</sup>, J. Clarissou<sup>(1)</sup>,  
J.L. Gaillard<sup>(3)</sup>, L. Bernard<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup>Département de médecine aiguë spécialisée ; <sup>(3)</sup>Service de microbiologie, CHU Raymond Poincaré (APHP), Garches, France.

<sup>(2)</sup>Centre de Référence des Mycobactéries, Institut Pasteur, Paris, France.

# *Mycobacterium abscessus*

- Mycobactérie à croissance rapide
- Bactérie de l'environnement: sol, eau
- Première description en 1953 (abcès de genou)<sup>1</sup>
- Identification récente comme espèce distincte (1992): hybridation moléculaire
- Infection pseudo-tuberculeuse persistante
- Tableaux cliniques
  1. Infections pulmonaires<sup>2</sup>
  2. Infections post inoculation: communautaires ou nosocomiales<sup>3</sup>
- Grande résistance naturelle aux antiseptiques et aux antibiotiques

1:Moore,*JID*, 1953

2:;Olivier *AJRCCM*, 2003

3:Villanueva, *CID*, 1997

## Objectif de l'étude

- Description des infections à *M abscessus* en dehors de la mucoviscidose:
  - Tableaux cliniques
  - Méthodes diagnostics
  - Prise en charge thérapeutique
  - Évolution

# Méthodologie (1)

- Étude rétrospective
- Critères d'inclusion
  - Souches adressées à l'Institut Pasteur de Paris entre 1994 et 2004
  - Absence de mucoviscidose
  - Confirmation de l'identification par biologie moléculaire
    - Séquençage hsp 65
    - PRA (PCR Restriction Analysis)

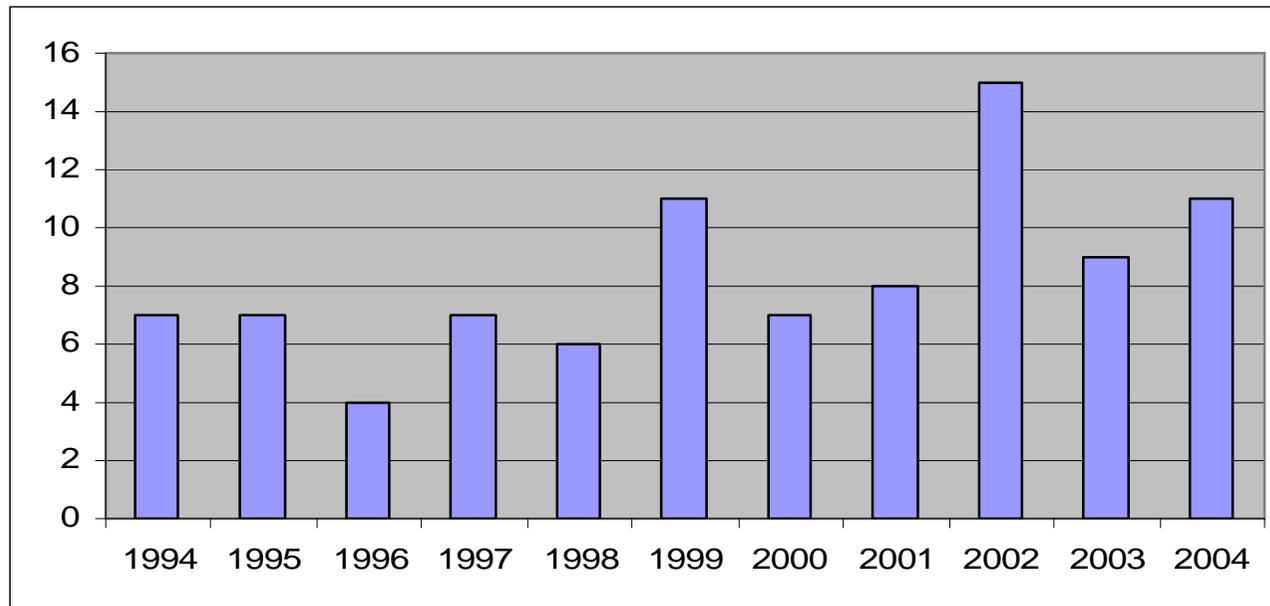
## Méthodologie (2)

