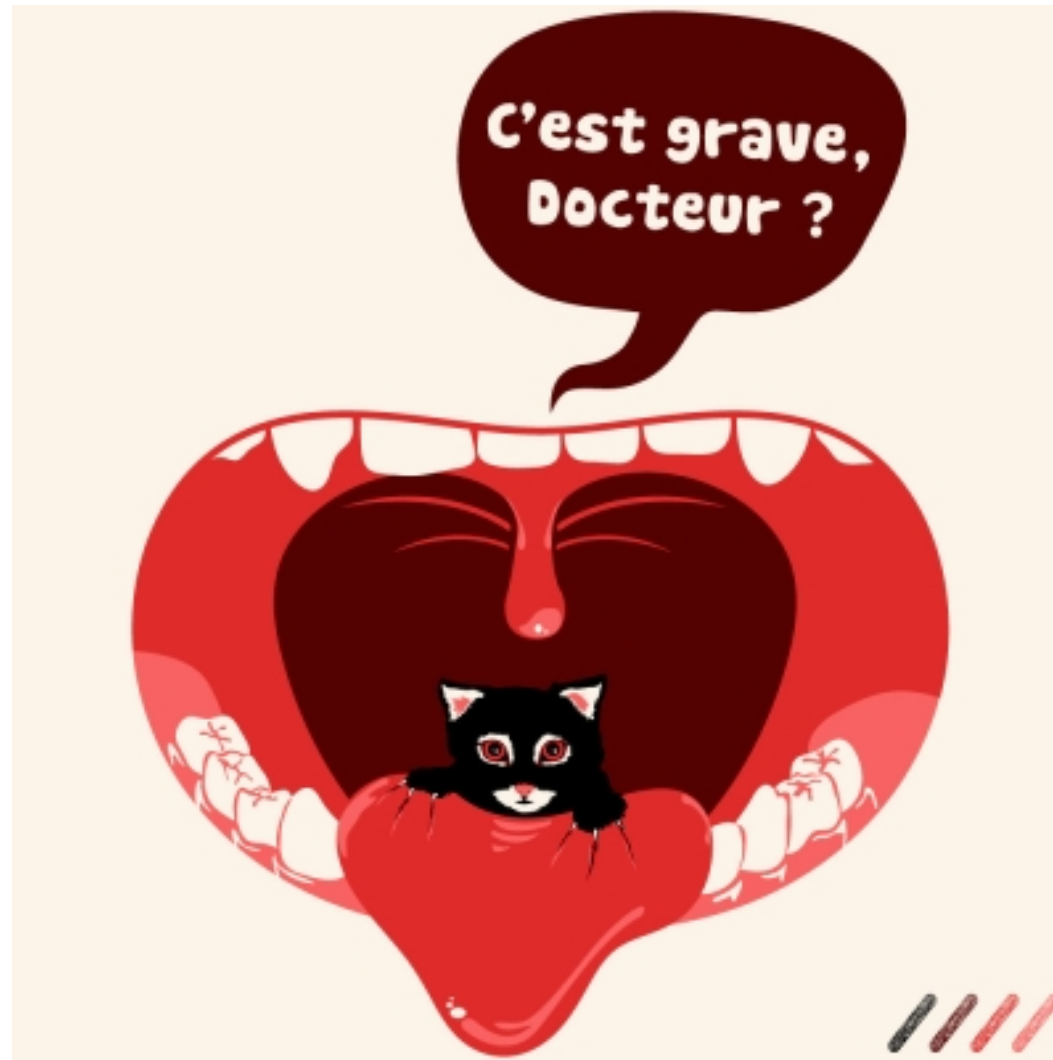


HISTOIRE de GORGE

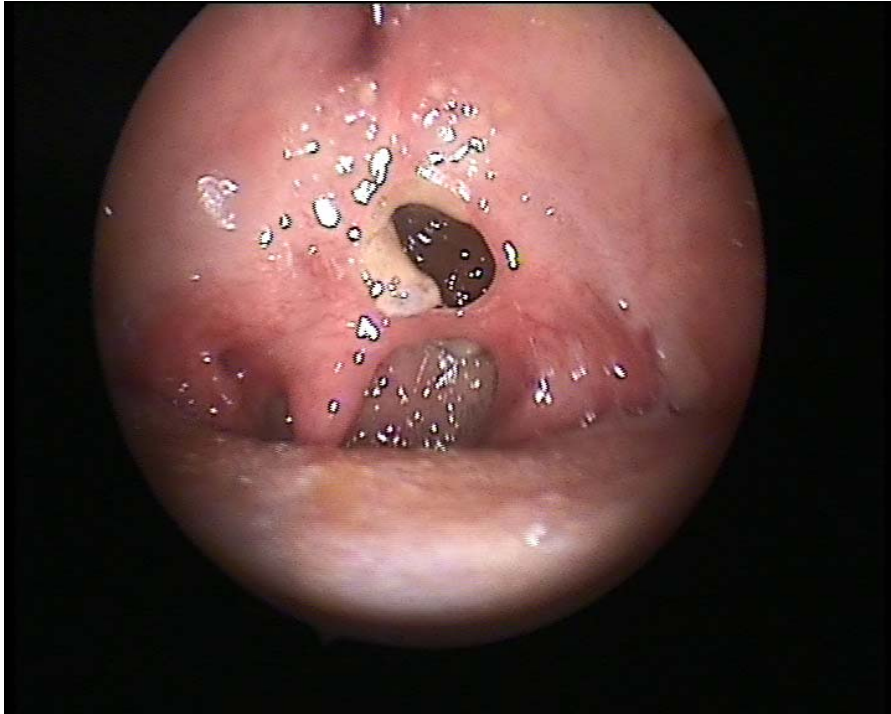


A.Debard, M.Alvarez, A.Cabos, P.Delobel, P.Massip, B.Marchou
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Purpan
Service d'ORL Hôpital Larrey

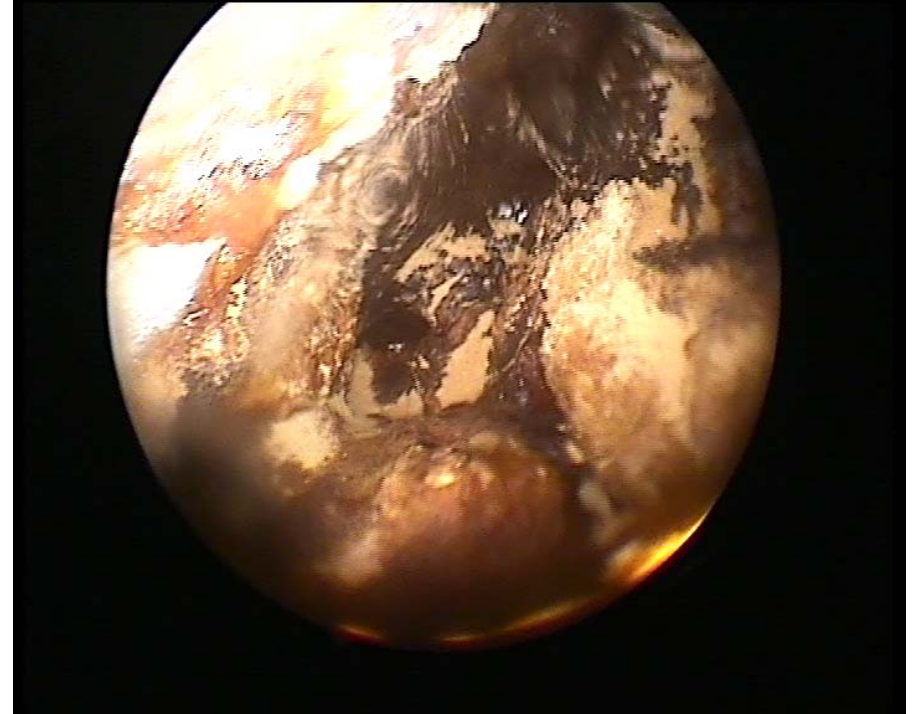
Madame F, 30 ans

- Célibataire, 1 enfant
- Tabagisme actif 15 paquets/année
- Pas d'antécédents médicaux notables
- Pas d'immunodépression connue
- Pas de voyage récent
- Présente une rhinite croûteuse d'évolution ancienne
- Consulte pour des lésions nécrotiques diffuses des cavités nasales et oro-pharyngées.
- L'examen ORL est le suivant

Madame F, 30 ans



Oro-pharynx



Fosse nasale

Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques?

