

# **Cas cliniques intractifs de médecine tropicale**

**JNI 2008 Marseille**

**P. PAROLA . SMIT. Hôpital Nord. Marseille.**



**Femme de 47 ans**

**Vit au Bénin depuis 3 mois**

**Sœur d'une communauté en milieu rural**

**Sans chimioprophylaxie antipaludique**

**ATCD :       thyroïdectomie 2005 (nodules)  
              décollement de rétine 2001 (laser)**

**Vaccinations à jour : DTP – fièvre jaune – hépatite A  
                          typhoïde**

**25/03/07 :** accès palustre (FGE +) au Bénin  
TRT : quinine IV. Perfusion dans un dispensaire. Matériel à usage unique

**J4 :** toujours fébrile :  
arrêt quinine (veinite au site de perfusion)  
TRT par Malarone<sup>®</sup> + Novalgine<sup>®</sup>

**J5 :** toujours fébrile. Polypnée.  
FGE : négatif  
NFS : neutropénie (GB 1,1 Giga/L  
dont 40% PNN)

→ Rapatriement sanitaire



## Quelle peut être l'origine de la neutropénie?

1 - iatrogène : quinine IV

2 - iatrogène : Malarone®

3 - accès palustre (signe de gravité)

4 - iatrogène : Novalgine®

5 - primo-infection à VIH

# Quelle peut être l'origine de la neutropénie?

1 - iatrogène : quinine IV



2 - iatrogène : Malarone® +



3 - accès palustre (signe de gravité)



4 - iatrogène : Novalgine® +++



5 - primo-infection à VIH



**02/04/07 : J7 arrivée à Marseille**

**Fièvre 39°C. Polypnée 40/mn. Crépitants bilatéraux.  
Diminution du murmure vésiculaire.**

**NFS : GB 10 Giga/L 85% PNN Hb et plaquettes : N  
SGOT : 105 UI/L SGPT : 300 UI/L PAL 119 UI/L  
 $\gamma$ GT : 86 UI/L CRP : 229 mg/L**

**Hypoxémie : 60 mmHg  
Sat : 80%**

**FGE : négatif  
Test antigénique ICT :  
positif (*P. falciparum*)**



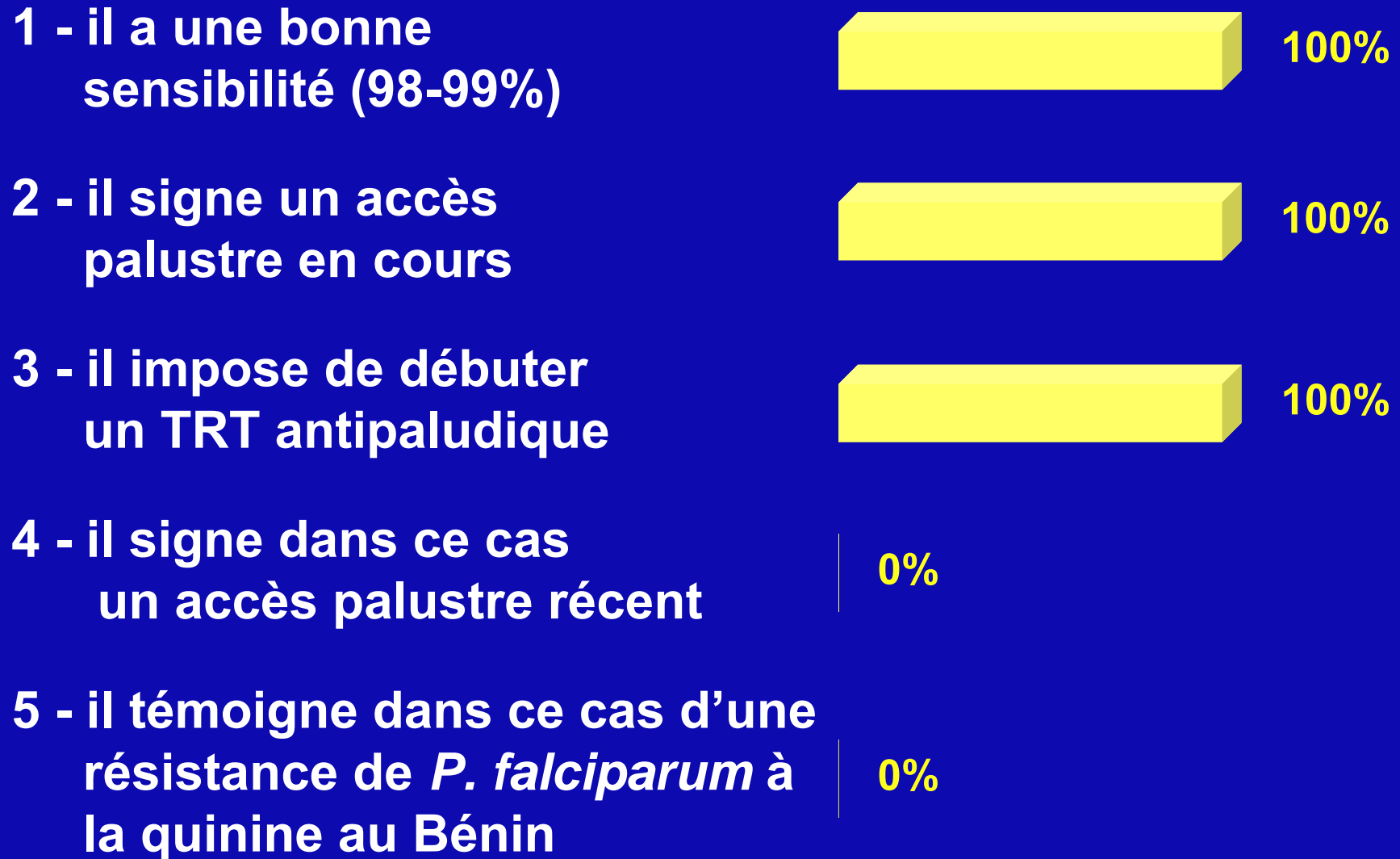


## **Concernant le test ICT positif à *P. falciparum*?**

- 1 - il a une bonne sensibilité (98-99%)**
- 2 - il signe un accès palustre en cours**
- 3 - il impose de débiter un TRT antipaludique**
- 4 - il signe dans ce cas un accès palustre récent**
- 5 - il témoigne dans ce cas d'une résistance de  
*P. falciparum* à la quinine au Bénin**

Réponse

## Concernant le test ICT positif à *P. falciparum*?





## Scanner et angioscanner en urgence



**Epanchement pleural bilatéral**

**Opacités multiples  
intra-parenchymateuses**

**Absence d'embolie pulmonaire**



## Quel diagnostic évoquez vous?

- 1 - un accès palustre grave
- 2 - une pleuro-pneumopathie bactérienne bilatérale multifocale
- 3 - une infection nosocomiale
- 4 - une fièvre Q
- 5 - une histoplasmosse
- 6 - une légionellose

## Quel diagnostic évoquez vous?

1 - un accès palustre grave



2 - une pleuro-pneumopathie  
bactérienne bilatérale  
multifocale



3 - une infection nosocomiale



4 - une fièvre Q

0%

5 - une histoplasmosse

0%

6 - une légionellose

0%

**Pleuro-pneumopathie bactérienne  
bilatérale multifocale nosocomiale  
secondaire à une thrombophlébite  
superficielle**





## **Quel traitement instaurer en urgence après les hémocultures?**

**1 - amoxicilline IV**

**2 - amoxicilline - clavulanate IV**

**3 - ceftriaxone IV**

**4 - ceftriaxone IV + azithromycine PO**

**5 - vancomycine + gentamicine IV**

**6 - imipenem IV**

# Quel traitement instaurer en urgence après les hémocultures?

1 - amoxicilline IV



100%

2 - amoxicilline - clavulanate IV

0%

3 - ceftriaxone IV

0%

4 - ceftriaxone IV + azithromycine PO

0%

5 - vancomycine + gentamicine IV

0%

6 - imipenem IV

0%

**Résultats des hémocultures à 24h :**

**2/3 positives à cocci Gram +**

**Pas de changement de TRT**

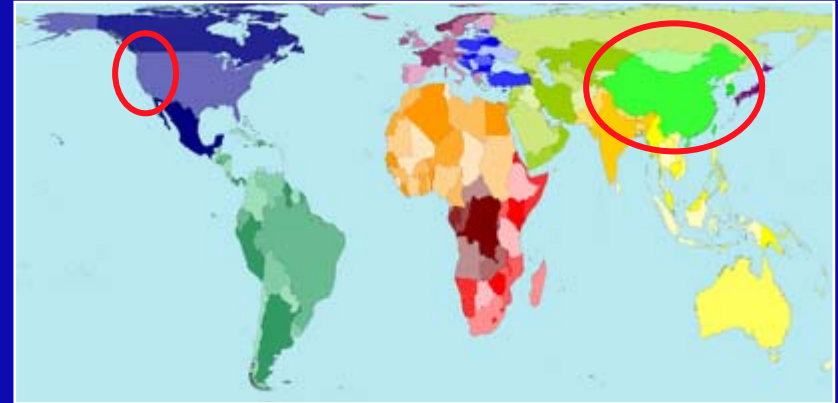
**Résultats des hémocultures à 48h :**

***Staphylococcus aureus* methi-R !!!!**



**Contexte nosocomial !!!!**

**F. Lanternier**  
**SMIT Hôpital Necker-Enfants malades**  
**Centre d'Infectiologie Necker-Pasteur.**  
**Paris**



- **Femme, 63 ans**
- **Adressée pour fièvre, toux sèche, sueurs nocturnes**
- **Origine vietnamienne, en France depuis 1975**
- **Voyage de 3 semaines en Chine il y a 11 semaines et voyage en Californie il y a 6 semaines**
- **Examen clinique normal**
- **CRP = 6, NFS et bilan hépatique : N**



