

UN CURIEUX CAS D'HEMOPTYSIE

Docteur Jean PERRIOT
Docteur Ludivine DOLY-KUCHCIK

CLAT 63 - Clermont-Ferrand
jean.perriot@puy-de-dome.fr



Journée du Réseau National des CLAT
Paris – 7 juin 2016



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 1

INTRODUCTION

Programme national de lutte contre la tuberculose (2007-2009)

Rôle pilote des CLAT (prise en charge des TM et ITL)

Tuberculoses respiratoires potentiellement contagieuses

Symptomatologie clinique des TM non spécifiques

Agent responsable : mycobactéries (genre mycobactérium)

- Espèces pathogènes pour l'homme (groupe tuberculosis)
MB tuberculosis, bovis, africanum
- Espèces pathogènes pour l'homme (hors groupe tuberculosis)
MB leprae, ulcerans
- Mycobactéries « atypiques » (parfois pathogènes)
MB avium, xenopi, kansasii, fortuitum, abscessus, etc.



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 2**CONTEXTE**

Monsieur O. I. étudiant de 21 ans originaire de Mayotte arrivé en métropole il y a 3 mois, est adressé en consultation par le Service de Santé Inter-Universitaire pour hémoptysie survenue 4 jours plus tôt ; le patient est apyrétique, ne tousse pas et ne présente pas de dyspnée.

Absence d'antécédent ; un séjour d'un mois à Madagascar

Ne fume pas, ne consomme ni cannabis, ni alcool

Vacciné par le BCG ; pas de test IDR connu

Sérologie VIH récente : négative

RP à l'arrivée en métropole : pas d'anomalie constatée

Consultation dermatologique récente



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

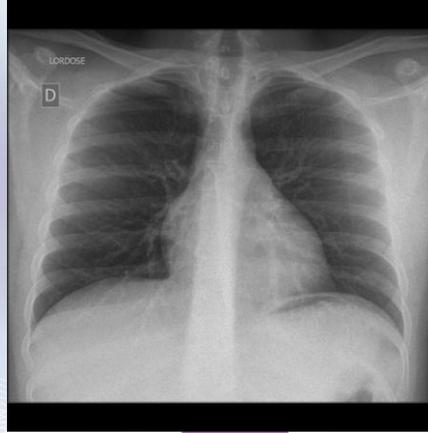
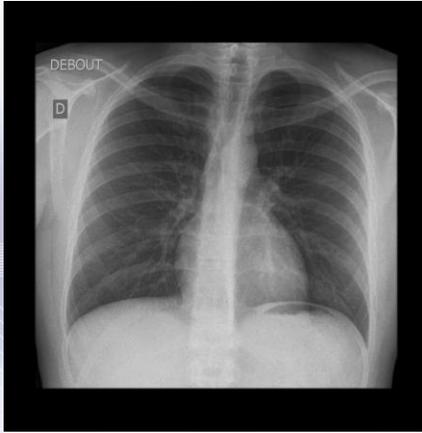
CAS CLINIQUE 3**EXAMEN CLINIQUE**

Général	RAS	1,80/85 kg ; IMC=26,5 ; T=36,7° Absence d'adénopathie
Cardiaque	RAS	Auscultation ; TA 140/70 FC 76/mn
Digestif	RAS	Pas d'hépatosplénomégalie ni ADN
ORL		Voix nasonnée, douleurs nasales : EVA (6/10) nez obstrué, muqueuses congestives, mouchage sanglant : EVOQUE EPISTAXIS
PULMONAIRE	RAS avec absence de signe fonctionnel RP : ITN	ECARTE (?) HEMOPTYSIE



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 4



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 5



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 6




PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 7




PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CAS CLINIQUE 8**DESCRIPTIF DES LESIONS (début il y a 4 mois)**

Macules hypochromiques cutanées diffuses (thorax, bras) avec hypoesthésie

Nodules sous cutanés (visage, avant-bras, jambes)

Papules et vésicules du revêtement cutané (y compris visage et lobe des oreilles)

BIOPSIE DES LESIONS (papules)

Réalisées en consultation de dermatologie

Contact avec le dermatologue : **PRESENCE DE BAAR** (biopsie)

DIAGNOSTIC : LEPRE (LEPROMATEUSE)

E Neurologique RAS (V, VII, radial, cubital, médian, SPE, SPI)

**CAS CLINIQUE 9****BILAN ET HOSPITALISATION**

IDR \ominus QTF \ominus

BAAR \oplus Ecouvillonnage nasal ; bronches (4 +) endoscopie (et cutané)

Scanner thorax : RAS ; lésions ORL (lépromes)

BS : NFS ; VS/CRP ; Coag ; G6PDH ; VIH/VHC/VHB ; BH ; Ferritine

Biopsie cutanée: aspect histoïde (lèpre lepromateuse)

TRAITEMENT (Pr J. Beytout – CHU Clermont-Fd)

Corticothérapie initiale 0,5 mg/kg/jour (posologie décroissante – 30 J)

RIFAMPICINE (rifadine – RMP) : 600 mg/j (ou 1 J/mois)

