

Silvana Romerio Bläuer, Christoph Hess, Maja Weisser



Recurrent trivial Infection – not so trivial?

Dans la pratique du médecin de famille, les infections récidivantes représentent un problème quotidien dont la solution n'est pas simple. Cet article est le compte-rendu de l'atelier qui a étudié le contexte de ce sujet et qui l'a discuté.

L'infection est définie comme l'invasion d'un espace normalement stérile par des microorganismes pathogènes capables de s'y répliquer. Du point de vue infectiologique, on peut faire une distinction entre une réinfection (germe identique) et une surinfection (germes différents).

Résistance et tolérance

Nous sommes résistants face à des agents pathogènes si nous sommes en mesure de les contrôler sur le plan immunologique de manière qu'ils ne puissent exercer aucun effet nuisible sur notre organisme (par exemple par vaccination ou par antibiothérapie). En revanche l'organisme peut être plus ou moins tolérant à un pathogène, comme par exemple dans le cas de l'infection à vibron du choléra, où la tolérance dépend de l'état d'hydratation de la personne infectée.

Immunodéficiences

En principe il faut distinguer entre l'immunodéficiência primaire (congénitale) et l'immunodéficiência secondaire (acquise). Dans la médecine pour adultes, l'immunodéficiência secondaire est bien plus fréquente que l'immunodéficiência primaire.

La prévalence de l'immunodéficiência primaire s'élève à 1:1200 environ et se présente le plus souvent sous forme de déficit en IgA, (prévalence entre 1:150 et 1:900; un tiers environ revêt une importance clinique).

Le tableau clinique des immunodéficiences primaires s'établit d'après la nature du déficit:

- syndromes de défaut de production d'anticorps: infections pulmonaires, infections des sinus paranasaux, diarrhée infectieuse;
- défaut en complément: infections à germes encapsulés;
- défaut en granulocytes: formation d'abcès (*S. aureus*);
- défaut en cellules T: virus «bénins» (VEB, VCM), infections mycotiques.

L'immunodéficiência acquise la plus connue se manifeste après une infection au VIH. Mais il en existe également de nombreuses autres causes: médicaments (par ex. stéroïdes, immunosuppresseurs, immunomodulateurs, etc.), diabète, éthyliisme, cancer, malnutrition, splénectomie, cirrhose du foie, syndrome néphrotique, etc.

Exemples de cas

Infections récidivantes des voies urinaires

Une patiente de 40 ans sans autres problèmes de santé s'est présentée en raison d'infections urinaires (IU) répétées. L'anamnèse approfondie a révélé que cette patiente a un nouveau compagnon depuis deux ans et que les IU se déclarent en général après les rapports sexuels, malgré une vidange vésicale immédiate après le coït. L'IU a été traitée avec succès par triméthoprim-sulfaméthoxazole

(TMP-SMX). La patiente a également pris des TMP-SMX en prophylaxie post-coïtale après chaque rapport sexuel. Dès lors, l'IU a cessé de se manifester.

Discussion

En général, les IU sans complications ne sont pas signe d'une immunodéficiência primaire. Les femmes avec IU récidivantes sont plus facilement sujettes à une colonisation vaginale par des germes pathogènes, et leurs cellules uroépithéliales ont un degré d'adhérence plus élevé pour *E. coli*. Les rapports sexuels fréquents constituent un autre facteur de risque. Les critères de prédisposition aux IU compliquées sont accentués par la grossesse, les déficits fonctionnels et les anomalies anatomiques des voies excrétrices de l'urine, le sexe masculin, le cathétérisme prolongé ou l'immunosuppression.

Mesures de prophylaxie

- Il manque des essais contrôlés étudiant l'utilité de l'évacuation vésicale après les rapports sexuels et l'apport accru de liquide;
- le jus de canneberge diminue l'adhérence des germes uropathogènes aux cellules uroépithéliales [1];
- chez les femmes post-ménopausées, l'application topique de crème vaginale à base d'œstrogènes peut diminuer l'incidence des IU [2];
- l'application vaginale de probiotiques pourrait ouvrir la voie vers une nouvelle stratégie de prévention, mais les études cliniques à ce sujet font encore défaut [3];
- la prophylaxie par antibiothérapie est la plus efficace et la mieux documentée et l'on peut s'appuyer sur un NST de 1,85 pour empêcher une récurrence par année. Ces médicaments ont fréquemment des effets indésirables comme les candidoses orale et vaginale et les symptômes gastrointestinaux [4].