# Scanner thoracique





# Quels diagnostics évoquez-vous?

1 - tuberculose

2 - histoplasmosse

3 - mélioirose

4 - coccidioïdomycose

5 - paragonimose

# Quels diagnostics évoquez-vous?

1 - tuberculose



100%

2 - histoplasmosse



100%

3 - mélioiidose



100%

4 - coccidioïdomycose

0%

5 - paragonimose

0%



# Quel examen vous parait le plus contributif pour le diagnostic ?

1 - IDR à la tuberculine

2 - sérologie VIH

3 - BK tubages

4 - lavage broncho-alvéolaire

# Quel examen vous parait le plus contributif pour le diagnostic ?

1 - IDR à la tuberculine

0%

2 - sérologie VIH



3 - BK tubages

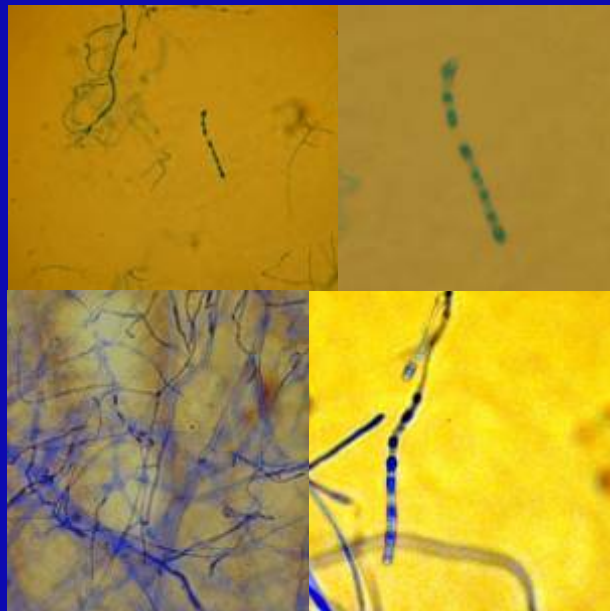
0%

4 - lavage broncho-alvéolaire

0%

## Examens réalisés

- IDR tuberculine < 5mm
- Sérologie VIH : -
- BK tubages : négatifs
- **LBA :**
  - Examen direct bactério, BAAR, mycologie : négatif
  - Culture...



Arthroconidies  
de *Coccidioides immitis*  
**= coccidioïdomycose**

# Quels examens proposez-vous pour le bilan d'extension?

1 - scintigraphie osseuse

2 - ponction lombaire

3 - IRM cérébrale

4 - hémocultures

5 - culture des urines

# Quels examens proposez-vous pour le bilan d'extension?

1 - scintigraphie osseuse



2 - ponction lombaire



3 - IRM cérébrale



4 - hémocultures

0%

5 - culture des urines

0%



Réponse

## **Quels examens proposez-vous pour le bilan d'extension?**

1. scintigraphie osseuse

2. ponction lombaire

3. IRM cérébrale

4. hémocultures

5. culture des urines

... tous ces examens sont pertinents mais négatifs chez la malade

**= coccidioïdomycose pulmonaire**

## Quel traitement proposez-vous?

1 - caspofungine x 1 mois

2 - posaconazole x 3 mois

3 - ambisome x 6 mois

4 - itraconazole à vie

# Quel traitement proposez-vous?

1 - caspofungine x 1 mois

0%

2 - posaconazole x 3 mois

0%

3 - ambisome x 6 mois



100%

4 - itraconazole à vie

0%

→ **Apyrexie**

**Régression des images radiologiques**

**Négativation de la sérologie histoplasmosse**

# Coccidioïdomycose pulmonaire

Répartition : Arizona, **Californie**, Nouveau Mexique, Texas

Contamination respiratoire par arthrospores

Clinique:

- primo-infection (asymptomatique ou **pneumopathie**)
- **forme pulmonaires chroniques**
- forme disséminée : peau, os, SNC

Diagnostic :

- champignon dimorphique : sphérules dans les tissus, filaments en culture (hyphes à angles droits avec arthroconidies)  
(risque de contamination de laboratoire en cas de manipulation de la forme filamenteuse obtenue en culture : P3)
- *Coccidioides immitis*, *Coccidioides posadasii* : identification par PCR



# Traitement

## Recommandations IDSA 2005

Situations cliniques		Antifongique de référence	Durée du traitement
Pneumonie aiguë	non compliquée	+/- Azolé oral	3 à 6 mois
	diffuse et/ou sévère	Polyène	1 an min puis selon évolution et DI
Lésion cavitaire ou nodule pulmonaire isolés		Azolé oral	3 à 6 mois
Pneumonie fibro-cavitaire progressive chronique		Azolé oral	1 an min puis selon évolution et DI
Forme disséminée	Atteinte extra méningée	Azolé forte dose	Selon évolution et DI
	Atteinte neurologique	Azolé à dose majorée	A vie
Femme enceinte		Polyène	Selon l'atteinte initiale

## Critères de traitement de la coccidioïdomycose non compliquée

### Indicateurs de sévérité de la maladie

Perte de poids > 10% du poids de base

Sueurs nocturnes intenses > 3 semaines

Infiltrat atteignant > 50% d'un poumon ou les 2 poumons

Adénopathie hilare volumineuse ou persistante

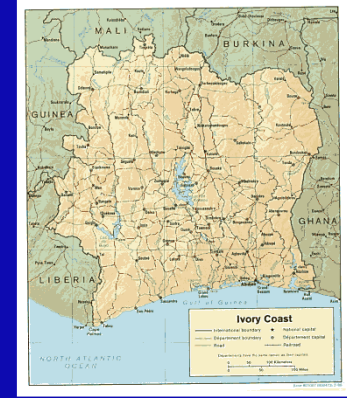
Concentration d'anticorps fixant le complément > 1/16

Incapacité à travailler

Symptômes persistants > 2 mois

Age > 55 ans

**P.S. BA et C. RAPP**  
**SMIT. Hôpital Bégin, Saint-Mandé**



- . Mme N, 36 ans, origine ivoirienne**
- . Résidant en France depuis 1992**
- . Antécédents de tuberculose pulmonaire 1996**
- . « Douleurs tibiales bilatérales chroniques »**

