

Caroline Faucon, Gentiane Monzel, Barthélémy Lafon-Desmurs, Eric Caumes SMIT. Pitié-Salpêtrière. Paris

- Homme, 70 ans
- Retraité, résidence principale en Guadeloupe
- Antécédents : polypes colon , Ø traitement habituel
- Dernier voyage au Congo il y a 5 ans
- Depuis 10 ans, œdème + douleurs du MID traitée par cure de Calcitonine dans l'hypothèse d'une algodystrophie, sans succès





Préparez-vous à voter

Internet 1

2

*Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur
<https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.*

SMS

1

2

Les votes sont anonymes



Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous?

A. Dermohypodermite bactérienne

B. Maladie de Kaposi

C. Mycétome

D. Angiosarcome

E. Angiomatose bacillaire

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous?

A. Dermohypodermite bactérienne

B. Maladie de Kaposi

C. Mycétome

D. Angiosarcome

E. Angiomatose bacillaire



60,0%

80,0%

100,0%

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



Maladie de Kaposi



Mycétome



Angiomatose bacillaire (Bartonella quintana)



Angiosarcome de jambe

Comment compléter votre examen clinique ?

- A. Examen muqueuse buccale
- B. Examen muqueuse génitale
- C. Recherche de signes fonctionnels pulmonaires
- D. Recherche de signes fonctionnels digestifs
- E. Examen ganglionnaire

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Comment compléter votre examen clinique ?

A. Examen muqueuse buccale

B. Examen muqueuse génitale

C. Recherche de signes fonctionnels pulmonaires

D. Recherche de signes fonctionnels digestifs

E. Examen ganglionnaire

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



Maladie de Kaposi Atteinte génitale



et muqueuse



Que faites vous ?

- A. Biopsie cutanée pour histologie
- B. Recherche HHV8 sur biopsie cutanée
- C. Imagerie de la jambe droite
- D. PCR HHV8
- E. Sérologie VIH

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Que faites vous ?

A. Biopsie cutanée pour histologie

B. Recherche HHV8 sur biopsie cutanée

C. Imagerie de la jambe droite

D. PCR HHV8

E. Sérologie VIH

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

60,0%

80,0%

100,0%

NFS	Biochimie	Bilan hépatique
GB = 5500 /mm ³ PNN = 2700/mm ³ Lymphocytes = 2000 /mm ³ Eosinophiles = 540/mm ³ Hb = 14,4 g/dl Plaquettes = 209 /mm ³	Na = 140 mmol/l K = 4,5 mmol/l Urée = mmol /l Créatinémie = 91 µmol /l CRP = 7 mg/l	ASAT = 18 U/l ALAT = 11 U/l GGT = 26 U/l PAL = 44 U/l Bilirubine T = 8 µmol/l

Sérologies : **Sérologie VIH négative** ; Sérologie VHB et VHC négative ; TPHA-VDRL négatif ;

Biopsie cutanée : **MALADIE DE KAPOSI. HHV8 +**

PCR HHV8 dans le sang : indétectable

Immunologie : **CD4 : 922/mm³ soit 54%**; **CD8 : 397/mm³ soit 23%**
 Rapport T4/T8 : 2,32

TDM TAP : normal en dehors de ganglions juxta-centimétriques inguinaux et iliaques externes droits.

TDM Jambe droite : infiltration nodulaire dermo-hypodermique. Pas d'atteinte osseuse.

Prise en charge thérapeutique?

A. Chirurgie d'exérèse

B. Traitement antiviral

C. Chimiothérapie

D. Cryothérapie

E. Soins locaux et bande de contention

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Prise en charge thérapeutique?

A. Chirurgie d'exérèse

B. Traitement antiviral

C. Chimiothérapie

D. Cryothérapie

E. Soins locaux et bande de contention

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



Maladie de Kaposi

- Première description en 1872 par Moritz Kaposi, dermatologue hongrois
- Liée au virus HHV8 (pour les 4 types)
- Charge virale sanguine HHV8 corrélée à la gravité chez VIH+ et transplantés
- Spectre large : forme locorégionale limitée indolente ↔ forme disséminée fulminante
- Lésions élémentaires multiples : macule, nodule, plaque violine, angiomateuse ou pigmentée ...

	MK classique / méditerranéenne	MK endémique	MK sous IS	MK épidémique / SIDA
Terrain	Pourtour méditerranéen Europe centrale / Est Sujet âgé H/F = 10/1	Afrique noire Enfants H/F = 3/1	Greffé IS au long cours	SIDA Homme bisexuel et homosexuel H/F = 50/1
Clinique	Indolente Nodules MI / Lymphoœdème	Forme nodulaire Forme floride Forme infiltrante Forme pédiatrique lymphadénopathique	Variable	Atteinte diffuse ++
Atteinte muqueuse	Rare	Rare	Possible	Fréquente
Evolution	Lente	Variable selon présentation Forme pédiatrique = mortalité ++	Variable	Rapide ++

Maladie de Kaposi : bilan paraclinique initial

- Sérologie VIH
- TDM thoracoabdominopelvien (atteintes pulmonaire, gg, pleuro-péricardique, musculaire, osseuse...)
- FOGD / coloscopie (si saignement digestif extériorisé ou anémie)
- Fibroscopie bronchique si symptomatique
- +/- TEP TDM
- Histologie
- PCR HHV8

Histologie

- Prolifération de cellules fusiformes (spindle cells) d'origine endothéliale
- Angiogenèse avec fentes vasculaires envahissant le derme moyen et profond
- Infiltrat lympho-plasmocytaire
- Coloration Perls : hemosidérine
- Marquage HHV8 : double marquage, immunohistochimie, PCR

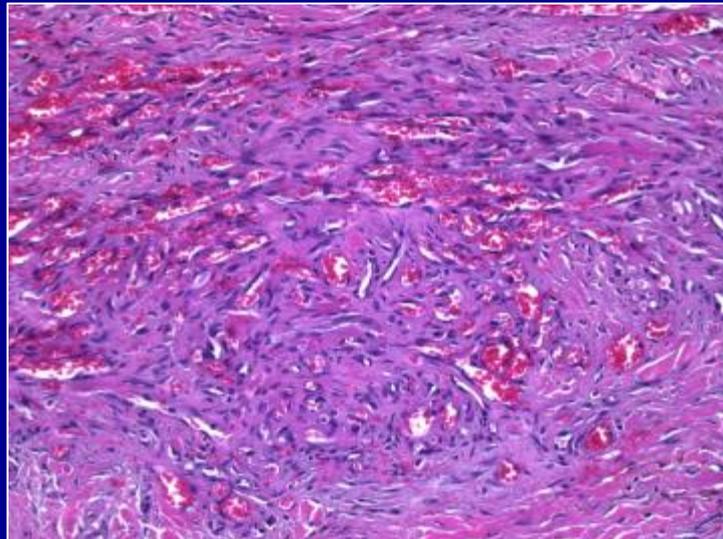


Image ANABIBLE

MK classique : prise en charge

- Pas de recommandations bien établies
- **Facteurs à prendre en compte** : état général, immunosuppression , étendue des lésions , rapidité d'évolution ...
- **Formes localisées et peu évolutives** : simple surveillance possible +++, chirurgie d'exérèse, cryothérapie
- **Lésions invalidantes limitées** : radiothérapie fractionnée, bas de contention pour le lymphœdème
- **Lésions étendues** : mono-chimiothérapie (vinblastine, bléomycine, anthracyclines liposomiales, taxanes, interféron)
- *NB : MK de l'ID : modification de l'immunosuppression
MK associée au VIH : traitement ARV*

Conclusion

- **Diversité des formes cliniques**
- **Diversité des populations touchées**
- **Diagnostic : histologie / biologie moléculaire**
- **Importance du terrain dans le pronostic et la prise en charge**
- **Traitement non codifié, adapté à chaque patient : de la surveillance simple aux traitements systémiques**

Treatments for classic Kaposi sarcoma : a systematic review of the literature.

Regnier-Rosencher E, et al. JAAD 2013

Diagnosis and treatment of Kaposi Sarcoma. Schneider JW, et al. Am J Clin Dermatol 2017

Mamy RANDRIA, Mihaja RABERAHONA et Histy ANDRAINAINA
CHU Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Dominique SALMON CDT Hôtel-Dieu Paris

Homme, résident à Ankazobe, Antananarivo Nord
Hospitalisé le 13/11/2017 au CHU Joseph Raseta Befelatanana
pour adénopathie cervicale, fièvre à 40° C à début brutal depuis
5j, céphalées, vomissements, dysphagie, AEG

FR : 29, FC : 112, PA : 10/5





**Grosses amygdales inflammatoires,
enduits blanchâtres décollables,
luette enflammée**

Adénopathie latéro-cervicale droite inflammatoire, très douloureuse

TDR paludisme négatif

Traitement pré-hospitalier amoxicilline per os sans amélioration

Quels examens complémentaires de première intention demandez-vous ?

