

# 1 Dégénérescence d'une plaie

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, microbiologiste-infectiologue, et Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue, interniste



Un homme de 59 ans, fumeur, atteint par la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) et diabétique de type 2 mal contrôlé se présente pour une plaie au pied.

Il avait noté l'apparition d'une ampoule à son talon droit trois semaines auparavant puis d'un ulcère de petite dimension.

Malgré des soins de plaies prodigués par le CLSC et la prescription de sept jours de ciprofloxacine, la lésion a progressé tout comme la douleur et la rougeur. Le patient n'a pas noté de fièvre ou de frissons, mais son diabète est maintenant débalancé depuis environ sept jours également. Il est hémodynamiquement stable, a une leucocytose avec un décompte de globules blancs à 14 000 et la culture de pus superficiel rapporte la croissance de *Citrobacter freundii*, d'*Enterococcus faecalis* et de *Staphylococcus aureus* sensible à l'oxacilline.

**L**e patient n'a pas noté de fièvre ou de frissons, mais son diabète est maintenant débalancé depuis environ sept jours également.

## Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une infection de plaie diabétique.

## Quel est le traitement?

Il faut s'assurer d'éliminer un abcès sous-jacent ainsi qu'une ostéomyélite. Une radiographie du pied simple pourra être faite initialement afin de rechercher de l'érosion osseuse (étant donné que la lésion progresse depuis plusieurs semaines). Un lavage et un débridement seront nécessaires également. Un traitement antibiotique avec imipénème/cilastatine est entamé, car la présence de *Citrobacter* empêche l'utilisation de bêta-lactame, une résistance pouvant se développer en cours de traitement, et ce, malgré une sensibilité initiale *in vitro*.

# 2 Une maladie qui vous tire la langue

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Depuis quatre jours, cette fillette de 4 ans est assaillie par une fièvre de l'ordre de 39,5 à 40 °C. Cette hyperthermie se corrige par des antipyrétiques. L'enfant a moins d'appétit, mais rien n'est inquiétant. Elle ne présente d'exanthème ni en plaques ni en papules. Par contre, sa langue présente un aspect particulier : langue « fraise ».

À la garderie, un avis a été émis concernant des cas de scarlatine.

## Quel est le diagnostic?

La scarlatine.

## Quel examen le confirmerait?

La culture de gorge revient positive pour le streptocoque du groupe A.

## Quel est le traitement?

Vous connaissez maintenant le traitement qui s'impose tel qu'expliqué dans le tableau ci-contre.

### Enfant

### Traitement de la pharyngite à streptocoque du groupe A

Antibiotique	Posologie quotidienne orale*	Posologie maximale orale	Durée
<b>Traitement de 1<sup>re</sup> intention</b>			
Pénicilline V	50 mg/kg/jour ÷ 2 f.p.j.	600 mg 2 f.p.j.	10 jours
Amoxicilline	50 mg/kg/jour ÷ 2 f.p.j.	500 mg 2 f.p.j.	10 jours
<b>En cas d'allergie†</b>			
Céphalexine	50 mg/kg/jour ÷ 2 f.p.j.	500 mg 2 f.p.j.	10 jours
Clarithromycine	15 mg/kg/jour ÷ 2 f.p.j.	250 mg 2 f.p.j.	10 jours
Azithromycine‡	12/mg/kg/jour ÷ 2 f.p.j.	500 mg 1 f.p.j. 1 puis 250 mg 1 f.p.j. x 4 jours	5 jours

Source : Conseil du médicament du Québec. Accessible au :

<http://www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php?f=b6c8528c9c0f1c6cd10b63ab12797db5>

\* La dose quotidienne doit être répartie selon l'intervalle recommandé.

† En cas d'allergie de type I à la pénicilline, les céphalosporines ne sont pas une option de traitement. Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

‡ Une étude canadienne de cohorte prospective (Vanderkooi, et coll., 2005) a démontré un risque significativement plus bas d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'utilisation de la clarithromycine en comparaison avec l'azithromycine.