## **Examen clinique :**

**apyrexie**

**absence de lésion cutanée ou muqueuse**

**absence d'adénopathie**

**douleur à la palpation des crêtes tibiales sans**

**tuméfaction ni cicatrices visibles**

**examens ostéo-articulaire et neurologique normaux**

**pouls périphériques présents**

## **Biologie :**

**NFS et électrophorèse de l'hémoglobine sans anomalie**

**VS à 46 mm, CRP 10 mg/l**

**Sérologie VIH (-)**

**TPHA 1/10240, VDRL (-), FTA IgG (-)**



# Clichés radiographiques





**Parmi les diagnostics suivants, lequel évoquez-vous en première intention ?**

**1 - tuberculose**

**2 - ostéite staphylococcique**

**3 - syphilis**

**4 - ostéo-périostite pianique**

**5 - infection à M. ulcerans**

# Parmi les diagnostics suivants, lequel évoquez-vous en première intention ?

1 - tuberculose



100%

2 - ostéite staphylococcique



100%

3 - syphilis



100%

4 - ostéo-périostite pianique

0%

5 - infection à M. ulcerans

0%



# **Quel(s) examen(s) vous semble(nt) utile(s) pour confirmer le diagnostic ?**

**1 - sérologie**

**2 - biopsie osseuse**

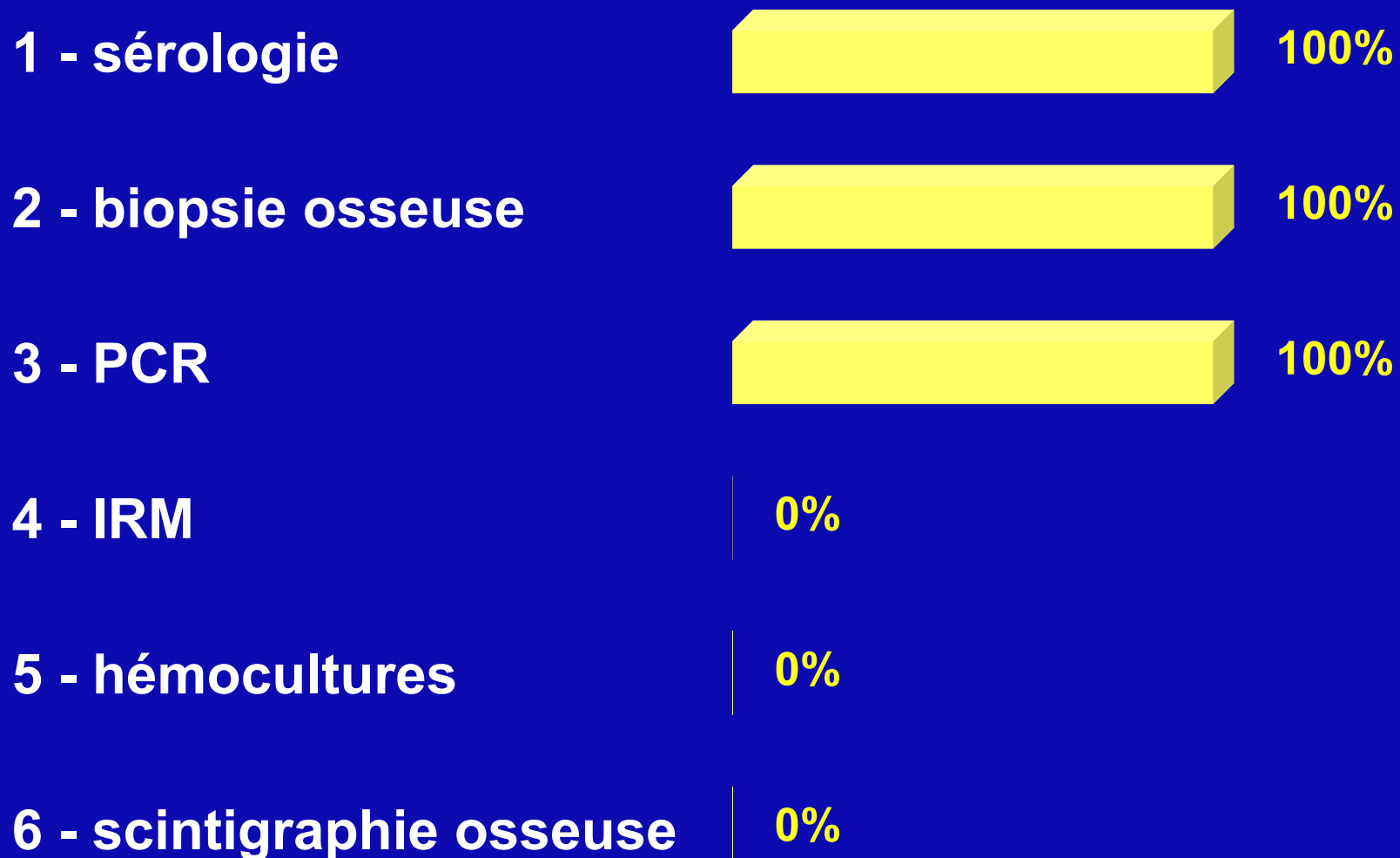
**3 - PCR**

**4 - IRM**

**5 - hémocultures**

**6 - scintigraphie osseuse**

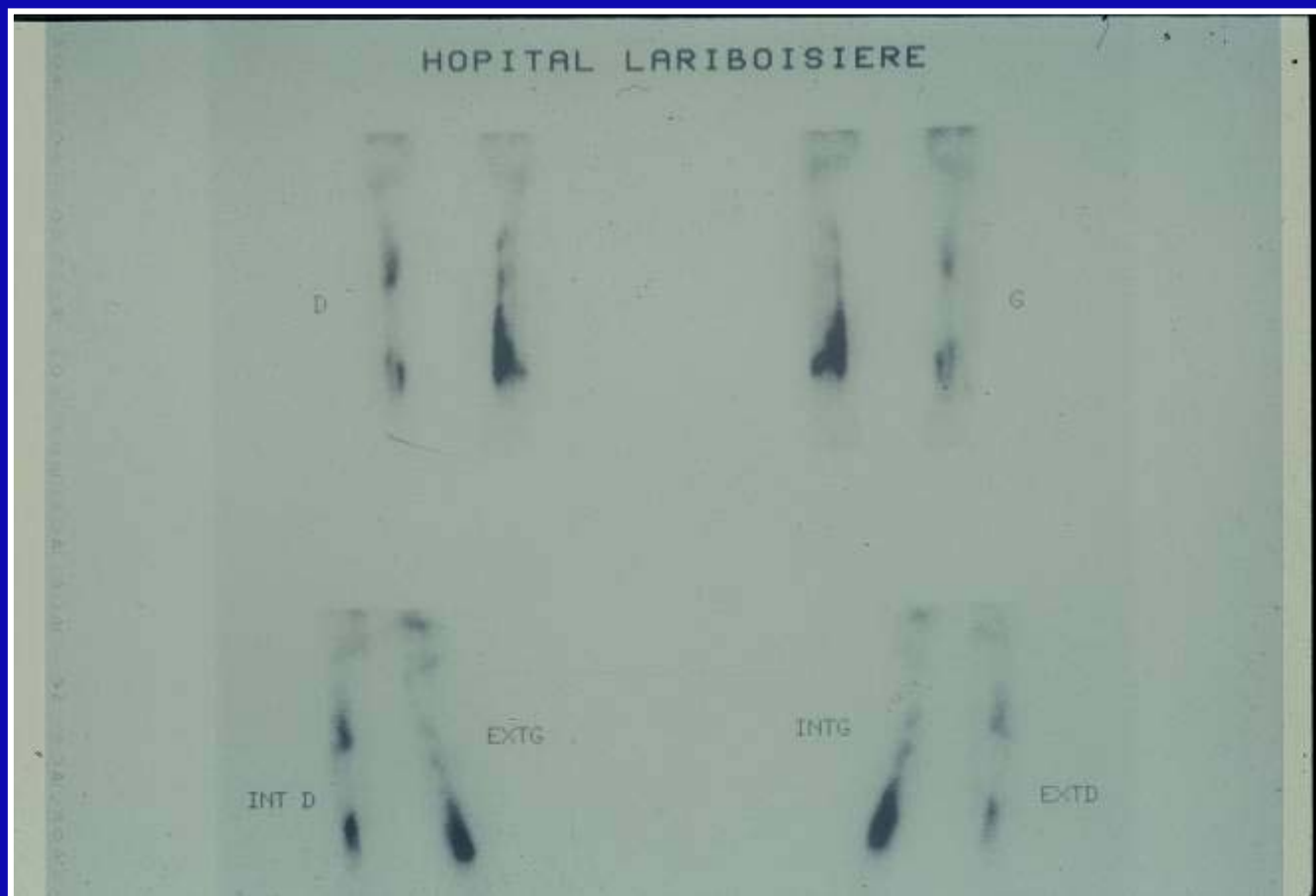
# Quel(s) examen(s) vous semble(nt) utile(s) pour confirmer le diagnostic ?



## ... Voici le résultat de l'IRM des tibias



... Voici le résultat de la scintigraphie





## Quel traitement choisirez-vous ?

1 - pénicilline G

2 - ceftriaxone

3 - curetage chirurgical

4 - cyclines



## Quel traitement choisissez-vous ?

1 - pénicilline G



100%

2 - ceftriaxone



100%

3 - curetage chirurgical



100%

4 - cyclines



0%

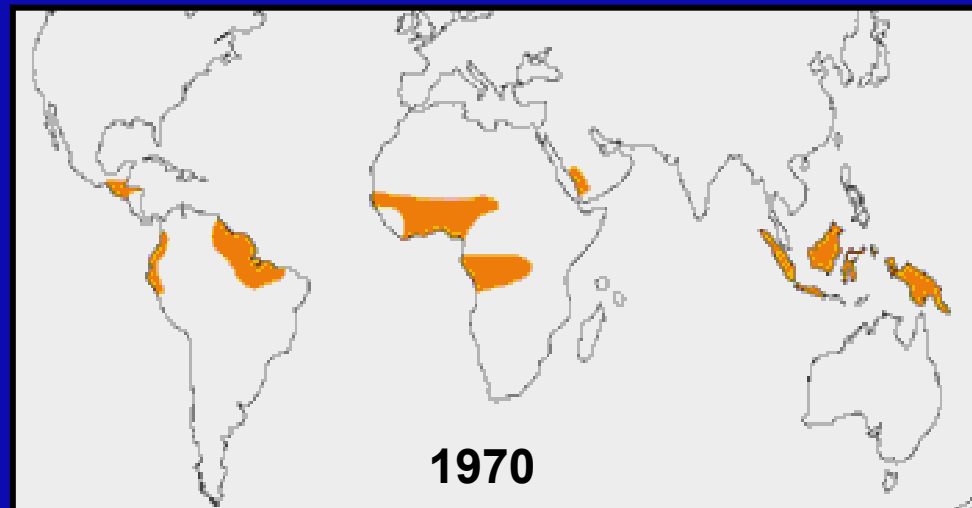
# PIAN

Agent pathogène : *Treponema pallidum ssp pertenue*

Réservoir : enfants (2-10 ans)

Transmission : directe interhumaine (contact avec lésions cutanées récentes)

Répartition géographique : *Afrique de l'Ouest et centrale, Asie du Sud Est, Amérique du sud, Pacifique*



# PIAN et atteintes osseuses

<b>PIAN précoce</b>		<b>PIAN tardif</b>
<p><i>primaire</i></p> <p>Incubation : 3 à 5 semaines</p> <p>chancre extra-génital « Pian mère »</p> <p>guérison en 2 à 3 mois</p>	<p><i>secondaire</i></p> <p>PIANOMES</p> <p>PIANIDES Lésions muqueuses</p> <p><b>Ostéites précoces</b></p>	<p><i>tertiaire</i></p> <p>Lésions cutanées</p> <p>Gommes</p> <p><b>Ostéo- périostites</b></p>

# Diagnostic différentiel

En priorité	Affections rares
<p>Ostéomyélite chronique <b>aseptique</b> <b>bactérienne /BK</b></p> <p>Mycose Lèpre OH de Pierre Marie Maladie de Paget <b>Infection à <i>M. ulcerans</i></b></p>	<p>Maladie de Caffey</p> <p>Pachypériostose</p> <p>Mélorhéostose</p> <p>Acropathie thyroïdienne</p> <p>Hypervitaminoses</p>
<p><b>TREPONEMATOSES : bégel, syphilis</b></p> <p><b>(Age + origine + lésions osseuses)</b></p>	

# Critères distinctifs des tréponématoses osseuses

	Pian	Syphilis	Béjel
<b>Type de lésion</b>			
Lame de sabre sans périostite	non	oui	non
Atteinte unilatérale d'un tibia	non	oui	non
Atteinte de plus de 3 groupes osseux	<b>oui</b>	non	non
Atteinte des mains et pieds	<b>oui</b>	non	non
<b>Fréquence des atteintes</b>			
Déformation en lame de sabre	<b>33 %</b>	4 %	25 %
Atteinte tibiale sans atteinte du péroné	<b>49 %</b>	<b>36 %</b>	71 %

