

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2010

THESE N°: 92

Fievre aigue chez un sujet immunodeprime

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr Réda EFESSOUINE

Né le 30 Août 1982 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en
Pharmacie

MOTS CLES: Fièvre – Immunodépression – Infections opportunistes – Diagnostic – Prévention.

JURY

Mr. M. ZOUHDI

Professeur de Microbiologie

PRESIDENT

Mr. Y. SEKHSOKH

Professeur Agrégé de Microbiologie

RAPPORTEUR

Mme. Z. OUZZIF

Professeur Agrégé de Biochimie

JUGES

Mme. S. AOUIFI

Professeur Agrégé de Parasitologie

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا
إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة: الآية: 31

صَلِّ عَلَى اللَّهِ الْعَظِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Ali BEN OMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur El Hassan AHELLAT

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

- 15. Pr. BENOMAR Said*
- 16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUDA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSALIM Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

55. Pr. OHAYON Victor*
56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

57. Pr. BENMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUHA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

100. Pr. SOULAYMANI ép.BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie - Obstétrique
Traumatologie - Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAOUI Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amograne*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAOUI Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie

195. Pr. GAMRA Lamiae
196. Pr. GAOUZI Ahmed
197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
200. Pr. MOULINE Soumaya
201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
202. Pr. OUZEDDOUN Naima
203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
205. Pr. BEN AMAR Abdeselem
206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
207. Pr. BIROUK Nazha
208. Pr. BOULAICH Mohamed
209. Pr. CHAOUIR Souad*
210. Pr. DERRAZ Said
211. Pr. ERREIMI Naima
212. Pr. FELLAT Nadia
213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
214. Pr. HAIMEUR Charki*
215. Pr. KADDOURI Nouredine
216. Pr. KANOUNI NAWAL
217. Pr. KOUTANI Abdellatif
218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
220. Pr. NAZZI M'barek*
221. Pr. OUAHABI Hamid*
222. Pr. SAFI Lahcen*
223. Pr. TAOUFIQ Jallal
224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
226. Pr. KHATOURI Ali*
227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
230. Pr. ALOUANE Mohammed*
231. Pr. LACHKAR Azouz
232. Pr. LAHLOU Abdou
233. Pr. MAFTAH Mohamed*
234. Pr. MAHASSINI Najat
235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
237. Pr. NASSIH Mohamed*
238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*
241. Pr. AIT OUMAR Hassan
242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANYAzzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUAD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie

287. Pr. BENNANI Rajae
 288. Pr. BENOACHANE Thami
 289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 290. Pr. BERRADA Rachid
 291. Pr. BEZZA Ahmed*
 292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 295. Pr. CHAT Latifa
 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
 297. Pr. DAALI Mustapha*
 298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 302. Pr. EL MADHI Tarik
 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 306. Pr. ETTAIR Said
 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 308. Pr. GOURINDA Hassan
 309. Pr. HRORA Abdelmalek
 310. Pr. KABBAJ Saad
 311. Pr. KABIRI El Hassane*
 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 313. Pr. LEKEHAL Brahim
 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 315. Pr. MEDARHRI Jalil
 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
 317. Pr. MOHSINE Raouf
 318. Pr. NABIL Samira
 319. Pr. NOUINI Yassine
 320. Pr. OUALIM Zouhir*
 321. Pr. SABBAH Farid
 322. Pr. SEFIANI Yasser
 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 326. Pr. AMEUR Ahmed*
 327. Pr. AMRI Rachida
 328. Pr. AOURARH Aziz*
 329. Pr. BAMOU Youssef *
 330. Pr. BELGHITI Laila
 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
 333. Pr. BENZEKRI Laila
 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 335. Pr. BERADY Samy*
 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Gynécologie Obstétrique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro – Enterologie
 Médecine Interne
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale

339. Pr. CHKIRATE Bouchra
 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 344. Pr. EL MANSARI Omar*
 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 347. Pr. HADDOUR Leila
 348. Pr. HAJJI Zakia
 349. Pr. IKEN Ali
 350. Pr. ISMAEL Farid
 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 352. Pr. KRIOULE Yamina
 353. Pr. LAGHMARI Mina
 354. Pr. MABROUK Hfid*
 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 359. Pr. OUIJILAL Abdelilah
 360. Pr. RACHID Khalid *
 361. Pr. RAISS Mohamed
 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 363. Pr. RHOU Hakima
 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
 365. Pr. SIAH Samir *
 366. Pr. THIMOU Amal
 367. Pr. ZENTAR Aziz*
 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
 370. Pr. AMRANI Mariam
 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 375. Pr. BOULAADAS Malik
 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 377. Pr. CHERRADI Nadia
 378. Pr. EL FENNI Jamal*
 379. Pr. EL HANCHI Zaki
 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 382. Pr. HACHI Hafid
 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
 385. Pr. KHABOUZE Samira
 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
 387. Pr. LEZREK Mohammed*
 388. Pr. MOUGHIL Said
 389. Pr. NAOUMI Asmae*
 390. Pr. SAADI Nozha

- Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Néphrologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

- Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

391. Pr. SASSENOU Ismail*
392. Pr. TARIB Abdelilah*
393. Pr. TIJAMI Fouad
394. Pr. ZARZUR Jamila

Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
398. Pr. ALLALI fadoua
399. Pr. AMAR Yamama
400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
401. Pr. AZIZ Nouredine*
402. Pr. BAHIRI Rachid
403. Pr. BARAKAT Amina
404. Pr. BENHALIMA Hanane
405. Pr. BENHARBIT Mohamed
406. Pr. BENYASS Aatif
407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
408. Pr. BOUKALATA Salwa
409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOUCI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
418. Pr. LYACOUBI Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibtiham
439. Pr. FAROUDY Mamoun

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation

- 440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
- 441. Pr. HARMOUCHE Hicham
- 442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
- 443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
- 444. Pr. JROUNDI Laila
- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr; OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo-Phtisiologie
 Pneumo-Phtisiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES **PROFESSEURS**

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie – Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biochimie
 Biochimie
 Pharmacognosie
 Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

Dédicaces

A mon regretté père EFESSOUINE OMAR

:

Malgré ton passage bref en cette vie, tu as réussi à nous transmettre les vertus de la persévérance dans l'effort. L'amour du prochain et le souci permanent de l'excellence qui te caractérisaient ont éclairé chaque jour mes décisions et mes orientations. De là où tu te trouves reçois ce modeste témoignage de mon affection.

A ma tendre maman EL OUAFI KHADIJA:

Fier fruit de tes entrailles,
Je veux rendre hommage à ton engagement sans faille
Remplir ton cœur modeste d'un orgueil saint,
Et te dire mon affection sans fin.
Jamais sans ta main guidée par Dieu,

Je ne pourrais prétendre être ce que je suis.

Ce travail est le tiens et je souhaite qu'il couronne tes sacrifices.

A mon frère MOUAD et à ma sœur

MARYAME :

En témoignage des profonds liens fraternels qui nous unissent. Ces quelques lignes ne sauront exprimer toute l'affection et l'amour que je vous porte. Puisse dieu vous procurer santé, bonheur, et prospérité que vous méritiez.

A toute ma famille, mon oncle Lahssen, mon cousin Ali et spécialement mon cousin Jamal ainsi que sa petite famille, pour leurs considérable soutien.

A tous mes amis Docteurs, Eric et Fred pour leurs remarquables présences.

A tous mes amis : Lara, Naima,
Ibtissam, Samira, Karim, Salah,
Youssef, Fahd, Lahssen, Imad, Adil...

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou
de loin à réaliser mon objectif.

Remerciements



**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE
THESE**

**Monsieur le Professeur ZOUHDI
MIMOUN**

Professeur de MICROBIOLOGIE

Honorable maître,

Le privilège que vous nous faites, en acceptant de présider ce jury nous offre l'opportunité de vous exprimer notre gratitude.

Avec une spontanéité singulière, vous nous avez ouvert vos portes.

Votre esprit de vérité, de justice, d'humilité et du respect des valeurs est un sublime modèle pour nous.

La qualité remarquable de l'enseignement reçu de votre part, durant notre cycle a renforcé notre amour de la pharmacie.

Soyez assurés cher maître de notre
profond respect.



**A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE
THESE
Monsieur le Professeur YASSINE
SEKHSOKH
Professeur agrégé de MICROBIOLOGIE**

Honorable maître,

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

L'occasion, nous est donnée aujourd'hui de louer vos excellentes qualités de clinicien et de chercheur passionné.

Vous n'avez cessé de cultiver en nous l'esprit de l'excellence.

Votre souci quotidien du travail bien fait et la pertinence constructive de votre critique, nous ont simplement émerveillés.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.



**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
Madame le Professeur OUZZIF
EZZOHRA
Professeur agrégé de BIOCHIMIE**

Honorable maitre,

Je vous remercie de nous avoir donné le grand honneur d'accepter de siéger dans ce jury, malgré vos importantes occupations.

Je vous adresse ma reconnaissance pour la pertinence de votre enseignement, votre rigueur scientifique, votre enthousiasme.

Merci pour votre grandeur d'esprit qui est hors du commun et qui vaut l'admiration de tous.

Agréez le sentiment de mon profond respect.



**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
Madame le Professeur AOUI SARRA
Professeur agrégé de PARASITOLOGIE**

Honorable maitre,

Je suis très touché de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Merci pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils qui m'ont guidé au cours de mes études.

Veillez accepter mes plus sincères remerciements pour votre présence dans ce jury et soyez assurée, Madame, de tout mon respect et de ma profonde gratitude.

Sommaire

I-Introduction	1
II- Etiologies.....	4
1. Bactéries :.....	6
a. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> :	6
2. Parasites :	7
a. Pneumopathie à <i>Pneumocystis jirovecii</i>	7
b. Toxoplasmose :.....	8
c. Cryptosporidiose	8
d. Coccidiose	9
e. Microsporidiose	9
f. Candidoses	10
g. Aspergillose	10
h. Cryptococcose	11
i. Histoplasmose.....	11
j. Leishmaniose à <i>Leishmania infantum</i>	12
k. Giardiose.....	12
l. Anguillulose (2)(3):	13
m. Gale	13
3. Virus :.....	14
a. Cytomégalovirus.....	14
b. Virus de la grippe	15

III- Etude clinique	16
▪ Les signes cliniques des infections opportunistes	17
1. Manifestations digestives	17
a. Atteintes buccales:	17
b. Atteintes œsophagiennes:.....	17
c. Atteintes gastriques:.....	17
d. Atteintes des voies biliaires:	18
e. Atteintes entérocoliques :.....	18
2. Manifestations pulmonaires.....	18
3. Manifestations cérébrales	19
▪ Les infections dépendent aussi du type d'immunodépression	20
▪ Les signes cliniques des principaux agents opportunistes :	22
1. Tuberculose	22
a. Tuberculose-infection	22
b. Tuberculose maladie : forme respiratoire	22
c. Formes tuberculeuses extra-respiratoires :.....	23
2. Pneumopathie à <i>Pneumocystis jirovecii</i>	23
a. Forme typique :.....	23
b. Forme atypique :	23
3. Toxoplasmose	23
4. Cryptosporidiose.....	24
5. Coccidiose	24
6. Microsporidiose.....	24

7. Candidoses	24
8. Aspergillose	24
9. Cryptococcose	24
10. Histoplasmose	24
11. Leishmaniose à <i>Leishmania infantum</i>	25
12. Giardiose	25
13. Anguillulose	25
14. Gale	25
15. Cytomégalovirus	25
16. Virus de la grippe.....	26
IV- Diagnostic	27
1. Introduction:	28
2. Moyens de diagnostic des infections opportunistes chez les immunodéprimés:	28
a. Diagnostic radiologique :.....	28
a.1. Radiographie pulmonaire :	28
a.2. Échographie abdominale :.....	29
a.3. Radiographie des sinus :	30
b. Diagnostique biologique :.....	31
b.1. Formule de numération sanguine (NFS)	31
b.2. Hémocultures	32
b.3. Coproculture	32
La flore pathogène est constituée de :	33
b.4. l'Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU)	34

b.5. Examen cyto bactériologique des crachats.....	35
b.6. Etude bactériologique du liquide céphalo-rachidien.....	36
3. Indications des moyens diagnostiques chez les immunodéprimés.....	37
3.1. Fièvre du patient neutropénique :	37
3.2. Fièvre aiguë chez un patient VIH+ :	38
3.3. Fièvre chez un transplanté d'organe :	39
V-Traitement	40
1. Introduction :	41
2. Conduite à tenir devant un patient immunodéprimé présentant une fièvre.....	41
2.a. Recherche des signes cliniques de gravité :	41
2.b. Isoler le patient d'autres risques d'infections :	42
2. c. Connaître le patient :	42
3. Planifier leur prise en charge :	42
3.a. Fièvre aiguë du patient neutropénique :	42
3.a.1 Traitement antibiotique de 1ère intention, par voie IV :	42
3.a.2 Traitement des infections :	43
3.b. Fièvre aiguë du patient VIH positif :	43
3.c. Fièvre aiguë chez un transplanté d'organe :	43
3.c.1. Phase précoce :	43
3.c.2. Phase intermédiaire et phase tardive :	43
4. Traitement de principales affections bactériennes opportunistes :	43
5. Traitement des principaux Affections parasitaires opportunistes :	44
5.a. Pneumopathie à <i>Pneumocystis jirovecii</i>	44

5.b. Toxoplasmose	45
5.c. Cryptosporidiose	45
5.d. Coccidiose	45
5.e. Microsporidiose	45
5.f. Candidoses	45
5.g. Aspergillose	46
5.h. Cryptococcose.....	46
5.i. Histoplasmosse.....	46
5.j. Leishmaniose à <i>Leishmania infantum</i>	46
5.k. Giardiose	46
5.l. Anguillulose.....	46
5.m. Gale.....	47
6. Traitement des principaux Affections virales opportunistes :.....	47
6.a. Cytomégalovirus	47
6.b. Virus de la grippe.....	48
VI- Prévention.....	49
1. Introduction	50
2. Patients transplantés d'organes solides	55
2.a. Vaccin contre la poliomyélite	55
2.b. Vaccin contre la grippe	56
2.c. Vaccin contre l'hépatite B.....	56
2.d. Vaccin contre l'hépatite A	57
2.e. Vaccin contre la varicelle.....	58

2.f. Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).....	58
2.g. Vaccin contre la fièvre jaune	58
3. Patients greffés de moelle	59
3.a. Vaccin contre la poliomyélite	60
3.b. Vaccin contre la grippe	60
3.c. Vaccin contre l'hépatite B	60
3.d. Vaccin contre l'hépatite A	61
3.e. Vaccin contre la varicelle	61
3.f. Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).....	62
3.g. Vaccin contre la fièvre jaune	62
4. Patients infectés par le VIH	63
4.a. Vaccin contre la poliomyélite	63
4.b. Vaccin contre la grippe	64
4.c. Vaccin contre l'hépatite B.....	64
4.d. Vaccin contre l'hépatite A	65
4.e. Vaccin contre la varicelle	65
4.f. Vaccin par le ROR.....	66
4.g. Vaccin contre la fièvre jaune	66
4.h. Vaccin contre la rage	67
5. Patients atteints de maladie auto-immune.....	68
5.a. Vaccin contre la poliomyélite	69
5.b. Vaccin contre la grippe	70
5.c. Vaccin contre l'hépatite B	71

6. Recommandations vaccinales existantes.....	72
VII- Conclusion.....	73
Résumés	
Bibliographie	

Listes des figures

Figure1 : image présentant <i>Mycobacterium tuberculosis</i> vue par microscope électronique..	6
Figure2 : image présentant <i>Pneumocystis jirovecii</i> vue par microscope.....	7
Figure3 : image présentant <i>Toxoplasma gondii</i> vue par microscope	8
Figure4 : image présentant <i>Cryptosporidium parvum</i> vue par microscope	8
Figure5 : image présentant <i>Isospora belli</i> vue par microscope	9
Figure6 : image présentant <i>Enterocytozoon bieneusi</i> et <i>Encephalitozoon intestinalis</i> vue par microscope	9
Figure_7 : image présentant <i>Candida albicans</i> vue par microscope.....	10
Figure_8 : image présentant <i>Aspergillus fumigatus</i> vue par microscope	10
Figure_9 : image présentant <i>Cryptococcus neoformans</i> vue par microscope	11
Figure_10 : image présentant <i>Histoplasma capsulatum</i> vue par microscope	11
Figure_11 : image présentant <i>Leishmania infantum</i> vue par microscope	12
Figure_12 : image présentant <i>Giardia intestinalis</i> vue par microscope	12
Figure_13 : image présentant <i>Strongyloïdes stercoralis</i> vue par microscope	13
Figure_14 : image présentant <i>Sarcoptes scabiei</i> vue par microscope	13
Schéma 1 : schéma présentant la structure d'un cytomégalovirus.....	14

Schéma 2 : schéma présentant la structure du virus du genre <i>Infulenzae</i>	15
Radiographie 1 : Radiographie pulmonaire de face montrant une pneumocystose..	28
Radiographie 2 : Radiographie pulmonaire de face et de profil montrant une tuberculose	29
Radiographie 3 : radiographie de sinus montrant une opacité	30

Liste des tableaux

Les infections dépendent aussi du type d'immunodépression 20

Vaccins viraux dont l'utilisation est recommandée chez l'Adulte en France..... 52

Recommandations pour l'utilisation des vaccins viraux inertes 73

Recommandations pour l'utilisation des vaccins viraux Vivants 75

Liste des abréviations

VIH	: Le virus de l'immunodéficience humaine.
CMV	: Le cytomégalovirus.
HHV8	: <i>Gammaherpesvirinae</i> .
JC	: les polyomavirus.
IDR	: L'intradermoréaction à la tuberculine.
LTCD4	: Les lymphocytes CD4.
NFS	: Formule de numération sanguine.
ECBU	: l'Examen Cytobactériologique des Urines.
LCR	: liquide céphalo-rachidien.
PL	: La ponction lombaire.
BAAR	: Bacilles Acido-Alcool-Résistants.
EBV	: Le virus Epstein-Barr.
IRM	: L'imagerie par résonance magnétique.
BMR	: bactéries multi résistantes.
IV	: intra veineuse.
ATB	: antibiotiques.
BGN	: bacilles gram négatifs.
CGP	: cocci gram positifs
AMM	: autorisation de mise sur le marché.
ROR	: la rougeole, les oreillons et la rubéole.
VHB	: l'hépatite B.
VZV	: varicelle.
VHA	: l'hépatite A.
MAI	: maladie auto-immune.

