

MÉLIOÏDOSE CHEZ LE VOYAGEUR: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Mémoire pour la Capacité de Médecine Tropicale, année 2014-2015

présenté par: Dr Souandou Tabibou

Dirigé par: M. le Pr Eric Caumes

Rapporté par: M. le Pr Pierre Aubry

MÉLIOÏDOSE: GÉNÉRALITÉS

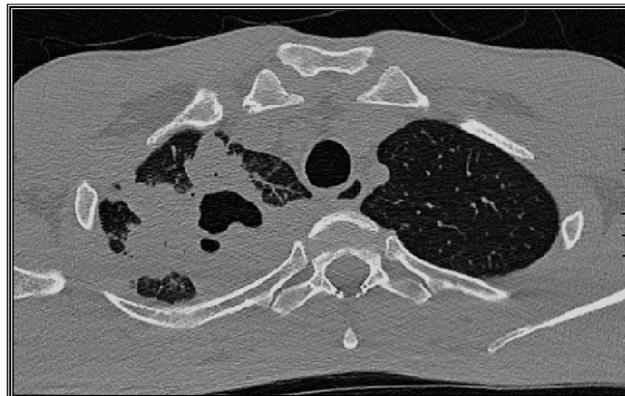
- Agent pathogène: *Burkholderia pseudomallei*
- Epidémiologie:
 - Endémique en Asie du sud-est et Nord de l'Australie
 - Taux de létalité entre 14% et 68% selon les pays
- Présentation clinique: polymorphisme
- Diagnostic biologique: bactériologie ++++
- Traitement
 - Phase d'attaque: ceftazidime ou carbapénèmes IV 10-14 jours
 - Phase d'entretien: TMP/SMX PO pendant 12 semaines
- Récidives: rechute ou réinfection

CAS CLINIQUE: PRÉSENTATION (1)

- Mr B, 38 ans, tabagisme 20 paquets/année, appendicectomie
- **17/11 au 02/12/2013:** Thaïlande (Koh Phangan)
- **29/11/2013:** fièvre

Date	Contexte	Antibiotiques	Posologie Mode d'administration
Du 03/12 au 22/12/2013	Médecin traitant: Tableau évocateur de pneumopathie	amoxicilline, augmentin ® puis clarithromycine®	PO
22/12 (J1) au 23/12/2013 (J2)	Urgences: Aggravation respiratoire Biologie perturbée Scanner: Pneumopathie excavée droite	rocéphine® + rovamycine®	IV
23/12 (J2) au 25/12/2013(J4)	Service MIT: Suspicion tuberculose Recherche BAAR, hémocultures, LBA, bilan infectieux	Fenêtre thérapeutique	

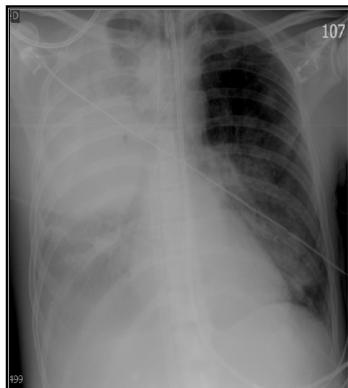
CAS CLINIQUE: PRÉSENTATION (2)



CAS CLINIQUE: PRÉSENTATION (3)

Date	Contexte	Antibiotiques	Posologie mode d'administration
25/12 (J4) au 30/12/2013 (J9)	Réanimation Avicenne puis Pitié Salpêtrière: Choc septique ,SDRA puis défaillance multiviscérale Diagnostic de mélioidose	tazocilline + amiklin® ceftazidime + bactrim® tiénam ® + bactrim®	IV 6g/j IVSE, 2 amp/12h IV IV
30/12/2013 (J9) au 08/01/2014 (J18)	Peu d'amélioration Persistance bactérie dans les prélèvements	Réajustements	
07/02 (J18) au 26/02/2014 (J67)	Discussion au staff	ceftazidime+ doxycycline+ augmentin®	2g/j IV 200mg/j PO 3g/j PO
Du 26/02 (J67) et pour une durée cumulée de 6 mois	Négativation des hémocultures Phase d'entretien	doxycycline+ bactrim®	200mg/j PO 2cp *2/j PO

CAS CLINIQUE: PRÉSENTATION (4)



CAS CLINIQUE: DISCUSSION

- Pathologie rare en France, uniquement chez le voyageur
 - Retour de Thaïlande, pays endémique
 - Mode de contamination le plus probable: inhalation
 - Absence de facteur de risque
 - Forme sévère
 - Retard diagnostique
 - Prise en charge thérapeutique complexe
- 

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Etude rétrospective descriptive des cas de mélioïdose chez le voyageur publiés sur Pubmed

Objectifs:

- Etablir un profil démographique, épidémiologique et clinique des cas de mélioïdose chez le voyageur
 - Vision sur leur prise en charge et les éventuelles difficultés rencontrées
- 

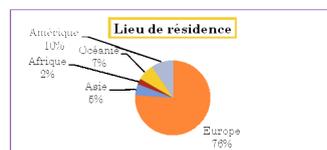
MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Recherche du 01 au 30 juin 2014 sur Pubmed
- Mots clés: « melioidosis and travel »
- Critères d'exclusion
- Fiche d'analyse des cas
- Recueil des données sur Excel 2007

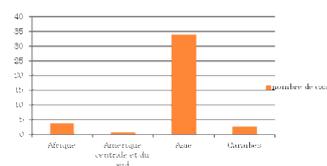


RÉSULTATS (1)

- **Sexe:** H 83,3%, F 16,7%.
- **Age moyen:** 51,1ans (15-90 ans).
- **Mode contamination:**
 - 7/9 cas saison des pluies
 - 10/11 cas voie cutanée
- **ATCD mélioirose:** 2 /42
- **Délai médian retour de voyage et symptômes:**
 - 14 jours



- **Lieu contamination:**



RÉSULTATS (2)

- **Facteurs de risque:**
 - 50%
 - 1/3 diabétiques
- **Délai médian entre symptômes et hospitalisation:** 10 jours
- **Formes chroniques:** 6/42 cas
- **Symptômes à l'entrée:**
 - Fièvre (81%)
 - Toux (31%)
 - Altération de l'état général (19%).
- **Septicémie:** 55%.



RÉSULTATS (3)

- **Forme de mélioïdose:**
- **Bactériologie:**

Forme de mélioïdose	Effectif	Proportion (%)
Pulmonaire	20	47.6
Cutanée	5	11.9
Splénique	5	11.9
Ostéo-articulaire	4	9.5
Hépatique	2	4.8
ORL	2	4.8
neurologique	2	4.8
urogénitale	5	11.9
Autres*	10	24

Examens bactériologiques	Effectif	Proportion (%)
Hémoculture	22	52.4
Pus	12	28.6
LBA	6	14.3
Crachats	5	11.9
Urines	2	4.8
Biopsie cutanée	2	4.8
Biopsie osseuse	2	4.8
Biopsie pulmonaire	1	2.4
Liquide péricardique	1	2.4

* Abscès du sein, abcès surrénalien, abcès intra-abdominal, abcès de la paroi abdominale, atteinte cardiaque, atteinte ganglionnaire, pyomyosite



RÉSULTATS (4)

Traitement probabiliste: 81%

Traitement d'attaque:

- 89,5% avec au moins imipénème, meropénème ou ceftazidime.
- 80,5% au moins 10 jours

Traitement d'entretien:

- 70,6% au moins TMP-SMX
- 66,7% au moins 12 semaines

Traitement chirurgical: 17/42 cas



RÉSULTATS (5)

- **Modifications thérapeutiques:** 16,7% des cas (7/42).
- **Formes récidivantes:** 4/42 cas
- **Décès:** 16,7%

Cas	Délai entre la prise en charge hospitalière et le décès (jours)	Facteur de risque	Pathologie suspectée À l'entrée	Cause de décès	Diagnostic
1	2	Non	Fièvre typhoïde	Choc septique avec SDRA	Ante mortem
2	2	Diabète	Pneumopathie communautaire	Choc septique avec SDRA	Post mortem
3	15	Diabète	Pneumopathie communautaire	SDRA	Post mortem
4	22	Non	Pneumopathie lobaire bactérienne	Choc septique	Post mortem
5	35	Diabète	Tuberculose	Choc septique avec SDRA	Ante mortem
6	210	Non	Mélioïdose forme septicémique	Rupture d'un anévrisme aortique abcédé	Ante mortem
7	240	Alcoolisme et greffe rénale	Mélioïdose pulmonaire	choc septique, CIVD et insuffisance rénale	Ante mortem



DISCUSSION (1)

Limites de l'étude:

- Etude rétrospective, données manquantes
- Non exhaustive

Aspects démographiques, épidémiologiques et cliniques similaires à ceux retrouvés dans la littérature.

Quelques remarques:

- Données sur la contamination en concordance avec les données connues mais difficile à exploiter
 - Délai long entre retour de voyage et symptômes dans ¼ des cas (de 42 à 365 jours)
 - Pas de forme latente.
- 

DISCUSSION (2)

Aspects rendant compte de la complexité de prise en charge

- Une pathologie méconnue en dehors des zones d'endémie
 - 3 principaux symptômes très évocateurs d'une tuberculose (étude taiwanaise: fièvre 72%, toux 32%)
 - Prise en charge hospitalière tardive (délai médian: 10 jours, étude thaïlandaise: délai médian 5 jours)
 - Formes chroniques (6/42 soit 14.3%, 11% dans la littérature), prise en charge difficile
- 

DISCUSSION (3)

- Traitement d'attaque selon recommandations dans 80,5% des cas, 66,7% pour le traitement d'entretien
- Modification thérapeutiques : 4 cas sur 7 avec traitement non en accord avec les recommandations
- 7,1 à 9,5% de rechute, 6 à 13% dans la littérature
- Taux de létalité (16,7%), proche celui de l'Australie (14 -19%)



CONCLUSION

Pathologie émergente, aspécifique et simulatrice

Doit être évoquée face à tout patient ayant séjourné en zone d'endémie avec:

- fièvre
- signes pulmonaires
- altération de l'état général
- avec ou sans facteurs de risque
- forme aigue ou chronique

Importance de l'interrogatoire

Plus grande vigilance des praticiens spécialisés: réduire retard diagnostique