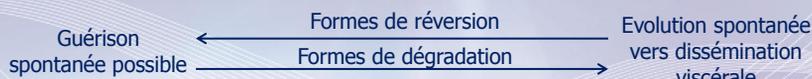
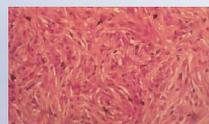
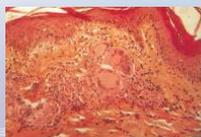
DAPSONE (Disulone – DDS) : 100 mg/j ; $\frac{1}{2}$ vie d'élimination (urines) : 15 j ; cytolyse, céphalées, hémolyse si déficit en G6PDH

CLOFAZIMINE (Iamprene-CLO) : 50 mg/j (100 mg ; $\frac{1}{2}$ vie 70 j ; diarrhée, prurit, coloration orangée de la peau et grise irréversible des lésions)

PROPHYLAXIE DES SUJETS CONTACTS (non)

CAS CLINIQUE 10

LEPRE : CLASSIFICATION



- 1- **PB à lésion unique** : hypochromique ou érythémateuse, hypoesthésique ou anesthésique sans atteinte nerveuse
- 2- **PB avec 2 à 5 lésions** : maculeuses, infiltrées, nodules, hypoesthésique ou anesthésiques asymétriques avec un seul nerf atteint
- 3- **MB avec plus de 5 lésions** : hypoesthésiques ou anesthésiques plus symétriques avec atteintes de plusieurs nerfs.



CAS CLINIQUE 11

Au 12^{ème} mois de traitement, Monsieur O. I. consulte en urgence : fièvre, nodules dermo-hypodermiques chauds et douloureux des avant-bras et des bras ; jambes et cuisses (coudes et genoux douloureux). Lésions cutanées moins marquées mais nettes (lobes oreilles ++); adénopathies cervicales

BS	GR	4,39	Hb	12,3	GB	21,3	PN	16,9 (77%)
	PLq	500	VS	101	CRP	202		
	BH	RAS	Créatinine	RAS	VIH	Ø		
	IgE	1100	F. Rh	Ø	Ac A.Nuc	Ø	ASLO/ASD	Ø
RP	RAS							

ERYTHEME NOUVEUX LEPREUX

Thalidomide (400 mg/J en 2 prises : fin de la crise en 2/4 J puis diminution de posologie de 100 mg/sem. jusqu'à 100 mg/J ; puis diminution très progressive avant arrêt)



CAS CLINIQUE 12



CAS CLINIQUE 13



CAS CLINIQUE 14**ETATS REACTIONNELS****ERYTHEMES NOUEUX LEPREUX (MB lepromateux)**

Réaction immunitaire de type II

PCT a réduit sa fréquence (5%)

Crises (après 12 mois de PCT) parfois évolution en mois/années

EN atypique (non contusiforme, localisation, AEG, signes associés)

Traitement : Thalidomide

REACTIONS DE REVERSION (MP lepromateux)

Réaction immunitaire de type HSR

PCT a augmenté sa fréquence (15-40%) ; MBL → PBT

Brutalement sans AEG accentuation des lésions cutanées

Et manifestations articulaires et neurologiques

URGENCE : ATTEINTE NEUROLOGIQUE = GRAVITE/SEQUELLES

Corticothérapie : 0,5 à 1 mg/kg/jour (prednisolone)

**CAS CLINIQUE 15****CONCLUSION**

Analogies entre tuberculose et lèpre

Agents responsables : mycobactéries

Endémie en voie de contrôle

Lèpre : OMS 2014 213 000 cas notifiés (cas prévalents)

Prévalence : 21,1/10 000 1983 et 0,24/10 000 2014

Brésil, Inde, Mozambique, Madagascar, Birmanie, Népal

En France InVs 2007 : 180 cas notifiés

Mayotte : seul territoire de prévalence > 1/10 000 (6,2)

Pas de résistance au traitement (PCT)

CLAT pivot de la lutte antituberculeuse mais rôle dans le repérage des cas de lèpre et dans leur suivi



POUR EN SAVOIR PLUS

- White C, et al. Leprosy in the 21st Century. *Clin Microbiol Rev* 2015 ; 28:80-94
- Aftab H, et al. Leprosy in Denmark 1980-2010 : a review of 15 cases. *BMC Res Notes* 2016 ; 9:10
- Chakrabarti S, et al. Clinico-Pathological Study of cutaneous Granulomatous lesions – a 5 years experience in a tertiary care hospital in India. *Iran J Pathol* 2016 ; 11:54-60
- Henry M, et al. Factors contributing to the delay in diagnosis and continued transmission of leprosy in Brazil. An explorative, quantitative, questionnaire based study. *PLoS Negl Trop Dis* 10 (3) : e0004542
- Mazini PS, et al. Gene Association with leprosy : A review of published data. *Front Immunol* 2016 ; 6:658
- Revez L, et al. Chemoprophylaxie in contacts of patients with leprosy : systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2009 ; 26:341-9
- Flageul B. Prise en charge médicale actuelle de la maladie de Hansen. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2003 ; 96:357-61
- Sansarricq H. *La lèpre*. Editions Ellipses AUPELF/UREF, Paris, 1995



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT