

Infections cutanées à *Mycobacterium chelonae*

ICMC - 2237

kottler-d@chu-caen.fr
leymarie-a@chu-caen.fr
Service de dermatologie
CHU de CAEN
FAX : 02 31 06 36 03 (à l'attention du Dr Kottler)

Médecin responsable : Dr Spécialité :

Hôpital / ville :

Objectifs de l'étude : mesure de la fréquence des infections cutanées à *Mycobacterium chelonae* survenant en dehors d'un contexte d'introduction du germe par un acte ou une pratique invasive et description des patients.

Critères d'inclusion :

- Patient > 18 ans
- Patient ayant présenté une infection cutanée (avec ou sans atteinte ostéo-articulaire par contiguïté) à *Mycobacterium chelonae* en dehors de tout geste invasif
- Accès aux informations cliniques

Critères de non-inclusion :

- Patient mineur
- Patient ayant une infection systémique (atteinte viscérale) à *Mycobacterium chelonae*
- Infection à *Mycobacterium chelonae* par inoculation lors d'un geste invasif (tatouage, mésothérapie, injections de traitements à partir de flacons contaminés...) ou par contact avec un milieu hydrique contaminé bien identifié.

1. Origine identifiée ?

☐ OUI

OUI = si présence dans le dossier médical du patient d'une information sur un geste invasif médical ou extra médical expliquant l'inoculation à *Mycobacterium chelonae* (par exemple : mésothérapie, séance de dialyse, tatouage, acte chirurgical ...) OU si cas faisant partie d'un épisode de cas groupé.

Si oui, préciser l'origine :

→ Arrêt du CRF (patient non incluable pour le reste de l'étude).

☐ NON ou NON PRECISEE

NON = absence de mention dans le dossier d'un geste invasif expliquant l'inoculation.

NON PRECISEE = aucune information dans le dossier sur la recherche de l'origine de l'inoculation.

→ Poursuite du CRF (patient incluable pour le reste de l'étude).

▲ **Attention : ne pas confondre porte d'entrée et inoculation, par exemple :**

- Est exclus de l'étude un patient ayant eu une séance de mésothérapie ayant entraîné l'infection cutanée à *Mycobacterium chelonae*.
- Est inclus dans l'étude un patient ayant des ulcères des membres inférieurs (sans notion de geste invasif au niveau des ulcères) qui se sont surinfectés à *Mycobacterium chelonae*.

2. Bilan d'extension réalisé

Bilan réalisé confirmant le caractère cutané isolé (+/- associé à une atteinte ostéo-articulaire par contiguïté) :

☐ TDM thoraco-abdomino-pelvien

☐ Hémoculture

☐ Examen ophtalmologique

☐ Autre

Préciser :

3. Informations sur le patient

Nom : | | | Prénom : | | | DDN : /...../...../...../

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Allergies médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, préciser :

STATUT IMMUNITAIRE

Pathologie(s) immunosuppressive(s) au moment du diagnostic :

☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, préciser :

1.
2.
3.
4.

Traitement(s) immunosuppresseur(s) au moment du diagnostic :

☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, préciser (**si prise de corticoïdes, merci de préciser la posologie**) :

1.
2.
3.
4.

Si pas d'antécédent de pathologie et/ou traitement immunosuppresseur au moment du diagnostic, prise de traitement(s) immunosuppresseur(s) **dans l'année précédant l'infection** ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, préciser le(s) traitement(s) **et la posologie si corticoïdes** :

1.
2.
3.
4.

Taux de lymphocytes au diagnostic : ☐ Non renseigné

Taux de lymphocytes CD4 au diagnostic : ☐ Non renseigné

Autres antécédents notables :

Traitements en cours au début des symptômes :

4. Informations sur l'infection à *Mycobacterium chelonae*

DIAGNOSTIC

Date du début des symptômes (/MM/AAAA/) : /...../...../...../

Date de la 1^{ère} consultation en rapport avec les symptômes : /...../...../...../

Date du diagnostic microbiologique : /...../...../...../

Type de prélèvement : ☐ pus profond ☐ biopsie cutanée

PROFIL DE RESISTANCE (si possible, faxer le(s) compte rendu(s))

PCR de recherche des gènes de résistance aux aminosides/macrolides réalisée :

☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, préciser le résultat :

Antibiogramme(s) réalisé(s) : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, présence de résistance : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Si oui, préciser les résistances :

.....

.....