## Traitement et évolution ...

La **pénicilline** est le traitement de choix (OMS)

**Benzathine pénicilline** : Adulte : dose unique 1,2 à 2,4 MUI  
Enfant : 1/2 dose si < 10 ans

**Allergie** : tétracycline, macrolides (érythromycine 40 mg/kg/j 15 jours)

**Absence d'attitude consensuelle dans les atteintes osseuses**

**Chez notre patiente, amélioration des douleurs sous ceftriaxone IV pdt 15 jours, absence de modification des lésions morphologiques**

**En cas d'échec** : traitement chirurgical (curetage)

**P.S. BA et C. RAPP**  
**SMIT. Hôpital Bégin, Saint-Mandé**



**Mr P..., militaire, caucasien de 23 ans**

- . Séjour de 5 mois en Guyane (15 mars-15 septembre)  
sous prophylaxie par chloroquine-proguanil**
- . 8 octobre, paludisme à *Plasmodium vivax* traité par CQ**
- . Rechute le 30 octobre**
- . 9 novembre « douleur de l'hypochondre gauche »**

## **Examen clinique :**

**température 37 °C**

**PA 110/80 mmHg, fc 80/min**

**splénomégalie 1TD**

**douleur sans défense ni  
contracture**

**BU négative**

## **Biologie :**

**Hb : 11 g/dL**

**Plaquettes 380 G/L**

**TP, TCA : normaux**

**Frottis / GE : négatif**





## **Parmi les diagnostics suivants, lesquels évoquez-vous en première intention ?**

**1 - infarctus splénique**

**2 - torsion splénique**

**3 - péritonite**

**4 - rupture splénique**

**5 - abcès splénique**

# Parmi les diagnostics suivants, lesquels évoquez-vous en première intention ?

1 - infarctus splénique



100%

2 - torsion splénique



100%

3 - péritonite



100%

4 - rupture splénique

0%

5 - abcès splénique

0%

# Quels examens vous paraissent utiles pour confirmer le diagnostic ?

1 - ASP

2 - abdominocentèse

3 - tomодensitométrie abdominale

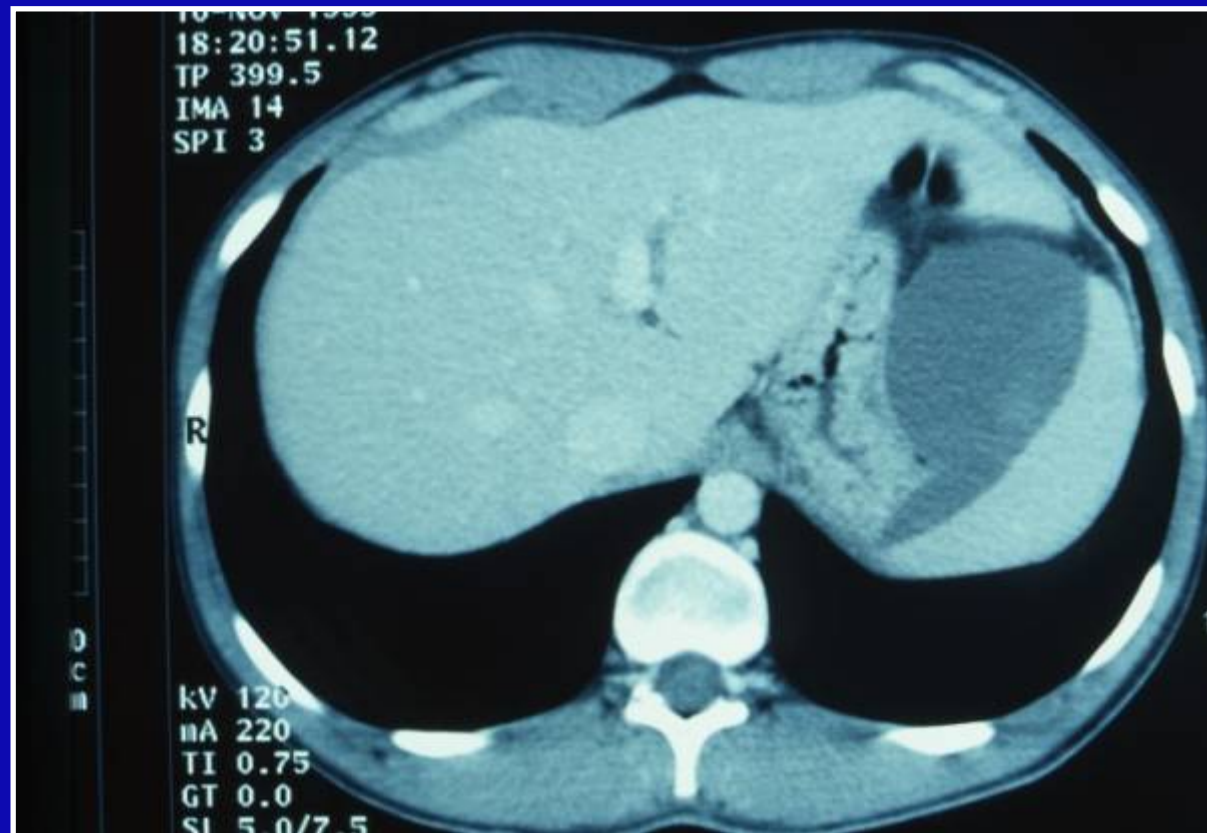
4 - échographie abdominale

5 - hémocultures

## Quels examens vous paraissent utiles pour confirmer le diagnostic ?



... voici le résultat de la TDM abdominale à J0





# Quelles mesures thérapeutiques proposez-vous à ce patient ?

1 - transfusion

2 - splénectomie

3 - traitement médical conservateur

4 - splénoirraphie

# Quelles mesures thérapeutiques proposez-vous à ce patient ?

1 - transfusion



100%

2 - splénectomie



100%

3 - traitement médical conservateur



67%

4 - splénoirraphie

0%

# Paludisme et ruptures spléniques

## Epidémiologie

### Complication classique, rare

*Malariathérapie* → 1/1000 cas ?

*Maladie naturelle* → 1/50000 cas ?

**50 cas adultes de 1958 à 2007** (Imbert P, Rapp C. *Travel Med infect Dis* 2008)  
***P. falciparum* (24), *P. vivax* (22), autres espèces (4)**

Sexe ratio H/F : 3,1

Age médian : 32

Non-immun : 63 %

Voyageurs : 60 %

Primo-invasion :

Pf : 88 % ; Pv : 40 %

Délai médian fièvre-rupture  
7j (0-37)



# Paludisme et ruptures spléniques

## Clinique

### Formes progressives

- Douleur : 75 %
- Fièvre : 73 %
- Splénomégalie 35 %

**Collapsus** : 36 %

### Formes médico-légales

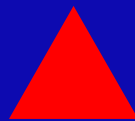
## Diagnostic

### Echographie / TDM

Splénomégalie 81 %

Fracture 33 %

Hématome péri capsulaire 88 %



**Splénomégalie douloureuse**

# Paludisme et ruptures spléniques

## Mécanismes – Facteurs favorisants

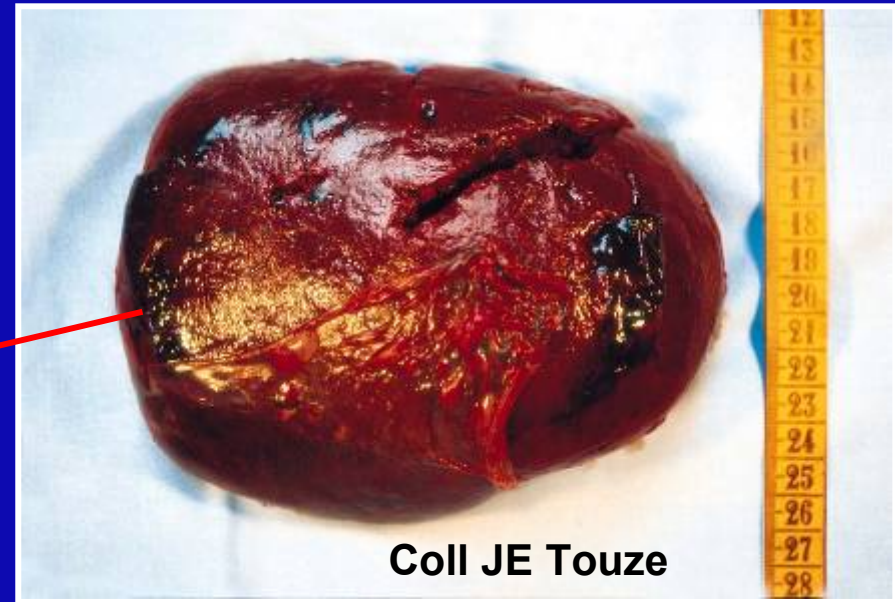
### Mécanismes complexes ?

Pendant ou après accès palustre

Hématome favorisé par :

- infiltration lymphocytaire
- ischémie
- troubles de l'hémostase

Rate hypertrophique, congestive  
Fractures



Coll JE Touze

**Facteurs favorisants** : absence d'immunité, infarctus ? traumatisme ?

# Paludisme et ruptures spléniques

## Prise en charge controversée ?

Splénectomie ou traitement médical conservateur ?

