Disponible en ligne sur ScienceDirect
www.sciencedirect.com
Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com
Médecine et maladies infectieuses
Médecine et maladies infectieuses 41 (2011) 613–616

Cas clinique

Cas groupés de listérioses neuroméningées en Touraine

A Touraine cluster of central nervous system listeriosis

H. Chaussade [a,*], D. Garot [a], F. Bastides [b], C. De Gialluly [c], E. Mercier [a], G. Gras [b], A. Leclercq [d], D. Perrotin [a]

[a] *Service de réanimation médicale, CHU Bretonneau, 2, boulevard Tonnelé, 37000 Tours, France*
[b] *Service de médecine interne et maladies infectieuses, CHU Bretonneau, 2, boulevard Tonnelé, 37000 Tours, France*
[c] *Laboratoire de bactériologie, CHU Trousseau, 37170 Chambray-lès-Tours, France*
[d] *Centre national de référence et centre collaborateurs OMS des Listeria, institut Pasteur, G5 microorganismes et barrières de l'hôte, 25, rue du Dr-Roux, 75015 Paris, France*

Reçu le 9 février 2011 ; reçu sous la forme révisée le 26 mai 2011 ; accepté le 22 juillet 2011
Disponible sur Internet le 9 septembre 2011

Mots clés : Méningite ; Rhombencéphalite ; *Listeria monocytogenes* ; Intoxication alimentaire

Keywords: Meningitis; Rhombencephalitis; *Listeria monocytogenes*; Food contamination

1. Introduction

Listeria monocytogenes est un bacille Gram positif ubiquitaire responsable de la troisième cause de méningite bactérienne (après *Streptococcus pneumoniae* et *Neisseria meningitidis*) [1,2] et de 10 % des encéphalites en France [3]. Les infections neuroméningées à *L. monocytogenes* sont graves avec une mortalité de 16 à 45 % [4,5] et des séquelles dans 16 % des cas. Le rôle de l'alimentation dans la listériose est bien établi. L'application de recommandations sanitaires, une surveillance alimentaire active et la déclaration obligatoire des cas depuis 1999 ont permis de réduire son incidence [5,6]. Actuellement, la plupart des cas sont sporadiques mais persiste toujours un risque de cas groupés. Nous rapportons quatre cas d'infections neuroméningées à *L. monocytogenes* survenus en Touraine entre mai 2009 et mars 2010. Lors de l'interrogatoire des patientes et de leur entourage, la DDASS a identifié une même source de contamination, à savoir du fromage de chèvre au lait cru provenant du même producteur, et a alerté les services vétérinaires qui ont procédé à un contrôle. Des souches de *L. monocytogenes* isolées chez ce producteur ont été transmises au Centre national de référence des listeria (CNRL), qui a comparé les souches isolées chez les quatre cas avec celles prélevées chez ce producteur. Le CNRL a établi que toutes ces souches avaient les mêmes caractéristiques microbiologiques (même génosérogroupe IVb et profils similaires de macrorestriction d'ADN au moyen des enzymes *AscI/ApaI*) et a confirmé la suspicion de source commune entre les cas.

2. Présentation des cas

2.1. Cas n° 1

Une femme de 66 ans a été hospitalisée en unité de surveillance continue pour céphalées et cervicalgies. L'interrogatoire retrouvait des vomissements et de la fièvre ayant débuté 72 heures auparavant. Elle avait pour antécédents un carcinome ovarien avec atteinte splénique ayant nécessité une splénectomie, une greffe rénale et une hépatite C chronique traitée par interféron. La patiente était fébrile à 39 °C, la nuque était raide, il n'y avait pas d'atteinte des paires crâniennes, le score de Glasgow était à 15. À la ponction lombaire, les leucocytes étaient à 8000/mm^3 dont 85 % de polynucléaires neutrophiles (PNN) ; la protéinorachie à 3,55 g/L et la glycorachie à 0,5 mmol/L pour une glycémie à 8 mmol/L ; l'examen direct était négatif. Une antibiothérapie par ceftriaxone a été débutée devant ce tableau de méningite purulente évocateur d'étiologie pneumococcique. Le lendemain, la culture du LCR était positive à *L. monocytogenes*. Les hémocultures sont restées négatives. La ceftriaxone a été relayée par amoxicilline 200 mg/kg par jour et gentamicine 3 mg/kg par jour. Le traitement par amoxicilline

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : helenechaussade@yahoo.fr (H. Chaussade).

0399-077X/$ – see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.medmal.2011.07.015

a été poursuivi pendant trois semaines. À trois mois, il persistait des troubles de l'attention sans autre anomalie à l'examen neurologique.

2.2. Cas n° 2

Une femme de 63 ans a été hospitalisée en réanimation pour confusion fébrile. Elle avait pour antécédents une obésité morbide et une hypertension artérielle. Elle présentait depuis dix jours un syndrome grippal avec fièvre, frissons et céphalées pour lesquels elle était traitée par ceftriaxone. À l'admission, la patiente était fébrile à 39 °C, le score de Glasgow était à 13, elle avait une raideur de nuque sans signe focal. Le LCR était clair avec 17 hématies, 320 leucocytes/mm^3 dont 80 % de lymphocytes, une protéinorachie à 2,38 g/L et une glycorachie à 3,1 mmol/L pour une glycémie à 9,2 mmol/L ; l'examen direct était négatif. Devant ce tableau de méningoencéphalite, une antibiothérapie par ceftriaxone, amoxicilline et aciclovir a été débutée. La culture du LCR est revenue positive à *L. monocytogenes*, l'antibiothérapie a été simplifiée par amoxicilline 200 mg/kg par jour et gentamicine 3 mg/kg par jour. Les hémocultures sont restées négatives. L'évolution a été dans un premier temps compliquée d'une rhombencéphalite avec paralysie faciale droite, troubles de déglutition et diplopie. Une seconde ponction lombaire réalisée 72 h après a montré une diminution de la protéinorachie et de la cellularité avec une culture négative. L'IRM a confirmé le diagnostic de rhombencéphalite sans abcès ni hydrocéphalie (Fig. 1). L'antibiothérapie a été maintenue six semaines avec un relais par cotrimoxazole en raison d'une néphrite interstitielle à l'amoxicilline. À trois mois, il persistait une paralysie faciale et une dysarthrie.

