

CAS CLINIQUE 1

- Homme, 47 ans, transplanté rénal depuis 6 mois pour PKR
- Traitement par prograf, cellcept, cortancyl 15 mg.
- Depuis 1 mois: céphalées gauches puis apparition d'une diplopie gauche

- Quels diagnostics suspectez-vous?

- Méningites
 - Listeria
 - C. neoformans
 - Mycobactéries



- Quels diagnostics suspectez-vous?

- Infection fongique invasive
 - Aspergillose invasive
 - Zygomycose (atteinte sinusienne)

- Pas de différence clinico-radiologique
 - Importance du diagnostique mycologique

- Quelle est votre démarche diagnostique?

- Biopsie-exérèse chirurgicale:
 - Fragment à l'état frais pour examen mycologique: examen direct et culture (qui confirmera le diagnostic)
 - Fragment pour analyse histologique:
 - Visualisation des filaments
 - Orientation
- Antigène galactommanane
 - Seuil de positivité $>0,5$
 - Répéter le prélèvement
 - Importance de la cinétique
 - Evalué en hématologie
- Bilan d'extension:
 - Scanner thoracique coupes fines

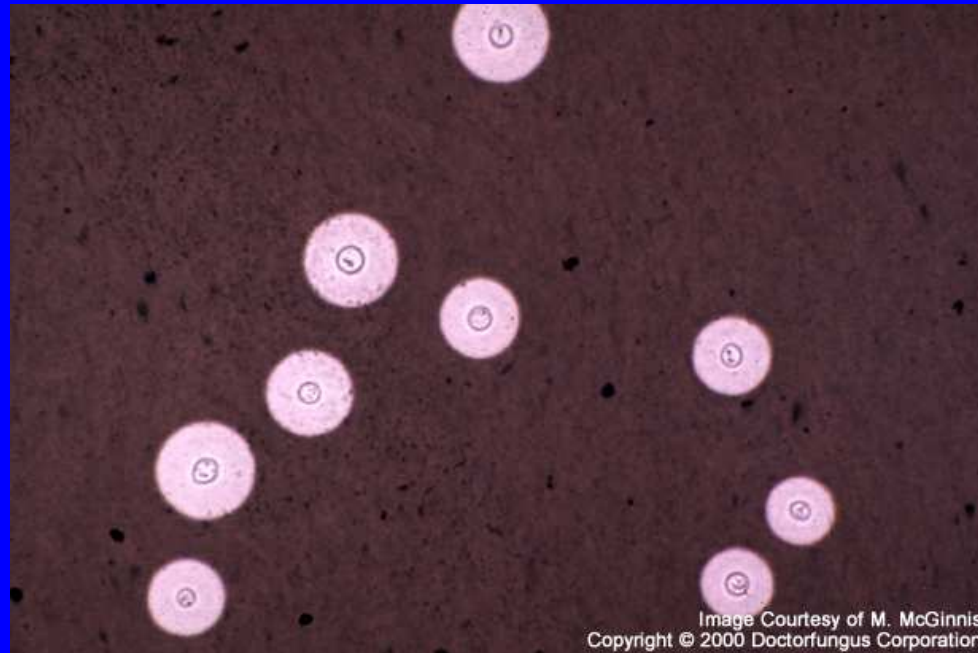
- Quel traitement débutez-vous?
- Quelles mesures associées prenez-vous?

- Vfend IV (creat le permet)
 - 300 mg X 2/j J1
 - 200 mg X 2/j
- Adapter la dose de tacrolimus
 - Diminution de 30%
 - Dosage
- Dosage de voriconazole
 - Résiduelle
 - Objectif: 1 mg/l
- Discuter une diminution du traitement IS

CAS CLINIQUE 2

- Garçon, 15 ans, Guadeloupéen, aucun ATCD personnel ni familial
- Hospitalisé pour céphalées, diplopie, paralysie faciale droite hospitalisé en Guadeloupe
- Bilan réalisé:
 - Scanner cérébral : normal
 - Antigénémie cryptocoque +
- Que faites-vous?

- Ponction lombaire + prise de pression (TDM fait):
 - Antigène cryptocoque LCR
 - Mycologie
 - Examen direct à l'encre de Chine: levure encapsulée



- Culture : volume important+++ (au moins 20 gouttes)
- Culture urines mycologie
- Hémoculture mycologie

- IRM cérébrale
- Recherche d'une étiologie sous-jacente:
 - Sérologie VIH
 - CD4
- La pression dans le LCR est à 30 cm: quels traitements proposez-vous?

- Evacuation 2 tubes jusqu'à 3 fois par semaines pour que la pression soit inférieure à 20
- Traitement d'induction: Bithérapie par
 - Amphotéricine B : 0,7 mg/kg/j
 - Ancotil 100 mg/kg/j
- Dosage de l'Ancotil®: objectif 50-100 µg/ml
- Durée du traitement?

- A S2: si culture négative LCR
 - Traitement de consolidation par Fluconazole 400 mg/j pour au moins 10 S
 - Puis traitement d'entretien par Fluconazole 200 mg/j

- Après 2 semaines de traitement et des PL évacuatrices: la pression reste > 25 cm
- Que peut-on proposer?

CAS CLINIQUE 3

- Patient âgé de 33 ans VIH connu stade SIDA, en rupture de suivi et de traitement, CD4=50/mm³
- Hospitalisé en réanimation pour pneumopathie à pneumocoque.
- A J5 de traitement par Clamoxyl: 3g/j: récurrence T° à 39°
- Hémoculture sur KT central + à levures
- Quel est votre diagnostic? Quel traitement proposez-vous, pour quelles raisons?

- Diagnostics: Fungémie à:
 - *Candida* sp.
 - *Cryptococcus neoformans*
 - Levures émergentes: *Rhodotorula*

- Traitement:
 - AmBisome 3 mg/kg
 - Ablation de la voie centrale
- Pas de fluconazole:
 - Immunodéprimé
 - Levures émergentes résistantes au fluconazole
- Pas de candine
 - Cryptocoque résistant aux candines

- Le patient évolue favorablement et il s'agit d'un
 - Candida albicans
 - CMI fluconazole=1mg/l
- Quel traitement prescrivez-vous et pour quelle durée?

- Fluconazole 800 mg J1 puis 400 mg/j
- Durée totale de 15 jours après la négativation de la dernière hémoculture

