

Année 2004 - 2005

D.C.E.M. 2

**MODULE 7 :
SANTÉ ET ENVIRONNEMENT -
MALADIES TRANSMISSIBLES**

MERCREDI 11 MAI 2005**Durée : 2 heures****1^{ère} Session****Question Transversale n°1**

Un patient de 45 ans, d'origine antillaise, est amené par les pompiers aux urgences de votre hôpital pour malaise sur la voie publique en se rendant à son travail. Ce patient employé dans une banque, ne présente aucun antécédent particulier et n'a jamais été hospitalisé. Il fume un paquet de cigarette par jour depuis l'âge de 20 ans, mais ne boit pas d'alcool. L'interrogatoire bien que difficile, car le patient est très somnolent, vous apprend également que celui-ci a été réveillé la nuit dernière à 3h00 par de violents frissons. La prise répétée de paracétamol lui a permis de se lever et de tenter de gagner son travail.

L'examen clinique retrouve une tension artérielle à 100/60 mmHg, un pouls à 120 /mn, une fréquence respiratoire à 22/mn et une température à 37.8°C. Il pèse 60 kilos pour 1.70 mètres. A l'auscultation cardiaque, vous percevez un souffle systolique 2/6ème au foyer mitral. Vous notez également une toux avec expectorations purulentes et un souffle tubaire de la base droite. L'inspiration profonde est difficile, car douloureuse. La nuque est raide et il existe une légère photophobie. Au cours de votre examen, le patient vomit plusieurs fois en jet. L'examen abdominal, cutané et ganglionnaire, vous apparaît normal.

1- Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

2- Quel bilan biologique prescrivez-vous en urgence ?

3- La radiographie pulmonaire objective un foyer lobaire inférieur droit, bien systématisé. Quel agent infectieux le plus probable suspectez-vous ? Quels en sont les arguments en faveur ?

4- Vous réalisez une ponction lombaire. L'analyse au direct du liquide céphalorachidien après coloration, permet de retrouver un cocci Gram positif en chaînette. Décrivez tous les autres résultats attendus par cette ponction lombaire.

5- Sachant qu'il n'existe aucun signe de gravité, quels traitements prescrivez-vous ? (posologies, durée...)

6- Quel(s) facteur(s) de risque potentiels sont à rechercher chez ce patient ?

7- Quel traitement prophylactique devez-vous prescrire à la famille ?

MODULE 7 :

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT - MALADIES TRANSMISSIBLES

Question Transversale n°2

Mme D..., 25 ans, malienne, vivant en France depuis 2 ans, consulte, 1 mois après le retour d'un séjour de vacances de 2 mois dans son pays, pour diarrhée aqueuse s'aggravant progressivement depuis 1 mois 1/2, sans douleur abdominale vraie.

Actuellement, elle présente plusieurs jours par semaine 4 à 6 selles par jour, liquides, a maigri de 6 kg en 3 mois et est asthénique. Madame D... n'a pris aucun médicament pendant son séjour au Mali, ni au retour. Ses 2 enfants de 8 ans et 4 ans sont restés au Mali. Elle n'a jamais été hospitalisée en France.

A l'examen, l'abdomen est souple, sensible à la palpation dans son ensemble, la température est à 37°C, le pouls à 80/minute et la PA (pression artérielle) à 120/70mmHg. Elle pèse 50 kg pour 1,65 m.

1. **Quelles données supplémentaires d'interrogatoire seraient utiles à recueillir ?**
2. **Indiquer 3 hypothèses diagnostiques pouvant expliquer tout ou partie du tableau, en rapport ou sans rapport avec le retour au Mali.**
3. Mme D. apporte 2 examens faits dans un laboratoire privé quelques jours avant :
NFS : leucocytes 3,10 giga/L ; hématies 3,50 tera/L ; hémoglobine 10,5 g/dL ; VGM : 80 FL ;
P. neutro. 30 % ; P. éosino. 12 % ; Lymphocytes 45 % ; VS 50 mm à la 1^{ère} heure.
Examen bactériologique des selles : pas de germe pathogène.
Examen parasitologique des selles : quelques œufs fécondés d'*Ascaris lumbricoïdes*.
**Ces résultats sont-ils satisfaisants pour expliquer les troubles de la patiente ? Pourquoi ?
Quels autres examens complémentaires prescrivez-vous ?**
4. **En attendant les résultats du bilan demandé, vous traitez l'ascaridiose : proposer un médicament et indiquer les chances de guérison.**
5. L'IDR est faiblement positive, les 3 recherches de BK sont négatives à l'examen direct, la radio de thorax normale. L'examen de selles montre à la technique de Ziehl-Neelsen modifiée des oocystes de *Cryptosporidium parvum*. Le sérodiagnostic du VIH est positif en ELISA par les 2 techniques.
 - **La cryptosporidiose est-elle responsable des troubles ? Quelle est la situation de ce parasite chez les immunocompétents et les immunodéprimés ?**
 - **Prescrivez le bilan minimum pour faire le point de l'infection par le VIH.**

6. Dans les éléments du bilan, on note : lymphocytes CD4 = $95/\text{mm}^3$ et charge virale du VIH-1 = 100 000 copies/ml.

