

**V. Rabier (1), P. Abgueguen (1), C. Lemarié (2), N. Lerolle (3),
J. Picquet (4), P. Priou(5), JM Chennebault (1)**

- (1) Service des maladies infectieuses et tropicales
- (2) Laboratoire de bactériologie
- (3) Service de réanimation médicale
- (4) Service de chirurgie vasculaire et thoracique
- (5) Service de pneumologie



Mme L., 46 ans, en visite à Angers

Cambodgienne, réside habituellement au Cambodge

**Séjour en Australie et aux Etats-Unis les mois
précédents la consultation**

Consulte MG pour AEG depuis plusieurs mois

**Asthénie ++ - 10 kg en 4 mois fièvre vespérale
frissons nocturnes dyspepsie et éructation**

ATCD : ? tabac : 0

Veuve, sans profession, sans sécurité sociale

Quel bilan de « débrouillage » lui proposez-vous?

- 1. Un PET Scan**
- 2. Une sérologie VIH**
- 3. Une fibroscopie oeso-gastrique**
- 4. Une radiographie de thorax**
- 5. Un bilan hépatique**

1. Un Pet Scan

2. Une sérologie VIH

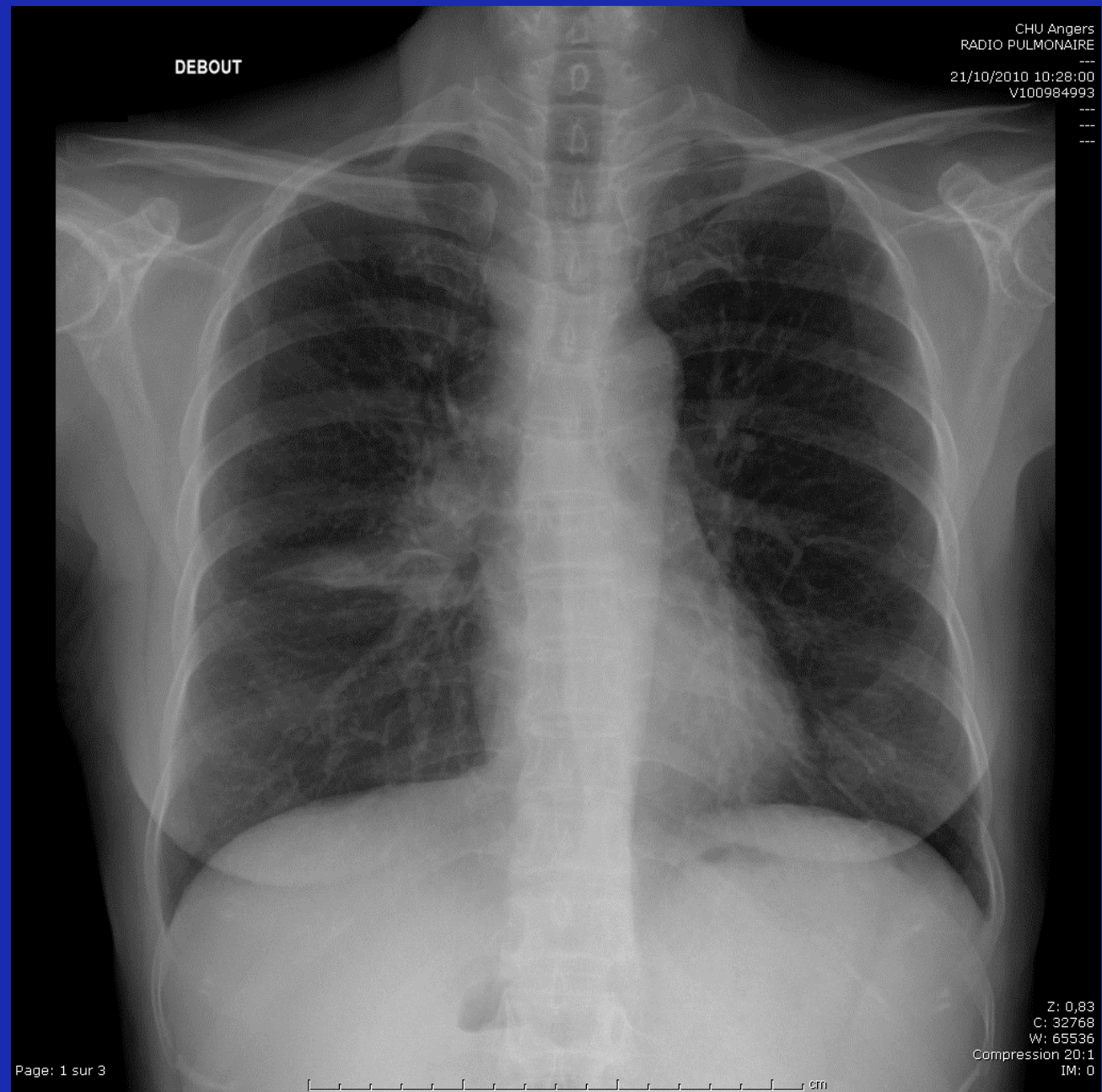
3. Un bilan hépatique

4. Une fibroscopie OGD

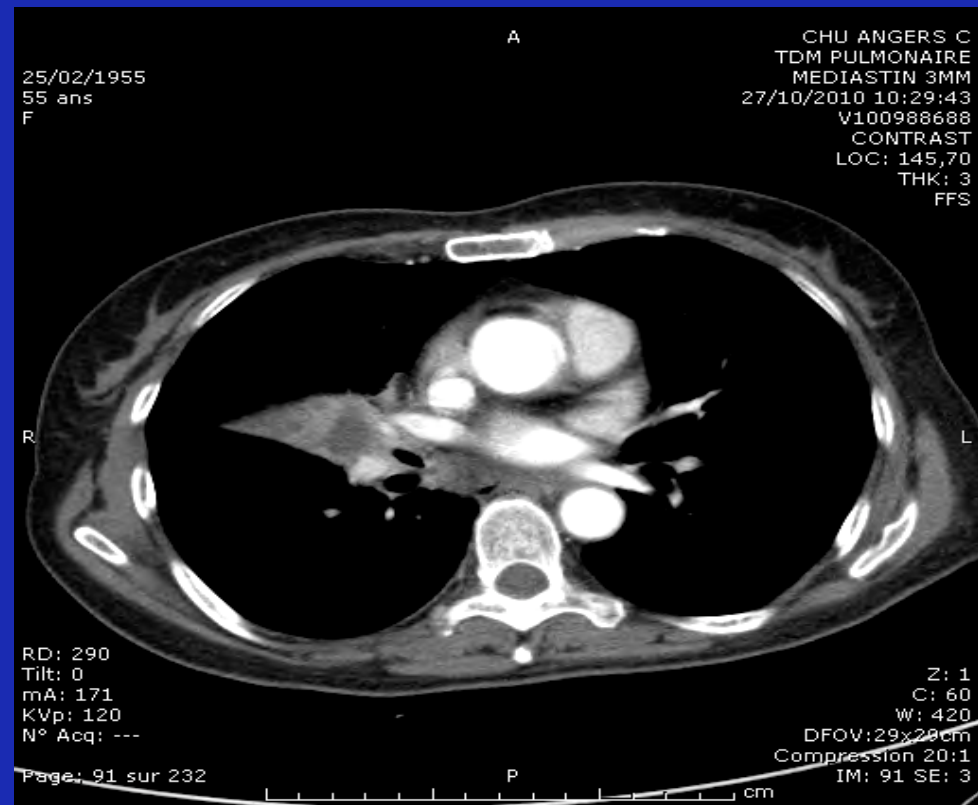
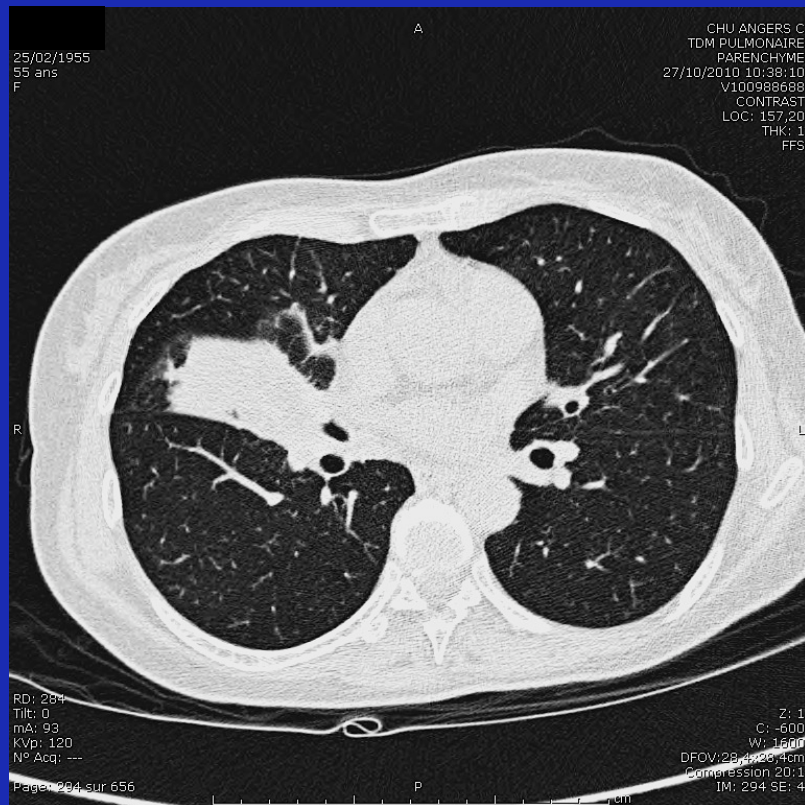
5. Une radiographie de thorax

