



# JNI

13<sup>es</sup> Journées  
Nationales  
d'Infectiologie

Tours et le GÉRICCO

Du mercredi 13 au  
vendredi 15 juin 2012  
VINCI - Centre International  
de Congrès



## QUIZZ en INFECTIOLOGIE

Docteur Simon SUNDER  
CHRU de Tours

**Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses  
Tours**



# Déclaration de liens d'intérêts de 2010 à 2012

Simon Sunder

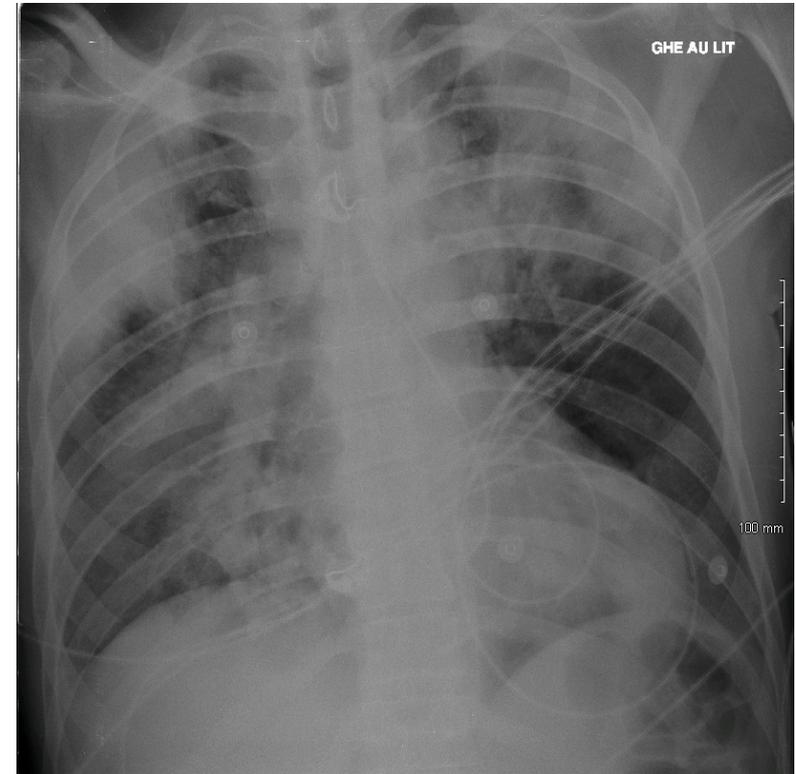
Absence de liens d'intérêt

# Anamnèse

- Patient de 50 ans
- Tabagisme à 4 PA
- AEG depuis 8 mois avec amaigrissement de 11 kg
- Hospitalisé en réanimation le 22/12/2011 pour sepsis sévère et insuffisance respiratoire aiguë

# A l'admission

- T 39.4 ° C PA 95/61 FC 124/min FR 43/min
  - Confusion
  - Ictère conjonctival, pas de marbrures
  - Souffle tubaire Dt et râles crépitants bilatéraux
  - Aires ganglionnaires libres
  - Pas de Sd méningé
- GdS : pH 7.35 pCO<sub>2</sub> 39.3 mmHg pO<sub>2</sub> 70.8 mmHg HCO<sub>3</sub> 21.3 mmol/l
- CRP 411 mg/L ASAT 73 µmol/L BiliT 52 µmol/L BiliC 33 µmol/L
- GB 1 G/L (PNN 0.68 G/L, Ly 0.18 G/L), Hb 88 g/L, plaq 113 G/L
- Antigénurie pneumocoque +