### Enquête par questionnaire auprès des cliniciens

- Caractéristiques épidémiologiques et cliniques
  - Age, sexe, pays de naissance
  - Antécédents pulmonaires, immunodépression
  - Présentations cliniques: pulmonaires ou extra-pulm
- Prélèvements diagnostics effectués
- Traitement : antibiothérapie +/- chirurgie
- Évolution

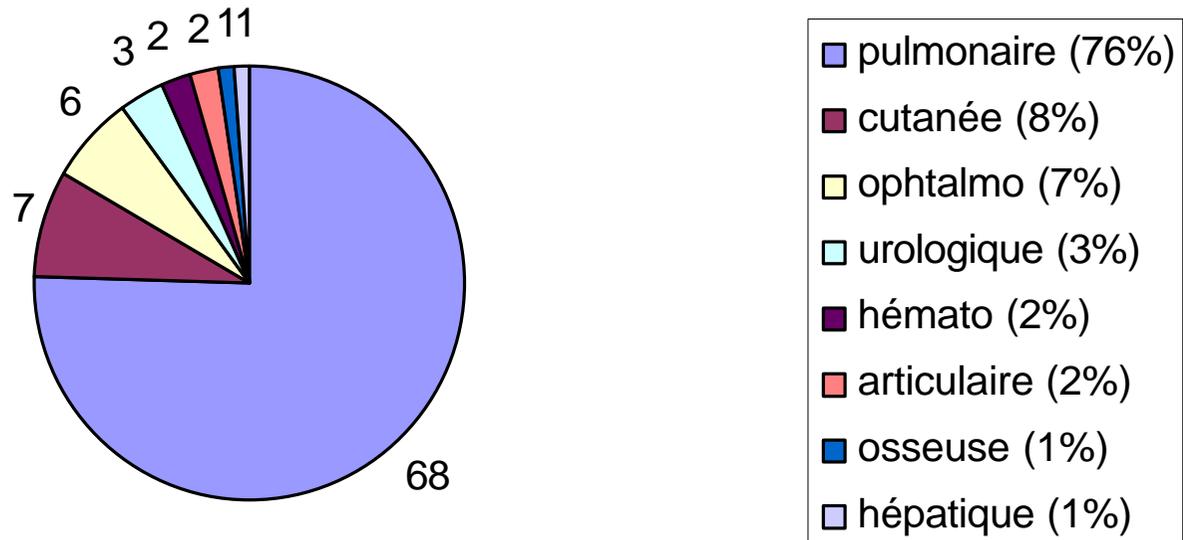
## Résultats 1994 - 2004

- 90 patients (8.2 patients / an)
- Age moyen: 57, 4 ans
- Ratio homme/ femme: 1
- Pays d'origine: France 51/64 (79.7%)