# 3

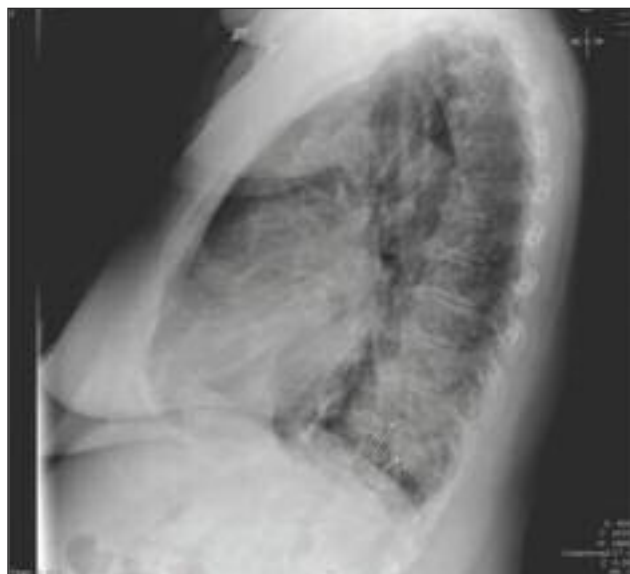
## Crise hypertensive

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, microbiologiste-infectiologue, et Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue, interniste



Une femme de 70 ans entre en consultation pour une crise hypertensive. Greffée rénale depuis 10 ans, elle est traitée avec de la cyclosporine et de la prednisone. Elle est également diabétique de type 2.

À l'urgence, elle développe un tableau de frissons solennels avec température à 39 °C. Elle est non neutropénique et stable hémodynamiquement. Elle relate uniquement une toux sèche depuis quelques jours. Son diabète, habituellement bien contrôlé, est débalancé depuis 48 heures (glycémie capillaire [C/S] à 14-15 au lieu de 6-7). Une radiographie pulmonaire est effectuée dans le bilan septique.



### Quel est le diagnostic?

Une pneumonie est clairement visible sur la radiographie et met en évidence le fait qu'un patient immunosupprimé s'avère une véritable boîte à surprise. En effet, le tableau clinique de cette patiente était très peu révélateur outre le frisson solennel récent. Ainsi, il faut être proactif dans la recherche d'une cause d'hyperthermie chez ce type de patient.

### Quel est le traitement?

Cette pneumonie entre dans la classe des « *healthcare associated pneumonia* » (HCAP). Il s'agit d'une classe de pneumonies récemment décrite qui inclut des patients ayant été admis dans la dernière année à l'hôpital ou ayant des comorbidités les mettant à risque pour des germes habituellement nosocomiaux.

Ainsi, dans le cas de cette patiente, un traitement de pipéracilline-tazobactam et de ciprofloxacine a été entrepris.

# 4 Cas assez peu fréquent

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Une dame de 47 ans présente des plaques maculaires atrophiques avec pigmentation sur la région interscapulaire, le flanc droit et la face postérieure de la jambe gauche depuis près de 20 ans.

Aucune nouvelle lésion n'est apparue depuis plusieurs années, et il n'existe pas de liséré violacé au pourtour des lésions. Aucun symptôme articulaire, pulmonaire ni digestif n'est accusé.

## Quels sont les diagnostics différentiels?

1. Eczéma atopique;
2. *Tinea corporis*;
3. Acanthosis nigricans;
4. Morphée.

## Quel est le diagnostic?

Il s'agit de morphée stable ou de sclérodermie circonscrite avec durcissement localisé de la peau par augmentation des

fibres de collagène. Cette pathologie toucherait plus fréquemment les femmes.

## Quel est le traitement?

Après confirmation du diagnostic avec le dosage d'anticorps (le facteur antinucléaire revient à 1/640 chez cette patiente), le suivi se fait par la recherche d'atteinte systémique ou de l'extension des lésions cutanées. Un traitement local est indiqué avec un stéroïde en bordure si la lésion devient inflammatoire, et le patient est adressé en spécialité si d'autres anomalies cliniques ou biologiques apparaissent.

# 5 Purpura potentiellement mortel

Description du cas par Dr Jean-Samuel Boudreault, résident III en médecine interne, et Dr Manuel Dominguez, interniste



Une patiente de 27 ans sans aucun antécédent personnel ni prise de médicaments se présente à l'urgence dans un contexte de fièvre. À son arrivée à l'urgence, elle a une température de 39 °C et une tension artérielle à 60/40 mm Hg. À l'examen physique, la patiente est éveillée mais confuse. Il y a présence d'un purpura au niveau des membres supérieurs, des membres inférieurs, du thorax et du dos. L'examen de la nuque démontre une raideur importante. Il y a détérioration sur le plan respiratoire, et la patiente doit rapidement être intubée. Un traitement à base de ceftriaxone en intraveineuse (IV) et de vancomycine IV est entrepris. Une ponction lombaire est effectuée en urgence et l'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) démontre une turbidité trouble, des leucocytes à  $1\ 800 \times 10^6/L$ , un glucose  $< 0,7$  mmol/L et des protéines à 4,4 g/L. La culture du LCR démontre des diplocoques Gram négatif. Finalement, une hémoculture prouve la présence de *Neisseria meningitidis*.

