

La mélioïdose : un diagnostic à évoquer devant une pneumopathie au retour d'Océanie

Melioidosis: a cause of pneumonia to suspect in travellers back from Oceania

R. K.A. ALLEN

Suite 299, St Andrew's Place, Spring Hill, Brisbane, Qld, Australie.

Cette lettre à la rédaction de *la Revue des Maladies Respiratoires* est motivée par un procès en cours, dans lequel un pneumologue de Brisbane, Australie, est mis en cause par l'épouse d'un patient décédé de mélioïdose, pour avoir failli à évoquer le diagnostic [1, 2]. Elle a pour but d'attirer l'attention de la communauté pneumologique sur cette affection tropicale, rare en dehors de la zone d'endémie du germe responsable (territoires du Nord de l'Australie, Indonésie, et certaines régions d'Asie du Sud-Est, particulièrement les provinces du nord-est de la Thaïlande pendant la mousson), mais qui doit d'autant moins être oubliée devant une pneumopathie du voyageur qu'elle est souvent sémiologiquement trompeuse et d'évolution grave.

Le patient, âgé de 47 ans, fumeur, sans surpoids, en bonne santé apparente, a présenté, au retour d'un séjour professionnel de trois mois en Indonésie, une pneumopathie lobaire supérieure droite dans un contexte modérément fébrile, sans signes de gravité. Après 3 semaines d'une évolution torpide sous une antibiothérapie associant amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®, 500 mg 3x/j, po) et roxithromycine (Rulide®, 150 mg/j, po) prescrite par le généraliste, la persistance de la fièvre et de l'image radiologique amena le pneumologue consulté à hospitaliser le patient, et à réaliser une endoscopie bronchique avec biopsies transbronchiques, dans l'hypothèse d'une pathologie tumorale. Simultanément, l'antibiothérapie a été modifiée pour ceftriaxone (Rocephin®, 2g/j, iv) et roxithromycine (Rulide®, 150mg/j, po). La fibroscopie n'a pas mis d'aspect tumoral en évidence, mais a retrouvé du pus dans la bronche lobaire supérieure droite. Le bilan biologique réalisé ne montrait pas d'anomalie biologique majeure. Dans les heures suivant l'examen, le patient a présenté une instabilité hémodynamique, initialement contrôlée par un remplissage vasculaire. L'évolution a

ensuite été foudroyante, avec extension massive de la pneumopathie à l'ensemble du poumon droit. Malgré un transfert en réanimation et la mise en route d'un support ventilatoire et hémodynamique, le décès est survenu en moins de 24 h. Les prélèvements bronchiques initiaux sont revenus ultérieurement positifs à *Burkholderia pseudomallei* (anciennement *Pseudomonas pseudomallei*). Il n'a pas été mis en évidence d'autres localisations de la maladie, et les hémocultures sont restées négatives. *A posteriori*, la notion d'activités professionnelles à risque pendant le séjour a été retrouvée par l'interrogatoire de l'entourage (ingénieur en forage ayant effectué diverses missions en terrain boueux).

La mélioïdose se contracte, en zone d'endémie, par contact de la peau lésée avec une eau boueuse contaminée. La forme aiguë septicémique est rare chez un hôte sain, et touche surtout diabétiques, insuffisants rénaux, alcooliques, et immunodéprimés. Il existe des formes tardives, qui se présentent de façon aiguë ou subaiguë, parfois très longtemps après la contamination, alors que le voyage est oublié... Le diagnostic peut-être fait microbiologiquement, sur un examen d'expectoration ou un prélèvement bronchique, mais c'est rarement le cas. Biopsie et culture de prélèvements cutanés sont les plus rentables. La sérologie est peu utile, car positive chez de nombreux sujets sains dans les pays tropicaux. Elle peut cependant être très intéressante chez les voyageurs venant d'autres régions du monde. L'agglutination au latex (anticorps monoclonal Bps-L1) est rapide et sensible à 100 %. Le traitement repose sur des céphalosporines de 3^e génération (par exemple ceftazidime —Fortum®— 2gX4 iv par jour pendant 14 jours, ou méropénème —Meropen®— 1gx3 iv par jour pendant 14 jours en association avec triméthoprime-sulfaméthoxazole —Bactrim®— 320/1 600 mg 2x iv ou po par jour).

Au Royal Darwin Hospital, principal hôpital primaire des Territoires du Nord de l'Australie, la mélioïdose est le principal diagnostic retenu en cas de pneumopathie extrahospitalière avec syndrome septique, avec une incidence de 34,5/100 000 en 1997-1998 (année de mousson très intense). Pendant la guerre d'Indochine, de 1945 à 1953, une centaine de cas mortels ont été relevés dans l'Armée Française. Les

Tirés à part : R. K.A. ALLEN, Pneumologue, Suite 299, St Andrew's Place, 33 North St, Spring Hill, Brisbane, Qld, 4000 Australie.

e-mail : rogerallen@ozemail.com.au

Réception version princeps à la Revue : 31.05.2002.
Acceptation définitive : 30.09.2002.

statistiques de l'armée américaine font état de 343 cas pendant la guerre du Viet-Nam, jusqu'en 1973. L'auteur de ces lignes a personnellement eu l'occasion de faire ce diagnostic à l'occasion de son service militaire au Timor oriental où la mélioïdose est évoquée systématiquement. Si le pneumologue mis en cause dans l'observation mentionnée au début de cette lettre avait eu cette expérience, il aurait pu repérer les activités à risque du patient, et aurait peut-être pu optimiser plus vite l'antibiothérapie (ceftazidime et méropénème étant les céphalosporines de référence, plus actives que ceftriaxone). Il est cependant peu probable que l'issue en eût été modifiée, plus de 50 % des patients atteints de mélioïdose septicémique à la présentation décédant rapidement.

La mélioïdose est rare en dehors de sa zone d'endémie, mais il semble important pour les pneumologues d'en connaître l'existence, pour pouvoir l'évoquer devant toute pneumopathie soit dans cette zone, soit chez un patient y ayant séjourné, récemment ou non. Ce qui nous rappelle que l'interrogatoire doit être exhaustif en pneumologie...

Références

1. SHORT BC: Melioidosis: an important emerging infectious disease-a military problem? *ADF Health* 2002;3:13-21.
2. DANCE DA: Melioidosis. *Curr Opin Infect Dis* 2002;15:127-32.