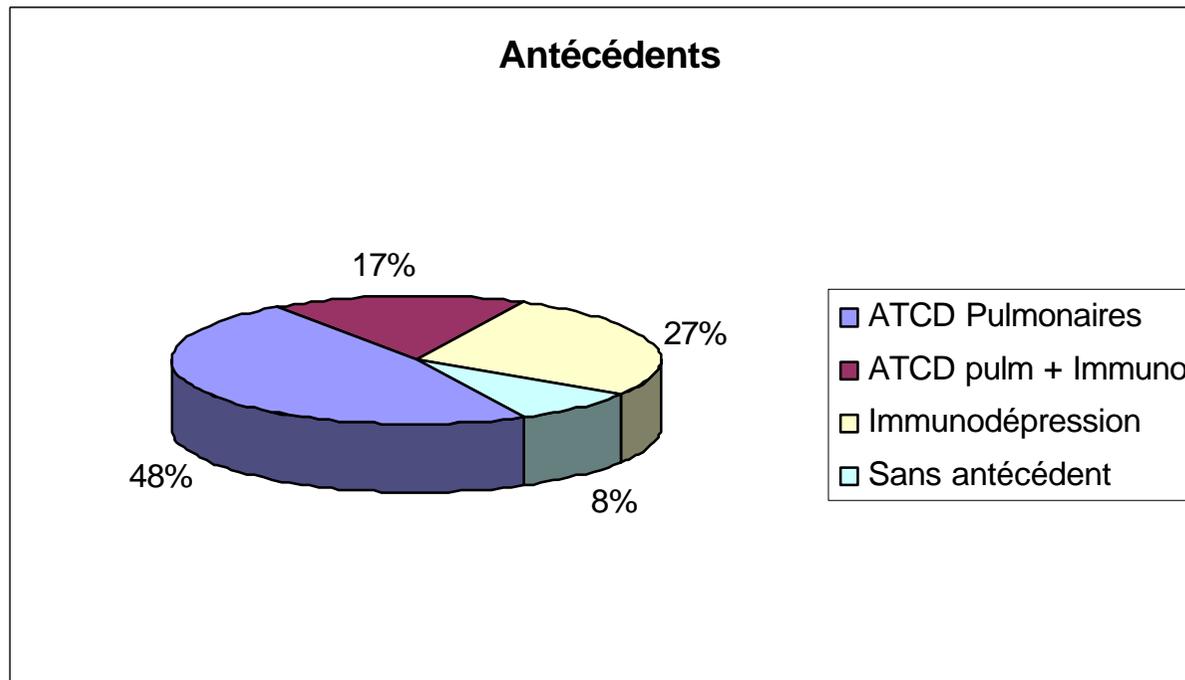


# Infections à *M. abscessus*

## Présentations cliniques

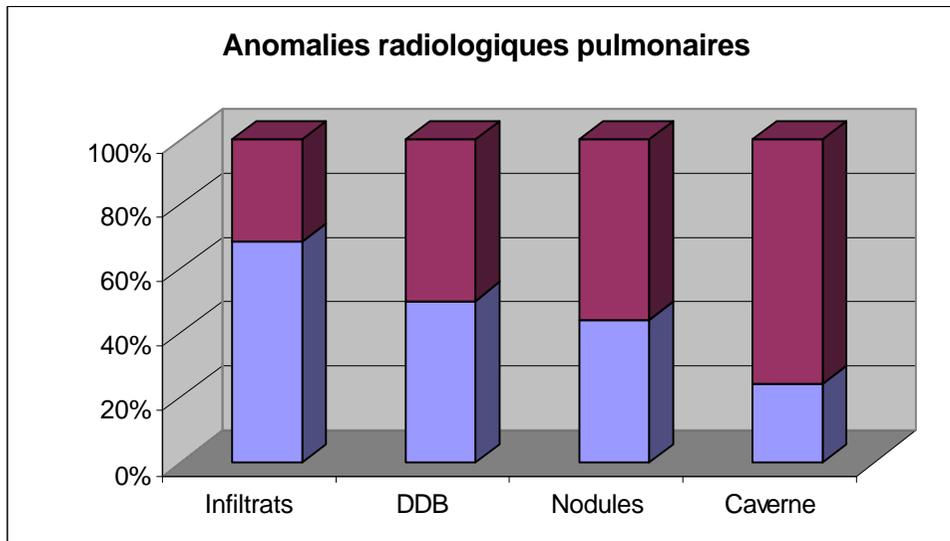
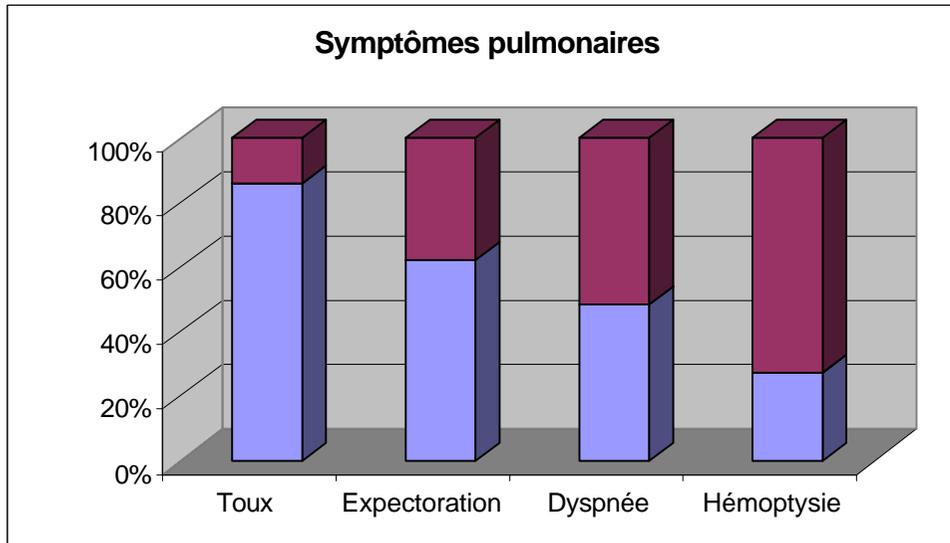


