

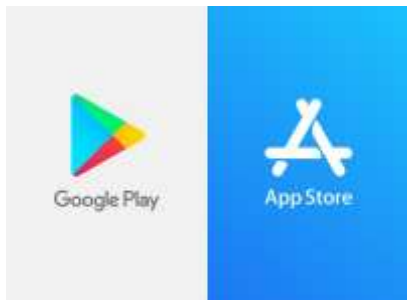


Cas clinique en Médecine Tropicale

Charlotte Boullé & Nathalie Pansu - CHU Montpellier

Session interactive

Pour participer au vote, téléchargez l'application mobile JNI 2021 disponible sur l'App Store ou sur Google Play



L'application est également disponible en flashant ce QR Code







Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : BOULLÉ Charlotte

Titre : Cas clinique en Médecine Tropicale

 L'orateur ne souhaite pas répondre

-  Consultant ou membre d'un conseil scientifique
-  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
-  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
-  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

OUI NON

OUI NON

OUI NON

OUI NON

Mme E.

- **Femme, 41 ans**
- **Originaire du Mexique, en France depuis 14 ans.
Dernier séjour il y a 2 ans.**
- **Antécédents : migraines ophtalmiques, traitées par
Triptan (TDM 2008 calcifications cérébrales)**
- **Pas de voyages récents (sauf Espagne)**

Histoire de la maladie

- **3 juillet 2018 : céphalées et nausées, répondant mal au traitement habituel**
- **13 juillet : céphalées, nausées, troubles de l'équilibre, paresthésies membre inférieur droit**
 - Céphalées en casque, cervicalgie sans raideur
 - TDM : pas d'hémorragie, de thrombose ni de syndrome de masse
 - LCS : protéines 0.65 g/L, glucose 0.8 mM, 15 éléments/mm³ dont 25% d'éosinophiles.
 - PCR HSV/VZV/entérovirus/listéria **négatives**, culture **négative**
 - Evolution favorable (Acyclovir, Gentamicine 1 dose, Amoxicilline 14 jours)
- **31 juillet : récurrence**
 - G15, examen neurologique normal
 - LCS (au SAU) protéines 0.65 g/l, glucose 1.4 mM, lactates 3.4 mM, lymphocytaire 60 éléments/mm³
PCR multiplexe **négative**
 - CRP **1.1 mg/l**