VIH : - transaminases : 1 ½ N

... radiographie du thorax



Un scanner injecté est donc fait en externe



Quels examens prescrivez-vous ?

- 1. Une médiastinoscopie**
- 2. Un myélogramme**
- 3. Des BK tubages**
- 4. Un lavement baryté**
- 5. Une fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire**

1. Une médiastinoscopie
2. Un myélogramme
3. Des BK tubages
4. Un lavement baryté
2. Une fibroscopie bronchique avec LBA

BK direct négatifs => culture

... **fibroscopie** en externe (toujours pas de prise en charge sociale)

- Aspect endoscopique inflammatoire
- Anatomo-pathologie : intense inflammation bronchique ulcéro-nécrotique, quelques granulomes épithélioïdes
- Bactériologie : flore polymorphe sur milieux de culture standard, Ziehl-Nielsen négatif
- Parasitologie-mycologie : Grocott négatif

Les cultures restent négatives

Une médiastinoscopie est pratiquée :

Adénopathies avec coulée de nécrose.

**Saignement au retrait du
médiastinoscope**

**Anatomo-pathologie : tissus
nécrotique, quelques éléments
lympho-histiocytaires**

Bactériologie : quelques bacilles Gram négatif

Coloration de Ziehl et de Grocott négatives



- **La patiente sort le lendemain de l'intervention**
- **Elle revient à J3 de l'intervention :**
 - **fièvre à 39°C**
 - **tachycarde à 135 bat/mn**
 - **dyspnéique avec tirage inspiratoire**
 - **cicatrice de médiastinoscopie inflammatoire avec présence d'un voussure**
- **Une nouvelle TDM thoracique avec injection est demandé**

Le radiologue constate au moment de l'injection que le produit de contraste ne diffuse pas

Quelles sont vos hypothèses ?