DESCRIPTION HISTOLOGIQUE (si possible, faxer le compte rendu histologique)

Biopsie cutanée réalisée : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, Présence de BAAR : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Infiltrat inflammatoire : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Préciser le type :

Niveau de l'infiltrat :

Nécrose cutanée : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Vascularite : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Granulome : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Abcès : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Panniculite : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Folliculite : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Fibrose : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

DESCRIPTION CLINIQUE

Localisation des lésions au diagnostic :

☐ Membre inférieur Préciser :

☐ Unilatéral ☐ Bilatéral

☐ Unique ☐ 2 à 5 lésions ☐ > 5 lésions ☐ Non renseigné

☐ Membre supérieur	Préciser :		
☐ Unilatéral	☐ Bilatéral		
☐ Unique	☐ 2 à 5 lésions	☐ > 5 lésions	☐ Non renseigné
☐ Thorax ou abdomen	Préciser :		
☐ Unique	☐ 2 à 5 lésions	☐ > 5 lésions	☐ Non renseigné
☐ Dos	Préciser :		
☐ Unique	☐ 2 à 5 lésions	☐ > 5 lésions	☐ Non renseigné
☐ Visage	Préciser :		
☐ Unique	☐ 2 à 5 lésions	☐ > 5 lésions	☐ Non renseigné
☐ Cuir chevelu	Préciser :		
☐ Unique	☐ 2 à 5 lésions	☐ > 5 lésions	☐ Non renseigné

Présence d'une atteinte ostéo-articulaire par contiguïté : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Description des lésions (plusieurs choix possibles) :

Nodule ou papule :

☐ OUI ☐ NON

Pustule :

☐ OUI ☐ NON

Ulcération :

☐ OUI ☐ NON

Lésion crouteuse :

☐ OUI ☐ NON

Abcès sous cutané :

☐ OUI ☐ NON

Placard inflammatoire :

☐ OUI ☐ NON

Lésion purpurique :

☐ OUI ☐ NON

Lésion bulleuse :

☐ OUI ☐ NON

Œdème :

☐ OUI ☐ NON

Disposition sporotrichoïde (linéaire) des lésions :

☐ OUI ☐ NON

Adénopathie dans l'aire de drainage :

☐ OUI ☐ NON

Douleur : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

Fièvre : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non renseigné

5. Informations sur le traitement

Surveillance seule : ☐ OUI ☐ NON

Traitement chirurgical : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Traitement antibiotique : ☐ OUI ☐ NON

DETAILS DE L'ANTIBIOTHERAPIE

Préciser si association antibiotique avec le nom de la/des molécule(s), la posologie et si modification de celle-ci en cours de traitement, la voie IV/PO.

N.B : tout arrêt ou ajout d'une molécule induit un changement de ligne.

1^{ère} ligne :

+

+

Date de début : /...../...../...../

Date de fin : /...../...../...../

Motif d'arrêt/changement de l'antibiothérapie :

☐ Amélioration des lésions

☐ Stabilité des lésions

☐ Aggravation des lésions

Présence d'effets secondaires : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Ont-ils participé à l'arrêt/changement du traitement ? ☐ OUI ☐ NON

2^{ème} ligne :

+

+

Date de début : /...../...../...../ Date de fin : /...../...../...../

Motif d'arrêt/changement/reprise d'une antibiothérapie :

☐ Amélioration des lésions

☐ Stabilité des lésions

☐ Aggravation des lésions

☐ Récidive des lésions (s'il y avait eu arrêt du traitement)

Présence d'effets secondaires : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Ont-ils participé à l'arrêt/changement du traitement ? ☐ OUI ☐ NON

3^{ème} ligne :

+

+

Date de début : /...../...../...../ Date de fin : /...../...../...../

Motif d'arrêt/changement/reprise d'une antibiothérapie :

☐ Amélioration des lésions

☐ Stabilité des lésions

☐ Aggravation des lésions

☐ Récidive des lésions (s'il y avait eu arrêt du traitement)

Présence d'effets secondaires : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Ont-ils participé à l'arrêt/changement du traitement ? ☐ OUI ☐ NON

4^{ème} ligne :

+

+

Date de début : /...../...../...../ Date de fin : /...../...../...../

Motif d'arrêt/changement/reprise d'une antibiothérapie :

- ☐ Amélioration des lésions
- ☐ Stabilité des lésions
- ☐ Aggravation des lésions
- ☐ Récidive des lésions (s'il y avait eu arrêt du traitement)

Présence d'effets secondaires : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Ont-ils participé à l'arrêt/changement du traitement ? ☐ OUI ☐ NON

5^{ème} ligne :

+

+

Date de début : /...../...../...../ Date de fin : /...../...../...../

Motif d'arrêt/changement/reprise d'une antibiothérapie :

- ☐ Amélioration des lésions
- ☐ Stabilité des lésions
- ☐ Aggravation des lésions
- ☐ Récidive des lésions (s'il y avait eu arrêt du traitement)

Présence d'effets secondaires : ☐ OUI ☐ NON

Préciser :

Ont-ils participé à l'arrêt/changement du traitement ? ☐ OUI ☐ NON

6. Informations sur l'évolution et le suivi

Date des dernières nouvelles : /...../...../...../

Traitement antibiotique encore en cours : ☐ OUI ☐ NON

État aux dernières nouvelles :

- ☐ Guérison sans séquelle*
- ☐ Guérison avec séquelle
- ☐ Amélioration sans guérison
- ☐ Aggravation
- ☐ Absence d'évolution/stabilité

**Séquelle = lésion cutanée persistante dont le prélèvement n'a pas retrouvé la présence de Mycobacterium chelonae.*