- A. Hémogramme
- B. CRP
- C. Ionogramme sanguin
- D. Créatininémie
- E. Prélèvement de gorge
- F. Hémocultures

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

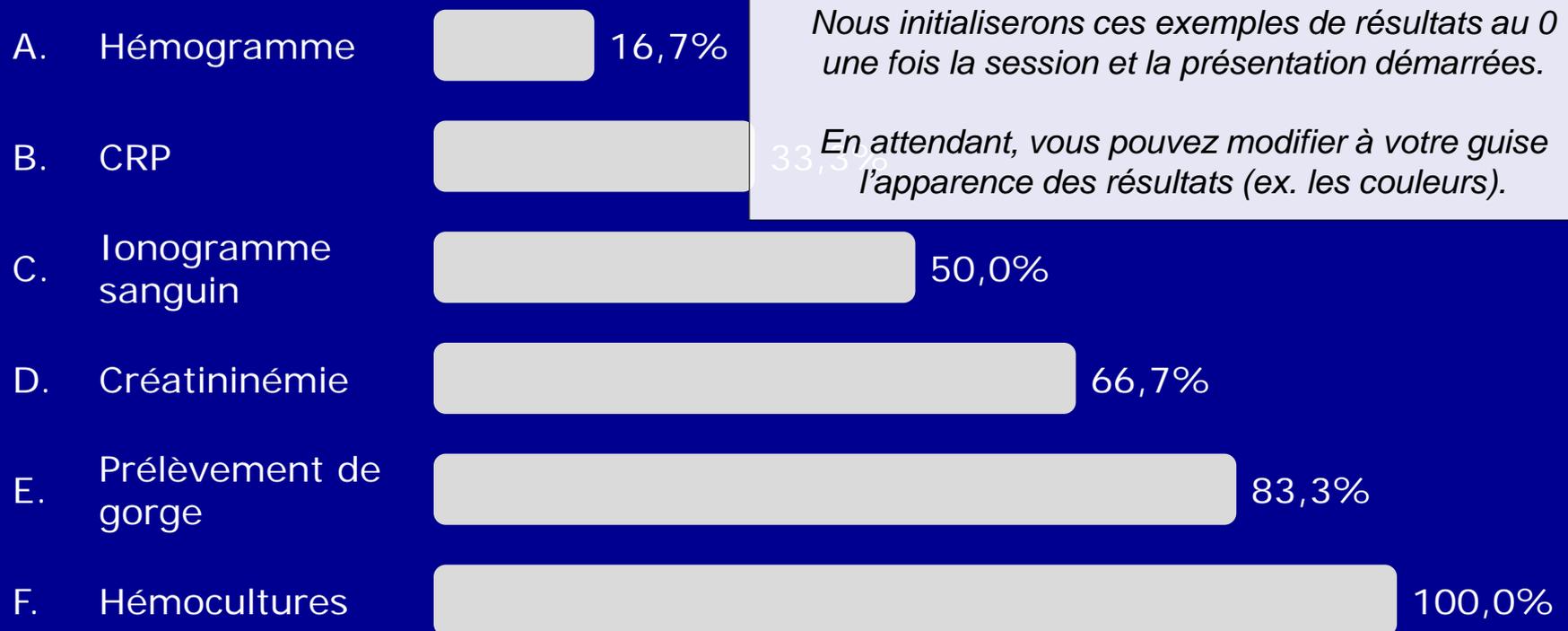
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quels examens complémentaires de première intention demandez-vous ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

1- Hémogramme

Hyperleucocytose : 42 G/L à PNN

Thrombopénie : 54 G/L

Hémoglobine : normale

2- CRP

320 mg/L

3- Ionogramme sanguin

Hyponatrémie : 119 mmol/L

4- Créatininémie

331 $\mu\text{mol/L}$

5- Prélèvement de gorge

... en cours

6- Hémocultures

négatives

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A. Diphtérie
- B. Tuberculose
- C. Histoplasmosse
- D. Peste bubonique
- E. Mononucléose infectieuse

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

A. Diphtérie



*Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0
20 une fois la session et la présentation démarrées.*

B. Tuberculose



*En attendant, vous pouvez modifier à votre guise
l'apparence des résultats (ex. les couleurs).*

C. Histoplasmosse



60,0%

D. Peste bubonique



80,0%

E. Mononucléose
infectieuse



100,0%

Traitement initial : ceftriaxone 1g/j et Maxillase sirop

Le lendemain :

détresse respiratoire brutale

- polypnée à 40/mn
 - désaturation (SpO2 75%)
 - hémoptysie abondante
 - toux
-
- Fièvre 41° C, FC 120/mn, PA nle
 - Altération de la conscience



Quel est votre diagnostic ?

- A. Pneumonie aiguë communautaire grave
- B. Tuberculose pulmonaire
- C. Peste pulmonaire
- D. Pneumopathie d'inhalation
- E. Autres

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quel est votre diagnostic ?

A. Pneumonie aiguë communautaire grave

B. Tuberculose pulmonaire

C. Peste pulmonaire

D. Pneumopathie d'inhalation

E. Autres

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



... les résultats du prélèvement de gorge reviennent :
bacilles Gram négatif, cocci Gram positif... et culture
positive à streptocoque A ?

***Diagnostic évoqué : peste pulmonaire
secondaire à une peste bubonique ± peste
pharyngée associée***

- Fièvre brutale + altération rapide de l'état général
- Adénopathie latéro-cervicale droite inflammatoire, douloureuse, absence de porte d'entrée (cutanée)
- Hémoptysie massive et détresse respiratoire brutale
- Patient habitant en zone d'endémie pesteuse

Par quel(s) examen(s) confirmer le diagnostic en urgence ?

- A. Test de diagnostic rapide (détection Ag F1)
- B. Examen direct
- C. Culture et identification de *Y. pestis*
- D. Détection de *Y. pestis* par PCR
- E. Sérologie de la peste

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Par quel(s) examen(s) confirmer le diagnostic en urgence ?

A. Test de diagnostic rapide (détection F1)

B. Examen direct

C. Culture et identification de *Y. pestis*

D. Détection de *Y. pestis* par PCR

E. Sérologie de la peste

Ag *Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.*

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



Examens demandés et résultats :

- TDR peste sur crachats et bubon : positifs
- PCR *Yersinia pestis* : positive
- Sérologie peste positive

→ Peste pulmonaire secondaire confirmée



Quel(s) traitement proposez vous(s) ?

- A. Pénicilline G
- B. Fluoroquinolone
- C. Tétracyclines
- D. Rifampicine
- E. Streptomycine

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été charge sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quel(s) traitement proposez vous(s) ?

A. Pénicilline G



B. Fluoroquinolone



C. Tétracyclines



D. Rifampicine



E. Streptomycine



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Recommandations

WHO. Operational guidelines on plague surveillance, diagnosis, prevention and control 2009

Traitement instauré

Lévofoxacine : 10mg/kg/j

+ gentamycine : 5 mg/kg (hypercréatininémie à J2)

Correction des troubles hydro-électrolytiques et O₂ à haut débit

Table 7: Plague treatment guidelines

Drug	Dosage	Interval (hrs)	Route of Administration
Streptomycin			
Adults	2 g/day	12	IM
Children	30 mg/kg/day	12	IM
Gentamicin			
Adults	5 mg/kg/day	24	IM or IV
Children	2 mg/kg loading dose followed by 1.7 mg/kg	8	IM or IV
Ciprofloxacin			
Adults	400 mg or 500 mg	12	IV
Children	15 mg/kg	12	IV/PO
Tetracycline			
Adults	2 g/day	6	PO
Children (>9) years	25–50mg/kg/day	6	PO
Chloramphenicol			
Adults	50 mg/kg/day	6	PO or IV
Children (>1) year	50 mg/kg/day	6	PO or IV
Doxycycline			
Adults	200 mg/day	12 or 24	PO
Children (>9) years	200 mg/day	12 or 24	PO
Oxytetracycline			
Adults	250–300 mg/day	8, 12 or 24	PO or IM
Children (>9) years	250 mg/day	8, 12 or 24	PO or IM

IM=Intramuscular IV=Intravenous PO=Orally

Quelles autres mesures sont à prendre ?

