



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Intérêt de la collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire ultra-résistante

Interest of collapse therapy in pulmonary extensively drug-resistant tuberculosis

E. Haustraete<sup>a,\*</sup>, K. Campbell<sup>a</sup>, R. Magnier<sup>a</sup>,  
G. Zalcmann<sup>a,b</sup>, É. Bergot<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie, CHU Côte-de-Nacre, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 05, France

<sup>b</sup> UMR Inserm 1086 : « Cancers et Préventions », université de Caen Basse-Normandie, 14032 Caen cedex 5, France

<sup>c</sup> Centre de prévention des maladies infectieuses, 14000 Caen, France

### MOTS CLÉS

Tuberculose  
ultra-résistante ;  
Chirurgie ;  
Collapsothérapie

### KEYWORDS

Extensively  
drug-resistant  
tuberculosis;  
Surgery;  
Collapse therapy

**Résumé** La tuberculose ultra-résistante reste rare en France. Sa prise en charge thérapeutique est difficile, les échecs fréquents. La chirurgie, considérée comme l'une des options thérapeutiques, est peu utilisée du fait d'une morbi-mortalité importante. Nous rapportons le cas d'une tuberculose ultra-résistante traitée avec succès (absence de récurrence à 5 ans) grâce à un traitement médical de 21 mois, suivi d'une collapsothérapie chirurgicale réalisée en raison de la persistance d'une volumineuse caverne. La place de la chirurgie dans la prise en charge de ces tuberculoses ultra-résistantes est discutée.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Extensively drug-resistant (XDR) tuberculosis is rare in France. Treatment of XDR tuberculosis is difficult and therapeutic failures are frequent. Surgery is considered as one of the therapeutic options, but is of little use regarding its high morbi-mortality. We report successful treatment of a XDR tuberculosis case with a 21-month antibiotic regimen followed by a surgical collapse therapy because of persistence of a large cavity. No relapse was observed after five years. Surgery in the XDR tuberculosis treatment is discussed.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [haustraete-e@chu-caen.fr](mailto:haustraete-e@chu-caen.fr) (E. Haustraete).

## Introduction

Les tuberculoses multi- et ultra-résistantes demeurent une affection rare en France [1,2]. Leur prise en charge thérapeutique reste difficile en raison du profil de résistance, des effets indésirables des anti-tuberculeux de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne parfois à l'origine de l'arrêt d'un ou du traitement et de la durée prolongée de ce dernier. L'ultra-résistance du *Mycobacterium tuberculosis* est associée à un taux plus important d'échec thérapeutique, de traitement incomplet, de récurrence et de décès [3]. Ainsi, récemment, le débat sur l'intérêt potentiel de la chirurgie associée au traitement médical a été relancé, notamment chez les patients à haut risque d'échec ou de rechute avec le traitement médical, ou en cas d'échec microbiologique [4]. Nous rapportons l'observation d'un patient originaire de la République Démocratique du Congo admis dans notre service pour une tuberculose ultra-résistante dont la guérison microbiologique définitive a pu être obtenue après 21 mois de traitement et la réalisation d'une thoracomyoplastie extra-musculo-périostée avec mise en place d'une prothèse gonflable.

## Observation

Un homme d'origine congolaise, était admis en janvier 2007 dans notre service pour une suspicion de récurrence de tuberculose. Il avait 20 ans et était arrivé en France depuis un mois. Ce patient avait été déjà traité pour une tuberculose en République Démocratique du Congo en 2005 avec, semble-t-il, l'administration de streptomycine pendant 1 an. Les autres modalités du traitement nous étaient inconnues.