# Quelle conduite tenez-vous ?

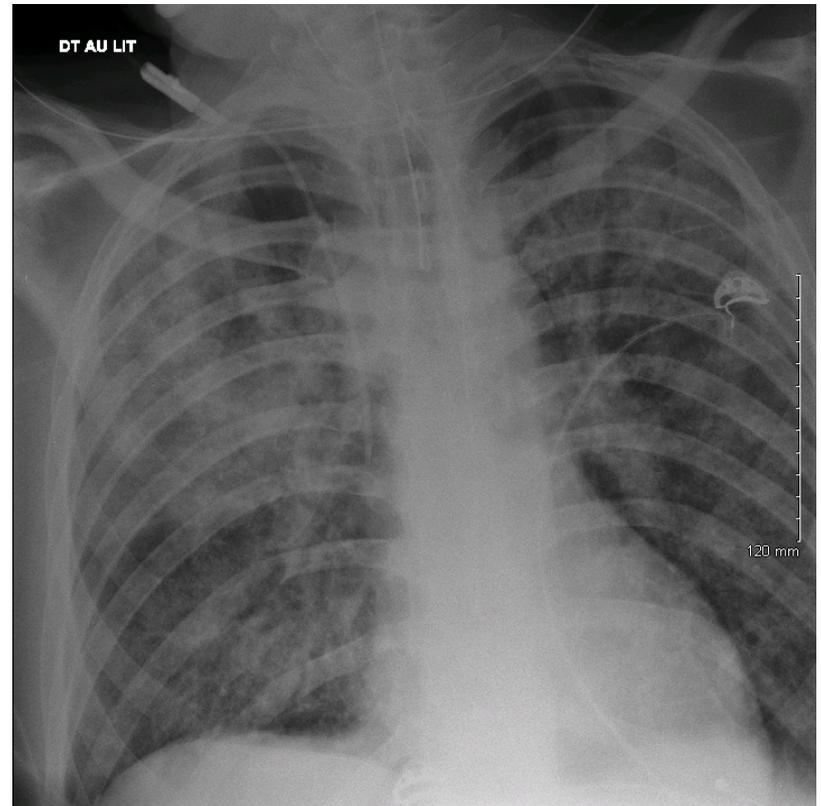
1. Bêtalactamine seule (Amox ou C3G)
2. Bêtalactamine + antibiotique à visée intracellulaire
3. Bêtalactamine + Cotrimoxazole
4. Cotrimoxazole seul
5. Bêtalactamine + Cotrimoxazole + antibiotique à visée intracellulaire

# Quelle conduite tenez-vous ?

1. Bêtalactamine seule (Amox ou C3G)
2. Bêtalactamine + antibiotique à visée intracellulaire
3. Bêtalactamine + Cotrimoxazole
4. Cotrimoxazole seul
5. Bêtalactamine + Cotrimoxazole + antibiotique à visée intracellulaire

# Evolution

- Antibiothérapie initiale par Ceftriaxone + Spiramycine + Cotrimoxazole + O2
- Le 24/12 :
  - 1 Hc /1 positive à *Streptococcus pneumoniae* (CMI Peni 0.750 mg/l, CMI amox 0.380 mg/l, TMP-SMX R)
  - Sérologie VIH +
  - 5 CD4 /mm<sup>3</sup> (8.3%), CD4/CD8 = 0.09
  - Arrêt Spiramycine et passage Cotrimoxazole en prophylaxie
  - IOT pour épuisement respiratoire
- Le 25/12 : Toujours fébrile



## LBA le 26/12

- IFI : très rares kystes de *Pneumocystis jirovecii*
- Cotrimoxazole repris à dose curative
- Le 30/12 : Apyrexie et extubation
- Transfert en Maladies infectieuses le 04/01



# Evolution

- 04 au 16/01
  - TTT antirétroviral en attente car inclusion prévue dans un protocole thérapeutique nécessitant un génotypage de résistance
  - Relais Cotrimoxazole en prophylaxie le 16/01
  - Persistance anémie, normalisation des plaquettes
- Le 17/01
  - T 38.5° C + sueurs nocturnes
  - Examen clinique normal
  - Ag CMV faiblement positive, stable
  - Appel de la mycobactériologie : culture du LBA positive à *Mycobacterium tuberculosis* (PCR positive) : forte suspicion de contamination du prélèvement au laboratoire