Privilégier la sauvegarde de la rate

Critères de choix :

- disponibilité des outils de surveillance
- état clinique
- besoins transfusionnels ?
- faible pertinence des critères morphologiques

*(Rapp C et al. Rev Med Interne 2002 )*

## Evolution - Pronostic

Létalité 23 % ( *P. falciparum* 33 %, *P. vivax* 14 %)

Voyageurs > autres catégories (37 vs 8 %)

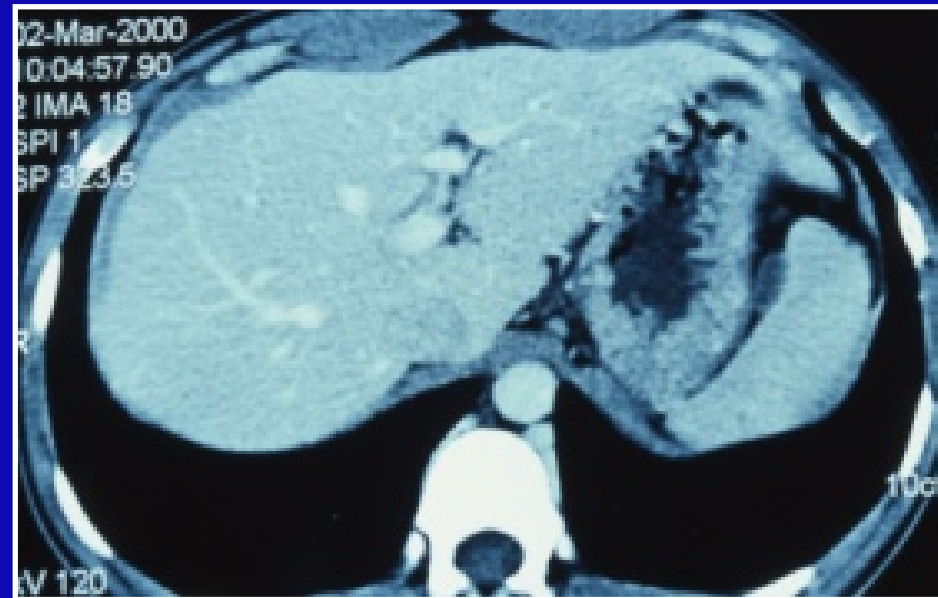
# Traitement et évolution ...

**Repos strict**

**Sortie à J10**

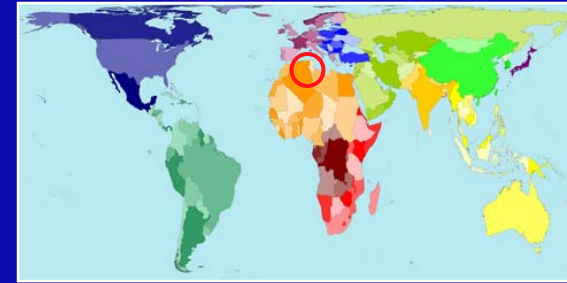
**Régression des lésions  
morphologiques**

**Reprise des activités  
physiques à M4**



**K. Aoun. Service de parasitologie  
Institut Pasteur de Tunis**

- **Mlle NA, 16 ans, consulte à Tunis**
- **Origine rurale, sud de la Libye**
- **Placards hyperkératosiques  
verruqueux et végétants du visage  
et des membres**
- **Évolution depuis 3 ans**
- **Pas d'adénopathies loco-régionales**
- **Immunité humorale et cellulaire  
normales, sérologie VIH négative**





# Quel est votre diagnostic ?

1 - leishmaniose cutanée

2 - tuberculose

3 - lèpre

4 - mycose

5 - tréponématose

# Quel est votre diagnostic ?

1 - leishmaniose cutanée

0%

2 - tuberculose

0%

3 - lèpre

100%

4 - mycose

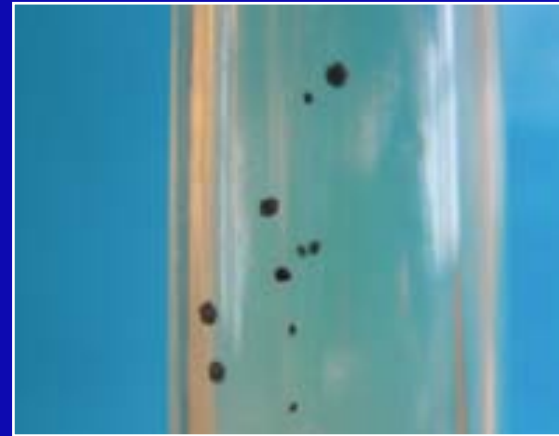
0%

5 - tréponématose

0%

# Examen mycologique : *Phialophora verrucosa*

- Ex direct : filaments mycéliens septés brunâtres
- Cultures :
  - colonies noirâtres, petites et duveteuses
  - mycelium septé et ramifié paroi sombre ; phialides latérales ou terminales en bouteille avec spores apicales





# Il s'agit donc...

1 - d'une blastomycose

2 - d'une chromomycose

3 - d'une sporotrichose

4 - d'un mycétome fongique

## Il s'agit donc...

1 - d'une blastomycose



100%

2 - d'une chromomycose



100%

3 - d'une sporotrichose



100%

4 - d'un mycétome fongique

0%



# Quel est le mode de contamination de cette chromomycose ?

- 1 - contact cutané intime avec un malade
- 2 - morsure d'animal
- 3 - inhalation de spores
- 4 - piqûre d'insecte
- 5 - traumatisme par des végétaux

# Quel est le mode de contamination de cette chromomycose ?

1 - contact cutané intime avec un malade

0%

2 - morsure d'animal

0%

3 - inhalation de spores



100%

4 - piqûre d'insecte

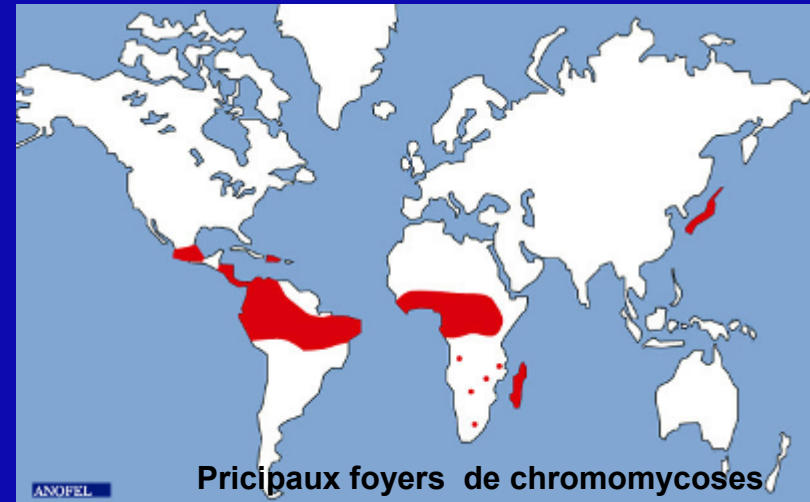
0%

5 - traumatisme par des végétaux

0%

# Chromomycose (Maladie de Lane)

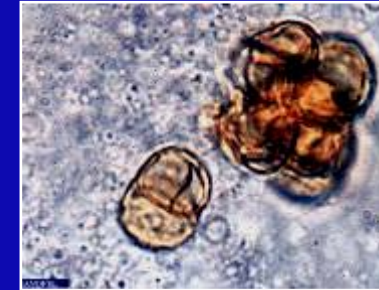
- Champignons demaciés du sol (plusieurs espèces dont *Phialophora verrucosa*)
- Agriculteurs, éleveurs, travailleurs du bois : blessures telluriques ou par des végétaux



- Localisations préférentielles aux membres inférieurs +++ (80%)
- Incubation (> 1 mois) → nodules rouge-violacé → ulcération  
→ lésions verruqueuses extensives, indolores sans ADP  
loco-régionales

# Chromomycose

**Diagnostic biologique : cellules fumagoïdes**  
**Biopsies**  
**Prélèvements mycologiques**



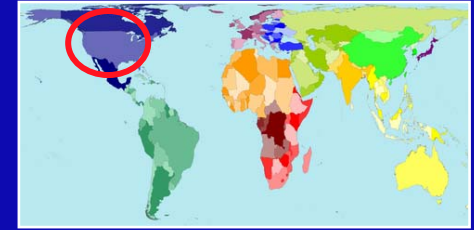
**Traitement**

- amphotéricine B sous formes liposomales
- itraconazole (100 à 200 mg/j) + 5 fluoro-cytosine
- terbinafine 500 mg/j
- voriconazole?
- longue durée (6 mois minimum)

**Pronostic : chronicité, récurrences de règle...**

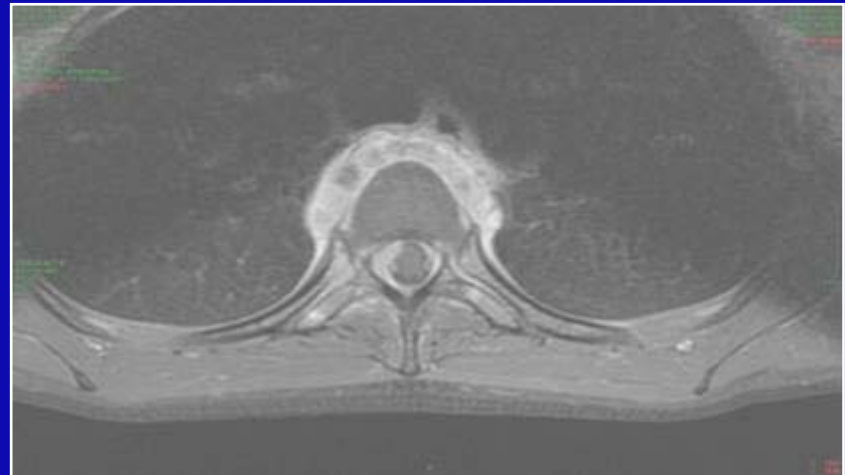
**Prévention : bottes, gants**

A. Paugam, F. Larousserie, MT. Baixench, D. Gherissi,  
A. Florea, J. Wipff, D. Salmon-Céron. SMIT CHU Cochin Paris.



- Mme K., 27 ans, célibataire, éducatrice en collège vivant à Phoenix (USA) depuis 18 mois, vient se faire soigner en France...
- Hospitalisée en Rhumatologie pour douleurs dorso-lombaires apparues il y a 9 mois et s'aggravant depuis 2 mois, à recrudescence nocturne, transfixiantes, non calmées par des dérivés morphiniques
- Née au Congo, en France depuis l'âge de 2 ans  
Fracture clavicule G. Namibie (2003), sinon RAS
- Température = 37,7°C, rachis souple  
Examen neurologie normal
- CRP = 59 mg/l 9000 PN/mm<sup>3</sup> 3 hémocs - VIH-  
IDR : 7 mm BK crachats/tubage -
- Radio de thorax normale

