

Newsletter hiver 2025

Clique pour
retrouver les
infos sur le site
du RéJIF



Au programme

Cas clinique	p2
Remember 2024	p3-4
Retour WEI 2025	p5
Portrait d'infectio	p6
Du nouveau à la SPILF	p7
Lauréats bourses RéJIF	p8
Lien réseaux sociaux	p9
Cas clinique : solution	p10
Toolbox du RéJIF	p11
Agenda	p12

Cas clinique mystère

Vous prenez en soins un **patient de 45 ans** pour **anémie profonde à 2.6 g/dL sans syndrome hémorragique**

Ses antécédents sont les suivants :

- **VIH stade SIDA** diagnostiqué en 2011, CV indétectable de novembre 2011 à mai 2016 sous Atripla. Rupture de suivi entre 2016 et 2024.

Traitements actuels :

- BIKTARVY® 50mg/200mg/25mg : 1cp/j,
- ACIDE FOLIQUE 5mg : 1cp/j,
- BACTRIM FORTE : 1cp/j

Mode de vie :

- Vit avec ses 3 enfants et 2 chats,
- Ouvrier dans une fonderie en acier
- Pas voyage en dehors de l'Europe
- Pas d'intoxication éthylique ou tabagique ni prise de drogue.

Récentement :

été 2024 :

- 1/ Pneumocystose d'évolution favorable sous cotrimoxazole forte dose pendant 3 semaines
- 2/ Toxoplasmose cérébrale d'évolution favorable sous cotrimoxazole forte dose 6 semaines, actuellement en prophylaxie secondaire. Neutropénie 750/mm³ sous Bactrim, non compliquée
- 3/ Primo infection parvovirus B19 avec sérologie + en IgM et CV > 7.2 Log. Tableau d'anémie (9,38g/dl) normocytaire arégénérative (6G/l) résolutive au décours (12.1g/dl le 22/08/2024), pas de myélogramme
- 4/ RéPLICATION VIH avec CV à 6,1 log/copies = 1 446 389 copies/mL ; des CD4 à 5/mm³ (0.5% des lymphocytes totaux, rapport T4/T8 0,01) ; et un VIH sauvage au génotypage sans pression ARV (le 17/07/2024). Reprise ARV le 29/07/2024 avec une CV à 30 copies/mL ; un taux de CD4 à 75/mm³ phénotype VIH sauvage.

Depuis mi-octobre 2024, apparition progressive d'une dyspnée et d'une asthénie lors des efforts. Le 12/11, perte de connaissance lors d'un effort important au travail. Majoration de la dyspnée qui est présente pour des efforts minimes (habillage). Pas de douleurs thoraciques, pas de syndrome infectieux, pas de saignement extérieurisé.

Le 19/11/2024, il est adressé par son médecin traitant aux urgences :

- Pâleur, hémodynamique stable, asthénie, reste de l'examen clinique sans particularité
- Anémie à 2,6g/dl normocytaire, arégénérative sans thrombopénie ni neutropénie. Ionogramme, fonction rénale (creat 106µmol/l), bilan hépatique normaux.
- Bilan d'hémolyse : haptoglobine augmentée, LDH normal, bilirubine totale à 14µmol/l
- Bilan d'anémie : sidérémie 45 µmol/L, transferrine 2.03 g/L, CTF 51 µmol/L, CST 89%, ferritine 970 ng/mL. TSH 1.31 mUI/L, Vitamine B9 : > 20 ng/mL, Vitamine B12 : 417 ng/mL
- Bilan de coagulation : TP 67%, facteur V 62%

Transfusion de 4 CGR, permettant de remonter son hémoglobine à 5,1g/dl.

Quelles sont vos hypothèses pour cette anémie arégénérative profonde ?

Quels examens complémentaires prévoyez vous ?

Remember 2024/2025

Workshop Franco-Tunisien (4ème édition) : à Sousse



Neuf internes français de subdivisions et promotions diverses et variés avec nombreux internes d'infectiologie et de microbiologie de Tunisie.

Les infectiologues tunisiens étaient invités par la STPI (Société Tunisienne de Pathologies Infectieuses)
Chaque thématique abordée a été illustrée par binôme français et binôme tunisien

Les binômes français étaient encadrés par un senior pour les présentations (Dr CASTAN, Pr ROBLOT CAZENAVE, Pr RABAUD, P. DINH, P. Le MOING)

WEI 2024 néo-infectiologues



Avec le retour de la newsletter, petit rappel photo sur le WEI 2024. Illustration de la soirée pizza !!



Quelle belle team !!!

Remember 2024/2025

JNI 2025 à TOURS

4 sessions RéJIF cette année

Session « Maladies Infectieuses et Cinéma »

Speed Meeting



Serious Game



Traditionnel
Question pour un champi(gn)on !



Merci aux participants,
et bravo à Lille d'avoir
remporté la coupe !



Retour sur le WEI 2025 (11-12/10)

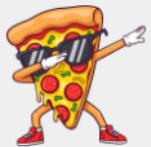
Accueil des nouveaux infectiologues diplômés,
bienvenue à eux !!!



Bienvenus aux nouveaux
infectiologues !!



Au WEI, vous n'échapperez
pas à la pizza !!



Interview : Emilie Mosnier



Pour l'interview complète,
cliquez sur l'icône ci-dessous

PORTRAIT D'INFECTION

AVEC EMILIE MOSNIER →

Pour ce premier numéro de "Portrait d'infection", j'ai eu la chance d'échanger avec le Dr Emilie Mosnier, infectiologue et chercheuse en épidémiologie au CHU de la Réunion. Elle raconte ici son parcours passionnant, marqué par plusieurs mobilités à l'international.

Si vous souhaitez la contacter pour des conseils ou des questions, vous pouvez lui adresser un mail à l'adresse emilie.mosnier@gmail.com.



par Clara Koster

Q

Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?

J'ai un parcours classique mais mobile : j'ai fait mon externat à Grenoble puis mon internat de Médecine Interne - Infectiologie à Marseille. Ensuite, j'ai fait mon clinicot à Paris. Tout au long de mon parcours, j'ai fait des mobilités soit dans les départements d'outre-mer, soit à l'international. Sur l'ensemble de ma carrière, j'ai mis en parallèle la clinique et la recherche : j'ai passé un Master, puis une thèse de science, et enfin mon HDR.

Q

Dans quels pays avez-vous réalisé ces mobilités ?

J'ai commencé au moment de l'externat avec un stage Erasmus.

Au cours de l'internat, j'ai effectué un inter-CHU international au Gabon, dans un laboratoire P4, avec une équipe travaillant sur les pathogènes émergents, notamment sur le virus Ebola. La particularité de ce stage est que j'étais intégrée à un laboratoire de recherche, mais je travaillais aussi en lien avec les hôpitaux Gabonais et avec un centre de primatologie. J'avais la possibilité d'aller sur le terrain, en forêt, je collaborais avec des vétérinaires et des virologues, ainsi qu'avec les cliniciens des différents hôpitaux.

J'ai également fait un inter-CHU en Guyane, ce qui est très intéressant puisque c'est là qu'on peut voir beaucoup de médecine tropicale.

Ensuite, je suis partie en mission dans le cadre de la Réserve Sanitaire, lors de l'émergence du virus Zika en Polynésie française en 2013, puis comme experte internationale lors de l'épidémie d'Ebola en Guinée-Conakry en 2014.

Plus récemment, dans le cadre de mon cursus de recherche, j'ai fait une mobilité de 2,5 ans au Cambodge. Je coordonnais le site ANRS MIE à Phnom-Penh. Je menais des projets de recherche et je travaillais comme experte auprès des programmes nationaux avec les équipes locales.

Du nouveau à la SPILF

Nouveau bureau COPIL
RéJIF2024-2026



Nouveau groupe
SPILF



Le GRINE (GRoupe INfectoriologie-Écologie) est un groupe de travail de la SPILF créé en 2025. Il a pour vocation de partager, échanger et collaborer autour des liens entre l'infectiologie, et l'environnement.

L'approche est bidirectionnelle, s'intéressant aussi bien à l'impact de l'environnement sur les maladies infectieuses (concept "Une Seule Santé" ou "One Health"), qu'à l'empreinte environnementale de notre pratique médicale.

Vous pouvez les contacter : grine.spilf@gmail.com

Bourses RéJIF

1/ RICAI

Bravo aux lauréats pour leurs posters acceptés :

- **Charlotte RICHARD** : Etude descriptive des bactériémies à *Haemophilus influenzae* chez l'adulte
- **Eloïse LE BANNER** : Déterminants de virulence du complexe *Enterobacter cloacae* dans les bactériémies
- **Gwendal MERCIER** : Infections à *Acinetobacter baumanii* : épidémiologie, thérapeutique et résistances
- **Mathieu HOLUB** : Impact des carbapénèmes sur le portage de bactéries multirésistantes
- **Laurène CACHERA** : Endocardites infectieuses des patients transplantés d'organe solide
- **Mathilde GARÉ** : Antibiorésistance des entérobactéries en Afrique Centrale : Revue systématique et méta-analyse
- **Emmanuel De MILLY** : Candidoses intra-abdominales au CHU de Guadeloupe : présentations cliniques, épidémiologie et évolution

Où suivre RéJIF ou la SPILF



Le groupe Whatsapp du RéJIF : Toutes les actualités liées au RéJIF Lieu d'échange pour vos questions, annonces, sollicitations auprès du réseau des jeunes infectiologues.

Une communauté dynamique et plus de 550 membres.

N'hésitez pas à vous inscrire sur le mailing de la SPILF et du RéJIF pour recevoir les actualités.
Les informations sont également disponibles sur le site infectiologie.com.