Infections récidivantes des sinus paranasaux et des poumons

Une patiente de 37 ans s'est présentée pour des infections récidivantes (environ quatre à six fois par an) des sinus paranasaux et des voies aériennes inférieures. Elle souffrait de fièvre avec céphalées et de toux productive. Les symptômes ont toujours régressé rapidement sous antibiotiques, mais les épisodes étaient à chaque reprise plus prononcés et plus longs. L'anamnèse familiale a indiqué que le père souffrait de nombreuses infections, sans révéler plus de détails. L'examen clinique, les résultats de laboratoire et la radiographie thoracique n'ont rien révélé de particulier. Une analyse de laboratoire détaillée avec analyse quantitative de l'immunoglobuline a détecté un déficit absolu en IgG et une lymphocytopenie des cellules B. Après exclusion d'une immunodéficiência secondaire (VIH, médicaments, etc.), on a ainsi pu diagnostiquer une immunodéficiência variable commune (CVID) et démarrer un traitement intraveineux par immunoglobulines.

Discussion

Les infections respiratoires récidivantes sont fréquentes et seul un petit nombre de patients sont atteints d'une immunodéficiência. Lorsque les sinusites sont régulièrement associées à des infections du tractus respiratoire inférieur ou à une otite moyenne, il faut son-

ger à un syndrome de déficit immunitaire commun variable. Pour préciser le diagnostic, il faut, en plus d'un hémogramme, effectuer une détermination quantitative des sous-classes d'IgG.

«Episodes infectieux» récurrents

Un homme de 42 ans s'est présenté avec des épisodes récurrents «infectieux», caractérisés par une faiblesse générale, des myalgies, une température corporelle plus élevée, des éruptions fiévreuses, une lymphadénite cervicale et des douleurs de gorge. Cet ensemble de symptômes apparaissait environ cinq fois par an depuis plus de deux ans, et chaque fois, il répondait rapidement aux antibiotiques. L'examen clinique et les résultats de laboratoires restaient discrets, sauf la lymphadénite cervicale à droite restant douloureuse. Au second examen de la lymphadénite, il s'est avéré que le patient souffrait d'une odontalgie avec abcès péri-apical sous la dent atteinte. La dent a été extraite, le patient resta pendant deux semaines sous antibiothérapie, et l'évolution ultérieure ne signala plus aucun épisode fiévreux.

Discussion

Les lymphadénites cervicales impliquent de loin le plus souvent des processus inflammatoires locaux dans leur propre zone de drainage lymphatique. Le plus fréquemment, nous sommes en présence d'infections des voies respiratoires supérieures, du pharynx et des oreilles, d'origine virale ou bactérienne. Les abcès dentaires ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, en raison des douleurs irradiantes que les patients ressentent dans l'oreille ou dans la mâchoire ou alors parce qu'ils ne présentent que l'adénite locale. Dans le diagnostic différentiel, il faut songer à une sialite/lithiase, et plus rarement, à une affection maligne des ganglions lymphatiques. Si les symptômes sont systémiques, il faut procéder à un examen des

autres stations de ganglions lymphatiques, et rechercher, le cas échéant, une infection systémique causée par le VIH, le VEB, le VCM ou l'agent de la toxoplasmose. En cas d'indication épidémiologique, il faut également penser à une lymphadénite tuberculeuse.

Références

- 1 Sobota AE. Inhibition of bacterial adherence by cranberry juice: potential use for the treatment of urinary tract infections. *J Urol.* 1984;131:1013-6.
- 2 Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;16:CD005131.
- 3 Czaja CA, Sptapleton AE, Yarova Y, Stamm WE. Phase I trial of a Lactobacillus crispatus vaginal suppository for prevention of recurrent urinary tract infection in women. *Dis Obstet Gynecol* 2007;2007:35387.
- 4 Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfélix J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;3:CD001209. Review.

Correspondance:

Dr Silvana Romerio Bläuer
Institut für Hausarztmedizin
Medizinische Fakultät, Universität Basel
Petersgraben 4
4031 Basel
silvana.romerio@unibas.ch

Signes d'alerte d'un déficit immunitaire primaire

1. Durée trop longue – fréquence trop élevée – intensité trop forte
2. Pathogènes inhabituels
3. Anamnèse familiale