LES : Lupus érythémateux systémique.
SEP : Scléroses en plaques.
PR : Polyarthrite Rhumatoïde.
ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices.
BSR : British Society for Rheumatology
CTV : Comité technique des vaccinations
CI : Contre-indication

I-Introduction

Les immunodéprimés constituent un groupe hétérogène par l'origine et le type d'immunodépression : déficits immunitaires congénitaux (humoraux ou/et cellulaires), splénectomie, syndrome d'immunodéficience acquis, affections hémato-cancérologiques (avec ou sans neutropénie), prise d'immunomodulateurs (corticoïdes, immunosuppresseurs, antiTNF) dans les transplantations d'organes ou de moelle, les maladies auto-immunes et inflammatoires.(1)(2)

L'immunodépression est due soit à un déficit immunitaire primitif, ou secondaire à une maladie (infectieuse, hémopathie maligne...), à un état physiologique (jeune âge, vieillesse, brûlure, cirrhose, splénectomie ou asplénie) ou à une thérapie (antimitotiques, immunosuppresseurs, anticorps anti-lymphocytes).

La fièvre chez un adulte immunodéprimé est très souvent révélatrice d'une infection, cause majeure de morbidité et de mortalité, parfois révélatrice du déficit immunitaire (VIH, leucémie aiguë), d'où l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoce. Elle est plus rarement non liée à une infection : médicaments, thrombose, néoplasie...

L'infection peut être une infection nouvelle ou une réactivation d'une infection ancienne, opportuniste ou non, communautaire ou nosocomiale.

L'origine des agents infectieux peut être endogène ou exogène (3).

Il est indispensable de chercher de nouvelles méthodes de diagnostic plus sensible pour détecter l'infection dans le stade préliminaire, et chercher aussi de nouveaux traitements plus efficaces pour éviter l'apparition de complications qui peuvent porter atteinte à la vie des sujets immunodéprimés.

Le personnel médical doit posséder le maximum d'informations concernant l'épidémiologie des infections opportunistes fréquentes, et avoir un plan de prise en charge pour ces patients.

L'objectif de notre travail est d'étayer les causes infectieuses chez un patient immunodéprimé fébrile, les méthodologies diagnostiques, leur prévention et leur prise en charge thérapeutique

II- Etiologies

Une fièvre aigue chez un patient immunodéprimé peut cacher un problème sous-jacent plus grave car c'est due dans la plus part des fois a des infections opportunistes, La propagation ces infections, bien que mal maîtrisées de façon générale dans la population des immunodéprimés connaît aujourd'hui de grands espoirs dans leur prise en charge.

Les infections opportunistes peuvent se développer aux dépens de tous les tissus et organes de l'organisme. Le risque d'apparition d'une infection opportuniste est proportionnel à la sévérité du déficit immunitaire. Cependant, l'exposition aux facteurs pathogènes est nécessaire.

Les agents responsables des infections opportunistes peuvent être de plusieurs natures :

1. Bactéries :

a. *Mycobacterium tuberculosis* :(2)(4)(5)(6)(7) :

- Agent de la tuberculose. Bactérie à croissance lente.
- Pas de réservoir environnemental.
- Risque infectieux : groupe de classement 3.



Image 1 : image présentant *Mycobacterium tuberculosis* vue par microscope électronique

2. Parasites :

a. Pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii* (2)

- Microchampignon à localisation pulmonaire.
- cycle direct: forme trophique, sporocytes, kyste.

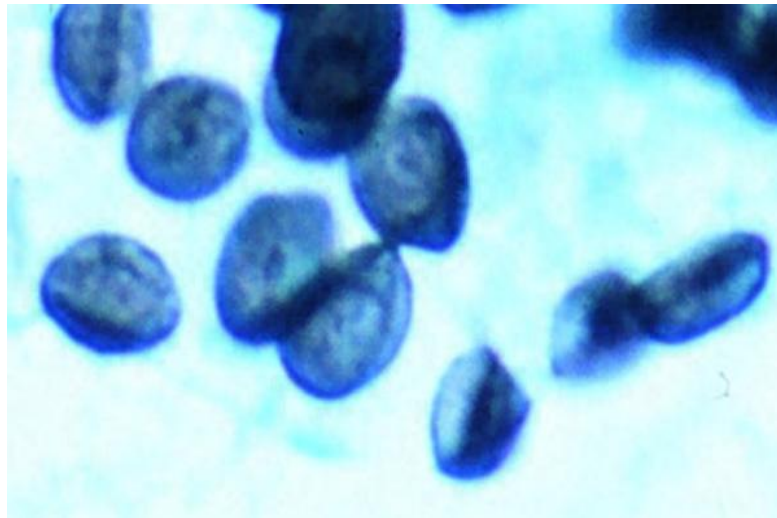


Image 2 : image présentant *Pneumocystis jirovecii* vue par microscope.

b. Toxoplasmose (2)(3)(8) :

Toxoplasma gondii, coccidie du chat.

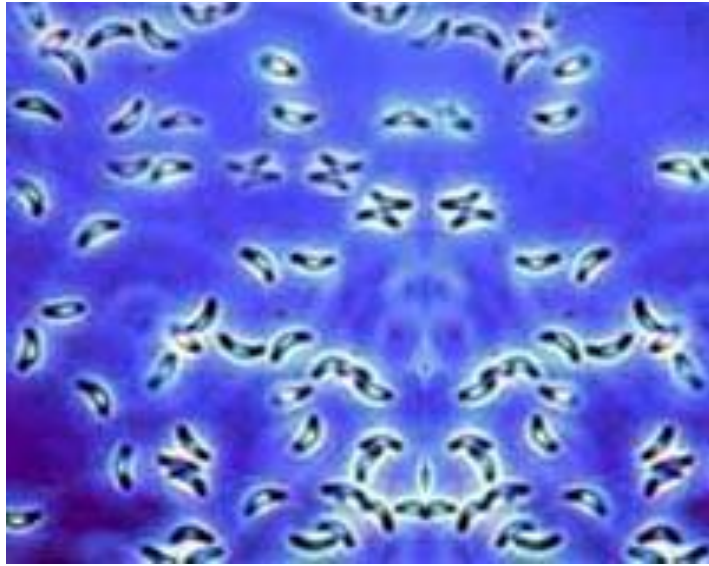


Image 3 : image présentant *Toxoplasma gondii* vue par microscope.

c. Cryptosporidiose (2)(3)(9) (10) :

– *Cryptosporidium parvum*, protozoaire, cycle coccidien entérique

– Contamination alimentaire et hydrique.

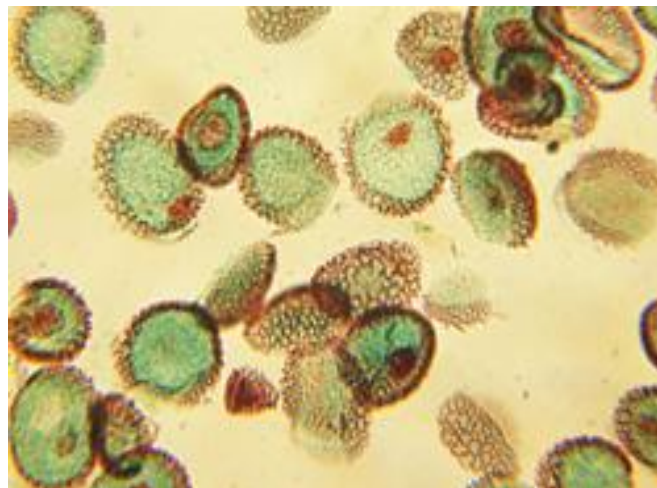


Image 4 : image présentant *Cryptosporidium parvum* vue par microscope.

d. Coccidiose (2)(3)

- *Isospora belli*, protozoaire, cycle coccidien entérique
- contamination alimentaire.

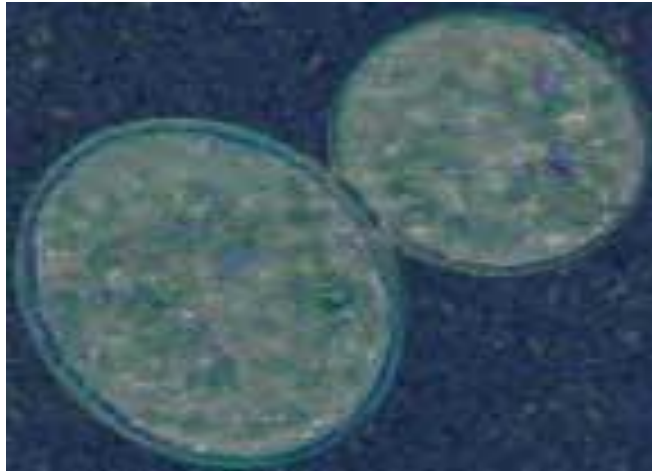


Image 5 : image présentant *Isospora belli* vue par microscope.

e. Microsporidiose(2)(3) :

- parasites unicellulaires eucaryotes intracellulaires.
- *Enterocytozoon bienersi*; *Encephalitozoon intestinalis*.

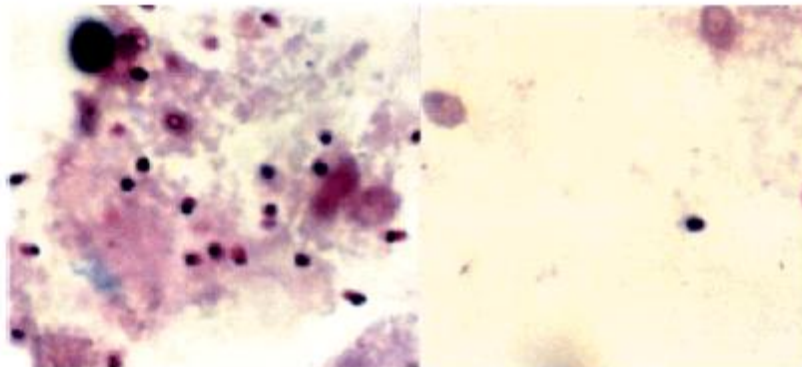


Image 6 : image présentant *Enterocytozoon bienersi* et *Encephalitozoon intestinalis* vue par microscope.

f. Candidoses (2)(3) :

– levures du genre *Candida*: *C. albicans*, *C. glabrata*, ...

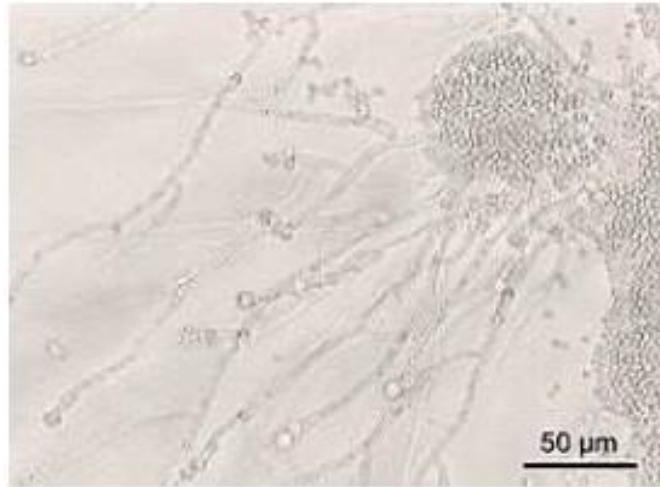


Image 7 : image présentant *Candida albicans* vue par microscope.

g. Aspergillose (2)(3)

Aspergillus fumigatus..., moisissure.



Image 8 : image présentant *Aspergillus fumigatus* vue par microscope.

h. Cryptococcose (2)(3):

Cryptococcus neoformans

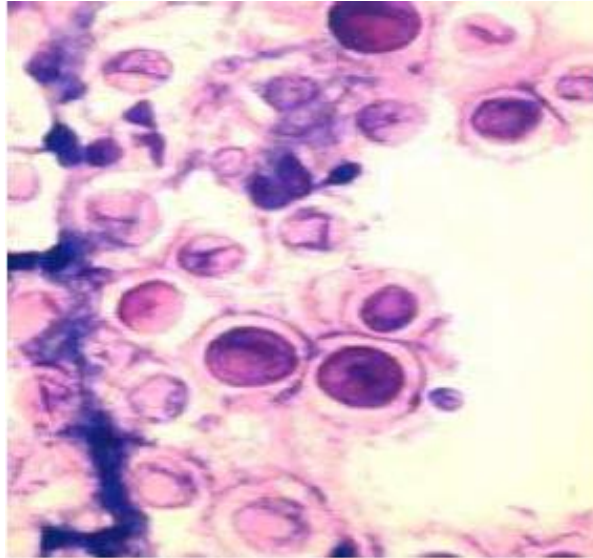


Image 9 : image présentant *Cryptococcus neoformans* vue par microscope.

i. Histoplasmose (2)(3)(10):

Histoplasma capsulatum champignon dimorphique.

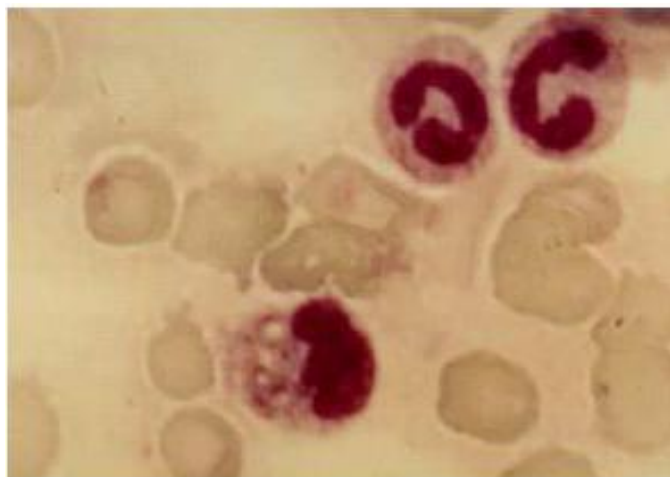


Image 10 : image présentant *Histoplasma capsulatum* vue par microscope.

j. Leishmaniose à *Leishmania infantum* (2)(3):

Leishmania infantum, protozoaire flagellé.

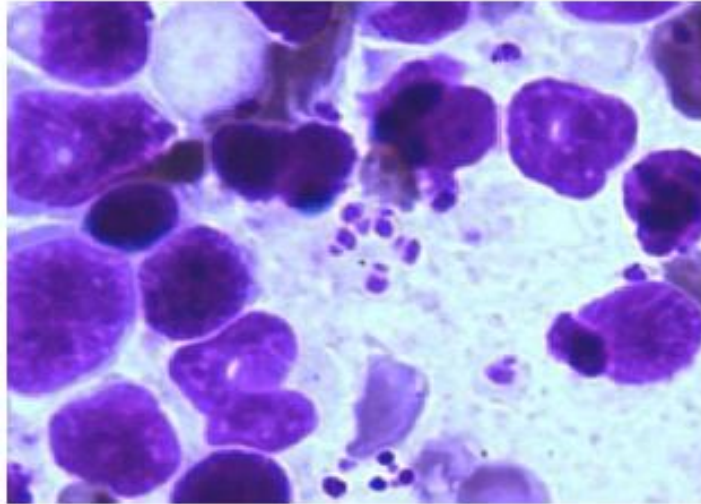


Image 11 : image présentant *Leishmania infantum* vue par microscope.

k. Giardiose(2)(3) :

Giardia intestinalis, protozoaire flagellé.



