



Cas clinique

Pneumopathie nécrosante fatale à *Staphylococcus aureus* sécréteur de leucocidine de Panton-Valentine



Fatal Panton-Valentine leukocidine-associated *Staphylococcus aureus* necrotizing pneumonia

F. Laverdure^a, C. Neulier^b, J. Sudant^c, S. Legriél^a, F. Bruneel^{a,*}

^a Service de réanimation médico-chirurgicale, centre hospitalier de Versailles, site André-Mignot, 177, rue de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

^b Service de prévention du risque infectieux, centre hospitalier de Versailles, site André-Mignot, 177, rue de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

^c Service de pédiatrie, centre hospitalier de Poissy, 78300 Poissy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 avril 2014

Accepté le 1^{er} septembre 2014

Disponible sur Internet le 13 octobre 2014

Mots clés :

Staphylococcus

Leucocidine de Panton-Valentine

Pneumonie

Cas contact

Dépistage

Keywords:

Staphylococcus

Panton-Valentine leukocidin

Pneumonia

Contacts

Screening

R É S U M É

La pneumonie nécrosante à *Staphylococcus aureus* sécréteur de leucocidine de Panton-Valentine est une cause rare de pneumonie communautaire grave caractérisée par une mortalité très élevée. Sa présentation clinique particulière doit être connue du réanimateur afin qu'il puisse faire rapidement le diagnostic, pour mettre en route une antibiothérapie optimale et envisager un traitement adjuvant par immunoglobulines polyvalentes intraveineuses. Par ailleurs, la conduite à tenir vis-à-vis des cas contacts proches (familiaux et soignants) d'un patient qui présente une telle pneumonie n'est pas bien connue. Le cas que nous rapportons permet de souligner la présentation caractéristique de cette pneumonie, les particularités de sa prise en charge, et précise la conduite à tenir vis-à-vis des cas contacts.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Panton-Valentine leukocidin-producing *Staphylococcus aureus* necrotizing pneumonia is an unusual cause of community-acquired pneumonia associated with a high fatality rate. The specificities of its presentation must be known by the critical care doctor, in order to quickly make the diagnosis and start the right antibiotics and discuss adjunctive therapy with intravenous immunoglobulin. Moreover, the management of close contacts (household and healthcare workers) of patient with such a pneumonia is not well-known. The present case report underlines the clinical presentation of this pneumonia, the specificities of its treatment, and specifies the management of close contacts.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La pneumonie nécrosante à *Staphylococcus aureus* sécréteur de leucocidine de Panton-Valentine (SALPV) est une cause rare de pneumonie communautaire caractérisée par une mortalité très élevée. Nous décrivons un cas caractéristique, en soulignant les spécificités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

2. Observation

Une patiente de 35 ans, originaire d'Afrique sub-saharienne, a été prise en charge à son domicile par le Service d'aide médicale urgente (Samu) pour détresse respiratoire aiguë fébrile. Dans ses antécédents, on note une obésité, un asthme non traité, une allergie aux pollens et acariens, et une dyspnée d'effort. Elle a eu 5 grossesses et une fausse couche spontanée. Elle vivait dans des conditions précaires avec ses 5 enfants et son mari handicapé.

Les principales données cliniques, biologiques et microbiologiques sont récapitulées dans le **Tableau 1**. À l'arrivée du Samu, le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fbruneel@ch-versailles.fr (F. Bruneel).

Tableau 1

Récapitulatif des principales données cliniques, biologiques et microbiologiques.

	Prise en charge par le Samu	Admission en réanimation	Évolution en réanimation
Données cliniques	Coma Déresse respiratoire État de choc 3 arrêts cardiaques	Abolition des principaux réflexes du tronc cérébral SDRA Choc septique	Défaillance multi viscérale réfractaire Décès 12 heures après l'admission
Données biologiques et microbiologiques	Glycémie : 1,25 g/L Hémoglobine : 13,7 g/dL	pH : 6,85 pCO ₂ : 73 mmHg pO ₂ : 143 mmHg CO ₂ total : 13 mmol/L Lactate : 15 mmol/L Créatinémie : 321 µmol/L ASAT : 487 UI/L ALAT : 279 UI/L Globules blancs : 1,7 G/L Hémoglobine : 11,7 g/dL Plaquettes : 128 g/L TP : 49 % Fibrinogène 5,5 g/L Procalcitonine > 100 µg/L	Aspiration bronchique : nombreux cocci à Gram positif à l'examen direct puis culture positive à <i>S. aureus</i> sensible à la méticilline Antigènes urinaires de pneumocoque et de légionelle négatifs Deux hémocultures négatives Recherche de paludisme négative Sérologie VIH négative

Samu : service d'aide médicale urgente ; SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; UI : unités internationales ; *S. aureus* : *Staphylococcus aureus* ; ASAT : aspartate amino transférase ; ALAT : alanine amino transférase ; TP : temps de prothrombine.

score de Glasgow était à 3, la SpO₂ en air ambiant à 82 %, et la pression artérielle était imprenable avec une fréquence cardiaque à 163/min.