- 1. Allergie à l'iode**
- 2. Nécrose tubulaire aiguë**
- 3. Viscosité du produit trop importante**
- 4. Arrêt cardio-respiratoire**
- 5. Cathlon bouché**

1. Allergie à l'iode

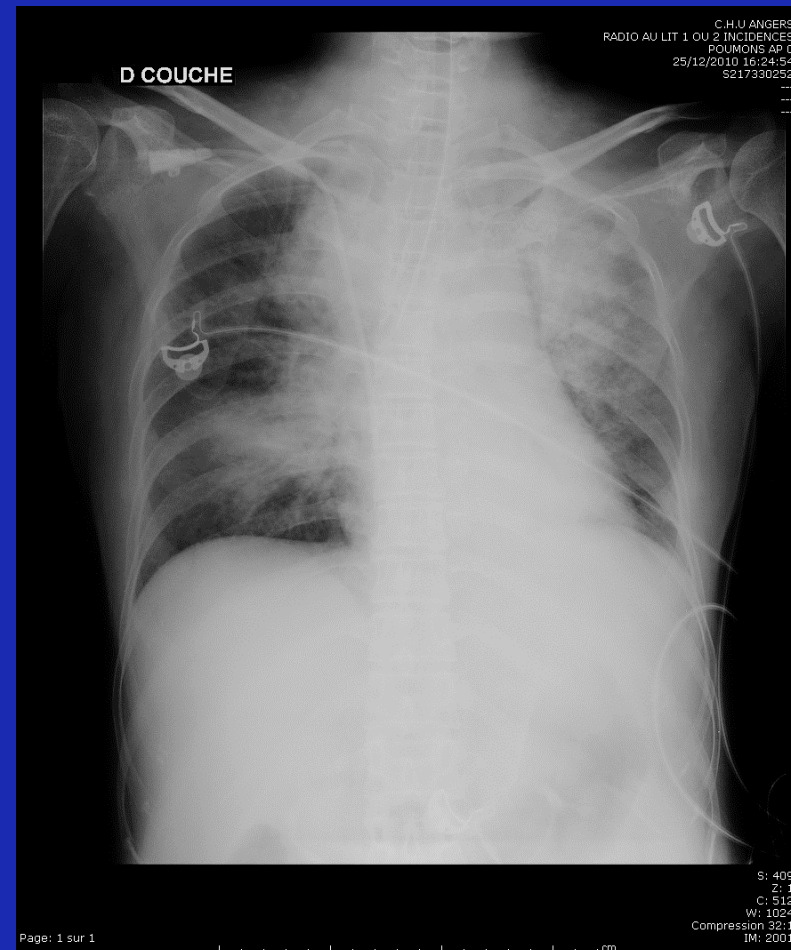
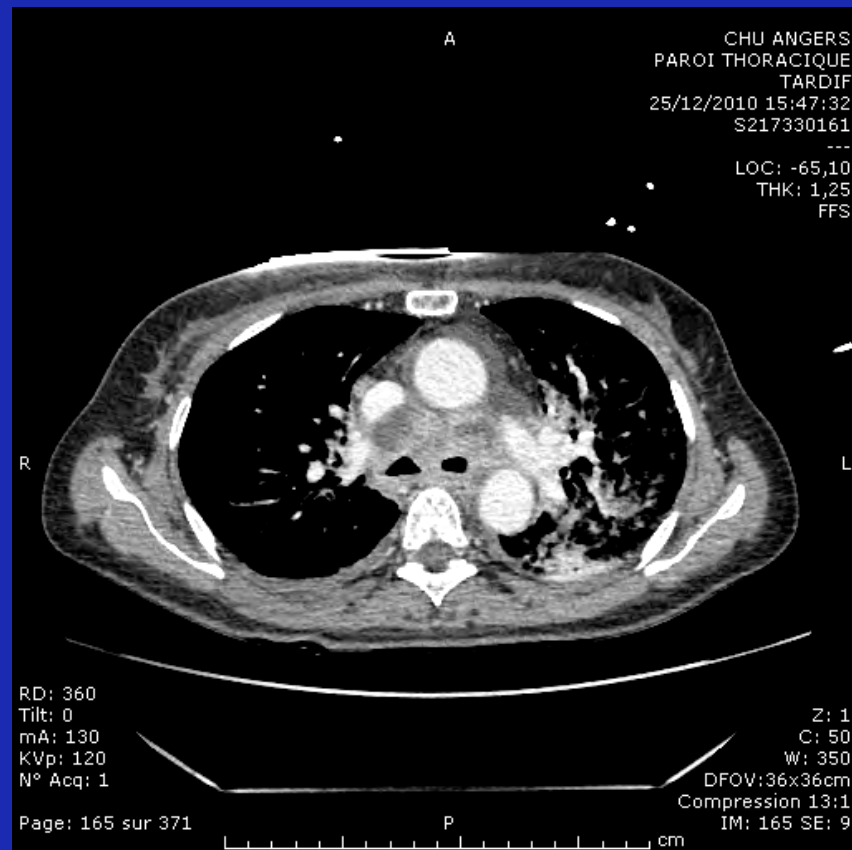
2. Nécrose tubulaire aiguë

