

Cas clinique

Nocardiose postopératoire à *Nocardia otitidiscaviarum* : pièges et retard de diagnostic

Postoperative nocardiosis caused by *Nocardia otitidiscaviarum*: pitfalls and delayed diagnosis

F. Bonnet^{a,*}, J.-L. Donay^b, F. Fieux^a, O. Marie^a, E. de Kerviler^c, L. Jacob^a

^a Service d'anesthésie-réanimation, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service de microbiologie, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^c Service d'imagerie médicale, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Reçu le 21 novembre 2006 ; accepté le 29 mars 2007

Disponible sur internet le 14 juin 2007

Résumé

La nocardiose est une maladie infectieuse rare et sa révélation postopératoire est exceptionnelle. Un cas clinique de nocardiose à *Nocardia otitidiscaviarum* pulmonaire et cérébrale postopératoire d'une amputation de jambe chez un patient diabétique est rapporté. Le diagnostic a été tardif, et les facteurs favorisant cliniques, radiologiques et bactériologiques de ce retard ont été analysés dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Des recommandations ont pu être émises, concernant le rôle du clinicien et les procédures microbiologiques qui doivent être adaptées à l'identification des *Nocardia*, dont la croissance en culture est très lente.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Nocardiosis is an uncommon infection, which is exceptionally present as a postoperative event. A case of postoperative pulmonary and cerebro-meningeal infection caused by *Nocardia otitidiscaviarum* after a leg amputation in a diabetic patient is reported. Diagnosis has been delayed and the clinical, radiological and microbiological causes of this delay are assessed from a quality of care management point of view. Recommendations are proposed regarding physicians' role and optimized microbiological procedures for recognition of slowly growing nocardial strains.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Nocardiose ; *Nocardia otitidiscaviarum* ; Nodule pulmonaire ; Abscès cérébral ; Rupture intraventriculaire ; Résonance magnétique de diffusion ; Germes à croissance lente

Keywords: Nocardiosis; *Nocardia otitidiscaviarum*; Pulmonary nodule; Brain abscess; Intraventricular rupture; Diffusion magnetic resonance; Slowly growing bacteria

1. Introduction

La nocardiose est une infection causée par des bactéries du genre *Nocardia* qui appartiennent au groupe des actinomycètes aérobies acidorésistants. D'après l'analyse des isolats de *Nocardia* adressés au centre de référence à l'Institut Pasteur à Paris de 1987 à 1990, 150 à 250 nocardioses sont diagnosti-

quées chaque année en France dont 4,8 % à *Nocardia otitidiscaviarum* [1]. Le cas clinique rapporte le diagnostic de nocardiose pulmonaire et cérébrale retardé, faute de n'avoir pu être évoqué au cours de l'évolution postopératoire d'une amputation de jambe chez un patient Malien, diabétique et artéritique.

2. Observation

Un homme de 71 ans d'origine sahéenne a été transféré en France après trois semaines d'hospitalisation au Mali pour coma diabétique et plaie profonde du pied. L'examen clinique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francine.bonnet@sls.aphp.fr (F. Bonnet).

à l'arrivée notait une gangrène du pied droit associée à une fasciite nécrosante du tiers inférieur du tibia. Le patient n'a permis une intervention d'amputation limitée sous le genou qu'au troisième jour d'hospitalisation. Parallèlement, une antibiothérapie a été débutée par amoxicilline–acide clavulanique et ornidazole. L'examen bactériologique des prélèvements peropératoires des tissus mous de la jambe a mis en évidence de nombreux *Streptococcus constellatus* et de nombreux bacilles Gram positif dont la culture sur milieu gélosé usuel est restée négative au quatrième jour. Les suites opératoires ont été marquées par des complications septiques locales ayant nécessité un nouveau parage chirurgical du moignon au cinquième jour. L'apparition au 18^e jour d'un syndrome occlusif, associé à une détresse respiratoire dans un contexte septique, a justifié le transfert dans le service de réanimation chirurgicale.