# Que faites-vous ?

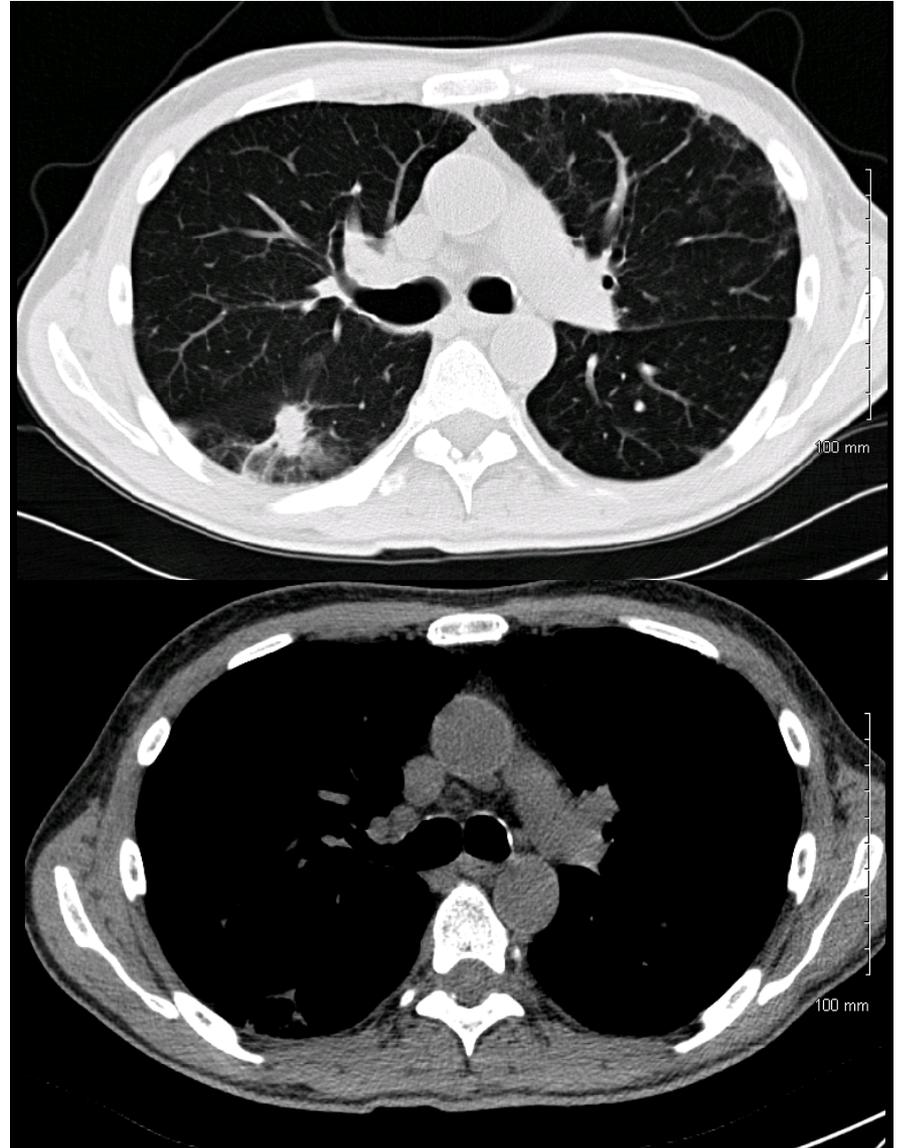
1. Traitement antituberculeux classique (IREP) + introduction TTT antirétroviral dès que possible (vous ne croyez pas le microbiologiste)
2. Traitement anti-BK + TTT antirétroviral différé
3. BK tubages + TDM puis TTT anti-BK et TTT antirétroviral différé
4. Pas de TTT anti-BK. Débuter TTT antirétroviral dès que possible
5. Pas de TTT anti-BK. Pas de TTT antirétroviral pour l'instant. Bilan de la fièvre

## Que faites-vous ?

1. Traitement antituberculeux classique (IREP) + introduction TTT antirétroviral dès que possible (vous ne croyez pas le microbiologiste)
2. Traitement anti-BK + TTT antirétroviral différé
3. BK tubages + TDM puis TTT anti-BK et TTT antirétroviral différé
4. Pas de TTT anti-BK. Débuter TTT antirétroviral dès que possible
5. Pas de TTT anti-BK. Pas de TTT antirétroviral pour l'instant. Bilan de la fièvre

## Conduite tenue

- 3 BK tubages : ED –
- TDM le 23/01
- LBA le 23/01 : ED –
- Myéloculture et Hc mycobactéries en cours
- Reste bilan étiologique de la fièvre négatif
- T 40° C le 23/01

