



**HAL**  
open science

## **Polyradiculonévrite aiguë et myopéricardite durant une primo-infection à cytomégalovirus chez un patient sans déficit immunitaire identifié**

Yohan N’Guyen, Salem Ould Zein, David Petitpas, Patrick Chillet, Philippe Berger, Roland Jaussaud

► **To cite this version:**

Yohan N’Guyen, Salem Ould Zein, David Petitpas, Patrick Chillet, Philippe Berger, et al.. Polyradiculonévrite aiguë et myopéricardite durant une primo-infection à cytomégalovirus chez un patient sans déficit immunitaire identifié. *La Presse Médicale*, 2010, 39 (11), pp.1220-1223. 10.1016/j.lpm.2010.06.011 . hal-03267214

**HAL Id: hal-03267214**

**<https://hal.science/hal-03267214v1>**

Submitted on 28 Jun 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **Polyradiculonévrite aiguë et myopéricardite durant une primo-infection à cytomégalovirus chez un patient sans déficit immunitaire identifié**

Yohan N’Guyen, Salem Ould Zein, David Petitpas, Patrick Chillet, Philippe Berger, Roland Jaussaud, Madame Monsieur

► **To cite this version:**

Yohan N’Guyen, Salem Ould Zein, David Petitpas, Patrick Chillet, Philippe Berger, et al.. Polyradiculonévrite aiguë et myopéricardite durant une primo-infection à cytomégalovirus chez un patient sans déficit immunitaire identifié. La Presse Médicale, Elsevier Masson, 2010, 39, pp.1217 - 1220. 10.1016/j.lpm.2010.05.021 . hal-03267214

**HAL Id: hal-03267214**

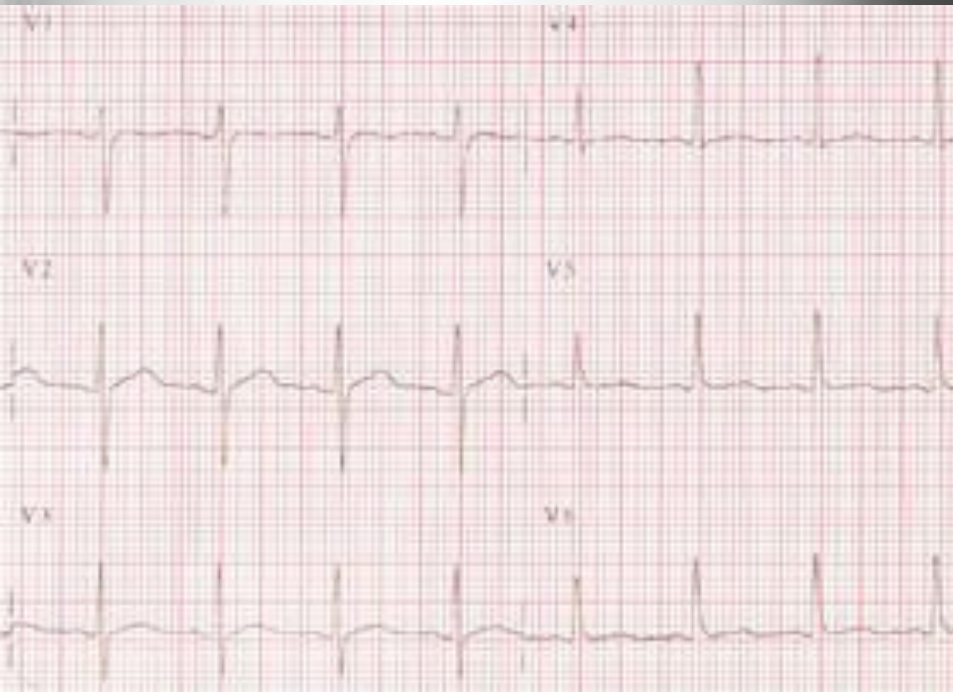
**<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03267214>**

Submitted on 28 Jun 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Figure



Titre :

1 Polyradiculonévrite aigüe et myopéricardite durant une primo-infection CMV chez un  
2 patient sans déficit immunitaire identifié.  
3  
4

5  
6 Titre :

7  
8 Cytomegalovirus primary infection with polyradiculoneuritis and myopericarditis in a  
9 patient without known immunodeficiency.  
10  
11  
12  
13  
14

