

Ballinger et al. [5] erklären den Mechanismus der bakteriellen Koinfektion als eine virusinduzierte Alteration der respiratorischen Epithelien, welche die Adhärenz und die Invasion der Bakterien vereinfacht. Die Abwehrzellen werden inadäquat rekrutiert oder aktiviert und die inadäquate Expression von Zytokinen fördert eine immunsuppressive Mikroumgebung, welche ein bakterielles Wachstum fördert.

Die Reihenfolge der Ansteckung innerhalb der Familie ist nicht mehr zu eruieren. GAS können in der gleichen Familie zirkulieren und zu wiederholten Ansteckungen führen; häufig sind Kinder Überträger der Influenza B. 3 Toxine konnten beim GAS nachgewiesen werden. Diese Superantigene aktivieren sehr effizient die T-Lymphozyten und können die Invasivität und Virulenz massiv steigern.

Die Koinfektion von Influenza B und GAS stellt ein Risiko für einen schweren, komplikationsreichen Verlauf dar. Bei einem Grippepatienten mit einer raschen klinischen Verschlechterung mit entsprechenden Symptomen sollten die diagnostischen und therapeutischen Schritte unverzüglich eingeleitet werden.

Korrespondenz:

PD Dr. Nicolas Müller
Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene
UniversitätsSpital
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
nicolas.mueller@usz.ch

Literatur

- 1 Morens DM, Taubenberger JK, Fauci A. Predominant role of bacterial pneumonia as a cause of death in pandemic influenza: implications for pandemic influenza preparedness. *J Infect Dis.* 2008;198:1–9.
- 2 Aebi T, Weisser M, Bucher E, Hirsch HH, Marsch S, et al. Co-infection of influenza B and streptococci causing severe pneumonia and septic shock in healthy women. *BMC Infect Dis.* 2010;10:308.
- 3 Scaber J, Saeed S, Ihekweazu C, Efstratiou A, McCarthy N, et al. Group A streptococcal infections during the seasonal influenza outbreak 2010/11 in South East England. *Euro Surveill.* 2011;16(5).
- 4 Parola P, Colson P, Dubourg G, Million M, Charrel R, et al. Letter to the editor: Group A streptococcal infections during the seasonal influenza outbreak 2010/11 in South East England. *Euro Surveill.* 2011;16(11).
- 5 Ballinger MN, Standiford TH. Postinfluenza bacterial pneumonia: host defenses gone away. *J Interferon Cytokine Res.* 2010;30:643–52.

Qu'en pensez-vous? Une femme de 38 ans vient avec une fatigue et une faiblesse progressives depuis 2 mois. Elle présente en outre une légère faiblesse de contact des membres inférieurs et un discret trouble de la démarche. Le reste du status est sans particularité. Elle pèse 57 kg, sa tension artérielle est à 110/70 mm Hg, sa fréquence cardiaque à 110/min, sa saturation d'O₂ à l'air ambiant est normale. Le laboratoire donne une hémoglobine de 61 g/l, un MCV de 104 fl, réticulocytes 2,11%, leucocytes 1,1 G/l (60% de lymphocytes), thrombocytes 254 G/l. De quoi pourrait-il bien s'agir et pourquoi?

(Pour la solution voir colonne de droite)

Solution: Une carence en vitamine B₁₂? – Juste. Mais pourquoi? Elle a subi il y a 16 ans une dérivation gastrique en Y selon Roux. A 22 ans elle pesait 100 kg et après l'opération elle a perdu beaucoup de poids – et ce n'est que 16 ans plus tard que la carence en vitamine B₁₂ se manifeste. Elle peut durer à vie et cette patiente doit être contrôlée à vie. (*Mayo Clin Proc.* 2010;85:392–5.)