

Infection pulmonaire à *Mycobacterium abscessus*

Mycobacterium abscessus appartient au groupe des mycobactéries et représente la troisième cause d'infection pulmonaire à mycobactéries non tuberculeuse (NTM). Les données épidémiologiques et cliniques restent parcellaires. De plus, *M. abscessus* est naturellement multirésistante et sa prise en charge thérapeutique reste donc toujours extrêmement complexe. L'objectif de cette étude, publiée dans *Clinical Infectious Diseases*, est avant tout qu'elle soit descriptive sur le plan clinique, radiologique et microbiologique, à partir d'une série de 107 patients.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre 2001 et 2008, incluant l'ensemble des patients ayant les critères de l'American Thoracic Society (ATS) pour le diagnostic d'infection pulmonaire à *M. abscessus*. Ces critères incluent :

1. l'existence de symptômes pulmonaires ;
2. un nodule ou une caverne sur la radiographie de thorax ou de bronchectasies multiples et de nombreux petits nodules sur un scanner thoracique haute résolution ;
3. culture(s) positive(s) à *M. abscessus* : 2 si expectorations ; une seule si lavage broncho-alvéolaire (LBA) ou biopsie pulmonaire.

Cent sept patients présentaient les critères requis pour être inclus dans cette étude, avec une visite initiale entre 2001 et 2004. Soixante-neuf patients ont été suivis pendant une durée moyenne de 34 mois. La population féminine était prédominante (83 %), mince (IMC : 21,4) et âgée en moyenne de 60 ans. L'ensemble des patients étaient non fumeurs, dont 60 % n'ayant jamais fumé. Cinquante-neuf des 107 patients (55 %) étaient co-infectés par une autre mycobactérie atypique, *Mycobacterium avium* (MAC). La majorité des symptômes rapportés à la visite initiale étaient : la toux (97 %), des expectorations (91 %), une fatigue (87 %) et une dyspnée (70 %). L'existence d'une hémoptysie (37 %) et d'une perte de poids (38 %) étaient moins fréquemment observées. Toujours lors de la visite initiale, le scanner thoracique haute résolution retrouvait des images de bronchectasies et d'opacités nodulaires chez 98 % des patients, avec la présence d'une caverne chez 44 % d'entre eux. Le traitement antibiotique a été choisi sur la sensibilité de la bactérie aux antibiotiques et sur la tolérance. Soixante-sept des 69 patients pour lesquels un suivi est disponible (97 %) ont reçu un macrolide et 74 % un macrolide associé à l'amikacine. Les antibiotiques i.v. le plus souvent utilisés étaient l'amikacine (71 %), l'imipénem (55 %) et la céfoxitine (30 %). Les patients ont reçu en moyenne 4,6 drogues avec une moyenne de $52 \pm 40,6$ mois-antibiotique (avec une médiane de 6 mois i.v.). Les données microbiologiques ont montré une sensibilité de la bactérie à la clarithromycine (85 %), à l'azithromycine (82 %) et à l'amikacine (92 %). En revanche, la souche était intermédiaire à la céfoxitine (76 %) et à l'imipénem (50 %).

J.L. Meynard, Paris.

Commentaire

Vingt-quatre patients ont eu une intervention chirurgicale (25 lobectomies, 6 pneumonectomies, 3 segmentectomies). La chirurgie n'a pu être proposée à plus de patients en raison d'une atteinte extensive (bilatérale, multilobaire). L'évolution sur le plan microbiologique restait difficile à évaluer, car elle n'était pas standardisée. Néanmoins, 20 des 69 patients (29 %) ont gardé une culture positive, et pour 49 des patients (71 %), la culture est devenue négative. Sur ces 49 patients, 16 (23 %) ont rechuté. Significativement, plus de patients ayant reçu l'association d'un traitement antibiotique et d'une chirurgie ont négativé leur culture et n'ont pas rechuté (57 % versus 28 %). Dix-sept des 107 patients (15,9 %) sont décédés durant la période de l'étude (13 dans le groupe traitement médical, 4 dans le groupe chirurgie). Bien que rétrospectives et essentiellement descriptives, ces données sont intéressantes ; jusqu'alors, elles étaient très parcellaires sur la prise en charge de cette infection. Par rapport aux données déjà rapportées, on note une grande fréquence de co-infection avec une MAC (55 %), une atteinte extensive (bilatérale et multilobaire) dans 90 % des cas, et la présence de cavernes dans 44 % des cas. Le gène codant pour la protéine responsable de la mucoviscidose était mis en évidence chez 13 % des patients (versus 4 % dans la population d'Amérique du Nord). Les meilleures chances de guérison associent le traitement médical (24 mois) – comportant un macrolide, une fluoroquinolone (ciprofloxacine), la doxycycline avec 4 semaines de traitement i.v. par l'imipénem ou la céfoxitine – et le traitement chirurgical.

