

**V. Rabier (1), P. Abgueguen (1), C. Lemarié (2), N. Lerolle (3),  
J. Picquet (4), P. Priou(5), JM Chennebault (1)**

- (1) Service des maladies infectieuses et tropicales
- (2) Laboratoire de bactériologie
- (3) Service de réanimation médicale
- (4) Service de chirurgie vasculaire et thoracique
- (5) Service de pneumologie



**Mme L., 46 ans, en visite à Angers**

**Cambodgienne, réside habituellement au Cambodge**

**Séjour en Australie et aux Etats-Unis les mois  
précédents la consultation**

**Consulte MG pour AEG depuis plusieurs mois**

**Asthénie ++      - 10 kg en 4 mois      fièvre vespérale  
frissons nocturnes      dyspepsie et éructation**

**ATCD : ? tabac : 0**

**Veuve, sans profession, sans sécurité sociale**

## **Quel bilan de « débrouillage » lui proposez-vous ?**

- 1. Un PET Scan**
- 2. Une sérologie VIH**
- 3. Une fibroscopie œso-gastrique**
- 4. Une radiographie de thorax**
- 5. Un bilan hépatique**

**1. Un Pet Scan**

**2. Une sérologie VIH**

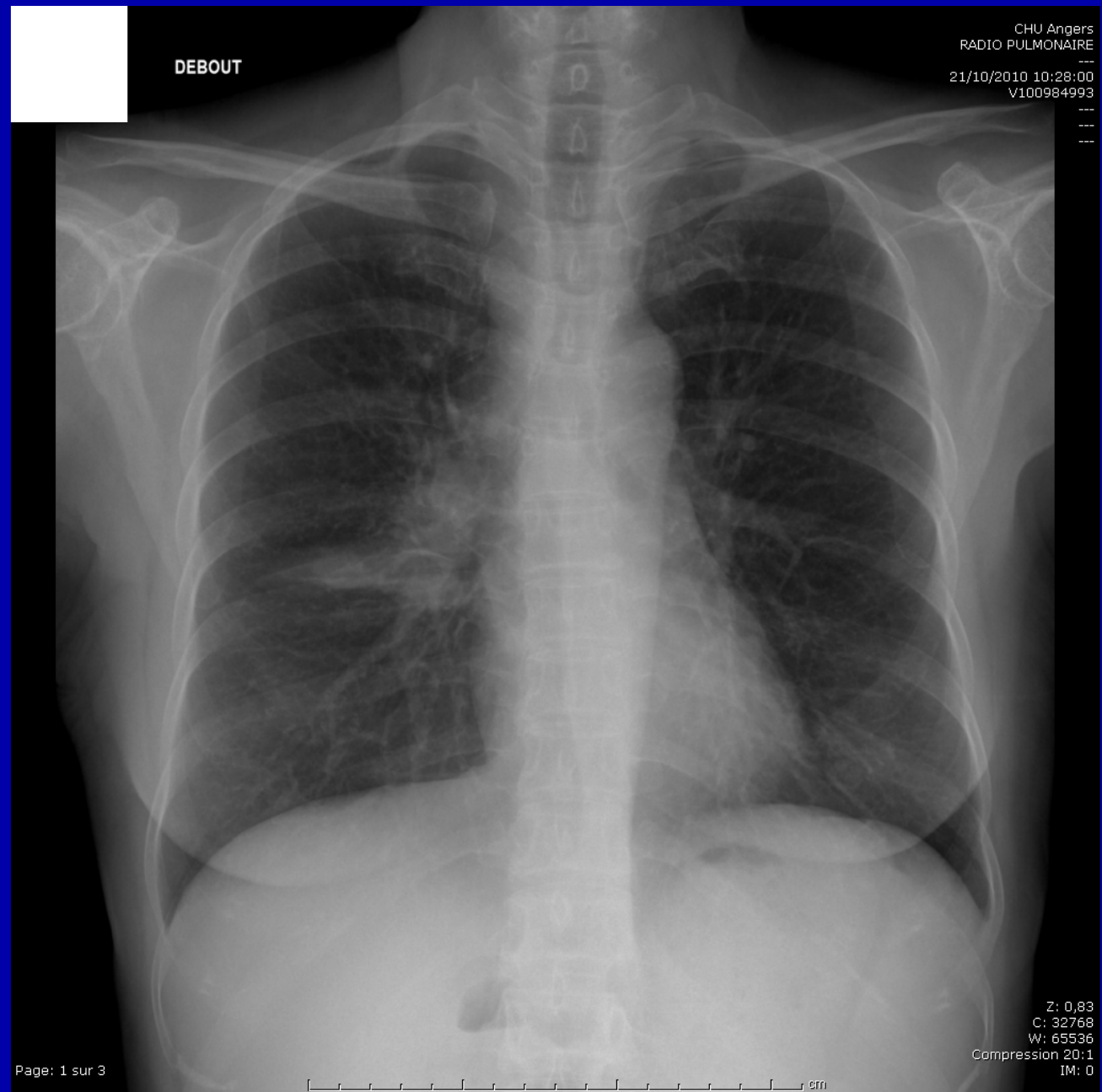
**3. Un bilan hépatique**

**4. Une fibroscopie OGD**

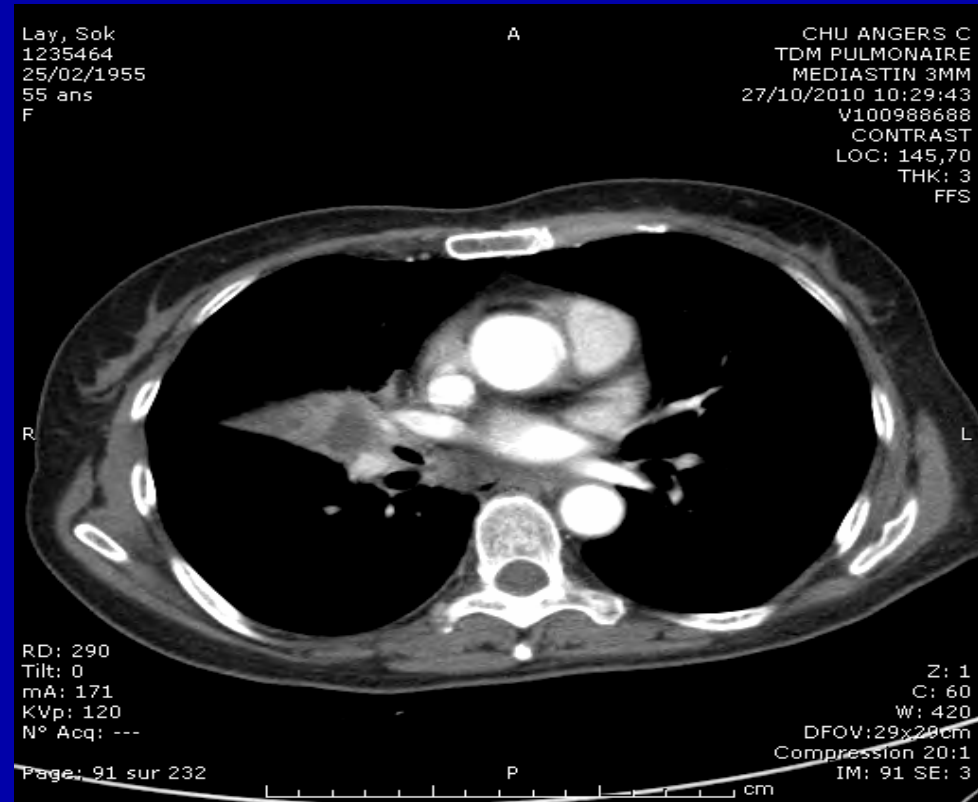
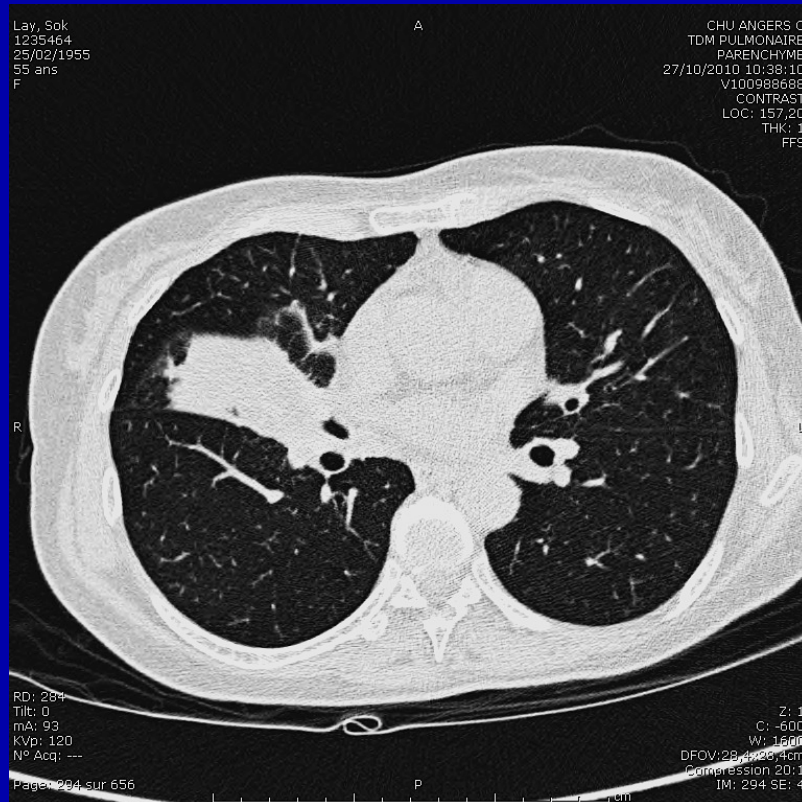
**5. Une radiographie de thorax**

**VIH : -      transaminases : 1 ½ N**

## ... radiographie du thorax



# Un scanner injecté est donc fait en externe



# **Quels examens prescrivez-vous ?**

- 1. Une médiastinoscopie**
- 2. Un myélogramme**
- 3. Des BK tubages**
- 4. Un lavement baryté**
- 5. Une fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire**

1. Une médiastinoscopie
2. Un myélogramme
3. Des BK tubages
4. Un lavement baryté
5. Une fibro bronchique avec LBA

**BK direct négatifs => culture**

... **fibroscopie** en externe (toujours pas de prise en charge sociale)

- Aspect endoscopique inflammatoire
- Anatomo-pathologie : intense inflammation bronchique ulcéro-nécrotique, quelques granulomes épithélioïdes
- Bactériologie : flore polymorphe sur milieux de culture standard, Ziehl-Nielsen négatif
- Parasitologie-mycologie : Grocott négatif



**Les cultures restent négatives**

## **Une médiastinoscopie est pratiquée :**

**Adénopathies avec coulée de nécrose**

**Saignement au retrait du  
médiastinoscope**

**Anatomo-pathologie : tissus  
nécrotique, quelques éléments  
lympho-histiocytaires**

**Bactériologie : quelques bacilles Gram négatif**

**Coloration de Ziehl et de Grocott négatives**



- **La patiente sort le lendemain de l'intervention**
- **Elle revient à J3 de l'intervention :**
  - **fièvre à 39°C**
  - **tachycarde à 135 bat/mn**
  - **dyspnéique avec tirage inspiratoire**
  - **cicatrice de médiastinoscopie inflammatoire avec présence d'un voussure**
- **Une nouvelle TDM thoracique avec injection est demandé**

**Le radiologue constate au moment de l'injection que le produit de contraste ne diffuse pas**

## **Quelles sont vos hypothèses ?**

- 1. Allergie à l'iode**
- 2. Nécrose tubulaire aiguë**
- 3. Viscosité du produit trop importante**
- 4. Arrêt cardio-respiratoire**
- 5. Cathlon bouché**

**1. Allergie à l'iode**

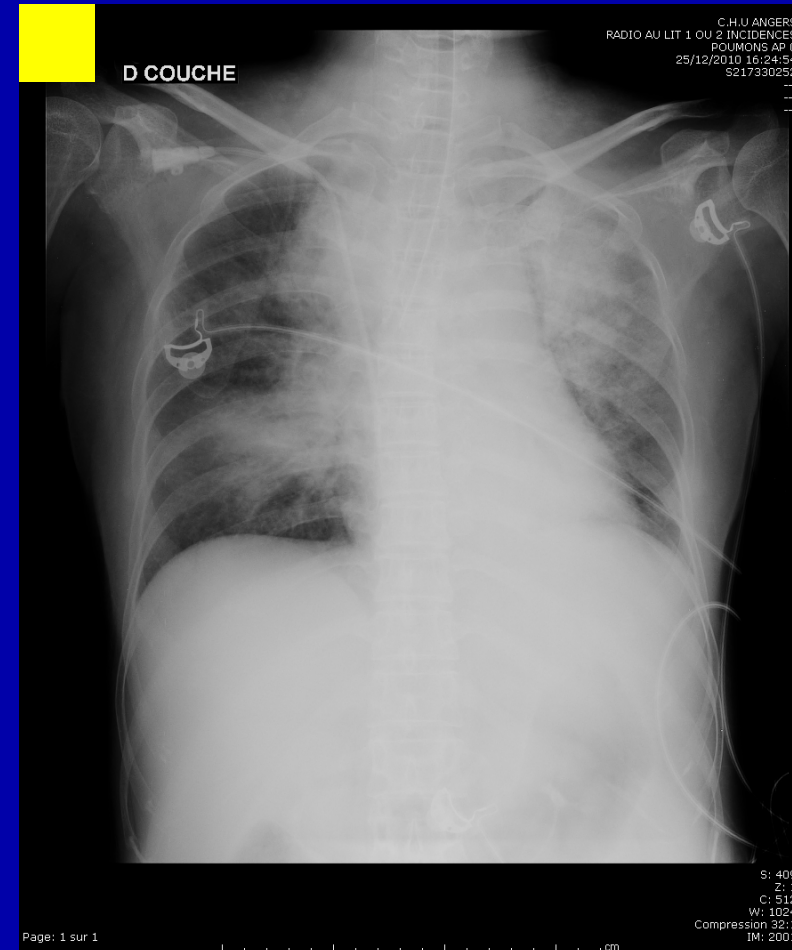
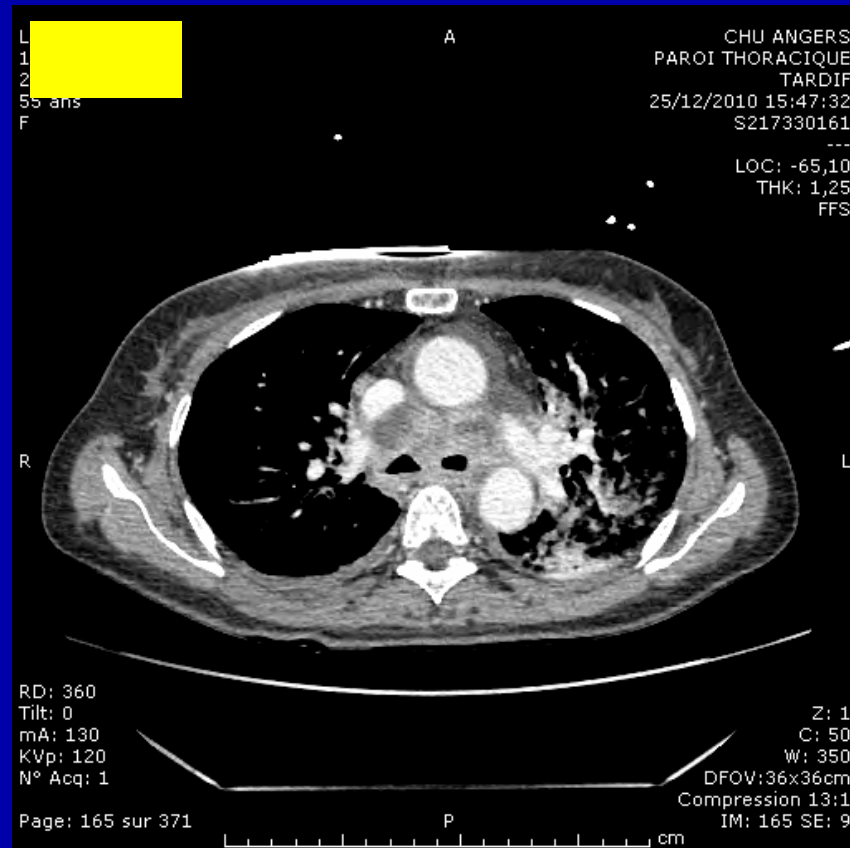
**2. Nécrose tubulaire aiguë**

