

- **M. G., 32 ans, né en France métropolitaine, militaire**
- **En Guyane depuis 1 an et demi**
- **Aucun antécédent, aucun traitement**
- **Nombreux voyages sur tous les continents**
- **Baignade en forêt, consommation de l'eau de rivière en forêt**
- **Pas de morsure, « pas de relations sexuelles à risque »**

# Présentation du cas

- **Fièvre à 39° C, altération de l'état général, courbatures, sueurs abondantes depuis 24h**
- **Dernière mission en forêt il y a 3 semaines**
- **Pas d'autres plaintes**

# **Q1 / Quels examens spécifiques réalisez vous aux urgences?**

- 1) Frottis / Goutte épaisse**
- 2) Antigène NS1 ou PCR Dengue**
- 3) Sérologie VIH**
- 4) Sérologie toxoplasmose**
- 5) Sérologie Fièvre Q**

# Q1 / Quels examens spécifiques réalisez vous aux urgences?

- 1) Frottis / Goutte épaisse
- 2) Antigène NS1 ou PCR Dengue
- 3) Sérologie VIH
- 4) Sérologie toxoplasmose
- 5) Sérologie Fièvre Q

# Suite du cas

- Finalement il vous montre une plaie au niveau du coude qu'il s'est faite à l'entraînement avec un aspect inflammatoire en regard, une adénopathie axillaire. Reste de l'examen normal.
- Biologiquement : FGE négatif, sérologie VIH négative, CRP 80mg/L, hyperleucocytose 10G/L, sans autre anomalie, bilan hépatique normal, fonction rénale normale. NS1 négatif.
- Radiographies coude et thorax normales.

# Suite du cas

- **Diagnostic de dermohypodermite non nécrosante**
- **Retour à domicile sous Augmentin**
- **Consultation post-urgences en maladies infectieuses**

# Suite du cas

- Reconsulte à J3 pour malaise sans perte de connaissance
- Cliniquement : fébrile à 39° C, hémodynamique stable, douleur abdominale et hypochondre droit. Diarrhée non glairo-sanglante. Décrit une hématurie. Localement toujours inflammatoire.
- Biologiquement : CRP : 457mg/L, leucocytes 14G/L, Plaquettes 120G/L, cytolyse hépatique 2N, créatininémie 115μmol/L

## Q2/ Quelles hypothèses jugez vous les plus probables ?

- 1) **Leptospirose**
- 2) **Dengue**
- 3) **Dermohypodermite résistante à l'Augmentin**
- 4) **Fièvre typhoïde**
- 5) **Fièvre Q**



## Q2/ Quelles hypothèses jugez vous les plus probables ?

1) Leptospirose

2) Dengue

3) Dermohypodermite résistante à l'Augmentin

4) Fièvre typhoïde

5) Fièvre Q

## **Q3/ Que faites vous (plusieurs réponses) ?**

- 1) Hospitalisation et antibiothérapie probabiliste par C3G**
- 2) Hospitalisation et antibiothérapie par PIP-TAZ**
- 3) Retour à domicile avec Pristinamycine**
- 4) Imagerie abdominale (TDM ou échographie)**
- 5) Pas d'imagerie**

## Q3/ Que faites vous (plusieurs réponses) ?

- 1) Hospitalisation et antibiothérapie probabiliste par C3G
- 2) Hospitalisation et antibiothérapie par PIP-TAZ
- 3) Retour à domicile avec Pristinamycine
- 4) Imagerie abdominale (TDM ou échographie)
- 5) Pas d'imagerie

# TDM AP – temps portal



## Q4/ Quels diagnostics vous semblent les plus probables ?

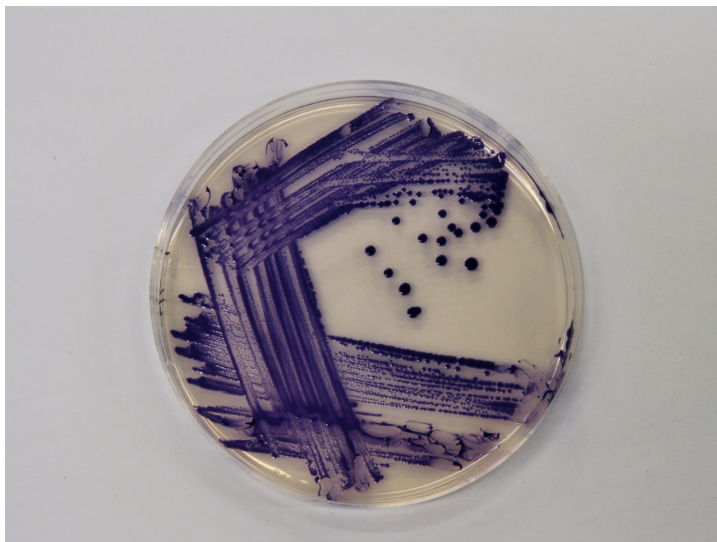
- 1) Endocardite infectieuse
- 2) Candidose hépato-splénique
- 3) Brucellose
- 4) Infection à Kp hypervirulente
- 5) Melioïdose

## Q4/ Quels diagnostics vous semblent les plus probables ?

- 1) Endocardite infectieuse
- 2) Candidose hépato-splénique
- 3) Brucellose
- 4) Infection à Kp hypervirulente
- 5) Melioidose