# Infections pulmonaires (1)



- Antécédents pulmonaires (65%): DDB (34%), Tuberculose (32%), BPCO (25%)
- Immunodépression sous jacente (44%): Néoplasie, Corticothérapie et immunosuppresseurs

## Infections pulmonaires (2)

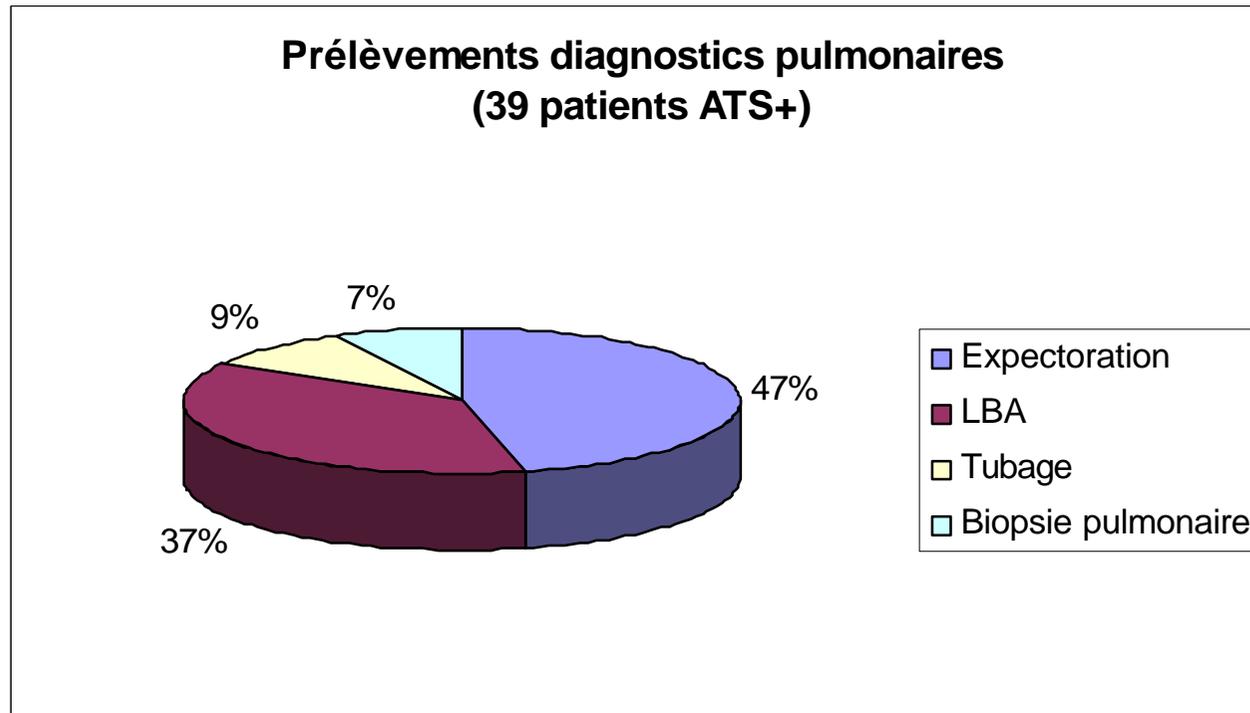


### Critères ATS

- Patients symptomatiques
