

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 27 Juillet 2021

Cas cliniques de médecine interne générale

Equipe SMIG - Prof Nicolas Garin

Pneumonie grave sans cause identifiée

Mr Piment a 62 ans et souffre de diabète. Il développe un état fébrile et une asthénie, suivie de toux sèche et dyspnée. Il consulte son médecin puis arrive aux urgences 4 jours plus tard. Il sature à 95% à l'air ambiant. Au status, on trouve un râle en base gauche et une hypoventilation en base droite.

Au labo on trouve une leucocytose discrète. Son frottis covid est négatif.

Radiographie du thorax: foyer dense dans le lobe inférieur droit

Le patient retourne à domicile avec poursuite du traitement de co-amoxicilline et suivi à 48h.

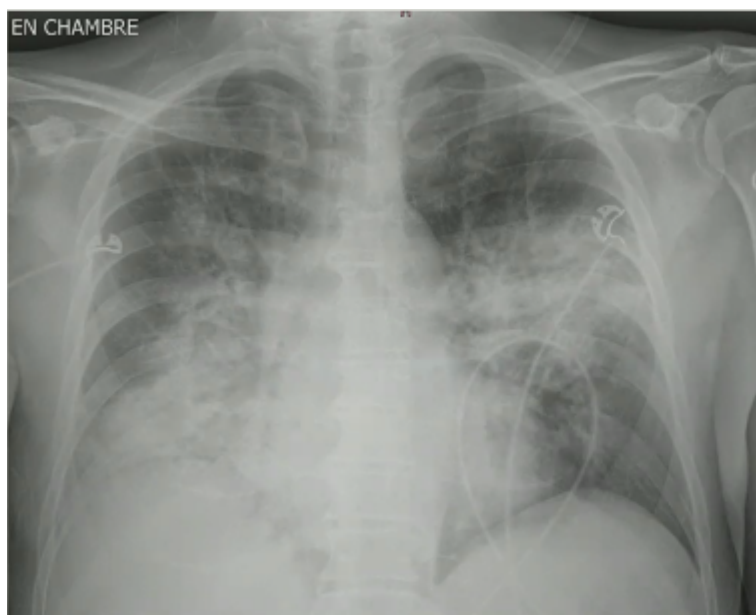
Deux jours plus tard, il ne va pas très bien, est dyspnéique au repos. Les râles sont maintenant bilatéraux.

Les antigènes urinaires pour la legionella et le streptocoque pneumoniae effectués à la première consultation sont revenus négatifs.

Un nouveau frottis Covid est négatif.

A la radiographie, le foyer s'est étendu.

Il est passé sous Levofloxacin 500mg /12h. Il est transféré aux soins intermédiaires et intubé dans les 24h.



Aux soins intensifs, les antigènes urinaires et le frottis covid sont à nouveau négatifs. Les examens directs du lavage broncho-alvéolaire sont négatifs pour: panel viral, covid, PCR *legionella*, *chlamydia* et *mycoplasma pneumoniae*.

Une leptospirose est suspectée et le patient est passé au pip-tazo et doxycycline.

Les sérologies pour la leptospirose, chlamydia Psittaci et Coxiella burnetii reviennent négatives par la suite.

Diagnostic: pneumonie à *legionella longbeachae*

(Les antigènes urinaires ne ciblent que *pneumophila*)

Échec de traitement d'une pneumonie acquise en communauté (PAC)

Dans les revues on parle de 10-20% d'échec de traitement, sans définition univoque.

Cela comprend parfois une prolongation des symptômes, les pneumonies progressives, parfois les décès, le changement d'antibiotiques ou l'arrêt de ceux-ci pour cause d'allergie.

Définition de l'échec de traitement

- Pneumonie progressive: détérioration clinique
- Pneumonie persistante: Fièvre ou symptômes persistent, sans défaillance hémodynamique.