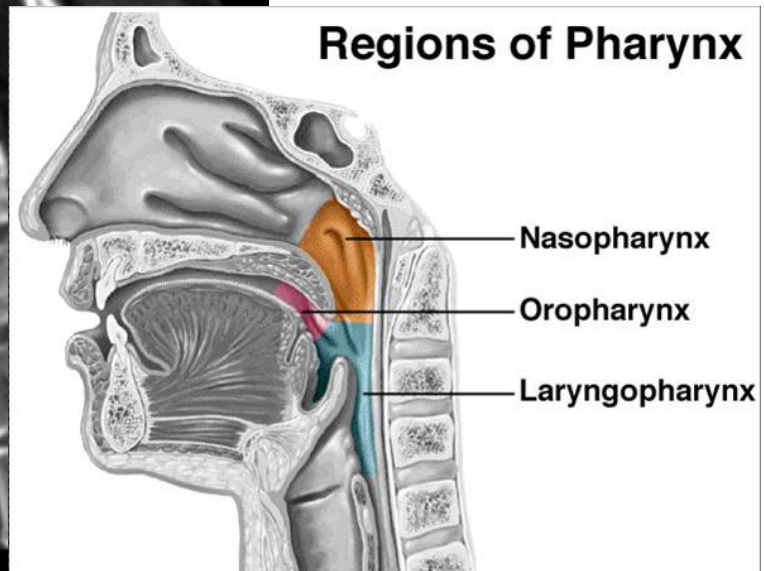
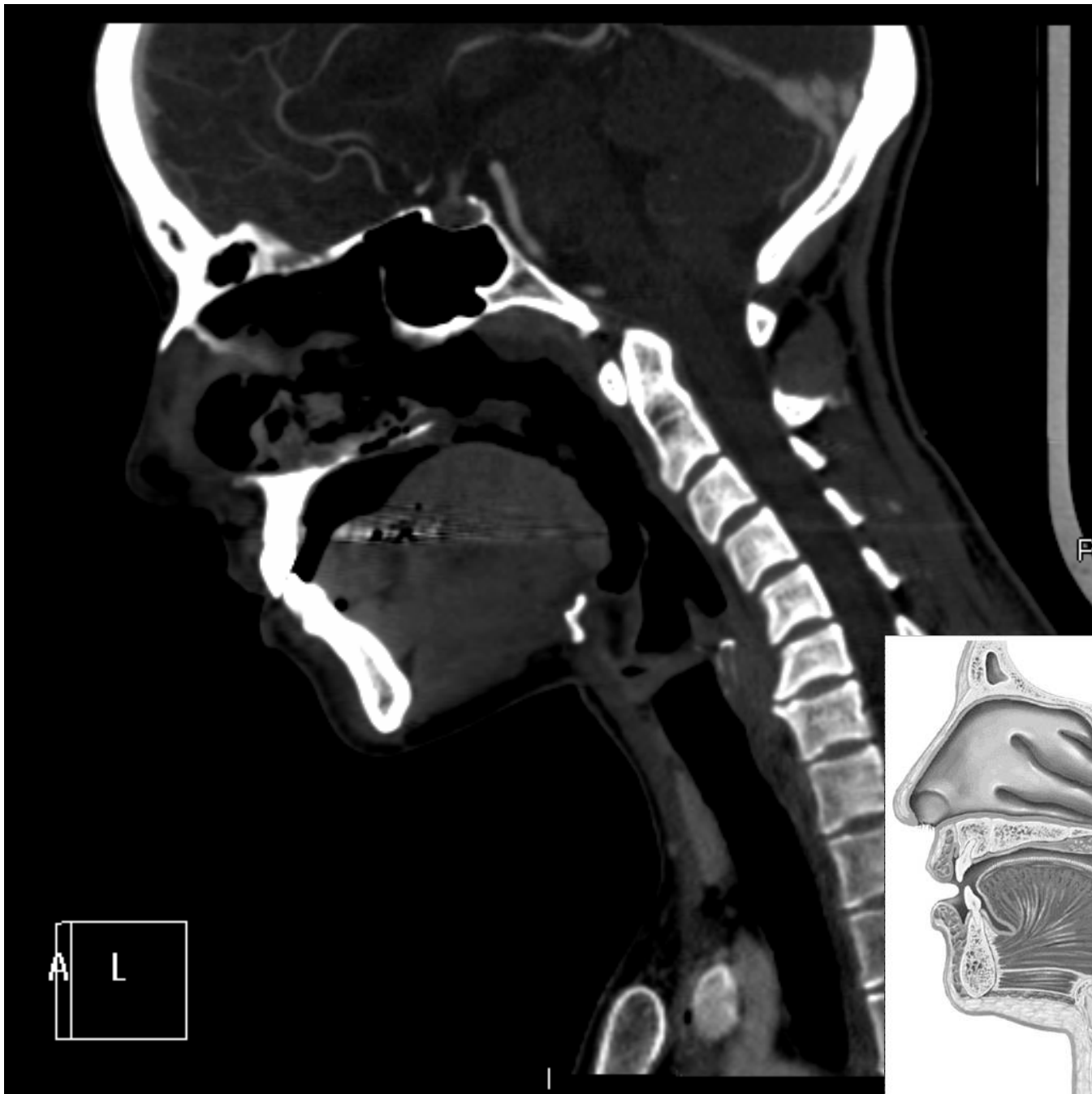
- 1) Ulcération traumatique chronique d'origine toxique.
- 2) Lymphome nasal T (ou Granulome malin centro-facial).
- 3) Granulomatose de Wegener.
- 4) Candidose oro-pharyngée.
- 5) Chancre syphilitique.
- 6) Gingivo-stomatite herpétique sur hémopathie aigüe.
- 7) Mycose invasive.

Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques?

- 1) Ulcération traumatique chronique d'origine toxique.
- 2) Lymphome nasal T (ou Granulome malin centro-facial).
- 3) Granulomatose de Wegener.
- 4) Candidose oro-pharyngée.
- 5) Chancre syphilitique.
- 6) Gingivo-stomatite herpétique sur hémopathie aigüe.
- 7) Mycose invasive.

Madame F, 30 ans

- Déclare consommer des drogues sniffées (cocaïne, héroïne)
- Avoir augmenté sa consommation depuis l'apparition des lésions oro-pharyngées, dans un but antalgique.
- Elle est fébrile à 38° 8. TA = 110/70 mmHg
- l'examen clinique général est normal
- le bilan biologique ne retrouve pas de syndrome inflammatoire, NFS normale.



Examens complémentaires / prise en charge

Quelles propositions sont vraies?

- 1/ La présence abondante de *Candida albicans* et *Candida parapsilosis* fluco-S sur les cultures biopsiques oriente vers un traitement antifongique par fluconazole seul.
- 2/ La découverte d'une *Prevotella melaninogenica* à la culture biopsique ne permet pas d'expliquer le caractère particulièrement invasif de l'atteinte.
- 3/ La sérologie aspergillaire négative associée à un antigène aspergillaire négatif écarte le diagnostic d'aspergillose invasive.
- 4/ L'absence de clonalité B ou T sur la biopsie permet d'écarter une pathologie lymphomateuse.

Examens complémentaires / prise en charge

Quelles propositions sont vraies?

- 1/ La présence abondante de *Candida albicans* et *Parapsilosis* fluco-S sur les cultures biopsiques oriente vers un traitement antifongique par fluconazole seul.
- 2/ La découverte d'une *Prevotella melaninogenica* à la culture biopsique ne permet pas d'expliquer le caractère particulièrement invasif de l'atteinte.
- 3/ La sérologie aspergillaire négative associée à un antigène aspergillaire négatif écarte le diagnostic d'aspergillose invasive.
- 4/ L'absence de clonalité B ou T sur la biopsie permet d'écarter une pathologie lymphomateuse.

Madame F, 30 ans

- Finalement.....
- L'anatomo-pathologie retrouve :
 - une nécrose de type ischémique avec surinfection bactérienne
 - La présence de filaments mycéliens
 - une ostéite du plancher des fosses nasales avec présence de filaments au niveau des zones inter-trabéculaires

Quel traitement débutez vous?

