

Cas clinique

Auteurs :
Drs David Attias et Élise Seringe

#15

Mme M., 76 ans, est hospitalisée pour bilan d'asthénie et fièvre intermittente. Dans ses antécédents, on note : cholécystectomie, mise en place de stents coronariens sur l'artère interventriculaire antérieure moyenne et la coronaire droite proximale il y a 3 ans, prolapsus valvulaire mitral connu depuis 5 ans avec une fuite mitrale minime sur le dernier contrôle échographique réalisé il y a 6 mois, cancer du sein droit traité par chirurgie initialement puis par une chimiothérapie adjuvante en cours sur chambre implantable sous-clavière droite (cure de chimiothérapie toutes les 3 semaines). Hormis sa chimiothérapie, elle prend comme traitement au long cours : aspirine 100 mg/j, rosuvastatine 5 mg/j, bisoprolol 1,25 mg/j. La patiente décrit une asthénie intense avec perte de poids de 4 kg en 1 mois et une fièvre intermittente, survenant toutes les 48 heures, avec frissons diurnes et nocturnes évoluant également depuis 1 mois. Au niveau fonctionnel, la patiente ne décrit ni diarrhée, ni douleurs articulaires, ni brûlures mictionnelles, ni douleur thoracique, ni saignement extériorisé. Elle rapporte en revanche une dyspnée d'évolution crescendo depuis 10 jours, actuellement NYHA III avec orthopnée nocturne. À l'examen clinique : PA 110/70 mmHg, FC 105/min, température 38 °C, saturation 88 % en air ambiant, polypnée à 25/min, souffle systolique au foyer mitral 4/6e irradiant dans l'aisselle, pas de signes d'insuffisance cardiaque droite, crépitations pulmonaires bilatéraux. Pas de signes de phlébite. Examen neurologique et abdominal normal.

L'ECG retrouve une tachycardie sinusale et est sans particularité par ailleurs. La radiographie de thorax retrouve une silhouette cardiaque peu dilatée, un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral, une chambre implantable sous-clavière droite en place.

Une échographie cardiaque réalisée par son cardiologue il y a 48 heures retrouve une fuite mitrale sévère, une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 70 %, une hypertension artérielle pulmonaire à 55 mmHg.

Le bilan biologique réalisée à l'admission retrouve : hémoglobine 11,2 g/dL, VGM 92 μm^3 , GB 12 530/mm³ dont 85 % de polynucléaires neutrophiles, plaquettes 210 000/mm³, ionogramme sanguin normal, bilan hépatique normal, créatinine 78 $\mu\text{mol/L}$, soit un DFG à 80 mL/min MDRD, CRP 95 mg/l. Deux hémocultures prescrites à l'admission reviennent rapidement positives à *Candida albicans* ; ECBU stérile.

QUESTION N°1 :

Quel diagnostic devez-vous évoquer ?

QUESTION N°2 :

Quelle porte d'entrée suspectez-vous ?

QUESTION N°3 :

Quels examens complémentaires devez-vous demander ?



Cas clinique

Auteurs :
Drs David Attias et Élise Seringe

#15

QUESTION N°4 :

Quel traitement devez-vous mettre en œuvre dans les jours qui arrivent ?

Suite à une perte d'autonomie liée à son hospitalisation prolongée, Mme M. est transférée dans un établissement de soins de suite et de réadaptation. Sept jours après son admission, elle présente des vomissements de début brutal associés à une diarrhée non glaireuse. Dans le même temps et dans les heures qui suivent, 7 autres patients de l'unité se plaignent eux aussi de troubles digestifs à type de diarrhées, douleurs abdominales et vomissements. Parmi ces patients, âgés de 70 à 85 ans, aucun ne présente de fièvre. À l'examen clinique, certains ont une sensibilité abdominale à la palpation, sans défense. La coloration cutanéomuqueuse est normale. La tension artérielle est normale. La fréquence cardiaque est normale pour 3 d'entre eux, les 5 autres sont modérément tachycardes. Les premières manifestations digestives ont débuté 3 heures après le repas du midi.

QUESTION N°5 :

Quel est votre diagnostic et sur quels arguments ?

QUESTION N°6 :

Quel est le germe le plus probable à l'origine de ce tableau clinique ? Justifiez votre réponse.

QUESTION N°7 :

Quelle est votre prise en charge immédiate ?

Vous souhaitez identifier l'aliment le plus probablement contaminant. Pour cela, vous réalisez une étude épidémiologique auprès des 30 patients de l'unité. Après investigation, vous apprenez que le personnel en charge de cette unité n'a pas mangé les mêmes plateaux repas que les patients et que 10 autres patients présentent des symptômes digestifs. Voici les résultats de l'étude menée par le médecin inspecteur de santé publique tenant compte du menu du repas incriminé.

	Aliment							
	Consommé			Non consommé			RR	IC95 %
	Total	Cas	Taux d'attaque %	Total	Cas	Taux d'attaque %		
Œuf dur mayonnaise	20	11	55	10	7	70	0,8	0,7-1,5
Poulet	25	14	56	5	4	80	0,7	0,6-1,2
Fromages	22	16	73	8	2	25	3,02	2,8-4,5
Laitages	25	16	64	5	2	40	1,6	0,9-2,1

QUESTION N°8 :

Quel type d'étude a permis d'obtenir ces données ? Que mesure le RR ?

QUESTION N°9 :

Que pouvez-vous conclure au vu de ce tableau ?