# IRM : spondylite D5 + abcès paravertébral





# IRM : spondylite L4 sans discite





# Quels examens complémentaires vous paraissent les plus pertinents ?

1 - PET scan

2 - biopsie vertébrale

3 - sérologie de Wright

4 - quantiféron BK

# Quels examens complémentaires vous paraissent les plus pertinents ?

1 - PET scan



100%

2 - biopsie vertébrale



100%

3 - sérologie de Wright



100%

4 - quantiféron BK

0%



## Quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable ?

1 - tuberculose

2 - brucellose

3 - coccidioïdomycose

4 - histoplasmosse

# Quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable ?

1 - tuberculose



50%

2 - brucellose



50%

3 - coccidioïdomycose

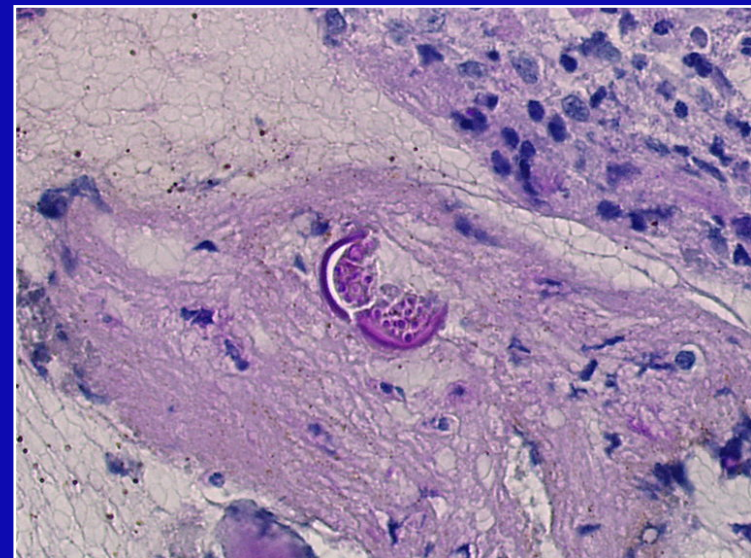
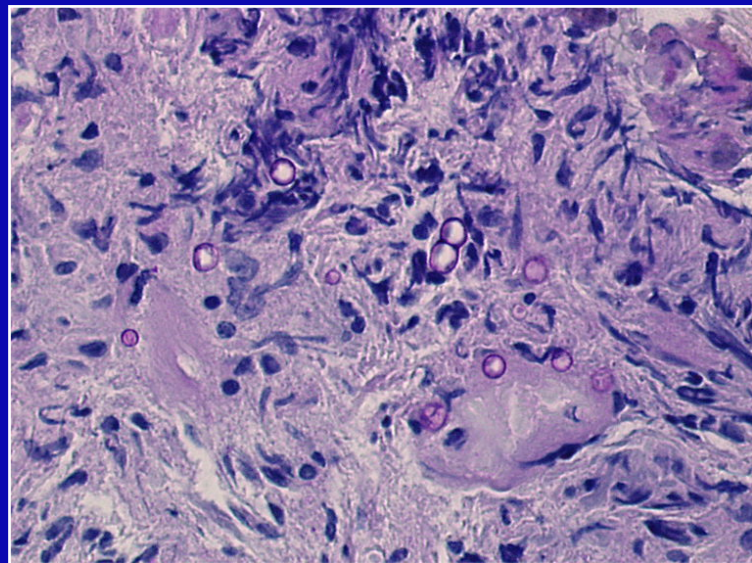
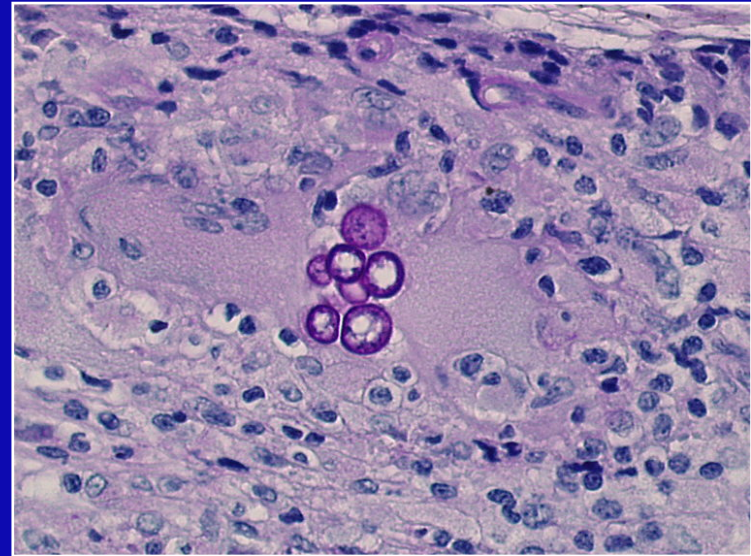


50%

4 - histoplasmose

0%

# Biopsie vertébrale histologie





## Quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable ?

1 - tuberculose

2 - brucellose

3 - coccidioïdomycose

4 - Histoplasmosse

# Quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable ?

1 - tuberculose

0%

2 - brucellose

0%

3 - coccidioïdomycose

100%

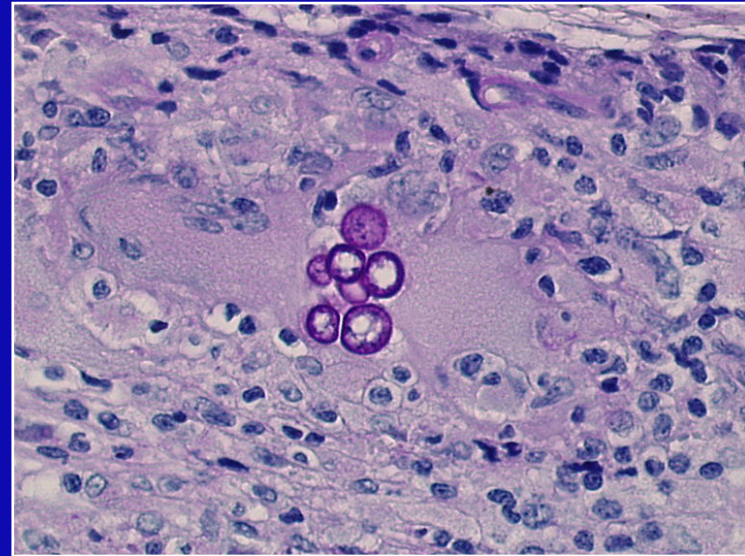
4 - Histoplasmosse

0%

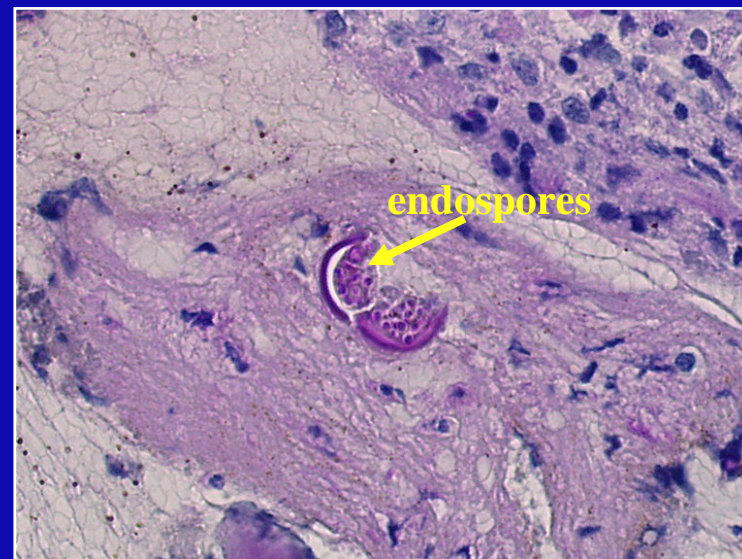
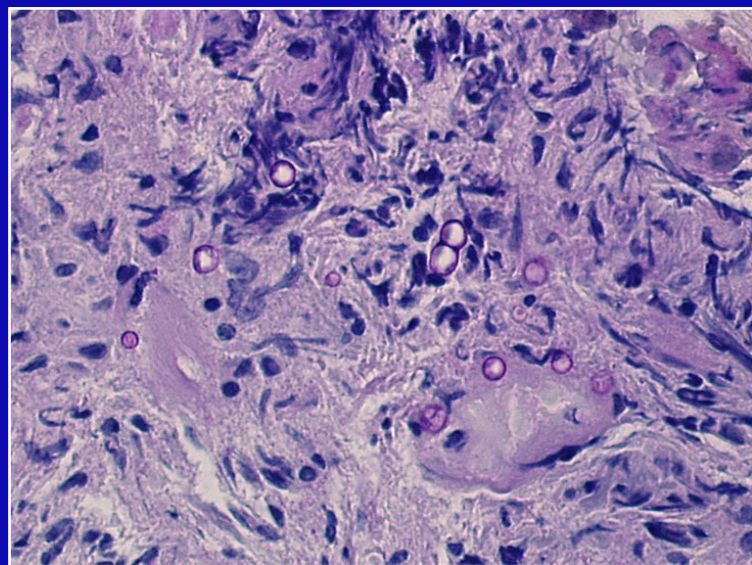