Indiquer les éléments de la prise en charge clinique et thérapeutique pour la parasitose et pour la virose chez cette patiente.

7. Six mois plus tard, alors que les diarrhées ont disparu en 4 mois et que les lymphocytes CD4 sont à $300/\text{mm}^3$, la patiente qui reçoit de l'indinavir (Crixivan®), revient pour des douleurs abdomino-lombaires apparues 48 heures plus tôt.

Un examen parasitologique des selles (EPS) demandé par son médecin traitant est négatif

- **Quel diagnostic évoquez-vous ?**
 - **Pour quelle raison l'EPS est-il négatif ?**
 - **Quelle proposition thérapeutique indiquez-vous ?**
-

MODULE 7 :
SANTE ET ENVIRONNEMENT -
MALADIES TRANSMISSIBLES

CORRIGES

Question Transversale n°1

1- Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

Pleuropneumopathie

Méningite

Endocardite

2- Quel bilan biologique prescrivez-vous en urgence ?

NFS, VS, CRP, Ionogramme sanguin, Glycémie, BHC, LDH, TP TCA, hémocultures

3- La radiographie pulmonaire objective un foyer lobaire inférieur droit, bien systématisé. Quel agent infectieux le plus probable suspectez-vous ? Quels en sont les arguments en faveur ?

Streptococcus pneumoniae

Début brutal, fumeur, polypnée, frissons, note pleurale, expectorations, souffle tubaire base, méningite associée

4- Vous réalisez une ponction lombaire. L'analyse au direct du liquide céphalorachidien après coloration, permet de retrouver un cocci gram positif en chaînette. Décrivez tous les autres résultats attendus par cette ponction lombaire.

Liquide trouble, eau de riz, purulent, hypertendu, hypercellularité prédominant sur les polynucléaires neutrophiles, hyperprotéinorachie, hypoglycorachie (1/3 de la glycémie prélevée au même moment), culture bactériologique et antibiogramme.

5- Sachant qu'il n'existe aucun signe de gravité, quels traitements prescrivez-vous ? (poso, durée...)

- Hospitalisation, perfusion, O2, kinésithérapie

- Cefotaxime 200 mg/kg/j IV (12g/j) en 4 perf ou ceftriaxone 70-100 mg/kg/j (4 à 6g/j) en 2 perf (absence de signes de gravité) 10 à 14 jours

- Corticothérapie : Dexaméthasone 10 mg IVL avant 1ère dose ABT, puis toutes les 6 heures pdt 4 jours.

- Antalgiques si besoin

6- Quel(s) facteur(s) de risque potentiels sont à rechercher chez ce patient ?

- infection par le VIH

- drépanocytose

7- Quel traitement prophylactique devez-vous prescrire à la famille ?

Aucun

Question Transversale n°2

1.
 - vaccinations avant le départ au Mali
 - conditions du séjour au Mali : village, conditions d'alimentation : eau, fruits, contact avec l'eau d'une rivière, marche pieds-nus
 - conditions de vie en France : vit seule ? travail ? habite dans un foyer ? promiscuité avec des personnes malades ? rapports sexuels non protégés ?

 2.
 - parasitoses intestinales contractées au Mali
 - tuberculose
 - infection par le VIH
 - ou.....
 -
 -

 3. Non : l'ascaridiose probablement contractée au Mali ne peut expliquer l'altération de l'EG, ni l'intensité de la diarrhée. L'éosinophilie sanguine est sans doute en rapport avec cet helminthe.
 La leuconéutropénie et la VS augmentée orientent plus vers tuberculose et/ou infection à VIH.
 Examens demandés :
 - IDR à la tuberculine
 - 3 BK crachats
 - transaminases
 - Rx de thorax
 - Frottis-goutte épaisse
 - Nouvel examen parasitologique des selles avec techniques spécifiques pour les coccidies opportunistes (*Isospora belli*, *Cryptosporidium*...)
 - Sérologie du VIH

 4. Flubendazole (Fluvermal®) 3 jours ou
 Albendazole (Zentel®) : 1 jour
 Guérison presque certaine : médicaments efficaces et ce ver n'est pas opportuniste.

 5. Oui, la cryptosporidiose donne des diarrhées de ce type par envahissement des cellules intestinales
 Les diarrhées sont régressives spontanément en 10-15 jours chez l'immunocompétent mais persistent en s'aggravant chez l'immunodéprimé. Bilan, VIH... :
 Western-Blot VIH-1 et VIH-2, numération des lymphocytes CD4 et CD8, charge virale du VIH-1, sérologies hépatites B, C, toxoplasmose.

 6. Cryptosporidiose : pas de traitement spécifique : Tt symptomatique.
 VIH trithérapie : 2 nucléosidiques et une antiprotéase boostée, par exemple (autres propositions possibles : 2 nucléosidiques + 1 non nucléosidique...)
 Tt préventif de la pneumocystose et de la toxoplasmose : cotrimoxazole (Bactrim®)

 7.
 - Lithiase au Crixivan® par insuffisance d'apport hydrique.
 - Traitement antirétroviral efficace avec remontée des CD4 contrôlant le parasite opportuniste.
 - ou boire suffisamment
 - ou changer d'inhibiteur de protéase
-