- A. Isolement sous moustiquaire
- B. Chimio prophylaxie des sujets contact par doxycycline durant 7 jours
- C. Isolement respiratoire
- D. Chimio prophylaxie des sujets contacts par prise unique de ciprofloxacine
- E. Autre chimio prophylaxie

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

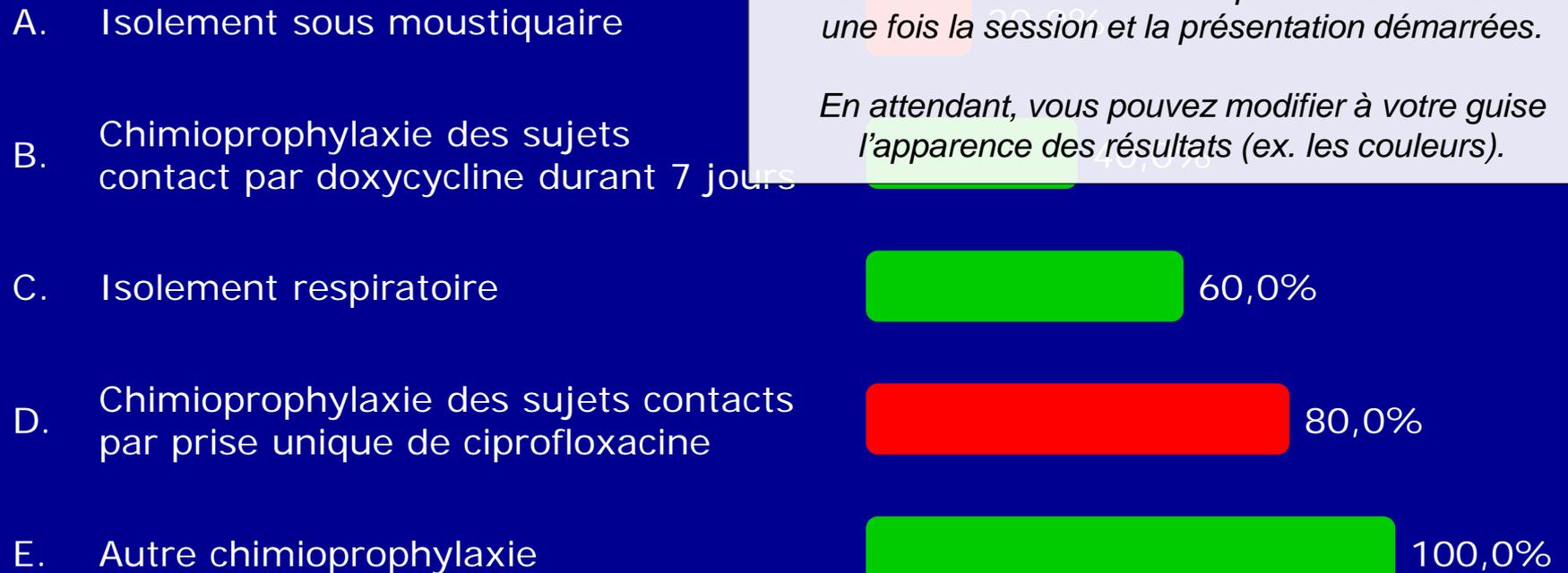
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quelles autres mesures sont à prendre ?



Mesures à prendre

- Isolement surtout respiratoire +++
- Chimio prophylaxie des sujets contact par :
 - Doxycycline 100 mg : 1-0-1
 - Ciprofloxacine 500 mg : 1-0-1
 - Ofloxacine 200 mg : 1-0-1
 - Cotrimoxazole 400/80 mg : 2-0-2

Durée : 7 jours

Evolution

- Apyrexie à J5 d'antibiothérapie
- Amélioration de la dyspnée
- Amélioration de la conscience
- Sevrage oxygène à J 9
- Levée de l'isolement respiratoire à J10
- Arrêt des antibiotiques à J10
- Patient sorti guéri à J15

Epidémiologie de la peste

Monde
(OMS 2016)



Madagascar
(MINSANP 2019)


**VAOVAO MAHAKASIKA NY ARETINA PESTA ETO MADAGASIKARA
 NANOMBOKA NY 01 AOGOSITRA HATRAMIN'NY 27 JANOARY 2019**

Districts	PB (n _i =73)		PP (n _i =13)		Total cas confirmés
	Vivant	Décédé	Vivant	Décédé	
Manandriana	16			2	18
Tsiroanomandidy	8	4	1	4	17
Ambalavao	7			1	8
Ambositra	2	4			6
Befotaka	6				6
Midongy Atsimo	4	1		1	6
Ambatofinandrahana	4	1			5
Miarinarivo	1			3	4
Anjozorobe	2	1			3
Faratsiho	3				3
Moramanga	3				3
Ankazobe	1	1			2
Manjakandriana		2			2
Arivonimamo				1	1
Betafo	1				1
Mandoto	1				1
Total	59	14	1	12	86

Conclusion

- **Evoquer une peste bubonique** devant une adénopathie inflammatoire, fébrile, sans porte d'entrée évidente chez une personne vivant ou ayant séjourné dans une zone d'endémie pesteuse → **diagnostic par TDR peste et PCR (ponction de bubon)**
- **Survenue de signes respiratoires associés** (détresse respiratoire brutale, hémoptysie, douleur thoracique...) → **penser à une peste pulmonaire secondaire**
- **Possibilité d'une peste pulmonaire primitive** (transmission interhumaine) → **Diagnostic par PCR et culture (crachats). Place TDR incertaine**

Dominique SALMON. Eric PICHARD. Centre de Diagnostic et de Thérapeutique. Hôtel-Dieu Paris.

M P.B, Camerounais né en 1964, en France depuis 1981, journaliste, hypertendu, a vécu 5 ans en Guyane



Consulte en 2005 à Paris pour une tuméfaction douloureuse, œdémateuse, du pied gauche



Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?

- A. Kaposi
- B. Pied diabétique
- C. Mycétome
- D. Lèpre
- E. Podoconiose
- F. Bancroftose
- G. Buruli

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

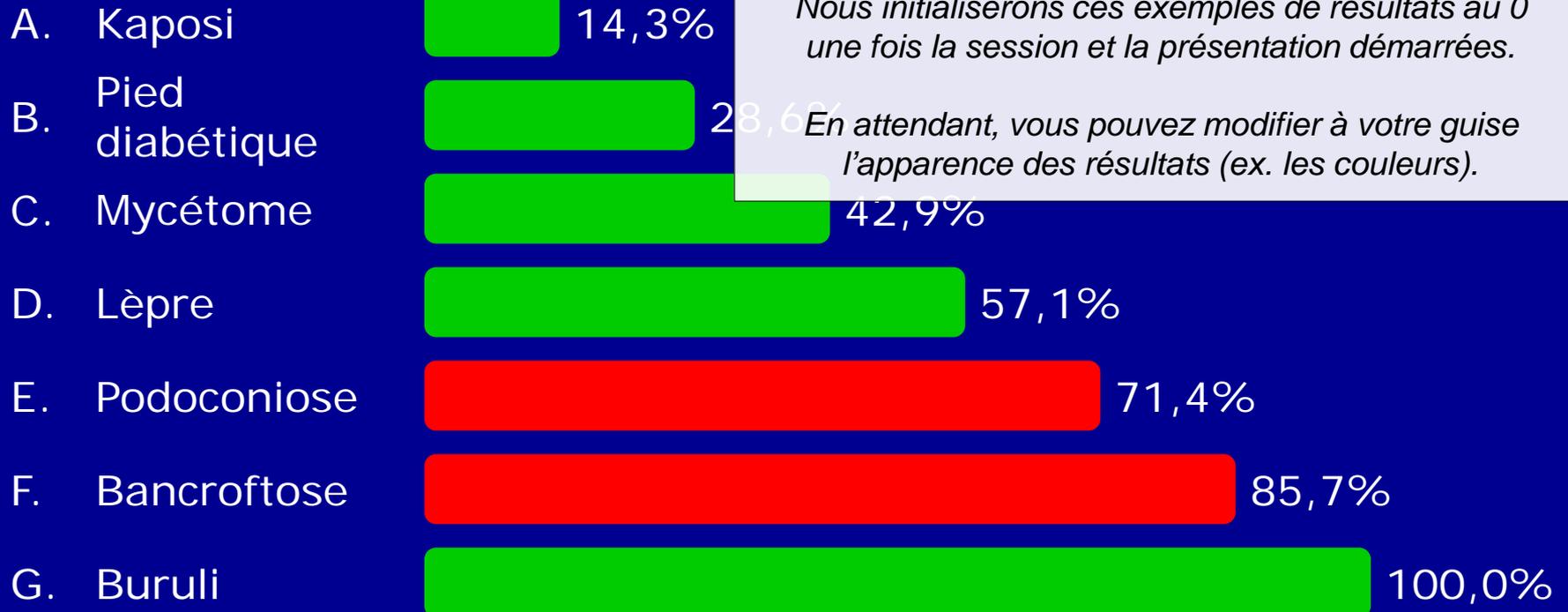
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



Podod~~er~~matose



Bancroft~~er~~ disease

Quel(s) examen(s) proposez-vous pour orienter votre(vos) hypothèse(s) ?

