

Hématologie et réanimation pédiatrique — Quand penser à un déficit immunitaire en réanimation ?

Haematology and paediatric intensive care — When should we evoke immunodeficiency during intensive care?

F.V. Valla

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Le réanimateur est régulièrement confronté à la problématique du déficit immunitaire (DI) : dans certains cas, des complications graves révéleront ce DI, en conduisant le patient en réanimation, notamment dans le cadre d'une infection sévère. Dans d'autres, la question du DI pourra se poser avant la survenue des complications et nécessiter une surveillance particulière ou une prophylaxie anti-infectieuse, notamment lors des DI iatrogènes secondaires. Dans tous les cas, l'association à un DI est un facteur de risque de gravité et de surmortalité en réanimation, comme en témoignent les critères de DI inclus dans les scores de morbidité utilisés en réanimation (IGS II, PIM 2...). Dans notre service de réanimation pédiatrique polyvalente, un diagnostic de DI est confirmé pour chaque 300 séjours.

En pratique, plusieurs situations devront faire rechercher un DI (nous ne traitons pas ici les situations dans lesquelles le DI est déjà connu) soit lors du séjour en réanimation, soit dans les antécédents :

- infection opportuniste : documentation d'un pathogène inhabituel chez l'immunocompétent ; le bilan est orienté (immunité innée, adaptative, humorale, cellulaire) par la nature du germe ;
- présentation inhabituelle d'une infection à un pathogène donné (infection sévère à pneumocoque, méningocoque, HSV...) ou son évolution inhabituelle (infection digestive chronique, candidose cutanée récidivante...);
- infection chez un patient théoriquement immunisé (vaccination ou infection antérieure) ;
- récurrence inhabituelle d'une infection : le DI commun variable (DICV) est évoqué devant des infections répétées des voies aériennes supérieures, des infections bactériennes

sevères. Un bilan immunitaire est justifié devant plus de huit otites annuelles (automne et hiver) chez l'enfant de moins de quatre ans et devant plus de quatre chez les plus de quatre ans, ainsi que devant plus de deux pneumonies ou sinusites annuelles. Une atteinte de l'immunité innée est évoquée devant la récurrence d'infections à bactéries pyogènes ;

- dysimmunité, associée à des DI cellulaires sévères par lymphoprolifération oligoclonale et auto-immunité (syndrome d'Omenn...) ou par réaction du greffon contre l'hôte maternofoetale ;
- diagnostic d'une pathologie associée connue pour s'accompagner d'un DI primitif : il peut s'agir d'une association syndromique (lymphopénie avec trouble de la migration du thymus de Di Georges, du syndrome d'Omenn, ou du syndrome CHARGE ...);
- diagnostic d'une pathologie associée connue pour s'accompagner d'un DI secondaire : néoplasie, maladie de système, dénutrition, infection virale (HIV...), asplénisme (congénital, traumatique, ischémique...), hypoprotidémie (syndrome néphrotique, brûlures, entéropathies...), lymphopénie des chylothorax... ;
- traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur (corticothérapie, anticorps monoclonaux, chimiothérapies, radiothérapie...);
- antécédents familiaux de DI ; la consanguinité est également un facteur favorisant ;
- signes aspécifiques : cassure staturopondérale, diarrhée chronique ;
- point d'appel biologique des « bilans de routine » : lymphopénie, neutropénie.

Une lymphopénie ou une neutropénie se doit d'être contrôlée après quelques jours : on éliminera les phénomènes de redistribution transitoire de ces cellules par diapédèse augmentée, notamment à la phase précoce de nombreuses infections bactériennes sévères, ou de certaines infections toxiques et virales. À l'inverse, la persistance de

F.V. Valla (✉)

Service de réanimation pédiatrique,
hôpital Femme-Mère-Enfant,
hospices civils de Lyon, 59, boulevard Pinel,
F-69500 Lyon-Bron, France
e-mail : frederic.valla@chu-lyon.fr

la lymphopénie ou de la neutropénie (ou sa récurrence) pourra révéler un défaut de production ou un excès de catabolisme de ces cellules et signer un DI.

Dans toutes ces situations, un bilan immunitaire de première intention est justifié (hémogramme, dosage pondéral des immunoglobulines, sérologies postinfectieuses ou postvaccinales) ; les examens de deuxième intention (phénotypage lymphocytaire, étude fonctionnelle des lymphocytes T et des polynucléaires, exploration du complément) seront discutés et orientés en fonction du contexte clinique. L'avis d'un centre de compétence des DI doit

être sollicité en cas de doute, notamment via le centre de référence déficits immunitaires héréditaires (CEREDIH).

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Bibliographie

1. Lortholary O, Fischer A, Hermine O (2007) Immunologic deficiencies. Optimizing diagnostic and therapeutic approaches. *Rev Prat* 57(15):1637–8