

# Aspects épidémiologiques, clinico-biologiques et thérapeutiques de la nocardiose pulmonaire

M. Catroux(1), M. Lauda(1), C. Plouzeau-Jayle(2), C. Godet(1), J.-C. Meurice(3),  
F. Cazenave-Roblot(1)

- (1) Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses,
- (2) Laboratoire de Bactériologie
- (3) Service de Pneumologie,  
CHU La Milétrie, Poitiers

J-04



# Introduction

- Décrire les caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant une nocardiose pulmonaire

# Méthode 1/2

- Étude rétrospective
- 2004 et 2012
- Services de Médecine Interne, Maladies infectieuses et Pneumologie Poitiers
- Critères d'inclusion : patients avec prélèvement(s) positif(s) à *Nocardia*, traités pour une nocardiose pulmonaire
- Critères de non inclusion : patients considérés comme colonisés à *Nocardia* et non traités

# Méthode 2/2

- Paramètres étudiés :
  - Données épidémiologiques : âge, sexe, traitements immunosuppresseurs en cours ou reçus dans les 2 ans précédents l'inclusion, maladie(s) sous jacente(s)
  - Données cliniques à l'admission : fièvre > 38.5°C, toux, dyspnée, douleur thoracique
  - Données microbiologiques : espèce, prélèvements positifs
  - Antibiothérapies(s) reçue(s) : molécules, durée totale
  - Évolution :
    - Guérison : absence de signes cliniques après arrêt des ttt
    - Rechute ou récurrence : réapparition de signes cliniques après arrêt des ttt
    - Échec : Persistance de signes en cours de ttt
    - Décès comprenant ceux en cours de ttt et ceux à distance, liés à la nocardiose ou la maladie sous jacente

# Résultats 1/5

- 17 Dossiers, 12 patients inclus (9 hommes, âge moyen 60.5 +/-18.1 ans)
- 11 patients (91,6%) présentaient une maladie sous jacente.
- 10 (83,3%) recevaient ou avaient reçu dans les 2 ans un traitement « immunosuppresseur »
- Les signes cliniques étaient : fièvre > 38°5C (n=11), toux (n=9), dyspnée (n=8), douleur thoracique (n=2)
- Les molécules reçues étaient : TPM-SMX (n=6), imipénème (n=5), amoxicilline (n=5), doxycycline (n=4), ceftriaxone (n=3), amoxicilline-acide clavulanique (n=3), rifampicine (n=3), amikacine, roxythromycine et linézolide dans 1 cas respectivement
- La durée médiane de traitement était de 11 mois (0,75;21 mois).

# Résultats 2/5

N	Age (ans)	Sexe	Traitements immunosuppresseurs reçus dans les 2 ans	Maladie(s) sous-jacente	Localisation nocardiose	Prélèvements positifs	Espèce	Antibiotique(s) reçu(s)	Durée totale d'antibiothérapie (en mois)	Durée de suivi (début ttt - fin de suivi (mois))	Evolution
1	68	F	Taxanes	Néoplasie mammaire	Pulmonaire	Hémoculture	<i>N. cyriacigeorgica</i>	Imipeneme Amikacine TPM-SMX	1,5	2,5	Décès 1 mois après fin ttt
2	72	H	Thalidomide Corticothérapie	Myélome	Pulmonaire Cérébrale	LBA, Biopsie pulmonaire Crachats	<i>N. asciatiqua</i>	TPM-SMX Ceftriaxone Doxycycline Imipeneme Amoxicilline	21	23	Décès 15 mois après fin ttt
3	56	H	Interferon Ribavarine Radio-chimiothérapie Corticothérapie	LAL Hépatite C	Pulmonaire Cutanée	Abcès cuisse LBA	<i>N. farcinica</i>	Augmentin	14	24 (suivi actuel)	Guérison
4	68	H	Revlimid Alkéran Corticothérapie Chimiothérapie Radiothérapie	Leucémie à tricholeucocytes Myélome Adénocarcinome pancréatique	Pulmonaire Cutanée	Abcès main Furoncle épaule	<i>N. brasiliensis</i>	Rifampicine Doxycycline Ceftriaxone	12	24	Décès 36 mois après fin ttt
5	59	H	Chimiothérapie Endoxan Analogue des purines Corticothérapie	LLC allogreffé	Pulmonaire Cérébrale	Hémocultures	<i>N. cyriacigeorgica</i>	Amoxicilline Imipeneme Ceftriaxone Doxycycline	12	36	Décès 42 mois après fin ttt
6	66	H	-	-	Pulmonaire Cérébrale Osseuse Cutanée Musculaire	Pus, ponction articulaire Biopsie os et cutanée	<i>N. abscessus</i>	Amoxicilline Rifampicine TPM-SMX	21	33	Guérison

# Résultats 3/5

N	Age	Sexe	Traitements immunosuppresseurs reçus dans les 2 ans	Maladie(s) sous jacente	Localisation nocardiose	Prélèvements positifs	Espèce	Antibiotique(s) reçu(s)	Durée totale d'antibiothérapie (en mois)	Durée de suivi (début ttt - fin de suivi (mois))	Evolution
7	69	F	Immunosuppresseur Corticothérapie	Greffe rénale	Pulmonaire	Hémocultures LBA	<i>N. nova</i>	Imipeneme Linezolide	10	13	Guérison
8	14	H	Corticothérapie	Mucoviscidose	Pulmonaire	Crachats	<i>N. farcinica</i>	Amoxicilline Rifampicine Augmentin	2,5	2,5	Décès en cours de ttt
9	41	F	Corticoïdes inhalés	Dilatation des bronches	Pulmonaire	LBA Aspirations bronchiques Biopsie pulmonaire	<i>N. cyriacigeorgica</i>	Augmentin Amoxicilline	20	72 (suivi actuel)	Guérison
10	58	H	-	Aspergillose Dilatation des bronches	Pulmonaire	Aspiration bronchique	<i>N. cyriacigeorgica</i>	TPM-SMX	0,75	12	Perdu de vue
11	75	H	Corticoïdes inhalés	BPCO	Pulmonaire	LBA	<i>N. nova</i>	Roxythromycine	6	10	Guérison
12	82	H	Corticoïdes inhalés	BPCO	Pulmonaire	Crachats	<i>N. otitidiscaviarum</i>	Imipeneme TPM-SMX	3	6	Décès 3 mois après fin ttt

# Résultats 4/5

Avec un recul moyen de  $23,4 \pm 21,7$  mois :

- Guérison n = 5
- Rechute ou récurrence n = 0
- Echec n = 0
- Décès n = 6 dont 1 en cours de traitement et 5 après l'arrêt des traitements, dans un délai moyen de  $16,6 \pm 18,58$  mois (1;42)
- Perdu de vue n = 1, vivant à 12 mois de suivi



# Résultats 5/5

En comparant le groupe des patients décédés et ceux ayant guéris :

- Age moyen : groupe décès = 60,5 ans // groupe guéris = 61,4 ans
- Sexe : groupe décès n = 5 hommes sur 6 // groupe guéris n = 3 hommes sur 5
- Hémopathie sous jacente : groupe décès n = 3/6 // groupe guéris n = 1/5
- Traitements immunosuppresseurs reçus ou dans les 2 ans avant l'inclusion : groupe décès n = 6/6 // groupe guéris n = 4/5
- Nocardiose pulmonaire + autre(s) localisation(s) : groupe décès n = 3/6 // groupe guéris n = 2/5
- Durée médiane de traitement mois : groupe décès = 7.5 mois (1,5;21) // groupe guéri = 14 mois (6;21)

# Conclusion

- La nocardiose pulmonaire survient sur des terrains fragilisés, en particulier des hémopathies.
- Les formes disséminées semblent se développer principalement sur les terrains d'hémopathie.
- Le traitement est plus prolongé dans les formes disséminées de nocardiose.
- La durée de traitement est variable et une durée optimale de traitement et de suivi reste à définir.
- La rechute et les échecs de traitements sont rares.
- Les décès ne semblent pas liés à l'infection mais la gravité élevée de celle-ci semble liée au terrain sur lequel elle survient et la prise de traitements « immunosuppresseurs »
- La colonisation à *Nocardia* n'est pas rare

## Références :

Clinique et biologie de la nocardiose, Annales de Biologie Clinique. Volume 57, Numéro 5, 545-54, Septembre - Octobre 1999, Revues générales, F. Laurent, V. Mick, P. Boiron, Unité de mycologie, Centre national de référence des mycoses humaines, des antifongiques et des actinomycètes, Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, 75724 Paris Cedex 15