- Atteinte radiologique
- Confirmation bactériologique

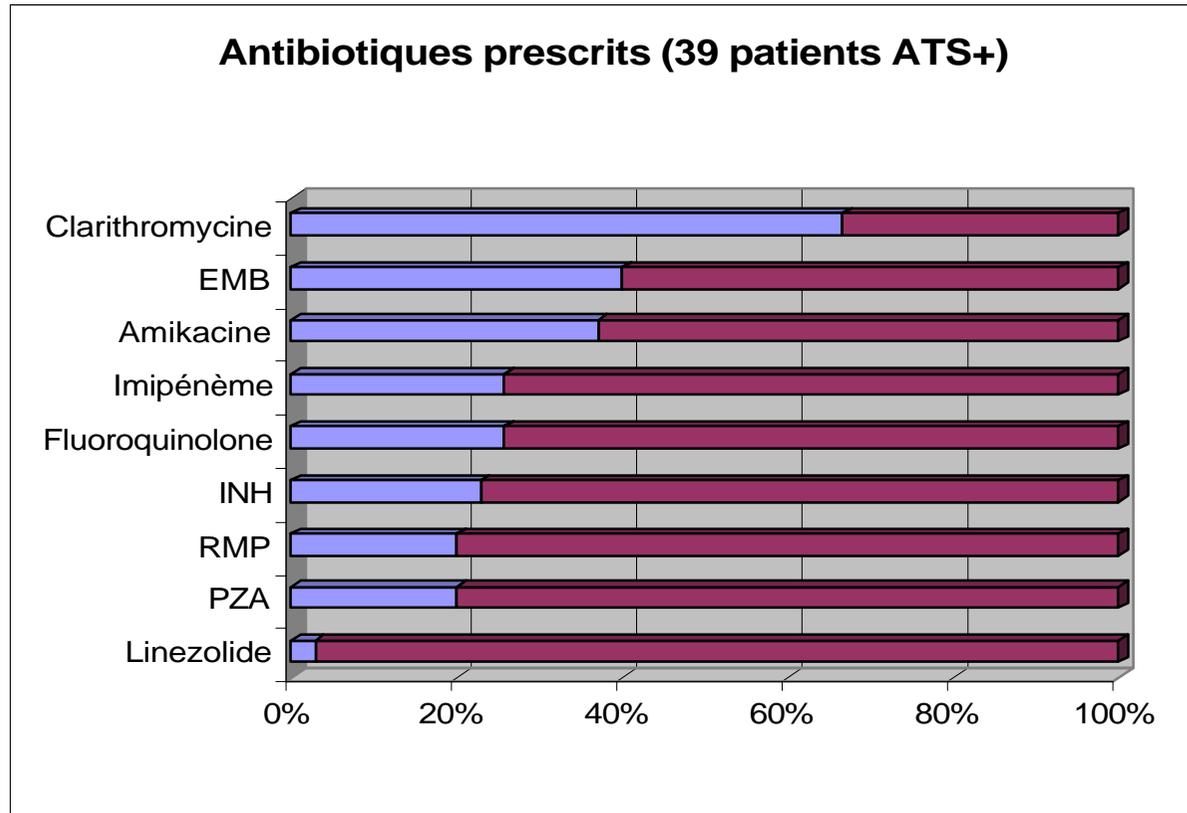
- Critères ATS: 39/68 (57.3%)
- Femme 61 %, âge moyen 59.6 ans (24 - 80)
- Tableau d'infection mycobactérienne chronique
- Difficulté pour affirmer le diagnostic: délai 4 mois (1-19)

