



Adolescente, 13 ans

Adressée pour fièvre persistante (4J) et
instabilité hémodynamique (fin août 2010)

François Dubos

Urgences Pédiatriques et Maladies Infectieuses
CHRU de Lille



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

26ème journée du
Groupe de Pathologie Infectieuse Ambulatoire



Université Lille 2
Droit et Santé



8 octobre 2010



ATCD

- Pas d'antécédent personnels ni familiaux
- Pubère (S5P5), 68 kg
- Vaccinations à jour
- Vacances en montagne, pas de séjour à l'étranger

HDM

- **26/08** : Angine,
Fièvre à 38°C,
Odynophagie
- **28/08** : dyspnée brutale
+ douleurs épigastriques et hypocondre D

Consultation au CH Béthune

- Examen

- T°: 38,6°C, hémodynamique stable, TA limite
- Dyspnée (polypnée)
- Angine,
- Pas d'éruption
- Pas de douleurs abdominales
- Pas de douleurs osseuses
- Pas de céphalées, pas de syndrome méningé
- **streptatest[®] négatif**



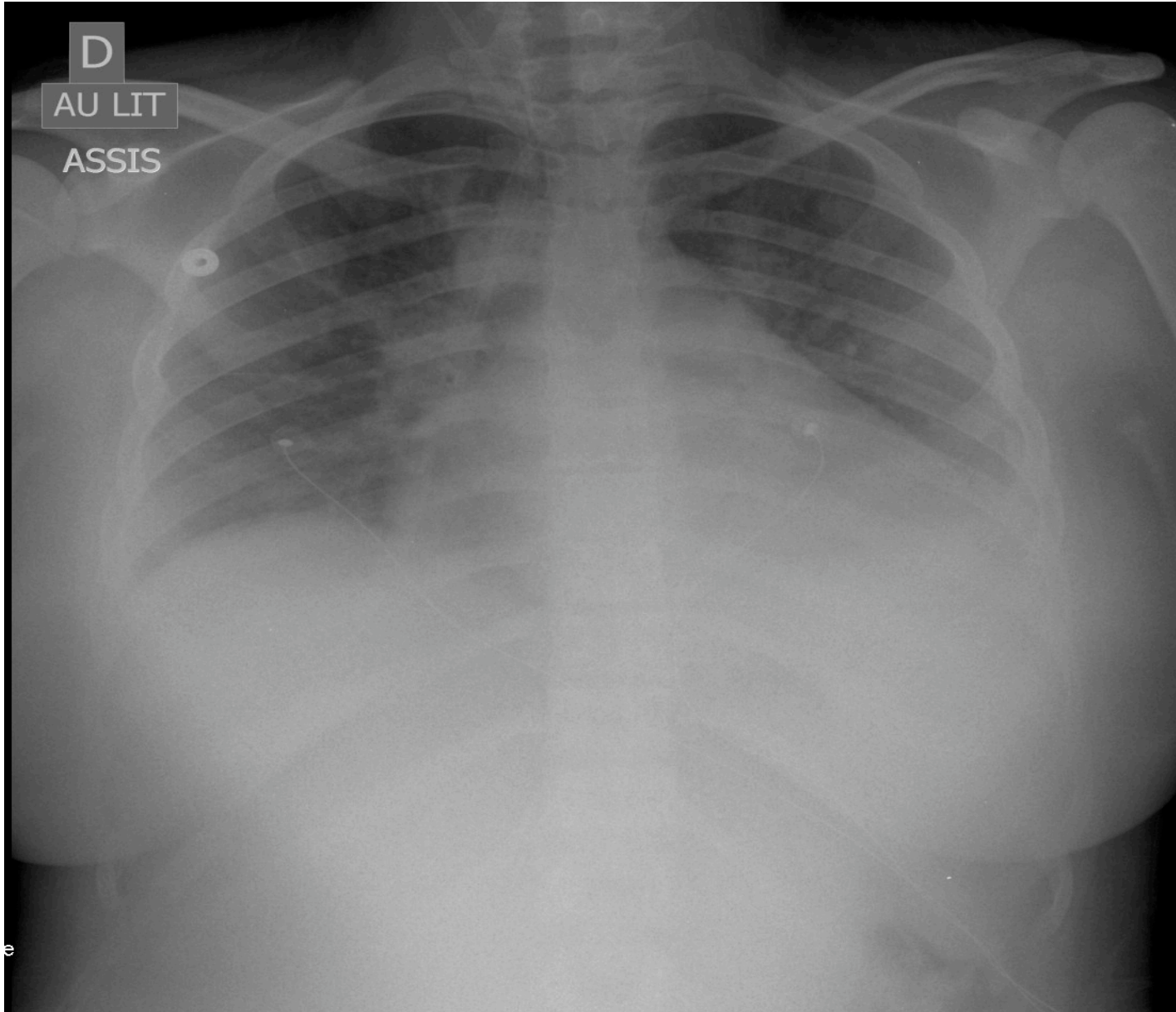
- **Biologie**

- GB=33000/mm³, CRP=240mg/L
- Urée=1,76g/L; Créat=27mg/L, iono sanguin normal
- TGO=46U/L, Lipase normale
- TP=73%
- Acide urique=147mg/L, LDH=231U/L
- **PL** : 13 éléments/mm³, direct négatif, biochimie normale
- **ECBU** : normal
- **Hémocultures** x2