- A. Glycémie
- B. Radiographie du pied
- C. Biopsie, anapath et culture
- D. Scintigraphie
- E. Scanner du pied
- F. Sérologie VIH
- G. IRM du pied

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quel(s) examen(s) proposez-vous pour orienter votre(vos) hypothèse(s) ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Glycémie normale



Pied diabétique



Kaposi

Sérologie VIH négative

Radiographie



Scintigraphie hyperfixation du tarse du pied gauche

Scanner 8 11 18

IRM 2 11 18



Biopsie anapath : tissu fibro-inflammatoire



pas de BAAR
pas de ~~Kay~~osi
pas de levures
pas de grains

filaments mycéliens



~~Buruli~~



~~Lèpre~~

Quel est votre diagnostic le plus probable ?

- A. Histoplasmosse
- B. Coccidioidomycose
- C. Mycétome
- D. Chromoblastomycose
- E. Aspergillose

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

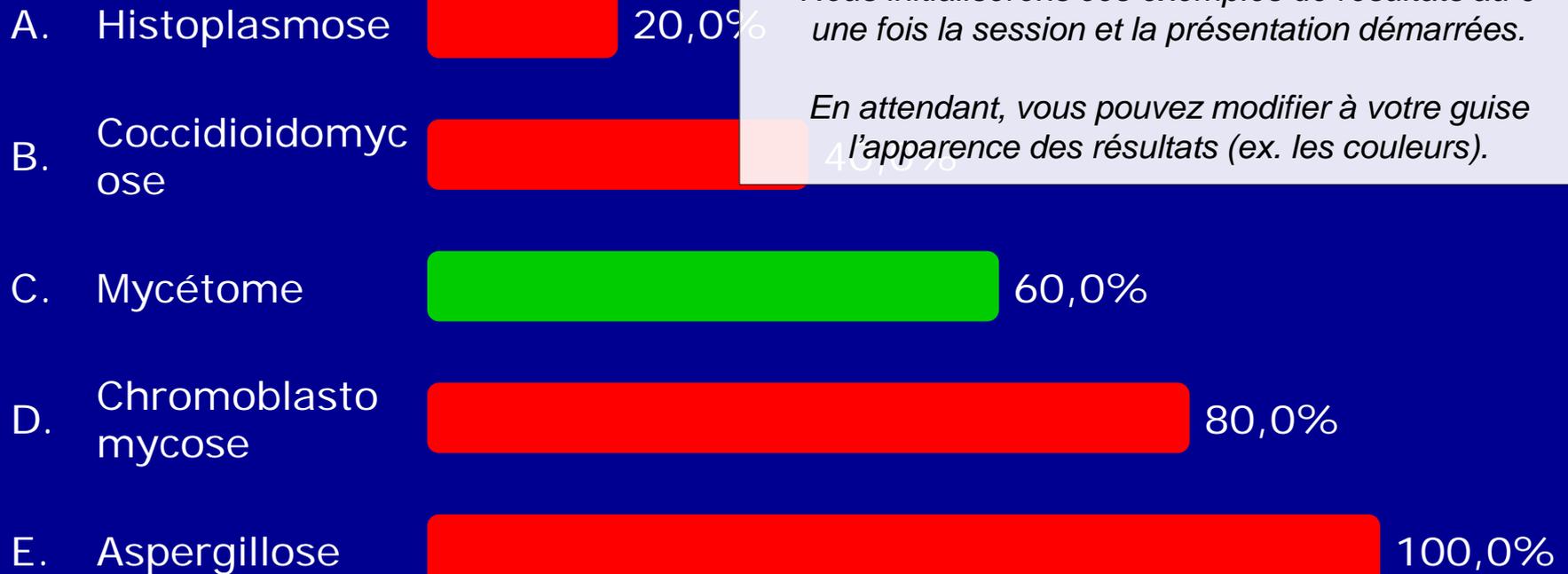
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

● Fermé



Quel est votre diagnostic le plus probable ?

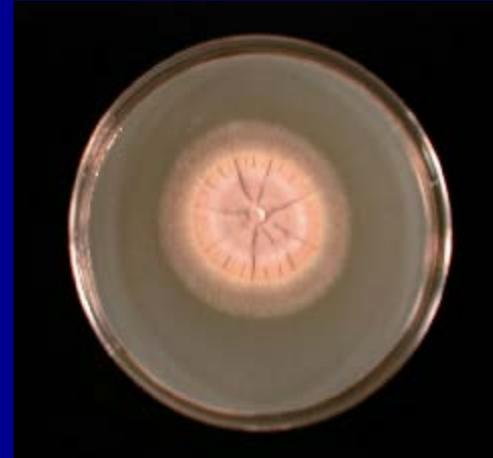


Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Culture :

Fusarium solani



Milieu de
Czapek
recto
37°

Confirmation par PCR

= mycétome fongique (eumycétome)

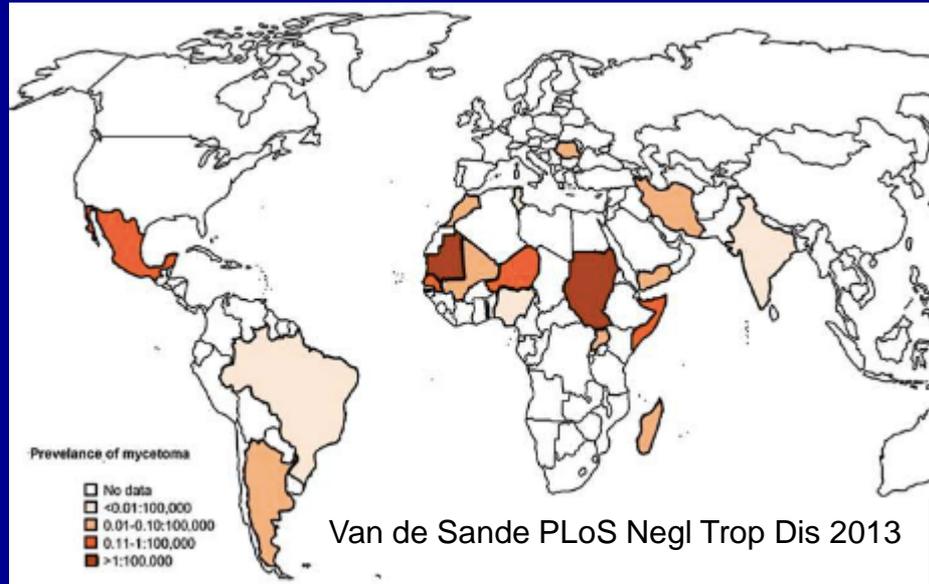
Eumycétomes et actinomycétomes

Inoculation de champignons ou actinomycètes par micro-traumatismes, épineux

Ruraux. H > F

Régions tropicales sèches entre 15° Nord et Sud

Tumeur chronique sous cutanée, surtout des pieds (pied de Madura)