## Infections pulmonaires (3)



- BAAR positifs au direct: 56%
- Délai positivité: 25 jours (5 – 60)

## Infections pulmonaires (4)



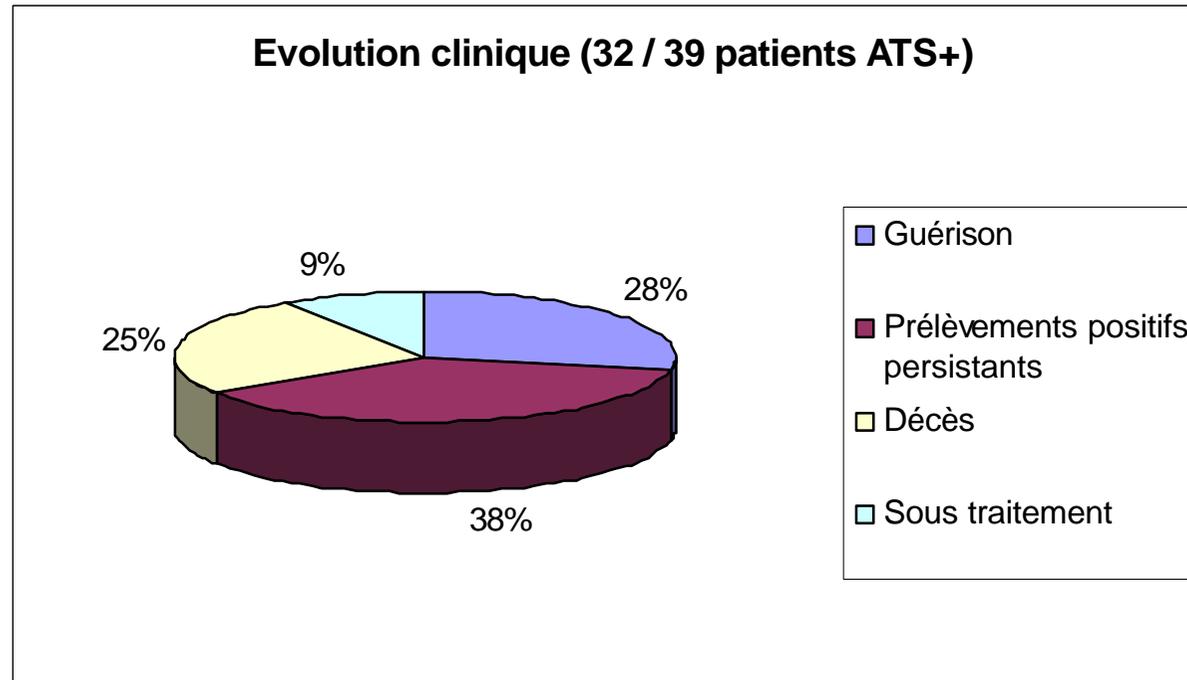
Traitements prolongés: 7.4 mois (1-24)

Chirurgie thoracique (lobectomie): 3 patients

### Associations les plus prescrites

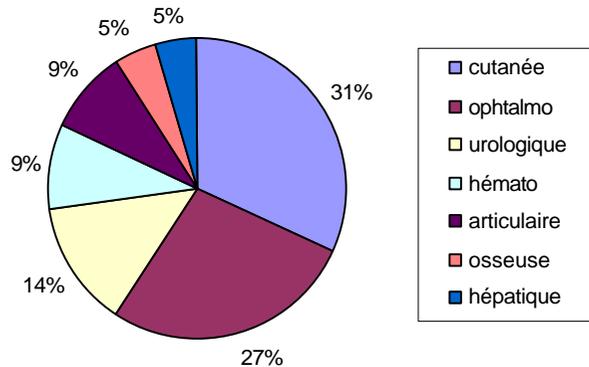
- Clarithro + Amikacine (28%)
- Clarithro + Imipénème (23%)
- Clarithro + EMB (23%)

