

# Monsieur MA 26 ans

- D'origine indienne, en France depuis 1 an pour un doctorat en mécanique automobile
- Pas d'antécédent particulier, 2 frères une sœur en BS en Inde
- Depuis son arrivée en France,
  - altération progressive en France avec une perte pondérale de 12 kg mis initialement sur le compte de difficultés d'adaptation à la vie Bretonne et notamment alimentation
  - Asthénie modérée, quelques sueurs nocturnes

# MA 26 ans – histoire clinique

- Passage aux urgences le 3 juin pour douleurs épigastriques
  - Associées à des vomissements
  - Fièvre à 39° C
  - Précédée d'une odynophagie, dysphagie haute
  - Mis sous Augmentin + solupred (diagnostic d'Angine ? )
- Hospitalisation le 5 juin pour accentuation de la symptomatologie digestive (43 kg pour 1m75, apyrétique)
  - Existence d'une perforation de l'oesophage à 3 cm et sténose infranchissable
    - compression extrinsèque de l'oesophage par une masse sous carénaire de 3,5 x cm (adénopathie) et bulles évocatrices de fistule
  - Micronodules pulmonaires
- Prélèvements pulmonaires négatifs (LBA), direct et PCR BK
- Jéjunostomie pour alimentation entérale
- Epididymite droite,
  - anapath : granulomes épithéliodes giganto-cellulaires focalement nécrosante, pas de BAAR au Ziehl, PCR négative
  - Mis sous traitement anti-TB : quadrithérapie

## MA – 26 ans - traitement

- 26.06 : traitement par rifampicine (IV), INH (IV) pyrazinamide, Ethambutol (SG)
- 5.07 (J11) :
  - Nausées, douleurs abdominales, subictère conjonctival
  - ASAT 237 UI/L, ALAT = 602 UI/l (17x la LSN), Ph. Alcalines = 434 UI/ml, Gamma-GT = 480 UI/L, TP = 73%
  - Lipasémie normale
  - TP = 90 %
  - NFS : pas de syndrome mononucléosique
  - Autre examen ?, échographie hépatique



**Conduite à tenir ?**

# MA – 26 ans - Evolution

- Arrêt de tout traitement anti-TB pendant 3 jours
  - Amélioration des transaminases
- Culture en milieu liquide + à J12, Mycobacterium tuberculosis
- Sérologies Hépatite B et C négatives, IgM anti HAV négative



QUID ?