- **RX Thorax**

- Cardiomégalie
- Opacités parenchymateuses bi-basales

Radiographie de thorax



bre 2010

Autres examens morphologiques



- **Echo abdominale**
 - HSM homogène
 - Aspect normal des reins
- **Scanner thoraco-abdominal**
 - Cardiomégalie
 - Lésions nodulaires pulmonaires bilatérales
 - Adénopathies médiastinales et para-aortiques
 - Hépatosplénomégalie
 - Adénopathies coelio-mésentériques
 - Pas d'épanchement

Scanner thoracique



2010

Scanner thoracique



Prise en charge initiale

- Remplissage
 - SSI 500 mL
- Antibiothérapie probabiliste
 - Rocéphine + Ciflox
- Antipyrétiques

→ Absence d'amélioration

⇒ Transfert au CHU de Lille : rapprochement de réa



Aux urgences du CHU de Lille



- **Sepsis sévère**
 - FC=120/min, TA=96/42mmHg, T°=37°C, EVA=0
 - TRC immédiat, marbrures périph, diurèse conservée
 - Remplissage, SSI 10mL/kg puis Voluven 20mL/kg
 - Gaz du sang et lactate normaux
- **Détresse respiratoire aiguë**
 - FR=35/min, SaO₂=97% sous O₂=2L/min
 - Orthopnée, difficultés à parler
 - Diminution du MV aux 2 bases
- **Examen neuro** : somnolente, pas de focalisation
- **Angine, ADP cervicales** JC bilatérales

Hypothèses diagnostiques

- Lymphome ?
- Syndrome infectieux (porte d'entrée?)
- Syndrome d'activation macrophagique ?
- Connectivite (Wegener? LED?)
- Tumeur solide, pulmonaire ?
- Métastases pulmonaires ?

Examen complémentaires

- Gaz du sang : pH=7,34 ; pCO₂=38 ; HCO₃⁻=21
- Lactates=1,84mmol/L
- GB 21 000/mm³ ; Hb=9,8g/dL ; Pla_q=102000/mm³
- Fibrinogène=5,5g/L ; CRP=145 mg/L
- Triglycérides=3,88g/L
- Na 137 mmol/L, K=3,2 mmol/L
- Créatinine 17 mg/L, urée 1,48 g/L
- Echo cœur : légère dysfonction VG
- Myélogramme : hémophagocytose non significative

Examen complémentaires

- **Hémocultures** : *Fusobacterium necrophorum*
- **Écho-doppler cervical** : thrombose jug int^{ne} G
- **Scanner cervical** : abcès rétro-pharyngé



Syndrome de Lemierre

- **IRM cérébrale** : pas de thrombose
- **ETT** : épanchement péricardique 4 mm isolé
- **Sérologie et PCR EBV (+)**

Syndrome de Lemierre



- Tableau de sepsis grave
- Porte d'entrée ORL (angine, abcès rétropharyngé)
- *Fusobacterium necrophorum*
- Thrombose veineuse (jugulaire interne)
- Lésions pulmonaires d'embols septiques

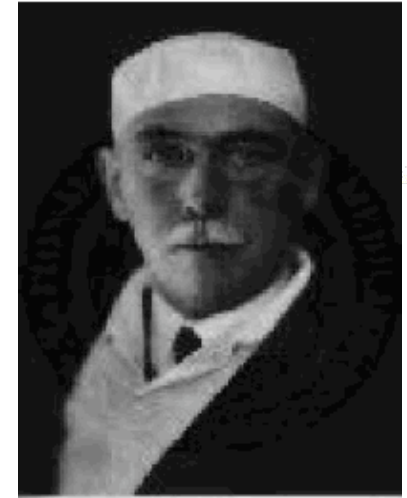
Enseignement

- **Angine** : - faire un streptotest ;
- Fièvre mal tolérée et streptotest négatif :
chercher une complication loco-régionale
- **Fièvre mal tolérée** : faire des hémocultures
- **Hémoculture à *Fusobacterium*** : echo-doppler cervical

8 octobre 2010



Syndrome de Lemierre



André Lemierre
(1875-1956)

- « Sepsis post-angine » de l'adulte jeune
Élargi à sepsis post-infection de l'oropharynx
+ abcès localisé (souvent)
- Associé à une thrombose de la VJI
- Et/ou embols septiques (pulmonaires le + souvent)
- Et « classiquement » une hémoculture positive à *Fusobacterium necrophorum*
- Porte d'entrée possible : dents, sinus, oreille
- Complications cérébrales : thrombose sinus, abcès cérébral, méningite
- Complications métastatiques (poumon, peau, os, muscle, digestive, cardiaque)

Syndrome de Lemierre : prise en charge

- ATB anti-anaérobie : Amoxicilline,
Amoxiclav,
Metronidazole
 - IV 2 semaines
 - Relais oral 4 semaines } 6 semaines au total
- Anticoagulation par HNF relais HBPM
- Drainage de l'abcès et amygdalectomie
- (Caisson hyperbare?)

Evolution



- 9/9 Apyrexie
- IRM contrôle : diminution de l'hypodensité du corps calleux
- Écho-doppler des TSA (15/9) : reperméabilisation partielle de la VJI gauche
- Reprise opératoire le 16/09 pour chute d'escarre
- Echographie abdominale de contrôle : normale

- Rechercher une thrombophilie

Radiographie de thorax



Riordan T. *Clin Microbiol Rev* 2007;20:622-659

26ème journée du

Goldenberg NA et al. *Pediatrics* 2005;116:e543-8

8 octobre 2010