## Infections pulmonaires (5)



- Patients guéris
  - Durée ATB: 13 mois (4 - 24 mois)
  - 2 chirurgies lobectomie
- Patients décédés
  - 3 H / 5 F, âge moyen 59 ans (47 – 80)
  - Pathologie sous jacente: DDB, séquelle TB, néoplasie

## Infections extra-pulmonaires (1)



- Total 22 / 90 (24.5 %)
- Diagnostic retardé : 5.7 mois (1-16)
- Infections nosocomiales
  - Abscès chronique de fesse / liposuction
  - Infection cutanée / chirurgie faciale
  - Kératite chronique / greffe de cornée
  - Suppuration vésicale / chirurgie urologique
- Infections communautaires
  - Phlegmon d'un doigt (menuisier)
  - Ulcération de jambe / piqûre végétale
  - Abscès cornéen / traumatisme canne à sucre
- Traitements prolongés: 5 mois (1-18)
- Évolution (6 patients): 3 guérison, 3 décès (cancer)

# Conclusion

- Infection potentiellement sévère
- Évoquer devant un tableau
  - Infection pulmonaire chronique
    - Antécédents pulmonaires (Mucoviscidose, DDB, BPCO, Tuberculose)
    - immunodépression
    - Sans antécédent
  - Infection post inoculation
    - Nosocomiale
    - Communautaire
- Diagnostic difficile:
  - répéter les prélèvements
  - Identification par biologie moléculaire
- Traitement
  - Association antibiotique prolongée (clarithromycine) / antibiogramme
  - Chirurgie
  - Tester les nouveaux antibiotiques: linezolide ?

# Remerciements

- Dr Baron, CH Niort
- Dr Bervar, CH d'Arras
- Dr Bonnard, CHU Tenon, Paris
- Pr Borderie, CH des Quinze-Vingts, Paris
- Dr Bournerias, CH Saint Cloud
- Dr Cabanac, Grenoble
- Pr Cadranel, CHU Tenon, Paris
- Dr de Camproger, Orléans
- Dr Capdepon, CHBS, Lorient
- Dr Chirouze, Dr Faucher, CHRU Besançon
- Dr Le Coustumier, CH de Cahors
- Dr Cracowski, CHU de Grenoble
- Dr Devatine, Meudon
- Dr Diot, Hôpital Bretonneau, Tours
- Pr Dupond, CHU de Besançon
- Dr Escaut, Hôpital P Brousse, Villejuif
- Dr Flechon, Neufchateau
- Dr Freymond, CH Lyon Sud
- Pr George, CHU de Nancy
- Dr Gervais, Fondation Rothschild, Paris
- Dr Granier, CH Bourg en Bresse
- Pr Guerin, Dr Petitjean, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon
- Dr Hautefort, CH d'Arles
- Dr Hermant, CHIC Poissy-St Germain
- Dr Jais, Hôpital A. Béclère, Clamart
- Pr Judet, CHU Poincaré, Garches
- Pr Lebargy, CHU Maison Blanche, Reims
- Dr Lebas, CH du Mans
- Dr Le Berruyer, CHU de Reims
- Dr Lebleu, CH de Maubeuge
- Dr Lescure, CHU d'Amiens
- Dr Madroux, Val de Reuil
- Dr Mangiapan, CHI Creteil
- Pr Nordin, Dr Coros, CHU de Bicêtre
- Dr Petitpretz, CH de Versailles
- Dr Poupert, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon
- Dr Rabut, CH de Châteaudun
- Dr Rezzouk, CH de Troyes
- Dr Rivard, Pressac
- Pr Roques, CHU bordeaux II
- Dr De Senneville, CH G. Dron, Tourcoing
- Dr Sellier, CHU Lariboisière, Paris
- Pr Simonneau, Hôpital A Béclère, Clamart
- Dr de Thore, CHU de Fort de France
- Dr Thumerelle, Deschildre, CHRU de Lille
- Pr Trepo, Hôtel-Dieu de Lyon
- Dr Zumbiehl, Illzach