Image 12 : image présentant *Giardia intestinalis* vue par microscope.

l. Anguillulose (2)(3):

Strongyloïdes stercoralis, nématode



Image 13 : image présentant *Strongyloïdes stercoralis* vue par microscope.

m. Gale (2)(3):

Sarcoptes scabiei, acarien.



Image 14 : image présentant *Sarcoptes scabiei* vue par microscope.

3. Virus :

a. Cytomégalovirus(2)(3)(12)(13) :

La famille des herpès virus regroupe de nombreux virus, certains bien connus du grand public, comme l'*herpès simplex*, le virus de la varicelle et du zona ou le virus d'Epstein Barr, agent de la mononucléose infectieuse, d'autres plus récemment découverts comme les herpès virus 6, 7 et 8. Parmi eux, le cytomégalovirus humain (CMV) est un virus strictement humain, ubiquitaire, qui infecte plus de 70% des habitants de la planète. Son pouvoir pathogène, le plus souvent discret, est sous-estimé. En effet, la plupart des premières rencontres avec le virus (primo-infections) sont inapparentes chez les personnes immunocompétentes. Sa persistance dans l'organisme à l'état latent, et son implication dans de nombreux mécanismes cellulaires en font cependant un redoutable pathogène opportuniste chez les patients immunodéficients, personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou receveurs de greffe.

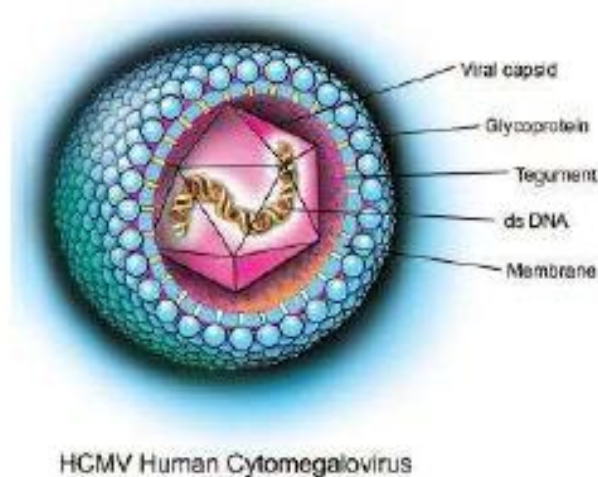


Schéma 1 : schéma présentant la structure d'un cytomégalovirus.

b. Virus de la grippe (2)(3)(14):

- Agent pathogène:

La grippe est causée par un *Orthomyxoviridae* du genre *Infulenzae*.

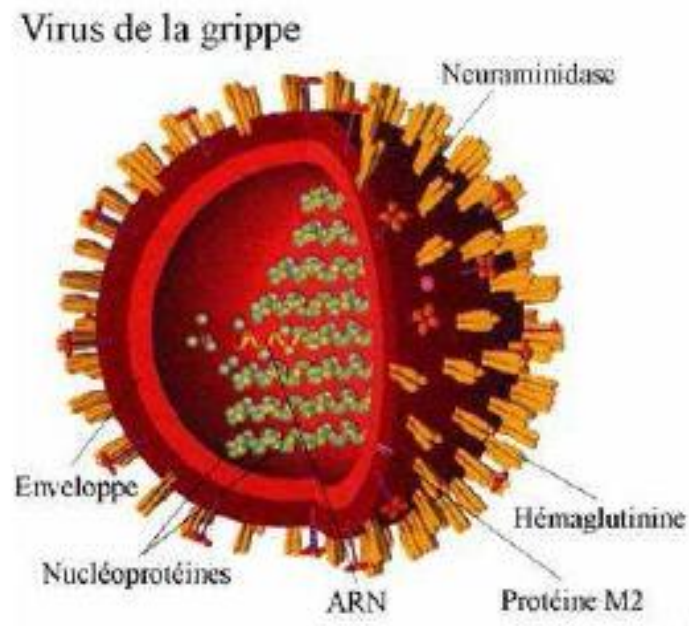


Schéma 2 : schéma présentant la structure du virus du genre *Infulenzae*.

III- Etude clinique

▪ **Les signes cliniques des infections opportunistes(2)(15) :**

Les infections opportunistes sont localisées à plusieurs niveaux dont trois sont principaux: digestif, respiratoire, et cérébral

1. Manifestations digestives(2)(15)(16) :

- Manifestations cliniques polymorphes.
- Odynophagie, dysphagie, douleurs abdominales.
- Diarrhée aiguë.
- Diarrhée chronique ou intermittente avec dénutrition des sujets.

a. Atteintes buccales:

- Infections à candida
- Leucoplasie orale chevelue.
- Ulcérations buccales, hypertrophies salivaires, gingivites et périodontites.

b. Atteintes œsophagiennes:

- Candidoses associées ou pas à d'autres œsophagites.

c. Atteintes gastriques:

- Gastrite érythémateuse, à CMV, à candida. Ulcérations antrales et aspect de duodénite.
- Lymphome, Sarcome de Kaposi.

d. Atteintes des voies biliaires:

- CMV, Cryptosporidies et Microsporidies donnant des cholécystites et cholangites sclérosantes.
- Hépatomégalie ictérique et granulomateuse.

e. Atteintes entérocoliques :

- Entérocolite nécrosante, ulcéreuse ou pseudomembraneuse.
- Atteintes infectieuses avec diarrhées d'origine soit:
 - Parasitaire: Isosporose, cryptosporidies, microsporidies.
 - Virale.
 - Bactériennes.

2. Manifestations pulmonaires(2)(3)(17) :

Le poumon est un des organes les plus souvent touchés par les infections opportunistes des immunodéprimés :

▪ **Tuberculose pulmonaire isolée ou associée au VIH.**

Peut survenir à tous les stades de l'immunodépression :

• Stade précoce :

Le tableau clinique est identique à celui de la tuberculose survenant chez un sujet immunocompétent: toux persistante, fièvre modérée le soir, douleur thoracique, dyspnée, aménorrhée...

- Stade avancé :

Les signes cliniques sont identiques à ceux du SIDA.

Les images radiologiques pulmonaires sont atypiques: rareté des cavernes, opacités nodulaires diffuses, atteinte des lobes inférieurs des poumons, aspect normal des poumons.

Il y'a une fréquence élevée des localisations extrapulmonaires: ganglions, plèvre, ascite, foie, rate, méninges...

▪ **Pneumopathies bactériennes récidivantes :**

Vient en 2ème position en fréquence après la tuberculose:

Le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae* restent les germes les souvent incriminés. La symptomatologie respiratoire est d'installation brutale. La réponse est favorable des antibiotiques non spécifiques.

▪ **Pneumocystose :** Avec tableau de pneumopathie dyspnéisante et fébrile.

▪ **Autres: Cryptocoque, Toxoplasmose, Cytomégalovirus ...**

3. Manifestations cérébrales (5)(15)(18):

- Méningite: bactérienne...
- Parasitaire: Toxoplasmose ...
- Virale: CMV...
- Mycosique: Cryptocoque...

▪ **Tableau 1 : Les infections dépendent aussi du type d'immunodépression (1)(2):**

Neutropénies	<ul style="list-style-type: none"> – bactéries : BGN : <i>E.coli</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Pseudomonas</i> Cocci+ : staphylocoques, streptocoques – champignons : <i>Candida</i>, <i>Aspergillus</i>
Diabète (perturbation des PNN: chimiotactisme, phagocytose, bactéricidie)	<ul style="list-style-type: none"> – bactéries infections urinaires infections peau (pied artériopathie+ne ropathie) – champignons (<i>Candida</i>) Muqueuses: vaginites, balanites
Alcoolisme et cirrhose (altération chimiotactisme)	<ul style="list-style-type: none"> – bactéries infections pulmonaires infection liquide d'ascite (<i>E.coli</i>,...)
Déficit congénital en complément (C5, C6, C7)	<ul style="list-style-type: none"> – bactéries : Neisseria méningites récidivantes à méningocoque infections disséminées à gonocoque
Splénectomie, asplénies cong ou fonct. (drépanocytose)	<ul style="list-style-type: none"> – bactériémies fulminantes (pneumocoque, <i>H. influenzae</i>, méningocoque, <i>salmonelle</i>) - babésiose
Déficits de l'immunité humorale (a-et hypo-gammaglobulinémies)	<ul style="list-style-type: none"> – Infections respiratoires (pneumocoque, <i>H. influenzae</i>...) – Infections digestives (<i>Giardia</i>, ...)
Maladies systémiques (Lupus) et corticothérapie	<ul style="list-style-type: none"> – Pneumopathies: pneumocoque, BGN, tuberculose, aspergillose, pneumocystose, CMV – Zona

Anti-TNFalpha (rhumatismes et maladies digestives inflammatoires)	– Tuberculose – Pneumopathies légionellose, aspergillose, pneumocystose
VIH (déficit de l'immunité cellulaire)	– bactéries (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>M avium</i> , <i>salmonelles</i>) – virus (HSV, VZV, CMV, HHV8, JC) – champignons (<i>Candida</i> , <i>cryptocoque</i>) – parasites (<i>Pneumocystis</i> , toxoplasme, cryptosporidies, microsporidies)
Greffes d'organes (déficits de l'immunité cellulaire)	– bactéries (<i>Listeria</i> , <i>Legionella</i> , <i>Nocardia</i>) – virus (CMV) – champignons (<i>Aspergillus</i> , <i>Candida</i> , <i>cryptocoque</i>) – parasites (<i>Pneumocystis</i> , toxoplasme)
Grefe de moelle - infections précoces (le 1er mois) : neutropénie - infections après 1er mois : immunodéficiences combinées	– bactéries (Staph, Strepto, BGN) – virus (HSV) – champignons (<i>Aspergillus</i> , <i>Candida</i>) – bactéries <i>Nocardia</i> , <i>Legionella</i> , <i>BK</i> , <i>Listeria</i> , pneumocoque) - virus : CMV (+++ 1- 4 mois), adénovirus, VZV (après 3 mois) - parasites (<i>Pneumocystis jirovecii</i>)

▪ **Les signes cliniques des principaux agents opportunistes :**

1. Tuberculose (2)(5)(6)(7)(4)(19)(20):

a. Tuberculose-infection

- Le plus souvent asymptomatique. Virage de l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) : positivation ou variation de plus de 10 millimètres.
- Dans certains cas : fièvre modérée avec une petite altération de l'état général.
Peuvent s'y associer : un érythème noueux, une kérato-conjonctivite.
- Élément initiateur de la tuberculose-infection latente : portage de bacille tuberculeux sans signe de maladie évolutive.
- Risque de progression vers la tuberculose maladie pour des sujets infectés : 10% chez l'adulte, la majorité dans les deux premières années suivant l'infection.

b. Tuberculose maladie : forme respiratoire

- Atteinte la plus fréquente : altération de l'état général, asthénie, amaigrissement pouvant atteindre 10 kilos. Fièvre oscillante, frissons dans les formes sévères, sueurs nocturnes.
- Toux de plus en plus importante, hémoptysies. Dyspnée dans les formes évoluées ou pleurales.

c. Formes tuberculeuses extra-respiratoires :

- Signes cliniques en fonction des atteintes extra-pulmonaires :
 - Tuberculose rénale : signes urologiques.
 - Tuberculose ganglionnaire : adénopathies fluctuantes.
 - Tuberculose osseuse : douleurs articulaires ou rachidiennes...

2. Pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii*(2)(3)(21)(22) :

a. Forme typique :

- Aggravation progressive (chez VIH +)
- Fièvre, toux non productive, douleurs thoraciques, frissons, amaigrissement, sueurs nocturnes, hypoxémie, dyspnée.
- Radiographie: infiltrat bilatéral diffus
- Tardivement: insuffisance respiratoire aiguë

b. Forme atypique :

- Dans 6 à 30% des cas, atteinte des lobes supérieurs, sous forme de pneumothorax.

3. Toxoplasmose (2)(3)(8)(20)(23):

- Toxoplasmose cérébrale: encéphalite ;
- Toxoplasmose oculaire, pulmonaire.

4. Cryptosporidiose(2)(3)(9)(10)(24)(25) :

- Diarrhée aqueuse de longue durée => déshydratation

5. Coccidiose (2)(3):

- Diarrhée sévère, hyperthermie, déshydratation.

6. Microsporidiose(2)(3)(24)(26) :

- Diarrhée chronique, cholécystite.

7. Candidoses (2)(3)(22)(27):

- Candidose oropharyngée: langue noire, muguet, ulcérations ;
- Candidose oesophagienne: gêne, asymptomatique ;
- Candidose systémique: fièvre.

8. Aspergillose (2)(3)(28):

- pneumopathie: toux, douleur, fièvre, difficulté respiratoire ;
- radiologie: nodules.

9. Cryptococcose (2)(3)(22)(27):

- Syndrome méningé, fièvre, céphalées

10. Histoplasmosse(2)(3)(10) :

- Pneumopathie fébrile suivie de dissémination.

11. Leishmaniose à *Leishmania infantum*(2)(3) :

- Leishmaniose viscérale: adénopathies, fièvre, splénomégalie, signes digestifs et pulmonaires, lésions cutanées.

12. Giardiose(2)(3) :

- Diarrhée, douleur, inappétence

13. Anguillulose (2)(3)(24):

- Risque d'anguillulose disséminée ou maligne ;
- Risque de septicémie bactérienne par larves migrantes.

14. Gale (2)(3):

- Prurit exacerbé la nuit ;
- Possibilité de gale hyperkératosique (croûtes, pas de prurit).

15. Cytomégalovirus(2)(12)(13)(21)(22)(27) :

- Dissémination sanguine avec fièvre persistante
- Pneumopathie interstitielle, rejet
- Atteinte digestive, pneumopathie, Rejet
- Rétinite, colite, atteinte neurologique

16. Virus de la grippe(2)(14)(22)(27) :

- Les symptômes généraux :
Fatigue intense, abattement, fièvre parfois intense (+ 40°C), courbatures et douleurs articulaires, maux de tête persistants, frissons, perte d'appétit. Il s'agit des manifestations physiques de la réaction immunitaire de l'organisme, qui se défend contre le virus.
- Les symptômes locaux apparaissent ensuite : atteintes respiratoires diverses. Il s'agit le plus souvent d'une rhinopharyngite (rhume, angine, toux sèche), souvent accompagnée d'une conjonctivite (infection de l'oeil). Des signes gastro-entériques peuvent également apparaître : diarrhée et vomissement.
- Des complications peuvent apparaître. Elles sont surtout respiratoires :
- Envahissement plus large de l'appareil respiratoire par le virus.
- Ou surinfection par une bactérie, qui « profite » de la fragilisation de l'appareil respiratoire et de l'état de faiblesse général pour infecter l'organisme.

IV- Diagnostic

1. Introduction:

Même si la fièvre est un signe courant à différents stades de l'immunodépression, une fièvre persistante chez un patient immunodéprimé ayant un taux des lymphocytes CD4 < 200/mm³ doit amener le clinicien à rechercher une infection opportuniste.

Devant une fièvre chez le patient immunodéprimé, il faut rechercher un foyer clinique, et s'aider de la mesure des lymphocytes CD4 pour le diagnostic.

2. Moyens de diagnostic des infections opportunistes chez les immunodéprimés:

a. Diagnostic radiologique :

a.1. Radiographie pulmonaire :

Une radiographie thoracique permet de reconnaître la plupart des lésions pulmonaires comme celles de la tuberculose, des pneumopathies infectieuses, pneumonie notamment, ou de l'œdème du poumon.



Radiographie 1 : Radiographie pulmonaire de face montrant une pneumocystose



Radiographie 2 : Radiographie pulmonaire de face et de profil montrant une tuberculose

a.2. Échographie abdominale(29) :

a.2.1. L'échographie de l'appareil urinaire :

Elle permet de mettre en évidence les kystes du rein

a.2.2. L'échographie de l'appareil génital :

Elle se pratique soit à l'extérieur des organes composant l'appareil génital, soit en introduisant une sonde dans le vagin. Elle permet de mettre en évidence les kystes ovariens

a.2.3. L'échographie abdominale :

Elle permet de surveiller les organes se trouvant à l'intérieur de l'abdomen : le foie, la rate, la vésicule, le pancréas.

a.3. Radiographie des sinus :

La radiographie des sinus a pour but de visualiser les sinus crâniens par transparence. En dehors d'un contexte pathologique particulier, les sinus sont pneumatisés, c'est-à-dire remplis d'air, donc transparents à la radiographie. Lors d'une infection, ils sont remplis de liquide ou de pus ce qui les rend opaques à la radiographie.