15 Auteurs :

16  
17 Yohan N'Guyen<sup>1,2</sup>, Salem Ould Zein<sup>1</sup>, David Petitpas<sup>1</sup>, Patrick Chillet<sup>1</sup>, Philippe  
18 Berger<sup>1</sup>, Roland Jaussaud<sup>2</sup>.  
19  
20  
21  
22  
23  
24

25 <sup>1</sup> Service de Réanimation polyvalente, Hôpital de Chalons en Champagne, 51 rue du  
26 Commandant Derrien, 51000, Chalons en Champagne, France.  
27  
28

29 <sup>2</sup> Service de Médecine Interne et Maladies infectieuses, Hôpital Robert Debré, Avenue  
30 général Koenig, 51100, Reims, France.  
31  
32  
33  
34  
35  
36

37 Caractères : 10654 (document entier), 9686 (sans page de garde) .

38 auteur correspondant :

39  
40 Yohan N'Guyen. Service de Médecine Interne et Maladies infectieuses, Hôpital Robert  
41 Debré, Avenue général Koenig, 51100, Reims, France  
42  
43  
44  
45

46 Mail : yohan.nguyen@wanadoo.fr  
47  
48  
49  
50  
51

52 Remerciements : aucun.  
53

54 Support financier : aucun.  
55

56 Conflits d'intérêts : aucun.  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

### *Introduction :*

Les infections graves à Cytomégalo­virus (CMV) de l'immunocompé­tent sont de plus en plus fré­quemment rapportées [1]. Les myocar­dites à CMV étaient le fait des immunodéprimés [2], mais des observations chez l'immunocompé­tent ont été décrites [3].

Le CMV est aussi le deuxième agent en cause dans les polyradiculonévrites (PRN) aigües après *Campylobacter jejuni* [4]. Nous rapportons le cas d'une primo-infection grave à CMV associant une myopéricardite et une PRN aiguë chez un patient sans déficit immunitaire identifié.

### *Observation:*

Un homme de 48 ans, sans antécédents, est hospitalisé en réanimation pour une tétraparésie fébrile (J1). Il présentait depuis 17 jours une fièvre vespérale avec myalgies et toux sèche, auxquelles se sont ajoutées des paresthésies des extrémités depuis 9 jours.

L'examen initial retrouvait un patient fébrile à 38°C avec une paralysie faciale droite, un globe vésical, des troubles objectifs de la sensibilité superficielle et profonde ainsi qu'une tachycardie et une hypertension artérielle méconnue évocatrices d'une dysautonomie. Les réflexes ostéotendineux étaient abolis. La ponction lombaire initiale était normale sans dissociation albumino-cytologique. Le reste du bilan biologique retrouvait un syndrome mononucléosique et une cytolys­e hépatique à 2N avec élévation des gamma GT à 4N. La protéine C réactive était à 40 mg/l et la procalcitonine inférieure à 0.5mg/ml.

Suite à une dégradation de son état neurologique, le patient bénéficie d'une ventilation mécanique à J6 d'abord sur sonde d'intubation puis sur trachéotomie. Le diagnostic de PRN aiguë a été retenu devant la présentation clinique initiale, l'évolution et une dissociation albumino-cytologique (protéino­rachie 1,08 g/l pour 1

leucocyte/mm<sup>3</sup>) sur la seconde ponction lombaire réalisée à J14. Un traitement par immunoglobulines polyvalentes (0,4g/kg/j) a été entrepris de J4 à 8 (après 48 heures d'échanges plasmatiques).

Le bilan étiologique de cette PRN (sérologies *Campylobacter*, VIH, grippe, intracellulaires, cultures virales gorges et selles...) était négatif. Seules une sérologie CMV précoce (J2) et une antigénémie pp65 plus tardive (J15) étaient positives : respectivement, titre en immunoglobulines G (IgG) 67 pour une norme inférieure à 15, titre en immunoglobulines M (IgM) 2,58 pour une norme inférieure à 0,9 et antigénémie CMV positive à 7 noyaux. La polymérase chain reaction *Herpes viridae* sur le second liquide céphalorachidien était négative. Aucun sérum antérieur n'était disponible et la sérologie CMV de contrôle n'a pas été réalisée. Le diagnostic de PRN dans le cadre d'une primo-infection à CMV a été retenu.

Une antibiothérapie probabiliste par pipéracilline/tazobactam, amikacine et vancomycine a été instituée à J8 dans l'hypothèse d'une pneumopathie nosocomiale sous ventilation mécanique (figure1). Le patient est resté fébrile et tous les prélèvements bactériologiques et virologiques, y compris sur lavage bronchioloalvéolaire, négatifs.

Une échocardiographie transthoracique (ETT), initialement réalisée à J10 pour éliminer une endocardite, retrouvait un épanchement péricardique de faible abondance associé à un ventricule gauche modérément dilaté, avec baisse de la fraction d'éjection ventriculaire à 58% et épaisseur normale du myocarde. Les cavités droites et l'oreillette gauche n'étaient pas dilatées, les valves étaient normales. Cet aspect échocardiographique était en faveur d'une myopéricardite. Des troubles diffus de la repolarisation qui n'existaient pas sur l'électrocardiogramme (ECG) initial sont apparus secondairement (figure1).

A J15, un fond d'oeil retrouvait au niveau de l'oeil droit, des hémorragies



1 rétinienes et des nodules dysoriques péripapillaires compatibles avec une rétinite à  
2 CMV. Un traitement par ganciclovir est institué à la place de la triple antibiothérapie.  
3 L'évolution a été lentement favorable avec amélioration de la radiographie pulmonaire à  
4 J21, normalisation de la fraction d'éjection à J28, négativation de l'antigénémie à J30,  
5  
6 récupération motrice à partir de J41 et normalisation du fond d'oeil à J48.  
7  
8

9  
10 L'apyrexie définitive n'est survenue qu'à J49 après traitement d'une infection de  
11 cathéter central à *Pseudomonas aeruginosa*. Le ganciclovir a été relayé par voie orale à  
12 J62 et le patient décanulé à J63 après 15 jours de sevrage de la ventilation mécanique.  
13 La marche n'est récupérée complètement qu'après 4 mois de convalescence. Le  
14 ganciclovir est interrompu sans récurrence fébrile à J188. Aucun déficit immunitaire n'a  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24 été retrouvé.

#### 25 *Discussion :*

26  
27 Nous présentons le cas d'une primo-infection CMV se manifestant par une PRN  
28 associée à une myocardite, une rétinite et une pneumopathie bilatérale chez un patient  
29 sans déficit immunitaire identifié. Nous n'avons pas la preuve de la présence du CMV  
30 dans chacun des organes atteints mais la présence d'IgM anti CMV et d'une  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200

201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300

301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400

401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500

501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600

601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700

701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800

801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900

901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000

1 Les manifestations organiques dans le cadre des infections à CMV de  
2 l'immunocompétent sont polymorphes. Les plus fréquentes sont par ordre de fréquence :  
3 digestives, neurologiques centrales, hématologiques, pulmonaires et oculaires [1]. Les  
4 myocardites sont des manifestations très rares chez l'adulte immunocompétent [3], bien  
5 plus rares que chez le greffé cardiaque [2]. Notre patient associe une PRN et une  
6 myocardite ; cette association est exceptionnelle. Il n'y a qu'un seul cas identique  
7 répertorié dans la littérature [5]. Il s'agissait d'un patient de 22 ans qui présentait une  
8 PRN, et pour lequel le diagnostic de certitude d'infection à CMV a été posé grâce à des  
9 cultures virales post mortem, après un arrêt cardiaque brutal. La nécropsie confirmait la  
10 présence d'une myocardite sans inclusion. La tentation est grande de rattacher l'arrêt  
11 cardiaque à cette myocardite et la myocardite à cette infection à CMV. Cette  
12 observation [5] semble plaider pour la gravité des myocardites à CMV comme l'étude  
13 de Kytö [6] et al. qui retrouve, sur séries nécropsiques, le CMV comme principale cause  
14 de myocardites fatales. Dans notre observation, la myocardite du patient était peu  
15 symptomatique. Si les myocardites à CMV peuvent être graves et parfois  
16 asymptomatiques, faut-il les rechercher plus activement dans les infections à CMV par  
17 une ETT systématique ou guidée par l'ECG?