## Quel est le diagnostic?

Le diagnostic est une méningite compliquée d'une méningococcémie.

Le *Neisseria meningitidis* est un des agents les plus souvent incriminés lors d'une méningite bactérienne chez les enfants et les jeunes adultes. Le patient qui est atteint se présente typiquement avec des céphalées, de la fièvre, une baisse du niveau de concentration et des myalgies. Souvent, une méningococcémie se complique d'un état de choc, de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) et de purpura fulminants.

## Quelle est la méthode diagnostique à privilégier?

La ponction lombaire avec l'analyse du LCR demeure le test diagnostique le plus important pour une infection systémique à méningocoque. Ce test montrera une augmentation des leucocytes ( $> 1\ 000 \times 10^6/L$ ) avec une prédominance

neutrophilique. Il y aura une protéinorachie ( $> 1,0-1,5$  g/L) et un niveau de glucose diminué ( $< 2,5$  mmol/L). Toutefois, ces trouvaillies classiques peuvent être absentes. La coloration de Gram révèle des diplocoques Gram négatif, et la culture confirmera la présence de *Neisseria meningitidis*. Un traitement à base d'antibiotiques et des soins de support ne devraient, en aucun cas, être retardés par les méthodes diagnostiques.

## Quel est le traitement chez l'adulte?

En absence de culture, il faut qu'une antibiothérapie à large spectre à base de vancomycine IV et de ceftriaxone IV (ou de cefotaxime IV) soit entreprise. Chez les patients de 50 ans et plus, l'ampicilline IV doit être prise afin de couvrir une possible infection à *Listeria monocytogenes*. Lorsque le méningocoque est confirmé par la coloration de Gram et la culture, le spectre d'antibiotique peut alors être rétréci en débutant par de la pénicilline IV.

# 6 Eczéma aux plis de flexion

Description du cas par Dr Jean-Marie Deschênes, omnipraticien



Une fillette de 4 ans présente au peu d'eczéma aux plis de flexion et manifeste beaucoup de prurit généralisé à cause du grattage, et ce, malgré les émoullients en application topique.

Ces lésions érythémato-squameuses au pli poplité deviennent lichénifiées et un peu plus suintantes, et des lésions papuleuses et pustuleuses éparses apparaissent sur le corps principalement sur le membre inférieur droit.

## Quel est le diagnostic?

Il s'agit, à la base, d'eczéma atopique, et il y aurait eu impétiginisation des lésions par la suite. Le grattage aurait ensuite disséminé l'infection, causant une folliculite.

## Quel est le germe en cause?

Le streptocoque ou le staphylocoque est ici en cause.

## Quel est le traitement?

Ce cas bénin peut être traité avec un bactéricide en onguent, tel que l'acide fusidique ou la mupirocine en plus d'utiliser un savon antiseptique pour nettoyer la peau.

Cependant, il ne faut pas oublier la cause primaire de ces lésions et ainsi traiter l'eczéma avec un corticoïde topique faible.



# 7 Rash pancorporel

Description du cas par Dr Jean-Samuel Boudreault, résident III en médecine interne, et Dr Manuel Dominguez, interniste



Un homme de 60 ans a comme antécédent un adénome hypophysaire qui a nécessité une résection à deux reprises, soit en mai 2011 et ensuite en juillet 2011. Ce patient a également été traité avec de la vancomycine et du méropénème pour une méningite survenue à la suite de sa seconde chirurgie. Il quitte l'hôpital avec une prescription de phénytoïne en prophylaxie.

Deux mois après sa sortie de l'hôpital, le patient commence à développer de l'asthénie, des douleurs abdominales avec de la nausée et des vomissements bilieux, de la fièvre allant jusqu'à 39,5 °C et un rash morbidiforme pancorporel. En laboratoire, on note une créatinine augmentée à 150 µmol/L, une leucocytose à 14,4 x 10<sup>9</sup>/L avec éosinophilie et lymphopénie. Il y a également une élévation des enzymes hépatiques (ALT = 99 U/L).

## Quel est le diagnostic?

Le diagnostic de syndrome D.R.E.S.S. (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) est posé, et la phénytoïne est soupçonnée d'être l'agent causal. Les antibiotiques tels le méropénème et la vancomycine demeurent moins probables. L'administration de phénytoïne est alors interrompue et un traitement à base de prednisonne est entrepris.

Il y a une amélioration rapide du bilan hépatique, de la formule sanguine complète et de la valeur de la créatinine à la suite du commencement de ce traitement.

