

TD1: MAI (introduction) - Syndrome inflammatoire - fièvre – adénopathies - Hyperéosinophilie

Item 185: réaction inflammatoire

Item 220: adénopathies

Item 147: fièvre

Item 190: fièvre prolongée

Maladies auto-immunes

→ Maladies auto-immunes d'organes

- ✓ Thyroïdites
- ✓ Diabète de type 1, ...

→ Maladies auto-immunes systémiques

- ✓ Connectivites: LES, Sclérodermie, mixtes, Sjögren
- ✓ Vascularites: ANCA, cryoglobulinémie, ...
- ✓ Dermatomyosites et myosites inflammatoires
- ✓ Syndrome des antiphospholipides

Maladies médiées par des auto-anticorps (ANA, anti-ENA, ANCA)
et par les cellules de l'immunité adaptative (lymphocytes B et T) → rupture de tolérance.

→ Syndromes auto-inflammatoires, maladies auto-inflammatoires

Maladies périodiques
Maladie de Still de l'adulte

Maladies médiées par les cellules de l'immunité innée (PNN, macrophages, ...)
Pas d'auto-anticorps

DP1

Vous voyez en consultation un patient de 56 ans qui vous consulte pour une tuméfaction sous-cutanée, supracentimétrique, localisée au niveau du cou, apparue il y a quelques semaines. Le patient a pour principal antécédent une hypertension artérielle sous Telmisartan, une dyslipidémie traitée par statines et un tabagisme actif à 40 PA.

Quelle peut être la nature de cette tuméfaction ? (rang A)

- A. Un lipome
- B. Une hidrosadénite
- C. Une adénopathie superficielle
- D. Une tumeur sous-maxillaire
- E. Un mélanome

Quelle peut être la nature de cette tuméfaction ?

- A. Un lipome -> tuméfaction molle, d'origine graisseuse, en sous-cutanée
- B. Une hidrosadénite -> non, car localisée dans les zone sudoripare
- C. Une adénopathie superficielle
- D. Une tumeur sous-maxillaire -> localisée dans la région sous-mandibulaire, en avant de l'angle et au-dessous du rebord inférieur de la mandibule
- E. Un mélanome -> non, car pas d'atteinte cutanée et mais toujours se méfier d'une ADP satellite (examen minutieux de la zone de drainage)

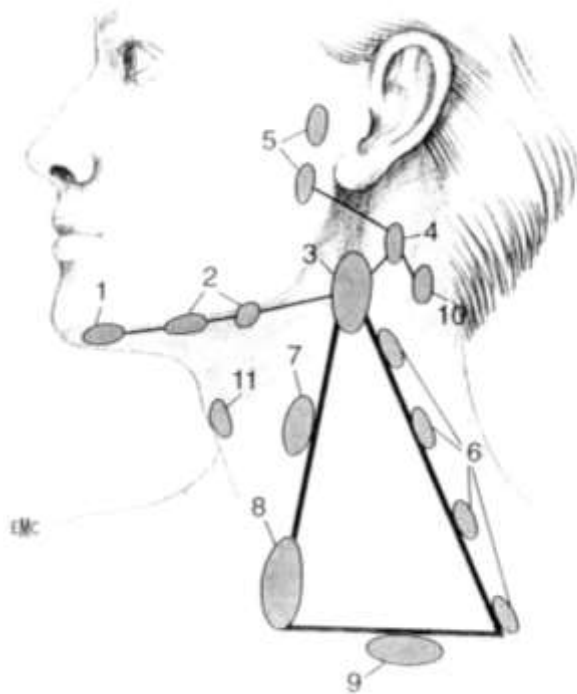
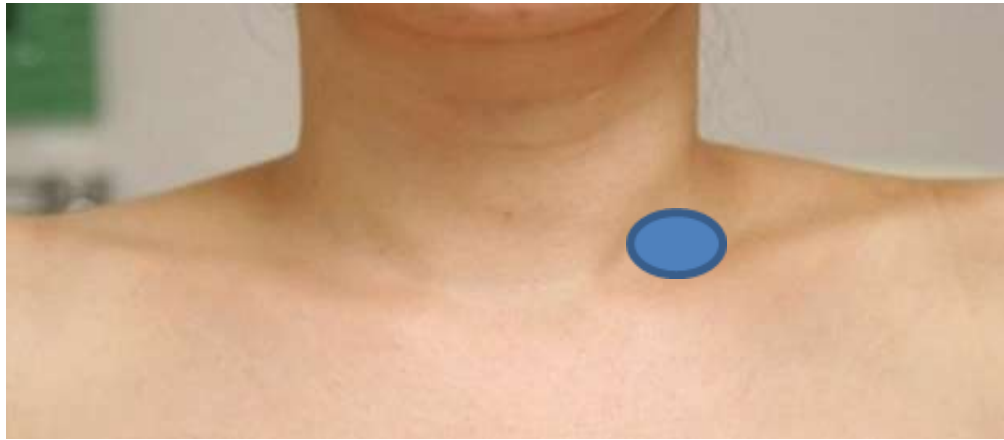
Principaux diagnostics différentiels d'une adénopathie superficielle

- Lipome
- Tumeur parotidienne
- Tumeur sous-maxillaire
- Tumeur de la thyroïde
- Kystes congénitaux du cou
- Hydrosadénite
- Masse pariétale vasculaire artérielle
- Hernie inguinale



Vous palpez une adénopathie sus-claviculaire gauche. Pouvez-vous la localiser sur la photographie ? (rang A)





1. Ganglions sous mentonniers
2. Ganglions sous mandibulaires
3. Ganglions sous digastriques
4. Ganglions mastoïdiens
5. Ganglions parotidiens
(prétragiens)
- 3, 7, 8. chaîne jugulo-carotidienne
antérieure
6. Ganglions spinaux
9. Ganglions sus claviculaires
10. Ganglion occipital
11. Ganglion thyroïdien

Devant la présence d'une adénopathie sus-claviculaire, vous complétez votre examen clinique, en précisant la taille, la consistance, le caractère douloureux, adhérent au plan profond, unique ou multiple... de l'adénopathie. Quelles sont les réponses exactes ? (rang A)

- A. La présence d'une adénopathie unique isolée exclut le diagnostic de lymphome.
- B. La taille de l'adénopathie supérieure à 1 cm oriente vers une origine maligne.
- C. L'aire ganglionnaire sus-claviculaire gauche (ganglion de troisier) peut révéler un cancer digestif ou testiculaire
- D. Une pathologie infectieuse ou auto-immune est peu probable si l'adénopathie est dure, immobile et comprime les structures voisines.
- E. Une adénopathie douloureuse, avec une peau inflammatoire en regard fait évoquer une cause infectieuse.

Devant la présence d'une adénopathie sus-claviculaire, vous complétez votre examen clinique, en précisant la taille, la consistance, le caractère douloureux, adhérent au plan profond, unique ou multiple... de l'adénopathie. Quelles sont les réponses exactes ?

- A. La présence d'une adénopathie unique isolée exclut le diagnostic de lymphome.
- B. La taille de l'adénopathie supérieure à 1 cm oriente vers une origine maligne. -> la taille n'est pas en elle-même un critère de bénignité ou malignité.
- C. L'aire ganglionnaire sus-claviculaire gauche (ganglion de troisier) peut révéler un cancer digestif ou testiculaire (→ Vrai car aire de drainage du canal thoracique où circule la lymphe provenant de l'abdomen et du pelvis avant de se jeter dans la veine sous-clavière gauche).
- D. Une pathologie infectieuse ou auto-immune est peu probable si l'adénopathie est dure, immobile et comprime les structures voisines. -> évocateur de pathologie néoplasique
- E. Une adénopathie douloureuse, avec une peau inflammatoire en regard fait évoquer une cause infectieuse.

Examen clinique d'une adénopathie

- Caractère unique ou multiple
- Localisation (territoire de drainage)
- Taille (si supérieure à 1cm, généralement pathologique)
- Consistance (molle-> plutôt infectieuse, dure, pierreuse -> plutôt tumorale, élastique -> pas d'orientation formelle)
- Adhésion au plan profond (plutôt tumorale)
- Compression des structures voisines (plutôt tumorale)
- Caractère douloureux (plutôt infectieux)
- Caractère inflammatoire (plutôt infectieux)

Vous complétez également votre interrogatoire. Quelles sont les affirmations exactes ? (rang A)

- A. La présence d'une fébricule exclut la possibilité d'une connectivite.
- B. La présence de sueurs nocturnes oriente vers une étiologie lymphomateuse.
- C. Une griffure de la main peut expliquer cette adénopathie.
- D. La notion de rapport sexuel à risque récent doit faire évoquer une infection par le VIH.
- E. Un antécédent familial de cancer colique doit être recherché.

Vous complétez également votre interrogatoire. Quelles sont les affirmations exactes ? (rang A)

- A. La présence d'une fébricule exclut la possibilité d'une connectivite.
- B. La présence de sueurs nocturnes oriente vers une étiologie lymphomateuse.
- C. Une griffure de la main peut expliquer cette adénopathie.
(adénopathie axillaire)
- D. La notion de rapport sexuel à risque récent doit faire évoquer une infection par le VIH.
- E. Un antécédent familial de cancer colique doit être recherché.

Votre examen clinique retrouve une adénopathie unique, sus clavulaire gauche, de 1,5 cm, dure, pierreuse, adhérente au plan profond.

Le patient vous rapporte par ailleurs une altération de l'état général depuis quelques mois avec une perte de poids de 5 Kg. Il a également des troubles du transit avec une alternance constipation-diarrhées et des selles très noires.

Quel diagnostic évoquez - vous? (rang B)

Votre examen clinique retrouve une adénopathie unique, sus claviculaire gauche, de 1,5 cm, dure, pierreuse, adhérente au plan profond.

Le patient vous rapporte par ailleurs une altération de l'état général depuis quelques mois avec une perte de poids de 5 Kg. Il a également des troubles du transit avec une alternance constipation-diarrhées et des selles très noires.

Quel diagnostic évoquez - vous?

Métastase ganglionnaire d'un cancer digestif (probablement colique)

Maladie de l'aire de drainage

Adénopathies localisées

- Infections
- Métastases (loco-régionales)
- Lymphome

ou

Maladie générale

Adénopathies généralisées

- **Infectieux** +++
 - Viral+++ (MNI, VIH, Rubéole)
 - Toxoplasmose
 - Syphilis secondaire
- **Tumoral**
 - LLC/Lymphomes
 - LA
 - Métastase de cancer solide
- **Maladies dysimmunitaires**
 - LED
 - PR
 - Sarcoidose
- Maladies de surcharge (maladies lysosomales)
- Médicaments (Carbamazépine, phénytoïne, captopril)
- (Kikuchi-Fujimoto)

Vous prévoyez donc pour votre patient des examens complémentaires afin de confirmer votre diagnostic. Quels examens biologiques allez-vous demander ? (rang B)

- A. Une NFS
- B. Une recherche de sang dans les selles
- C. Des LDH
- D. Une sérologie EBV
- E. Une fonction rénale

Vous prévoyez donc pour votre patient des examens complémentaires afin de confirmer votre diagnostic. Quels examens biologiques allez-vous demander ?

- A. Une NFS -> car probable méléna
- B. Une recherche de sang dans les selles -> examen de dépistage uniquement
- C. Des LDH -> intéressant si suspicion d'hémopathie
- D. Une sérologie EBV -> tableau clinique peu compatible
- E. Une fonction rénale -> si examen injecté

Quel bilan allez-vous également prévoir dans un premier temps?
(rang B)

- A. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté
- B. Une cytoponction ganglionnaire
- C. Un pet-scanner
- D. Une coloscopie et une oeso-gastroscopie
- E. Une scintigraphie osseuse

Quel bilan allez-vous également prévoir dans un premier temps?

- A. Un scanner abdomino-pelvien injecté → recherche de la lésion primitive (digestive), bilan d'extension (recherche d'un second cancer → terrain tabagique)
- B. Une cytoponction ganglionnaire (peu rentable)
- C. Un pet-scanner (pas en première intention car forte suspicion de néoplasie digestive)
- D. Une coloscopie et une oeso-gastroscopie
- E. Une scintigraphie osseuse

DP2

Vous êtes médecin généraliste. Un patient de 40 ans vous consulte devant des anomalies du bilan biologique, réalisé dans un contexte de fièvre à 39 °C évoluant depuis 3 semaines.

Quelles anomalies du bilan biologique vous ont orienté vers la présence d'un syndrome inflammatoire? (rang A)

- A. Une hyperalbuminémie
- B. Une élévation de la CRP
- C. Une augmentation du fibrinogène
- D. Une baisse de l'haptoglobine
- E. Une consommation du complément

Vous êtes médecin généraliste. Un patient de 40 ans vous consulte devant des anomalies du bilan biologique, réalisé dans un contexte de fièvre à 39 °C évoluant depuis 3 semaines.

Quelles anomalies du bilan biologique vous ont orienté vers la présence d'un syndrome inflammatoire?

- A. Une hyperalbuminémie (hypoalbuminémie possible, surtout si inflammation chronique)
- B. Une élévation de la CRP**
- C. Une augmentation du fibrinogène**
- D. Une baisse de l'haptoglobine (augmentation)
- E. Une consommation du complément (augmentation de la fraction C3)

Concernant l'analyse des résultats de la numération formule sanguine, quelles sont les affirmations exactes en cas de syndrome inflammatoire? (rang A)


- A. L'anémie est fréquemment normocytaire et régénérative
- B. Une thrombocytose peut être observée
- C. L'élévation des polynucléaires neutrophiles signe une infection bactérienne
- D. Une éosinopénie peut être observée en cas de choc septique
- E. Une monocytose peut être observée

Concernant l'analyse des résultats de la numération formule sanguine, quelles sont les affirmations exactes en cas de syndrome inflammatoire?