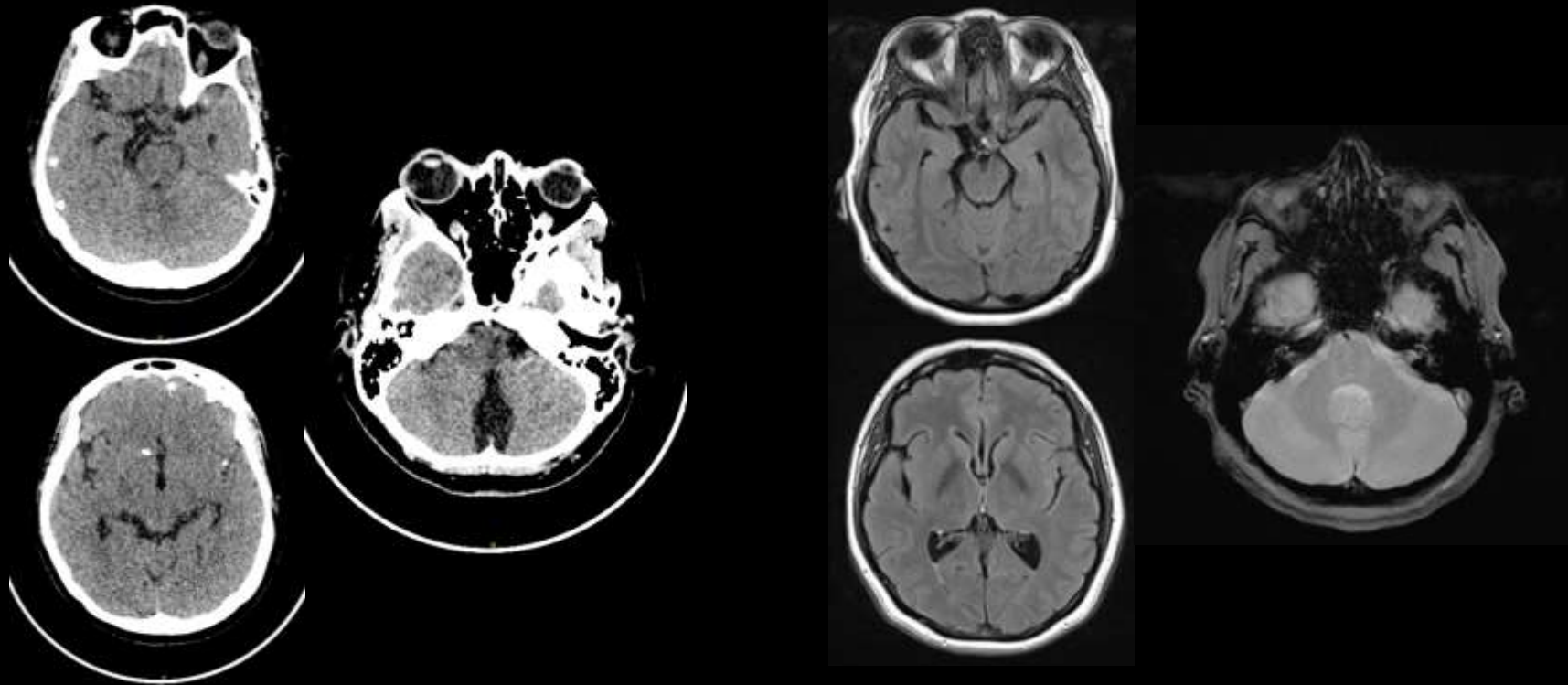
Question 1 (QRM)

- **Quels examens proposez-vous ?**
 - 1. Anapath LCS**
 - 2. Scanner TAP**
 - 3. IRM cérébrale**
 - 4. Culture mycobactériologique du LCS**
 - 5. AC anti-neuropiles sur LCS**

Réponses 1

- **Quels examens proposez-vous ?**
 1. **Anapath LCS**
 2. **Scanner TAP**
 3. **IRM cérébrale**
 4. **Culture mycobactériologique du LCS**
 5. **AC anti-neuropiles sur LCS**

TDM et IRM cérébrales



Question 2 (QRU)

- **Que pensez-vous de ces images ?**
 - 1. Lésions calcifiées d'allure séquellaire**
 - 2. Micro-abcès cérébraux**
 - 3. Tuberculomes**
 - 4. Lésions évocatrices de neurocysticerques actifs**
 - 5. Lésions évocatrices de lymphome cérébral**

Réponses 2

- Que pensez-vous de ces images ?

1. Lésions calcifiées d'allure séquellaire
2. Micro-abcès cérébraux
3. Tuberculomes
4. Lésions évocatrices de neurocysticerques actifs
5. Lésions évocatrices de lymphome cérébral

4 Stades (classification d'Escobar) :

1. Vésiculaire: viable, membrane intacte, pas d'œdème.
2. Vésiculaire colloïdale : liquide kystique turbide, membrane perméable, œdème
3. Granulaire nodulaire : œdème +/-, rétraction kyste, prise de contraste persistante.
4. Nodulaire calcifié: dernier stade, pas d'œdème.

Zee *et al*, Neuroimaging Clin N Am, 2000.

IDSA :

Parenchymal

- Nonviable calcified (<2cm +/- edema +/- enhancement)
- Single, small enhancing (<2cm)
- Viable parenchymal (contrast or edema, scolex visible)

Extraparenchymal

- Intraventricular (or hydrocephalus)
- Subarachnoid
- Spinal

Evolution

- **Vous recevez les premiers résultats de votre bilan :**
 - Electrophorèse & dosage pondéral Ig : normaux
 - Phénotypage Ly circulants : pas d'anomalie
- **Sérologies :**
 - Cysticercose : positive
 - Quantiféron : positif
 - Autres sérologies : négatives
- **PL :**
 - 100 éléments, 43% PN Eo, 9% Ly activés. Pas de cellules atypiques.
 - GeneXpert BK négatif/ADA normale
 - IL-10 / IL-6 ↑ (201/22 pg/ml)
 - déséquilibre ↑ rapport K/L, perte d'expression partielle CD20