## Qu'est-ce que ce syndrome?

Le syndrome D.R.E.S.S. est une réaction indésirable induite par un médicament. Cette réaction se traduit par des manifestations cutanées, hématologiques, et par une atteinte d'organes solides. Typiquement, les patients qui en sont affligés se présentent avec de la fièvre, un rash et des adénopathies. L'éruption cutanée est le plus souvent maculo-papulaire avec

une composante urticarienne quoique plusieurs autres atteintes cutanées aient déjà été décrites (purpura, vésicules, bulles et pustules). Les trouvaillies de laboratoires démontrent une leucocytose avec éosinophilie et une perturbation du bilan hépatique. Au moins un organe solide est impliqué, habituellement le foie, les reins, les poumons ou le cœur. L'atteinte hépatique peut être hépatocellulaire ou cholestatique. Les cas graves peuvent occasionner une insuffisance hépatique fulminante, qui est la première cause de mortalité chez les patients avec un syndrome de D.R.E.S.S. Les médicaments le plus souvent incriminés sont les anticonvulsivants, l'allopurinol, l'abacavir et la minocycline.

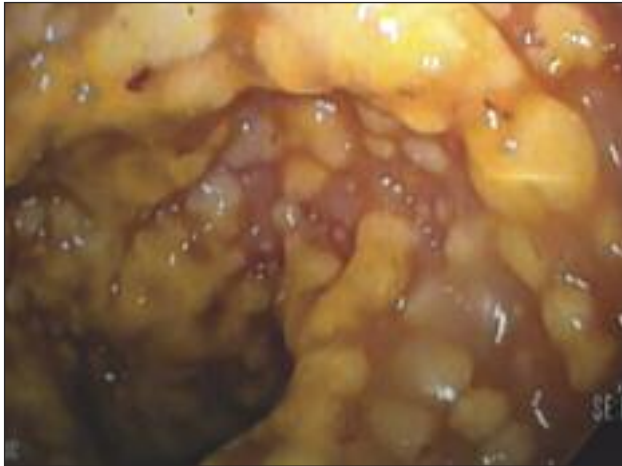
## Quel est le traitement?

Le syndrome D.R.E.S.S. est généralement traité à l'aide de corticostéroïdes par prise orale, à dose modérée ou haute. Toutefois, la réponse peut être sous-optimale et demander un sevrage très lent. L'ajout d'immunosuppresseurs est quelquefois nécessaire.

## 8

# Diarrhée persistante

Description du cas par Dr Simon Bouchard, résident V en gastroentérologie, et Dr Mickael Bouin, gastroentérologue



Une patiente de 55 ans se rend à l'urgence pour une diarrhée persistant depuis cinq jours. Elle n'a pas d'antécédents médicaux significatifs.

Il y a deux semaines, elle a complété un traitement antibiotique avec de la clindamycine pour un abcès dentaire. Les signes vitaux sont normaux. À l'examen abdominal, vous notez une légère sensibilité sus-pubienne. Le bilan sanguin est normal, mis à part une légère leucocytose. Les cultures bactériennes sur selles sont en cours.

Une rectoscopie est demandée et démontre l'image ci-contre.

## Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'une colite pseudomembraneuse à *C. difficile*.

## Quels sont les antibiotiques les plus fréquemment associés au développement de cette condition?

- L'ampicilline et l'amoxicilline;
- Les céphalosporines;
- La clindamycine;
- Les fluoroquinolones.

## Quel est le traitement d'un premier épisode de colite à *C. difficile*?

- Si ce n'est pas déjà fait, il est suggéré de cesser l'antibiotique causal;
- Effectuer un remplacement hydrique et électrolytique, lorsque nécessaire;

- Prescrire de la métronidazole *per os* 3 f.p.j. pour 10 à 14 jours pour un épisode léger à modéré;
- Prescrire de la vancomycine *per os* 4 f.p.j. pour 10 à 14 jours pour un épisode plus grave;
- Associer de la métronidazole à de la vancomycine chez les patients en état critique.

## Quel est le risque de récurrence après l'arrêt du traitement bien conduit?

- Il y a 20 % de risque de récurrence. Cela ne nécessite pas de changer de traitement, et le même antibiotique doit être prescrit.



# 9 De retour de voyage...

Description du cas par Dre Mylène Sara Veilleux, résidente III en dermatologie, et Dr Martin Gilbert, dermatologue



Un homme de 44 ans revient d'un voyage de vélo de route d'une durée de huit jours en Virginie. Neuf jours après son retour, il présente une plaque érythémateuse sur le dos, qui ne cesse d'augmenter en taille, de façon centrifuge. Un léger prurit y est associé. La revue des systèmes est négative.

