

Nocardiose : 4 observations au Sénégal

Ba-Fall KM¹, Mbaye MN², Niang AR¹, Faye ME¹, Fall K¹, Fall B³, Bâ PS¹, Soko TO¹, Mbaye PS⁵

1. Service de Pathologies Infectieuses et Pneumologie Hôpital Principal
2. Service de Médecine Interne et diabétologie Hôpital Abass Ndao,
3. Service de bactériologie Hôpital Principal
4. Service de Radiologie Hôpital Principal
5. Services médicaux Hôpital Principal Dakar

Med Trop 2011 ; 71 : 613-614

RÉSUMÉ • Nous rapportons quatre cas de nocardiose colligés sur une période de 8 ans dans les services médicaux de l'hôpital Principal de Dakar. Il s'agit d'une infection rare, survenant le plus souvent sur un terrain immunodéprimé, à localisation pulmonaire prédominante. Le tableau clinico-biologique simule alors à s'y méprendre une tuberculose pulmonaire et il faut savoir penser à ce diagnostic lorsque la recherche de mycobactérie est négative. La recherche de *Nocardia* dans les prélèvements doit être effectuée précocement avant l'instauration de l'antibiothérapie. Le traitement antibiotique doit être suffisamment prolongé et est basé sur les céphalosporines de troisième génération et l'association sulfadoxine-pyriméthamine.

MOTS-CLÉS • Nocardiose. Infection pulmonaire. VIH. Sénégal.

NOCARDIOSIS: 4 CASES IN SENEGAL

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe four cases of nocardiosis observed over an eight-year period in medical units of Principal Hospital in Dakar, Senegal. It is a rare infection occurring mainly in people with weakened immune systems. Pulmonary forms are predominate and clinical and laboratory presentation can mimic pulmonary tuberculosis. Diagnosis should be suspected in patients presenting pulmonary infections and negative sputum bacilloscopy. *Nocardia* bacteria should be identified before starting antibiotic treatment. Patients require long-term antibiotic treatment with third generation cephalosporins or sulfamethoxazole-trimethoprim.

KEY WORDS • Nocardiosis. Pulmonary infection. HIV. Senegal.

La nocardiose est une infection à bacilles gram positif de la famille des actinomycètes. Il s'agit d'une infection rare, survenant essentiellement sur terrain immunodéprimé, mais également décrite chez l'immunocompétent (1,2). La distribution géographique ubiquitaire de ce micro-organisme contraste avec le faible nombre de cas décrits en Afrique (3, 4). Nous rapportons quatre observations de nocardioses bactériologiquement confirmées, diagnostiquées dans les services médicaux de l'Hôpital Principal de Dakar sur une période de 8 ans (1999-2007), résumées dans le tableau 1.

Conformément à la littérature, *Nocardia asteroides* est l'espèce la plus fréquemment rencontrée chez l'homme (2), sur-

tout au cours des localisations pulmonaires. Dans notre étude, une immunodépression était retrouvée dans 3 cas sur 4 : infection par le VIH (2 cas), corticothérapie au long cours et diabète (1 cas). En effet 64 % des patients atteints de nocardiose présentent une diminution de leur défense immunitaire lors du diagnostic (6). La corticothérapie, les traitements immunosuppresseurs, les néoplasies et le diabète sont les facteurs associés classiquement retrouvés (1, 2). L'infection par le VIH, surtout si elle est de stade avancé, semble constituer un terrain favorisant de plus en plus fréquent du fait de l'épidémiologie actuelle en Afrique (7, 8). L'association avec la tuberculose, présente dans une de nos observations, reste discutée (9). Les localisations pulmonaires sont prédominantes,

Tableau 1. Tableau récapitulatif des 4 cas de nocardiose diagnostiqués à l'Hôpital Principal de Dakar (1999-2007).

N°	Âge (ans)	Sexe	Terrain	Tableau	Durée d'évolution (semaine)	Diagnostic	Délai (jours)	Espèce	Mycobactéries associées	Traitement	Évolution
1	45	M	–	Pneumonie excavée	8	Examen direct + Culture ?	10	<i>N. Astéroïdes</i>	NON	Ceftriaxone Coltrimoxazole	Survie à 168 mois
2	45	F	VIH stade C3	Pneumonie excavée	12	Examen direct + Culture ?	8	<i>N. Astéroïdes</i>	NON	Ceftriaxone Coltrimoxazole	Survie à 48 mois
3	57	F	Corticothérapie Diabète type 2	Abcès de cuisse	2	Examen direct + Culture ?	8	<i>N. Cyriacigeorgica</i>	–	Ceftriaxone Coltrimoxazole	Survie à 60 mois
4	36	M	VIH stade C3 VHB	Abcès pulmonaire	4	Examen direct + Culture ?	7	<i>N. Astéroïdes</i>	NON	Drainage Celtriaxone Coltrimoxazole	Décès à 1 mois