L'examen, en sus des signes respiratoires chroniques, révélait une franche altération de l'état général, une dénutrition sévère, un IMC à 13,8 kg/m<sup>2</sup> et une surdité profonde. Le scanner thoracique mettait en évidence 2 volumineuses cavernes lobaires supérieures gauches, associées à des micronodules bilatéraux. La sérologie VIH était négative. La recherche de BAAR dans les expectorations était positive à plus de 1000 BAAR/champs. L'identification rapide du *Mycobacterium tuberculosis* a été réalisée en biologie moléculaire. Après envoi au Centre national de référence (CNR) des mycobactéries, l'analyse génotypique a mis en évidence la mutation S315T du gène *katG* conférant une résistance à haut niveau à l'isoniazide, la mutation D536V du gène *rpob* conférant une résistance à la rifampicine, et une mutation sur le gène *gyrA* mais pas sur *gyrB* (gènes de résistance aux fluoroquinolones). On trouvait aussi la mutation R154G du gène *pncA* donnant une résistance à la pyrazinamide. L'antibiogramme définitif fut disponible en mars 2007. La souche était devenue résistante à l'isoniazide, à la rifampicine, ainsi qu'à la kanamycine. Elle était intermédiaire à la moxifloxacine, confirmant son caractère ultra-résistant. On notait aussi une résistance à l'éthambutol, la pyrazinamide, la cyclosérine, la streptomycine, l'éthionamide et la thiacétazone. Il existait par contre une sensibilité à l'amikacine, au PAS et au linezolid. Cette souche n'a pas été rapportée à une souche Beijing par le CNR. Aucun traitement anti-tuberculeux n'a été débuté avant d'avoir l'ensemble de l'antibiogramme afin de ne pas risquer de créer de nouvelles résistances. Le traitement a

débuté en mars 2007 après réception de l'antibiogramme définitif. Sur les conseils du CNR des mycobactéries, et devant le peu de molécules utilisables chez ce patient, nous avons introduit une quadrithérapie par amikacine, PAS, linezolid, et moxifloxacine. Le patient a également bénéficié d'une nutrition entérale. La négativation de l'examen direct et des cultures a été obtenue après 2 mois de quadrithérapie, en juin 2007. Le traitement a été poursuivi sans complication majeure pendant 21 mois au total (un an et demi après négativation des cultures) dont 12 mois d'amikacine.

La tomодensitométrie thoracique en fin de traitement montrait la persistance d'une volumineuse caverne résiduelle apicale gauche (Fig. 1B).

Afin de prévenir au maximum les risques de rechute du fait des caractéristiques microbiologiques de la souche (ultra-résistance) et de l'aspect tomодensitométrique (caverne unique et volumineuse), une collapsiothérapie a été envisagée. La recherche d'une colonisation aspergillaire s'est avérée négative (recherche d'aspergillus dans l'expectoration, immunoélectrophorèse). Les épreuves fonctionnelles respiratoires réalisées en juillet 2008 retrouvaient un syndrome mixte avec un VEMS à 1,29 L soit 61% de la théorique. La scintigraphie pulmonaire de ventilation/perfusion montrait l'absence quasi complète de ventilation et de perfusion à gauche.

Le patient a pu bénéficier d'une thoracomyoplastie extra-musculo-périostée apicale gauche avec mise en place d'une prothèse gonflable en novembre 2008 (Fig. 1C, Fig. 2A et 2B). Il n'y a pas eu de prélèvements réalisés pendant cette chirurgie, mais les recherches de BAAR dans les expectorations étaient négatives en cultures avant l'opération, qui a été réalisée sous traitement anti-tuberculeux. Le geste s'est compliqué initialement d'un hydro-pneumothorax, résolutif après la mise en place d'un drain thoracique pendant quelques jours.

La prothèse a été retirée en septembre 2009 en raison d'une déformation osseuse des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> arcs moyens des côtes gauches. La tomодensitométrie de contrôle confirmait l'affaissement de la cavité apicale gauche (Fig. 1D et 2C). Le patient a bénéficié de la mise en place d'implants cochléaires en mars et mai 2010. Après 5 ans de suivi, il n'existe aucun argument clinique, radiologique ou microbiologique de récurrence.

## Discussion

La multirésistance (MDR) de *Mycobacterium tuberculosis* est définie par une résistance simultanée à l'isoniazide et à la rifampicine. L'ultra-résistante (XDR) comprend en plus une résistance aux fluoroquinolones et à l'un des aminosides de réserve (amikacine, kanamycine, capréomycine). En France en 2011, la proportion des tuberculoses multi-résistantes (MDR) était de 1,4% pour les nouveaux cas et 7,7% chez les patients déjà traités [5]. Les souches XDR représentent 8% des souches MDR reçues au Centre national de référence des mycobactéries [1]. Ces tuberculoses posent des problèmes importants à l'échelon individuel et de la santé publique. Le traitement recommandé des tuberculoses multi-résistantes repose actuellement sur une pentathérapie comprenant si possible un aminoside pendant 6 mois et une fluoroquinolone

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419457>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419457>

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