## Quel est le diagnostic?

- A) Dermate de contact;
- B) *Erythema Migrans* de la maladie de Lyme;
- C) Réaction exagérée à une piqûre d'arthropode;
- D) Érythème pigmenté fixe.

Il s'agit de la maladie de Lyme, qui se transmet à l'humain par une tique infectée par la bactérie *Borrelia burgdorferi*. La tique doit être accrochée plus de 24 heures à l'humain.

Un *Erythema Migrans*, dans un contexte de voyage récent en zones endémiques, ne requiert pas de sérologie pour confirmer le diagnostic et traiter le patient.

## Quel est le traitement?

Le traitement de la maladie de Lyme précoce consiste en la prise de doxycycline, d'amoxicilline ou de céfuroxime. La durée du traitement varie entre 14 et 21 jours.

## Qu'en est-il de l'acquisition de cette maladie au Québec?

Depuis 2004, 14 cas ont été acquis au Québec dans les régions ci-dessous :

- Lanaudière (1);
- Mauricie-Centre-du-Québec (1);
- Estrie (2);
- Montérégie (10).

# 10 Main disproportionnée

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, microbiologiste-infectiologue, et Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue, interniste



Un homme de 65 ans consulte pour l'enflure de sa main gauche. Il est traité à la warfarine depuis un remplacement de valve aortique métallique en 1999 et n'a jamais eu d'endocardite.

Sept jours auparavant, il s'est blessé en manipulant du métal dans un chantier. Aucune lacération n'en a résulté; or, le patient ressent de la douleur depuis cet accident. Également, depuis 48 heures, l'enflure est plus importante et la zone, plus rouge.

L'homme n'est pas fébrile, conserve un bon état général, et sa main n'est pas atteinte sur le plan neurovasculaire.

## Quel est le diagnostic?

Il s'agit d'un hématome non infecté post-traumatique. Le fait que ce patient soit traité à la warfarine pour maintenir un *International Nationalized Ratio* (INR) assez haut est le facteur de risque prédisposant dans son cas. La zone rosée autour de l'hématome est de la chlorexidine, car l'hématome a initialement été drainé par l'urgentologue.

## Quel est le traitement?

Un drainage percutané a été effectué, mais une récurrence de l'hématome, par la suite, a nécessité une incision avec drainage par la chirurgie plastique.

Il est important de s'assurer de l'absence de signes systémiques d'infection étant donné la présence d'une valve métallique.

# 11 Encéphalite herpétique

Description du cas par Dr Jean-François Roussy, microbiologiste-infectiologue, et Dr Alain Martel, microbiologiste-infectiologue, interniste



Une femme de 64 ans se présente pour une altération de son état de conscience. Elle aurait rapidement développé ce tableau après avoir fait de la fièvre 24 heures auparavant. Elle est connue pour souffrir d'hypothyroïdie traitée et a déjà fait de l'herpès buccal.

À son arrivée, sa tension artérielle est stable, sa température est à 39 °C, son score de Glasgow est à 8 (nécessitant une intubation), son taux de glycémie est normal et le dépistage de substances toxiques est négatif. Il n'y a pas de signe focalisateur à l'examen neurologique. La nuque est souple. Il n'y a pas de pétéchies sur sa peau. Le dosage sanguin de la thyroïdostimuline est normal (TSH). Une tomodensitométrie de la tête est réalisée en urgence.

## Quel est le diagnostic?

Une altération de l'état de conscience avec de la fièvre doit vous faire penser, a priori, à l'encéphalite herpétique. Une ponction lombaire avec une mise en évidence de l'Herpès simplex virus (HSV) par réaction en chaîne par polymérase sur le liquide doit être fait en plus des cultures usuelles pour éliminer la présence de méningite bactérienne.

La tomographie actuelle démontre une zone de nécrose temporale fréquemment associée à l'encéphalite herpétique. La réaction en chaîne par polymérase du liquide céphalo-rachidien s'est révélée positive pour l'HSV-1.

## Quel est le traitement?

Il faut absolument et empiriquement, avant d'obtenir les résultats du bilan septique et du liquide céphalo-rachidien, prescrire de l'acyclovir IV. De plus, il est sécuritaire d'entreprendre un traitement d'antibiotiques à large spectre telles la ceftriaxone et la vancomycine pour couvrir la méningite bactérienne, et ce, en attendant les résultats des cultures. L'ajout d'ampicilline pour un traitement empirique du *Listeria* est aussi à considérer vu l'âge (> 50 ans) de la patiente.