La trachée de la patiente a été immédiatement intubée, puis ventilée avec une fraction inspiratoire en oxygène (FiO₂) à 1. Rapidement est survenu un arrêt cardiaque, qui a été résolutif au bout de 7 minutes de massage cardiaque et deux injections intraveineuses (IV) d'1 mg d'adrénaline. La patiente a eu deux autres arrêts cardiaques rapidement résolutifs durant le transport.

À l'arrivée en réanimation, la température était à 40,8 °C, la SpO₂ à 95 % en FiO₂ à 1, et la pression artérielle moyenne à 50 mmHg sous 1 mg/h d'adrénaline. Les pupilles étaient en mydriase bilatérale aréactive avec discrète anisocorie et les réflexes du tronc cérébral n'étaient pas retrouvés. Il n'y avait pas de raideur de nuque. L'auscultation pulmonaire retrouvait des râles crépitants et les aspirations bronchiques étaient très hémorragiques. Le premier bilan biologique réalisé en FiO₂ à 1 est détaillé dans le [Tableau 1](#). La radiographie thoracique montrait des opacités alvéolaires bilatérales, multilobaires, prédominantes à droite.

Le traitement initial a associé la noradrénaline à un remplissage vasculaire. L'antibiothérapie IV a été débutée dans l'heure suivant l'admission par 4 g de ceftriaxone et 400 mg de ciprofloxacine, avec comme hypothèses initiales une pneumonie et/ou une méningite fulminantes. Le bilan étiologique est décrit dans le [Tableau 1](#). Dans ce contexte le diagnostic évoqué a été celui d'une pneumopathie fulminante à SALPV. L'antibiothérapie a alors été complétée par voie IV par clindamycine 600 mg et gentamicine à dose élevée (6 mg/kg), compte tenu de la gravité du tableau.

Devant une suspicion clinique de mort encéphalique, a été réalisé un EEG qui retrouvait un tracé quasi nul. Un angioscanner cérébral et thoracique montrait un œdème cérébral massif avec une minime circulation résiduelle ; et des images alvéolaires diffuses bilatérales ([Fig. 1](#)). Le décès est survenu à 23 h 30 dans un contexte de défaillance multiviscérale incontrôlable.

La recherche du gène codant pour la leucocidine de Pantone-Valentine (LPV) s'est avérée positive dans le laboratoire du Centre national de référence des staphylocoques. Le *S. aureus* (allèle *agr* type 1) était sensible à la méticilline et à tous les antibiotiques sauf la pénicilline G. La recherche d'autres toxines s'est avérée négative.

Avec l'aide du service social et du service d'hygiène de l'hôpital, une consultation de pédiatrie a été organisée pour examiner les 5 enfants de la patiente à la recherche de lésions évocatrices

d'infection à SALPV. Parmi ceux-ci, seul un fils de 11 ans qui présentait deux lésions cutanées surinfectées a été traité par 8 jours de pristinamycine. Le prélèvement de ces lésions a retrouvé le même SALPV que celui de sa mère. L'évolution de cet enfant a été favorable.

3. Discussion

Notre cas permet de souligner deux points importants en pratique quotidienne.

D'une part, nous insistons sur la pneumonie nécrosante qui est la présentation la plus sévère parmi les infections à SALPV. En effet, il est important de connaître cette étiologie de pneumonie communautaire grave et ses particularités, afin d'y penser au moindre doute, pour pouvoir en confirmer le diagnostic et débiter les traitements dont certains sont spécifiques. Même si les SALPV représentent moins de 5 % de la population totale des staphylocoques dorés [1,2], l'attention du réanimateur doit être retenue par les pneumonies nécrosantes qui imposent une prise en charge précoce et adaptée en réanimation [1,3].

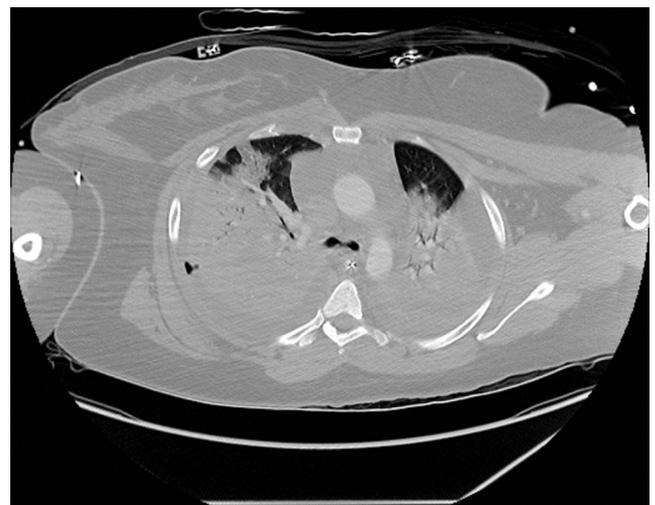


Fig. 1. Tomodensitométrie pulmonaire en densité parenchymateuse (coupe transversale) : volumineuses opacités parenchymateuses bilatérales associées à des épanchements pleuraux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745188>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745188>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)