

Gentiane Monzel, Stéphane Jauréguiberry
Marine de Laroche, Eric Caumes
SMIT. Pitié-Salpêtrière. Paris



- Ivoirien de 50 ans, sans ATCD
- Retour de Côte d'Ivoire depuis 1 an 3 mois après le retour...
- Fistulisation spontanée
- Apyrétique, reste de l'examen normal
- NFS :
GB normaux
Hb = 7,7 g/dl
Lympho = 800/mm³
- Echec de l'amoxicilline + acide clavulanique...



Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?

- 1. Tuberculose cutanée**
- 2. Eczéma**
- 3. Eczéma surinfecté**
- 4. Dermohypodermite bactérienne streptococcique**
- 5. Dermohypodermite bactérienne non streptococcique**

1. Tuberculose cutanée

2. Eczéma

3. Eczéma surinfecté

4. Dermohypodermite bactérienne streptococcique

5. Dermohypodermite bactérienne non streptococcique

Que faites vous ?

- 1. Biopsie cutanée**
- 2. Ponction de l'abcès**
- 3. Incision drainage chirurgical**
- 4. Prélèvement bactériologique du pus**
- 5. Sérologie VIH**

- 1. Biopsie cutanée**
- 2. Ponction de l'abcès**
- 3. Incision drainage chirurgical**
- 4. Prélèvement bactériologique du pus**
- 5. Sérologie VIH**

Les prélèvements bactériologiques reviennent (+)
à *Burkholderia pseudomallei*


La sérologie VIH est (+), CD4 = 133/mm³

Quel(s) est(sont) votre(vos) diagnostic(s) ?

1. Dermo-hypodermite chronique
à *Burkholderia pseudomallei*
2. Morve
3. Mycétome
4. Mélioïdose
5. Abscès froid tuberculeux

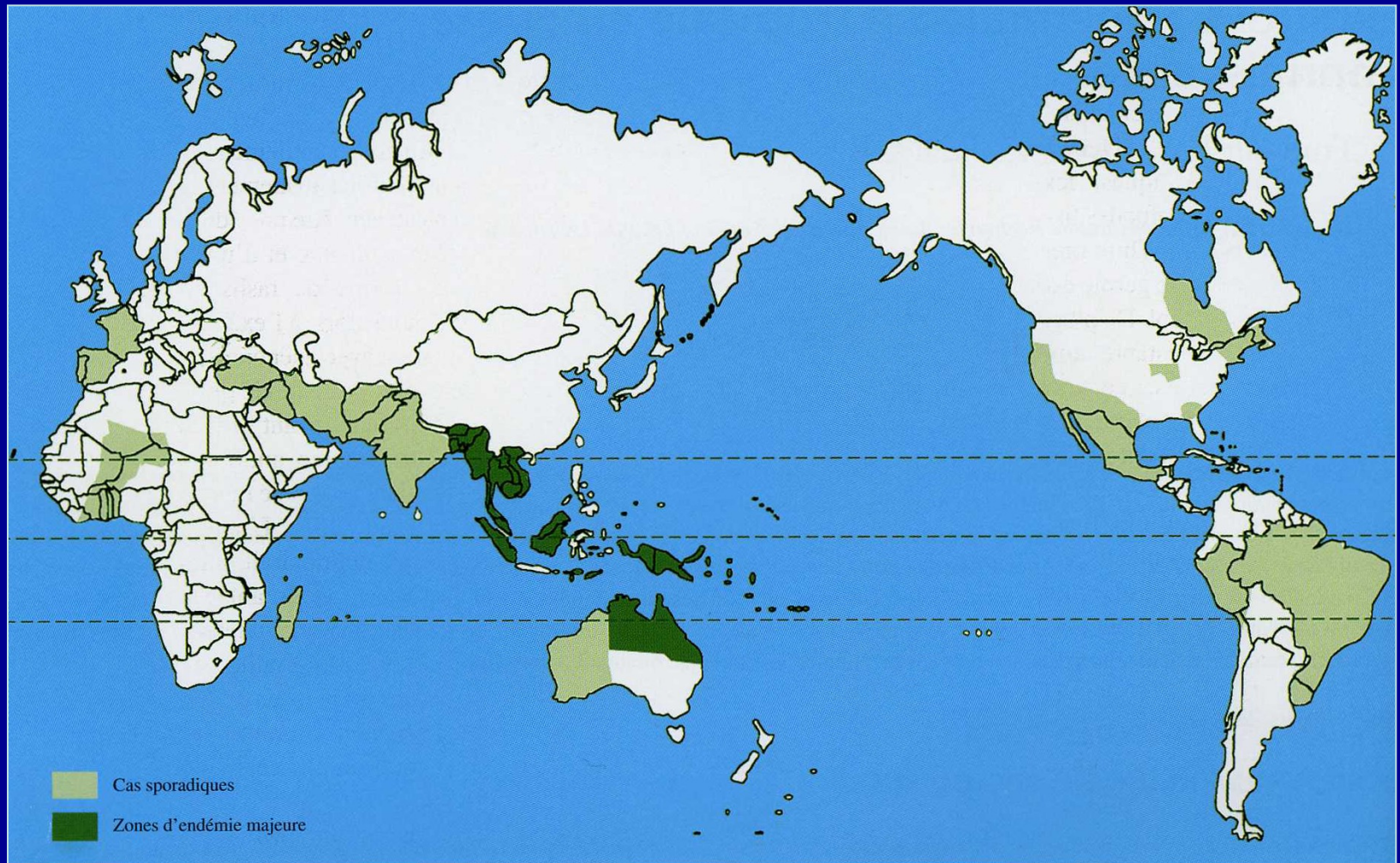
1. Dermo-hypodermite chronique à *B. pseudomallei*
2. Morve
3. Mycétome
4. Mélioïdose
5. Abscès froid tuberculeux