# Biopsie vertébrale histologie



Sphérules de *Coccidioides immitis*





## Quelle(s) proposition(s) suivante(s) est(sont) exacte(s) ?

- 1 - le diagnostic doit être confirmé par l'isolement de *Coccidioides immitis* en culture
- 2 - le diagnostic doit être confirmé par la positivité de la sérologie anti-*Coccidioides immitis*
- 3 - il y a des mesures à prendre vis-à-vis du personnel de laboratoire
- 4 - il y a des mesures à prendre vis-à-vis du personnel soignant

## Quelle(s) proposition(s) suivante(s) est(sont) exacte(s) ?

1 - le diagnostic doit être confirmé par l'isolement de *Coccidioides immitis* en culture



2 - le diagnostic doit être confirmé par la positivité de la sérologie anti-*Coccidioides immitis*



3 - il y a des mesures à prendre vis-à-vis du personnel de laboratoire



4 - il y a des mesures à prendre vis-à-vis du personnel soignant





# Quel traitement d'attaque proposez-vous ?

1 - ampho B + fluorocytosine

2 - itraconazole

3 - voriconazole

4 - fluconazole

# Quel traitement d'attaque proposez-vous ?

1 - ampho B + fluorocytosine

0%

2 - itraconazole



50%

3 - voriconazole



50%

4 - fluconazole

0%

Réponse

## Quel traitement d'attaque proposez-vous ?

1 - ampho B + fluorocytosine

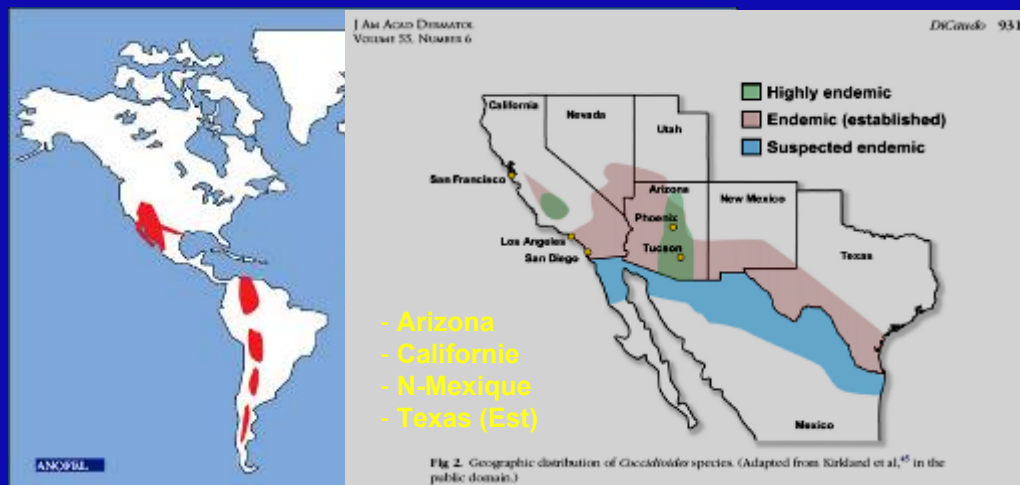
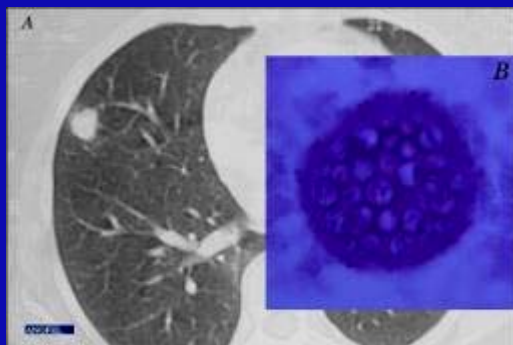
2 - itraconazole

3 - voriconazole

4 - fluconazole

*Le traitement a été instauré par itraconazole 400 mg/j relayé par posaconazole 400 mg x 2 /j*

# Coccidioïdomycose



- **100 000 cas/an, incubation : 7-21 j, 60% asymptomatique**
  - **Sd grippal :**
    - toux, douleurs thoraciques
    - radio nle 50%, sinon infiltrats + ganglions
  - **Rhumatisme du désert :** arthralgies et érythème noueux
  - **Spontanément résolutif en 2 à 3 semaines**
  - **Immunodépression +++ :** peau, os, méninges
- **TTT primo-infection :**
  - rien : guérison en 2-3 semaines
  - ou itraconazole 400 mg x 3 mois : inoculum fort, sévérité, immunodépression
- **Complications :** itraconazole, fluconazole

# Coccidioïdomycose et os

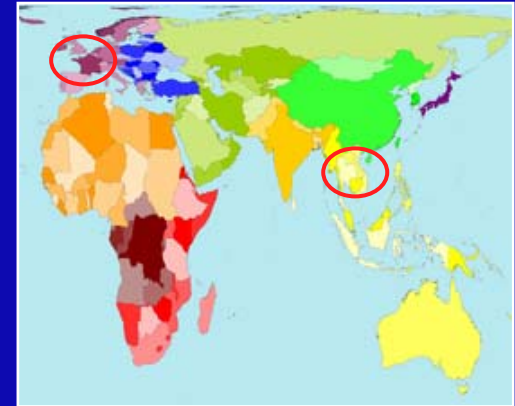
- **Fréquence** : - localisations extra-pulmonaires < 1%
  - **os et articulations +++**
  - dont atteinte vertébrale : 50%**
- **Physiopathologie** : 20% des formes disséminées
- **Terrain** :
  - immunodépression (transplantation, SIDA)
  - grossesse
  - population noire et asiatique (Philippins)
- **Traitement** : - chirurgical et médicamenteux +++
  - 6 mois ou plus
- **Pronostic** : - atteinte méningée +++
  - traitement définitif



**B. MARCHOU . SMIT. CHU de Toulouse**

**Mme L. Thi So**

- **67 ans, d'origine laotienne**
- **En France, depuis 15 ans**
- **Début des signes cutanés remontant à « *plusieurs années* » ...**
- **Lésion initiale au niveau du pied droit**
- **Évolution ascendante au niveau de la jambe puis de la cuisse droite avec guérison spontanée des premières lésions ; pas de douleur**
- **État général conservé, pas d'autre signe de souffrance viscérale**





- **Hémoglobine : 15,3 g%**
- **Leucocytes : 8,1 G/L, neutro : 42%, éosino : 8%,  
lympho : 43%, mono : 7%**
- **Plaquettes : 231 G/L**
- **VS : 20 mm 1<sup>ère</sup> heure, CRP : 6 mg/l**
- **$\gamma$ GT : 1.5 N, transaminases normales**
- **Sérologies parasitaires :**
  - **Amibiase : IF : nég ; ELISA : 1.04 (seuil : 0.5)**
  - **Toxocarose : ELISA (IgE spé.) : 12 UT/L,  
WB : positif pour les antigènes de haut poids  
moléculaire**

## Quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?

1 - examen parasitologique des selles

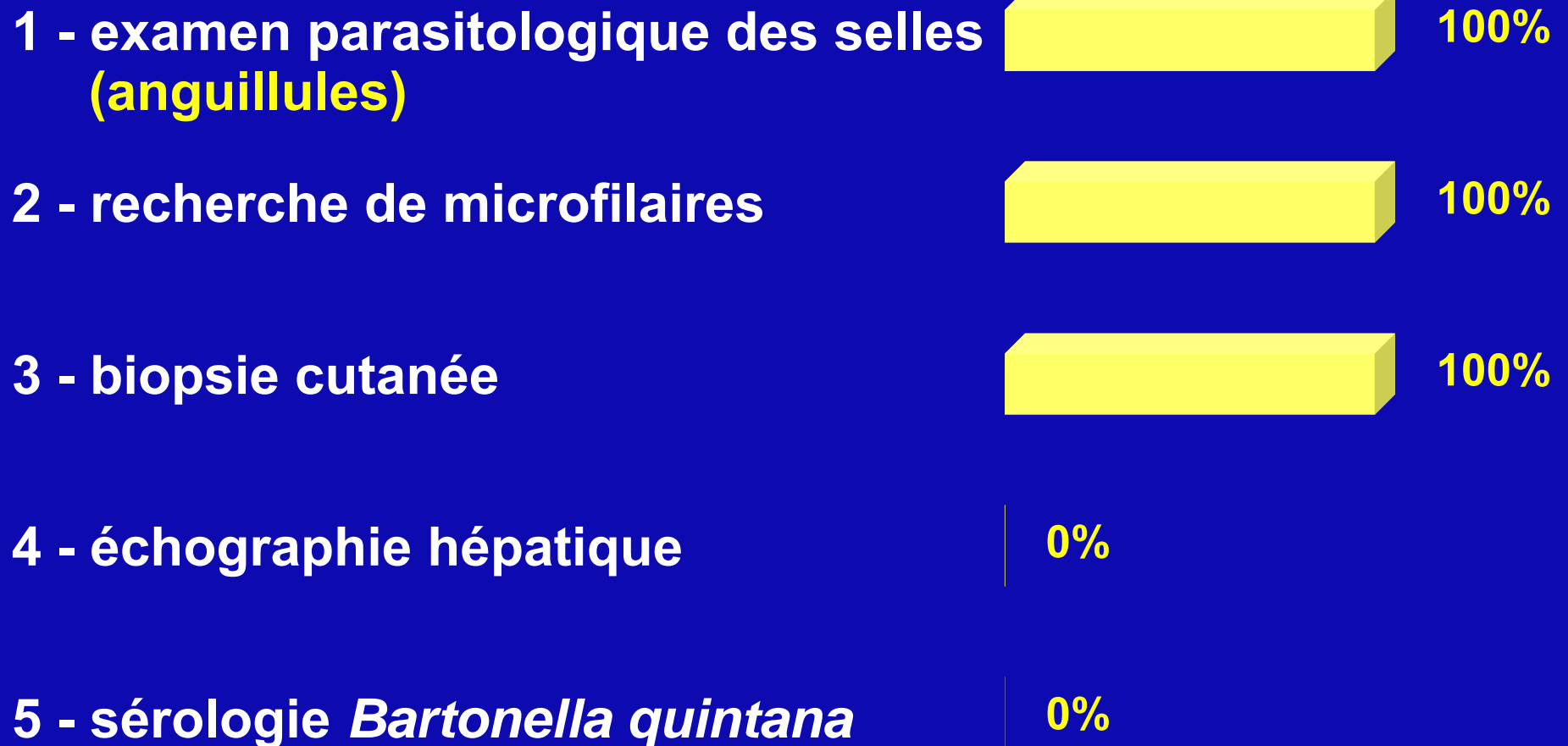
2 - recherche de microfilaires

3 - biopsie cutanée

4 - échographie hépatique

5 - sérologie *Bartonella quintana*

## Quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?





# Quel est votre diagnostic ?

- 1 - leishmaniose cutanée
- 2 - sporotrichose
- 3 - mycobactériose atypique
- 4 - pénicilliose
- 5 - maladie de Kaposi
- 6 - tuberculose cutanée