En général , il y a trois catégories de risque d'échec:

- Plus de comorbidités
- Âge avancé
- Plus de critères de gravité

On corrèle en général l'amélioration du patient avec la stabilisation des paramètres vitaux.

Dans la cohorte qui a validé le score PSI, le temps pour que 3/4 des patients soient indépendants des besoins en O2 est de 6 jours. Pour la fièvre, c'est 4 jours.

Donc, stabiliser un patient en 48h, c'est presque utopique.

Un échec de traitement ne veut pas dire résistance aux antibiotiques.

Une cohorte asiatique, recherche les facteurs de mortalité lors de pneumonie. Chaque germe est identifié dans cette étude. Les patients sont séparés en 2 groupes: ceux qui ont reçu un traitement ciblé (11% de mortalité) vs antibiotique de base (...meurent plus).

Dans le premier bras, 2/3 meurent d'infection prolongée ou de surinfection. Ça fait quand même beaucoup.

Causes d'échec apparent du traitement antibiotique

Pour une bactérie habituelle il faut chercher un défaut dans le spectre de l'antibiotique, dans la posologie, la présence d'une complication suppurative ou encore une réponse tardive au traitement.

Pour une bactérie inhabituelle, on pense au pseudomonas le plus souvent, mais aussi: BLSE, MRSA, acinetobacter, actinomyose, nocardiose...

Et pour les autres, il reste la tuberculose (TB), pneumocystis et cryptococcus, ainsi que l'infection virale.

Il y a aussi les causes non-infectieuses, comme le cancer, l'embolie, insuffisance cardiaque, vasculites, sarcoïdose...

Approche pragmatique

- Revoir les résultats de microbiologie et le traitement.
- Exclure un épanchement compliqué.
- Penser à qqch de multi-résistant si: immunosuppression méconnue, ou facteur de risque comme une hospitalisation récente, une atteinte respiratoire chronique ou une insuffisance rénale dialysée.

- Si pneumonie progressive: Evtl élargir le spectre et investiguer à nouveau.
- Si pneumonie persistante avec un délai approprié, élargir les investigations et considérer les causes non infectieuses.

Les antigènes urinaires pour la légionellose

Le test détecte surtout pneumophila, au sein du séroroupe 1. De base, la sensibilité n'est que de 74%. (très bonne SP)

L. Longbeachae

Parasite des amibes, sur 90, seuls 20 sont pathogènes chez l'humain mais la présentation clinique n'est pas différente selon l'espèce.

En médecine, c'est pneumophila qui domine. Néanmoins on peut se poser des questions sur la véritable incidence, puisque le test vise pneumophila et que les légionelles poussent mal en culture.

Longbeachae est la cause la plus fréquente de légionellose en Nouvelle-Zélande, elle est à égalité avec L.pneumophila en Australie.

Longbeachae préfère la terre à l'eau stagnante, avec une contagion par aérosols ou micro aspiration. La bactérie est phagocytée et empêche la fusion du lysosome avec sa vacuole, avant de se multiplier et de recommencer à l'apoptose.

Le jardinage est donc une activité à risque. Longbeachae est cultivable dans la plupart des terreaux en Nouvelle-Zélande, où l'on recommande le port de masque et des gants, et l'humidification du terreau.

En NZ en 2015, une PCR est effectuée sur tous les prélèvements respiratoires qui montre 3x le chiffre habituel...et c'est la même chose en Australie.

En suisse, à Bellinzone, on arrive à cultiver des légionelles dans 50% des terreaux commerciaux (pneumophila et longbeachae...)

Et Monsieur Piment? Il vit à la ferme. Ici la PCR multiplex n'a pas détecté la longbeachae ... Le patient a guéri après quatre jours aux soins, avec une petite neuropathie, mais est reparti sur ses pieds. C'est la culture qui a permis de poser le diagnostic.

A force de nous parler de plages...



Compte-rendu de
Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
transmis par le laboratoire
MGD
colloque@labomgd.ch