

MALADIE INFECTIEUSE ET TROPICALE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Cas Clinique N°1 :

Une femme de 60 ans, est hospitalisée pour rachialgies intenses. Les douleurs apparues depuis quelques jours sont présentes jour et nuit, y compris lorsqu'elle est en décubitus dorsal.

Elle a pour antécédent un prolapsus mitral. Elle a revu son cardiologue un an auparavant ; le compte-rendu décrivait le prolapsus mais l'examen physique cardio-vasculaire était décrit comme normal. Elle n'a pas d'allergie connue. Elle a été traitée pour une cystite par amoxicilline il y a 14 jours. L'examen physique montre une raideur importante du rachis dorsal et lombaire, une douleur vive à la pression des apophyses épineuses à mi-hauteur du rachis dorso-lombaire. Le reste de l'examen est normal. Les constantes sont normales hormis une température à 38,2°C. Son poids est de 60 kg pour 1,68 m.

Un bilan en ville effectué la veille montre une polynucléose neutrophile à 11 000 /mm³, une CRP à 154 mg/L. La créatininémie est à 70 micromol/L et le bilan hépatique est normal. L'ECBU ne montre ni hématurie, ni leucocyturie, un examen microbiologique direct négatif et une culture stérile à 24 h.

Cette patiente a été hospitalisée en médecine polyvalente. Vous êtes appelé à la 36^{ème} heure de son hospitalisation pour aider à la prise en charge. Son état clinique est inchangé.



Question N°1 :

Une IRM rachidienne a été effectuée à l'arrivée. Décrivez les signes évocateurs de spondylodiscite sur les 3 clichés d'IRM ci-dessous (de gauche à droite : séquences pondérées en T2, en T1 sans gadolinium, en T1 avec gadolinium) .



Question N°2 :

Le neurochirurgien a vu les clichés et ne retient aucune indication chirurgicale. Quels sont les principes de prise en charge de cette patiente ?

Question N°3 :

Vous apprenez que 4 flacons d'hémocultures prélevées à l'entrée poussent à *Streptococcus gallolyticus*.

Vous envisagez le diagnostic d'endocardite à *S. gallolyticus* compliquée de spondylodiscite. Quel traitement antibiotique prescrivez-vous pour les 48 premières heures, en précisant la posologie et le mode d'administration ?



Question N°4 :

Une analyse bactériologique complémentaire au sujet de la sensibilité de cette souche aux bêta-lactamines est nécessaire. Laquelle et pourquoi ?

Question N°5 :

Quelle(s) est ou sont le(s) effet(s) indésirable(s) de l'amoxicilline, telle qu'elle est utilisée chez cette patiente ?

Question N°6 :

Vous demandez une échographie cardiaque. Citez au moins 3 anomalie(s) que vous recherchez sur une échographie cardiaque pour établir le diagnostic d'endocardite infectieuse.

Question N°7 :

Compte-tenu de la bactériémie à *S. gallolyticus* un examen complémentaire particulier doit être demandé (sans urgence) : lequel et pourquoi ?

Cas Clinique N°2 :

Un patient vous consulte car il ressent des douleurs de la paroi thoracique apparues depuis 1 semaine. Il présente également des céphalées inhabituelles. Il dit ne pas ressentir de fièvre. Ces douleurs sont parfois très intenses et surviennent jour et nuit.

Il a 35 ans, exerce un emploi de bureau, n'a jamais voyagé hors de France métropolitaine. Il pratique le vélo tout terrain en forêt au moins une fois par semaine. Il a eu un œdème de Quincke dans les heures suivant la prise d'amoxicilline, obligeant à une hospitalisation de 12 heures, survenue il y a 10 ans. Il n'a jamais eu de bilan allergologique. Il est en bonne santé et sa visite de médecine du sport n'a montré aucune anomalie clinique, biologique et électrocardiographique.

Il signale une plaque rouge dorsale, il y a 4 à 6 semaines, qui a maintenant disparu. Il a pris plusieurs photos de cette lésion pour surveiller l'évolution.

Question N°1 :

Vous envisagez une lésion liée à une maladie de Lyme. Quel(s) argument(s) allez-vous rechercher à l'interrogatoire du patient et à l'examen des photos pour essayer d'attribuer cette lésion à un érythème migrant de la maladie de Lyme ?

Question N°2 :

Vous avez trouvé plusieurs éléments en faveur du diagnostic rétrospectif d'érythème migrant.

Les douleurs de la paroi thoracique sont bilatérales, en ceinture, s'étendant sur plusieurs arcs costaux ; elles sont à type de brûlures. L'examen cutané est normal. La paroi thoracique ne montre aucune anomalie. La mobilisation du rachis reste normale, la recherche d'une douleur rachidienne ou para-rachidienne est négative. L'examen physique est normal sauf une discrète raideur méningée en bout de course. Le patient est apyrétique, il ne prend aucun médicament. Le poids du patient est de 70 kg, sa fonction rénale et sa fonction hépatique sont normales.

- a. Quelle complication d'une maladie de Lyme suspectez-vous ?
- b. Comment en faites-vous le diagnostic ?