Question 3 (QRM)

- **Quelles sont des causes infectieuses classiques de méningite à Eosinophiles ?**
 1. **Tuberculose**
 2. **Cysticercose**
 3. **Angiostrongyloïdose**
 4. **Gnathostomose**
 5. **Coccidioïdomycose**

Question 3 (QRM)

- Quelles sont des causes infectieuses classiques de méningite à Eosinophiles ?
 1. Tuberculose : décrit mais rare ++
 2. Cysticercose
 3. Angiostrongyloïdose +++
 4. Gnathostomose ++
 5. Coccidioïdomycose ++

Evolution

- **Entre temps la patiente a reçu un traitement d'épreuve par quadrithérapie antituberculeuse (>1 mois) sans amélioration clinique, avec persistance des céphalées quotidiennes.**
- **Une nouvelle PL est réalisée :**
 - PCR *T. solium* : positive
- **Vous reprenez le diagnostic de neurocysticercose**

Question 4 (QRM)

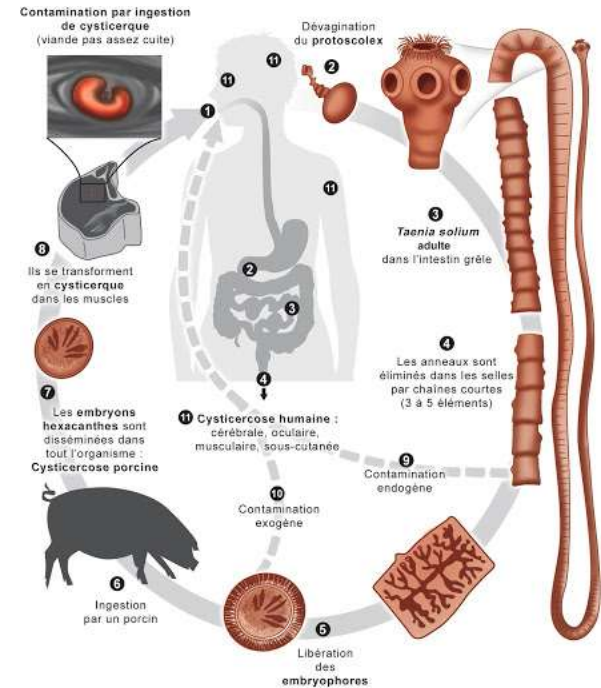
- **Quel traitement proposez-vous ?**
 - 1. Diethylcarbamazine**
 - 2. Niclosamide**
 - 3. Albendazole**
 - 4. Praziquantel**
 - 5. Prednisone**

Réponses 4

- Quel traitement proposez-vous ?
 1. Diethylcarbamazine
 2. Niclosamide
 3. **Albendazole**
 4. **Praziquantel**
 5. **Prednisone**

Taeniose / Cysticercose

- **Homme**
 - hôte définitif de *T. solium*
 - Parfois, hôte intermédiaire accidentel (développement larvaire *Cysticercus cellulosae*)
- **Formes clinique :**
 - Cérébrale (classiquement neurocysticercose épileptogène, plus rarement neurocysticercose sous-arachnoïdienne)
 - Cysticercose cutanée, musculaire
 - Cysticercose oculaire



Neurocysticercose

- **Epidémiologie : Mexique & Inde +++**
- **50% des patients avec NCC ont une méningite**
 - méningite chronique retardée plusieurs années après l'infestation rare (1-30 ans)
 - Mauvaise réponse au traitement
- **Mme E**
 - évolution favorable >6 mois après traitement 14j par ALBENDAZOLE 15 mg/kg/j + PRAZIQUANTEL 50 mg/kg/j
 - PL de contrôle PCR *positive T. solium* +11 Ct

Critères diagnostiques NCC (Del Brutto *et al*)