À son admission dans le service, le patient était confus sans déficit sensitivomoteur mais, avec des épisodes de perte d'urines inexpliqués les jours précédents. Il présentait une détresse respiratoire sans encombrement trachéobronchique et sans défaillance hémodynamique. Une tomodensitométrie thoracoabdominale (Fig. 1) a montré un épanchement péritonéal modéré et des lésions pulmonaires à type de nodule parenchymateux nodulaire de 2 cm de diamètre au niveau du lobe moyen, une lésion excavée du lobe supérieur droit sans adénopathie et un épanchement pleural bilatéral avec atélectasies en regard. Une laparotomie exploratrice n'a pas trouvé de sepsis intra-abdominal expliquant le tableau clinique. Les prélèvements péritonéaux peropératoires sont restés stériles. Le bilan infectieux a donc été complété par une exploration chirurgicale du moignon qui a retrouvé une cicatrice propre, non inflammatoire. Par ailleurs, la recherche d'une endocardite, d'une thrombophlébite des membres inférieurs, d'un paludisme ou d'une drépanocytose et d'une pneumopathie infectieuse par prélèvement distal protégé (PDP) sous fibroscopie a été négative. En revanche, une ponction lombaire (PL) retrouvant une cellularité à 230 leucocytes par microlitres dont 88 % de polynucléaires neutrophiles (PNN) avec hyperprotéinorachie et hypoglycorachie était en faveur d'une méningite malgré un examen direct bactériologique négatif. La réalisation d'une scanographie cérébrale avec injection de produit n'a montré aucun foyer infectieux, ni foyer infectieux ORL. Une antibiothérapie probabiliste (vancomycine, ceftazidime et gentamicine) prenant en



Fig. 1. Aspect des lésions pulmonaires en tomodensitométrie : nodule pulmonaire de 2 cm de diamètre situé dans le lobe moyen.

compte le seul germe isolé chez ce patient (*Pseudomonas aeruginosa* au niveau d'un abcès fémoral) a néanmoins été débutée. L'évolution a été marquée par l'installation d'un choc septique résolutif en quelques jours permettant l'arrêt de la sédation dès le cinquième jour. La recherche d'une étiologie tuberculeuse sur deux lavages bronchoalvéolaires (LBA) et deux nouvelles ponctions lombaires est restée négative. L'arrêt de la sédation a démasqué des troubles neurologiques marqués par un coma avec un score de Glasgow (GCS) à 6 puis des crises convulsives généralisées contemporaines de concentrations de ceftazidime élevées dans le liquide céphalorachidien (LCR) à 110 µg/ml et le plasma (85,1 µg/ml). Deux électroencéphalogrammes (EEG) consécutifs ont mis en évidence une souffrance cérébrale diffuse sans foyer comitial. Un nouveau scanner cérébral avec injection restait normal. Progressivement est apparue une tétraplégie flasque. Une IRM médullaire n'a alors montré ni spondylodiscite ni épidurite. Devant l'aggravation du tableau neurologique et la persistance du syndrome inflammatoire, l'antibiothérapie probabiliste a été élargie à une quadrithérapie antituberculeuse.

Au 16^e jour, en l'absence d'amélioration clinique et électroencéphalographique, une nouvelle ponction lombaire (quatrième) a été réalisée et a ramené un LCR puriforme avec 65 000 leucocytes par microlitres dont 85 % de PNN évoquant une rupture d'abcès mais sans germe à l'examen direct. Malgré l'aspect du LCR, aucune image pathologique n'est apparue sur un troisième scanner cérébral. Une IRM cérébrale, effectuée au 20^e jour, mettait en évidence de multiples abcès intracérébraux avec dissémination méningée et rupture intraventriculaire sans indication neurochirurgicale (Fig. 2). Les cultures du troisième LCR (sur milieu liquide spécifique pour recherche de mycobactérie) et du quatrième LCR (sur milieu gélosé usuel) ont simultanément permis, 48 heures plus tard, la mise en évidence de colonies de *N. otitidiscaviarum* multirésistant (l'antibiothérapie a alors été adaptée par triméthoprime–sulfaméthoxazole, imipénème et amikacine). Une recherche spécifique de *N. otitidiscaviarum* au niveau pulmonaire a été pratiquée sur un nouveau LBA et s'avérait positive, ce qui permettait de rapporter les lésions initialement constatées sur la tomodensitométrie thoracique à une nocardiose pulmonaire. Il s'agissait donc d'une nocardiose disséminée à localisation pulmonaire et cérébro-méningée. L'évolution générale a été marquée, malgré l'introduction du traitement antibiotique adapté et le traitement anticomitial, par l'aggravation du tableau neurologique avec un GCS à 3 et la persistance d'épisodes convulsifs évoluant vers l'état de mal épileptique puis l'état de mort encéphalique au 46^e jour postopératoire de l'amputation et au 27^e jour de son admission en réanimation.

3. Discussion

Le cas présenté est donc celui d'une nocardiose disséminée postopératoire dont le diagnostic tardif peut avoir contribué à l'évolution défavorable. Les *Nocardia* sont ubiquitaires, mais la répartition des différentes espèces est géographiquement variable ; elles constituent une composante importante de la flore microbienne du sol et on les trouve dans les poussières,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747677>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747677>

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