

Cas clinique

## Pneumonie chez un voyageur au retour d'Asie

### Pneumonia in a traveller coming back from Asia

S. Nguyen\*, N. Baclet, T. Huleux, A. Pasquet, L. Legout, L. Dubreuil,  
Y. Yazdanpanah, E. Senneville

Service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur, centre hospitalier de Tourcoing, 135, rue du Président-Coty, 59208 Tourcoing, France

Reçu le 11 septembre 2007 ; accepté le 17 septembre 2008

Disponible sur Internet le 31 octobre 2008

#### Résumé

Nous présentons un cas d'infection à *Salmonella paratyphi A*, diagnostiquée tardivement chez un voyageur qui avait présenté un tableau de pneumonie fébrile au retour d'Inde. Cette observation illustre la recrudescence des infections à *S. paratyphi A*, résistante aux fluoroquinolones chez les voyageurs au retour d'Inde, et la présentation clinique parfois déroutante de ces infections car le patient avait été traité initialement pour une pneumonie associée à un syndrome grippal. Ce cas clinique rappelle la nécessité d'évoquer une infection à *Salmonella typhi* ou *paratyphi* en cas de fièvre persistante chez un voyageur en retour de zone d'endémie, même en l'absence de signes digestifs. De plus, le choix d'un traitement empirique par fluoroquinolones est un pari microbiologique risqué si le patient revient de zones où cette résistance est très répandue comme l'Asie, et en particulier l'Inde.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

A case of *Salmonella paratyphi A* infection was diagnosed late in a patient treated for febrile pneumonia after his returning from India. This case was remarkable in two aspects: first, it illustrated the reemergence of *S. paratyphi A* infections in people having traveled to India, with increasing fluoroquinolone resistance, and second the difficulty of diagnosing this disease, since the patient was initially treated for pneumonia and flu-like syndrome. *Salmonella typhi* or *paratyphi* infections should be evoked in case of persistent fever in patients having traveled to endemic areas, even if digestive signs are absent. Furthermore, choosing an empiric antibiotic treatment with fluoroquinolones could lead to treatment failure if the patient traveled in a country where fluoroquinolone resistance is high, as in Asia and especially in India.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** *Salmonella enterica paratyphi A* ; Pneumonie ; Fluoroquinolones ; Résistance aux antibiotiques

**Keywords:** Pneumonia; *Salmonella enterica paratyphi A*; Antibiotic resistance; Fluoroquinolone

### 1. Cas clinique

Monsieur P., 38 ans, contrôleur qualité dans l'industrie textile, était amené à voyager régulièrement en Asie sur les sites de production. Il avait comme antécédent une pneumonie à pneumocoque, mais ne présentait pas d'intoxication alcoolotabagique. Le patient était à jour pour les vaccins hépatites A et B,

avait bénéficié d'un rappel par REVAXIS® et d'une vaccination par Typhim Vi® en 2005. Dans le cadre professionnel, il avait séjourné en Chine du 18 au 24 septembre 2006, puis au Bangladesh et en Inde du 10 au 21 octobre 2006. Il n'avait pas pris de prophylaxie antipalustre. Une semaine après son retour en France, il a présenté une hyperthermie à 39–40 °C avec syndrome pseudogrippal, pour lesquels un traitement par céfixime et prednisolone a été débuté le 1<sup>er</sup> novembre 2006. Il a bénéficié d'une radiographie thoracique le 6 novembre 2006 du fait de l'apparition d'une toux sèche et de la persistance de la fièvre montrant un syndrome interstitiel bilatéral prédominant à

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [snguyen@ch-tourcoing.fr](mailto:snguyen@ch-tourcoing.fr) (S. Nguyen).

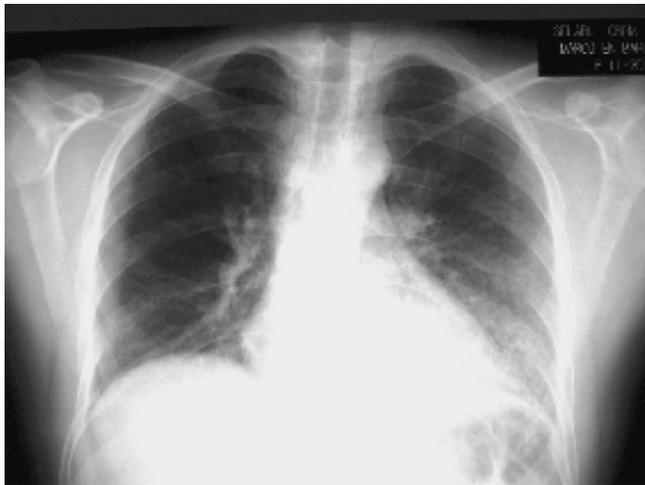


Fig. 1. Radiographie thoracique standard de face. Présence d'un syndrome interstitiel non systématisé bibasal prédominant à gauche.