Radiographie 3 : radiographie de sinus montrant une opacité.

b. Diagnostique biologique :

Les examens biologiques, ont une grande importance dans le dépistage des infections opportunistes des sujets immunodéprimés.

b.1. Formule de numération sanguine (NFS) (29)(30) :

La NFS, est l'examen biologique qui permet de comptabiliser les différents éléments figurés du sang. Cette analyse est indispensable pour évaluer une maladie inflammatoire ou infectieuse ou une anémie.

Par le passé, les éléments figurés du sang étaient comptabilisés par les laboratoires à partir des frottis sanguins. Actuellement, grâce aux techniques modernes, l'hémogramme est en partie ou totalement effectué par des machines automatiques.

L'examen oculaire est néanmoins encore utilisé quand on constate une anomalie des cellules elles-mêmes. Ces anomalies concernant les cellules elles-mêmes sont objectivées par un système d'alarme.

b.1.1. Infections susceptibles d'augmenter le taux des éléments figurés (liste non exhaustive) :

- Les polynucléaires neutrophiles sont augmentés en cas d'infection bactérienne, de tabagisme, d'inflammation, de prise médicamenteuse, d'hémopathie (maladie sanguine).

- Les polynucléaires éosinophiles sont augmentés en cas d'allergie et de parasitose.

- Les lymphocytes sont augmentés en cas d'infection virale, d'infection bactérienne comme la coqueluche ou d'hémopathie (maladie sanguine).

b.1.2. Infections susceptibles de diminuer le taux des éléments figurés (liste non exhaustive) :

- Le nombre des polynucléaires neutrophiles est susceptible de diminuer naturellement chez certains individus, en particulier ceux appartenant à certaines ethnies africaines, en cas d'infection virale, de toxicité liée à la prise d'un médicament, et en cas d'hémopathie.
- Le nombre des lymphocytes est susceptible de diminuer en cas des déficits immunitaires (diminution des capacités de défense de l'organisme).

b.2. Hémocultures(31) :

L'hémoculture est un prélèvement sanguin effectué sur prescription médicale et nécessitant une asepsie rigoureuse, permettant de mettre en évidence, après culture sur des milieux adéquats, la présence d'agents pathogènes (bactéries, champignons) circulant dans le sang et de faire un antibiogramme en vue de débiter un traitement.

L'hémoculture est essentiellement utilisée dans les états de septicémie (dissémination de germes pathogènes dans tout l'organisme par l'intermédiaire du sang). Les microbes sont mis dans un milieu de culture adapté à leur croissance.

b.3. Coproculture (32) (33):

La coproculture est la culture bactériologique de selles pour déceler la présence de germes pathogènes normalement absents du tube digestif. L'examen peut être utile dans plusieurs cas : soit pour rechercher les bactéries responsables

d'une diarrhée, soit pour rechercher d'éventuelles bactéries résistantes chez un patient asymptomatique, ou encore dans le bilan d'une intoxication alimentaire. En milieu hospitalier, on peut rechercher, dans les selles, une bactérie d'infection nosocomiale (*Pseudomonas aeruginosa* chez le nouveau-né) ou une souche résistante à un antibiotique .

Le but final de la coproculture consiste à tenter d'isoler au sein d'une flore complexe un nombre limité d'espèces réputées pathogènes.

La flore colique de l'adulte se caractérise par une grande densité : 10^{12} bactéries/g de selle renfermant plus de 400 espèces différentes et une extraordinaire diversité.

La flore pathogène est constituée de :

- Bactéries entérotoxinogènes : *Vibrio*, *Clostridium*, *Escherichia coli* entéro-toxiques
- Bactéries entérotoxiques : *Staphylococcus aureus*
- Bactéries entéro-invasives : dégradent les entérocytes.
 - *Salmonella*
 - *Shigella*
 - *Campylobacter*
 - *Escherichia coli* entéro-invasifs

b.4. l'Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU) (34) :

C'est un examen prescrit lors de signes cliniques d'infection urinaire :

- En cas de signes de cystite (infection superficielle de la paroi vésicale induisant brûlures mictionnelles, envie impérieuses et fréquentes, pollakiurie, dysurie...), de pyélonéphrite (Infection du bassinet avec envahissement intersticiel du rein entraînant la même symptomatologie que la cystite associée à de la fièvre et des douleurs lombaires) ou de prostatite (fièvre, frisson, douleurs pelviennes, ténesme rectal et troubles fonctionnels urinaires).
- Si la bandelette urinaire est positive, ou en cas de pyurie ou d'hématurie
- Lors de fièvre supérieure à 39°C (notamment chez le nourrisson)
- Lors de contrôle d'un traitement antibiotique après une infection urinaire.
- Dans certaines circonstances cliniques : femme enceinte, diabète sucré, immunodépression, malformation urologique, sondage urinaire, état grabataire...

Les bactéries responsables d'infections urinaires :

▪ Milieu Hospitalier :

Escherichia coli (40%), *Proteus* indole +

Providencia, *Klebsiella*, *Serratia*, *S. aureus*, *Pseudomonas*

▪ Milieu Communautaire :

E. coli (80%), *Proteus mirabilis*, *Entérocoques*

b.5. Examen cyto bactériologique des crachats(35) :

L'examen cyto bactériologique des crachats fait partie de l'arsenal des investigations disponibles dans l'exploration microbiologique des infections des voies aériennes basses.

Cet examen a pour but de rechercher une infection pulmonaire en effectuant un prélèvement de crachat. Cet examen est facile en théorie, mais risque de ne pas apporter toutes les données si le crachat est de mauvaise qualité (mêlé à la salive qui va le contaminer)

Les germes recherchés sont:

- Pneumopathie communautaire : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *staphylococcus aureus*, *Branhamella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*...
- Pneumopathie nosocomiale: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *staphylococcus aureus*, *Branhamella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Burkholderia cepacia*, *Enterobacter* sp, *Serratia* spp. ...
- Surinfection de la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO): *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *staphylococcus aureus*, *Branhamella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Serratia* ...

- Dans certaines conditions : *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Nocardia* spp, Mycobactéries, *Coxiella burnetii*, anaérobies, *Candida* spp, *Aspergillus* spp...

b.6. Etude bactériologique du liquide céphalo-rachidien(36) (37) :

La ponction lombaire (rachicentèse) est un examen médical consistant à recueillir le liquide céphalo-rachidien (LCR), ou liquide cérébro-spinal dans la cavité subarachnoïdienne sous anesthésie locale, au moyen d'une fine aiguille[1].

Les indications d'une PL:

Syndrome méningé

- o Comas, surtout fébriles, tableaux cliniques évoquant une maladie du sommeil ou une hémorragie méningée.

L'aspect du liquide est très important à noter immédiatement. Si l'on constate qu'il est légèrement ou franchement trouble, il s'agit d'une méningite purulente. Dans les cas difficiles, on peut comparer le tube de liquide prélevé avec un tube rempli d'eau pure examinée devant une surface blanche (drap, blouse). Un liquide clair élimine une méningite purulente.

Sur un liquide trouble, l'identification du germe peut se faire sur la coloration de Gram.

- Le méningocoque est un germe gram négatif, en forme de cocci, donnant un aspect de grain de café.
- Le pneumocoque est un germe gram positif qui se présente en forme de cocci, donnant un aspect de flamme de bougie.
- *Haemophilus influenzae* est un bacille gram négatif en forme de bâtonnet.

Sur un liquide clair, si l'on craint une méningite tuberculeuse, il faut rechercher le bacille de Koch (coloration de Ziehl); si l'on craint une maladie du sommeil, il faut examiner à l'état frais le culot de centrifugation du liquide, les trypanosomes se déplacent sous le microscope.

3. Indications des moyens diagnostiques chez les immunodéprimés(1)(2)(3) :

3.1. Fièvre du patient neutropénique :

- Urgence diagnostique et thérapeutique si polynucléaires neutrophiles < 500/mm³.
- Examen clinique (signes inflammatoires souvent atténués) + bilan étiologique :
 - hémocultures périphériques et une au cathéter
 - examen cytobactériologique des urines ± coproculture
 - radiographie pulmonaire
 - prélèvements locaux selon symptômes

- Mise en route immédiate après bilan d'une antibiothérapie
- Réévaluation clinique ± microbiologique quotidienne.

3.2. Fièvre aiguë chez un patient VIH+ :

- Principales causes :
 - Primo-infection par le VIH, mais sérologie négative ou incomplète
 - Chez un patient VIH+ connu :
 - tuberculose pulmonaire, à tous les stades d'immunodépression.
 - en dessous de 200 CD4/mm³ ou dans un contexte d'urgence : pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, cryptococcose disséminée, tuberculose disséminée.
 - en dessous de 75 CD4/mm³ : infection à CMV ou à mycobactérie atypique.
- Principaux examens para-cliniques à demander :
- Signes pulmonaires :
 - Hémocultures + gazométrie artérielle + radiographie de thorax.
 - Recherche de BAAR + P. carinii par LBA.
- Signes d'atteinte neurologique centrale :
 - Scanner cérébral ± IRM si scanner normal.
 - Antigène cryptococcique sérique, sérologie de toxoplasmose.

3.3. Fièvre chez un transplanté d'organe :

- Infection : complication la plus fréquente en post-transplantation.
- Le risque infectieux est majoré en cas de transplantation pulmonaire, cardio-pulmonaire, hépatique ou pancréatique.
- Phase précoce (< 30 jours) :
 - Infections nosocomiales « postopératoires » prédominantes.
- Phase intermédiaire (1 à 6 mois) :
 - Prédominance des infections à Cytomégalovirus
 - EBV, à l'origine du syndrome lymphoprolifératif post-transplantation
 - Autres microorganismes: *Aspergillus*, *Nocardia asteroïdes*, *Pneumocystis carinii*, *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, *VZV*, *EBV*, *adénovirus*, *polyomavirus*, *HHV6*, ...
- Phase tardive (> 6 mois) :
 - Risque d'infections opportunistes alors il faut procéder par élimination afin de trouver la cause de la fièvre.

V-Traitement

1. Introduction :

Une fièvre aigue chez un patient immunodéprimé peut cacher un problème sous-jacent plus grave car c'est dans la plus part des fois a des infections opportunistes. La propagation de ces infections, bien que mal maîtrisée de façon générale dans la population des immunodéprimés connaît aujourd'hui de grands espoirs dans sa prise en charge. (1) (2)

Les infections opportunistes peuvent se développer aux dépens de tous les tissus et organes de l'organisme. Le risque d'apparition d'une infection opportuniste est proportionnel à la sévérité du déficit immunitaire. Cependant, l'exposition aux facteurs pathogènes est nécessaire.

Et La plupart des infections opportunistes répondent à un traitement spécifique, L'efficacité de ce traitement dépend surtout de la capacité à faire un diagnostique rapide et exacte.

2. Conduite à tenir devant un patient immunodéprimé présentant une fièvre (1) (2):

2.a. Recherche des signes cliniques de gravité :

- Sepsis sévère ou choc.
- Défaillance hémodynamique, respiratoire, neurologique...
- Foyer pulmonaire, cutané, bucco-pharyngé extensif, périnéal.
- Signes d'infection de cathéter si le patient porte un.

2.b. Isoler le patient d'autres risques d'infections :

- Masque pour le patient.
- Gants.
- Surblouse.
- Il faut réserver du matériel pour ce patient.

2. c. Connaitre le patient :

Il faut interroger le patient, son entourage, se référer aux dossiers médicaux du patient, et essayer de contacter le ou les médecins référents sur :

- Les pathologies du patient.
- Date de la dernière chimio.
- S'il porte du matériel étranger : comme cathéter, implant ...
- Antécédents d'infection ou de colonisation par BMR (*P aeruginosa*, SARM....)
- Antibiothérapies reçues.

3. Planifier leur prise en charge :

3.a. Fièvre aiguë du patient neutropénique :

3.a.1 Traitement antibiotique de 1ère intention, par voie IV :

- Absence de cathéter et pas de décontamination digestive :
(Bêtalactamine antipyrénique ou ciprofloxacine) + aminoside
- Absence de cathéter et décontamination digestive préalable :
Bêtalactamine à large spectre + aminoside

- Patient porteur d'un cathéter central : Idem ci-dessus plus anti-staphylococcique (vancomycine).

3.a.2 Traitement des infections :

Il faut se référer aux résultats du laboratoire afin de cibler l'infection responsable de la fièvre.

3.b. Fièvre aiguë du patient VIH positif :

- Traitement étiologique des principales causes de fièvre aiguës.

3.c. Fièvre aiguë chez un transplanté d'organe :

3.c.1. Phase précoce :

- Traitement dirigé contre les germes hospitaliers (bacilles gram-négatifs, *Staphylococcus* sp, Entérocoques), souvent résistants.

3.c.2. Phase intermédiaire et phase tardive :

Il faut se référer aux résultats du laboratoire afin de cibler l'infection responsable de la fièvre.

4. Traitement de principales affections bactériennes opportunistes :

Il faut se référencer aux résultats de l'antibiogramme fournit par le laboratoire d'analyses médicaux, ainsi le traitement sera ciblé et évitera au patient les complications liées à l'infection, et permettra de faire une antibiothérapie réussie.

Mais on peut procéder à une antibiothérapie en urgence avant même d'avoir les résultats du laboratoire :

- Large spectre, active sur BGN et CGP.
- Par voie orale ou parentérale.
- Mono ou bi (voir triple) antibiothérapie.
- Adaptée l'antibiothérapie selon les paramètres concernant le patient :
 - foyer clinique
 - antécédent de colonisation par BMR
 - épidémiologie locale
 - tolérances du patient (allergie, fonction rénale, troubles digestifs...)
 - et on prenant l'avis du référent si possible.

5. Traitement des principaux Affections parasitaires opportunistes :

5.a. Pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii*(2)(21)(22)

- Cotrimoxazole (Bactrim®) IV max 12 amp/j ou per os, 3 semaines
- Pentamidine (Pentacarinat®) IV ou IM, 3 semaines.
- Trimethoprim Wellcoprim® + dapsone Disulone®
- Atovaquone (Wellvone®) per os
- Trimotrexate (Neutrexin®) IV + ac folinique
- Traitement complémentaire avec corticoïdes

5.b. Toxoplasmose (2)(3)(8)(20)(23):

- Pyriméthamine (Malocide®) + Sulfadiazine (Adiazine®)+ Ac. Folinique.
- Eviter la réactivation des kystes chez les sujets immunodéprimés.

5.c. Cryptosporidiose (2)(3)(9)(10)(24)(25):

- Roxithromycine (Rulid®).
- Nitazoxanide (Alinia® ATU)
- Traitement symptomatique.
- Hygiène alimentaire, eau.

5.d. Coccidiose (2)(3):

- (Bactrim®) 10 jours, avec risque de rechutes.
- Hygiène alimentaire, eau.

5.e. Microsporidiose (2)(3)(24)(26):

- Albendazole, fumagilline ATU 3 semaines, reconstruction immunitaire.

5.f. Candidoses (2)(3)(22)(27):

- Candidose oropharyngée: (Mycostatine®), (Daktarin®)(Fungizone®) per os; formes sévères: (Triflucan®), (Sporanox®)
- Candidose oesophagienne: (Triflucan®), (Sporanox®) traitement de 14 à 28 jours.
- Candidoses systémiques : Caspofungine (Cancidas®) ou Fluconazole, ou (Amphotéricine B)

5.g. Aspergillose(2)(3)(28) :

- Voriconazole (Vfend®), ou (Ambisome®) ou (Cancidas®)

5.h. Cryptococcose(2)(3)(22)(27) :

- (Fungizone®), (Ambisome®), relais: (Triflucan®)

5.i. Histoplasmosse(2)(3)(10) :

- (Fungizone®), rechutes de règle

5.j. Leishmaniose à *Leishmania infantum*(2)(3) :

- antimoniés (Glucantime®) décevants en cas de Sida
- amphotéricine B (Fungizone®) meilleurs résultats
- pentamidine (Pentacarinat®)
- passage à la chronicité, récurrences fréquentes.

5.k. Giardiose (2)(3):

- nitro-imidazolés (Flagyl®)
- mesures hygiéno-diététiques
- pas de traitement préventif

5.l. Anguillulose(2)(3)(24) :

- Ivermectine (Stromectol®)
- Traiter les porteurs avant immunodépression ou corticothérapie
- Surveillance diagnostique

5.m. Gale(2)(3) :

- Lotions acaricides (Ascabiol®, Spregal®)
- Ivermectine (Stromectol®) AMM 2001
- Décontamination (chaleur, poudre acaricide, attente 3 jours)

6. Traitement des principaux Affections virales opportunistes :

6.a. Cytomégalovirus(2)(12)(13)(21)(22)(27) :

Le traitement de l'infection à CMV a considérablement évolué depuis 15 ans.