# Suite du dossier

- Patient toujours fébrile sous C3G + Flagyl
- Hémoculture



# *Chromobacterium violaceum* - Caractéristiques

- **Bacille Gram négatif mobile**
- **Aéro-anaérobie facultatif**
- **Oxydase +, catalase +, violacéine +**
- **Ubiquitaire : environnements humides des régions tropicales (Asie SE, Amérique du Sud, Océanie)**
- **Première description 1875**
- **1927-2022 : environ 200 cas décrits chez l'homme**



# *Chromobacterium violaceum* - Clinique

- Sujets jeunes, enfants
- Incubation rapide
- Lésions cutanées (70%)
- Douleur abdominale, sepsis
- Bactériémie (>50%)
- Abscesses profonds (50%) : foie > poumon > rate
- Mortalité 30%-50%
- Tableau proche de la Mélioiïdose

## ***Chromobacterium violaceum* infection: A clinical review of an important but neglected infection**

Yang, Ching-Huei<sup>a,\*</sup>; Li, Yi-Hwei<sup>b</sup>

## ***Chromobacterium violaceum* Pathogenicity: Updates and Insights from Genome Sequencing of Novel *Chromobacterium* Species**

 Juliana H. Batista and  José F. da Silva Neto\*

## *Chromobacterium violaceum*: A Review of an Unexpected Scourge

[Bachti Alisjahbana](#),<sup>1,2</sup> [Josephine Debora](#),<sup>1</sup> [Evan Susandi](#),<sup>1</sup> and [Guntur Darmawan](#)<sup>3</sup>

# *Chromobacterium violaceum* – Facteurs favorisants

- Traumatisme cutané
- Baignade
- Âge jeune
- Déficit immunitaire : granulomatose septique chronique

Clinical and demographic pattern of chronic granulomatous disease (CGD) from a multicenter perspective: Malaysia's experience over 26 years

[Lokman Mohd Noh](#),<sup>1,2</sup> [Amir Hamzah Abdul Latiff](#),<sup>3</sup> [Intan Hakimah Ismail](#),<sup>4</sup> [Rahim Md Noah](#),<sup>5</sup> [Asrul Abdul Wahab](#),<sup>6</sup> [Intan Juliana Abd. Hamid](#),<sup>7</sup> [Adiratna Mat Ripen](#),<sup>8</sup> [Nasuruddin B. Abdullah](#),<sup>9,10</sup> [Kamarul Azhar Razali](#),<sup>11</sup> [Norzila Zainudin](#),<sup>12,13</sup> [Florence Bakon](#),<sup>14</sup> [Long Juan Kok](#),<sup>15</sup> [Adli Ali](#),<sup>16</sup> [Bilkis Banu SAbd Aziz](#),<sup>16</sup> [Hasniah Abdul Latif](#),<sup>16</sup> [Siti Mardhiana Mohamad](#),<sup>17</sup> [Zarina Thasneem Zainudeen](#),<sup>7</sup> [Ilie Fadzilah Hashim](#),<sup>7</sup> [Iean Hamzah Sendut](#),<sup>18,19</sup> [Thiyagar Nadarajaw](#),<sup>20</sup> [Faizah Mohamed Jamil](#),<sup>21</sup> [David C. E. Ng](#),<sup>22,23</sup> and [Mohd Azri Zainal Abidin](#)<sup>4</sup>

The Brief Case: Recurrent *Chromobacterium violaceum* Bloodstream Infection in a Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase (G6PD)-Deficient Patient with a Severe Neutrophil Defect

Phyu M. Thwe,<sup>a</sup> Daniel A. Ortiz,<sup>a</sup> Alyssa L. Wankewicz,<sup>b</sup>  J. Patrik Hornak,<sup>c</sup> Natalie Williams-Bouyer,<sup>a</sup>  Ping Ren<sup>a</sup>

# *Chromobacterium violaceum* - Antibiorésistance

Résistance	Variable	Sensibilité
Pénicillines	PIP-TAZ (60-80% S)	Carbapénèmes
Céphalosporines	CEFEPIME (40-70% S)	Quinolones
Colistine		TMP/SMX
		Cyclines
		Aminosides

# ***Chromobacterium violaceum* – Prise en charge**

- **Absence de recommandations**
- **Privilégier bithérapie IV initiale ?**
- **Traitement prolongé 6 sem – 3 mois ?**
- **Drainage des abcès**
- **Recherche des facteurs favorisants**
- **Surveillance prolongée car risque de rechute**

# *Chromobacterium violaceum* - Perspectives

- Violacéine et *quorum sensing*
- Activité anti-bactérienne, anti-fongique , anti-parasitaire, anti-cancéreuse
- Pathologie émergente → réchauffement climatique

Review > Asian Pac J Trop Med. 2017 Aug;10(8):744-752.

doi: 10.1016/j.apjtm.2017.07.022. Epub 2017 Aug 19.

**Recent research advances on *Chromobacterium violaceum***

Vijay Kothari <sup>1</sup>, Sakshi Sharma <sup>2</sup>, Divya Padia <sup>2</sup>

# Suite du cas

- **Traitement par TMP/SMX et Ciprofloxacin**
- **6 semaines**
- **Evolution favorable, absence de rechute à distance**

# Remerciements



Pr Djossou, Pr Epelboin, Dr Broudic  
Unité des maladies infectieuses et tropicales  
Laboratoire de bactériologie