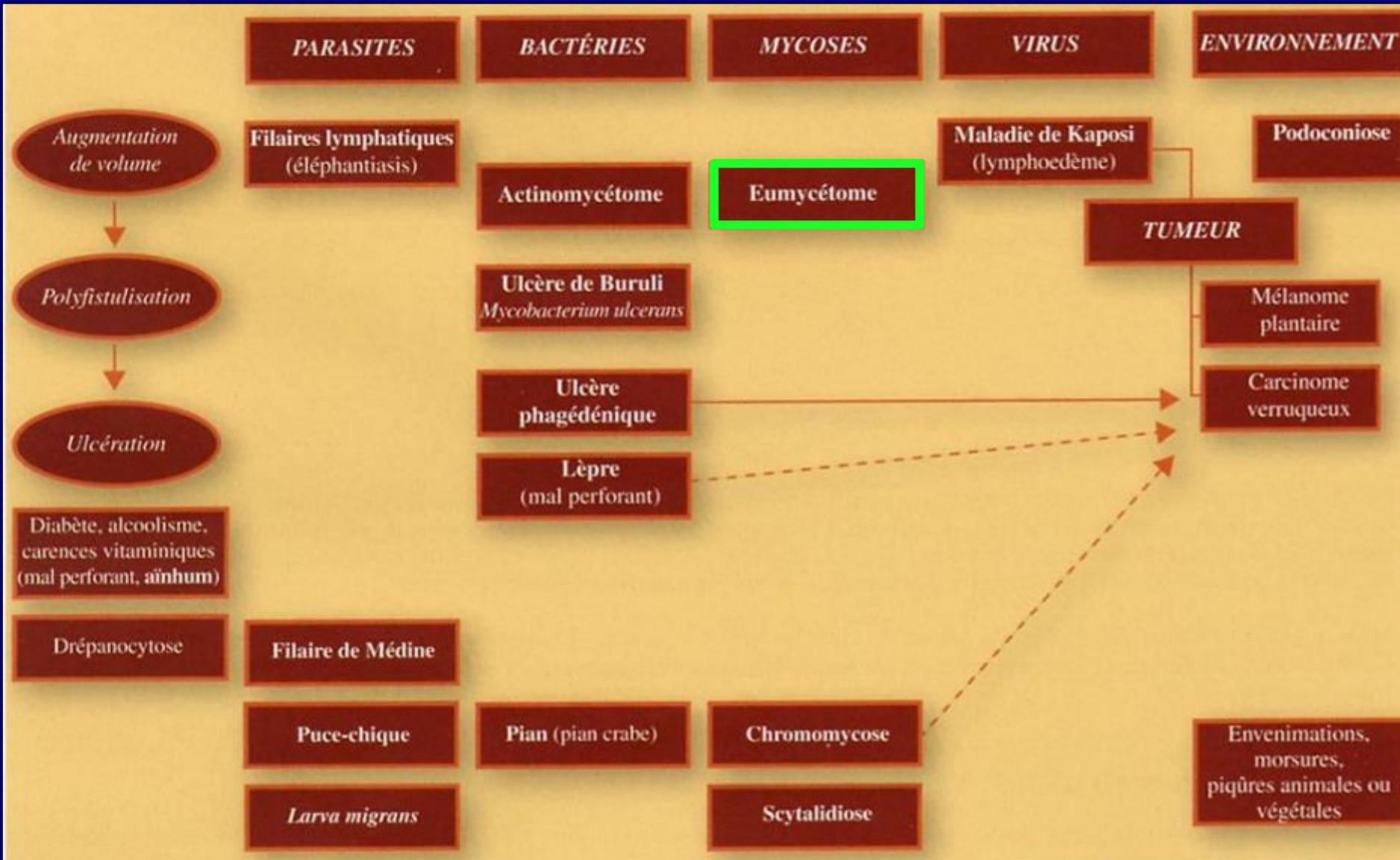
Habituellement fistules produisant des grains : direct, culture, PCR

Atteinte musculaire, osseuse ++ : évolution lente, douleurs, impotence

Traitement médico-chirurgical

Maladie Tropicale Négligée (OMS 2016)

Diagnostics du « pied tropical »



En dehors des *Fusarium* sp. quelles sont les espèces responsables de mycétomes fongiques ?

- A. *Cladosporium carionii*
- B. *Madurella mycetomatis*
- C. *Streptomyces somaliensis*
- D. *Actinomadura pelltieri*
- E. *Leptosphaeria senegalensis*
- F. *Nocardia braziliensis*

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

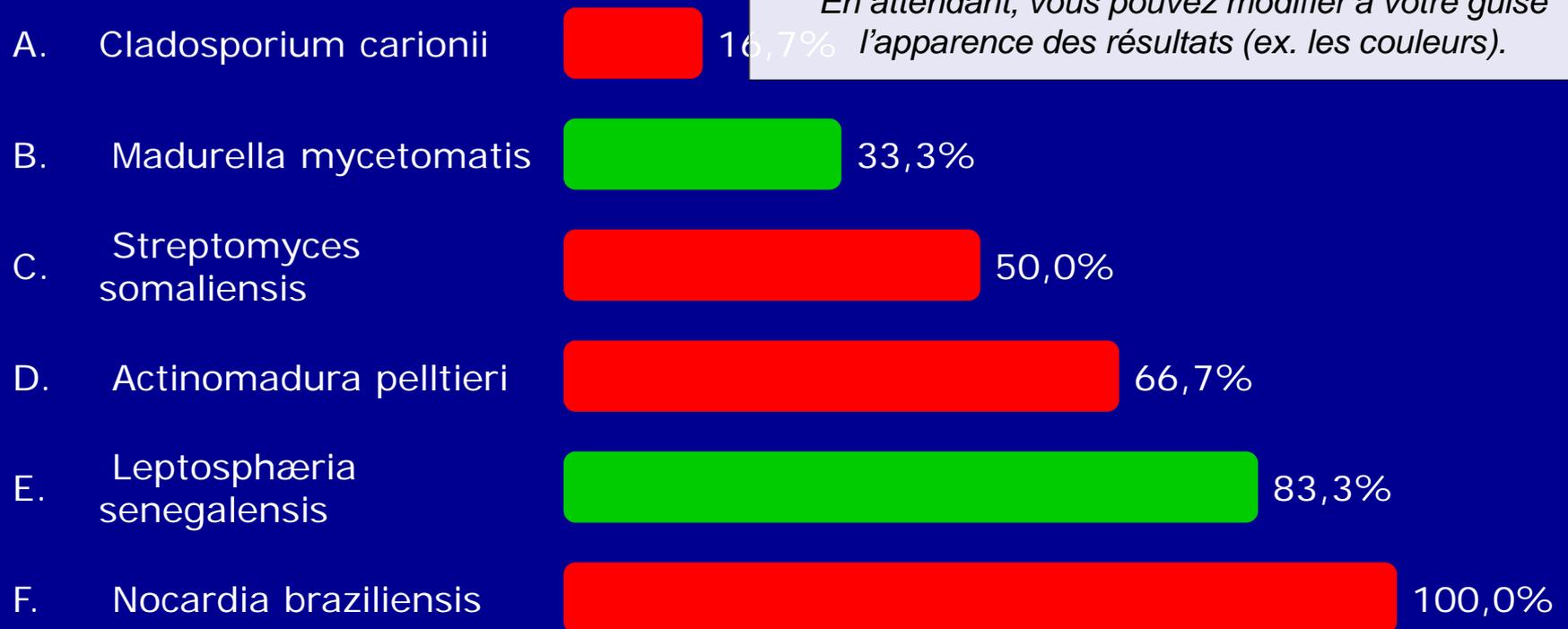
 Fermé



En dehors des *Fusarium* sp. quelles sont les espèces responsables de mycétomes fongiques ?

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



Principales espèces responsables de mycétomes

Espèces	Fréquence	Répartition géographique
Grains noirs : toujours fongiques		
<i>Madurella mycetomatis</i>	Principale espèce fongique	Afrique sahélienne, Yémen, Inde
<i>Leptosphaeria senegalensis</i>	Assez fréquent	Afrique de l'Ouest, Inde
<i>Leptosphaeria tompkinsii</i>	Très rare	Afrique
<i>Pyrenochaeta romeroi</i>	Rare	Zones tropicales
<i>Madurella grisea</i>	Assez fréquent	Amérique du Sud
<i>Exophiala jeanselmei</i>	Rare	Zones tropicales
Grains blancs fongiques		
<i>Scedosporium apiospermum</i>	Assez fréquent	Afrique équatoriale, Etats-Unis
<i>Acremonium sp.</i>	Rare	Zones tropicales
<i>Fusarium sp.</i>	Rare	Zones tropicales
Grains blancs ou jaunes actinomycosiques		
<i>Streptomyces somaliensis</i>	Fréquent	Zones désertiques
<i>Actinomadura madurae</i>	Fréquent	Zones tropicales et tempérées
<i>Nocardia brasiliensis</i>	Fréquent	Mexique, zones tropicales humides
<i>Nocardia asteroides</i>	Rare	Zones tropicales
Grains rouges : toujours actinomycosiques		
<i>Actinomadura pelletieri</i>	Assez fréquent	Afrique de l'Ouest, Inde

Quel traitement médical proposez-vous?

- A. Kétoconazole
- B. Amphotéricine B
- C. Itraconazole
- D. Cotrimoxazole
- E. Voriconazole
- F. Terbinafine

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quel traitement médical proposez-vous?

A. Kétoconazole 16,7%

B. AmphoB 33,3%

C. Itraconazole 50,0%

D. Cotrimoxazole 66,7%

E. Voriconazole 83,3%

F. Terbinafine 100,0%

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Traitement de M. PB

Itraconazole PO : 200mg/j x 16 semaines → inefficace →
posaconazole PO → inefficace → voriconazole PO depuis 2006 :
400mg x 2/j en attaque puis 200/400mg x 2/j + terbinafine PO 250mg/j

Sous ce ttt par voriconazole + terbinafine :

-réapparition de douleurs → 400mgx 2/j puis 800mg x 2/j → troubles visuels, élévation des γ GT, ASAT, CPK et créatinine → réduction à 400mg x 2/j en 2008

-vitiligo : voriconazole ?

