

**DESC de maladies infectieuses et tropicales**  
**Séminaire n°4. Thématique n°18. V Le Moing**

**Cas clinique n°1.**

**Histoire de la maladie :**

Le 12 avril 2008, M. R. présente de la fièvre, des céphalées occipitales et des vomissements. Il se traite par amoxicilline. Le 14 avril, devant l'absence d'amélioration, il consulte aux urgences du CHU de Montpellier où l'on constate une « raideur méningée (+) » et une fièvre à 38°4, sans autre anomalie à l'examen clinique. A ce moment, il déclare être suivi et traité en ville à Grasse (Alpes-Maritimes) pour une infection VIH et avoir des CD4 autour de 200/mm<sup>3</sup>. Il se plaint également d'un prurit anal.

M. R. a 29 ans, il est originaire du Laos, il vit en France depuis son adolescence. Il travaille comme caissier dans un supermarché et, célibataire, il vit chez ses parents qui ne sont pas informés de son infection VIH.

Un avis téléphonique est demandé dans le service des maladies infectieuses. Il est conseillé de réaliser une ponction lombaire.

**Q1. Que penser de cet avis téléphonique ?**

La ponction lombaire ramène un liquide eau de roche, dont la cytologie est < 3/mm<sup>3</sup>, la protéinorachie à 0,31 g/L, la glycorachie normale, la chlorurachie un peu abaissée à 116 mM/L (Normale : 122-130). La CRP est à 26 mg/L, la numération sanguine montre une anémie à 11,1 g/dL une leucopénie à 2300/mm<sup>3</sup> dont 160 lymphocytes.

Un traitement par pristinamycine est prescrit et le patient rentre chez lui.

**Q2. Quelle(s) erreur(s) relevez-vous dans cette prise en charge ?**

Il revient aux urgences le 17 avril car la fièvre et les céphalées persistent accompagnées d'une phono-photophobie. Il concède alors que la prise des antirétroviraux n'est pas régulière. L'examen est normal hormis des ulcérations anales.

Le patient est hospitalisé dans le service des maladies infectieuses.

A son admission, on constate une polyadénopathie diffuse, un muguet buccal, un herpès anal et de multiples molluscum contagiosum.

Une nouvelle ponction lombaire met en évidence une méningite à liquide trouble, avec présence de 3120 cellules/mm<sup>3</sup> (100% de cellules mononucléées), protéinorachie à 0,52 g/L, glycorachie un peu abaissée à 2,1 mM/L, chlorurachie à 119 mM/L.

L'antigène cryptocoque est à 1/64000000 dans le sang et à 1/512000 dans le LCS.

La culture du LCS en bactériologie est positive en 24 heures à levure dont l'identification en mycologie est un *Cryptococcus neoformans*. La culture tardive du LCS du 14 avril est également positive à levure. La pression du LCR est à 35 cm.

La culture fongique du sang et des urines est négative.

Les CD4 sont à 15/mm<sup>3</sup> (2%).

Après contact avec son infectiologue de Cannes, on apprend que l'infection VIH a été découverte en 2003. Plusieurs tentatives d'introduction d'antirétroviraux se sont soldées par des échecs : toxidermies, troubles digestifs. Il a interrompu tout suivi en mai 2004.

**Q3. Décrire la prise en charge thérapeutique de cette méningite cryptococcique pour les deux premières semaines.**

**Q4. A quel moment reprendre les antirétroviraux ?**

Le 1<sup>er</sup> mai 2008, à J15, du fait d'une pancytopenie (Hb : 8 g/dL, plaquettes 110 000/mm<sup>3</sup>, neutrophiles : 1200/mm<sup>3</sup>) attribuée au traitement antifongique, celui-ci est relayé par du fluconazole 800 mg/jour.

**Q5. Que pensez-vous de cette attitude ?**

**Q6. Le 13 mai, sous fluconazole, M. R. redevient fébrile avec une majoration de l'antigène cryptocoque dans le sang et le LCR. Que proposer ?**

**Q7. Les ponctions lombaires déplétives ont été réalisées quasi quotidiennement pendant quatre semaines du fait de la persistance d'une hyperpression. Y a-t-il une solution alternative ?**

M. R. a pu quitter l'hôpital le 20 juin 2008.

Le traitement antirétroviral pris avec une observance régulière a permis un contrôle de la charge virale rapide et une remontée lente des CD4.

Le traitement par fluconazole a été poursuivi à posologie de 400 mg matin et soir jusqu'en janvier 2009 puis 400 mg/jour ensuite. L'antigénémie cryptocoque est restée élevée, à 1/128000 en septembre 2009.

Du fait de la persistance de céphalées, il est réhospitalisé en septembre 2009, la pression du LCS est mesurée à 27 cm avec une cytologie et une biochimie normales, la persistance d'éléments levuriformes à l'encre de Chine et d'un taux élevé d'antigène cryptocoque mais une culture stérile. L'IRM cérébrale est normale.

**Q8. Comment interpréter cette symptomatologie. Quelle attitude proposer ?**

La symptomatologie a finit par disparaître après trois rechutes d'hypertension intracrânienne.

En janvier 2017, les CD4 sont à 350/mm<sup>3</sup> (22%), l'ARN VIH plasmatique est indétectable l'antigène cryptocoque sanguin à 1/1026.

**Q9. Quelle attitude pour le fluconazole ?**