- A. L'anémie est fréquemment normocytaire et régénérative (micro ou normocytaire et arégénérative)
- B. Une thrombocytose peut être observée**
- C. L'élévation des polynucléaires neutrophiles signe une infection bactérienne
- D. Une éosinopénie peut être observée en cas de choc septique**
- E. Une monocytose peut être observée**

Conséquences biologiques du syndrome inflammatoire persistant

- Protéines :



- Augmentation de : **Protéine-C-réactive**, ferritine, fibrinogène, haptoglobine, Orosomucoïde, protéine SAA, complément (C3,C4)



- Diminution : **Albumine**, transferrine, transthyréthine

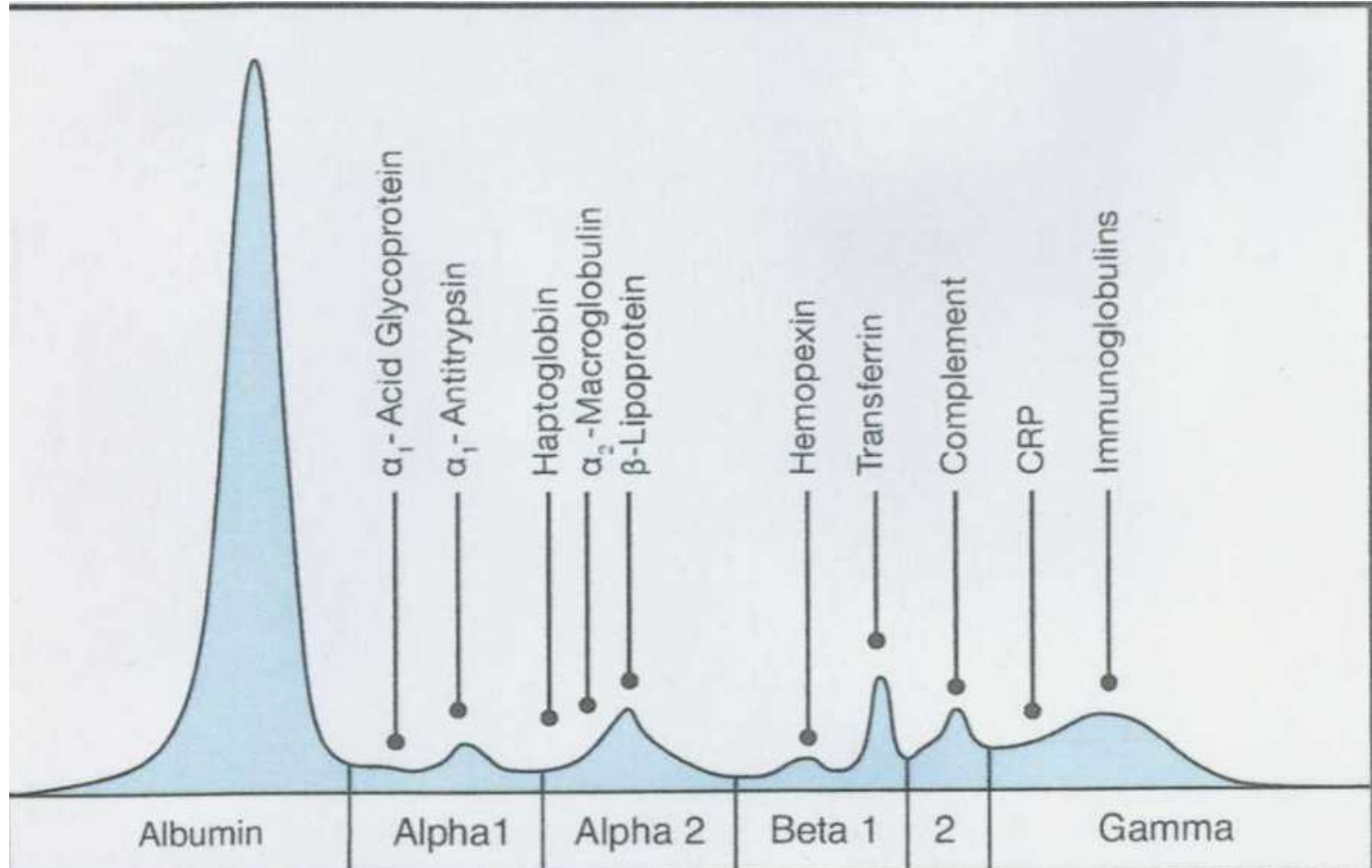
- Autres :

