

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 13 août 2013

Hôpital cantonal de Genève

1) Un baiser compliqué : Dr L. Bochatay

2) Une drôle de pneumonie : Prof M.L. Simonet

Un jeune homme de 18 ans vient aux urgences avec des maux de ventre. Deux semaines auparavant il avait reçu des antibiotiques pour une suspicion de phlegmon periamygdalien dans le cadre d'une mononucléose (?).

Il a effectivement une lymphocytose avec de gros lymphocytes stimulés (cellules de Pfeiffer). Sa CRP est normale. Il a une cytololyse hépatique et une cholestase. Le foie et la rate sont normaux à l'US.

Il a mal au ventre car il a un globe vésical de 1000 ml. Après avoir été sondé, il est gardé à l'hôpital car son état général n'est pas très bon.

Le labo va confirmer une primo infection au virus Ebstein Barr (EBV) avec des IgM élevées. (ancienne infection CMV avec IgG>IgM).

Bizarre d'avoir une rétention urinaire aiguë au cours d'une mononucléose ???

On connaît l'hyperplasie de la prostate, la prostatite aiguë, éventuellement l'urétrite, les traumatismes péniens (pour le femmes : le post partum), les médicaments comme l'amytriptyline ou la nifédipine (que j'ai juste eu le temps de noter dans une longue liste) et les divers problèmes neurologiques centraux ou périphériques....

Mais, c'est décrit aussi lors d'infections à Herpès simplex (HSV1 et HSV2), ou lors de varicelle ou de zona (VZV), mais aussi lors d'infections à CMV ou EBV lorsqu'il y a une radiculite virale sacrale ou «syndrome d'Elsberg» pouvant se manifester par une constipation, dysfonction érectile et douleurs périnéales.

Le diagnostic est confirmé par la présence d'une pléiocytose modérée et d'une protéinorachie à la PL, ou d'une radiculite visible à l'IRM.

(Charles Elsberg, 1871-1948, neurochir.)



Pendant le week-end, l'état de notre patient se détériore en présentant une hypoesthésie des membres inférieurs et supérieurs; il est transféré aux soins intensifs, et l'IRM médullaire et cérébral montre une méningoencéphalite, ainsi qu'une myéloradiculite.

C'est un «ADEM» ou «acute disseminated encephalomyelitis» .

«L'ADEM est habituellement secondaire à une infection virale, bactérienne ou à une vaccination, mais peut aussi apparaître spontanément. Elle consiste en une inflammation [auto-immune](#) aboutissant à la destruction des gaines de [myéline](#) dans la substance blanche, et présente à cet égard des similitudes (physiopathologiques, cliniques et paracliniques) avec les poussées de [sclérose en plaques](#).

C'est une maladie rare dont l'[incidence](#) est de 0,8 cas/100'000 personnes/an et qui touche préférentiellement l'enfant et l'adolescent, la plupart des cas survenant entre 5 et 8 ans. Elle touche également les deux sexes.

L'épisode est aigu et dure quelques mois, évoluant vers une rémission complète dans 50 à 75 % des cas, des formes séquellaires dans 15 à 30 % des cas et la mort dans 5 % des cas. La récupération demande généralement 1 à 6 mois. (Wiki)»

Il y aurait un épitope partagé entre une protéine de base de la myéline et un antigène viral, entraînant cette agression autoimmune.

L'association EBV + ADEM est considérée comme rare...

Le traitement consiste en corticoïdes (10-30mg/kg/j), plasmaphérèse, et antivirau.x (Gancyclovir).

En ce qui concerne notre patient, ça s'est plutôt bien passé, il a récupéré, et ne garde que quelques troubles de l'attention (je crois)...

2) Un homme de 65 ans déjà opéré d'un remplacement valvulaire aortique (2009) suite à une endocardite, puis mitral (2012) est hospitalisé à la suite d'une dyspnée aiguë accompagnée d'orthopnée et de crachats hémoptoïques. Il est fébrile, a une saturation à 80%, présente un souffle systolique, des râles pulmonaires à droite et la RX confirme un infiltrat alvéolaire diffus mais nettement plus marqué à droite qu'à gauche.

Il a une leucocytose et une déviation gauche, le BNP est à 781 et la CRP à 233....

Le patient est hospitalisé aux soins intermédiaires pour une suspicion de bronchopneumonie et mis sous une double association d'Amoxicilline/ Ac. Clavulanique et Clarythromycine + O2 + CPAP.

Après 3 jours il est afebrile, mais a toujours une hypoxémie sévère avec un gradient arterio-alvéolaire important, et un galop à l'auscultation de son cœur.

La leucocytose diminue, la déviation gauche aussi, mais la CRP augmente.

La RX des poumons montre un infiltrat à D qui s'accroît.

C'est l'échocardiographie qui permettra de visualiser la fuite au niveau de la valve mitrale, et surtout l'écho transoesophagienne en 3D qui montrera qu'il s'agit d'une désinsertion partielle de bioprothèse dans le contexte probable d'une endocardite

dont le germe sera identifié lors du remplacement valvulaire et de la culture de la bioprothèse désinsérée.

Il s'agit d'un staph. *Lugdenensis* (car découvert à Lyon) et le traitement de Ceftriaxone/ Vancomycine/ Gentamicine est remplacé par Flucloxacilline/ Rifampicine pendant 6 semaines.

En reprenant le «rétroscope» on se dit qu'on aurait pu être plus attentif à :

1. ses antécédents valvulaires
2. l'apparition brusque de la dyspnée accompagnée d'orthopnée
3. les crachats non purulents mais hémoptoïques
4. le galop à l'auscultation
5. le BNP très élevé

et les radiologues nous confirment que lors de certaines insuffisances mitrales, le flux régurgité dans les veines pulmonaires droites est plus important qu'à gauche, entraînant un OAP unilatéral...

Donc ce n'était pas une bronchopneumonie...

CQFD !



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch