

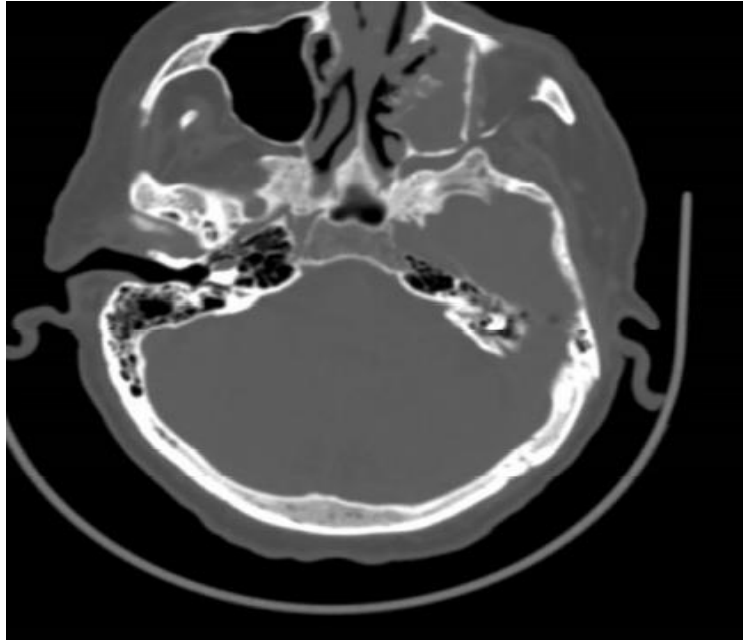
DESC Maladies Infectieuses et Tropicales  
Jeudi 17/09/2020

Cas clinique 2 : « Cécité fongique »

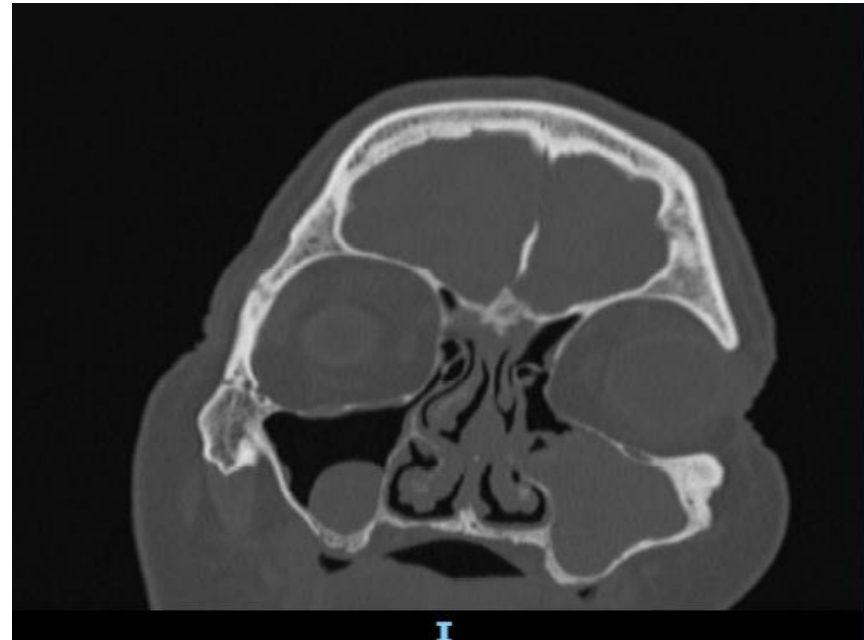
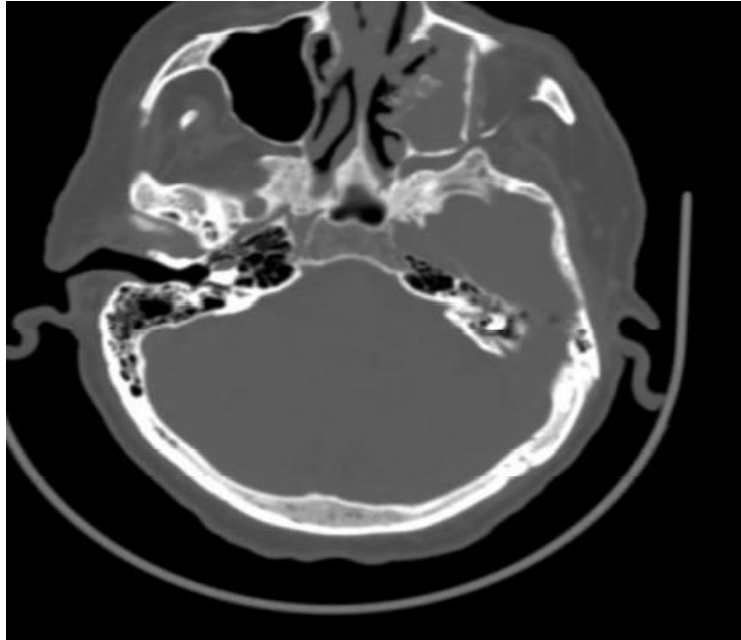
# Monsieur B JC 87 ans

- **Motif d'hospitalisation** : suspicion de maladie de Horton avec complication ophtalmologique (baisse de l'acuité visuelle en 5 jours) avec introduction récente d'une corticothérapie systémique (pas d'oedème papillaire au fond d'oeil).
- Céphalées intenses +++
- **Antécédents** :
- *Médicaux* :
- - Diabète de type 2HTA, Dyslipidémie, Pacemaker
- - carcinome urothélial, Colique néphrétique Lithotripsie extra corporelle
- -Ancien Boucher à la retraite. 1 fille et 2 petites filles. Vit avec son épouse, autonome,
- -Sevrage tabagique depuis 2007.

Question 1 : Quelle est votre interprétation du TDM cérébral ?



Question 1 : Quelle est votre interprétation du TDM cérébral ?



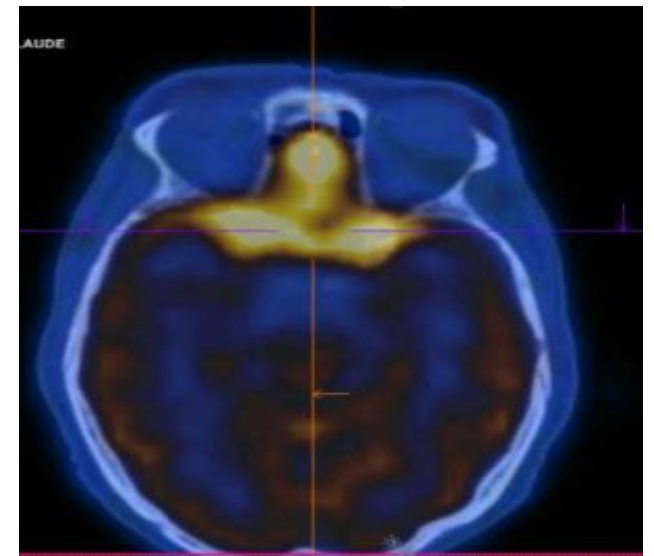
*Réponse : sinusite maxillaire gauche avec destruction osseuse et atteinte sphénoïdale et plancher de l'orbite gauche*

Question 2 : Quelle est votre conduite diagnostique ?

## Question 2 : Quelle est votre conduite diagnostique ?

*Réponse :*

- Biopsies de muqueuse sinusienne
- Ponction lombaire : 2 hématies et 7 leucocytes,
- Biopsies de muqueuse sinusienne : filaments et culture positive à aspergillose.
- Bilan fongique :
  - BDglucane augmenté : sang : 560 pg/ml (N<80) LCR 205 pg/ml (pas de seuil validé),
  - Ag galactomannane Aspergillus sang, : 4,22 ng/mL (seuil positivité  $\geq 0,5$ )
  - Hémocultures fongiques négatives.
- -TEP du 26/03: intense hypermétabolisme
  - pachyméningée partie antérieure de la base du crâne,
  - lésions ostéolytiques associées
  - aspect infiltré des fissures orbitaires supérieures.
  - sinus maxillaire gauche.



Le diagnostic finalement retenu : **Aspergillose sinusienne à *A. fumigatus*** avec lyse osseuse sphénoïdale et ethmoïdale, pachyméningite infiltrant les fentes orbitaires et comprimant de façon bilatérale les nerfs optiques et envahissement de la faux du cerveau diagnostiquée

- **Question 3 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?**

Le diagnostic finalement retenu : **Aspergillose sinusienne à *A. fumigatus*** avec lyse osseuse sphénoïdale et ethmoïdale, pachyméningite infiltrant les fentes orbitaires et comprimant de façon bilatérale les nerfs optiques et envahissement de la faux du cerveau diagnostiquée

**Question 3 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?**

*Réponse :*

- *Mise à plat/drainage chirurgical*
- *Traitement bi antifongique initial*
  - *-AMBISOME 8 mg/kg (02/03) et VORICONAZOLE (04/03) 250 mg x2/j .*
- *Mise à jour du calendrier vaccinal: pneumocoque, méningocoque tétravalent et B, Haemophilus*



**Le 15/03/2020** : exanthème maculo-papuleux pouvant être compatible avec une toxidermie érythémateuse bénigne ou un DRESS, imputabilité possible du VORICONAZOLE mais plusieurs co-prescriptions. Arrêt des traitements le 18/03. Essai de reprise du VORICONAZOLE le 23/03 avec récurrence des lésions cutanées après 48h (co-prescription de LOVENOX).

Insuffisance rénale stable par ailleurs (créatinine : 136  $\mu\text{mol/L}$ )

Régression complète des céphalées, pas de récupération visuelle

Question 4 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?

**Le 15/03/2020** : exanthème maculo-papuleux pouvant être compatible avec une toxidermie érythémateuse bénigne ou un DRESS, imputabilité possible du VORICONAZOLE mais plusieurs co-prescriptions. Arrêt des traitements le 18/03. Essai de reprise du VORICONAZOLE le 23/03 avec récurrence des lésions cutanées après 48h (co-prescription de LOVENOX).  
Insuffisance rénale stable par ailleurs (créatinine : 136 µmol/L)  
Régression complète des céphalées, pas de récupération visuelle

Question 4 : Quelle est votre conduite thérapeutique ?

*Réponse :*

*Relai par AMBISOME (10 mg/kg/jour) + CASPOFUNGINE 70 mg/jour à partir du 27/03/2020 puis AMBISOME 800 mg/jour seul toutes les 48h à partir du 31/03/2020 sur picc-line suite à une altération de la fonction rénale.*

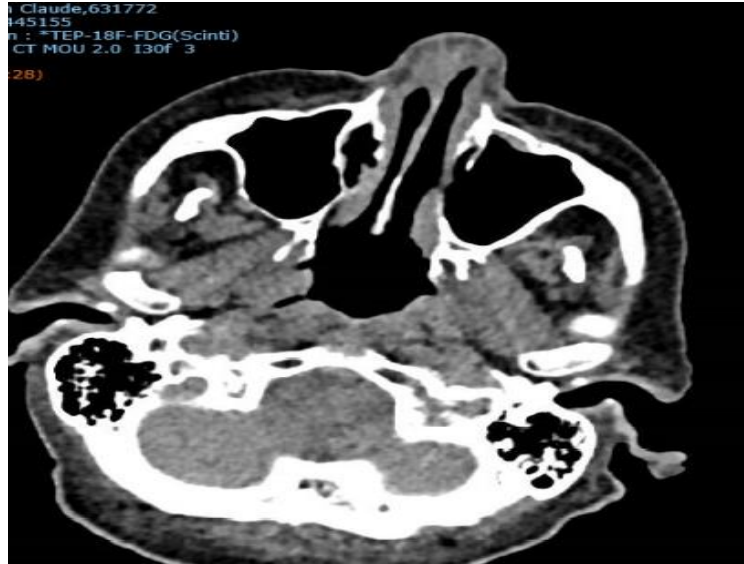
**TDM cérébrale 05/05** : aspect d'ostéite chronique, Majoration de l'infiltration des fissures orbitaires et des canaux optiques, sans franche modification de l'étendue de l'engainement des nerfs optiques. Il n'est pas retenu d'échec du traitement.

*Proposition de réaliser un relai par ISAVUCONAZOLE avec protocole d'introduction réalisé par l'équipe d'allergologie dans l'hypothèse d'une réaction croisée avec le VORICONAZOLE, et réalisation dosage plasmatique et LCR de l'ISAVUCONAZOLE : Introduction progressive de l'ISAVUCONAZOLE*

Dosage de l'isavuconazole dans le dosage sang : 4.99 mg/L d'isavuco et LCR 0.08 mg/L  
Bonne amélioration clinique.

	02/03	04/03		11/03	12/03	19/03		24/03	25/03	27/03	02/04	26/05	26/06	
VORICONAZOLE	200mg 2x/jour IV			200mg 2x/jour IV				200mg 2x/jour IV						
AMPHTOCERINE B		250 mg/j IV		↑ 800 mg/j					800mg N	800mg PO 1x/48h	700mg N 1x/48			
CASPOFUNGINE										70mg IV/j				
ISAVUCONAZOLE												↑ jà 300mg x3 /j		

TEP TDM du 18/06 : diminution de l'atteinte endocrânienne et l'absence d'élément d'atteinte extra crânienne



11/08/2020 : Asymptomatique, cécité séquellaire, reprise poids, normalisation de la fonction rénale.  
TDM : disparition ostéite sphénoïdale et maxillaire

**ARRET TRAITEMENT**