**3. Viscosité du produit trop importante**

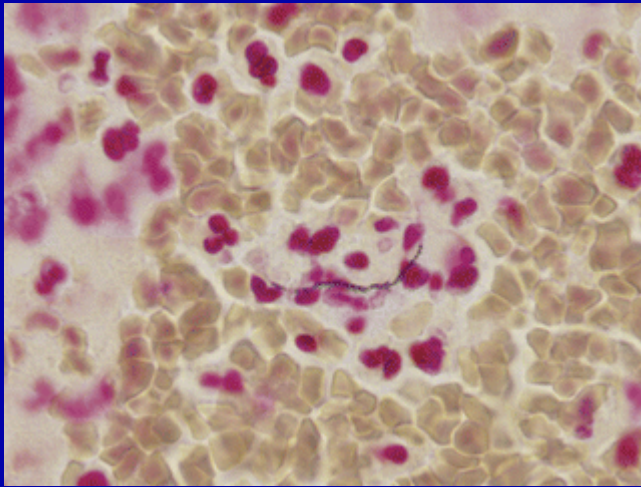
**4. Arrêt cardio-respiratoire**

**5. Cathlon bouché**

## Le cœur repart... la TDM peut être faite. Résultat :



## ...et les cultures poussent



**BGN bipolaire, aérobie strict**

**Catalase + Oxydase +**

**Mobile**

**R colistine, R gentamycine**

**R amoxicilline, S amoxicilline-ac.  
clavulanique**



Milieu d'Ashdown

*D'après RMSMC*

## Quel est votre diagnostic ?

1. Médiastinite nosocomiale
2. Pneumocystose
3. Médiastinite à *Burkholderia pseudomallei*
4. Tuberculose ganglionnaire
5. Lymphome de Burkitt

1. Médiastinite nosocomiale

2. Pneumocystose

3. Médiastinite à *Burkholderia pseudomallei*

4. Tuberculose ganglionnaire

5. Lymphome de Burkitt



## **Quel traitement initial proposez-vous ?**

- 1. Rifampicine**
- 2. Ceftazidime**
- 3. Fluoroquinolone**
- 4. Imipénème**
- 5. Cotrimoxazole**
- 6. Doxycycline**

1. Rifampicine
2. Ceftazidime
3. Fluoroquinolone
4. Imipénème
5. Cotrimoxazole
6. Doxycycline

## **Évolution :**

- **Positivité des hémocultures aérobies**
- **Traitement par imipénème-cilastatine**
- **Encéphalopathie post-anoxique fatale**
- **Décès en réanimation 15 jours plus tard**

## ***Bulkorderia pseudomallei* (bacille de Whitmore)**

- Réservoir : environnement hydro-tellurique
- Transmission par 2 voies principales : contact direct (plaies souillées) et voie aérienne (inhalation de poussière contaminée)
- Hôte : homme/mammifères domestiques et sauvages
- Facteur de risque : diabète++/immunodépression