- Anémie

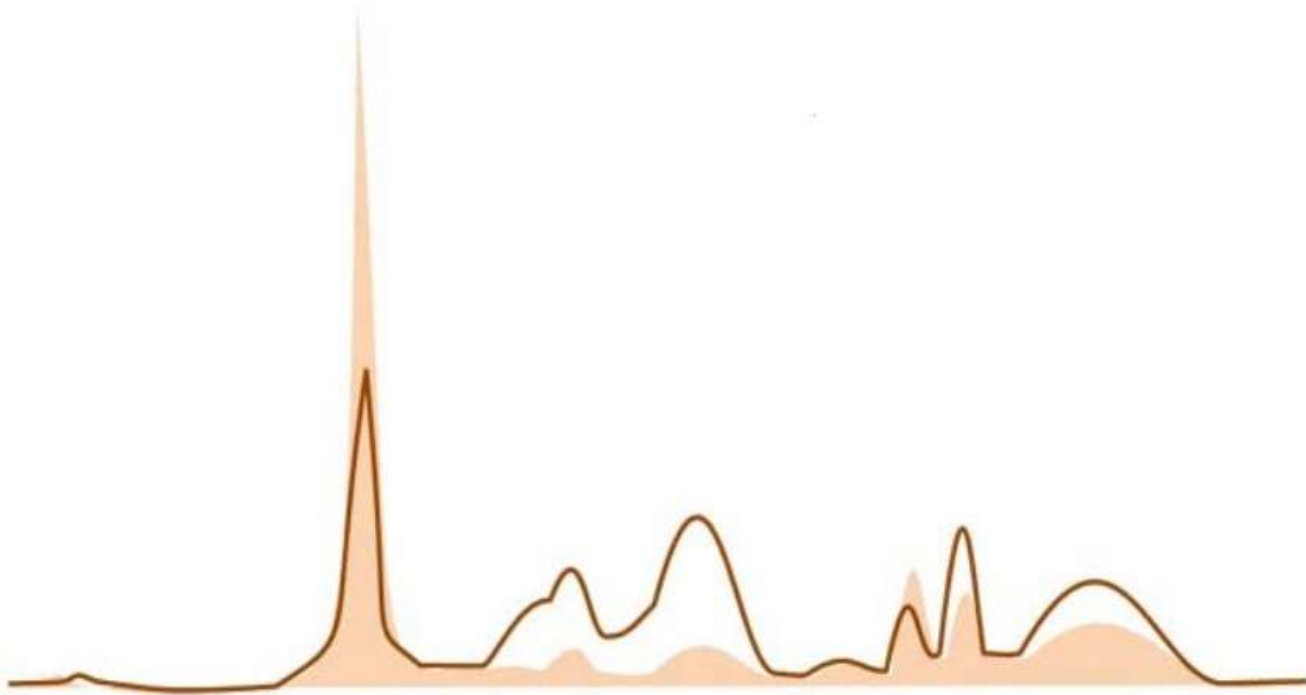
- Thrombocytose

- Augmentation de la cortisolémie et des catécholamines

Conséquences biologiques

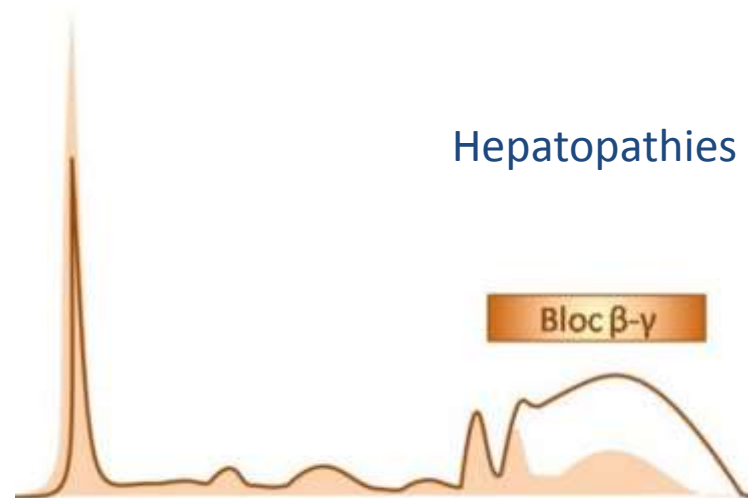
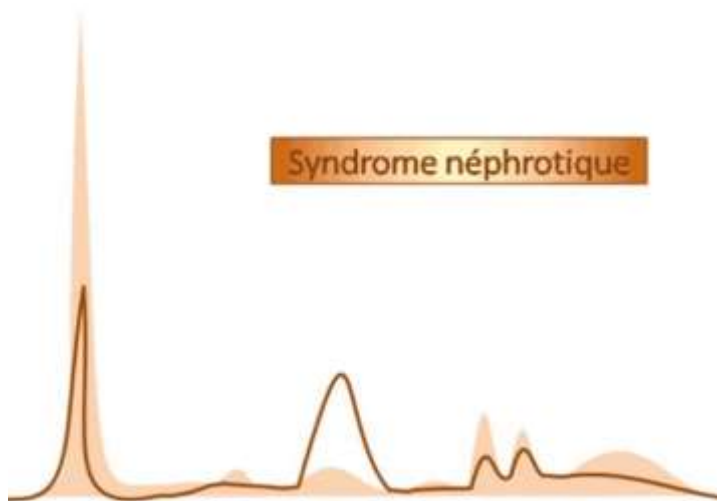
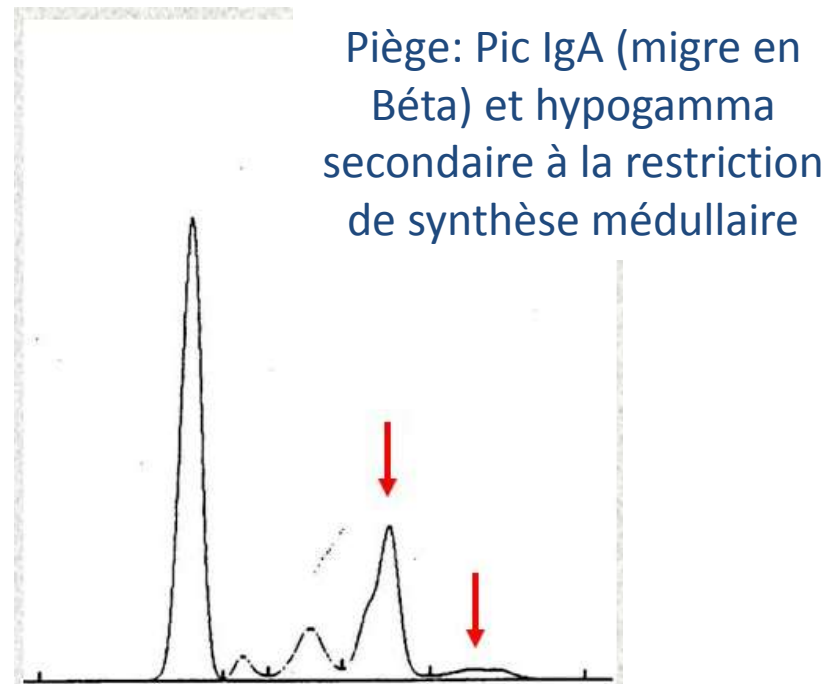
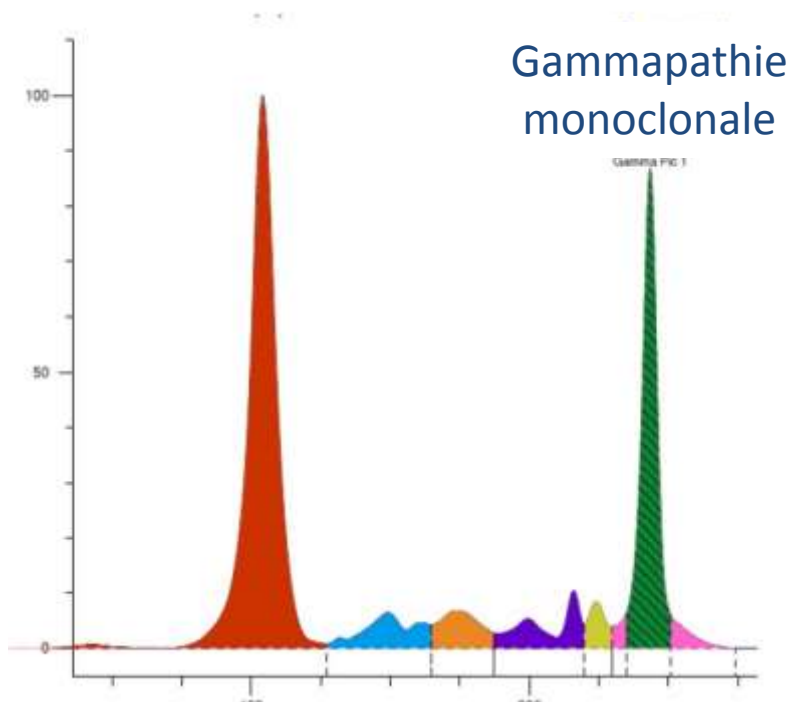


