

Loïc Epelboin^{1,2}, Aïda Dione¹, Agnès Lévi¹, Emilie Mosnier^{1,2}, Gaëlle Walter¹, Bastien Bidaud¹, Carlos Carrera², Daniel Jeanbourquin¹, Antoine Adenis¹, Mathieu Nacher¹, Denis Blanchet¹, Julien Savatovsky³, Magalie Demar¹, Félix Djossou¹

1. CH Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane française

2. Centre Délocalisé de Prévention et de Soins de St Georges de l'Oyapock

3. Service d'Imagerie. Fondation Ophtalmologique A. Rothschild 75019 Paris



**Madame X, 39 ans, hospitalisée à Macapa
6 mois plus tôt pour tuberculose pleuro-pulmonaire non
documentée : anti BK IREP depuis 5 mois**

Diagnostic de VIH :

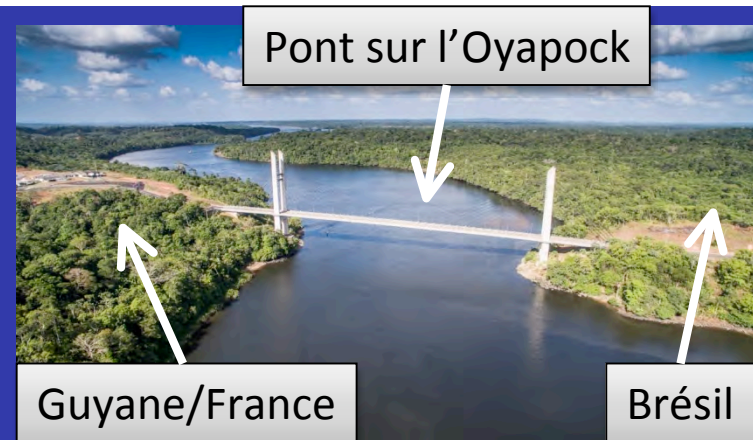
CV : 147615 cp/ml (5,18 log) ; CD4 56/mm³ (4 %)

ARV : ténofovir + lamivudine + efavirenz depuis 4 mois

AEG, apparition progressive de troubles du comportements

Céphalées fébriles, syndrome confusionnel, vomissements d'aggravation récente

Consulte au CS de St-Georges de l'Oyapock puis transférée au CH de Cayenne



T 39.2 °C ; TA 110/75 mmHg ; FC 103 bpm ; Sat O₂ 99 % AA ; poids 43 kg

Syndrome méningé, parésie du MSG, taxie avec chute, dysarthrie, désorientation, diplopie, paralysie du VI droit, trouble de la marche

Plasma

- Hb 9,2 g/dl ; VGM 100 μm^3
- GB 5.5 G/l ; PNN 4.29 G/l lympho 0.82 G/l, pl 482 G/L
- Hémostase, bilan rénal/hépatique normaux
- **CV VIH indétectable**
- **CD4 = 93/mm³ (10,1 %)**

Ponction lombaire

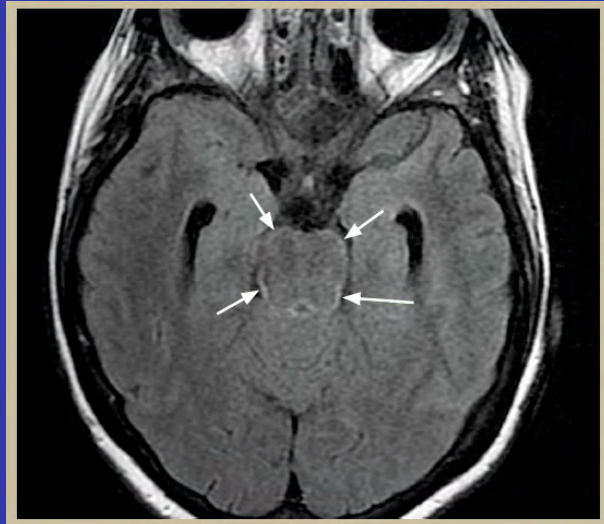
- 11 éléments/mm³ GR : 76 /mm³
- Protides : 0,72 g/l
- Glucose : 1,20 mM (glycémie 5.6 mM).