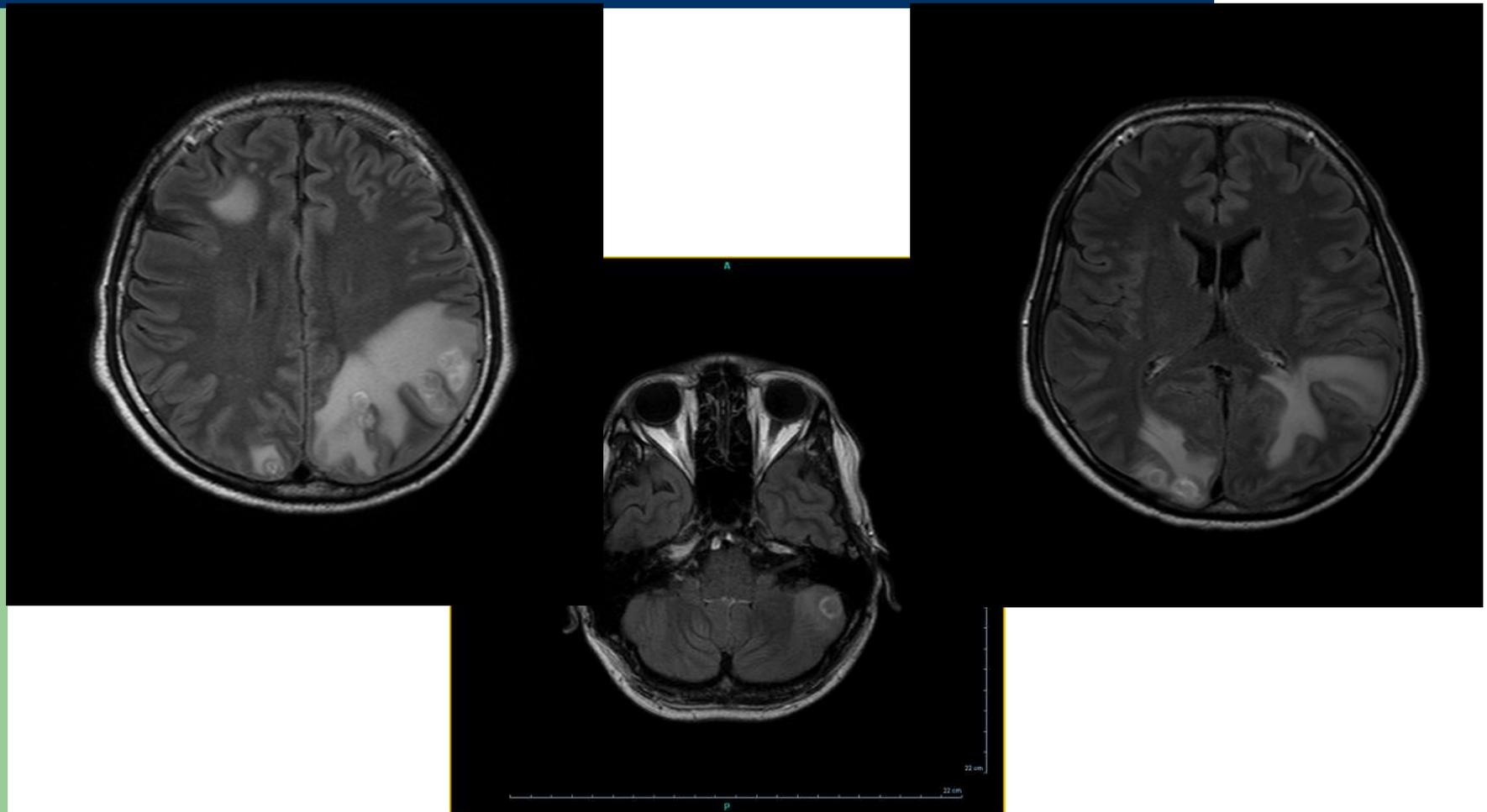
# MA – 26 ans – reprise de traitement

- J14 :
  - reprise rifampicine 450 mg (10 mg/kg) + Amikacine 750 mg/j
  - Diminution des transaminases , réintroduction de l' INH 150 mg/J (J20),
  - Normalisation du bilan hépatique le 15/7 (J20)
- Pas de réintroduction du pyrazinamide
- Dans la nuit du 23 au 24 juillet, céphalées + dysarthrie, ataxie cérébelleuse sans réapparition de la fièvre
  - Examen : apraxie (ne peut plus écrire) aphasie, sensation de flou visuel



QUID ?

# MA – 26 ans - Evolution



# MA – 26 ans - Questions

- 1 – Nombreux abcès cérébraux « évolutifs » évocateurs de Tuberculome vu le contexte
  - Diagnostic différentiel ?
    - Cysticercose surtout *paragonimose*..
    - Toxoplasmose (chez le sujet VIH)
    - Abcès cérébral à germes pyogènes
    - Tumeurs cérébrales primitives ou métastatiques