EPP et syndrome inflammatoire

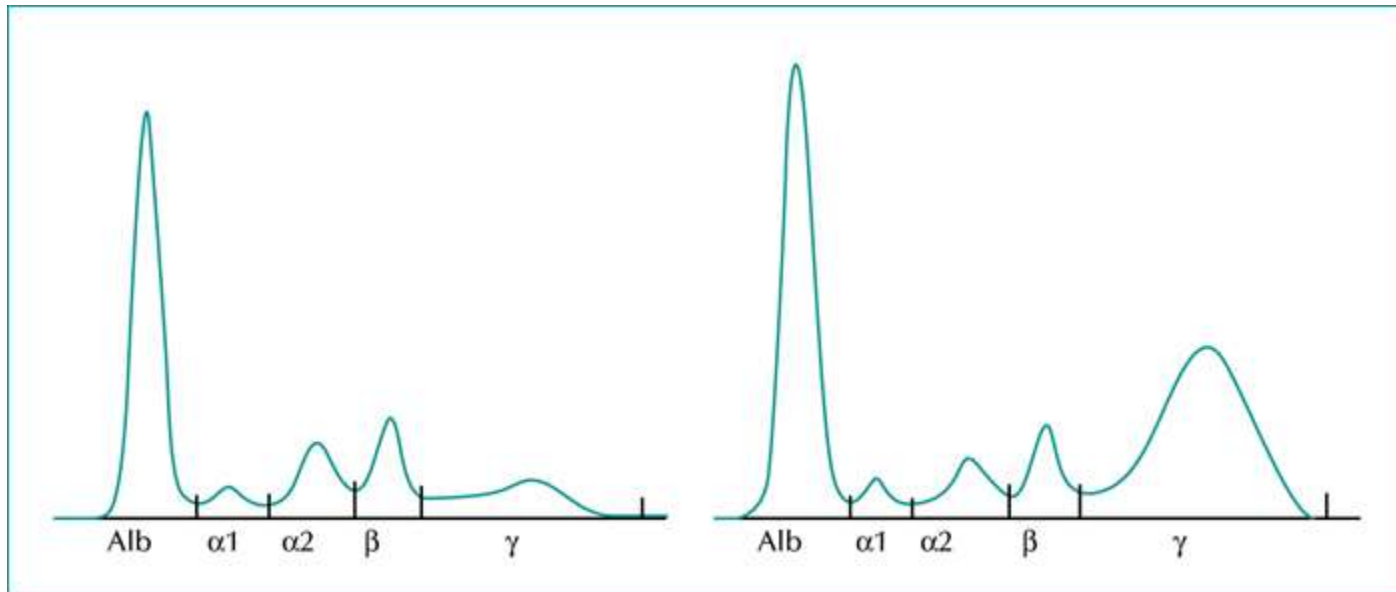


- Hypoalbuminémie
- Hyperalpha 1 et 2
- Hypergammaglobulinémie polyclonale

Rappel: principaux profils d'EPP à connaître



Profils EPP à connaître: gammopathies polyclonales



En cas de forte activation lymphocytaire B polyclonale (Sjögren, lupus, VIH, Leishmaniose viscérale, hémopathies T (LAI)...)

Votre interrogatoire retrouve un antécédent de polyarthrite rhumatoïde séropositive traitée par Humira (anti TNF alpha) depuis 3 ans. Le patient a voyagé au Maroc il y a 4 ans. Il exerce la profession d'éducateur spécialisé. Il ne consomme pas de tabac. Votre examen clinique met en évidence une polyadénopathie. Il n'y a pas d'autre anomalie clinique.

Quels diagnostics pouvez –vous évoquer? (rang A)

- A. Un lymphome
- B. Une poussée de polyarthrite rhumatoïde
- C. Une tuberculose latente
- D. Une mononucléose infectieuse
- E. Une toxoplasmose

Votre interrogatoire retrouve un antécédent de polyarthrite rhumatoïde séropositive traitée par Humira (anti TNF alpha) depuis 3 ans. Le patient a voyagé au Maroc il y a 4 ans. Il exerce la profession d'éducateur spécialisé. Il ne consomme pas de tabac. Votre examen clinique met en évidence une polyadénopathie. Il n'y a pas d'autre anomalie clinique.

Quels diagnostics pouvez –vous évoquer? (rang A)

- A. Un lymphome
- B. Une poussée de polyarthrite rhumatoïde (absence d'arthrite)
- C. Une tuberculose latente (tuberculose maladie)
- D. Une mononucléose infectieuse
- E. Une toxoplasmose

Principales causes de syndrome inflammatoire / fièvre prolongés:

Raisonnement par groupe de maladies

Causes infectieuses 40%	Causes néoplasiques 20%	Causes inflammatoires 10%	Autres causes 10-20%
Bactériennes Endocardite Foyer profond Tuberculose Bactéries intracellulaires (fièvre Q, brucellose, Whipple, syphilis)	Lymphomes	LED	Maladie thrombo-embolique
Virales EBV, CMV, VIH	Cancers solides	Vascularites Horton Vascularite à ANCA Takayashu Behcet	Médicaments
Parasitaires Toxoplasmose Paludisme (leishmaniose viscérale, amoebiose hépatique)	Leucémies	MICI (Crohn, RCUH)	Hématomes
Fongiques Candidose systémique Histoplasmosse, cryptococcose, aspergillose invasive		Maladie de Still	Endocrinopathies Hyperthyroïdie Thyroïdite de De Quervain
		Maladies auto-inflammatoires	Fièvres centrales Pathomimie Dysrégulation thermique autonome

Attention: pour raisonner sur les diagnostics et les investigations à réaliser, il faut bien distinguer, les fièvres aiguës (<1 semaine) et les fièvres prolongées (classiquement >3 semaines)

Quels examens biologiques complémentaires vous semblent indiqués? (grade B)

- A. Des hémocultures
- B. Une sérologie VIH
- C. Une sérologie *Candida*
- D. Un ECBC
- E. Des LDH

Quels examens biologiques complémentaires vous semblent indiqués? (grade B)

- A. Des hémocultures
- B. Une sérologie VIH
- C. Une sérologie *Candida*
- D. Un ECBC (pas d'expectorations)
- E. Des LDH (peu spécifique mais oriente vers une hémopathie si élevés)

Vous réceptionnez les résultats suivants:

-NFS: leucocytes 11200/mm³, PNN 9000/mm³, PNE 1200/mm³, Monocytes 140/mm³, Hb 10,2 g/dL, VGM 79fl (N 80-100), plaquettes

-frottis sanguin normal

-CRP 115 mg/L

-Na⁺ 137 mmol/L, K⁺ 4,2 mmol/L, Ca²⁺ 2,1 mmol/L (N 2,2-2,7), albumine 33 mmol/L

-bilan hépatique, crase, TSH dans les normes

-LDH 296 U/L (N 120-246)

-hémocultures bactériennes x3 négatives, ECBU négatif

-sérologies EBV, CMV, VIH, Toxoplasmose, Syphilis négatives

Quelle est l'affirmation exacte? (rang B)

- A. Ces résultats orientent fortement vers une pathologie infectieuse bactérienne.
- B. Le bilan met en évidence une hypocalcémie.
- C. La normalité du frottis sanguin élimine une leucémie aiguë.
- D. Il existe une hyperéosinophilie qui peut se rencontrer dans les lymphomes de Hodgkin.
- E. Un frottis goutte épaisse aurait du être réalisé.