Scanner thoracique

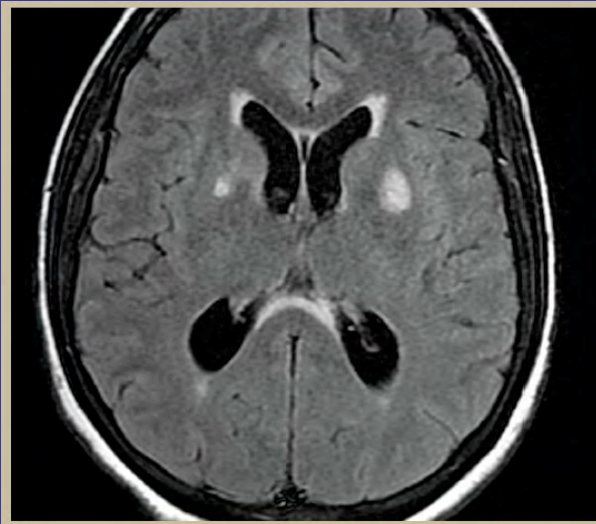
- Sd interstitiel évocateur de PCP

IRM cérébrale

IRM (FLAIR)



Hypersignal feutrante le
mésencéphale(méningite)
Dilatation des cornes tempore
(hydrocéphalie)



Hypersignaux bilatéraux des
noyaux lenticulaires à
prédominance gauche
Hydrocéphalie

IRM (3D T1 injecté)



Contraste leptoméningé
péri mésencéphalique,
vallées sylviennes, sillons
basifrontaux et CAE

Quelle étiologie évoquez-vous devant ce tableau de méningo-encéphalite ?

1. Encéphalite à VIH
2. Infection à CMV
3. Tuberculose
4. Cryptococcose
5. Listériose
6. Infection à HSV1
7. Toxoplasmose

1. Encéphalite à VIH

CV négative dans le plasma n'exclut pas le diagnostic (*Canestri, Clin Inf Dis, 2010*)

2. Infection à CMV

3. Tuberculose

Pas de certitude sur la bonne observance du traitement

4. Cryptococcose

Incidence de la cryptococcose x 10 en Guyane (*Debourgogne, Med Mycol, 2011*)

5. Listériose

Association *Listeria*/VIH peu fréquente

6. Infection à HSV1

7. Toxoplasmose

Pas de certitude sur la bonne observance du traitement

Bilan infectieux : plasma négatif sauf PCR CMV : 16095 copies (5 log) et β -D-Glucane positif, LCR négatif, (CV VIH et CMV indétectables)
myélogramme négatif au direct

Quel traitement auriez-vous initié en urgence ?

1. Quadrithérapie antituberculeuse standard (IREP)
2. Quadrithérapie antituberculeuse renforcée (IREP + amikacine + moxifloxacin)
3. Valgancyclovir
4. Amphotéricine B liposomale + flucytosine
5. Foscavir
6. HAART à bonne diffusion neuro-méningée
7. Cotrimoxazole

1. Quadrithérapie anti tuberculeuse standard (IREP)

**2. Quadrithérapie anti tuberculeuse renforcée (IREP
+ amikacine + moxiflo.)**

3. Valgancyclovir

4. Amphotéricine B liposomale + flucytosine

5. Foscavir

6. HAART à bonne diffusion neuro-méningée

7. Cotrimoxazole

Amélioration du scanner thoracique

Aggravation neurologique sous foscavir x 21j (PCR plasma < 350 UI/L à J15), CTX curatif x 21j puis prophylaxie, quadrithérapie antituberculeuse et Atripla

