

DESC Maladies Infectieuses et Tropicales
Jeudi 31/03/2022

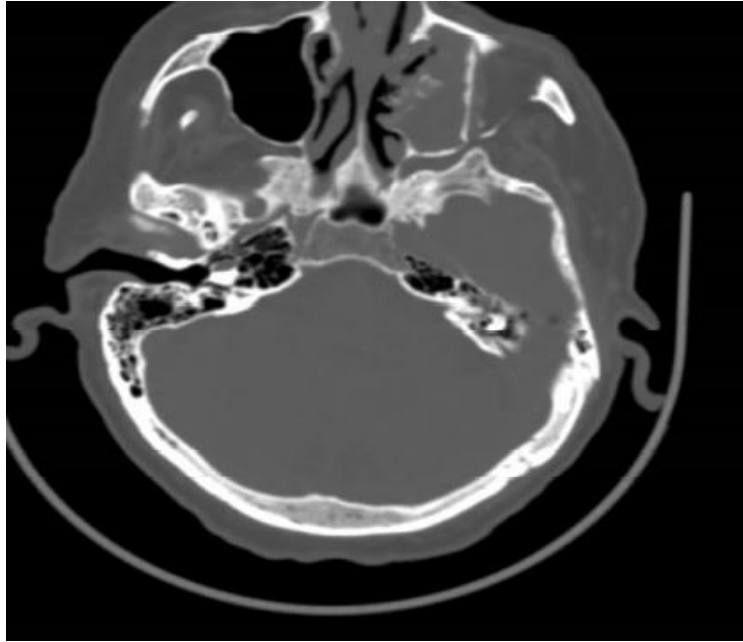
Cas clinique 1 : « Cécité fongique »

Dr Benjamin VERRILAUD (visio)-Pr. Louis BERNARD

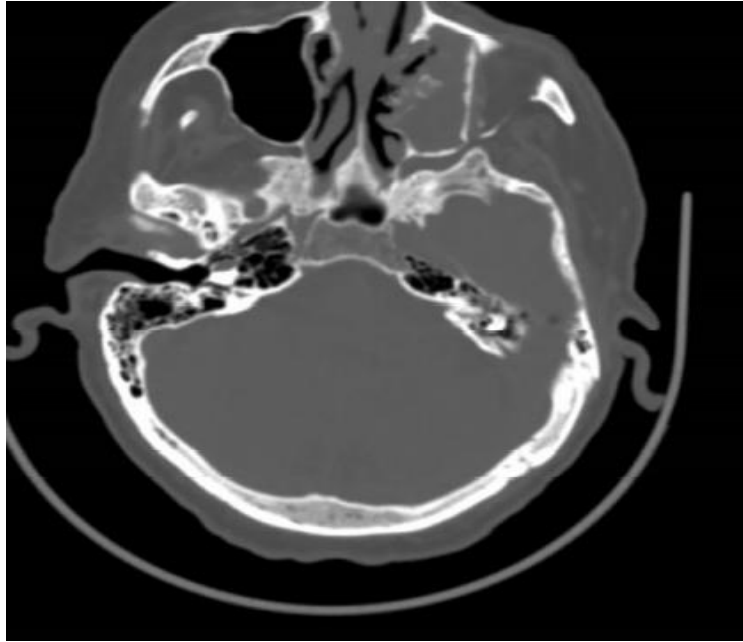
Monsieur B JC 87 ans

- **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 ?

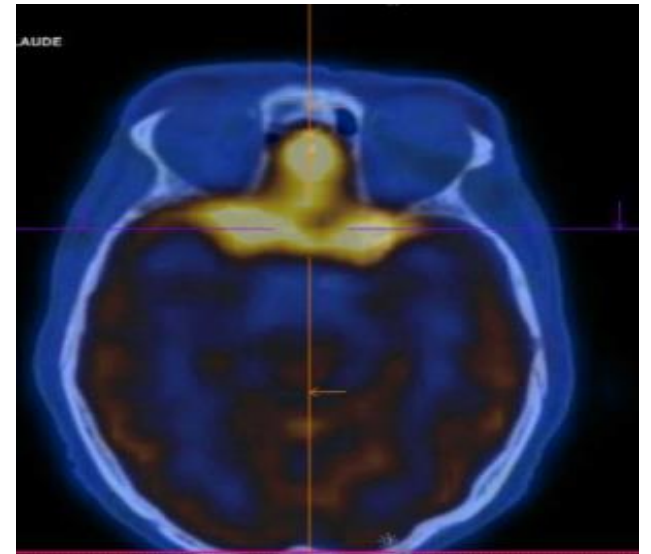


Réponse E : sinusite maxillaire gauche avec destruction osseuse et atteinte sphénoïdale et plancher de l'orbite gauche

Question 2 : Quelle est votre conduite diagnostique ?

Réponse A, B et E

- Ponction lombaire : 2 hématies et 7 leucocytes,
- Biopsies de muqueuse sinusienne : filaments et culture positive à aspergillose.
- Culture bactérienne : SAMS
- 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

La culture bactérienne est positive çà SAMS

- **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 ?

Réponses A C E :

- *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 µmol/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 D :

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.

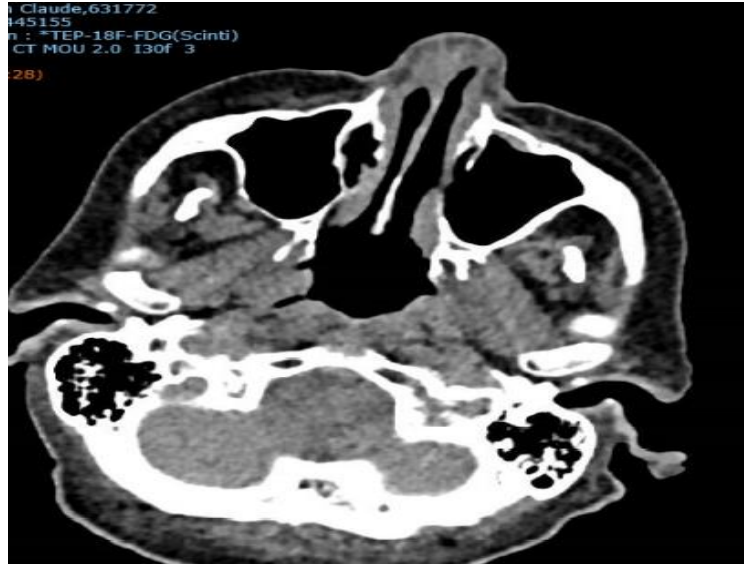
TDM cérébrale 05/05 : aspect d'ostéite chronique, Majoration de l'infiltration des fissures orbitaires et des canaux optiques, sans franche modification de l'étendue de l'engainement des nerfs optiques. Il n'est pas retenu d'échec du traitement.

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