

La légionellose chez l'enfant immunocompétent : à propos d'un cas

Legionella pneumonia in an immunocompetent child

M.H. Akou'ou^{a,*}, M. Oger^a, G. Gras^a, P. Eckart^a,
M.J. Penniello^a, M. Vergnaud^b, B. Guillois^a

^a Service de pédiatrie, hôpital Clémenceau, CHU de Caen, 14033 Caen Cedex, France

^b Laboratoire de microbiologie, hôpital Côte-de-Nacre, CHU de Caen, 14033 Caen Cedex, France

Résumé

Nous rapportons le cas d'une pneumopathie à légionelle chez un enfant immunocompétent. La légionellose est une pathologie très rare chez l'enfant et encore plus rare chez l'enfant immunocompétent. Cela est lié, d'une part à l'atteinte préférentielle par les légionelles, de sujets immunodéprimés, et d'autre part à la méconnaissance du tableau clinique. En effet la recherche de mycoplasme et de *Chlamydiae* est effectuée facilement devant un tableau de pneumopathie atypique chez l'enfant, ce qui n'est pas le cas pour la légionellose. Par ailleurs, de nombreux cas passent probablement inaperçus du fait de leur bénignité (fièvre de Pontiac), de leur guérison spontanée ou à l'aide de macrolides administrés pour une suspicion de pneumopathie à mycoplasme.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report a case of *Legionella pneumonia* in an immunocompetent child. *Legionella pneumonia* is a rare pathology among children, and even rarer when they are immuno-competent; a few cases have been reported in the literature. This is explained by the fact that infection occurs primarily to immuno-suppressed patients. *Legionella* bacteria are not systematically sought for in front of child's atypical pneumonia, contrary to *Mycoplasma* or *Chlamydiae*. In addition, a number of cases are probably not even noticed because either not serious (Pontiac fever), spontaneously cured, or cured with macrolides prescribed in the case of suspected pneumonia with *Mycoplasma*.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Légionellose ; Pneumopathie

Keywords : *Legionella pneumophila* infections; Pneumonia; Child

La légionellose est une maladie qui, actuellement, défraie la chronique en France, mais qui touche essentiellement des sujets âgés dans le cadre de cas groupés. Elle est très peu rapportée en pédiatrie, notamment chez l'enfant immunocompétent. Sur les 1021 déclarations de légionellose faites en France, en 2002, une seule concernait un enfant [1]. Sur les 1044 cas de légionelloses déclarés en France en 2003, le seul cas concernant un enfant est

celui que nous rapportons [2]. Il s'agit d'un cas sporadique chez un enfant immunocompétent.

1. Observation

Antoine, âgé de cinq ans, a été adressé par son médecin traitant pour une pneumopathie. Aucun antécédent familial ni personnel particulier n'était noté en dehors de trachéites fréquentes chez Antoine dont le dernier épisode, six semaines plus tôt, avait donné lieu à un traitement corticoïde per

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mhakouou@hotmail.com (M.H. Akou'ou)

os par bêtaméthasone à raison de 12,5 µg/kg par jour pendant trois jours. Depuis six jours, Antoine présentait un syndrome grippal avec des pics fébriles entre 39 et 40°C, une toux, des céphalées, des douleurs abdominales prédominant au niveau de l'hypochondre droit et en région épigastrique, des selles diarrhéiques, des vomissements, une anorexie et une altération progressive de l'état général, ayant conduit jusqu'à présent à un traitement uniquement symptomatique. À l'admission, il était noté une polypnée à 50 mouvements/minute, une cyanose péribuccale, un tirage intercostal, une abolition du murmure vésiculaire dans le champ pulmonaire gauche et une SpO₂ à 88 % en air ambiant, une température à 37°C, une tachycardie à 132/minute, une tension artérielle à 88/51. Antoine n'avait pas de syndrome méningé mais des céphalées en casque à la moindre mobilisation. Il n'y avait pas d'adénopathie. Sur la radiographie pulmonaire, il existait un hémithorax gauche blanc et un foyer alvéolaire du segment postérieur du lobe moyen droit (Fig. 1). L'échographie thoracique mettait en évidence un épanchement pleural gauche de petite abondance qui était également noté sur l'examen tomodensitométrique du thorax réalisé au 6^e jour d'hospitalisation (Fig. 2). La ponction pleurale ne ramenait cependant que 6 ml de liquide. Sur le plan biologique, il était noté un syndrome inflammatoire important (Protéine C-réactive : 389 mg/l, fibrinogène > 9 g/l), des globules blancs à 5,04 g/l avec 0,76 g/l lymphocytes, un taux d'hémoglobine à 9,9 g/dl, une thrombopénie (plaquettes à 38 g/l), une insuffisance rénale fonctionnelle (hyperazotémie à 30,7 mmol/l avec une créatininémie à 72 mmol/l), une natrémie à 134 mmol/l ; la protidémie était à 56 g/l, la calcémie à 2,14 mmol/l ; la phosphorémie dosée plus tard était abaissée à 1,19 mmol/l (normale entre 1,3 et 1,85 mmol/l) ; les ASAT étaient légèrement élevées (74 UI/l pour une normale < 40 UI/l) comme la LDH (650 UI/l pour une normale < 530 UI/l), tandis que les ALAT étaient normales. Le traitement associait une oxygénothérapie, une antibiothérapie à large spectre (érythromycine en intraveineux à la posologie de 40 mg/kg jour, céfotaxime, amikacine et rifampicine – ces trois derniers antibiotiques étant arrêtés au 5^e jour de traitement –) et une antalgie avec du