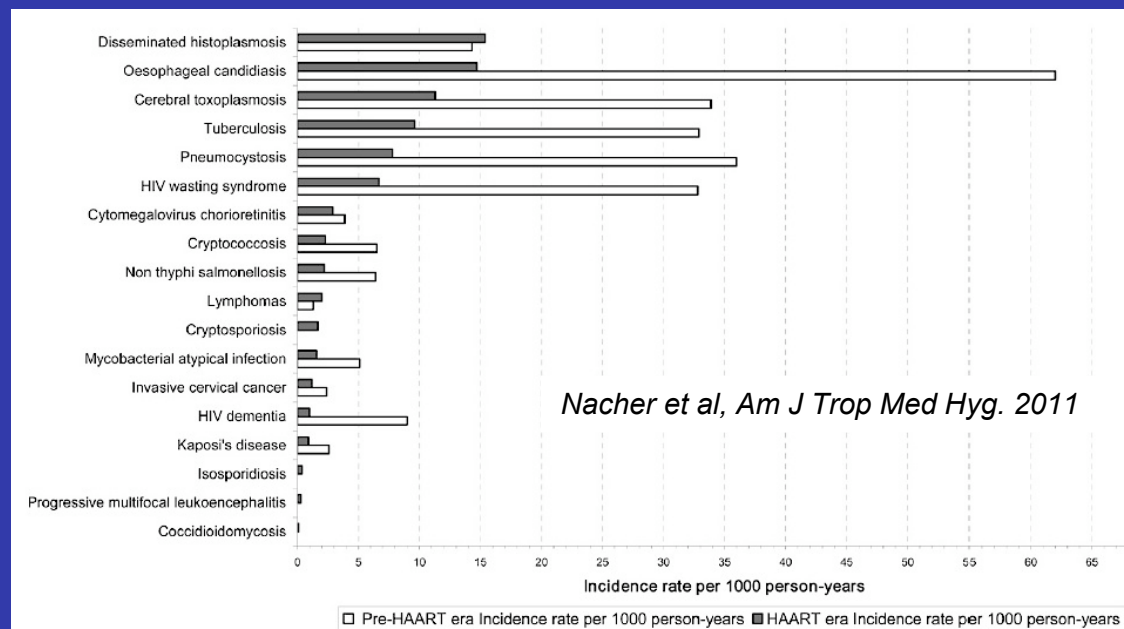
PL à M1 : 0 ç /mm³ , 80 GB/mm³ , 90% lymphocytes, hypoglycorachie, absence de bactérie au direct ; Ag crypto et encre de Chine négatifs

Quelle est la 1^{ère} infection opportuniste chez les PVVIH en Guyane ?

- 1. Tuberculose**
- 2. Candidose œsophagienne**
- 3. Paracoccidioïdomycose**
- 4. Pneumocystose**
- 5. Toxoplasmose cérébrale**
- 6. Histoplamose**
- 7. Cryptococcose**

1. Tuberculose
2. Candidose œsophagienne
3. Paracoccidioïdomycose
4. Pneumocystose
5. Toxoplasmose cérébrale
6. Histoplamose
7. Cryptococcose

Principales infections
opportunistes avant et
après HAART en
Guyane



A M1 du début de la PEC, cultures positives à *Histoplasma capsulatum* sur 1^{er} LCR + hémoculture + myélogramme

Méningo-encéphalite à *H. capsulatum* avec atteinte disséminée chez une patiente au stade SIDA

Molécules pour le ttt de l'histoplasmose ?

1. Fluconazole
2. Itraconazole
3. Voriconazole
4. Caspofungine
5. Amphotéricine B
6. Posaconazole

1. Fluconazole

2. Itraconazole

3. Voriconazole

4. Caspofungine

5. Amphotéricine B

6. Posaconazole

Quel schéma proposez-vous ?

- 1. Itaconazole 400 mg/j x 1 an**
- 2. Itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois puis 200 mg/j x 1 an**
- 3. Itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois puis 200 mg/j jusqu'à CD4 > 200/mm³**
- 4. Ampho B liposomale IV x 4 à 6 semaines puis itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois puis 200 mg/j jusqu'à CD4 > 200/mm³**

1. Itaconazole 400 mg/j x 1 an
2. Itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois puis 200 mg/j x 1 an
3. Itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois puis 200 mg/j jusqu'à $CD4 > 200/mm^3$
4. Ampho B liposomale IV x 4 à 6 semaines puis itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois puis 200 mg/j jusqu'à $CD4 > 200/mm^3$

Evolution

Arrêt de l'Ampho B liposomale à H24 pour mauvaise tolérance

Itraconazole 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j

Relais par bithérapie antituberculeuse

Evolution clinique spectaculaire :

Amélioration de l'EG : reprise du poids, maintien de l'apyrexie.

