

Docteur je tousse !

G. Wandeler & M. Cavassini

Monsieur M, suisse (HSH) de 1977

Consultation médecin généraliste (fév 08) :

- Toux violente avec expectorations jaunâtres et état fébrile depuis 1 semaine
- Status: normal
- Labo: discret syndrome inflammatoire

Antécédents:

- HIV C3 diagnostiqué en 1998, stable sous trithérapie
- octobre 2007 : 256 CD4/mm³ (19%), virémie indétectable

Impression diagnostique ?

1. Pneumonie *Pneumocystis jirovecii* (PCP)
2. Tuberculose pulmonaire
3. Pneumonie à pneumocoques
4. Autre

Risque d'infections pulmonaires avec 260 CD4 et virémie indétectable chez un « bon » suisse :

- *Pneumocystis jirovecii* ? • Bon pour un case report dans le *New England* ! (NB prophylaxie non recommandée si CD4 > 200)
- Pneumocoque ? • Incidence de 2.0 /1000 patients année (10.6/1000 pts-année avant HAART)
- Tuberculose ? • Risque augmenté de 100 x avant HAART, faible chez suisse avec mantoux nég et la présentation.

Monsieur M: suivi

- Suspicion de bronchopneumonie sur Rx thorax :
 - ➔ Zinat® (1 sem) puis
Clarithromycine (1 sem) : aucun effet
- Pneumologue : toux post-infectieuse
 - ➔ Corticoïde topique (2 sem) : sans effet

Anamnèse durant le suivi:

- Vomissements et syncopes (3x) pendant attaques de toux
- Brûlures gastriques chroniques non traitées

Procedere?

1. Bronchoscopie (PCP)
2. CT SCAN thoracique (Abscès, TB)
3. Traitement d'épreuve IPP (RGO)
4. Autre

Monsieur M : bilan

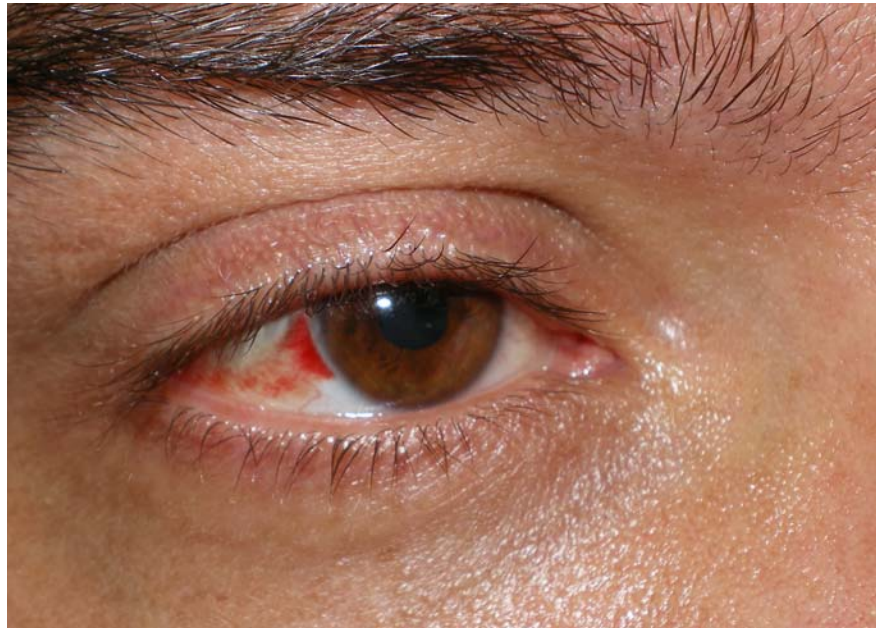
- Cultures expectorations (pneumologue) :
 - Flore oro-pharyngée
 - Absence de BAAR
- Bilan chez l'infectiologue :
 - PCR *Bordetella pertussis* (frottis nasopharyngé) : nég.
 - Sérologies *B. pertussis* :
 - IgG 128 EU/ml** (norme : <16)
 - IgM limite de la positivité
 - IgA négatif (norme : <20)

Coqueluche

- Phase catarrhale : jusqu'à 1 semaine
- Phase paroxystique : 1 à 6 semaines (chant du coq)
- Phase de convalescence : semaines à mois
- Complications : pneumonie (6%), sinusite, OMA, pneumothorax, encéphalopathie (1/100'000)
- Diagnostic :
 - Clinique : toux paroxystique, whoop, vomissements
 - Frottis nasopharyngé: cultures, PCR
 - Sérologies : IgG>100 ou IgA+
- Traitement :
 - Macrolides, Bactrim® : phase catarrhale uniquement

Take Home Messages

1. Le patient séropositif ne souffre pas que de maladies opportunistes
2. Le risque doit être évalué en fonction de la virémie et des CD4
3. La toux chronique et sévère doit faire rechercher la coqueluche



ASSOCIATION BETWEEN OPPORTUNISTIC INFECTIONS AND CD4+ CELL COUNT