• Correspondance : mbayester@gmail.com

• Article reçu le 12/05/2011, définitivement accepté le 17/10/2011

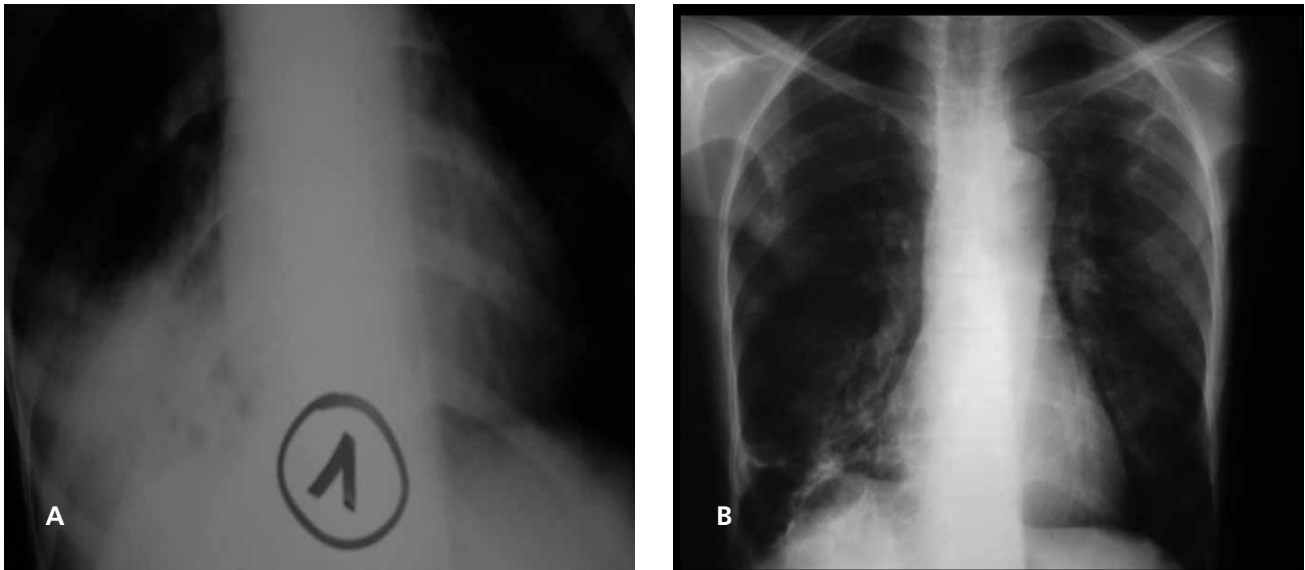


Figure 1. Radiographies thoraciques de face de la patiente N°2 au diagnostic (A) et après 2 mois (B) de traitement par Cotrimoxazole et Ceftriaxone.

mais des atteintes cutanées ou neurologiques sont aussi rencontrées. Le tableau clinico-radiologique de pneumopathie excavée ou d'abcès pulmonaire est superposable à celui d'une tuberculose pulmonaire, soulignant l'intérêt de rechercher activement cette infection lorsque la recherche de mycobactérie est négative (figure 1). Le diagnostic nécessite une collaboration étroite entre le clinicien et le biologiste. Les prélèvements des expectorations, du liquide de lavage broncho-alvéolaire, ou de ponction d'abcès doivent en effet être multiples, répétés car souvent pauvres en bactéries, réalisés avant toute antibiothérapie et mis en culture pendant une durée prolongée d'au moins trois semaines (2, 10). Sur le plan thérapeutique, la sulfadoxine-pyriméthamine, les aminosides et les céphalosporines de 3^{ème} génération constituent les molécules de références et peuvent éventuellement être associées au drainage chirurgical d'une collection suppurative. Le pronostic de la nocardiose est fonction de l'état général à l'admission, du statut immunitaire et de la localisation (11). Il est sévère comme en témoignent nos 4 observations avec une mortalité de 50 %. Il est amélioré lorsque le diagnostic est précoce et le traitement adapté (12).

La nocardiose est une pathologie rare de diagnostic difficile, probablement sous-estimée en Afrique. La forme pulmonaire peut simuler une tuberculose, d'où l'intérêt de penser à cette infection lorsque la recherche de bacilles de Koch est négative.

Références

1. Lerner P. Nocardia species. In «Mandell GI, Douglas RG, Bennett JE. Principles and practice of infectious diseases. 3rd Edn». Churchill Livingstone ed, New York, 1990, pp. 1926-32.
2. Leophonte P. Nocardiose. *Rev Mal Respir* 1996 ; 13 : 451-2.
3. Baily GG, Neill P, Robertson VJ. Nocardiosis: a neglected chronic lung disease in Africa? *Thorax* 1988 ; 43 : 905-10.
4. Koffi N, Aka-Danguy E, Ngom A, Kouassi B, Yaya BA, Dosso M. Prévalence de la nocardiose pulmonaire en zone d'endémie tuberculeuse. *Rev Mal Respir* 1998 ; 15 : 643-7.
5. Beaman BL, Beaman L. Nocardia species: host-parasite relationships. *Clin Microbiol Rev* 1994 ; 7 : 213-64.
6. Pintado V, Gomez-Mampaso E, Cobo J, Quereda C, Meseguer MA, Fortun J *et al.* Nocardial infection in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Clin Microbiol Infect* 2003 ; 9 : 716-20.
7. Lee CC, Loo LW, Lam MS. Case reports of nocardiosis in patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann Acad Med Singapore* 2000 ; 29 : 119-26.
8. Martinez Tomas R, Menendez Villanueva R, Reyes Calzada S, Santos Durantez M, Valles Tarazona JM, Modesto Alapont M *et al.* Pulmonary nocardiosis: risk factors and outcomes. *Respirology* 2007 ; 12 : 394-400.
9. Lerner PI. Nocardiosis. *Clin Infect Dis* 1996 ; 22 : 891-905.
10. Kramer MR, Uttamchandani RB. The radiographic appearance of pulmonary nocardiosis associated with AIDS. *Chest* 1990 ; 98 : 382-5.
11. Uttamchandani RB, Daikos GL, Reyes RR, Fischl MA, Dickinson GM, Yamaguchi E *et al.* Nocardiosis in 30 patients with advanced human immunodeficiency virus infection: clinical features and outcome. *Clin Infect Dis* 1994 ; 18 : 348-53.