**Formes aiguës bactériémiques**

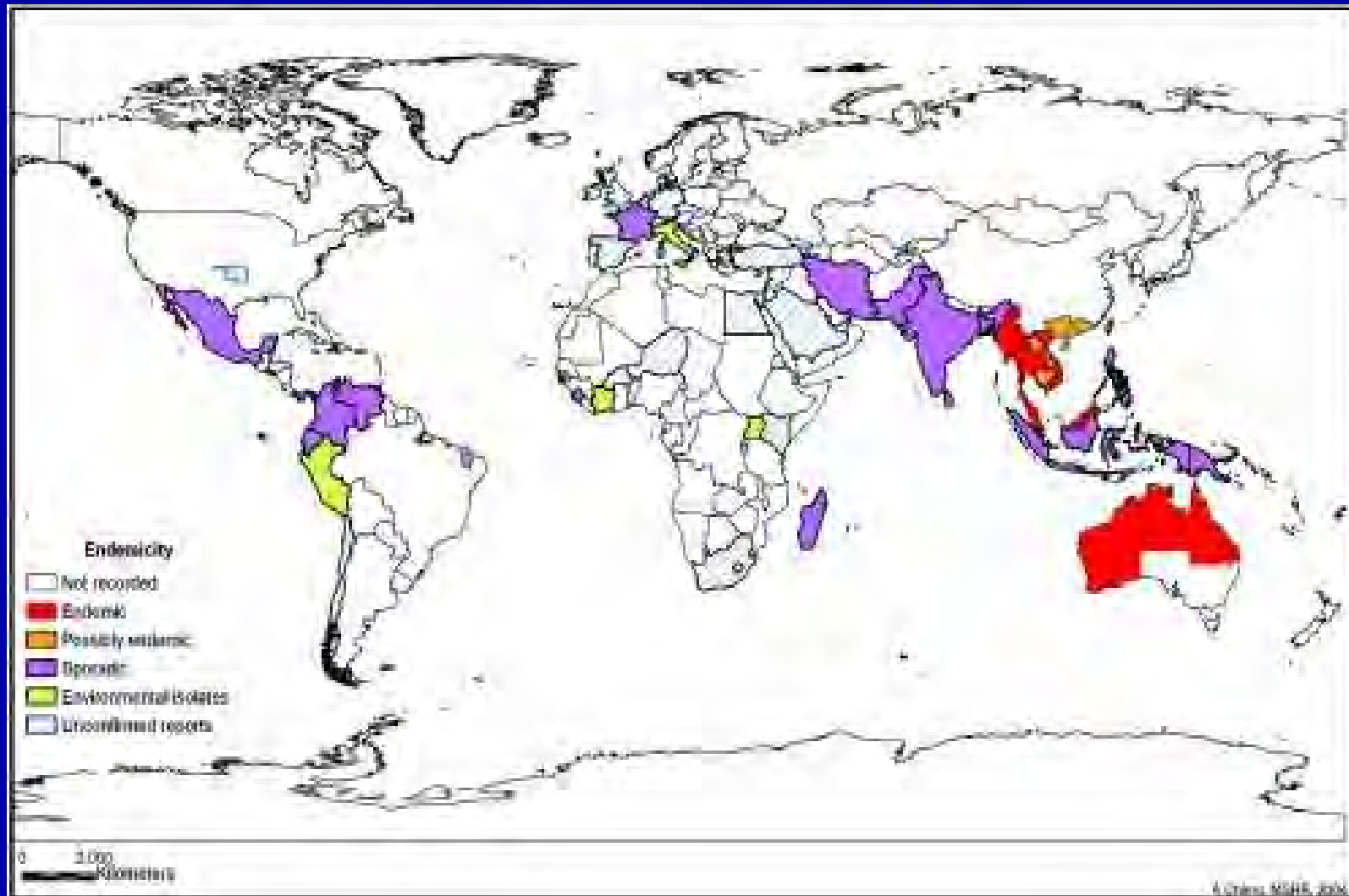
**Formes chroniques**

**Formes latentes**

**Formes subaiguës**

**Formes pulmonaires pseudo-tuberculeuses : pneumopathie, adénopathie, épanchement pleural, perte de poids, hémoptysies**

# Répartition de la mélioiïdose



# Recommandations de traitement

## Traitement IV

- 3 semaines
- Imipenem-cilastatine : 50 mg/kg/j (4g max)  
+ doxy si cas sévère
- Ceftazidime IVSE : 6 g/j avec dose de charge
- Amoxicilline-acide clavulanique : 8 g/j en 6 prises

## Relais per os

- 20 semaines
- TMP (6 à 8 mg/kg/j)/SMX (40mg/kg/j) en 2 prises
- Doxycycline (4mg/kg/j) en dose unique
- Amoxicilline-ac.clavulanique (60 mg/kg/j) en 3 doses

**La bactériologiste est inquiète pour ses techniciennes, les prélèvements ayant été manipulés sans précaution particulières.**

## **Quelle conduite à tenir ?**

- 1. Hospitalisation pour surveillance de tout le personnel exposé**
- 2. Antibioprophylaxie par ceftazidime 5 jours pour le personnel exposé**
- 3. Aucune antibioprophylaxie**
- 4. Traitement post-exposition par triméthoprim-sulfaméthoxazole**

1. Hospitalisation pour surveillance de tout le personnel exposé
2. Antibioprophylaxie par ceftazidime 5 jours pour le personnel exposé
3. Aucune antibioprophylaxie
4. **Traitement post-exposition par triméthoprim-sulfaméthoxazole**

*Ttt post exposition recommandé en cas d'exposition avérée  
à mettre en place dès que possible  
Adulte et enfant : TMP (6 à 8 mg/kg/j)/SMX (40mg/kg/j)  
en 2 prises x10 jours*