La découverte du ganciclovir, commercialisé en France en 1988, a révolutionné le pronostic des pneumopathies chez le greffé de moelle et des rétinites à CMV chez les personnes au stade de sida, stimulant la recherche vers de nouvelles molécules. Depuis la commercialisation du foscarnet en 1991, et du cidofovir en 1997, le développement de nouvelles molécules a été freiné par la chute de l'incidence de la maladie à CMV chez les patients infectés par le VIH, et l'arsenal thérapeutique anti-CMV reste limité aux inhibiteurs de l'ADN polymérase virale, sans effet sur les virus latents.

Les recherches actuelles portant sur l'étude de la dynamique de l'infection virale chez les patients greffés, transplantés, immunodéprimés, cherchent à définir le moment optimal où une thérapeutique pourra être initiée pour éviter une localisation viscérale et pour limiter le risque d'émergence de souches résistantes.

Si l'utilisation des gammaglobulines reste controversée, les traitements prophylactiques par ganciclovir oral ou par le valaciclovir, prodrogue de

l'aciclovir, contribuent à retarder les premières manifestations de l'infection et diminuent la mortalité associée après greffe. Au cours du sida, si la prophylaxie par ganciclovir oral diminue de moitié la maladie à CMV, celle-ci ne s'applique plus désormais qu'aux patients à risque, atteints d'immunodépression profonde.

Dès les années 1970, un vaccin vivant atténué utilisant une souche de CMV Towne, délectée d'une partie de son génome, a fait l'objet d'essais cliniques, mais l'absence d'immunité durable induite par cette souche l'ont fait abandonner au profit de vaccins recombinants utilisant la glycoprotéine d'enveloppe gB indispensable à la pénétration du virus dans la cellule. Les premiers essais de vaccin recombinant intégrant la protéine pp65 du tégument ou la gB dans un vecteur aviaire canarypox semblent encourageants, mais ce vaccin nécessite plusieurs injections. Un vaccin devrait voir le jour dans les prochaines années, d'ici là seules des mesures préventives et les traitements curatifs limitent l'incidence et la gravité des infections à CMV.

6.b. Virus de la grippe(2)(14)(22)(27) :

Le traitement symptomatique est basé sur les antipyrétiques analgésiques (aspirine, paracétamol, vitamine C) pour lutter contre la fièvre, douleur et fatigue.

Le traitement par antibiotiques et désinfectants respiratoires s'impose pour éviter les complications. Le chlorhydrate d'amantadine a été proposé comme traitement spécifique de la grippe.

Pour la grippe la prophylaxie vaccinale peut être proposée mais d'intérêt très limité au cours de l'immunodépression.

VI- Prévention

1. Introduction : (39)

La prophylaxie est l'ensemble des stratégies mises en œuvre pour diminuer la survenue des infections opportunistes.

Elle permet d'éviter l'apparition (prophylaxie primaire) ou la rechute (prophylaxie secondaire) d'une infection opportuniste chez le patient immunodéprimé. Elle doit être poursuivie à vie ou jusqu'à restauration d'une immunité suffisante.

La vaccination, en prévenant les infections, présente un intérêt certain pour les sujets immunodéprimés. L'objectif de cette partie est de faire un état des lieux des données concernant l'efficacité (en termes d'immunogénicité) et la tolérance des vaccins viraux disponibles et de synthétiser les recommandations existantes pour quatre grands groupes de patients : transplantés d'organes solides, greffés de moelle, infectés par le VIH et traités par immunosuppresseurs pour une maladie systémique.

Les données disponibles relatives à l'immunogénicité et la tolérance vaccinale chez les adultes immunodéprimés sont peu nombreuses et très parcellaires. Toutefois, elles montrent que dans le respect des contre-indications et des recommandations du calendrier vaccinal, les vaccins restent le plus souvent bien tolérés et immunogènes, même si le pourcentage de sujets répondeurs reste inférieur à celui observé dans la population non immunodéprimée. Par ailleurs, des recommandations vaccinales spécifiques à cette population ont été élaborées, mais demeurent imprécises et incomplètes, reflétant là encore un manque de données sur ce sujet.

• **Conseils aux immunodéprimés en cas de danger:** (2)

– suivi de l'immunodépression.

– en cas de risque particulier :

- répétition des diagnostics (mensuel, hebdomadaire, journalier)
- mesures de prévention spécifiques :
 - prophylaxie primaire (avant première survenue de l'infection)
 - prophylaxie secondaire = traitement d'entretien (pour éviter les rechutes)

– mesures de prévention générales :

* risques exogènes => mesures d'hygiène :

➤ pour boisson et préparations non cuites:

• eau embouteillée ou bouillie

➤ autres usages: eau publique

➤ ne pas utiliser:

• eau de puits, eau de source privée

ne pas oublier les autres sources de contamination

• contacts interhumains ou animaux

• aliments souillés; jus de fruits stérilisés, pas de fruits de mer

• bains en eau polluée

respecter les règles d'hygiène générale

• lavage fréquent des mains (toilettes, animaux)

• éviter les pratiques sexuelles => contamination oro-fécale...

* risques endogènes => chimiothérapie générale,

Décontamination

Vaccination antivirale des adultes immunodéprimés(38)(39):

Comme la population générale, les sujets immunodéprimés devraient être vaccinés selon les recommandations du calendrier vaccinal, afin d'être protégés de maladies potentiellement graves ou échappant à des thérapeutiques efficaces et auxquelles ils peuvent être exposés durant leur vie. De plus, la population des sujets immunodéprimés relève de recommandations vaccinales spécifiques, ces patients étant particulièrement exposés à certaines infections ou à leurs complications.

Tableau2 : Vaccins viraux dont l'utilisation est recommandée chez l'Adulte en France(39) :

Vaccins viraux vivants	Vaccins viraux inertes
Fièvre jaune	Encéphalite japonaise
ROR	Encéphalite à tiques
Varicelle	Grippe
Zona	Hépatite A
	Hépatite B
	Papillomavirus
	Poliomyélite injectable
	Rage

Cependant, il existe des problèmes spécifiques à la vaccination des sujets immunodéprimés. L'immunogénicité est donc l'efficacité, en particulier à long terme, ont mal connues chez ces patients. De même, l'innocuité de la vaccination dans ce contexte n'est pas clairement établie. Des questions se posent quant au risque d'aggravation de la maladie sous-jacente à l'immunodépression comme, par exemple une maladie auto-immune ou une infection par le VIH. Également, en l'absence de quantification de l'immunodépression, il existe de nombreuses situations pour lesquelles la décision d'administrer ou pas un vaccin vivant peut s'avérer délicate.

Définitions de l'efficacité et la tolérance vaccinale (38)(40)(41):

L'efficacité vaccinale se définit par l'aptitude d'un vaccin à réduire significativement l'incidence d'une maladie chez les sujets vaccinés, comparativement à des sujets n'ayant pas reçu le vaccin. Elle se mesure sur le terrain, avec des études cliniques randomisées, en contexte épidémique, afin de déterminer le pourcentage de réduction du taux d'attaque de l'infection chez les vaccinés par rapport aux non vaccinés. L'efficacité peut aussi être évaluée indirectement par l'immunogénicité du vaccin, en se basant sur un seuil protecteur du titre d'anticorps sériques. Dans le cas des personnes immunodéprimées, c'est le seul moyen d'estimer l'efficacité vaccinale puisque aucun essai thérapeutique spécifique à ces patients n'est concevable en raison de la rareté de leur maladie.

En ce qui concerne la tolérance, des risques vaccinaux propres aux situations de l'adulte immunodéprimé peuvent être rencontrés.

D'une part, on retrouve chez ces patients le risque spécifique lié à l'utilisation des vaccins viraux vivants. Il s'agit du risque de maladie vaccinale qui peut succéder à l'infection par la souche vaccinale. Les données disponibles sont rares et correspondent surtout à des rapports de cas isolés. Les vaccins vivants sont ainsi contre-indiqués chez tout patient recevant un traitement immunosuppresseur. D'autre part, il existe un risque potentiel d'aggravation de la maladie accompagnant l'immunodépression : rejet de greffe chez le patient transplanté ou greffé de moelle, augmentation de la charge virale et chute des lymphocytes T CD4+ (LTCD4) chez le patient infecté par le VIH ou encore réactivation d'une maladie auto-immune. Quelques études apportent des éléments de réponses, parcellaires mais rassurants, à ces questions. Il est utile de rappeler ici que, même si une association entre vaccination et aggravation de la maladie accompagnant l'immunodépression était confirmée, le risque de complication consécutif aux infections que l'on cherche à prévenir par la vaccination s'avère encore plus élevé.

2. Patients transplantés d'organes solides(40)(42)(43) :

Du fait de leur immunodépression, les patients transplantés sont exposés à des infections plus fréquentes et plus graves que chez le sujet immunocompétent. Les infections peuvent aussi se compliquer d'un rejet de greffe. Par ailleurs, ces patients sont de plus en plus nombreux à voyager dans des pays subtropicaux ou tropicaux, s'exposant à des infections pouvant être prévenues par la vaccination. Il y a ainsi de plus en plus de sujets transplantés, pour qui le calendrier vaccinal recommande une ou plusieurs vaccinations.

Un rappel vaccinal après une transplantation semble plus immunogène qu'une primo vaccination après transplantation. Par conséquent, les patients transplantés devraient être vaccinés au moins quatre semaines avant la transplantation, quand cela est possible. Durant les six premiers mois après la transplantation, la prévention du rejet nécessite l'utilisation de hautes doses de traitement immunosuppresseur qui entravent la réponse immunitaire, et il n'est donc pas recommandé de vacciner pendant cette période.

2.a. Vaccin contre la poliomyélite(44) :

Il n'existe pas de données concernant la primo vaccination contre la poliomyélite chez les sujets adultes transplantés. Dans une étude prospective, chez 164 patients transplantés rénaux ayant reçu une injection de rappel, la réponse vaccinale était similaire à celle des sujets témoins.

Cependant, le titre d'anticorps a rapidement décliné au bout d'un an, tout en restant protecteur. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté dans ce travail.

2.b. Vaccin contre la grippe(45)(46)(47) :

Les sujets transplantés infectés par le virus de la grippe sont plus à risque de rejet, d'une part, et de complications de la grippe, d'autre part.

Les résultats des études évaluant l'immunogénicité vaccinale sont contradictoires.

Dans certaines études, l'immunogénicité du vaccin antigrippal est moindre, dans d'autres, elle n'est pas significativement différente de celle des sujets sains. La réponse vaccinale diffère également selon la souche de virus grippal (le vaccin antigrippal inactivé est constitué des trois souches de *Myxovirus influenzae* sélectionnées chaque année selon les résultats des observations épidémiologiques : A/H1/N1, A/H3/N2 et B).

Le risque de rejet du greffon succédant à une vaccination chez les patients transplantés a été évoqué et des cas de rejets cliniques ont été rapportés après une vaccination contre la grippe dans de petites séries de cas. Toutefois, dans une étude prospective, contrôlée, randomisée menée auprès de 28 patients transplantés cardiaques, aucune différence significative du risque de rejet n'a été observée entre les sujets vaccinés et les sujets non vaccinés, même si des anomalies biologiques réversibles ont été notées.

2.c. Vaccin contre l'hépatite B(48)(49)(50) :

L'infection aiguë est plus sévère chez le sujet immunodéprimé, et le passage à la chronicité est plus fréquent.

Chez les patients transplantés, l'immunogénicité vaccinale est diminuée. Le taux de réponses à la primo vaccination après transplantation hépatique est faible.

Des études ont montré que, 16% seulement des sujets transplantés rénaux développent des titres d'anticorps protecteurs, après trois injections d'une double dose (40g) à zéro, un et deux mois. Ce taux augmente à 36% après une quatrième injection à six mois. Entre 49 et 86% des patients ayant répondu à une première immunisation avant la transplantation, mais ayant perdu cette immunité, retrouvent des titres protecteurs après un rappel post-transplantation . Ces résultats suggèrent que les schémas vaccinaux peuvent être adaptés en utilisant soit des doses unitaires plus élevées (40g/dose), soit en faisant des injections supplémentaires. Ils confirment qu'il est préférable de commencer la vaccination avant la transplantation. Par ailleurs, dans toutes ces études, les vaccins étaient bien tolérés et aucun cas de rejet n'a été décrit.

2.d. Vaccin contre l'hépatite A(51)(52)(53) :

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée le plus tôt possible au cours de toute maladie hépatique chronique. Elle est aussi recommandée chez les patients transplantés d'organes et voyageant en pays d'endémie.

Le vaccin contre l'hépatite A est moins immunogène chez les sujets transplantés. De plus, le titre d'anticorps décroît plus vite que chez les sujets sains.

Dans une étude comparant l'immunogénicité et la tolérance vaccinales de 78 sujets transplantés à 29 sujets sains, les taux de séroconversion étaient de 97% chez les transplantés hépatiques, 72% chez les transplantés rénaux et de 100% chez les sujets témoins. Le vaccin était bien toléré. Deux ans après la vaccination, seuls 59% des transplantés hépatiques et 26% des transplantés

rénaux conservaient un titre d'anticorps protecteur, contre 100% dans le groupe témoin.

Dans cette même étude, le taux de réponse à la vaccination après deux ans variait en fonction du traitement immunosuppresseur.

2.e. Vaccin contre la varicelle(54)(55) :

Chez les sujets immunodéprimés, les complications de la varicelle sont plus fréquentes et plus sévères. On ne dispose pas d'information sur l'utilisation du vaccin contre la varicelle chez les sujets adultes transplantés, ce vaccin vivant étant contre-indiqué lors d'un traitement immunosuppresseur.

2.f. Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (56) :

Ce vaccin vivant est contre-indiqué chez les sujets adultes transplantés. En pédiatrie, dans une petite étude incluant 18 enfants transplantés rénaux vaccinés par le ROR, un titre d'anticorps protecteur a été obtenu chez seulement sept patients. Aucun effet secondaire sévère directement lié à la vaccination n'a été observé.

2.g. Vaccin contre la fièvre jaune(57) :

Il n'y a pas de données disponibles sur l'utilisation de ce vaccin vivant chez les sujets transplantés, du fait de la contre-indication résultant de l'emploi de traitements immunosuppresseurs chez ces patients. Le voyage en pays d'endémie doit alors être déconseillé.

Cependant, un titre d'anticorps encore protecteur peut être retrouvé si une vaccination anti-marienne a été effectuée avant la transplantation, y compris chez des patients vaccinés depuis plus de dix ans.

3. Patients greffés de moelle (58)(59)(60):

Le nombre de sujets greffés de moelle a augmenté rapidement depuis ces 25 dernières années. Les infections sont le principal obstacle au succès de la greffe, soulignant l'importance de la prévention des maladies infectieuses, notamment par la vaccination.

Il existe deux types de greffe de moelle : l'allo- et l'autogreffe.

Lors d'une greffe de moelle allogénique, le système immunitaire du receveur est remplacé par celui du donneur. L'immunosuppression, dans ce contexte, est due aux traitements immunosuppresseurs nécessaires avant et après la greffe et aussi à l'éventuelle réaction du greffon contre l'hôte.

Lors d'une greffe de moelle autologue, l'immunodépression est liée aux fortes doses de traitements immunosuppresseurs et à une éventuelle radiothérapie précédant la greffe ; mais la restauration immune est plus rapide que dans le cas de l'allogreffe et l'immunodépression à long terme est rare.

Dans ces deux situations, il est recommandé de ne pas vacciner pendant les six premiers mois suivant la greffe, du fait de l'utilisation de hautes doses d'immunosuppresseurs qui entravent la réponse immune.

De façon générale, il est préférable de mettre à jour les vaccinations avant la greffe.

En cas d'allogreffe, certains auteurs ont proposé de vacciner le donneur avant d'effectuer le prélèvement de moelle, en espérant un transfert de l'immunité vers le receveur; mais la mise en œuvre de cette vaccination s'avère en pratique difficile.

3.a. Vaccin contre la poliomyélite(61)(62)(63) :

L'immunogénicité du vaccin injectable contre la poliomyélite a été étudiée chez des sujets allogreffés. La moitié des sujets préalablement immunisés ont vu leur titre d'anticorps décroître pendant les 12 mois suivant la greffe.

Pour obtenir une réponse immune correcte, trois doses devraient être administrées. Dans ces études, la vaccination était effectuée à partir d'un an après la greffe, mais il semble que le vaccin soit immunogène dès six mois.

3.b. Vaccin contre la grippe(61)(64) :

Les infections grippales peuvent être sévères chez les sujets greffés de moelle.