Vous réceptionnez les résultats suivants:

-NFS: leucocytes 11200/mm³, PNN 9000/mm³, PNE 1600/mm³, Monocytes 140/mm³, Hb 10,2 g/dL, VGM 79fl (N 80-100), plaquettes 153 000/mm³

-frottis sanguin normal

-CRP 115 mg/L

-Na⁺ 137 mmol/L, K⁺ 4,2 mmol/L, Ca²⁺ 2,1 mmol/L (N 2,2-2,7), albumine 33 mmol/L

-bilan hépatique, crase, TSH dans les normes

-LDH 296 U/L (N 120-246)

-hémocultures bactériennes x3 négatives, ECBU négatif

-sérologies EBV, CMV, VIH, Toxoplasmose, Syphilis négatives

Quelle est l'affirmation exacte? (rang B)

- A. Ces résultats orientent fortement vers une pathologie infectieuse bactérienne.
- B. Le bilan met en évidence une hypocalcémie.
- C. La normalité du frottis sanguin élimine une leucémie aiguë.
- D. Il existe une hyperéosinophilie qui peut se rencontrer dans les lymphomes de Hodgkin.
- E. Un frottis goutte épaisse aurait du être réalisé.

Vous faites réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui retrouve de nombreuses adénopathies supracentimétriques latéro-cervicales bilatérales, axillaires, lombo-aortiques et inguinales bilatérales. Il existe également une splénomégalie.

Quel examen complémentaire allez-vous organiser? (rang A et B)

- A. Une cytoponction d'une adénopathie cervicale
- B. Une biopsie ganglionnaire cervicale
- C. Une biopsie ostéo-médullaire
- D. Une biopsie ganglionnaire inguinale
- E. Une biopsie de rate

Vous faites réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui retrouve de nombreuses adénopathies supracentimétriques latéro-cervicales bilatérales, axillaires, lombo-aortiques et inguinales bilatérales. Il existe également une splénomégalie.

Quel examen complémentaire allez-vous organiser? (rang A et B)

- A. Une cytoponction d'une adénopathie axillaire (fréquente négativité, histologie nécessaire devant la suspicion de lymphome)
- B. Une biopsie ganglionnaire cervicale**
- C. Une biopsie ostéo-médullaire (est indiquée dans le bilan d'extension de certains lymphomes, pourra être faite en seconde intention si biopsie négative)
- D. Une biopsie ganglionnaire inguinale (éviter la biopsie inguinale car risque de lymphoedème)
- E. Une biopsie de rate (risque hémorragique)

L'examen anatomopathologique de la biopsie ganglionnaire retrouve des arguments en faveur d'une maladie de Hodgkin.

Quelle(s) anomalie(s) l'anatomopathologiste a-t-il pu mettre en évidence? (question hémato)

- A. Des dacryocytes
- B. Un marquage IgG4
- C. Des blastes
- D. Des cellules de Reed-Sternberg
- E. Des plasmocytes dystrophiques

L'examen anatomopathologique de la biopsie ganglionnaire retrouve des arguments en faveur d'une maladie de Hodgkin.

Quelle(s) anomalie(s) l'anatomopathologiste a-t-il pu mettre en évidence? (question hémato)

- A. Des dacryocytes
- B. Un marquage IgG4
- C. Des blastes
- D. Des cellules de Reed-Sternberg**
- E. Des plasmocytes dystrophiques

DP3

Une patiente de 65 ans vous consulte pour une fièvre évoluant depuis 3 jours.

Elle a pour principaux antécédents une HTA traitée par Valsartan et Amlor, un diabète de type 2 traité par Metformine, une cholécystectomie et une splénectomie à l'adolescence suite à une chute à cheval.

Elle ne fume pas et n'a pas voyagé récemment.

Quelles sont les affirmations exactes concernant votre examen clinique? (rang A)

- A. Un œdème du membre inférieur gauche doit vous faire évoquer une thrombose veineuse profonde.
- B. L'absence de souffle cardiaque à l'auscultation élimine le diagnostic d'endocardite.
- C. L'examen de la thyroïde est inutile.
- D. La présence d'une odynophagie peut orienter votre diagnostic.
- E. Une douleur dans la région lombaire peut vous orienter vers une pyélonéphrite aiguë ou une spondylodiscite.

Une patiente de 65 ans vous consulte pour une fièvre évoluant depuis 3 jours.

Elle a pour principaux antécédents une HTA traitée par Valsartan et Amlor, un diabète de type 2 traité par Metformine, une cholécystectomie et une splénectomie à l'adolescence suite à une chute à cheval.

Elle ne fume pas et n'a pas voyagé récemment.

Quelles sont les affirmations exactes concernant votre examen clinique? (rang A)

- A. Un œdème du membre inférieur gauche doit vous faire évoquer une thrombose veineuse profonde.
- B. L'absence de souffle cardiaque à l'auscultation élimine le diagnostic d'endocardite.
- C. L'examen de la thyroïde est inutile. (thyroïdite de De Quervain)
- D. La présence d'une odynophagie peut orienter votre diagnostic.
- E. Une douleur dans la région lombaire peut vous orienter vers une pyélonéphrite aiguë ou une spondylodiscite.

La patiente vous décrit des douleurs pharyngées spontanées, augmentées à la déglutition. Vous retrouvez à l'examen clinique des adénopathies cervicales sensibles et un aspect inflammatoire de l'oropharynx avec des amygdales augmentées de volume.

Concernant votre prise en charge, quelles sont les réponses exactes?

- A. L'aspect clinique fait évoquer une angine de Vincent.
- B. Vous réalisez un test diagnostique rapide du streptocoque du groupe A.
- C. Compte tenu du tableau clinique, une origine virale est exclue.
- D. Vous renvoyez la patiente à domicile avec un traitement symptomatique.
- E. La mononucléose infectieuse est le diagnostic le plus probable.

La patiente vous décrit des douleurs pharyngées spontanées, augmentées à la déglutition. Vous retrouvez à l'examen clinique des adénopathies cervicales sensibles et un aspect inflammatoire de l'oropharynx avec des amygdales augmentées de volume.

Concernant votre prise en charge, quelle est la réponse exacte?

- A. L'aspect clinique fait évoquer une angine de Vincent.
- B. Vous réalisez un test diagnostic rapide du streptocoque du groupe A. (score de Mac Isaac ≥ 2)**
- C. Compte tenu du tableau clinique, une origine virale est exclue.
- D. Vous renvoyez la patiente à domicile avec un traitement symptomatique.
- E. La mononucléose infectieuse est le diagnostic le plus probable.