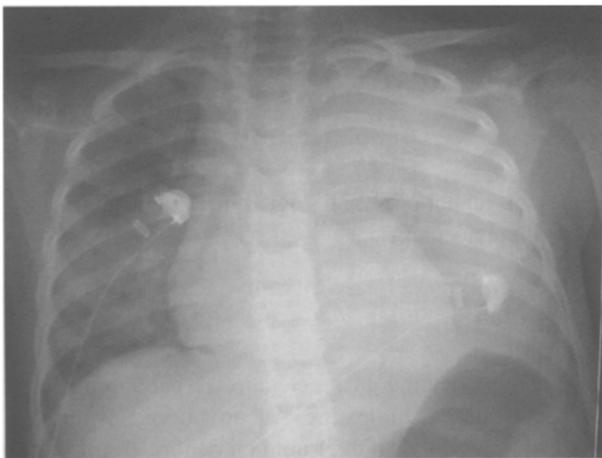


Fig. 1. Radiographie pulmonaire de face à l'arrivée dans le service, avant traitement.



Fig. 2. Coupe de scanner thoracique à j6 de traitement.

paracétamol intraveineux et de la nalbuphine. Le diagnostic de légionellose était affirmé par la positivité à 1/2048 (pour un seuil de positivité à 1/256) du sérodiagnostic spécifique en immunofluorescence, avec une valeur identique huit jours plus tard (IFI MERIDIAN Sérogroupes 1-6). La recherche d'antigènes solubles de *Legionella pneumophila* de séro-groupe 1 par Elisa dans les urines était négative à deux reprises, de même que la recherche de *Legionella pneumophila* en culture sur liquide pleural. Le Centre national de référence des légionelles de Lyon détectait de l'ADN de *Legionella* par la technique PCR sur des échantillons de liquide pleural et d'expectoration (recherche d'un fragment du gène 16 s spécifique de *Legionella*). Concomitamment, toutes les hémocultures étaient stériles et les recherches virales à l'aspiration nasale (en immunofluorescence pour le virus respiratoire syncytial, les virus parainfluenza 1-2-3-4, les virus influenza A et B et les adénovirus et par RT-PCR sur culture pour les Entéro-Rhinovirus, le Coronavirus OC43 et 229E et la grippe C) étaient négatives. De même, la recherche d'ADN de *Mycoplasma pneumoniae* et de *Chlamydia pneumoniae* par PCR sur prélèvement pharyngé étaient négatives ainsi que les sérologies de *Mycoplasma pneumoniae* et des leptospiroses. Enfin, l'IDR à la tuberculine était négative. Une franche amélioration clinique ne survenait qu'au 10^e jour d'hospitalisation, permettant l'arrêt de l'oxygénothérapie. L'aggravation de l'anémie (anémie hypochrome, microcytaire et non régénérative, recherche d'agglutinines froides négative) à 6,7 g/dl conduisait à la nécessité d'une transfusion de culot globulaire. Par ailleurs la numération plaquettaire baissait à 27 g/l au 3^e jour d'hospitalisation pour remonter spontanément à 1061 g/l au 14^e jour et se corriger au 16^e jour d'hospitalisation (530 g/l). L'érythromycine intraveineux était arrêté au bout de sept jours du fait de l'apparition d'un allongement de l'intervalle QT sur l'ECG, et remplacé par de la clarithromycine per os qui était poursuivi pendant 15 jours. L'examen tomodensitométrique thoracique effectué un mois après l'épisode montrait un parenchyme pulmonaire normal avec la persistance d'un épanchement pleural minime.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9369674>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9369674>

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