-amyotrophie et déficit des MS : polyradiculite non attribuée au voriconazole, régressive

-hyperfluorémie attribuée au vorico sans périostite ni hyperostose

-amélioration clinique lente mais reprise des symptômes en 2018...

- Mycétomes = maladies tropicales négligées
- Mycétomes = cause fréquente de « pied tropical »
- Différentiation « actinomycosique » vs « fongique » capitale pour le traitement
- Agents principaux de mycétome fongique (eumycétome) : *Madurella mycetomatis* et complexe *Scedosporium boydii*
- *Toxicité des antimycosiques au long cours*
 - *ampho B et complexes (rénale...)*
 - *kétoconazole (hépatique...)*
 - *itraconazole (hépatique, toxidermie, hypokaliémie....)*
 - *voriconazole (hépatique, neuro, photosensibilité, fluorose....)*
- ... *en monothérapie ou bithérapie avec terbinafine (hépatique, hémato, toxidermie...)*

Drs Sophie Abgrall et Anne Marfaing, Hôpital Bécclère, Clamart
Dr Adela Angoulvant, hôpital Bicêtre, Clamart
Dr Ségolène Brichler, hôpital Avicenne, Bobigny

- **Mr K, 58 ans**
- **Originaire de Côte d'Ivoire, en France depuis 25 ans**
- **Voyage en Côte d'Ivoire deux fois par an**
- **Antécédents**
 - **Diabète de type 2**
 - **HTA mal équilibrée**
 - **Paludisme avec SDRA en 2015, réanimation**



Histoire de la maladie

- **Dernier voyage du 12/11 au 28/11/2018**
- **Chimioprophylaxie antipaludique prescrite par le médecin traitant par?**
 - Oubliée sur la table de nuit
- **Fièvre à partir du 24/11/2018**
 - Consultation médicale, diagnostic d'accès palustre, prescription médicale, non achetée
- **Service des urgences à la descente d'avion le 29/11/2018**
 - T° 38,3° C, asthénie
 - PNN 710, Lymphocytes 290, Hb 10,8, VGM 76, réticulocytes 15 000, plaquettes 23 000
 - Na 133 mm/l, Créatinine 97 uM/l, Clairance CKD-EPI 85 ml/min/1,73 m²
 - ASAT 82 UI/L, ALAT 65 UI/L, GGT 36 UI/L, PAL 57 UI/L, bilirubine T 6 uM/L, LDH 274 UI/L

Quels diagnostics évoquez-vous ?

- A. Leishmaniose viscérale
- B. Paludisme
- C. Lymphome
- D. Arbovirose
- E. Allergie médicamenteuse

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

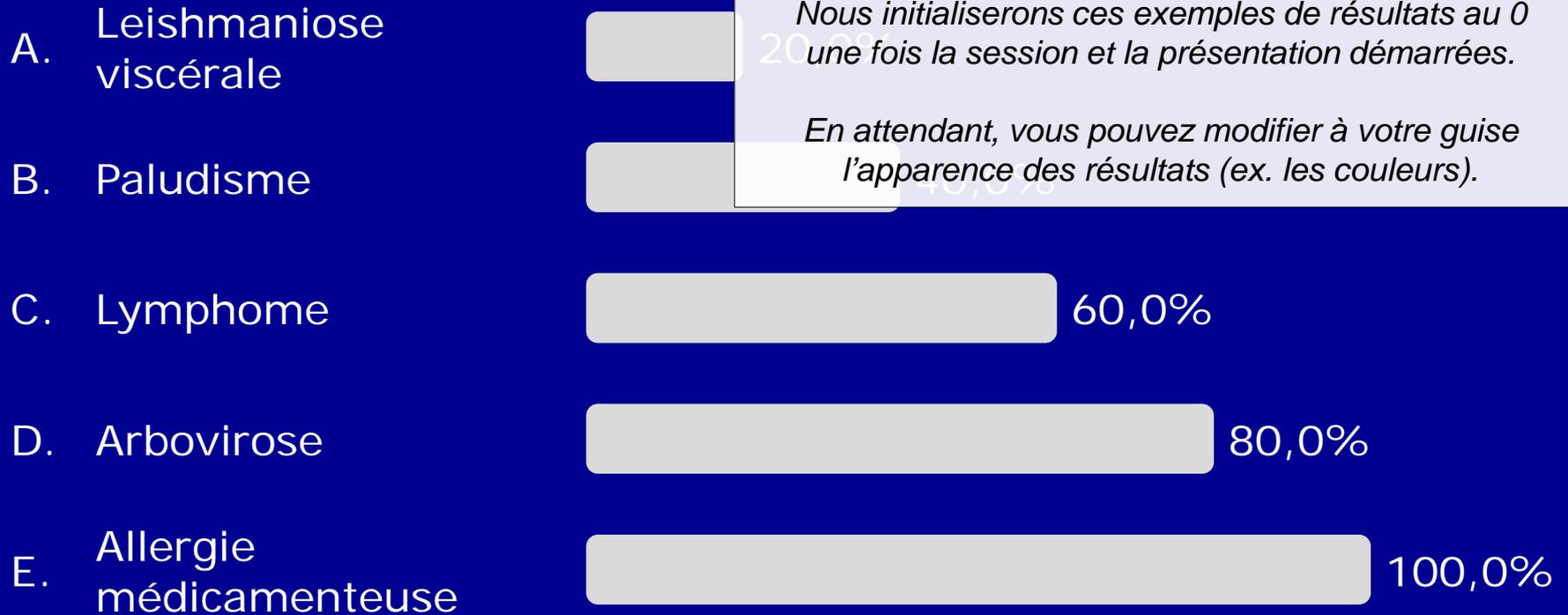
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quels diagnostics évoquez-vous ?



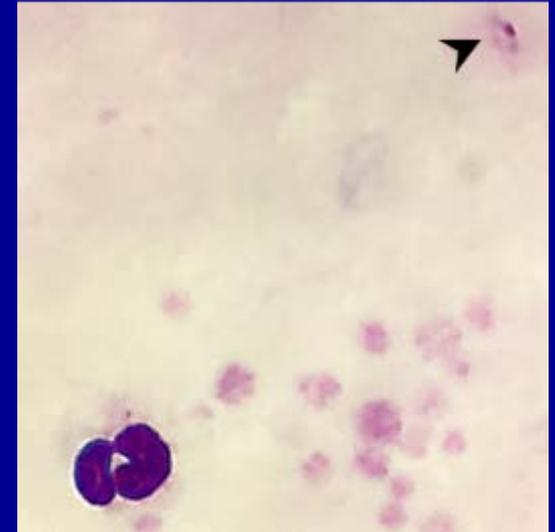
1. Leishmaniose viscérale

2. Paludisme

3. Lymphome

4. Arbovirose

5. Allergie médicamenteuse



Goutte épaisse, tête de flèche pointant un trophozoïte

- Pancytopénie fébrile, hémolyse ?, délais compatibles
 - Diagnostic de paludisme :
 - antigène *Plasmodium falciparum* positif, frottis négatif,
 - goutte épaisse : positive, parasitémie : 1 trophozoïte/10 μ l
 - Traitement par Quinimax IV 500 mgx3/j aux urgences
- NB : aucun traitement pris hors son traitement habituel

Histoire de la maladie

Le 30/11/2019 (+H24):

- **Clinique**

- Température 38,9° C, Pouls 82/min, TA 165/69, FR 20/min, saturation 98%
- Somnolent pendant l'examen, facilement réveillable, pas de confusion

- **Biologie**

- Leucocytes 1970/mm³, PNN 1140, Lymphocytes 550, monocytes 160, plasmocytes 100
- Présence de lymphocytes bleus, de plasmocytes et d'immunoblastes parfois atypiques
- Hb 11g/dl, plaquettes 8000
- ASAT 107 UI/L, ALAT 71 UI/L, bilirubine T 6 uM/L, LDH 538 UI/L
- Triglycérides 2,90 g/L, ferritine 11 230 ug/L

Quels diagnostics évoquez-vous ?

- A. Syndrome d'activation macrophagique
- B. Neuropaludisme
- C. Syndrome mononucléosique
- D. Hypoglycémie
- E. Primoinfection VIH

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quels diagnostics évoquez-vous ?

