

Introduction

L'agranulocytose est la disparition des polynucléaires neutrophiles du sang et se distingue de la neutropénie par le fait que cette dernière est une diminution du nombre absolu de ces éléments dans le sang circulant. Selon l'OMS Le risque de développer une infection est important en dessous de 500 PNN/mm³ et il est majeur en dessous de 100/mm³ [1]. L'infection est ensuite l'une des étiologies les plus fréquentes de cette diminution, les autres étant la toxicité médicamenteuse, hémopathie maligne, désordre auto-immun ou carence. [2] Les cathéters veineux centraux constituent l'accès vasculaire utilisable de suite pour les indications urgentes d'hémodialyse ou à la perte temporaire ou définitive de la fonctionnalité de la (FAV) mais ils sont associés à une morbi-mortalité très élevée ; l'infection étant la complication la plus grave[1,2].

Nous rapportons ici le cas d'agranulocytose fébrile secondaire à une infection du cathéter fémoral d'hémodialyse

Observation

Une patiente, âgée de 17 ans, aux antécédents personnels d'anémie à répétition; d'épistaxis et de diabète dans la famille ; suivie dans notre formation du 25/08/2022 au 13/09/2022 pour anémie mal tolérée sur IRCT de découverte récente au stade d'hémodialyse ; ayant initialement consulté pour douleurs abdominales, vomissements, fièvre, syndrome œdémateux généralisé fait d'œdèmes des MI et du visage. L'examen clinique s'est fait devant une patiente consciente, agitée, eupnéique, dans un contexte d'AEG sans urgence vitale aux paramètres vitaux ; avec au bilan biologique infectieux les leucocytes à 730/mm³ et CRP à 13,2. Le myélogramme fait a évoqué une moelle de bonne richesse ne montrant pas d'infiltrations pathologiques notables; l'agranulocytose étant d'origine périphérique médicamenteuse ou post-infectieuse. Le reste du bilan biologique et radiologique n'avait pas objectivé de foyer infectieux et il n'y'avait pas notion de prise des médicaments hématotoxiques.

Devant une aggravation de la neutropénie nous avons retiré le cathéter fémoral d'hémodialyse et l'analyse microbienne de son bout distal a objectivé une culture positive à entérocoque faecium sensibles aux téicoplanine et vancomycine.

Diagnostic

Le diagnostic d'agranulocytose sur cathéter fémoral d'hémodialyse infecté a été retenu devant l'absence d'étiologie centrale au myélogramme ni étiologie médicamenteuse et une bonne amélioration clinico-biologique après le retrait du cathéter ainsi que la culture positive de son bout distal

Conduite a tenir et évolution

Le retrait du KTF d'HD était associée à l'antibiothérapie probabiliste à base de C3G (ceftriaxone swiché au ceftazidine). Le bilan infectieux au moment du retrait du KT a objectivé une leucopénie à 480 avec agranulocytose à 0 et lymphopénie à 290 ; CRP à 200. Fièvre à 38,5° C. L'évolution a été marquée par une normalisation spectaculaire du bilan infectieux associée à une disparition de la fièvre. La patiente est sortie le 13/09/2022 avec au bilan infectieux les leucocytes à 8140 ; neutrophiles à 5620 et la CRP à 14.

Discussion

La prise en charge des infections liées aux cathéters veineux reposait sur l'ablation de celui-ci associée à une antibiothérapie[3]. Pour notre cas, entérocoque faecium isolé est un cocci Gram positif qui a été sensible aux C3G associée au retrait du KTF d'HD.

Selon Sylvie et all les cocci gram positifs sont majoritairement responsables de l'infection du CVC[4]. Les entérocoques se caractérisent généralement par une résistance native aux céphalosporines; la vancomycine et téicoplanine étant les molécules de référence[5,6]. Pour certains auteurs, les C3G constituent un traitement probabilistes associés aux aminosides ou aux quinolones.

Conclusion

L'utilisation des cathéters veineux centraux en hémodialyse d'urgence étant incontournable, elle est pourtant associée à des complications vitales dont infectieuse qu'il faut diagnostiquer et gérer de façon urgente.

Bibliographie

- 1.J. SAUT¹, M. ROUX², Prise en charge d'une neutropénie fébrile, 2011 : 105
- 2.J. Donadieu (Coordinateur du registre français des neutropénies constitutionnelles), O. Fenneteau (Praticien hospitalier) .EMC-Hématologie2, 2005 : 158-186
- 3.Mme Nada EL KADIRI ; Université Mohamed V de Rabat, faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat ; Complication des catheters d'hémodialyse, thèse présentée et soutenue publiquement , 2019
- 4.Sylvie Leou , Fabrice Garnier , Pascale Testevuide , Catherine Lumbroso , Sylvain Rigault , Christophe Cordonnier , William Hanf ; Nephrologie & Therapeutique xxx (2013) xxx-xxx
- 5.K.Stucki ; S.Harbarth ; M.Nendaz. Infections à entérocoques : du plus simple au plus complexe. Rev Med Suisse 2014; 10 : 1918-23
- 6.Yves Domart, Bruno Hoen, Catherine Leport, Fran,cois Cartier et le Groupe de travail sur les infections cardiovasculaires. Unité de réanimation médicale, Centre hospitalier général, Compiègne. Nutr. Clin. Métabol. 1991 ; 5 : 95-104