# Références (1)

## 1. Infections pulmonaires chroniques

- Pathologie pulmonaire préexistante:
  - Mucoviscidose (Cullen, *AJRCCM*, 2000, )
  - DDB, Tuberculose, BPCO, cancer (Olivier, *AJRCCM* 2003)
  
- Sujets antérieurement sains
  - 1/3; femmes âgées (Griffith, *ARRD*,1993)

## 2. Infections post inoculations: Communautaires ou nosocomiales

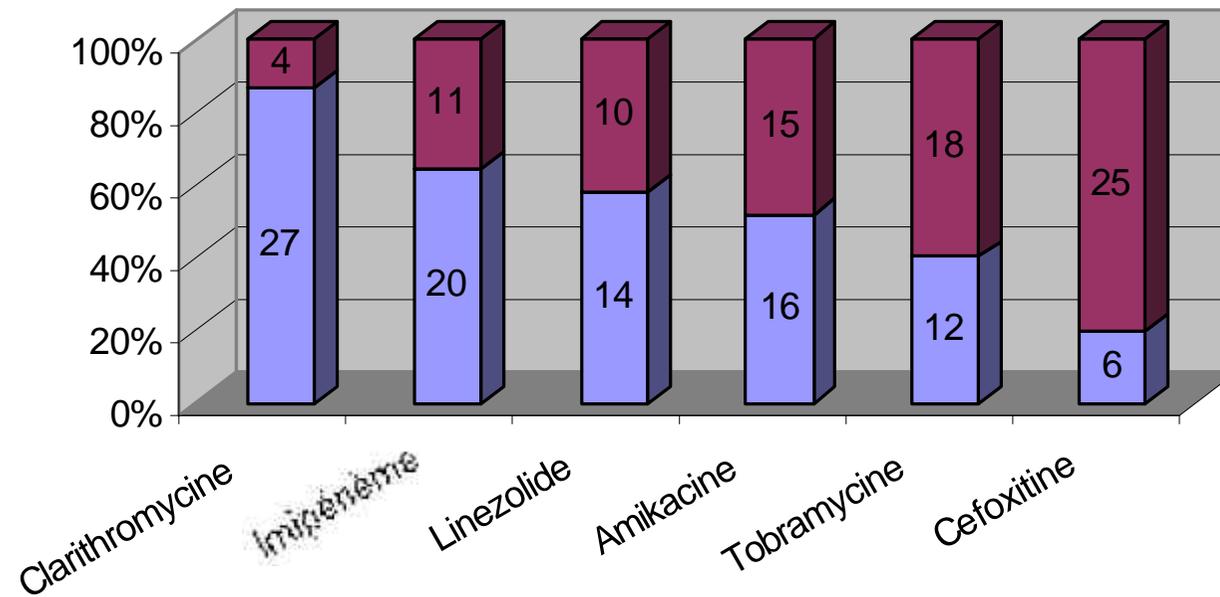
- Communautaires:
  - Disséminées (immunodéprimés) (Ingram, *CID*, 1993)
  - kératites, endocardites, ostéomyélites (Brown-Elliott, *CMR*, 2002)
- Nosocomiales
  - Chirurgie plastique,cardiaque (wallace, *ARM*, 2000, Wallace, *JID*, 1989)
  - Injection de produits contaminés (Villanueva, *CID*, 1997)
  - Hémodialyse (Lowry, *JID*, 1990)

## Références (2)

- Diagnostic:
  - Répéter les prélèvements
  - Confirmation : Séquençage *hsp 65*
- Prise en charge thérapeutique
  - Chirurgie (ATS 1997)
  - Association d'antibiotiques comprenant la clarithromycine (ATS 1997)
  - Place du linezolide
    - Résistant mais sur 98 souches 48% inhibées par linezolide à 16µg/ml (Wallace, AAC, 2001)

# Susceptibilité aux antibiotiques

Susceptibilité aux antibiotiques (2002-2004): 31 souches



**Signes généraux**