**3. Viscosité du produit
trop importante**

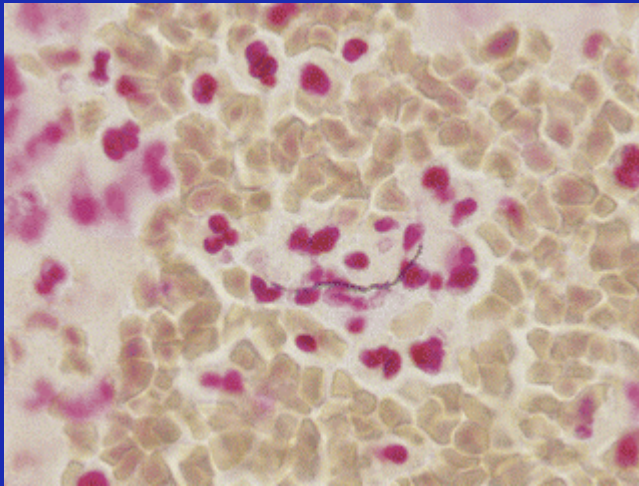
4. Arrêt cardio-respiratoire

5. Cathlon bouché

Le cœur repart... la TDM peut être faite. Résultat :



...et les cultures poussent



BGN bipolaire, aérobie strict

Catalase + Oxydase +

Mobile

R colistine, R gentamycine

**R amoxicilline, S amoxicilline-ac.
clavulanique**



Milieu d'Ashdown

D'après RMSMC

Quel est votre diagnostic ?

1. Médiastinite nosocomiale
2. Pneumocystose
3. Médiastinite à *Burkholderia pseudomallei*
4. Tuberculose ganglionnaire
5. Lymphome de Burkitt

1. Médiastinite nosocomiale

2. Pneumocystose

3. Médiastinite à

Burkholderia pseudomallei

4. Tuberculose ganglionnaire

5. Lymphome de Burkitt

Quel traitement initial proposez-vous ?

- 1. Rifampicine**
- 2. Ceftazidime**
- 3. Fluoroquinolone**
- 4. Imipénème**
- 5. Cotrimoxazole**
- 6. Doxycycline**