Critère	Points
Fièvre $>38^{\circ}\text{C}$	1 point
Amygdales rouges et dépôts	1 point
Lymphadénopathie cervicale	1 point
Pas de toux	1 point
Âge de 3-14 ans	1 point
Âge de 15-44 ans	0 point
Âge de ≥ 45 ans	-1 point

Le test diagnostique rapide est négatif. Rassuré, vous décidez de renvoyer la patiente à domicile avec un traitement symptomatique et lui prévoyez un rendez-vous systématique à 48h.

La patiente revient vous voir comme prévu. Elle est toujours fébrile à 38,5°C, sans signe d'instabilité hémodynamique. Elle dit que ses douleurs pharyngées se sont amendées mais qu'elle se sent de plus en plus fatiguée. Votre examen clinique est pauvre. Les signes cliniques d'angine se sont amendés.

Devant l'absence d'orientation clinique, quels examens biologiques allez-vous demander? (rang B)

- A. Une numération formule sanguine
- B. Des hémocultures
- C. Une CRP
- D. Une sérologie CMV
- E. Une bandelette urinaire avec un ECBU en cas de leucocyturie

Le test diagnostique rapide est négatif. Rassuré, vous décidez de renvoyer la patiente à domicile avec un traitement symptomatique et lui prévoyez un rendez-vous systématique à 48h.

La patiente revient vous voir comme prévu. Elle est toujours fébrile à 38,5°C, sans signe d'instabilité hémodynamique. Elle dit que ses douleurs pharyngées se sont amendées mais qu'elle se sent de plus en plus fatiguée. Votre examen clinique est pauvre. Les signes cliniques d'angine se sont amendés.

Devant l'absence d'orientation clinique, quels examens biologiques allez-vous demander?

- A. Une numération formule sanguine
- B. Des hémocultures
- C. Une CRP
- D. Une sérologie CMV
- E. Une bandelette urinaire avec un ECBU en cas de leucocyturie

Le lendemain matin, le médecin du service d'accueil des urgences vous contacte car il a accueilli votre patiente durant la nuit. Son mari a appelé les pompiers car « elle tremblait de partout, était trempée mais avait les pieds tous froids ».

A l'arrivée aux urgences, la patiente était hypotendue, marbrée, tachycarde. L'examen clinique ne retrouvait pas de foyer infectieux. Un remplissage et une antibiothérapie par Piperacilline-Tazobactam et Amikacine est débutée.

Vous rapportez à l'urgentiste que le laboratoire vous a appelé car une hémoculture sur les 3 trains prélevés la veille était positive à cocci gram + en chainettes.

Quelles sont les affirmations exactes? (rang B)

- A. On peut considérer cette hémoculture comme une contamination.
- B. Compte-tenu des antécédents de la patiente, vous auriez du lui introduire une antibiothérapie plus précocément.
- C. Une infection à pneumocoque est probable.
- D. Vous communiquez les traitements habituels de la patiente pour que l'urgentiste puisse les poursuivre.
- E. Une infection à *Staphylococcus aureus* est exclue.

Le lendemain matin, le médecin du service d'accueil des urgences vous contacte car il a accueilli votre patiente durant la nuit. Son mari a appelé les pompiers car « elle tremblait de partout, était trempée mais avait les pieds tous froids ».

A l'arrivée aux urgences, la patiente était hypotendue, marbrée, tachycarde. L'examen clinique ne retrouvait pas de foyer infectieux. Un remplissage et une antibiothérapie par Piperacilline Tazobactam et Amikacine est débutée.

Vous rapportez à l'urgentiste que le laboratoire vous a appelé car une hémoculture sur les 3 trains prélevés la veille était positive à cocci gram +.

Quelles sont les affirmations exactes? (rang B)

- A. On peut considérer cette hémoculture comme une contamination.
- B. **Compte-tenu des antécédents de la patiente, vous auriez du lui introduire une antibiothérapie plus précocément.**
- C. **Une infection à pneumocoque est probable. (patiente asplénique: augmentation du risque d'infection à germes encapsulés, cocci gram + en chaînettes = Streptocoque, Enterocoque)**
- D. Vous communiquez les traitements habituels de la patiente pour que l'urgentiste puisse les poursuivre. (tableau de sepsis sévère voire choc septique: pas de reprise des traitements anti-HTA et antidiabétiques oraux)
- E. Une infection à Staphylococcus aureus est exclue. (cocci gram + en amas = Staphylocoque)

Vous voyez aux urgences un homme de 63 ans qui présente une altération de l'état général avec de la fièvre (38,5°C) depuis 3 semaines, une dyspnée, un prurit et des sueurs nocturnes. Au bilan biologique, vous notez une hyperéosinophilie à 1500/mm³.

- Quelle est la définition de l'hyperéosinophilie?
- Comment allez vous conduire votre raisonnement diagnostic?

Hyperéosinophile

- ➔ Quelle est la définition de l'hyperéosinophilie? (rang A)
- ➔ Comment allez vous conduire votre raisonnement diagnostique ? (rang A)

1. **L'éosinophilie** se définit par un chiffre absolu de PN Eosinophile supérieur à 0,5 G/L (**500/mm³**). On parle **d'hyperéosinophilie** (HE) quand l'éosinophilie sanguine est au-delà de **1500/mm³** et/ou en présence d'une éosinophilie tissulaire anormale.
2. Le bilan étiologique comporte:
 - La recherche d'un terrain atopique
 - Le contexte parasitologique (voyages, animaux)
 - La prise de toxique et de médicaments
 - La recherche de certaines pathologies et antécédents: asthme, cancer, hémopathies, immunodépression, ...

Ce patient n'a pas d'antécédents notables en dehors d'une cardiopathie hypertensive traitée par bêta-bloquants et diurétiques. Il a récemment présenté une sciatique traitée par AINS (ibuprofène). Il n'a pas d'animaux et n'a pas voyagé depuis 2 ans (Italie du Nord).

Q3. Quel est votre bilan de première intention?
(rang B)

Q3. Quel est votre bilan de première intention?