Mélioïdose

- Facteur de risque : diabète, alcoolisme chronique, **immunodépression**, thalassémie, néphropathie
- Incubation longue
- Clinique variable : formes localisées subaiguës ou chroniques  formes septicémiques
- Mortalité 50% dans les formes systémiques
- Confirmation par la culture bactérienne, mais dans un laboratoire spécialisé...

Limmathurotsakul D, et al. Nat Microbiol 2016

**A évoquer devant une dermatose d'allure infectieuse,
d'évolution chronique, au retour de voyage en pays
tropical**



Mélioïdose et VIH

- L'infection VIH ne semble pas être un FDR majeur de mélioïdose
- Pas d'influence sur la présentation clinique ni sur le pronostic

Chierakul W et al. Am J Trop Med Hyg. 2005

Quel traitement d'attaque proposez vous ?

- 1. Ceftazidime**
- 2. Méropénème**
- 3. Aminoglycoside**
- 4. Durée du traitement : 10-30 jours**
- 5. Chirurgie**

1. Ceftazidime

2. Méropénème

3. Aminoside

4. Durée : 10-30 jours

5. Chirurgie

... et quel traitement d'entretien ?

- 1. Cotrimoxazole**
- 2. Rifampicine**
- 3. Amoxicilline + acide clavulanique**
- 4. Durée du traitement : 60 jours**
- 5. Amoxicilline**

1. Cotrimoxazole

2. Rifampicine

3. Amoxicilline + acide clavulanique

4. Durée : 60 jours

5. Amoxicilline

Traitement de la mélioïdose

- Étude MERTH (Meliodosis Eradication Therapy)
- Chirurgie : incision (excision)-drainage
- Deux phases :
 - Attaque :
 - ceftazidime ou méropénem + TMP/SMX + doxycycline
 - 10j à 4 semaines selon la forme clinique
 - Entretien:
 - cotrimoxazole et/ou amoxicilline/acide clavulanique et/ou doxycycline
 - minimum 12 semaines
- Mortalité élevée (forme systémique)
- Rechute fréquente