A. Syndrome d'activation macrophagique

B. Neuropaludisme

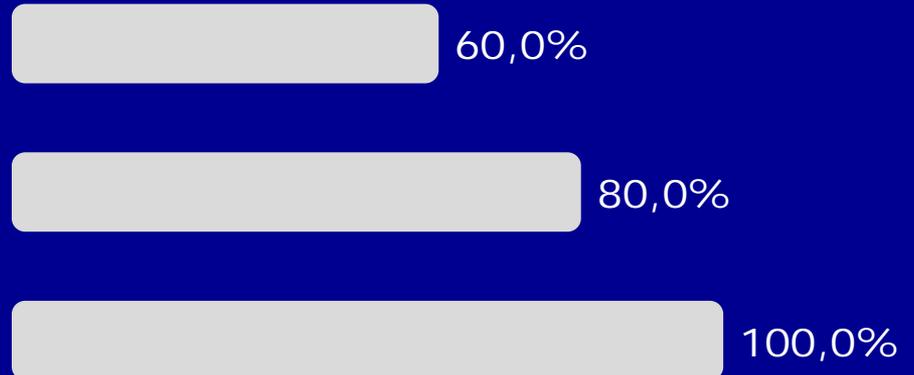
C. Syndrome mononucléosique

D. Hypoglycémie

E. Primoinfection VIH

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



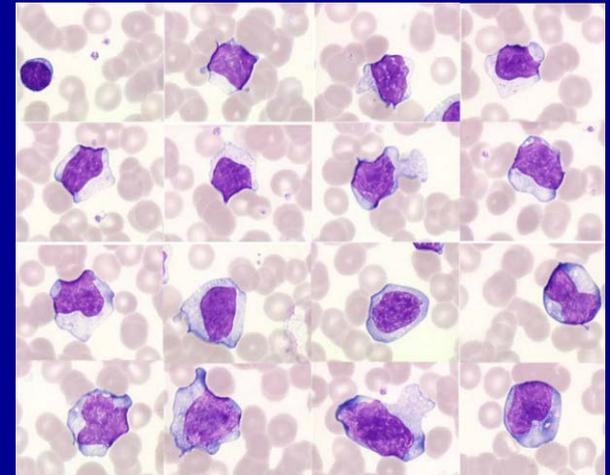
1. Syndrome d'activation macrophagique

2. Neuropaludisme

3. Syndrome mononucléosique

4. Hypoglycémie

5. Primo-infection VIH



- Pancytopénie fébrile, hémolyse, ferritine et triglycérides augmentés
- 41% de cellules mononuclées, 28% lymphocytes
- 1 signe de gravité du paludisme
- Dextro normal
- Méningoencéphalite, non proposée ici, est bien-sûr à évoquer également

Quelle est votre attitude thérapeutique (plusieurs options) ?

- A. Transfert en réanimation
- B. Traitement par artenimol-piperaquine (Eurartésim®)
- C. Traitement par artésunate IV (Malacef®)
- D. Traitement par oseltamivir (Tamiflu®)
- E. Traitement par piperacilline-tazobactam

*La question s'ouvrira lorsque
vous démarrerez votre session et
votre présentation.*

*Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in
k4vote.*

*Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-
vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.*

Votes: 0

 Fermé



Quelle est votre attitude thérapeutique (plusieurs options) ?

A. Transfert en réanimation

B. Traitement par arteminol-piperaquine
(Eurartésim®)

C. Traitement par artésunate IV
(Malacef®)

D. Traitement par oseltamivir (Tamiflu®)

E. Traitement par piperacilline-tazobactam

*Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0
une fois la session et la présentation démarrées.*

*En attendant, vous pouvez modifier à votre guise
l'apparence des résultats (ex. les couleurs).*

60,0%

80,0%

100,0%

1. Transfert en réanimation

2. Traitement par arténimol-piperaquine (Eurartésim®)

3. Traitement par artésunate IV (Malacef®)

4. Traitement par oseltamivir (Tamiflu®)

5. Traitement par piperacilline-tazobactam

- 1 critère de gravité du paludisme => transfert en réanimation et artésunate IV

- Pas d'argument pour une grippe (Rq: recherche faite : négative)

- Pas d'indication à antibiothérapie à large spectre, pas de neutropénie importante

Quels examens complémentaires proposez-vous ?

- A. Scanner thoracoabdominopelvien
- B. Myélogramme
- C. Sérologie Dengue
- D. Sérologie Chikungunya
- E. Ponction lombaire

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



Quels examens complémentaires proposez-vous ?

A. Scanner thoracoabdominopelvien



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

B. Myélogramme



En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

C. Sérologie Dengue



60,0%

D. Sérologie Chikungunya



80,0%

E. Ponction lombaire

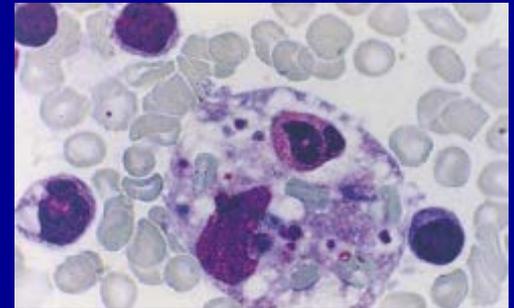


100,0%

- Recherche de lymphome
- Possible Dengue
- Eliminer méningoencéphalite

Suite de l'histoire

- Le 30/11/2018 (+H24) – suite des examens - réanimation
- TROD VIH négatif, charge virale en attente



- Myélogramme
 - Présence de mégacaryocytes = thrombopénie périphérique
 - Activation macrophagique
 - Grands lymphocytes hyperbasophiles
 - Pas de cellules lymphomateuses ou leucémiques
- PL après transfusion de plaquettes : LCS normal
- Scanner TAP
 - Hépatomégalie 18 cm, foie stéatosique
 - Splénomégalie 15 cm
 - Adénomégalie hilare droite 2 cm non nécrotique

Suite de l'histoire

- **Le 04/12/2018 (+J4) – retour dans le service**
- **Apyrétique, réveillé, asymptomatique**
- **Biologie**
 - **Leucocytes 3700, PNN 1600, lymphocytes 900**
 - **Hb 11g/dL, réticulocytes 11 000/mm³, plaquettes 22 000/mm³**
 - **ASAT 95, ALAT 64**
 - **LDH 425**

**La recherche de dengue n'a pas été faite.
La proposez-vous ?**

- A. Non, le début des symptômes remonte à 10 jours**
- B. Oui, il est parti de Côte d'Ivoire il y a 6 jours**
- C. En demandant une sérologie Dengue**
- D. En demandant une PCR Dengue dans le sang**
- E. L'analyse du LCS n'a aucun intérêt**

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.

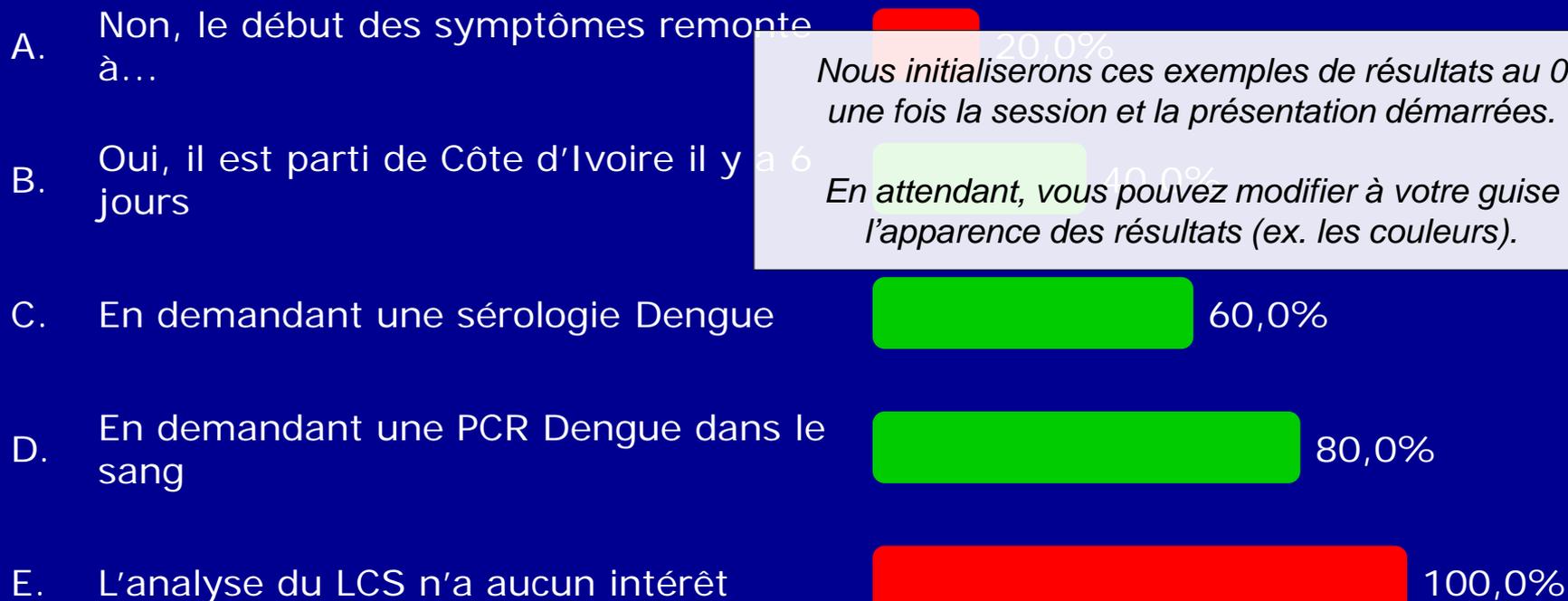
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