- NFS avec frottis sanguin (blastes?)
- Ionogramme (urée, créatinine)
- CRP
- Bilan hépatique
- Sérologies virales VHB, VHC, VIH
- Sérologies autochtones: Toxocarose, trichinose, échinococcose

En seconde intention, sont à discuter:

- Un scanner TAP (ADP, splénomégalie)
- Une EPP (hypergammaglobulinémie, gammopathie monoclonale)
- Tryptase et vitamine B12 (augmentées dans les syndromes hyperéosinophiles essentiels myéloïdes, hémopathies)
- ANA, ANCA
- Sérologies HTLV1 (zones d'endémies), autres parasitoses
- +/-BOM

Attention: les médicaments (diurétiques, AINS) peuvent être responsables d'hyperéosinophilies majeures

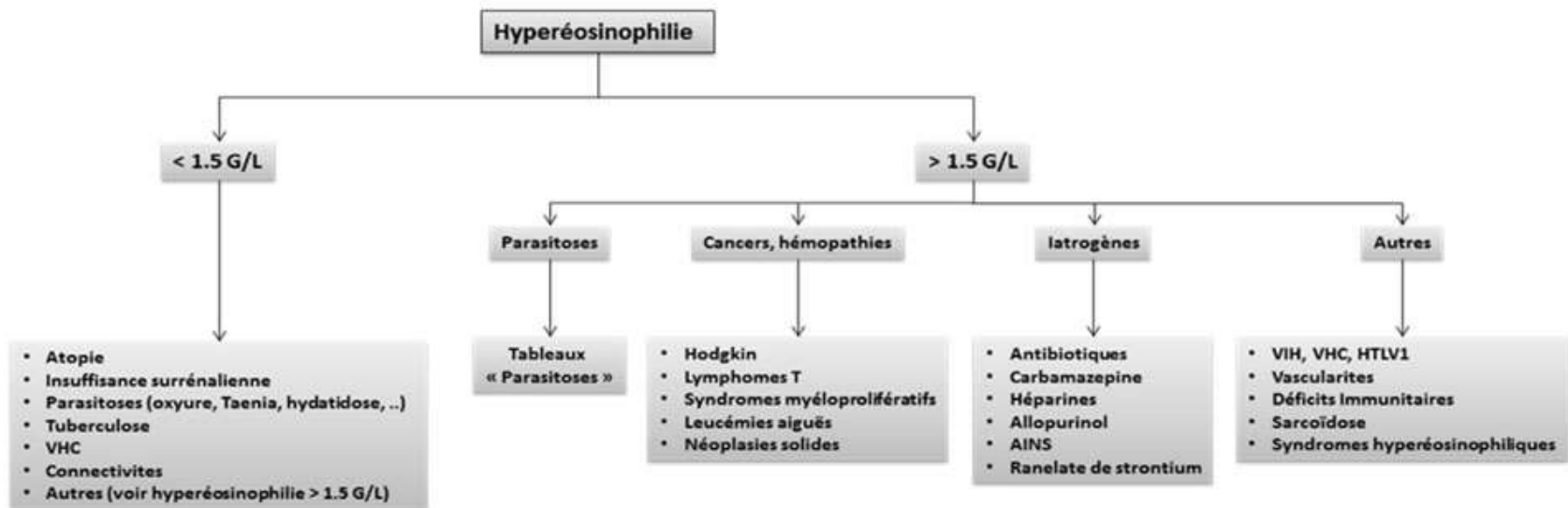


Tableau 3. Parasitoses autochtones

Parasite	Contamination	Clinique	Hyperéosinophilie	Diagnostic	
Toxocarose	<i>Toxocara canis</i>	Ingestion aliments souillés par des déjections canines	Syndrome de larva migrans viscéral	> 1,5 G/L	Sérologie
Distomatose	<i>Fasciola hepatica</i>	Ingestion végétaux contaminants (cresson)	Signes digestifs, hépatite	> 1,5 G/L	Sérologie
Trichinose	<i>Trichinella spiralis</i>	Consommation gibier (sanglier), viande de porc ou cheval peu cuite	Myalgies et oedèmes	> 1,5 G/L	Sérologie
Myiase	<i>Hypoderma bovis</i>	Ingestions œufs (contact ovidés, bovidés)		> 1,5 G/L	
Ascariotose	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Crudités, eau, terre souillés (Exceptionnel en France)	Sd de Loeffler, signes digestifs	> 1,5 G/L	Ex. des selles
Oxyurose	<i>Enterobius vermicularis</i>	Ingestion d'œufs (auto-infestation)	Prurit anal (vespéral)	< 1,5 G/L	Scotch-test
Taeniasis	<i>Taenia saginata, solium</i>	Ingestion viande bœuf ou porc peu cuite	Rares signes digestifs	< 1,5 G/L	Ex. des selles
Hydatidose	<i>Echinococcus granulosus</i>	Contact avec chiens infestés ou ingestions aliments souillés		< 1,5 G/L	Sérologie
Echinococcose alvéolaire	<i>Echinococcus multilocularis</i>	Ingestion végétaux souillés	Kyste hydatique hépatique	< 1,5 G/L	Sérologie
Anisakiasse	<i>Anisakis sp</i>	Ingestion poissons crus (hareng, merlan, maquereau)	Signes digestifs, granulome éosinophile intestinal	< 1,5 G/L	Sérologie, biopsie

Ce bilan de premier intention montre une CRP à 25mg/L et une anémie inflammatoire. Vous avez également demandé une radiographie thoracique qui retrouve l'aspect suivant.



Q3. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale?

- A. Sarcoïdose
- B. Syndrome de Loëffler (parasitose)
- C. Lymphome avec localisation médiastinale
- D. Toxicité des AINS
- E. Vascularite à ANCA (type Granulomatose à éosinophile ou maladie de Churg et Strauss)

Ce bilan de premier intention montre une CRP à 25mg/L et une anémie inflammatoire. Vous avez également demandé une radiographie thoracique qui retrouve l'aspect suivant.



Q4. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale?

- A. Sarcoïdose
- B. Syndrome de Loëffler (parasitose)
- C. Lymphome avec localisation médiastinale**
- D. Toxicité des AINS
- E. Vascularite à ANCA (type Granulomatose à éosinophile ou maladie de Churg et Strauss)

Q5. Comment allez vous poursuivre vos investigations ?

- A. Réalisation d'un scanner TAP et/ou d'un TEP TDM
- B. Réalisation d'une biopsie ganglionnaire
- C. Réalisation d'une biopsie ostéoméduillaire
- D. Dosage des LDH et de la B2-microglobuline
- E. Réalisation d'un immunophénotypage lymphocytaire sur sang et sur ganglion

Q5. Comment allez vous poursuivre vos investigations ?

- A. Réalisation d'un scanner TAP et/ou d'un TEP TDM
- B. Réalisation d'une biopsie ganglionnaire
- C. Réalisation d'une biopsie ostéomédullaire (non systématique, à discuter)
- D. Dosage des LDH et de la B2-microglobuline
- E. Réalisation d'un immunophénotypage lymphocytaire sur sang et sur ganglion

Q6. Quelles sont les situations cliniques à éliminer en urgence devant une hyperéosinophilie (rang A)?

Q6. Quelles sont les situations cliniques à éliminer en urgence devant une hyperéosinophilie (rang A)?

- ✓ Vascularites à ANCA (GEPA)
- ✓ Lymphome → Hodgkin +++
- ✓ Toxidermies → DRESS
- ✓ Syndromes hyperéosinophiles essentiels avec atteinte d'organe vital (cœur) → ECG, ETT +/- IRM cardiaque