# Quelques images

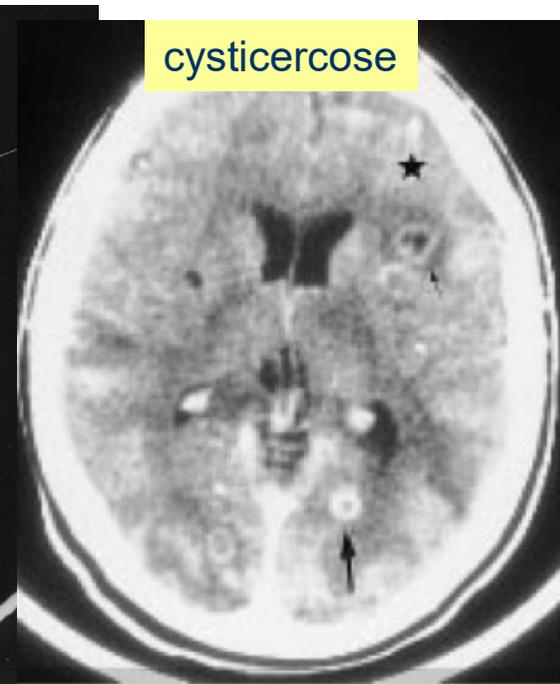
Streptocoque milleri



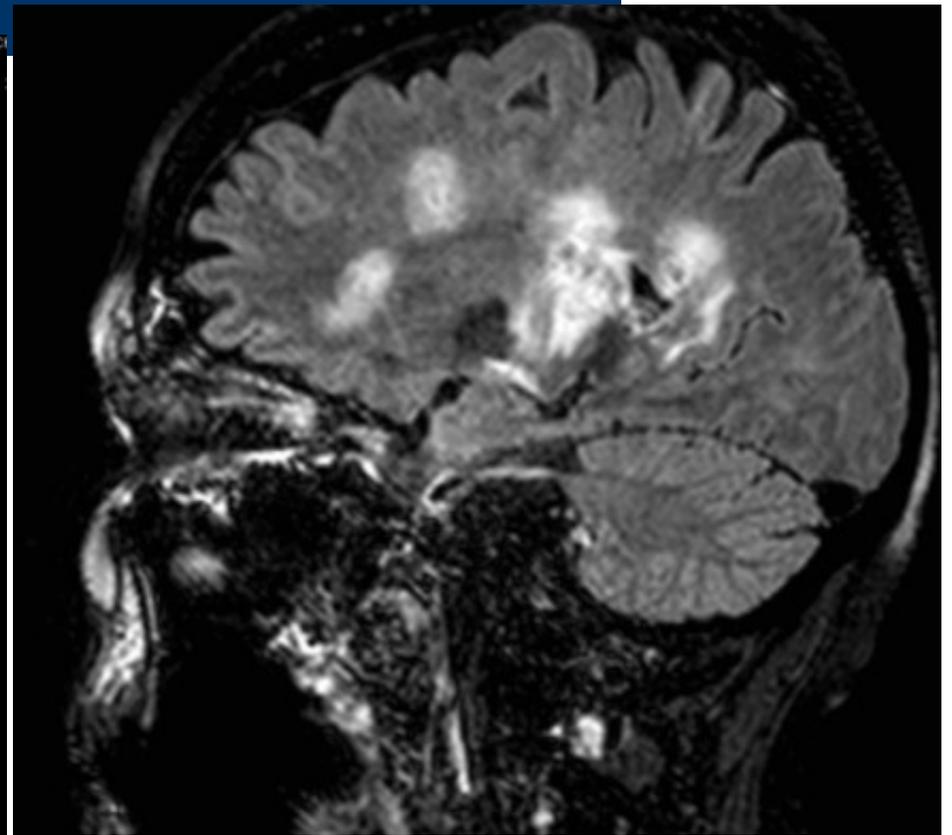
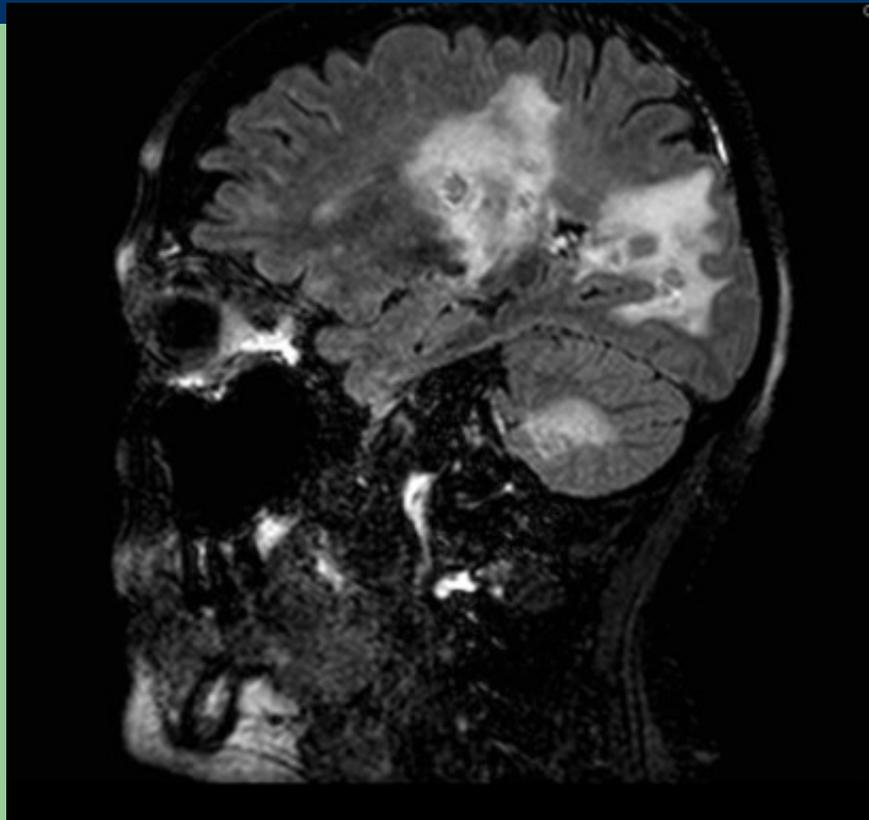
Toxoplasmose