INFECTIOLOGIE.com

**La page
et le groupe Facebook**



Sans oublier la page Facebook et Instagram



Suite Cas clinique

Erythroblastopénie majeure liée à une réactivation Parvovirus B19, chez un patient VIH au stade SIDA

Examens complémentaires à réaliser

- Myélogramme : Erythroblastopénie majeure associée à un blocage de la lignée érythroblastique au stade proérythroblastique avec présence d'inclusions typiques d'une infection à Parvovirus B19. Excès éosinophilique avec présence de granulations anormales. Hypogranulation des précurseurs granuleux.
- PCR parvovirus B19 sur moelle osseuse et sur sang : positives

Traitements débutés :

Décision de traitement par Ig IV 1g/kg/j J1 et J2 pour un schéma d'attaque puis cures d'entretien tous les mois jusqu'à restauration de l'immunité

Bibliographie

Des cas d'aplasie érythrocytaire pure ont été signalés chez des patients atteints de VIH avec une immunodépression avancée [1-2].

Dans le cadre d'une infection chronique avec anémie chez les patients immunodéprimés, y compris ceux atteints de VIH, il est suggéré un traitement par perfusion d'Ig IV. Ceci est conforme aux lignes directrices de l'*American Society of Transplantation* pour le traitement de l'infection symptomatique par le parvovirus B19 chez les receveurs de greffe d'organe solide [3]. Chez les personnes atteintes de VIH, les ARV doivent être instaurés ou maintenus.

Pour les personnes atteintes de VIH, plusieurs schémas posologiques différents ont été décrits et le schéma optimal est inconnu. Les schémas thérapeutiques Ig IV rapportés incluent 1 g/kg/jour pendant 2 jours ou 0,4 g/kg/jour pendant 5 à 10 jours [1,2,4]. Certains auteurs suggèrent un traitement d'entretien d'Ig IV à des doses de 0,4 g/kg/jour toutes les quatre semaines après la dose initiale de traitement Ig IV pour prévenir les rechutes chez les patients présentant un faible nombre de cellules CD4 (par exemple, <100 cellules/microL) [2].

De plus, si le déficit immunitaire s'améliore (par exemple, après l'arrêt du traitement immunosupresseur ou avec le début d'un ARV), l'infection chronique et l'anémie peuvent disparaître spontanément [5-7].

- Frickhofen N, Abkowitz JL, Safford M, et al. Persistent B19 parvovirus infection in patients infected with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1): a treatable cause of anemia in AIDS. Ann Intern Med 1990; 113:926.
- Koduri PR. Parvovirus B19-related anemia in HIV-infected patients. AIDS Patient Care STDS 2000; 14:7.
- Eid AJ, Ardura ML, AST Infectious Diseases Community of Practice. Human parvovirus B19 in solid organ transplantation: Guidelines from the American society of transplantation infectious diseases community of practice. Clin Transplant 2019; 33:e13535.
- Koduri PR, Kumapley R, Valladares J, Teter C. Chronic pure red cell aplasia caused by parvovirus B19 in AIDS: use of intravenous immunoglobulin—a report of eight patients. Am J Hematol 1999; 61:16.
- Chen MY, Hung CC, Fang CT, Hsieh SM. Reconstituted immunity against persistent parvovirus B19 infection in a patient with acquired immunodeficiency syndrome after highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2001; 32:1361.
- Ware AJ, Moore T. Resolution of chronic parvovirus b19-induced anemia, by use of highly active antiretroviral therapy, in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. Clin Infect Dis 2001; 32:E122.
- Arribas JR, Peña JM, Echevarría JE. Parvovirus B19-related anemia in an HIV-infected patient: rapid control after production of neutralizing antibodies during highly active antiretroviral therapy. Ann Intern Med 2000; 132:1011.

Les outils du RéJIF



Le guide des nouveaux internes :
Le guide est toujours disponible
pour vous accompagner dans
votre début d'internat



Veille Bibliographique :
Retrouvez-la en cliquant sur la pile de
livres. Les anciennes sont toujours
disponibles sur le site de la SPILF



PODCAST Infectio au Micro :
Dernier épisode : Toward an optimization
of empirical antibiotic therapy in acute
graft pyelonephritis: A retrospective
multicenter study avec les Drs Pauline
Martinet & Schéhérazade Rezig.

Vous pouvez aussi (ré)écouter les
épisodes précédents sur votre plateforme
de podcast



L'agenda du RéJIF :
Ajoutez-en 2 clics les prochains
événements à votre agenda



Le guide des M2 :
Ajoutez-en 2 clics les prochains
événements à votre agenda

AGENDA

- CROI 2026 (Denver) : Du 22 au 25 février
- Prochain séminaire DES : Du 23 au 27 mars
- ECCMID 2026 (Munich) : Du 17 au 21 avril
- JNI 2026 (Paris) : Du 18 au 20 juin
- ISCVID 2026 (Rennes) : Du 28 au 30 juin
- EBJIS 2026 (Porto) : Du 17 au 19 septembre
- SFLS 2026 (Rennes) : Du 25 au 27 novembre
- RICAI 2026 (Paris) : Du 14 et 15 décembre