18 Dans cette observation, des manifestations de mécanisme immunologique  
19 comme la PRN [1,7] coexistent avec d'autres manifestations liées à l'effet  
20 cytopathogène du virus [8]. L'antigénémie CMV témoigne d'une répllication virale, bien  
21 après le début de la PRN. Ceci soulève la question de l'existence, chez le sujet **non**  
22 **immunodéprimé**, de PRN liées à l'effet cytopathogène direct du virus comme cela a été  
23 décrit chez les sidéens[9], et du rôle bénéfique que pourrait jouer le ganciclovir dans les  
24 PRN aiguës dues au CMV [7]. L'indication exacte du traitement par ganciclovir **des**  
25 **primo-infections graves de l'immunocompétent** n'est pas codifiée.



Des études complémentaires sont nécessaires afin de mieux définir les indications du ganciclovir et les modalités d'une surveillance cardiaque adaptée durant les primo-infections graves à CMV du sujet immunocompétent.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

*Bibliographie :*

1- Rafailidis P, Mourtzoukou E, Varbobitis I, Falagas M. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients : a systematic review.

Viol J 2008;5:47.

2- Millett R, Tomita T, Marshall HE, Cohen L, Hannah H. Cytomegalovirus endomyocarditis in a transplanted heart. A case report with in situ hybridization.

Arch Pathol Lab Med. 1991;115(5):511-5.

3-Fernández-Ruiz M, Muñoz-Codoceo C, López-Medrano F, Faré-García R, Carbonell-Porras A, Garfia-Castillo C et al. Cytomegalovirus myopericarditis and hepatitis in an immunocompetent adult: successful treatment with oral valganciclovir.

Intern Med 2008;47(22):1963-6.

4- Hughes RA, Hadden RDM, Gregson NA, Smith KJ. Pathogenesis og Guillain Barré syndrome.

J Neuroimmunol 1999;100:94-7.

5-Arnold AG, Lawrence DS, Corbitt G. Cytomegalovirus and the Guillain Barré syndrome.

Postgrad Med J. 1978;54(628):112-4.

6- Kytö V, Vuorinen T, Saukko P, Lautenschlager I, Lignitz E, Saraste A et al. Cytomegalovirus infection of the heart is common in patients with fatal myocarditis.

Clin Infect Dis. 2005;40(5):683-8.

7- Steininger C. Clinical relevance of cytomegalovirus infection in patients with disorders of the immune system.

Clin Microb Infect 2007;13:953-963.

8- Krmpotic A, Bubic I, Polic B, Lucin P, Jonjic S. Pathogenesis of murine cytomegalovirus infection.

Microbes Infect 2003;5:1263-1277.

1 9- Kim YS, Hollander H. Polyradiculopathy due to cytomegalovirus: report of two  
2 cases in which improvement occurred after prolonged therapy and review of the  
3 literature. Clin Infect Dis. 1993;17(1):32-7.  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

*Figure 1 : iconographie.*

*en haut : radiographie et scanner montrant la pneumopathie bilatérale prédominant à droite (J8).*

*en bas à gauche : dérivations précordiales de l'électrocardiogramme d'entrée (J3).*

*en bas à droite : dérivations précordiales de l'électrocardiogramme réalisé au moment de la myopéricardite (J10).*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Réponse aux commentaires sur le manuscrit : Polyradiculonévrite aigüe et myopéricardite durant une primo-infection CMV chez un immunocompétent. No LPM-D-10-00241

Madame Monsieur,

Veillez recevoir les réponses à toutes les suggestions que vous m'avez fait parvenir.

Reviewer 1:

Tout à fait d'accord avec vous, je ne l'ai peut être pas bien exprimé mais la question que je posais est de l'intérêt du ganciclovir dans les primo-infections graves de l'immunocompétent. Il n'est pas légitime de proposer un tel traitement dans des infections bénignes spontanément résolutive : le rapport bénéfice risque serait bien moins favorable alors. Je corrige la page 5 afin de retirer toutes les phrases portant à confusion.

Reviewer 2 :

Introduction P2: D'accord, mais il faut garder à l'esprit le patient dont nous présentons l'observation n'a pas présenté qu'un syndrome de Guillain Barré isolé (cf réponse infra).