Votes: 0

 Fermé



La recherche de dengue n'a pas été faite. La proposez-vous ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

- Intérêt des examens selon délai entre début des signes et prélèvements
- PCR Dengue si début des symptômes survenus dans les 7 jours précédents
- Sérologie Dengue (détermination IgM) si début des symptômes survenus depuis au moins 5 jours
- Délai d'incubation 10 jours

Résultats

- **Sérologie Dengue**
 - IgG positifs 37 (seuil : 11)
 - IgM positifs 37,4 (seuil : 11)
 - PCR Dengue sang positive (type 1)
- **Sérologie Chikungunya**
 - IgG positifs 3 (seuil : 1,1)
 - IgM négatifs
- **Sérologie Zika**
 - IgG positifs faibles (réaction croisée anti-flavivirus)
 - IgM négatifs

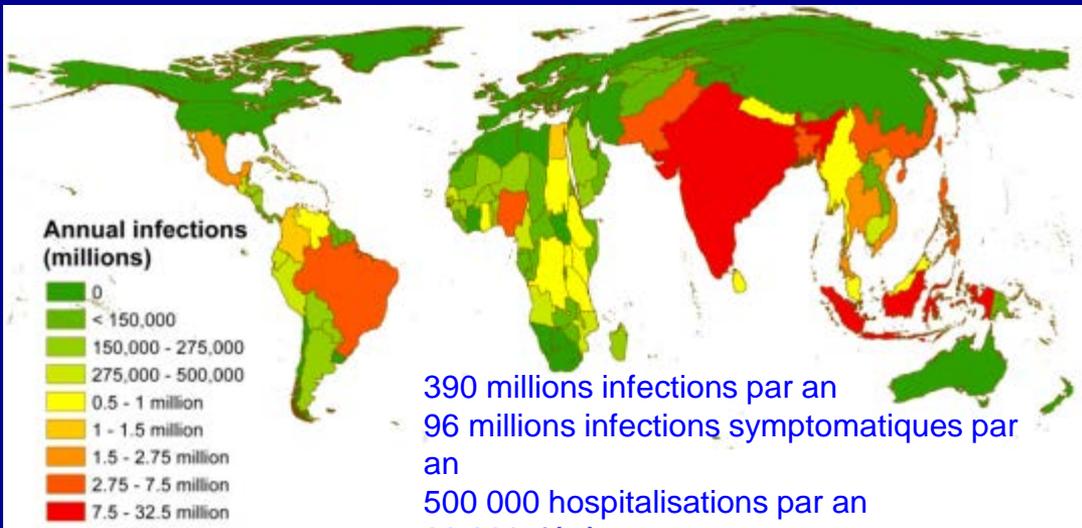
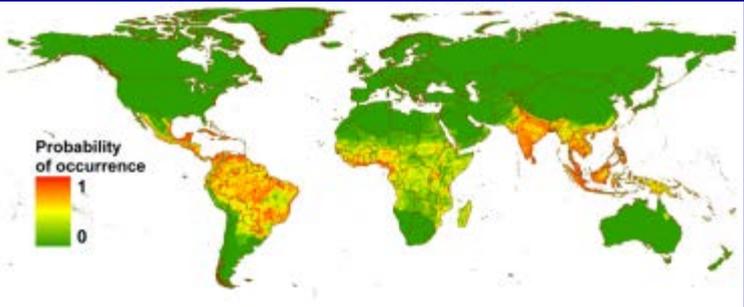
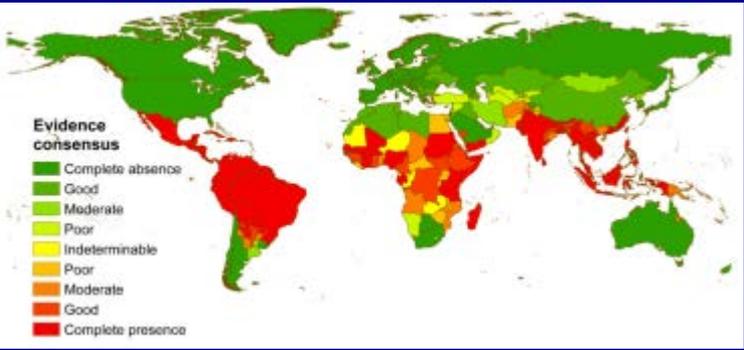
Dengue

- « Grippe tropicale »
 - Flaviviridae, 4 virus sans immunité croisée
 - Fièvre, myalgies, arthralgies, céphalées, symptômes neurologiques, éruption cutanée
 - Formes graves (plus fréquente quand infection antérieure avec autre sérotype) à partir du 4^e/5^e jour
 - Syndrome hémorragique par fuite capillaire
 - syndrome de choc
 - Atteintes du SNC (épilepsie, encéphalite), médullaire, neurologique périphérique, cardiaque, rénale
 - Leuconeutropénie, thrombopénie, cytolyse hépatique
- Transmission par moustique *Aedes* (*A aegypti*++, *A albopictus*), piqure diurne

<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/dengue/Page-1.html>

- **Maladie re-émergente**

- Progression de l'incidence x 30 depuis 50 ans
- Zone intertropicale : Amérique C/S, Caraïbes, Asie, Océanie > Afrique
- Epidémie à Abidjan en avril 2017 (virus type 2 et 3)
- Epidémie au Nord du Sénégal en novembre 2017 (virus type 1)
- Implantation du moustique dans le Sud de la France, cas autochtones (Sud de la France)



390 millions infections par an
96 millions infections symptomatiques par an
500 000 hospitalisations par an
20 000 décès par an

<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/dengue/Page-1.html>
Bhatt S, Lancet 2013

- **Prévention**

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio	Risk Ratio
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI	M-H, Random, 95% CI
2.2.1 Serotype 1							
Subtotal (95% CI)		21562		10657	29.4%	0.49 [0.39, 0.63]	◆
Total events	126		126				
2.2.2 Serotype 2							
Subtotal (95% CI)		21566		10722	30.8%	0.66 [0.50, 0.86]	◆
Total events	127		96				
2.2.3 Serotype 3							
Subtotal (95% CI)		21668		10751	20.3%	0.25 [0.18, 0.35]	◆
Total events	54		107				
2.2.4 Serotype 4							
Subtotal (95% CI)		21669		10734	19.4%	0.23 [0.15, 0.34]	◆
Total events	35		78				
Total (95% CI)		86465		42864	100.0%	0.40 [0.30, 0.54]	◆
Total events	342		407				

0.01 0.1 1 10 100
Favours [experimental] Favours [control]

- **Vaccin CYD-TDV (Dengvaxia®)** (déc 15-avr 16)
 - vaccin vivant atténué tétravalent
 - 3 doses à 6 mois d'intervalle
 - **Situations de forte prévalence : avantage global**
 - **Personnes séronégatives : sur-risque de dengue grave**
 - **Proposition du comité SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) (déc 17-avr 18) + OMS (septembre 2018) :**
 - 1. Vaccination des populations avec séroprévalence > 80% à l'âge de 9 ans
 - 2. Faire sérologie avant la vaccination => recommandations OMS pour les pays d'endémie
- ⇒ **Non recommandation aux voyageurs**

- **Transmission par *Aedes*, piqure diurne => prophylaxie anti-vectorielle**

Conclusion

- **Dengue**
 - 4 virus sans immunité croisée
 - Formes graves quand infection antérieure avec autre sérotype
- **Transmission par moustique *Aedes* (*A aegypti*++, *A albopictus*), pique diurne**
 - *A albopictus* (moustique tigre) implanté et actif en France (Ile de France - nov. 2018)
- **Suspicion clinique/diagnostic biologique selon date de début des symptômes**
 - Incubation 10 jours, PCR Dengue < 7 jours, sérologie > 5 jours
- **Vaccin**
 - Sur-risque de dengue grave ultérieure chez personnes séronégatives