

ITEM N°81 : FIEVRE AIGUE CHEZ UN MALADE IMMUNODEPRIME

OBJECTIFS TERMINAUX

I. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

INTRODUCTION

1 GENERALITES :

Il existe 3 grands types d'immunodépression :

- Les neutropénies, essentiellement après chimio-radiothérapie,
- Les déficits de l'immunité cellulaire (infection par le VIH, ...)
- Les déficits de l'immunité humorale (splénectomie, ...).

2 EPIDEMIOLOGIE :

2-1. LES NEUTROPENIES :

- Fréquence des infections à bacilles à Gram-négatif (origine digestive).
- Augmentation de l'incidence des infections à cocci gram-positifs (cathéters de longue durée).
- Risque accru d'infections fongiques

2-2. LES DEFICITS DE L'IMMUNITE CELLULAIRE :

- Bactéries intracellulaires, Herpesvirus, *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis carinii*, *Candida* sp., *Cryptococcus neoformans*.

2-3. LES DEFICITS DE L'IMMUNITE HUMORALE :

- Bactéries encapsulées et entérovirus

IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

1. IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE

1-1. FIEVRE DU PATIENT NEUTROPENIQUE

- Urgence diagnostique et thérapeutique si polynucléaires neutrophiles $< 500/\text{mm}^3$.
- Examen clinique (signes inflammatoires souvent atténués) + bilan étiologique :
 - o hémocultures périphériques et une au cathéter
 - o examen cytotactériologique des urines ± coproculture
 - o radiographie pulmonaire
 - o prélèvements locaux selon symptômes
- Mise en route immédiate après bilan d'une antibiothérapie
- Ré-évaluation clinique ± microbiologique quotidienne.

1-2. FIEVRE AIGUE CHEZ UN PATIENT VIH+

1-2-1. Principales causes :

- Primo-infection par le VIH, mais sérologie négative ou incomplète
- Chez un patient VIH+ connu :
 - o tuberculose pulmonaire, à tous les stades d'immunodépression
 - o en dessous de $200 \text{ CD4}/\text{mm}^3$ ou dans un contexte d'urgence : pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, cryptococcose disséminée, tuberculose disséminée
 - o en dessous de $75 \text{ CD4}/\text{mm}^3$: infection à CMV ou à mycobactérie atypique

1-2-2. Principaux examens para-cliniques à demander

- **Signes pulmonaires :**
 - o Hémocultures + gazométrie artérielle + radiographie de thorax
 - o Recherche de BAAR + *P. carinii* par LBA
- **Signes d'atteinte neurologique centrale :**
 - o Scanner cérébral ± IRM si scanner normal
 - o Antigène cryptococcique sérique, sérologie de toxoplasmose

1-3. FIEVRE CHEZ UN TRANSPLANTE D'ORGANE

- Infections : complication la plus fréquente post-transplantation (immunosuppreurs).
- Risque infectieux : majoré en cas de transplantation pulmonaire, cardio-pulmonaire, hépatique ou pancréatique.

1-3-1. Phase précoce (< 30 jours)

- Infections nosocomiales « postopératoires » prédominantes.

1-3-2. Phase intermédiaire (1 à 6 mois)

- **Prédominance des infections à *Cytomegalovirus***
- **EBV**, à l'origine du syndrome lymphoprolifératif post-transplantation
- **Autres microorganismes** : *Aspergillus*, *Nocardia asteroïdes*, *Pneumocystis carinii*, *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, VZV, EBV, adénovirus, polyomavirus, HHV6, ...

1-3-3. Phase tardive (> 6 mois)

- risque d'infections opportunistes.

2. PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

2-1. FIEVRE AIGUË DU PATIENT NEUTROPENIQUE

2-2-1. Traitement antibiotique de 1^{ère} intention, par voie IV

- **Absence de cathéter et pas de décontamination digestive** : (Bêtalactamine antipycyanique ou ciprofloxacine) + aminoside
- **Absence de cathéter et décontamination digestive préalable** : Bêtalactamine à large spectre + aminoside
- **Patient porteur d'un cathéter central** : Idem ci-dessus plus anti-staphylococcique (vancomycine).

2-2-2. Traitement des infections (cf T2, chap 109, E. PILLY, 2004)

2-2. FIEVRE AIGUË DU PATIENT VIH POSITIF

- **Traitement étiologique des principales causes de fièvre aiguës (cf T5, chap 80, E. PILLY, 2004)**.

2-3 FIEVRE AIGUË CHEZ UN TRANSPLANTE D'ORGANE

2-3-1. Phase précoce

- Traitement dirigé contre les germes hospitaliers (bacilles gram-négatifs, *Staphylococcus sp.*, entérocoques), souvent résistants.

2-3-2 Phase intermédiaire

2-3-3 Phase tardive

QUIZZ

1. Devant une fièvre chez un patient neutropénique post chimio-radiothérapie, une antibiothérapie large spectre doit être débutée en urgence.
2. En cas de neutropénie fébrile, chez un patient porteur de cathéter central, quel risque bactérien supplémentaire faut il prendre en compte ?
3. Pour tenir compte du risque exposé dans la situation précédente, quel antibiotique faut il inclure dans le schéma d'antibiothérapie initiale ?
4. Le risque d'infection à CMV est maximal dans les 15 premiers jours post-transplantation d'organe
5. Devant un patient neutropénique fébrile présentant des lésions nécrotiques cutanées, quel(s) germe(s) doit on évoquer ?

Item 81 DOSSIER CLINIQUES 1

Mr X, âgé de 39 ans, vient de bénéficier d'une 2e cure d'induction de chimiothérapie pour une leucémie aiguë myéloblastique M2. Vous êtes appelé comme interne de garde dans le service d'hématologie pour une fièvre à 39°C. Vous constatez une stomatite ulcérée.

1 Préciser la conduite à tenir immédiate

2 Quels examens complémentaires prescrivez vous ?

3 Quel traitement instituez vous en urgence ?

Item 81 DOSSIER CLINIQUES 2

Mr Lar, âgé de 25 ans, suivi pour une infection par le VIH en échappement viro-immunologique (CD4 = 35/mm³, charge virale = 120,000 copies/ml) se présente à votre consultation pour une fièvre à 40°C.

1 Quels sont les éléments de gravité à rechercher en priorité ? Quels sont les examens complémentaires à prescrire en urgence ?

2 Si la radiographie de thorax met en évidence une image « d'ailes de papillon » bilatérale, quelle sera votre prescription médicale ?

3 Si le scanner cérébrale met en évidence plusieurs images nodulaires abcédées à la jonction substance grise-substance blanche : quel diagnostic évoquez vous ? Quelle sera votre prescription ?

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY, 2004

Chapitre 10, p. 129-133.
Chapitre 102, p. 493-498
Chapitre 109, p. 525-528
Chapitre 110, p. 529-533