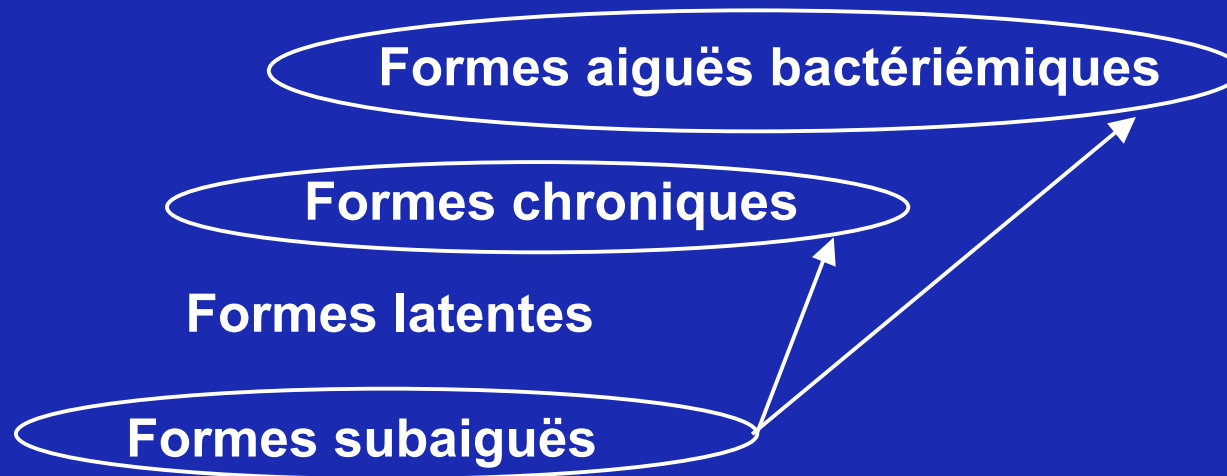
1. Rifampicine
2. Ceftazidime
3. Fluoroquinolone
4. Imipénème
5. Cotrimoxazole
6. Doxycycline

Évolution :

- **Positivité des hémocultures aérobies**
- **Traitement par imipénème-cilastatine**
- **Encéphalopathie post-anoxique fatale**
- **Décès en réanimation 15 jours plus tard**

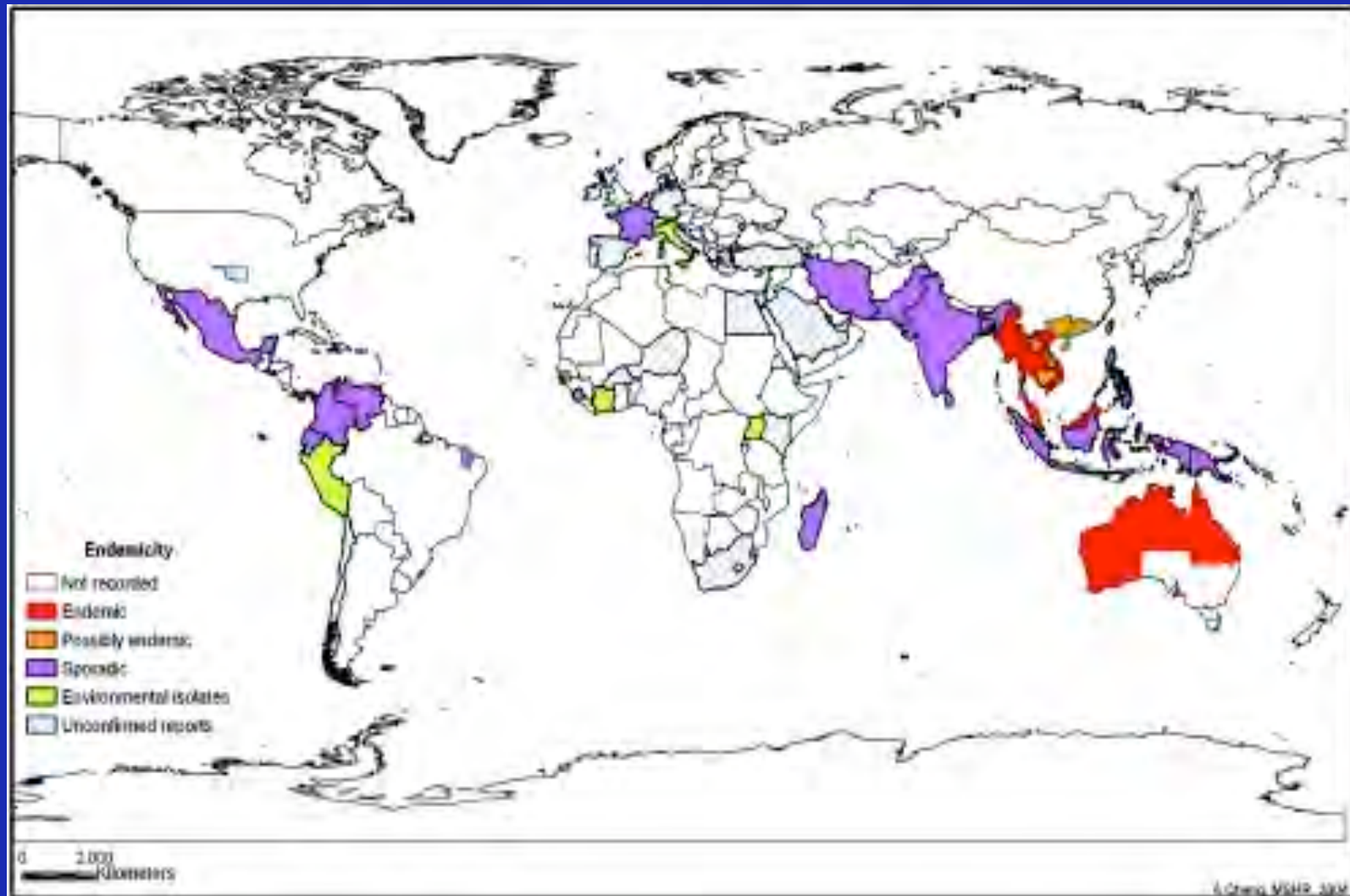
***Bulkorderia pseudomallei* (bacille de Whitmore)**