L'immunogénicité du vaccin antigrippal semble dépendante du délai de la vaccination après la greffe. Il a été montré qu'aucun patient n'était répondeur si la vaccination était réalisée dans les six premiers mois suivant une greffe de moelle (allo- ou autogreffe), mais le pourcentage de sujets répondeurs devenait similaire à celui de la population générale lorsque le vaccin était administré après deux ans. Il est donc possible de vacciner contre la grippe, dès six mois après la greffe.

3.c. Vaccin contre l'hépatite B (65)(66):

La vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) a peu de chance d'être immunogène chez les sujets greffés de moelle, à moins que le donneur ait été préalablement immunisé. Dans ce cas, un transfert d'immunité vers le receveur est possible dans 50% des cas.

La situation la plus difficile reste celle d'une allogreffe faite à partir d'un donneur porteur chronique du VHB. Dans une telle situation, la vaccination du receveur doit être tentée avant la greffe et l'utilisation d'immunoglobulines spécifiques peut être proposée.

3.d. Vaccin contre l'hépatite A (71):

Il n'existe pas de données publiées de travaux permettant d'évaluer l'immunogénicité et la tolérance du vaccin contre l'hépatite A chez les sujets greffés de moelle.

Il reste recommandé de vacciner les sujets greffés de moelle devant se rendre en zone d'endémie.

3.e. Vaccin contre la varicelle (67) (68)(69):

La vaccination contre le virus de la varicelle (VZV) poursuit un double objectif : celui de prévenir l'infection par le VZV, mais aussi celui de prévenir la survenue d'un zona chez les personnes préalablement infectées par le VZV.

Une étude récente a été menée auprès de neuf patients, vaccinés trois à quatre mois après une autogreffe de moelle. Aucun effet indésirable systémique n'a été rapporté. L'immunogénicité, testée par prolifération lymphocytaire, tendait à être renforcée après cette vaccination.

En pratique, il est recommandé de pratiquer une sérologie avant la greffe de moelle. Si la sérologie est négative, il est recommandé de vacciner les patients avant la greffe de moelle quand la situation le permet, sans oublier de vacciner leur entourage.

En l'absence de réaction du greffon contre l'hôte et de traitement immunosuppresseur en cours, il est proposé d'administrer ce vaccin vivant deux ans après la greffe.

Chez les patients dont la sérologie est positive, pour qui l'objectif est essentiellement la prévention du zona, il est conseillé la prescription au long cours d'un traitement antiviral prophylactique par valaciclovir, efficace et faisable dès le début de l'immunodépression.

3.f. Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

(70)(71) :

Ce vaccin vivant peut être administré deux ans après la greffe, seulement s'il n'y a pas de réaction du greffon contre l'hôte ni de traitement immunosuppresseur en cours.

L'immunogénicité, elle est variable selon les études publiées.

Une seconde dose semble nécessaire pour une meilleure réponse Vaccinale.

3.g. Vaccin contre la fièvre jaune(72) :

Il n'ya pas d'étude sur la vaccination contre la fièvre jaune après greffe de moelle. Seul a été publié le cas d'un patient allogreffé pour un myélome, ayant été vacciné deux ans après l'arrêt de tout traitement immunosuppresseur, et pour qui la vaccination s'est avérée immunogène et bien tolérée.

4. Patients infectés par le VIH (73)(74):

L'infection par le VIH s'accompagne d'une diminution de l'immunogénicité des vaccins, en particulier lorsque le taux de LTCD4 est inférieur à 500mm^3

La durée de protection vaccinale est également plus courte que dans la population générale.

La restauration immunitaire induite par les traitements antirétroviraux pourrait théoriquement être associée à une meilleure réponse vaccinale, comme l'a montré une étude évaluant l'impact de ces traitements sur l'immunogénicité du vaccin antigrippal.

En ce qui concerne la tolérance, on retrouve chez ces patients le risque de maladie vaccinale lié à l'utilisation des vaccins viraux vivants qui apparaît dépendant du degré d'immunodépression. Il existe aussi chez les patients infectés par le VIH, un risque potentiel d'augmentation de la réplication virale par la stimulation antigénique postvaccinale.

4.a. Vaccin contre la poliomyélite(75) :

Dans une étude comparant l'immunogénicité d'un rappel vaccinal chez 48 adultes infectés par le VIH et chez 16 sujets immunocompétents, l'immunogénicité était de 100% chez les sujets infectés ayant plus de 100LTCD4mm^3 , identique à celle des sujets témoins. Elle était de 78% chez les sujets ayant moins de 100LTCD4mm^3 .

4.b. Vaccin contre la grippe (76)(77):

La fréquence et la sévérité de la grippe chez les sujets infectés par le VIH restent des sujets controversés. Certaines études suggèrent une évolution prolongée et un risque accru de complications, comparativement à des sujets appariés en sexe et en âge mais non infectés par le VIH.

La vaccination contre la grippe s'est avérée efficace à 100% pour la prévention des cas de grippe virologiquement confirmés. Ce bon résultat a été obtenu malgré une ascension des titres d'anticorps moins élevée que celle habituellement observée chez des sujets sains.

D'autres études suggèrent une réponse sérologique comparable à celle des sujets sains si le taux de LTCD4 est supérieur à 500mm^3 et une absence de réponse si le taux est inférieur à 100mm^3 .

En ce qui concerne le risque d'augmentation de la réplication virale, il a été évoqué à plusieurs reprises dans le cas du vaccin antigrippal. Ces altérations seraient transitoires et sans retentissement sur l'évolution de la maladie. Il n'y a donc pas d'effet délétère à long terme de la vaccination contre la grippe chez les patients infectés par le VIH.

4.c. Vaccin contre l'hépatite B(78)(79) :

Les patients infectés par le VIH sont également à risque de co-infection par VHB, dont les voies de transmission sont communes avec le VIH.

Le vaccin administré aux doses usuelles s'est avéré moins immunogène, le taux de séroconversion n'étant que de 33% chez les sujets infectés par le VIH, versus 90% chez des sujets sains.

Dans un essai prospectif randomisé comparant deux doses vaccinales (20 et 40 µg) chez 210 sujets infectés par le VIH, le taux de séroconversion était supérieur chez les sujets ayant reçu la dose vaccinale la plus élevée, de façon significative lorsque le taux de LTCD4 était supérieur à 350 LTCD4mm³ ou lorsque la charge virale était inférieure à 10 000 copies ml¹.

4.d. Vaccin contre l'hépatite A (80)(81):

Chez les patients infectés par le VIH, l'infection par le virus de l'hépatite A (VHA) expose à un risque de virémie prolongée et d'hépatite fulminante en cas de co-infection par les virus des hépatites B ou C (VHC).

L'immunogénicité du vaccin est assez bien conservée chez les patients infectés par le VIH lorsque le taux de LTCD4 est supérieur à 200mm³.

En ce qui concerne le risque d'une augmentation de la réplication du VIH par la stimulation antigénique après la vaccination contre l'hépatite A, une étude prospective cas témoins effectuée sur une période d'un an, chez 180 patients ayant un taux de LTCD4 autour de 500mm³, n'a pas montré de différence significative entre les cas et les témoins sur l'évolution du taux de LTCD4 ni sur la morbi-mortalité.

4.e. Vaccin contre la varicelle (82):

Chez l'enfant, aucun accident n'a été rapporté jusqu'à ce jour et on admet que le vaccin peut être administré si le taux de LTCD4 est supérieur à 200mm³, mais on ne dispose d'aucune étude ni d'aucune expérience publiée sur l'utilisation de ce vaccin chez l'adulte infecté par le VIH.

4.f. Vaccin par le ROR(83)(84) :

Les personnes infectées par le VIH ont un risque accru de complication sévère de la rougeole. L'immunogénicité et la tolérance du vaccin dépendent du degré d'immunodépression.

Il est donc recommandé de vacciner les patients le plus tôt possible si une indication au vaccin est retenue. Cependant, un cas de pneumopathie rougeoleuse postvaccinale fatale a été décrit chez un adulte de 20 ans.

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention

(CDC) contre-indiquent maintenant la vaccination chez les patients adultes infectés par le VIH dont le taux de LTCD4 est inférieur à 15% ou 200mm³.

4.g. Vaccin contre la fièvre jaune (85)(86):

Lors d'une étude menée auprès de 12 patients infectés par le VIH, un titre d'anticorps protecteur a été obtenu chez tous les patients avec ce vaccin vivant. Tous avaient un taux de LTCD4 supérieur à 200mm³.

Cette immunogénicité était conservée chez les sujets ayant une charge virale supérieure à 10 000 copies ml¹.

La vaccination était bien tolérée et aucune modification significative des LTCD4 ni de la charge virale n'a été observée.

Dans toutes les études, la tolérance était bonne, mais un risque théorique d'encéphalite post vaccinale existe et un cas d'encéphalite fatale a été signalé chez un patient infecté par le VIH.

4.h. Vaccin contre la rage (87):

Une étude évaluant l'immunogénicité du traitement curatif antirabique par le vaccin antirabique purifié sur culture cellulaire, à double dose et injecté par voie intradermique, a été réalisée chez dix patients infectés par le VIH ayant un taux de LTCD4 compris entre 25 et 472mm⁻³. Un titre en anticorps neutralisant protecteur a été obtenu chez les sujets ayant un taux de LTCD4 supérieur à 200mm⁻³. Trois des sept sujets dont le taux de LTCD4 était inférieur à 200mm⁻³, avaient un titre en anticorps neutralisant insuffisant, nécessitant une deuxième série de vaccinations.

5. Patients atteints de maladie auto-immune(88) :

Chez les sujets atteints de maladie auto-immune (MAI), l'immunodépression est multifactorielle : mécanisme intrinsèque de la maladie immunologique, traitements immunosuppresseurs, dénutrition, éventuelle insuffisance rénale compliquant la MAI. Le rôle propre qu'ont les corticoïdes, les immunosuppresseurs, les anti-TNF ou les autres thérapeutiques immunosuppressives, dans la réponse et la tolérance aux vaccins viraux est difficile à apprécier. En effet, ces traitements sont le plus souvent prescrits en associations, pour traiter des maladies qui sont parfois elles-mêmes source d'une immunodépression.

Pour les corticoïdes, d'une part, aucune donnée claire n'existe concernant la dose et durée précises du traitement à partir desquelles l'immunogénicité des vaccins est altérée et, d'autre part, l'administration d'un vaccin vivant est contre-indiquée.

Pour les anti-TNF, les données sont, elles aussi, très parcellaires.

On retrouve dans la littérature de rares études évaluant l'immunogénicité du vaccin antigrippal chez des patients traités par anti-TNF pour une polyarthrite rhumatoïde (PR). Dans une de ces études, l'immunogénicité était diminuée par rapport à celle de sujets sains, mais seulement pour les antigènes de la souche *Myxovirus influenzae B* du vaccin trivalent et cela, quel que soit le traitement immunosuppresseur associé à l'anti-TNF.

En ce qui concerne le risque de la vaccination dans la population des sujets atteints de MAI, il est théoriquement de deux ordres : celui d'une maladie induite par un vaccin vivant administré dans un contexte d'immunodépression,

d'une part, et celui de voir la MAI se réactiver après la vaccination, d'autre part. Si la contre-indication des vaccins vivants demeure en cas de traitement immunosuppresseur, une MAI, non traitée par immunosuppresseurs n'a jamais été identifiée comme un facteur prédisposant à une maladie induite par une souche vaccinale.

Concernant le risque potentiel de réactivation d'une maladie auto-immune, on retrouve dans l'analyse de la littérature quelques cas de vascularites ou de sclérose en plaques s'étant réactivées après une vaccination contre la grippe, l'hépatite B ou d'autres infections. Ce type d'information constitue une mise en garde, mais pas une démonstration de causalité.

Très peu d'études sont disponibles pour évaluer l'immunogénicité et la tolérance des vaccins viraux chez les patients atteints de MAI. Les études existantes traitent surtout de la vaccination contre la poliomyélite, la grippe et l'hépatite B.

5.a. Vaccin contre la poliomyélite(89) :

Dans une étude rétrospective menée auprès de 73 sujets atteints de lupus érythémateux systémique (LES) ayant reçu une injection de rappel du vaccin contre la poliomyélite aiguë, 5,5% des patients ont développé une poussée de la maladie quatre à six mois après. Cette proportion ne semble pas plus importante qu'attendue et aucune conclusion ne peut être tirée de ce travail en l'absence de groupe comparatif.

5.b. Vaccin contre la grippe(90) :

Plusieurs études ont été réalisées auprès de patients atteints de LES. Chez ces patients, la réponse en anticorps aux vaccinations est diversement appréciée, tant sur le plan quantitatif (hyper- ou hyporépondeurs selon les études) que qualitatif (répartition des sous-classes d'immunoglobulines différentes de celles des sujets sains). En fait, ce sont probablement les conséquences du LES qui dictent l'intensité de la réponse vaccinale (insuffisance rénale, syndrome néphrotique, traitement immunosuppresseur). Ces différents facteurs globalement aboutissent à une réponse diminuée par rapport à celle des sujets sains.

L'étude de la vaccination antigrippale chez des sujets atteints de sclérose en plaques (SEP) non traités par immunosuppresseurs montre une immunogénicité vaccinale comparable à celle de la population générale [100]. Le traitement par interféron bêta 1a ne semble pas altérer l'immunogénicité.

Quelques essais contrôlés ont été réalisés, testant les risques de la vaccination antigrippale dans une population de patients lupiques, ainsi que ceux de la vaccination antigrippale dans une population de personnes atteintes de sclérose en plaques.

Dans ces études, le vaccin ne provoque pas de poussée clinique de la maladie. Dans une étude menée auprès de sujets atteints de LES, on constate cependant une augmentation brève des auto-anticorps après vaccination antigrippale, ne s'accompagnant d'aucune manifestation clinique.

5.c. Vaccin contre l'hépatite B (91):

Dans une étude menée auprès de patients atteints de Lupus Erythémateux Systémique (LES) traités par corticoïdes et/ou autres immunosuppresseurs, le vaccin s'est avéré moins immunogène que chez les sujets témoins, avec des titres d'anticorps anti-HBs deux fois moins élevés. L'adjonction d'une quatrième dose ne permettait pas d'augmenter le titre d'anticorps.

En revanche, lors d'une étude effectuée chez 44 patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde (PR), un titre d'anticorps protecteur était obtenu dans 68% des cas. Dans ce travail, les sujets ayant reçu le vaccin n'ont pas eu plus de signes de poussée clinique ou biologique, que les sujets ayant reçu le placebo.

Chez 13 sujets ayant une maladie de Behcet mais ne recevant pas d'immunosuppresseur, la vaccination contre l'hépatite B a permis d'obtenir un titre d'anticorps protecteur chez 93% des patients, analogue à celui constaté chez les 15 sujets témoins de cette étude.

Enfin, dans une étude rétrospective de tolérance menée chez 643 patients atteints de Sclérose En Plaques (SEP), une vaccination contre l'hépatite B, la grippe ou d'autres infections, faite dans les 12 mois précédant la poussée de la maladie, n'apparaît pas comme un facteur de risque de survenue de cette poussée.

6. Recommandations vaccinales existantes(38) :

Il existe aux États-Unis, des recommandations concernant la vaccination des adultes immunodéprimés, publiées par : Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

Au Royaume-Uni, British Society for Rheumatology (BSR) a publié en 2002 des recommandations vaccinales pour les patients traités par immunosuppresseurs, corticoïdes et/ou par anti-TNF.

En France, le guide des vaccinations 2006, élaboré par le Comité technique des vaccinations, comporte un chapitre sur la vaccination des sujets immunodéprimés. Il existe aussi un chapitre sur la vaccination des sujets infectés par le VIH, dans le rapport 2006 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Les données concernant les vaccins viraux dans ces recommandations américaines, britanniques et françaises. Ces recommandations, synthétisées dans les tableaux 1 et 2 demeurent imprécises, parfois discordantes et souvent insuffisantes pour pouvoir prendre en compte toutes les situations pratiques auxquelles sont confrontés patients et médecins : il n'existe pas, par exemple, de recommandations pour la pratique de la vaccination chez les sujets immunodéprimés dans le contexte spécifique d'une MAI ou d'un transplanté d'organes solides. Face à ces deux situations, on ne peut raisonner que de manière indirecte en se reportant aux traitements reçus (corticoïdes, immunosuppresseurs, immunomodulateurs).