Rédaction du cas clinique : je suis d'accord pour reformuler en plus condensé pour que les informations que vous souhaitez voir en priorité sautent plus aux yeux. Je souhaite par contre laisser tout le descriptif clinique et biologique car pour ce patient le diagnostic de PRN, myocardite et rétinite sur primo-infection à CMV est retenu devant :

- l'argument de fréquence du CMV comme vous le disiez en tant que second agent en cause dans les PRN
- une sérologie positive avec IgM et antigénémie, (ce qui peut être banal en réanimation)
- en l'absence de séroconversion documentée (pas de sérum antérieur), en l'absence d'avidité et en l'absence d'ascension du titre à J15 car sérologie non faite du fait des tégelines.
- et retenant le diagnostic de primo-infection bruyante plus probable qu'une réactivation bruyante après une primo-infection silencieuse chez un patient non immunodéprimé.

Il est à mon sens vraisemblable que le diagnostic soit bien celui là mais je souhaite laisser tous ces éléments pour que le lecteur puisse se faire son opinion et n'ait pas l'impression qu'on lui cache quelque chose dans ce contexte où le diagnostic biologique est attaquant.

L'EMG n' a pas été réalisé pour ce patient (ce sont les aléas de la « vraie vie », la seule neurologue qui savait lire les EMG dans cet hôpital périphérique était en vacances à cette période là de l'été). Il y'avait effectivement un intérêt initial à le réaliser mais le diagnostic de PRN a été retenu sur la clinique initiale, la dissociation albumino-cytologique lors de la deuxième PL et l'évolution.

D'accord.

P3 : Ok pour simplifier

L'Echocardiographie a été réalisée initialement pour éliminer une endocardite devant cette fièvre prolongée en réanimation chez un patient porteur d'un cathéter central. Je rajoute dans le texte.

J'ai par contre précisé volontairement le switch de l'antibiothérapie vers le ganciclovir seul pour souligner que l'antibiothérapie à large spectre n'avait aucun effet sur la fièvre alors que sous

ganciclovir (ou spontanément) le patient s'est mis en apyrexie et a corrigé une à une toutes les atteintes organiques décrites dans l'observation. Cette précision permet d'exclure tout rôle de l'antibiothérapie dans l'évolution du patient.

P4 : Non, effectivement on ne peut affirmer de manière indéniable que toutes les atteintes organiques (rétinite, myocardite, pneumopathie) soient liées au CMV, en l'absence d'effet cytopathogène du virus identifié par exemple sur une biopsie d'organe (ex biopsie endomyocardique). C'est le sens de la phrase : « [...] *Nous n'avons pas la preuve de la présence du CMV dans chacun des organes atteints mais la présence d'IgM anti CMV et d'une antigénémie CMV positive permet raisonnablement d'imputer l'ensemble des symptômes à la réplication du CMV, tout comme la résolution des différentes atteintes organiques sous ganciclovir.* »

Il paraît somme toute moins probable d'avoir 4 maladies différentes (une pour la rétinite, une pour la myocardite, une pour la pneumopathie et une pour la PRN) que d'avoir un seul diagnostic uniciste chez un sujet jeune sans antécédents. De plus, cette démarche probabiliste correspond davantage à la réalité : on ne peut prendre le risque de déplacer un malade intubé/ventilé pour réaliser une biopsie pulmonaire ou une biopsie endomyocardique sans bénéfices clairs derrière sur le plan thérapeutique, alors qu'un traitement d'épreuve a un meilleur rapport bénéfice/risque.

On a donc considéré de ce fait que ce malade avait une atteinte polyviscérale due au CMV, et nous l'avons mis sous Ganciclovir. Il n'y a en effet aucune preuve de l'efficacité du ganciclovir dans les PRN ni dans les atteintes polyviscérales du CMV chez le patient non immunodéprimé, mais l'intérêt de cette observation est de le discuter et je citerai l'autre reviewer de ce manuscrit dont je partage le point de vue : « [...] je doute que l'on puisse évaluer correctement l'intérêt des anti CMV dans l'infection à CMV de l'immunocompétent. Mais compte tenu de l'efficacité in vitro et de l'efficacité chez l'immunodéprimé, on devrait conclure que toute forme sévère d'infection à CMV même chez un immunocompétent devrait conduire à prescrire un anti CMV, ganciclovir ou foscarnet. »

Comité de rédaction :

D'accord avec votre suggestion de prudence. Je change le titre, la dernière phrase de l'introduction page 2 et la discussion page 5. Je me suis par contre permis de retirer primitif.

Veillez agréer Madame, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Yohan N'Guyen