

Annales UE 6

Suggestion de correction par Ali Bellamine

Table des matières

2013-2014.....	2
2ème session.....	2
Cas clinique n°1.....	2
Cas clinique n°2.....	3
2012-2013.....	4
1ère session.....	4
Cas clinique n°1.....	4
Cas clinique n°2 :.....	6
2011-2012.....	8
1ère session.....	8
Dossier 1.....	8
Dossier n°2.....	10

2013-2014

2ème session

Cas clinique n°1

1. Pneumocystose sur un terrain de VIH mal contrôlé compliqué d'une insuffisance respiratoire aiguë

Arguments :

- Terrain : VIH non contrôlé, donc CD4 probablement $< 200/\text{mm}^3$
- Interrogatoire : Résistance au traitement par Amoxicilline et macrolide
- Signes généraux : Fièvre modérée 38°C , Toux sèche, Altération de l'état général
- Clinique : Auscultation pulmonaire normale : argument contre un DD de PFLA
- Examens complémentaires : syndrome interstitiel bilatéral

2. Examens à visée diagnostique :

- LBA avec recherche de pneumocystis jiroveci :
 - Examen direct
 - Impossible de cultiver pneumocystis jiroveci

3. Traitement :

- Hospitalisation
- Cotrimoxazole (Bactrim) forte dose IV pendant 3 semaines
- Si allergie : atovaquone
- Corticothérapie car $\text{SaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$

4. Traitement complémentaire :

- A froid :
 - Bilan du VIH : charge virale, typage lymphocytaire CD4/CD8, sérologie VHB, VHC, Syphilis (TPHA-VDRL), Toxoplasmose, Recherche de l'antigène pp65 (CMV), marqueurs virologique CMV
 - Traitement du VIH : 2 inhibiteurs nucléosique/nucléotique de la Transcriptase Inverse + 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
 - Adapter selon le traitement introduit initialement, si traitement introduit et selon observance du traitement
 - Si suspicion de résistance, remplacer l'inhibiteur non nucléosidique par un inhibiteur de protéase (faible résistances aux IP)

- Prophylaxie secondaire de Pneumocystose et primaire de Toxoplasmose par Bactrim PO tant que CD4 < 200/mm³
- Si CD4 < 50/mm³ : prophylaxie primaire de mycobactérie atypique par Azithromycine PO

5. Au bout de 6 mois la charge virale doit être indetectable, donc < 50 copies / mL

Cas clinique n°2

1. Hypothèses diagnostiques :

- Paludisme : fièvre en retour de zone d'endémie
- Fièvre typhoïde : durée d'incubation 1/2 semaines (peux concorder car séjour de 3 semaines), fièvre, gargouillement fosse iliaque D, diarrhée liquide, asthénie, splénomégalie, pouls dissocié (fièvre avec FC normal), leucopénie, cytolysé hépatique
- Primo-infection VIH
- Arbovirus
- Hépatite A (durée d'incubation 15-45 jours)

2. BGN concordant avec une infection à *Salmonella enterica* var Typhi (fièvre typhoïde).
Diagnostic le plus probable : Fièvre typhoïde en phase d'invasion (cas absence de trouble neuropsychologique, d'atteinte cutanée).

Voir au dessus pour les arguments.

3.

- Bilan étiologique :
 - Hémoculture
 - Coproculture
 - Sérologie VIH, VHA
 - Frottis sanguin / Goutte épaisse
 - Sérologie Dengue et Chikungunya (Arbovirus)

4.

hémocultures

5.

- Hospitalisation
- Hydratation
- Isolement entérique

- Antibiothérapie : C3G (ceftriaxone) puis selon l'antibiogramme : FQ (ofloxacine)
- Surveillance

2012-2013

1ère session

Cas clinique n°1

1. je vais pas m'y risquer, je laisse des gens plus doués que moi en description d'images le faire

2. Tuberculose maladie pulmonaire et ganglionnaire

- Terrain :
 - Origine sénégalaise voyageant régulièrement au Sénégal
 - Contact avec un sujet à prioris bacillifère il y a 8 mois
- Signes généraux :
 - AEG
 - Asthénie
 - Sueurs nocturnes
- Plaintes fonctionnels :
 - Toux
 - Hémoptysie
- Signes cliniques :
 - Rales crépitants au niveau de l'apex
 - Adénopathie cervicale avec écoulement
- Paraclinique :
 - Scanner en faveur

3. Hospitalisation et isolement respiratoire

4.