Tableau 3: Recommandations pour l'utilisation des vaccins viraux inertes (38)

	États-Unis (ACIP)	Royaume-Uni (BSR)	France (CTV et rapport d'experts 2006)
Traitements immunosuppresseurs Chimiothérapie et radiothérapie Hémopathies malignes	<p>Peuvent être administrés selon les recommandations du calendrier vaccinal.</p> <p>Des doses plus élevées ou plus fréquentes peuvent être requises.</p> <p>En cas de chimiothérapie : si une vaccination a été réalisée dans les 15 jours précédant et dans les 3 mois suivant la chimiothérapie, une nouvelle vaccination doit être programmée 3 mois après la fin du traitement.</p> <p>Vaccin antigrippal : recommandé, ainsi que chez les sujets contacts.</p> <p>Vaccin antihépatite B : majoration de la fréquence des injections ou des doses du vaccin.</p> <p>Vaccin antirabique : ne pas administrer de traitement immunosuppresseur lors d'une vaccination postexposition. Si la poursuite de ce traitement est essentielle pour d'autres raisons, il faut doser le titre d'anticorps protecteur pour s'assurer d'une réponse appropriée.</p>	<p>Recommandations pour les patients traités par immunosuppresseurs :</p> <p>La réponse immunitaire aux vaccins inertes peut être moindre ; par conséquent, des rappels vaccinaux plus fréquents peuvent être requis.</p> <p>Vaccin antigrippal : recommandé.</p> <p>Vaccin antihépatite B : recommandé. Après une vaccination contre l'hépatite B, un contrôle sérologique est nécessaire 3 mois après la 3^e injection.</p>	<p>Vaccin antigrippal : recommandé.</p> <p>Vaccin antihépatite B : recommandé chez les sujets susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (une mise en garde est faite concernant les patients atteints de SEP, chez qui le bénéfice de la vaccination doit être évalué en fonction du risque encouru).</p> <p>Vaccin antirabique : pratiquer une surveillance sérologique de la vaccination en postexposition. Si le titre en anticorps est insuffisant, une ou plusieurs injections de vaccins supplémentaires peuvent être pratiquées.</p>
Greffe de moelle	<p>Le titre d'anticorps prégreffe décroît en 1 à 4 ans après la greffe ; par conséquent, une revaccination par les vaccins inertes est recommandée à partir de 12 mois après la greffe.</p> <p>Vaccin antigrippal : recommandé à partir de 6 mois après la greffe puis de façon annuelle.</p> <p>Recommandé chez les sujets contacts.</p>	–	

Greffe de moelle	Le titre d'anticorps prégreffe décroît en 1 à 4 ans après la greffe ; par conséquent, une revaccination par les vaccins inerts est recommandée à partir de 12 mois après la greffe. Vaccin antigrippal : recommandé à partir de 6 mois après la greffe puis de façon annuelle. Recommandé chez les sujets contacts.	–	
Corticothérapie	Les corticoïdes et les traitements immunosuppresseurs peuvent interférer avec le développement d'une immunité effective. Vaccin antirabique: ne pas administrer de corticoïdes lors d'un traitement postexposition. Si la poursuite de ce traitement est essentielle, doser le titre d'anticorps protecteur	Pas de contre-indication à l'utilisation de vaccins inerts.	Vaccin antirabique : pratiquer une surveillance sérologique de la vaccination en postexposition. Si le titre en anticorps est insuffisant, une ou plusieurs injections de vaccins supplémentaires peuvent être pratiquées.
Infection par le VIH	Vaccin antigrippal : recommandé. Vaccin antihépatite B : un contrôle sérologique est recommandé, suivi si nécessaire d'une à trois doses de rappel additionnelles.	–	Vaccin antigrippal : recommandé. Vaccin antihépatite B : recommandé. Contrôler le titre d'anticorps anti-HBs 1 à 6 mois après la dernière injection vaccinale pour administrer si nécessaire des injections supplémentaires. Effectuer un contrôle sérologique annuel et proposer une dose de rappel en cas de titre d'anticorps inférieur à 10 mUI ml ⁻¹ . Vaccin antihépatite A : recommandé en cas de co-infection par le VHC ou le VHB, d'hépatopathie chronique, ou de voyage en zone d'endémie. Vaccin antirabique: pratiquer une surveillance sérologique de la vaccination en postexposition. Si le titre en anticorps est insuffisant, une ou plusieurs injections de vaccins supplémentaires peuvent être pratiquées.

ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices

BSR : British Society for Rheumatology

CTV: Comité technique des vaccinations

Tableau 4 : Recommandations pour l'utilisation des vaccins viraux

Vivants (38)

	États-Unis (ACIP)	Royaume-Uni (BSR)	France (CTV et rapport d'experts 2006)
Traitements immunosuppresseurs Chimiothérapie et radiothérapie Hémopathies malignes	<p>Contre-indication (CI) de principe des vaccins vivants.</p> <p>En cas de leucémie en rémission : les vaccins viraux vivants peuvent être administrés à partir de 3 mois suivant l'arrêt de la chimiothérapie.</p> <p>Vaccination de l'entourage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -CI du vaccin antipoliomyélite oral (excrétion de particules virales dans le mois suivant la vaccination). -ROR et vaccin antivaricelle conseillés : absence de transmission interhumaine de la souche vaccinale. 	<p>Recommandations pour les patients traités par immunosuppresseurs :</p> <p>Contre-indication (CI) de principe des vaccins vivants.</p> <p>Si un vaccin vivant est nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> -quand cela est possible, administrer le vaccin et attendre au moins 2 semaines (au mieux 4) avant de débiter l'immunosuppresseur ; -le vaccin peut être administré si le traitement cytotoxique ou immunosuppresseur a été arrêté depuis au moins trois mois. <p>En cas d'exposition à la rougeole ou la varicelle, les patients doivent être traités par immunoglobulines sans tenir compte de leur statut vaccinal.</p>	<p>Contre-indication (CI) de principe des vaccins vivants.</p> <p>Vaccin anti-méningocoque : possible dans certains cas particuliers, au moins un mois après l'arrêt du traitement immunosuppresseur, après s'être assuré dans tous les cas de la normalité des paramètres biologiques.</p> <p>Vaccination de l'entourage:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ROR et vaccin antivaricelle : conseillés pour toute personne sans antécédents (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, en contact étroit avec des personnes immunodéprimées ; -En cas de rash généralisé après la vaccination antivaricelleuse, éviter les contacts avec les personnes immunodéprimées pendant dix jours.
Greffe de moelle	<p>Le ROR peut être administré 24 mois après la greffe si le receveur est présumé immunocompétent et en l'absence de réaction du greffon contre l'hôte.</p>		

	<p>Le vaccin antivarielle n'est en principe pas recommandé faute d'études suffisantes chez le greffé. Toutefois, une vaccination au cas pas cas peut être envisagée dans le cadre de protocoles de recherche, au moins 24 mois après la greffe, seulement si le receveur est présumé immunocompétent et en l'absence de réaction du greffon contre l'hôte.</p> <p>Vaccination de l'entourage : ROR et vaccin antivarielle conseillés.</p>		
Corticothérapie	<p>CI aux vaccins vivants atténués en cas de corticothérapie d'une durée supérieure à 2 semaines, avec des doses supérieures à 20 mg/j.</p> <p>Attendre au moins 3 mois après l'arrêt d'une corticothérapie avant d'administrer des vaccins vivants chez des sujets ayant reçu des hautes doses pendant plus de 2 semaines.</p>	<p>CI des vaccins vivants chez les personnes traitées par plus de 10 mg de prednisone par jour depuis plus de 2 semaines.</p> <p>Arrêter la corticothérapie au moins 3 mois avant l'administration d'un vaccin vivant.</p>	<p>Vaccin antivarielle : contre-indiqué chez les personnes traitées par de fortes doses de corticoïdes.</p> <p>Vaccin anti-herpès : contre-indiqué chez les personnes traitées par corticoïdes au long cours.</p>

Infection par le VIH	<p>Vaccin antipoliomyélite injectable préféré au vaccin oral.</p> <p>Vaccin ROR: possible chez les sujets ayant plus de 200mm⁻³ LTCD4.</p> <p>Vaccin antivarielle: possible chez les enfants ayant des LTCD4 > 15%. Peut aussi être envisagé chez l'adulte ayant plus de 200mm⁻³ LTCD4.</p> <p>Vaccin anti-herpès : contre-indiqué chez les sujets ayant une immunodépression sévère.</p>		<p>Vaccin ROR: peut être pratiqué chez les enfants ayant plus de 200mm⁻³ LTCD4.</p> <p>Vaccin antivarielle : contre-indiqué chez l'adulte.</p> <p>Vaccin anti-herpès : contre-indiqué chez les sujets symptomatiques, dont la charge virale est élevée ou dont le taux de LTCD4 est inférieur à 200mm⁻³</p>
Anti-TNF Leflunomide		<p>Contre-indication des vaccins vivants. –</p> <p>Leflunomide Tenir compte de la longue demi-vie de ces produits lorsque l'on envisage une vaccination par vaccins vivants atténués après l'arrêt de ces traitements</p>	

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices

BSR: British Society for Rheumatology

CTV: Comité technique des vaccinations.

VII- Conclusion

De façon générale, les données disponibles relatives à l'immunogénicité et la tolérance de la vaccination antivirale chez les sujets immunodéprimés sont peu nombreuses et très parcellaires.

Lorsque les vaccins sont administrés dans le respect de leurs contre-indications et des recommandations du calendrier vaccinal, ils restent souvent immunogènes et bien tolérés. Ces constatations sont un encouragement à vacciner correctement les patients immunodéprimés, sans oublier la protection indirecte que peut apporter la vaccination de leur entourage familial et médical.

Des études complémentaires demeurent nécessaires pour préciser l'efficacité et la tolérance des vaccins chez les sujets immunodéprimés.

L'intérêt de ces recherches est d'autant plus important que de nouveaux vaccins viraux sont déjà disponibles (zona et papilloma virus humain), susceptibles d'être proposés à des sujets immunodéprimés ou atteints d'une maladie exposant à une immunodépression future, dont le nombre va croissant dans la population. Les résultats de ces travaux aideront à guider la décision de vaccination dans la pratique quotidienne et permettront d'assurer une meilleure couverture vaccinale pour ces sujets.

Résumés

RESUME

Titre : fièvre aiguë chez un sujet immunodéprimé.

Auteur : EFESSOUINE Reda

Rapporteur : professeur Y. SEKHSOUKH

Mots clés : infections opportunistes- fièvre- immunodépression-diagnostic-prévention.

Le sujet immunodéprimé est un individu dont les mécanismes de défense contre les agents infectieux sont altérés de façon suffisamment significative, pour qu'il soit anormalement sensible aux infections de façon générale et aux agents infectieux dits « opportunistes » de façon plus particulière.

C'est ainsi que l'objectif de notre travail a été d'évaluer l'importance de ces infections, en ce qui concerne leurs : fréquence, localisation, diagnostics, traitements, et les moyens de prévention mis en œuvre pour éviter l'apparition de ces infections chez ces sujets à risque.

La nature du micro-organisme en cause, est en fonction du type de déficit immunitaire.

Dans les neutropénies, les infections sont les infections à bacilles à Gram-négatif d'origine digestive, à cocci gram-positifs, et il y a risque accru d'infections fongiques, leurs gravités potentielle étant corrélée à la profondeur du déficit en polynucléaires, surtout dans les neutropénies prolongées.

Dans le cas des déficits de l'immunité cellulaire, on a plutôt des bactéries intracellulaires, *Herpesvirus*, *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis carinii*, *Candida sp.*, *Cryptococcus neoformans*.

Et enfin dans le cas des déficits de l'immunité humorale on a l'apparition des bactéries encapsulées et entérovirus.

Les moyens thérapeutiques et de diagnostic ont connu au cours des dernières années une évolution considérable ; mais malgré ces progrès, beaucoup d'infections restent à pronostic flou.

Enfin, en raison de la gravité de ces infections et de leurs complications, il s'avère indispensable de mettre en œuvre un suivi médical et une prophylaxie adaptés à cette populations à risque.

SUMMARY

Title: Acute fever in immunocompromised.

Author: EFESSOUINE Reda

Rapporteur : Professeur Y. SEKHSOUKH

Keywords: opportunistic infections-fever-prevention- immune deficiency -diagnosis.

The subject is immunocompromised individuals whose defense mechanisms against infectious agents are altered in a significant enough for it to be unusually susceptible to infections in general and infectious agents known as "opportunistic" more specific.

Thus the objective of our study was to evaluate the significance of these infections, as regards their frequency, location, diagnosis, treatments and prevention methods implemented to avoid the appearance of these infections in these patients at risk.

The nature of the organism in question is based on the type of immune deficiency.

In neutropenia, infections are infections Gram-negative digestive origin, gram-positive cocci, and there is increased risk of fungal infections, their potential severity correlates with the depth of the deficit in granulocytes, especially in prolonged neutropenia.

In the case of deficits of cellular immunity was more intracellular bacteria, *Herpesvirus*, *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis carinii*, *Candida sp.* *Cryptococcus neoformans*.

And finally, in the case of deficits in humoral immunity is apparition encapsulated bacteria and enteroviruses.

The therapeutic and diagnostic experienced in recent years a considerable evolution, but despite this progress, many infections remain unclear prognosis.

Finally, because of the seriousness of these infections and their complications, it is essential to implement a medical monitoring and appropriate prophylaxis for that risk populations.

ملخص

العنوان: الحمى الحادة عند فاقد المناعة
من طرف: رضا إفسوين
المشرف: السيد: ياسين سخسوخ
الكلمات الأساسية: الحمى – فقدان المناعة – تعفونات انتهازية – التشخيص – الوقاية.

هو موضوع نقص المناعة بالنسبة للأفراد الذين لديهم تغيير كبير في آليات الدفاع ضد العوامل المعدية بما فيه الكفاية ليكون عرضة للإصابة بالأمراض على نحو غير عادي في العام، والعوامل المعدية المعروفة باسم "الانتهازية" أكثر تحديداً.

وهكذا فإن الهدف من دراستنا لتقييم أهمية هذه الالتهابات، وما يتعلق بتوترها، والموقع، والتشخيص، والعلاج وطرق الوقاية لتفادي ظهور هذه العدوى لدى هؤلاء المرضى للخطر.

ويستند طبيعة الكائن في السؤال على نوع من نقص المناعة.

في اللات، والتهابات الجهاز الهضمي والتهابات الأصل سلبية الغرام، مكورات إيجابية الجرام، وهناك زيادة خطر العدوى الفطرية، وخطورته المحتملة ترتبط بعمق العجز في المحببة، وخصوصاً في العدلات لفترات طويلة.

في حالة عجز المناعة الخلوية هناك انتشار البكتيريا التي تكون داخل الخلايا، هربس، المقوسة الغوندية، الرئوية الجؤجؤية، المبيضات ليرة سورية، الأعدومية المستخفية.

وأخيراً، في حالة من العجز في المناعة الخلوية هناك انتشار البكتيريا والفيروسات المعوية المغلفة.

وقد كان لأساليب التشخيص والعلاج على مدى السنوات الماضية تطورا كبيرا، ولكن رغم هذا التقدم، لا يزال العديد من تشخيص الإصابات غير واضحة.

وأخيراً، وذلك بسبب خطورة هذه الأمراض ومضاعفاتها، فمن الضروري تنفيذ المراقبة الطبية والعلاج الوقائي المناسب للمرضى المعرضين للخطر.

Bibliographie

- [1] **J. REYNES**
Fièvre aiguë et immunodépressions_ Faculté de Médecine Montpellier
Nîmes ; MT7/1 - Maladies transmissibles – Item 81 Avr 2010.
- [2] **E-pilly 2008**
FIEVRE AIGUE CHEZ UN MALADE IMMUNODEPRIME ;
- Edition 2008 CMIT.
- [3] **G .Leport ; Longuet; F.Lacassin ; JI Vilde;**
EMC. Maladies infectieuses.1996.
- [4] **V. Zeller, C. Truffot, S. Ansart, É. Caumes, R. Tubiana, C. Katlama,
F. Bricaire and P. Bossi**
Science direct Décembre 2002.
- [5] **C. KUABAN, S. KOULLA-SHIRO, P. HAGBE-** Médecine d'Afrique
Noire : 1997, 44 (6) p.
- [6] **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
(ONUSIDA) 1999.** Version originale anglaise, Octobre 1998.

- [7] **F Bani-sadr et C Perronne .**
Infections à mycobactéries atypiques. Encycl Méd chir (Elsevier Masson ; Paris), AKOS Encyclopédie pratique de médecine, 1999,4_1090 ; 4p.
- [8] **C. Bultel**
« Toxoplasmose » de l'AFSSA en Juin 2006, 4p.
- [9] **J. MASLIN, J-J. MORAND, G. MENARD, P. CAMPARO**
Med Trop 2002; 62 : 480-484P.
- [10] **Manuel terrestre de l'OIE 2005 CHAPITRE 2.10 .9. 1188_207P.**
- [11] **J. MASLIN, J-J. MORAND, G. MENARD, V. CLAUDE HISTOPLASMOSES ;** Med Trop2002 ; 62 : 589-593.
- [12] **Ranger-Rogez S, Venot C, Aubard Y, Denis F, Freymuth F.**
In « Les virus transmissibles de la mère à l'enfant », Denis F ed. John Libbey Eurotext, Paris, 1999, p 191-194.
- [13] **Mazeron M C, Alain S. Infections à cytomégalovirus.**
In « Encyclopédie Medico- Chirurgicale, Maladies Infectieuses ». Editions Elsevier, Paris, 2001, 8-052-C-10, 18p.