# Quel est votre diagnostic ?

1 - leishmaniose cutanée

0%

2 - sporotrichose

0%

3 - mycobactériose atypique

100%

4 - pénicilliose

0%

5 - maladie de Kaposi

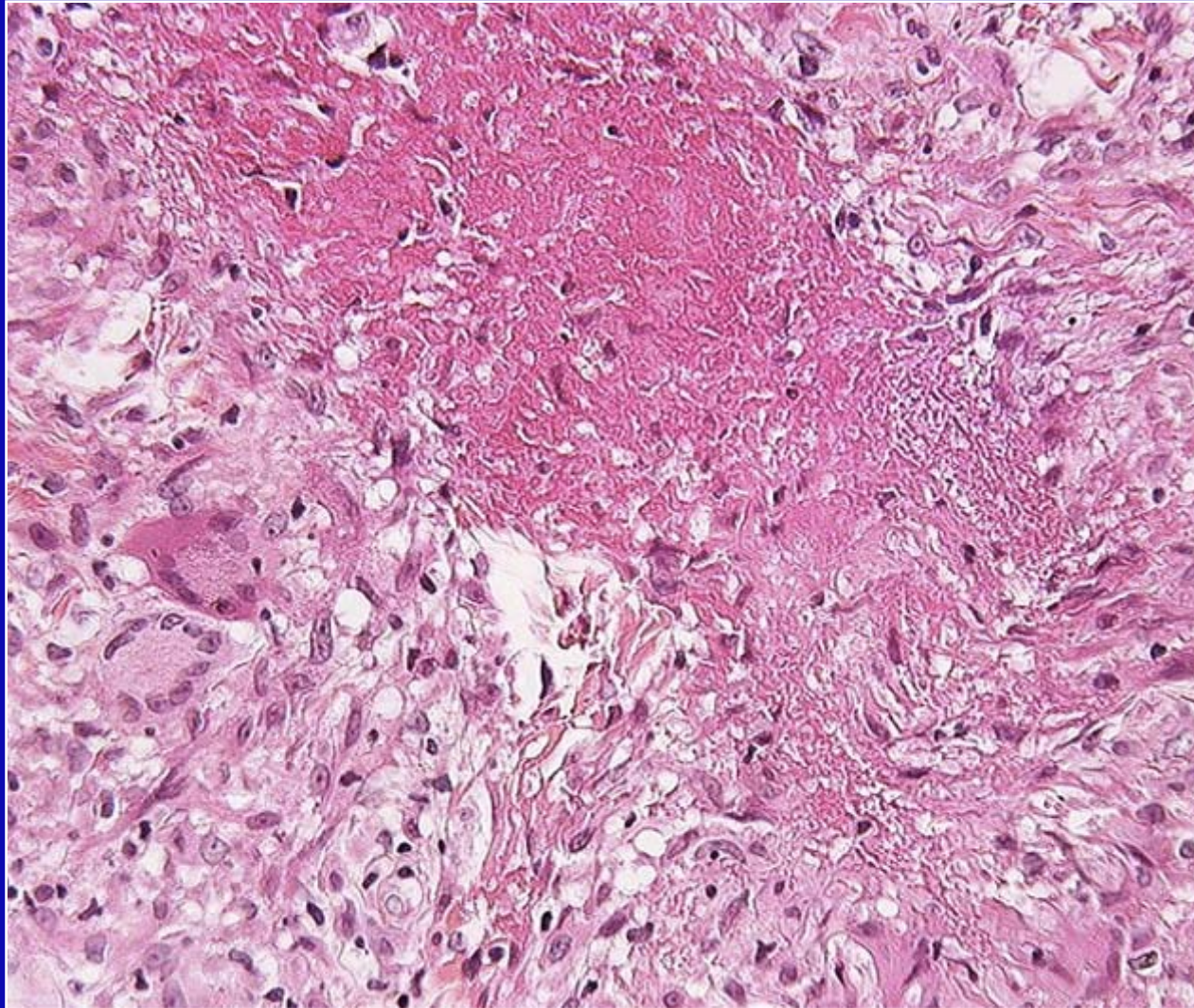
0%

6 - tuberculose cutanée

0%



**Biopsie → anapath : granulome  
typique, épithélio-gigantocellulaire**





# Biopsie → culture : *Mycobacterium marinum*

Antibiogramme :

<b>rifabutine</b>	0.25
<b>rifampicine</b>	2.0
minocycline	NT
clarithromycine	1
azithromycine	NT
moxifloxacine	NT
lévofloxacine	>16
isépamicine	2

Traitement :

Association

**rifampicine**

minocycline

**clarithromycine**

Bactrim®

**éthambutol**

Durée : 9 mois

→ guérison clinique et microbiologique

# ***Mycobacterium marinum***

- Mycobactérie « environnementale », culture facile à (20-)30C
- Réservoir aquatique (eau douce ou salée) :
  - aquariums, piscines...
  - poissons, crevettes, puces d'eau
- Incubation : 3 semaines
- Formes cliniques :
  - Cutanées : extrémités++ (dos des mains), évolution souvent « sporotrichoïde »
  - Très rares : téno-synovites, ostéites
- Traitement antibiotique mal codifié (peu de corrélation *in vivo-in vitro*), prolongé plusieurs mois

**O. Bouchaud, CHU Avicenne. Bobigny**  
**C. Arvieux, CHU Pontchaillou. Rennes**  
**T. Niyongabo, CHU Kamenge. Bujumbura. Burundi**



- **Mme S., 56 ans, Burundaise vivant au Burundi**
- **Consulte en novembre 2006 pour une volumineuse tuméfaction du coude gauche apparue en 8 à 10 jours**
- **Pas d'altération de l'état général, pas de fièvre**
- **Odeur forte et désagréable**
- **Pas de facteur déclenchant retrouvé**
- **Pas d'antécédent notable**

## Aspect à J0



# Quelles sont vos hypothèses ?

1 - mélanome malin surinfecté

2 - maladie de Kaposi

3 - chromomycose

4 - botryomycose

5 - mycétome

# Quelles sont vos hypothèses ?

1 - mélanome malin surinfecté



50%

2 - maladie de Kaposi



100%

3 - chromomycose



50%

4 - botryomycose

0%

5 - mycétome

0%



# La botryomycose est...

- 1 - une tumeur inflammatoire cancéreuse
- 2 - une tumeur inflammatoire non cancéreuse
- 3 - un équivalent du mycétome fongique
- 4 - un équivalent du mycétome bactérien
- 5 - une infection le plus souvent due au staphylocoque

# La botryomycose est...

1 - une tumeur inflammatoire  
cancéreuse

0%

2 - une tumeur inflammatoire  
non cancéreuse

0%

3 - un équivalent du mycétome  
fongique



100%

4 - un équivalent du mycétome  
bactérien

0%

5 - une infection le plus souvent  
due au staphylocoque

0%





**La botryomycose est exclusivement une  
atteinte des tissus cutanés et sous cutanés  
(pas d'atteinte viscérale profonde)**

**1 - oui**

**2 - non**

**La botryomycose est exclusivement une atteinte des tissus cutanés et sous cutanés (pas d'atteinte viscérale profonde)**

1 - oui

0%

2 - non



100%

## Quelques points de rappel

- **infection bactérienne volontiers chronique touchant la peau et les tissus cutanés ainsi que les organes profonds (poumon, os, rein, foie, ganglions, cavités oro-sinusiennes...)**
- **aspect pseudo tumoral ulcéro-bourgeonnant + suppuration**
- **favorisée par déficit immunitaire : alcoolisme, diabète, VIH...**
- **caractérisée au plan histologique par une organisation granulomateuse, chaque granule contenant les bactéries**

## Quelques points de rappel

- entité proche (et souvent confondue) avec l'actinomyose et le mycétome fongique ou bactérien  
⇒ diagnostic par biopsie +/- culture
- essentiellement liée au staphylocoque doré mais également: *S. epidermidis*, *P. aeruginosa*, streptocoque, *E. coli*, anaérobies,...
- Porte d'entrée favorisée par traumatisme local
- Pathogénie mal connue : immunité hôte, bactéries à faible virulence, inoculum...
- TTT : antibiothérapie prolongée +/- chirurgie (effet « barrière » des granules)

## Evolution chez Mme S.

- Régression totale sous amoxiciline-acide clavulanique (x 2 mois)
- Aucun facteur favorisant retrouvé
- Pas de récurrence



Aspect à M4