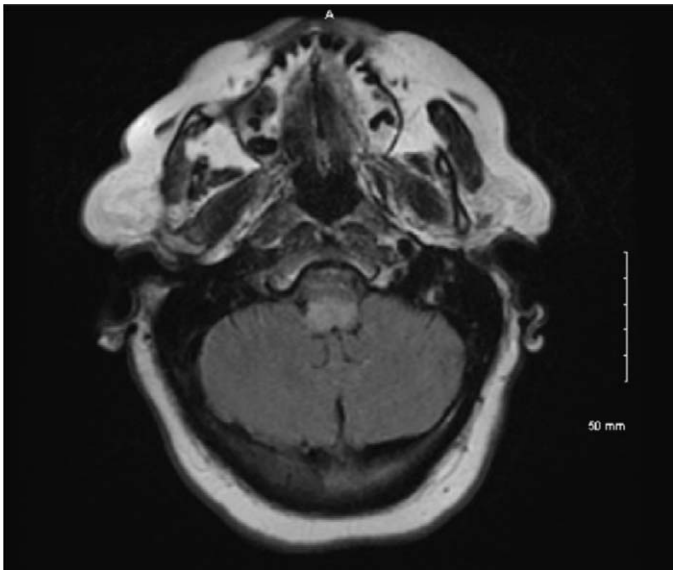

Fig. 1. IRM cérébral en séquence T2 flair. Aspect de rhombencéphalite avec hypersignal touchant la partie postérieure du bulbe.
Brain MRI T2 flair sequence. Rhombencephalitis with hypersignal affecting the posterior part of the bulb.

2.3. Cas n° 3

Une femme de 76 ans a été hospitalisée en réanimation pour fièvre à 39 °C, nausées, dysphagie, céphalées et photophobie apparus progressivement depuis six jours. Elle n'avait aucun antécédent. À l'examen clinique, la nuque était raide, la station debout impossible en raison d'un syndrome cérébelleux statique, il existait des troubles de sensibilité de l'hémiface gauche et des troubles de déglutition, le score de Glasgow était à 15. Le scanner cérébral était normal ; le LCR était clair avec 890 leucocytes/mm^3 dont 39 % de PNN et 61 % de lymphocytes, une protéinorachie à 2,5 g/L, une glycorachie à 1,8 mmol/L pour une glycémie à 7,2 mmol/L, l'examen direct était négatif. L'IRM cérébrale montrait des anomalies de signal du pédoncule cérébelleux moyen, de la partie latérale du bulbe et de la cinquième paire crânienne. Devant ce tableau de rhombencéphalite, une antibiothérapie par ceftriaxone 100 mg/kg par jour, amoxicilline 200 mg/kg par jour et gentamicine 3 mg/kg par jour a été débutée. L'antibiothérapie a été adaptée après identification de *L. monocytogenes* dans une hémoculture et dans le LCR et maintenue six semaines (quatre semaines d'amoxicilline et deux semaines de cotrimoxazole). À trois mois, il persistait un syndrome cérébelleux et des troubles de sensibilité superficielle de l'hémiface gauche.

2.4. Cas n° 4

Une femme de 86 ans a été hospitalisée en gériatrie pour chute. Elle avait pour antécédents une hypertension artérielle et une fibrillation auriculaire. Elle rapportait des vertiges depuis 48 heures. Elle était fébrile à 38,7 °C, présentait un syndrome vestibulaire gauche, le score de Glasgow était à 15. Une antibiothérapie par amoxicilline–acide clavulanique a été débutée pour sinusite (comblement des sinus en tomodensitométrie). Dans un second temps, une paralysie faciale gauche est apparue. Une hémoculture est revenue positive à *L. monocytogenes*. La ponction lombaire réalisée au troisième jour montrait une cellularité normale (un leucocyte), une hyperprotéinorachie à 0,85 g/L et une hypoglycorachie (35 % de la glycémie). L'examen direct et la culture du LCR étaient négatifs. L'IRM révélait des anomalies de signal du pont, du pédoncule cérébelleux moyen ainsi que la partie gauche de la moelle allongée. Une antibiothérapie par amoxicilline 200 mg/kg par jour et gentamicine 3 mg/kg par jour a été débutée. Après 21 jours d'amoxicilline, l'évolution a été favorable sans séquelles.

3. Discussion

Seulement, 6 % des listérioses neuroméningées surviennent en dehors d'une immunodépression [4,7]. Les facteurs de risque sont principalement l'âge supérieur à 60 ans, les néoplasies, la cirrhose, le diabète [4,8]. La présentation clinique la plus fréquente est la méningoencéphalite, associant aux syndromes infectieux et méningés des signes neurologiques variés (convulsions, troubles de conscience, atteintes des structures bulboprotubérantielles). Dans une série prospective de 30 cas rapportés par Brouwer et al., 63 % présentaient des signes focaux

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/6135518

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/6135518

Daneshyari.com