Référence bibliographique

Jarand J, Levin A, Zhang L, Huitt G, Mitchell JD, Daley CL. Clinical and microbiologic outcomes in patients receiving treatment for *Mycobacterium abscessus* pulmonary disease. *Clin Infect Dis* 2011;52:565-71.

Rôle des norovirus au cours des gastro-entérites de l'adulte hospitalisé

Bien que la mortalité liée aux diarrhées ait diminué, ces dernières sont encore à l'origine de plus de 1,3 million de décès par an, en majorité chez de jeunes enfants des pays du Sud. Aux États-Unis, l'âge de décès des personnes atteintes de diarrhées est inversé : le nombre des décès est 5 fois plus important chez les sujets âgés que chez les enfants. L'impact des diarrhées nécessitant une hospitalisation chez l'adulte reste peu étudié. Une étude avait montré que les gastro-entérites étaient responsables de 400 000 à 500 000 hospitalisations par an chez les adultes aux États-Unis, entre 1979 et 1995, une diminution de 20 % au cours de cette période ayant été constatée. La même étude avait montré l'absence de documentation microbiologique pour 80 % des patients. Or, l'identification des micro-organismes à l'origine de la diarrhée est importante afin de définir des stratégies de prise en charge (traitement antibiotique, réhydratation, vaccination) en fonction de l'âge de survenue. Les

norovirus figurent parmi les principaux agents responsables de gastro-entérites au cours des cinq dernières années, du fait de l'émergence de nouvelles souches virales. En raison des modifications épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de personnes placées en maison de retraite, émergence de nouveaux pathogènes tels que *Clostridium difficile*), il est intéressant de savoir si le taux d'hospitalisation pour gastro-entérite continue de décroître depuis 1995 et d'étudier la place des norovirus à l'origine d'une hospitalisation en fonction des différentes tranches d'âge. Bien qu'ils soient considérés comme la cause la plus fréquente dans les épidémies de gastro-entérites communautaires, les norovirus sont rarement tenus pour seuls responsables d'une diarrhée à l'origine d'une hospitalisation, d'autant plus lorsque aucun test n'est pratiqué. Les outils de biologie moléculaire ont cependant permis de démontrer leur rôle, en termes d'incidence et de sévérité, dans des épisodes épidémiques.

Les auteurs de cette étude ont donc cherché à déterminer le rôle des norovirus dans les épisodes de diarrhées ayant conduit à une hospitalisation chez l'adulte entre 1996 et 2007. Pour ce faire, ils ont utilisé un registre national des admissions et calculé le taux d'hospitalisation par tranche d'âge. Ces données sont collectées à partir d'un échantillon de plus de 1 000 hôpitaux localisés dans 40 États (ce qui représente environ 20 % des hôpitaux aux États-Unis).

La première étape a consisté à extraire des fichiers tous les patients pour lesquels un codage de gastro-entérite, documentée ou non, était identifié.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le nombre des diarrhées à norovirus. Ce code spécifique était peu utilisé (200 admissions par an). Par une approche indirecte du type d'une modélisation, la prévalence des infections à norovirus et celle des infections à rotavirus ont été estimées.

J.L.M.

Commentaire

Les résultats montrent que 69 % des gastro-entérites ayant conduit à une hospitalisation n'ont pas de documentation microbiologique et augmentent de plus de 50 % chez les adultes entre 1996 et 2007. Les auteurs estiment qu'environ 71 000 hospitalisations sont en rapport avec une infection à norovirus, ce nombre pouvant aller jusqu'à 110 000 hospitalisations en période épidémique. Parallèlement, les rotavirus seraient à l'origine de 24 000 hospitalisations.