- Bilan étiologique :
 - 3 BK crachats
 - Si pas d'expectorations : 3 BK tubages
 - Si négatifs : fibroscopie avec LBA puis 3 BK tubages
 - Hémoculture avec examen direct en coloration de Ziehl et Nielsen, culture sur milieu de Lowenstein, avec antibiogramme

- Biopsie ganglionnaire et envoi en anapath à la recherche de granulome épithélioïdes avec nécrose caséuse
- Bilan pré-thérapeutique :
 - Fond d'oeil, vision des couleurs, champs visuel avant instauration d'Ethambutol
 - Uricémie pour le Pyrazinamide
 - Bilan hépatique, bilan rénal
 - Recherche d'une co-infection VIH après accord de la patiente
 - betaHCG : patiente jeune, et contre-indication de la pyrazinamide chez la femme enceinte

5. Traitement par :

- Isoniazide pendant 2 mois, 5mg
- Rifampicine pendant 2 mois, 10 mg
- Ethambutol pendant 6 mois, 20 mg
- Pyrazinamide pendant 6 mois, 30 mg

Au total : 2 mois de quadrithérapie et 4 mois de bithérapie.

On ajoute de la vitamine B6 pour prévenir les neuropathies périphériques due à l'Isoniaside : si sujet à risque : dénutrition, grossesse, co-infection VIH, alcoolisme, insuffisance rénale

6.

- Au niveau du traitement :
 - Prévenir la patiente de la nécessité d'une bonne observance
 - Arrêt des contraceptifs oestro-progestatifs et mise sous une contraception efficace
 - Surveillance :
 - NFS, transaminase : J7-J14, J30 puis tous les 2 mois
 - Radio de thorax : J15, J30, M2, M4, M6
 - Recherche du BK dans les expectorations, tous les 10 jours, isolement levé lorsque 3 BK crachat négatifs
- Prise en charge à 100 % ALD 30
- Déclaration obligatoire à l'ARS et au CLAT avec instauration d'un dépistage des sujets contact

7.

Epoux : non infecté

Fils : Vacciné il y a moins de 10 ans : infection latente si IDR > 15mm, primo-infection si virage de IDR > 10 mm entre 2 IDR, ici ni l'un ni l'autre.

Mais radio de thorax trouve un médiastin élargi : discuter d'un test à l'interféron pour confirmation ?

Fille : IDR phlycténulaire considéré comme positif, mais signification incertaine...

Discuter une prophylaxie primaire :

- Isoniazide : 6 mois
- Ou Isoniazide + Rifampycine : 3 mois

Cas clinique n°2 :

1.

Interrogatoire lors de la découverte d'un VIH :

- Profession
- Conditions de vie
- Marié ? Statut virologique du conjoint ?
- Nombre de partenaires sexuelles, leurs statut virologique, rapports protégés ? Mode de contraception ?
- Exposition aux toxiques : alcool, tabac, toxicomanie ?
- Allergie médicamenteuses ? Vaccination ?
- FDRCV

2.

- Typage lymphocytaire CD4/CD8
- Charge virale
- Génotypage : antivirogramme, recherche de mutation de resistances
- NFS, Plaquette, Bilan hépatique, rénal
- Sérologie : Toxoplasmose, CMV, VHB, VHC, Syphilis
- Bilan des IST : chlamydia, gonocoque
- Si CD4 < 200 :
 - Antigénémie pp65
 - Fond d'oeil à la recherche d'une retinite
 - Radio de thorax
- Si CD4 < 50 :
 - Recherche de mycobactéries atypiques aux hémocultures

3.

- Introduction d'un traitement par AZT/3TC
- Objectif : charge virale indetectable à 6 mois
- Suivi régulier :
 - Examen gynéco et frottis tous les ans
 - Sérologie toxoplasmose et CMV annuelle si négatives
 - A 2-4 semaines du traitement, puis tous les 3-6 mois, consultation de suivi :
 - Contrôle de l'observance du traitement
 - Tolérance : NFS, Plaquette, bilan hépatique, rénale, cholestérol, triglycémie
 - Efficacité
- Si CD4 > 500 et charge virale basse : accouchement possible par voie basse si charge virale indetectable, perfusion d'AZT jusqu'à clampage du cordon

4.

- Toxoplasmose cérébrale
- Encéphalite à CMV
- Cryptococcose
- Méningite tuberculeuse

5. Scanner cérébral, injecté

Masse hypodense au niveau du lobe frontal gauche, bien délimité avec prise de contraste au niveau de la paroi avec effet de masse.

Images en faveur d'un abcès cérébral au niveau du lobe frontal gauche.

En faveur d'une Toxoplasmose cérébrale :

- Patiente perdue de vue : probable mauvaise observance du traitement
- Fièvre, céphalée, confusion
- Présence d'un abcès cérébral

6.