- [14] Schnell D, et al.**
Infections respiratoires grippales chez les patients immunodéprimés.
reanim (2009), doi:10.1016/j.reaurg. 2009.03.005
- [15] Dr. Emery BARUTWANAYO ; AEI 2009.**
- [16] Sabbagh L. ; RENE E. ;**
Immunodépression acquise congénitale et pathologie du tube digestif ;
EMC 1993.
- [17] SARDET A. ;**
Pneumopathie chez les immunodéprimés ; EMC 1993.
- [18] KATLAMA C ;**
Manifestations neurologiques au cours de l'infection à VIH ;
Sida infection à VIH en zone tropicale ; éditions Ellipses/ Aupeif.
- [19] HARLAY A,**
La tuberculose une pathologie redevenue d'actualité;
Revue de l'infirmière 1993, n°5, p : 46_8.
- [20] KATLAMA C ;**
Manifestations neurologiques au cours de l'infection à VIH,
Editions Ellipses/ Aupeif.

- [21] **CLUMECK N., GERARD M., VAN LAETHEM Y.,**
Manifestations pulmonaires au cours infection de l'infection à VIH.
Editions Ellipses/ aupelf.
- [22] **SARDET A.,**
Pneumopathie chez les immunodéprimés,
EMC 1993.
- [23] **MAY TH., LUCET J.C.**
Toxoplasmose extra cérébrale aspects cliniques et épidémiologiques ;
Med mal infect 1993, 23 spécial pp:697_98.
- [24] **SABBAGH L., RENE E.,**
Immunodépression acquise congénitale et pathologie du tube digestif ;
EMC 1993.
- [25] **GOODMAN R.W., GENTA R.M., CLINTON W.A., CHAPPELL
C.L.,**
Intensity of infection in AIDS-associated cryptosporidiosis;
JID, 1993, 167, PP: 704_9.

- [26] COTTE I., RABODONIRINA M., DROVET E., GELAS P., TREPO C.,**
Infections digestives au cours du sida expérience lyonnaise à propos de
81 patients;
Revue de l'infirmière, 1993, T7 ; n°212 p : 62.
- [27] BOUVET E. ;**
Complications infectieuses respiratoires du sida ;
Press medical, Sep 1992, 21, n°31 p: 1476_81.
- [28] DALEINE G., SALNON D., LUCET J.F,**
Fréquence de l'isolement broncho pulmonaire d'aspergillus espèces chez
des patients infectés par VIH : rôle pathogène
Pathologie biologie ; 1993, Vol : 41, n°3 p : 221_37.
- [29] Acta Endoscopica 1998.**
- [30] Association Française des Poly arthritiques & des Rhumatismes
Inflammatoires Chroniques.**

- [31] UNITE D'HYGIENE ET DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES 1998. Protocole n°12 Hémocultures.**
- [32] UNITE D'HYGIENE ET DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES 1997. Protocole N°8 Coproculture et/ou parasitologie des selles.**
- [33] Pr. A. PHILIPPON**
Faculté de Médecine René Descartes Paris - France
- [34] J.P. LAVIGNE Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes Octobre 2005.**
- [35] Dr Sarah Abbes Service de pneumologie du Pr Didier Hôpital Larrey.**
- [36] Nathalie Chambon. ; JEAN Michon ;**
Développement et Santé, n° 157, février 2002.
- [37] <http://med.hopto.org> - version 3.**

- [38] **P. Duchet Niedziolka, O. Launay, D. Salmon Ceron, P.-H. Consigny, T. Ancelle, D. Van der Vliet, O. Lortholary, T. Hanslik,**
Vaccination antivirale des adultes immunodéprimés.
Pour le groupe GEVACCIM. *La Revue de médecine interne* 29 (2008);
p 554–567.
- [39] **Comité Technique des Vaccinations, section Maladies Transmissibles du Conseil Supérieur d’Hygiène Publique de France.**
Calendrier vaccinal 2006.
- [40] **Kotton NC, Ryan ET, Fishman JA.**
Prevention of infection in adult travelers after solid organ transplantation. *Am J Transplant*; 2005; 5:8–14.
- [41] **Wraith DC, Goldman M, Lambert PH.**
Vaccination and autoimmune disease: what is the evidence?
2003;362:1659–66.
- [42] **Stark K, Gunther M, Schonfeld C, Tullius SG, Bienzle U.**
Immunisations in solid-organ transplant recipients. *Lancet* 2002;
359:957–65.
- [43] **Duchini A, Goss JA, Karpen S, Pockros PJ.**
Vaccinations for adult solidorgan transplant recipients: current recommendations and protocols. *Clin Microbiol Rev* 2003; 16:357–64.

- [44] **Huzly D, Neifer S, Reinke P, Schroder K, Schonfeld C, Hofmann T;**
Routine immunizations in adult renal transplant recipients.
Transplantation 1997; 63:839–45.
- [45] **Duchini A, Hendry RM, Redfield DC, Pockros PJ;**
Influenza infection in patients before and after liver transplantation.
Liver Transpl 2000; 6:531–42.
- [46] **Burbach G, Bienzle U, Stark K, Rayes N, Neuhaus R, Serke S, et al.**
Influenza vaccination in liver transplant recipients. *Transplantation*
1999; 67: 753–5.
- [47] **Mazzone PJ, Mossad SB, Mawhorter SD, Mehta AC, Schilz RJ,
Maurer JR.**
The humoral immune response to influenza vaccination in lung
transplant patients. *Eur Respir J*; 2001; 18:971–6.
- [48] Comité Technique des Vaccinations, section Maladies Transmissibles du
Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Guide des
vaccinations 2006. *BEH* 2006;29-30:211–26.
- [49] **Samuel D, Muller R, Alexander G, Fassati L, Ducot B, Benhamou
JP, et al.**
Liver transplantation in European patients with hepatitis B surface
antigen. *N Engl J Med*; 1993; 329:1842–7.

- [50] **Segovia R, Sanchez-Fueyo A, Rimola A, Grande L, Bruguera M, Costa J, et al.**
Evidence of serious graft damage induced by de novo hepatitis B virus infection after liver transplantation. *Liver Transpl* 2001; 7:106–12.
- [51] **Keeffe E.**
Hepatitis A in patients with chronic liver disease-severity of illness and prevention with vaccination. *J Viral Hepat.* 2000;7(Suppl 1): 15–7.
- [52] **Stark K, Gunther M, Neuhaus R, Reinke P, Schroder K, Linnig S, et al.**
Immunogenicity and safety of hepatitis A vaccine in liver and renal transplant recipients. *J Infect Dis* 1999; 180:2014–7.
- [53] **Gunther M, Stark K, Neuhaus R, Reinke P, Schroder K, Bienzle U.**
Rapid decline of antibodies after hepatitis A immunization in liver and renal transplant recipients. *Transplantation.* 2001; 71:477–9.
- [54] **Advisory Committee on Immunization Practices.** Prevention of varicella. Update recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 1999; 48(RR-6):1-5.

- [55] Zamora I, Simon JM, Da Silva ME, Piqueras AI.**
Attenuated varicella virus vaccine in children with renal transplants.
Pediatr Nephrol. 1994;8:190–2.
- [56] Rand EB, McCarthy CA, Whittington PF.**
Measles vaccination after orthopic liver transplantation. *J Pediatr.* 1993;
123:87–9.
- [57] Van der Vliet D, Goujon C, Pérignon A, Gergely A, Augier G,
Consigny PH.**
Intérêt du titrage des anticorps antiamarils chez des sujets à risque déjà
vaccinés contre la fièvre jaune [abstracts]. *Comptes Rendus des 7es
Journées Nationales d'Infectiologie.*
Bordeaux juin 2006. *Med Mal Infect* 2006; 36(Suppl 1):S143.
- [58] Ljungman P, Engelhard D, de la Cámara R, Einsele H, Locasciulli
A, Martino R, et al.**
Infectious diseases working party of the european group for blood and
marrow transplantation. Vaccination of stem cell transplant recipients:
recommendations of the infectious diseases working party of the EBMT.
Bone Marrow Transplant 2005;35:737–46.
- [59] Somani J, Larson RA.**
Reimmunization after allogeneic bone marrow transplantation. *Am J
Med* 1995;98:389–98.

- [60] **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Guidelines for preventing opportunistic infections among hematopoietic stem cell transplant recipients. Recommendations of CDC, the Infectious Disease society of America, and the American Society of blood and Marrow Transplantation. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49(RR-10):1-125.
- [61] **Ljungman P, Duraj V, Magnius L.**
Response to immunization against polio after allogeneic marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant* 1991; 7:89–93.
- [62] **Pauksen K, Hammarström V, Ljungman P, Sjölin J, Oberg G, Lönnerholm G, et al.**
Immunity to poliovirus and immunization with inactivated poliovirus vaccine after autologous bone marrow transplantation. *Clin Infect Dis* 1994; 18:547–52.
- [63] **Parkkali T, Stenvik M, Ruutu T, Hovi T, Volin L, Ruutu P.**
Randomized comparison of early and late vaccination with inactivated poliovirus vaccine after allogeneic BMT. *Bone Marrow Transplant* 1997;20: 663–8.

- [64] **Engelhard D, Nagler A, Hardan I, Morag A, Aker M, Baciú H, et al.**
Antibody response to a two-dose regimen of influenza vaccine in allogeneic T cell-depleted and autologous BMT recipients. *Bone Marrow Transplant* 1993; 11:1–5.
- [65] **Dhédin N, Douvin C, Kuentz M, Saint Marc MF, Reman O, Rieux C, et al.**
Reverse seroconversion of hepatitis B after allogeneic bone marrow transplantation: a retrospective study of 37 patients with pretransplant anti-HBs and anti-HBc. *Transplantation* 1998; 66:616–9.
- [66] **Locasciulli A, Alberti A, Bandini G, Polchi P, Arcese W, Alessandrino P, et al.**
Allogeneic bone marrow transplantation from HBsAg+ donors: a multicenter study from the Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo (GITMO). *Blood*. 1995;86:3236–40.
- [67] **Hanslik T, Blanchon T, Alvarez FP.**
Vaccination des adultes contre la varicelle et le zona. *Rev Med Interne* 2007;28:166–72.
- [68] **Sauerbrei A, Prager J, Hengst U, Zintl F, Wutzler P.**
Varicella vaccination in children after bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant* 1997; 20:381–3.

- [69] Ljungman P, Wang FZ, Nilsson C, Solheim V, Linde A.**
Vaccination of autologous stem cell transplant recipients with live varicella vaccine: a pilot study. *Support Care Cancer* 2003; 11:739–41.
- [70] Spoulou V, Giannaki M, Vounatsou M, Bakoula C, Grafakos S.**
Longterm immunity to measles, mumps and rubella after MMR vaccination among children with bone marrow transplants. *Bone Marrow Transplant* 2004; 33:1187–90.
- [71] Machado CM, Gonçalves FB, Pannuti CS, Dulley FL, de Souza VA.**
Measles in bone marrow transplant recipients during an outbreak in São Paulo, Brazil. *Blood* 2002; 99:83–7.
- [72] Gowda R, Cartwright K, Bremner JA, Green ST.**
Yellow fever vaccine: a successful vaccination of an immunocompromised patient. *Eur J Haematol* 2004; 72:299–301.
- [73] Yéni P, éd.**
Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2006. Paris : Médecine Sciences, Flammarion ; 2006.

[74] Oliveira Fonseca M,Wayie Pang L, de Paula Cavalheiro N, Alci Barone A, Heloisa Lopes M.

Randomized trial of recombinant hepatitis B vaccine in HIV-infected adult patients comparing a standard dose to a double dose. *Vaccine* 2005; 23:2902–8.

[75] Kroon FP, van Dissel JT, Labadie J, van Loon AM, van Furth R.

Antibody response to diphtheria, tetanus, and poliomyelitis vaccines in relation to the number of CD4+ T lymphocytes in adults infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1995; 21:1197–203.

[76] Bouchaud O.

Vaccinations chez les patients immunodéprimés. *Ann Med* 1997;148:272–8.

[77] Advisory Committee on Immunization Practices; Smith NM, Bresee JS, Shay DK, Uyeki TM, Cox NJ, Strikas RA.

Prevention and Control of Influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2006; 55(RR-10):1–42.

[78] Laurence JC.

Hepatitis A and B immunizations of individuals infected with human immunodeficiency virus. *Am J Med* 2005; 118(Suppl 10A):75S–83S.

[79] Cornejo-Juarez P, Volkow-Fernandez P, Escobedo-Lopez K, Vilar-Compte D, Ruiz-Palacios G, Soto-Ramirez LE.

Randomized controlled trial of hepatitis B virus vaccine in HIV 1 infected patients comparing two different doses. *AIDS Res Ther* 2006; 3:9.

[80] Advisory Committee on Immunization Practices. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP):

use of vaccines and immune globulins for persons with altered immunocompetence, *MMWR Recomm Rep* 1993; 42(RR-4):1-18.

[81] Wallace MR, Brandt CJ, Earhart KC, Kuter BJ, Grosso AD, Lakkis H, et al.

Safety and immunogenicity of an inactivated hepatitis A vaccine among HIV-infected subjects. *Clin Infect Dis* 2004; 39:1207–13.

[82] Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), CDC.

Prevention of varicella; recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2007; 56(RR-4):1–40.

[83] Wallace MR, Hooper DG, Graves SJ, Malone JL.

Measles seroprevalence and vaccine response in HIV-infected adults. *Vaccine* 1994; 12:1222–4.

[84] Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Measles pneumonitis following measles-mumps-rubella vaccination of a patient with HIV infection 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996; 45:603-6.

[85] Tattevin P, Depatureaux AG, Chapplain JM, Dupont M, Souala F, Arvieux C, et al.

Yellowfever vaccine is safe and effective in HIV infected patients. *AIDS* 2004; 18:825-7.

[86] Pistone T, Verdière MC, Receveur MC, Ezzedine K, Lafon ME, Malvy D.

Immunogénicité et tolérance du vaccin amaril chez le voyageur vivant avec le VIH, France, 2005. *Bull Épidémiol Hebd thématique* 2007;25-26:238-40.

[87] Tantawichien T, Jaijaroensup W, Khawplod P, Sitprija V.

Failure of multiple-site intradermal postexposure rabies vaccination in patients with human immunodeficiency virus with low CD4+T lymphocyte counts. *Clin Infect Dis* 2001; 33:E122-4.

[88] Hanslik T, Boulard JC, Baglin A.

Vaccination et maladies immunologiques. *Rev Med Interne* 1996;17:17-20.

[89] Schattner A, Ben-Chetrit E, Schmilovitz H.

Poliovaccines and the course of systemic lupus erythematosus – a retrospective study of 73 patients. *Vaccine* 1992; 10:98–100.

[90] Holvast B, Huckriede AL, Wilschut J, Horst G, De Vries JJ, Benne CA, et al.

Safety and efficacy of influenza vaccination in systemic lupus erythematosus patients with quiescent disease. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:913–8.

[91] Erkek E, Ayaslioglu E, Erkek AB, Kurtipek GS, Bagci Y.

Response to vaccination against hepatitis B in patients with Behcet's disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20:1508–11.

قسم الصيدلي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أقسم بالله

- ❖ أن أراقب الله في مهنتي **العظم**
- ❖ أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوماً وفيّاً لتعاليمهم.
- ❖ أن أزاوّل مهنتي بوازع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبداً في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- ❖ أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفع.
- ❖ أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- ❖ لأحصى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، أو أحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أف بالتزاماتي.

والله على ما أقول شهيد

Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.
- ❖ D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé public, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.
- ❖ D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à législation en vigueur aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- ❖ De ne pas dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.
- ❖ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.

الحمى الحادة عند فاقد المناعة
أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

رضا إفسوين السيد:

المزداد في: 30 غشت 1982 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الصيدلة

الكلمات الأساسية: الحمى – فقدان المناعة – تعففات انتهازية – التشخيص – الوقاية.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: ميمون زهدي

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

السيد: ياسين سبخوخ

أستاذ مبرز في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: زهرة أوزيف

أستاذة مبرزة في الكيمياء الإحيائية

السيدة: سارة عوفي

أستاذة مبرزة في علم الطفيليات

مشرف

أعضاء

{