Absolu (A) : histologie, imagerie visualisant le scolex, parasite au FO

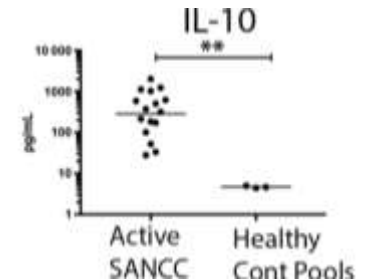
Majeurs (M) : imagerie très en faveur, sérologie, réponse thérapeutique, résolution spontanée d'une lésion unique

Mineurs (m) : imagerie en faveur, clinique, Ag/sérologie LCS, cysticercose extra-cérébrale associée

Epidémiologiques (e) : originaire d'un pays d'endémie, voyages, contage familial

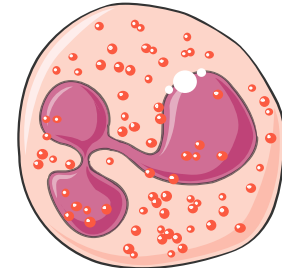
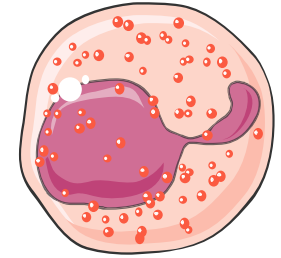
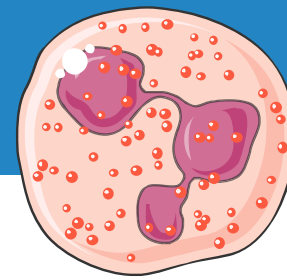
Certain : 1 A ou (2 M+ 1 m/e)

Probable : 1 M+2 m/e, 3 m+1 e



Harrison et al, CID 2021

Les PN éosinophiles



- **Réponse inflammatoire :**
 - allergies, maladies prolifératives et infection helminthiques
 - dégradation extra-cellulaire de grands parasites par dégranulation vs endocytose/digestion des PNN/macrophages
 - Commutation isotypique vers synthèse IgE
 - Th2 : IL 4, 5, 10, 12, 13, 16, 18, TGF
- **Présence dans le LCS = anormal, seuil théorique 10/mm³ ou 10%**

Causes possibles de méningites à Eosinophiles

Néoplasiques

Lymphomes (Hodgkin++)
Leucémie lymphoblastique aiguë
Sd myélo-prolifératifs
SHE

Toxiques

ATB, Genta/vanco intrathécale

Cathéter/matériel intracérébral

Inflammatoires

Sarcoïdose, Behçet

Idiopathiques

Infectieuses : les plus fréquentes

- **Angiostrongyloïdose ++++++**
 - *Angiostrongylus cantonensis*, Asie SE, céphalées/HTIC, ingestion de mollusques, LCS pauci-cellulaire, tt symptomatique/corticoïdes,
- **Coccidioïdomycose**
 - *C. immitis/posadasii*, 2^{ème} en fréquence, Am Sud, atteinte respiratoire initiale, gravissime si non traité, tt AmphoB IV ou IT, azolés
- **Gnathostomose**
 - *G. spinigerum*, Asie SE, Afrique, Am Sud, Moyen-Orient, poisson, poulet, serpents, eau. Gravité : hémorragie cérébrale : cf. LCS cellulaire et hémorragique.
- **Baylisascarose**
 - *B. procyonis*. Etats-Unis. Excréments de raton-laveurs. Gravité ++. Tt corticoïdes, albendazole
- **Schistosomose**
- **Cysticercose**
- **Toxocarose**
- **Paragonimose**
- **Autres : trichinellose, hydatidose, coenurose, strongyloïdose, filariose, myase, Rocky Mountain fever, coxsackie, sinusite allergique aspergillaire**

Take-home messages

- **Importance de la cytologie du LCS (voyage ++)**
- **Diagnostic / faisceau d'arguments**
- **Traitement classique parfois insuffisant**
- **Suivi indispensable, mal codifié (diagnostic différentiel et réponse thérapeutique)**



Merci pour votre attention