Amélioration neurologique : disparition des céphalées, amélioration du MMS, amnésie résiduelle, normalisation des paires crâniennes, reprise de la marche

Actuellement toujours sous traitement par itraconazole 200 mg/j

Histoplasmosse américaine disséminée de l'immunodéprimé

Mode de contamination incertain (chauve-souris ?)

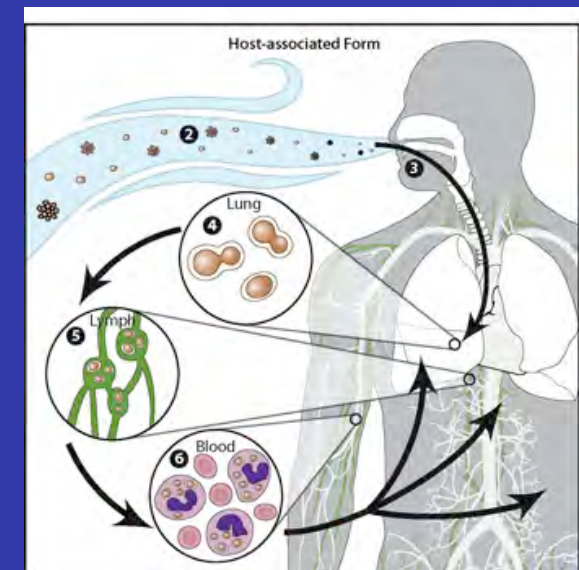
Tableau clinique :

- Présentation polymorphe
- Fièvre isolée, atteinte pulm + poly ADP, atteinte digestive (K-like, appendicite-like)
- Formes graves : SAM, défaillance multiviscérale
- Évolution généralement défavorable sans traitement

Diagnostic différentiel : tuberculose +++

Diagnostic :

- β -D-glycane?
- Ex myco myélo, biopsie gg....
- PCR
- Antigène urinaire ???



Histoplasmosse américaine du SNC

Fréquence variable d'une étude à l'autre (2 à 20%) : atteinte disséminée ou isolée

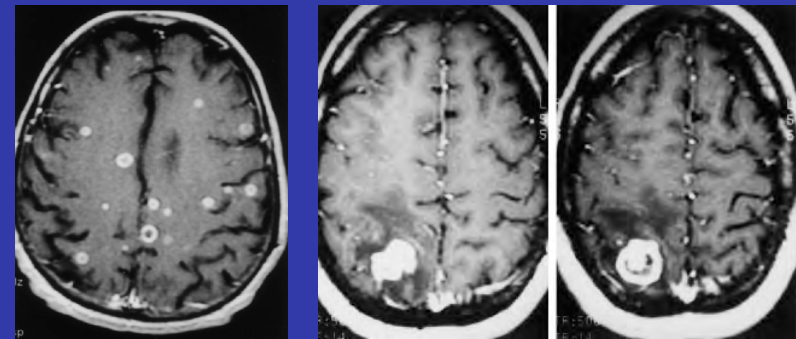
Présentation neuro. : méningite chronique +/-,
encéphalite, myélopathie, hydrocéphalie, HIC, miliaire cérébrale, AVC

Symptomatologie :

- Céphalées (81.8%)
- Raideur méningée et modification du MMS (45.4%)
- Ataxie (36.4%)
- Fièvre (27.3%)
- Paralysie paires crâniennes (27.3%)
- Nausées et vomissements, HIC
- Signes neurologiques focaux

PL: hypercellularité lymphocytaire ou pleïocytose,
Hyperprotéïnorachie, normo ou hypoglycorachie

Mortalité: 25 % si ttt par Ampho B
Echec : 20 %. Rechute : 40 %



IRM

- Méningite +/- vasculite basilaire et des espaces leptoméningés
- Histoplasmosome et prise de contraste en anneau, souvent < 2 cm, parfois effet de masse
- Granulome miliaire du cerveau, des méninges et des plexus choroïdes
- Abscès (immunocompétent), masses ou lésions spinales, hydrocéphalie

Mensagem a levar pra casa

- Histo disséminée = 1^{ère} IO du PVVIH en Guyane
- Principal diagnostic différentiel = tuberculose!!!
- Histo neuro-méningée = à évoquer systématiquement devant un tableau neurologique fébrile chez un PVVIH au retour d'Amérique Latine