cysticercose



# Nocardiose



# Tuberculomes ?

## Scan ou IRM non spécifique mais

- Fréquence des lésions multiples (15-34%) (*moy4-5 lésions, qqfoisplus*)
- de taille variable : 1mm à 5 cm, localisées n'importe où dans le SNC
- les plus fréquentes sont de type «abcès» (30-50%)
- d'aspect initial hypodense avec «ringenhancement» après injection + +
- et oedème périlésionnel
- effet masse inconstant (33 à 50%)
- lésions au stade tardif hyperdenses & calcifiées (< 10%)
- en fait aspects assez polymorphes, pseudo-tumeur solide (40%), abcès

# MA – 26 ans - Questions

- 1 – Nombreux abcès cérébraux « évolutifs » évocateurs de Tuberculome vu le contexte
- 2 – Examens complémentaires ?
- 3 – Dosage de l'INH à 3hr = 1,5 mg/l, et rifampicine ½ hr après la perfusion = 6 µg/ml
- 4 – Traitement
  - Doit-on « rechallenger » la pyrazinamide ?
  - Intensifier le traitement
    - AMG ne pénètrent par les méninges ?
    - FQ ? Lévofoxacine, moxifloxacine ?
- 5 – Intérêt des corticoïdes ?

# MA – 26 ans - Evolution

- Traitement par
  - rifampicine, rimifon, éthambutol, amikacine,
  - + Corticoïdes 1 mg/kg
- 21 jours plus tard, se plaint de soif importante et urine beaucoup
  - Glycosurie +++++, pas d'acétone, glycémie = 15 mmol/l
  - Fonction rénale normale

Que faire ?

## MA – 26 ans - Evolution

- Mi- septembre, paresthésies des MI, à prédominance distale, difficultés à marcher, absence des achilléens (à priori présent lors de l'examen initial)
- Son traitement :
  - rifampicine, rimifon, amikacine

CONDUITE A TENIR ?

## MA – 26 ans – Evolution ultérieure

- Favorable
- Guérison à 12 mois
- Séquelles cérébrales à M12
- Traitement par
  - rifampicine, rimifon, éthambutol, amikacine, pendant 2 mois après la découverte des tuberculomes
  - Puis rimifon rifampicine amikacine 4 mois
  - Puis rifinah, total 8 mois
  - Corticoïdes arrêt progressif sur 1 mois 1/2