- Bilan du VIH : charge virale, typage lymphocytaire CD4/CD8, sérologie VHB, VHC, Syphilis (TPHA-VDRL), Recherche de l'antigène pp65 (CMV), marqueurs virologique CMV
- Pas d'intérêt de la sérologie
- PCR Toxoplasmose dans le LCR ? → Effet de masse, on ne peut pas faire la PL

7.

- Hospitalisation
- Association de pyriméthamine + sulfathiazine + acide folinique pendant 6 semaines
- Ou Bactrim IV

8.

Surveillance ?

Diagnostic de certitude : biopsie cérébrale stéréotaxique

9. A froid, prise en charge du VIH :

- Bilan du VIH : charge virale, typage lymphocytaire CD4/CD8, sérologie VHB, VHC, Syphilis (TPHA-VDRL), Recherche de l'antigène pp65 (CMV), marqueurs virologique CMV
- Traitement du VIH : 2 inhibiteurs nucléosique/nucléotique de la Transcriptase Inverse + 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
- Prophylaxie secondaire de Pneumocystose et primaire de Toxoplasmose par Bactrim PO tant que $CD4 < 200/mm^3$
- Si $CD4 < 50/mm^3$: prophylaxie primaire de mycobactérie atypique par Azithromycine PO
- Surveillance

10.

- Au bout d'un mois : baisse de la CV de 2 log
- Au bout de 3 mois : $CV < 400/mL$
- Au bout de 6 mois : $CV < 50/mL$ (indetectable)

2011-2012

1ère session

Dossier 1

1. Suspicion de méningo encéphalite, on réalise en dehors de la PL :

- Une TDM cérébrale à la recherche de contre-indications à la PL, et de signes en faveur d'une méningo encéphalite herpétique : hypodensité au niveau du lobe temporal
- Un EEG

- Bilan bactériologique : hémocultures, sérologie VIH

2. Ponction lombaire en faveur d'une méningite à liquide clair avec hypoglycorachie et hyperprotéinorachie.

Diagnostic actuel : méningo encéphalite sub-aigue à liquide clair avec signes de localisation et rhombencéphalite.

Germes suspectés : (devant hypoglycorachie à prédominance lymphocytaire)

- Bacille de Koch
- Listeria
- On n'exclut pas la méningo-encéphalite herpétique

3.

- Hospitalisation en médecine
- Traitement probabiliste par ? (je mettrais Aciclovir IV pour avoir un truc à répondre à la question 5)
- Mesures neuroprotectrices :
 - Hydratation et correction des troubles hydroélectrolytiques
 - Antipyrétiques si fièvre
 - Correction de la glycémie
 - Anticonvulsivants si convulsions

4. Méningo-encéphalite à Listeria

Arguments :

- Sujet agé
- Début subaigue
- Patiente immunodéprimée (traitement par chimiothérapie)
- Rhombencéphalite clinique
- Syndrome méningée clinique
- PL : liquide clair avec hypoglycorachie

Facteur d'exposition : ingestion de viande cru, lait ou plus rarement contact avec des animaux

5.

- Arrêt de l'aciclovir
- Traitement par Amoxicilline + Gentamycine 21 jours en l'absence d'allergie aux beta-lactamines

6.

Pas de contamination interhumaine

Mais : éviter de manger de la viande et autres aliments cru pendant sa grossesse pour éviter de l'attraper (ainsi que la toxoplasmose au passage)

7.

En fin de grossesse : risque de mort in utero, infections néonatales graves

Prévention :

- Mesures hygiéno-diététiques.
- Diagnostic et traitements précoces chez la femme enceinte (traitement \geq 3 semaines, en fait jusqu'à l'accouchement).
- Traitement du nouveau-né dans les 48 premières heures de vie

Signes ?

Dossier n°2

1. Pasteurellose

Germe : *Pasteurella multocida*

2. Car :

- Morsure par un chat
- Très douloureux
- Adénopathie satellite
- Clinique : plaie inflammatoire
- **Durée d'incubation : 3-6h pour Pasteurella**
- Liquide séro-hématique

3. On aurait alors évoqué :

- Une maladie des griffes de chat
- Une tularémie
- ?

4.

- Lavage
- Parage
- Désinfection
- On ne suture pas les morsures

5. Pas d'antibiotiques prophylactiques. Mais antibiothérapie de la pasteurellose :

- Amoxicilline pendant 7-10 jours PO en première intention
- Si allergie : fluoroquinolone ou Doxycycline

6.

- Dernier vaccin depuis + de 10 ans
- Plaie superficielle (mineure propre)
- Par conséquent : Rappel de vaccination antitétanique, pas d'antibiotiques prophylactiques ni d'immunoglobuline anti-tétanique