- Réservoir : environnement hydro-tellurique
- Transmission par 2 voies principales : contact direct (plaies souillées) et voie aérienne (inhalation de poussière contaminée)
- Hôte : homme/mammifères domestiques et sauvages
- Facteur de risque : diabète++/immunodépression



Formes pulmonaires pseudo-tuberculeuses : pneumopathie, adénopathie, épanchement pleural, perte de poids, hémoptysies

Répartition de la mélioïdose



Recommandations de traitement

Traitement IV

- 3 semaines
- Imipenem-cilastatine : 50 mg/kg/j (4g max)
+ doxy si cas sévère
- Ceftazidime IVSE : 6 g/j avec dose de charge
- Amoxicilline-acide clavulanique : 8 g/j en 6 prises

Relais per os

- 20 semaines
- TMP (6 à 8 mg/kg/j)/SMX (40mg/kg/j) en 2 prises
- Doxycycline (4mg/kg/j) en dose unique
- Amoxicilline-ac.clavulanique (60 mg/kg/j) en 3 doses

La bactériologiste est inquiète pour ses techniciennes, les prélèvements ayant été manipulés sans précaution particulières.

Quelle conduite à tenir ?

- 1. Hospitalisation pour surveillance de tout le personnel exposé**
- 2. Antibioprophylaxie par ceftazidime 5 jours pour le personnel exposé**
- 3. Aucune antibioprophylaxie**
- 4. Traitement post-exposition par triméthoprim-sulfaméthoxazole**

1. Hospitalisation pour surveillance de tout le personnel exposé
2. Antibioprophylaxie par ceftazidime 5 jours pour le personnel exposé
3. Aucune antibioprophylaxie
4. Traitement post-exposition par triméthoprim-sulfaméthoxazole

*Ttt post exposition recommandé en cas d'exposition avérée
à mettre en place dès que possible
Adulte et enfant : TMP (6 à 8 mg/kg/j)/SMX (40mg/kg/j)
en 2 prises x10 jours*