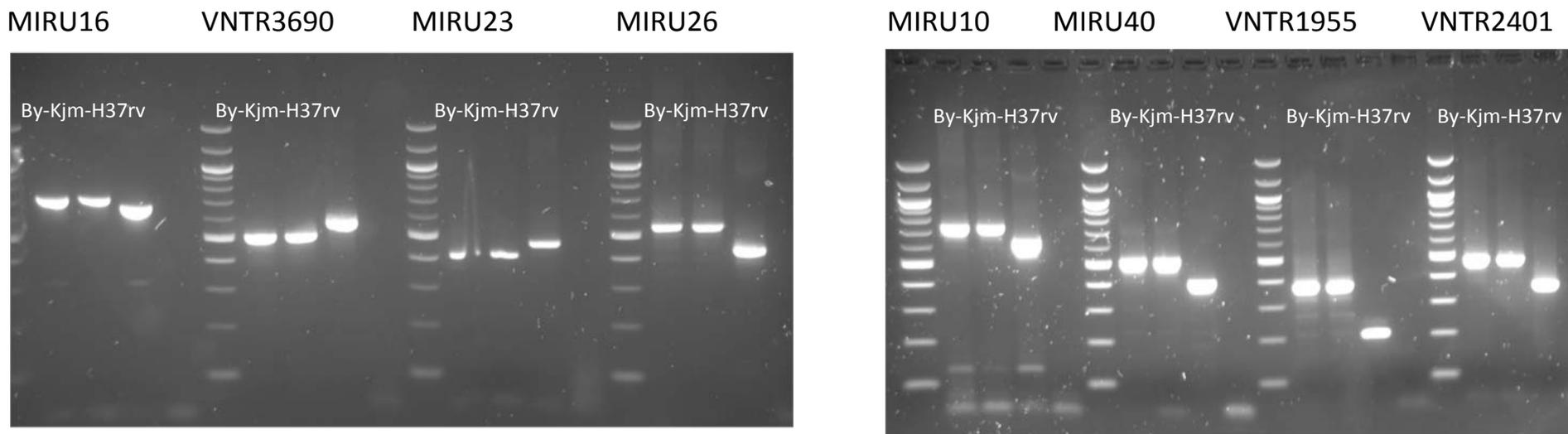


# Analyse moléculaire (MIRU-VNTR)

By : Souche patient

Kjm : Souche d'un patient fortement bacillifère dont le prélèvement a été technique le même jour que notre patient

H37rv : Souche témoin



	M10	M23	M40	VNTR 2401	VNTR 3690	QUB26	ETRC	ETRA	M16	M26	VNTR 0424	VNTR 1955
11/74 By	5	5	3	5	5	7	5	3	3	5	3	5
11/77 Kjm	5	5	3	5	5	7	5	3	3	5	3	5
H37rv	3	6	1	3	46	5	4	3	2	3	3	2

# Que concluez-vous du génotypage ?

1. La souche de notre patient et celle comparée sont différentes : pas de contamination.
2. La souche de notre patient et celle du patient bacillifère sont identiques, mais il ne s'agit probablement pas d'une contamination de laboratoire.
3. La souche de notre patient et celle du patient bacillifère sont identiques. Il s'agit probablement d'une contamination du prélèvement.

## Que concluez-vous du génotypage ?

1. La souche de notre patient et celle comparée sont différentes : pas de contamination.
2. La souche de notre patient et celle du patient bacillifère sont identiques, mais il ne s'agit probablement pas d'une contamination de laboratoire.
3. La souche de notre patient et celle du patient bacillifère sont identiques. Il s'agit probablement d'une contamination du prélèvement.

## Que faites-vous ?

1. Début traitement antimycobactérie et TTT antirétroviral différé (2 – 4 semaines)
2. Ponction de l'adénopathie médiastinale ou biopsie pulmonaire pour cultures BK
3. Début TTT antirétroviral
4. TEP-scann ... poursuite du bilan étiologique de la fièvre
5. Rien

## Que faites-vous ?

1. Début traitement antimycobactérie et TTT antirétroviral différé (2 – 4 semaines)
2. Ponction de l'adénopathie médiastinale ou biopsie pulmonaire pour cultures BK
3. Début TTT antirétroviral
4. TEP-scann ... poursuite du bilan étiologique de la fièvre
5. Rien

# Contamination croisée des prélèvements mycobactériologiques

- Phénomène relativement méconnu des cliniciens
- Fréquence non négligeable, même en respectant les précautions « standard » de manipulation des prélèvements
  - 0.5 à 3 % de cas faussement positifs<sup>1</sup>
- A suspecter si
  - Examen direct négatif
  - 1 seul prélèvement positif en culture pour 1 patient
  - Prélèvement manipulé en même en temps ou peu de temps après celui d'un patient avec une forte charge bactérienne

<sup>1</sup> Ruddy et al. J Clin Micr 2002. Vol 40, p4100 - 04

## Contamination croisée des prélèvements mycobactériologiques

- Confirmation de la possibilité de contamination par analyse moléculaire des souches
  - Spoligotyping
  - IS6110-RFLP
  - MIRU-VNTR
- Conséquences de résultats faussement positifs
  - Traitement antituberculeux potentiellement toxique
  - Maladie sous-jacente non diagnostiquée
  - Chez patient VIH : TTT antirétroviral différé, interactions médicamenteuses
  - Pathologie socialement stigmatisante
  - Surestimation de l'incidence de la tuberculose
  - Coût pour la société

## Conduite tenue

- 25/01 : Introduction antituberculeux par IREP
- Apyrexie depuis le 24/01
- Sortie du patient le 27/01 en convalescence
- Introduction ARV prévue 15 jours plus tard
- Qqs jours après la sortie :
  - Hc mycobactérie du 28/12 positive à *Mycobacterium avium*
  - Puis tous les prélèvements envoyés en mycobactériologie reviendront positifs à *M. avium* (Hc, myéloculture, prélèvements respiratoires)
- Relais par Clarithromycine + Rifabutine + Ethambutol puis début TTT antirétroviral 15 jours après le début du TTT anti-BK