- 1) Voriconazole
- 2) Caspofungine
- 3) Micafungine
- 4) Posaconazole
- 5) Amphotericine B

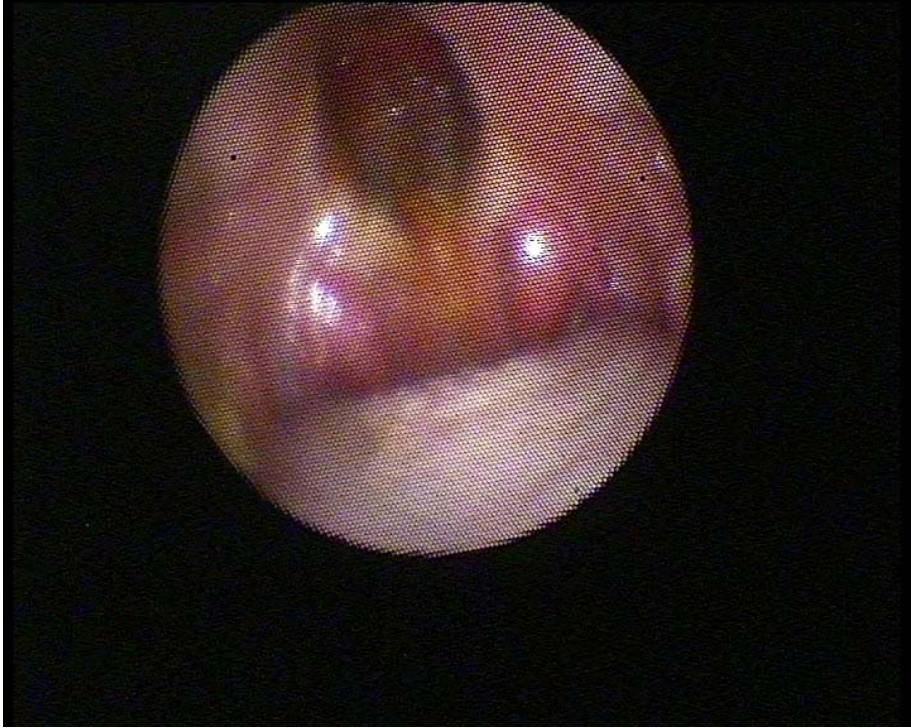
Quel traitement débutez vous?

- 1) Voriconazole
- 2) Caspofungine
- 3) Micafungine
- 4) Posaconazole
- 5) Amphotericine B

Madame F, 30 ans

- la *PCR Aspergillus* revient positive sur l'ensemble des biopsies réalisées.
- Le diagnostic d'Aspergillose Invasive est posé
- Un traitement par voriconazole est instauré, puis un relais est réalisé par posaconazole en raison d'une réaction allergique cutanée.
- Elle bénéficie de la pose d'une gastrostomie d'alimentation afin d'épargner la sphère oro-pharyngée malheureusement inutilisable car très douloureuse.
- Une alimentation parentérale exclusive substitutive est mise en place sur chambre implantable.