Cette étude montre que :

1. le nombre de patients adultes hospitalisés pour une gastro-entérite augmente de plus de 50 % entre 1996 et 2007 ;
2. les norovirus sont responsables d'au moins 10 % des causes considérées sans diagnostic microbiologique et de 7 % de l'ensemble des gastro-entérites ;
3. cet agent infectieux devrait donc faire partie des agents pathogènes recherchés afin d'isoler les patients pour diminuer le risque de transmission.

Référence bibliographique

Lopman BA, Hall AJ, Curns AT, Parashar UD. Increasing rates of gastroenteritis hospital discharges in US adults and the contribution of norovirus, 1996-2007. Clin Infect Dis 2011;52:466-74.

Date limite des abstracts mai-juin 2011

6 mai

17-20 septembre, Chicago, États-Unis
51th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)

ASM Meetings Department, 1752 N Street,
N.W., Washington, DC 20036-2904, États-Unis
Tél.: +1 (202) 942 9297 ou 202 737 3600
Fax: +1 (202) 947 9367
E-mail: meetingsinfo@asmusa.org
Web: www.icaac.org

15 mai

11-14 septembre, Malte
4th ESWI Influenza Conference
GCO Associations BV, Parabool 160,
Sliedrecht 3364 DH, Pays Bas
Tél.: +31 184 496 999/Fax: +31 (0)184 496 995
E-mail: info@eswiconference.org
Web: www.eswiconference.org/programme.aspx

16 mai

17-22 septembre, Berlin, Allemagne
27th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop (IPV)
Congress & Exhibition Secretariat, Destination Öresund
AB Fersens Väg 18 SE-211 42 Malmö, Suède
Tél.: +46 40 300 665
Fax: +46 40 918 952
E-mail: hpv2011@destinationoresund.com
Web: www.hpv2011.org

18 mai

20-23 octobre, Boston, États-Unis
49th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America (IDSA)

IDSA, 1300 Wilson Boulevard, Suite 300, Arlington, VA
22209, États-Unis
Tél.: +1 (703) 299 02 00
Fax: +1 (703) 299 02 04
E-mail: info@idsociety.org
Web: www.idsociety.org

24 mai

4-8 décembre, Philadelphie, États-Unis
60th Annual Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH)

American Society of Tropical Medicine and Hygiene,
111 Deer Lake Road, Suite 100, Deerfield,
Illinois 60015, États-Unis
Tél.: 847-480-9592
Fax: 847-480-9282
E-mail: info@astmh.org
Web: www.astmh.org/Future_Meetings.htm

28 mai

21-23 septembre, Buenos Aires, Argentine
2011 Brucellosis: International Research Conference
Asociacion argentina de Microbiologia
E-mail: info@aam.org.ar
Web: www.aam.org.ar/brucellosis2011

31 mai

4-8 décembre, Addis-Abeba, Éthiopie
16th International Conference on AIDS and STIs in Africa (ICASA)

ICASA 2011 Coordinator, PO Box 12326,
Addis-Abeba, Éthiopie
Tél.: +251 11554 87 73
E-mail: coordinator@icasa2011addis.org
Web: icasa2011addis.org

1^{er} juin

2-5 octobre, Valence, Espagne
5th Trends in Medical Mycology

Congress Care, Reitscheweg, 5A,
5232 BX's-Hertogenbosch, PO Box 440 5201 AK's-
Hertogenbosch, Pays-Bas
Tél.: +31 73 690 1415
Fax: +31 73 690 1417
E-mail: info@congresscare.com
Web: www.timm2011.org

4-8 novembre, San Francisco, États-Unis
The Liver Meeting, American Association for Study of Liver Diseases (AASLD)

American Association for the Study of Liver Diseases,
1001 North Fairfax Street,
Suite 400, Alexandria, Virginia 22314, États-Unis
Tél.: +1703-299-9766
E-mail: aasld@aasld.org
Web: www.aasld.org