

Pneumocystose (Evaluations)

Date de création du document 2008-2009

QCM

QUESTION 1/4 :

Parmi les propositions suivantes concernant la pneumocystose, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - La pneumocystose se limite aux régions tempérées.
- B - La pneumocystose possède un énorme réservoir animal.
- C - La pneumocystose est due à la réactivation d'un microorganisme latent.
- D - La pneumocystose est une infection opportuniste de l'immunodéprimé.

(Réponse : D)

QUESTION 2/4 :

Parmi les propositions suivantes concernant *Pneumocystis jirovecii*, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - *Pneumocystis jirovecii* est un protozoaire.
- B - *Pneumocystis jirovecii* est un élément fongique.
- C - *Pneumocystis jirovecii* est strictement humain.
- D - *Pneumocystis jirovecii* se transmet par voie aérienne.

(Réponse : BCD)

QUESTION 3/4 :

Parmi les propositions suivantes concernant la clinique de la pneumocystose, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - Elle survient lorsque les CD4 sont autour de 300 / mm³.
- B - Elle ne se rencontre que chez les patients infectés par le VIH.
- C - Chez l'adulte, elle se présente comme une pneumopathie interstitielle.
- D - La symptomatologie classique est : fièvre, toux, dyspnée.

(Réponse : CD)

QUESTION 4/4 :

Parmi les propositions suivantes concernant le diagnostic et la thérapeutique de la pneumocystose, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - Recherche du microorganisme dans.le LBA.**
- B - Aucune coloration n'est nécessaire pour le visualiser.**
- C - Le cotrimoxazole est la molécule essentielle.**
- D - Il n'est pas nécessaire d'envisager une prophylaxie.**

(Réponse : AC)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Un jeune homme de 30 ans, antiquaire, consulte pour une toux sèche et une gêne respiratoire évoluant depuis 2 semaines et allant en s'aggravant. IL a fait faire récemment une NFS-VS dont les éléments essentiels sont les suivants : GB = 2,90 giga / l, GR = 4,48 tera / l, Hg = 13,7 g / dl plaquettes : 150 giga / l avec PN = 58,8%, L = 32,4% et la VS est 9 à la 1ère h.

QUESTION 1/1 :

Que constatez-vous et que demandez -vous à l'interrogatoire ?

Réponse attendue :

L'hémogramme montre une leucopénie.

Quel est votre mode de sexualité ?

Avez-vous voyagé ?

Avez-vous de la fièvre ?

CAS CLINIQUE

Scénario :

Le patient est homosexuel, caucasien, habite Nice avec des voyages fréquents à Paris. Il a effectué de nombreux voyages aux USA et dans le sud est asiatique. La symptomatologie pulmonaire évolue depuis 2 semaines associée à une fièvre ($38^{\circ}5 - 39^{\circ}5$ C). L'examen pulmonaire est normal. Le reste de l'examen clinique est aussi normal, hormis des adénopathies diffuses et des enduits blanchâtres au niveau de la muqueuse oropharyngée.

QUESTION 1/1 :

Quelle sera votre démarche diagnostique ?

Réponse attendue :

La leucopénie associée aux antécédents personnels du patient doit faire envisager une infection VIH dont la sérologie doit être réalisée en urgence.

CAS CLINIQUE

Scénario :

La sérologie VIH revient positive et confirmée en Western Blot. Un bilan de l'infection VIH est alors effectué montrant un taux de CD4 à 90 / mm³ et une charge virale à 100 000 copies / ml. Une radiographie est réalisée et montre des opacités floconneuses non systématisées dans les 2 champs pulmonaires.

QUESTION 1/1 :

Que décidez vous ?

Réponse attendue :

Vu l'état d'immunodépression du patient, une infection opportuniste pulmonaire peut être envisagée (mycobactériose, mycose, parasitose). On réalise l'étude des crachats induits.

CAS CLINIQUE

Scénario :

L'étude des crachats induits ne montre pas de germes (BK), pas de parasites et révèle la présence de levures qui se révèlent être du *Candida albicans*, témoin d'une candidose orale et non pulmonaire. Le patient devenant dyspnéique, des gaz du sang sont effectués montrant une hypoxémie modérée ($\text{PaO}_2 = 68 \text{ mm Hg}$).

QUESTION 1/1 :

Quel examen demandez-vous en urgence ?

Réponse attendue :

On demande en urgence un LBA pour éliminer une mycose [pneumocystose, cryptococcose, histoplasmosse (USA), pénicilliose (Asie)], une parasitose (toxoplasmose, cryptosporidiose).

CAS CLINIQUE

Scénario :

QUESTION 1/1 :

Quelle sera votre conduite thérapeutique ?

Réponse attendue :

Un traitement d'attaque est instauré par le triméthoprime- sulfaméthoxazole (TMP-SMZ) ou cotrimoxazole (Bactrim[®]) (20 mg / kg / j de TMP et 100 mg / kg / j de SMZ) pendant 3 semaines. En cas d'intolérance alternative : iséthionate de pentamidine IV (4 mg / /kg / j). Un traitement d'entretien (prophylaxie secondaire) doit être maintenu tant que dure l'immunodépression ($CD4 < 200 / mm^3$) par 1 comprimé de Bactrim simple par jour. Une thérapie antirétrovirale efficace devra être rapidement débutée.