Frontal thoracic Xray. Presence of interstitial non systematic bibasal opacities predominant on the left.

gauche (Fig. 1). Un traitement par télithromycine a été instauré par son médecin traitant, permettant initialement une amélioration clinique avec diminution de la toux et un retour transitoire à l'apyrexie en 72 heures. L'évolution a été par la suite défavorable sous traitement avec réapparition de pics fébriles et altération de l'état général avec perte de 2 kg, motivant l'hospitalisation du patient dans notre service le 10 novembre 2006. À l'entrée, la température était à 38,2 °C, l'état hémodynamique était stable. Le patient signalait des sueurs nocturnes abondantes. Il existait une toux sèche, sans douleur thoracique ni signe de détresse respiratoire. L'auscultation pulmonaire était normale. Sur le plan digestif, le transit était normal, l'abdomen souple, avec une sensibilité épigastrique à la palpation, sans hépatosplénomégalie. Les aires ganglionnaires étaient libres, le reste de l'examen clinique était sans particularité. Sur le plan biologique, on notait un syndrome inflammatoire avec CRP à 163 mg/l, et des leucocytes à 5,6 G/l. L'hémoglobine était à 11,8 g/dl et les plaquettes à 420 G/l. Le bilan hépatique montrait une cytolysse prédominant sur les ASAT (498 UI/l) avec des ALAT à 196 UI/l, les gamma-GT sont à 181 UI/l. Le TP était dosé à 84 %, le TCA était spontanément allongé à 51 secondes pour un témoin à 34. Bilan rénal et ionogramme étaient normaux. L'ECBU était stérile sans leucocyturie. Les sérologies VHC, VIH, ainsi que l'antigénémie P24 étaient négatives. Les sérologies VHA et VHB étaient en faveur d'une immunisation ancienne chez ce patient vacciné. La recherche d'antigène légionelle urinaire était négative, de même que les sérologies *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydia pneumoniae*. Le frottis goutte épaisse et le ParaSight® à la recherche de *Plasmodium* spp. étaient négatifs. La radiographie thoracique réalisée à l'entrée s'était normalisée (Fig. 2). L'échographie abdominale était normale. Il s'agissait donc d'une hyperthermie au retour d'Asie, sans symptomatologie digestive, avec un tableau de pneumonie radiologiquement résolutive sous télithromycine. Le diagnostic de dengue était peu probable, compte tenu de la durée d'évolution clinique et de l'absence de thrombopénie.



Fig. 2. Radiographie thoracique standard de face. Cliché thoracique normal, disparition des images interstitielles après quatre jours de traitement par télithromycine.

Standard frontal thoracic Xray. Normal thoracic image, no interstitial image opacities after four days of telithromycin treatment.

## 2. Diagnostic et discussion

Les hémocultures réalisées à l'entrée ont permis le diagnostic : elles ont isolé une souche de *S. paratyphi A*, sensible aux bêta-lactamines et aux sulfamides, résistante à l'acide nalidixique et donc à l'ofloxacine. La coproculture n'a pas mis en évidence de salmonelle, alors que le malade était traité par télithromycine. Un traitement parentéral par ceftriaxone à la dose de 2 g/j était instauré pour une durée totale de cinq jours, associé à la poursuite de la télithromycine pour une durée totale de dix jours, dans l'hypothèse d'une pneumonie à bactérie atypique associée. L'évolution était rapidement favorable avec retour à l'apyrexie en 48 heures, disparition de la toux et normalisation de la CRP et du bilan hépatique, la sortie étant donc autorisée à la fin du traitement par ceftriaxone.

Cette observation est originale par deux aspects : d'une part, elle illustre la recrudescence des infections à *S. paratyphi A* chez les voyageurs au retour d'Asie en particulier d'Inde, avec l'émergence d'une résistance aux fluoroquinolones parmi ces sérovars ; d'autre part, la difficulté diagnostique des fièvres (para)typhoïdes, notre patient ayant initialement un tableau de pneumonie associée à un syndrome grippal : le signe d'alerte a été la persistance de la fièvre malgré l'antibiothérapie instaurée et l'apparente résolution de la pneumonie.

Les infections à *Salmonella enterica* serovar *typhi* et *paratyphi A, B*, ou *C* ont été responsables respectivement de 22 millions et 5,5 millions de cas dans le monde en 2002, avec une incidence élevée dans les pays en développement [1]. Elles sont responsables de cas importés chez les voyageurs en zones d'endémies. Si les fièvres paratyphoïdes sont moins fréquentes que les fièvres typhoïdes, elles sont en augmentation dans certaines régions, notamment en Asie du Sud, et peuvent réaliser des tableaux cliniques de gravité similaire [1]. En 2005 et 2006, une recrudescence de cas d'infection à *S. paratyphi A* au Royaume-Uni et Pays de Galles était

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3413600>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3413600>

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