Madame F, 30 ans



Madame F, 30 ans

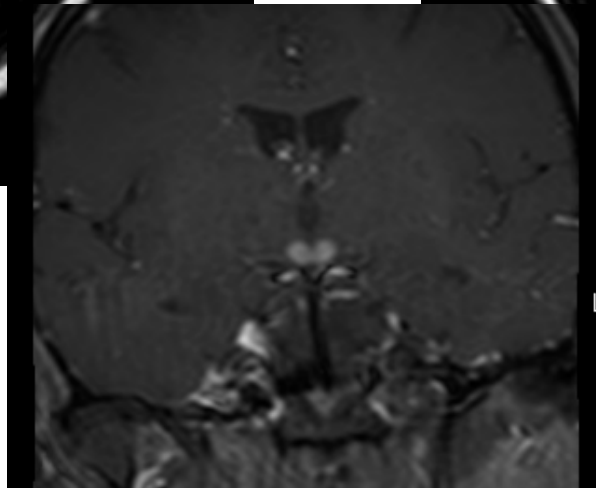
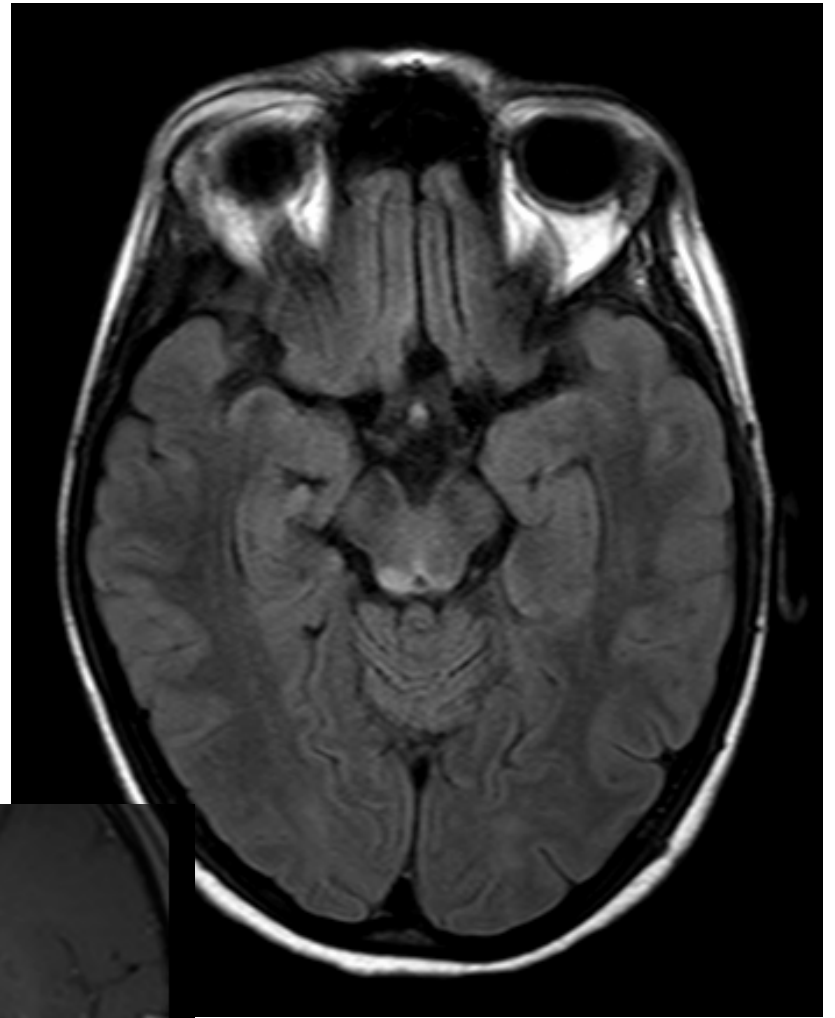
- Nouvelle hospitalisation 2 mois après sa sortie du service, elle se plaint de :
 - Nausées / vomissements
 - Vertiges / instabilité à la marche
 - Flou visuel voire diplopie
- L'examen clinique retrouve :
 - diplopie binoculaire prédominant à droite avec paralysie du VI bilatérale
 - nystagmus central
 - vigilance fluctuante
 - amnésie antérograde
 - pas de syndrome méningé

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

- 1) Accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire
- 2) Aspergillose invasive neuro-méningée
- 3) Toxicité neurologique médicamenteuse
- 4) Pathologie démyélinisante du SNC
- 5) Carence vitaminique

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

- 1) Accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire
- 2) **Aspergillose invasive neuro-méningée**
- 3) Toxicité neurologique médicamenteuse
- 4) Pathologie démyélinisante du SNC
- 5) **Carence vitaminique**



Au vue de l'IRM

Quel est votre diagnostic?

- 1) Accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire
- 2) Aspergillose invasive neuro-méningée
- 3) Toxicité neurologique médicamenteuse
- 4) Pathologie démyélinisante du SNC
- 5) Carence vitaminique

Au vue de l'IRM

Quel est votre diagnostic?

- 1) Accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire
- 2) Aspergillose invasive neuro-méningée
- 3) Toxicité neurologique médicamenteuse
- 4) Pathologie démyélinisante du SNC
- 5) Carence vitaminique : **Gayet-Wernicke !!!**

OUF !!!!!!!!

Le diagnostic de syndrome de **Gayet-Wernicke** est posé

- Sémiologie neurologique typique
- Imagerie cérébrale concordante avec atteinte bilatérale des corps mamillaires
- Dosage de vitamine B1 effondré
- Bonne réponse avec la supplémentation vitaminique

-Récupération des capacités cognitives
-disparition des déficits neurologiques
-oculo-motricité normale

Finalement l'alimentation entérale est débutée
Apports vitaminiques quotidiens suffisants.