Question N°3 :

Quel traitement de première intention proposez-vous pour traiter ce patient ? Vous détaillerez les effets indésirables principaux du traitement de première intention chez ce patient ainsi que les conditions du traitement telles que vous les écririez sur l'ordonnance.



Question N°4 :

Avant de débiter le traitement, le patient présente une perte de connaissance brève. L'examen physique, y compris neurologique, est normal (sauf les douleurs thoraciques déjà connues). Un scanner cérébral réalisé en urgence est normal. Le bilan biologique comportant NFS - plaquettes, natrémie, kaliémie, calcémie, phosphorémie est normal.

Quelle complication de la maladie de Lyme pourrait être en cause dans cet évènement ?

Question N°5 :

Vous revoyez le patient après guérison. Au sujet des mesures de prévention de la maladie de Lyme, que conseillez-vous à ce patient ?

Question N°6 :

Le patient vous interroge sur les autres risques liés aux piqûres de tiques. Citez 3 maladies endémiques en France métropolitaine possiblement transmises par piqûre de tique.

Cas Clinique N°3 :

Un patient de 35 ans est hospitalisé pour une diarrhée liquidienne depuis 3 semaines. Ce patient est infecté par le VIH-1, sa séropositivité ayant été découverte en 2014. A cette époque, le nadir de CD4 était de 25/mm³ et la charge virale avant traitement de 5,7 log copies /mL.



Il a été traité par 2 traitements antirétroviraux :

- de 2014 à 2017 par : darunavir + ritonavir + emtricitabine + ténofovir difumarate ; ce traitement a été remplacé, alors que la charge virale était indétectable, par le traitement ci-dessous.

- de 2017 à 2020 : rilpivirine + emtricitabine + ténofovir alafénamide

Ce dernier traitement a été interrompu par le patient pendant la pandémie de COVID-19. Il a pris le traitement à demi-dose pendant les derniers mois, avant de l'arrêter complètement.

Question N°1 :

Quel est l'intérêt d'associer darunavir et ritonavir ? Par quel mécanisme ?

Question N°2 :

Quelles sont les principales infections digestives opportunistes parasitaires, responsables de diarrhées, observées au stade Sida ? Expliquez comment vous faites le diagnostic de chacune d'entre elles.

Question N°3 :

Le patient signale également une baisse d'acuité visuelle qui conduit au diagnostic d'une rétinite à cytomegalovirus (CMV).

- a. Quel est le traitement de première intention ? Précisez les effets indésirables de ce traitement.
- b. Quel serait le traitement de seconde intention ? Précisez les effets indésirables de ce traitement.



Question N°4 :

A J7 de l'hospitalisation, la diarrhée et la rétinite sont en cours de traitement sans difficulté.

Le bilan biologique effectué montre :

Leucocytes 4500/mm³

Hémoglobine 11,5 g/100 mL

VGM 84 fL

Plaquettes 130 000 /mm³

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles 75 %

Polynucléaires éosinophiles 2 %

Polynucléaires basophiles 1 %

Lymphocytes 20 %

Monocytes 2 %

Créatininémie 70 micromol/L (DFG 85 mL/mn/1,73 m²)

ASAT (SGOT) 55 UI/L (N < 40)

ALAT(SGPT) 50 UI/L (N<42)

Gamma GT 110 UI/L (N<48)

Phosphatases alcalines 100 UI/L (N< 110)

LDH 220 UI/L (N < 270)

CRP 14 mg/L

Antigénémie cryptococcique positive à 1/50

Hémocultures à la recherche de mycobactéries négatives

CMV IgG positives et IgM négatives

Quantification ADN CMV sang : en voie de diminution

Quantification ADN EBV sang : négative

Ac anti-VCA IgG positives, Ac anti-EBNA IgG positives

Ac anti-toxoplasmose Ig G négatives, IgM négatives

HLA B57.01 négatif



AgHBs négatif, Ac anti-HBc positif, Ac anti-HBs négatif

Quantification ADN VHB sang négative

Sérologie VHC négative

Sérologie d'hépatite A IgG et IgM négative

Sérologie Syphilis : test tréponémique négatif

Test IGRA (Inhibition of Gamma interferon Release Assay, ou test Quantiféron) pour la tuberculose : négatif

La charge virale est de 5 log copies/mL et le taux des lymphocytes CD4 de 34/mm³.

Quel examen devez-vous faire avant de débiter le traitement anti-rétroviral ? Dans quel but ?

Question N°5 :

Cet examen ne montre aucune anomalie. Avant de débiter le traitement antirétroviral, quel traitement proposez-vous et pourquoi ?

Question N°6 :

Le patient est maintenant dans de bonnes conditions pour débiter le traitement antirétroviral. Un collègue vous propose de réintroduire l'association rilpivirine + emtricitabine + ténofovir alafénamide.

Que pensez-vous de la pertinence de ce choix thérapeutique chez ce patient ? Quel examen proposez-vous ? Argumentez.

Question N°7 :

Lors de la présente hospitalisation, un traitement anti-rétroviral par dolutégravir + abacavir + lamivudine a été débiter.

Hormis les éléments cliniques, comment allez-vous juger de l'efficacité du traitement antirétroviral ?