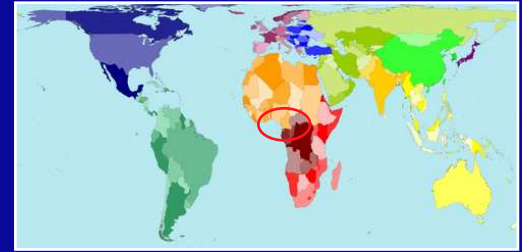


A. Therby et A. Greder-Belan. CH de Versailles.



- Mme K. 33 ans, originaire du Congo-Brazzaville, en France depuis quelques mois
- Pas d'antécédent connu
- **Consulte pour lésions vésiculo-pustuleuses disséminées, prurigineuses, parfois érosives**
 - Découverte séropositivité VIH (28 CD4/mm³, CV : 5 log)
 - PCR HSV2 + sur lésions cutanées
- Amélioration initiale sous ttt anti herpétique

Après un mois ...

- Persistance de **pustules nécrotiques** :
 - Prélèvements microbiologiques négatifs
 - Histologie : infiltrat dermique +/- suppuré
- **AEG fébrile** avec volumineux **ganglions** périphériques et **infiltrats pulmonaires** :
 - Prélèvements bronchiques négatifs
 - Biopsie ganglionnaire : adénite granulomateuse nécrosante d'aspect tuberculoïde (Ziehl négatif)
- Début d'une quadrithérapie antituberculeuse
- Puis perdue de vue ...

Huit mois plus tard ...

- AEG fébrile majeure
- Lésions cutanées diffuses, nodulaires et ulcéronécrotiques



- ↑ ganglions périphériques et fistulisation à la peau



Quelle étiologie évoquez-vous ?

1- lèpre tuberculoïde

2- tuberculose cutanée

3- cryptococcose disséminée

4- pénicilliose

3- autre mycose

1- lèpre tuberculoïde

2- tuberculose cutanée

3- cryptococcose disséminée

4- pénicilliose

5- autre mycose

Ulcérations et adénopathies pas en faveur de la lèpre

Nodules ulcérés pas en faveur de la cryptococcose

Pénicilliose chez VIH mais en Asie du S-E

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?

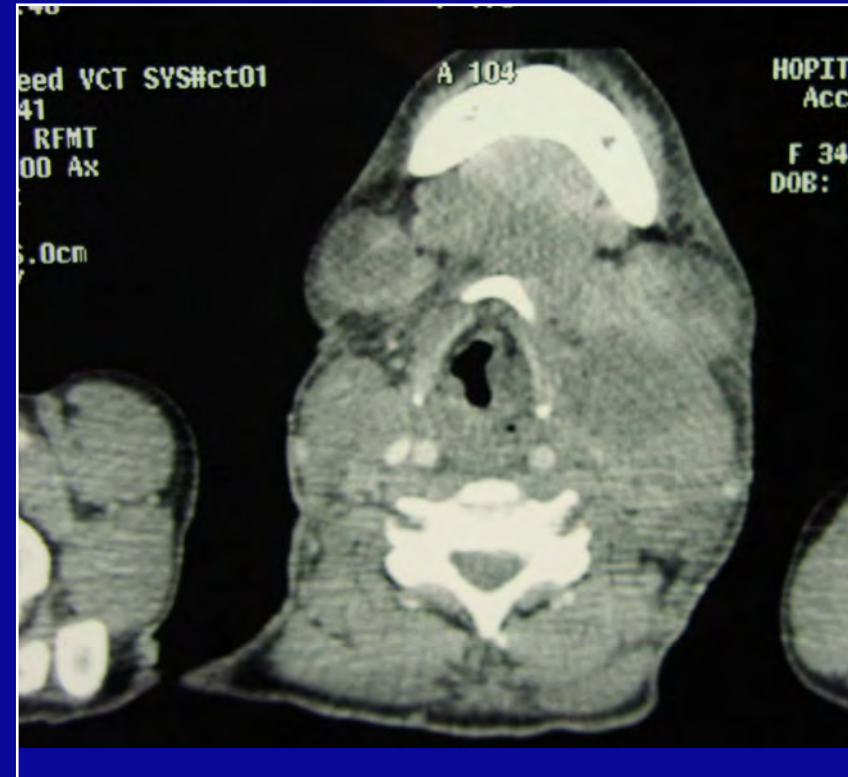
- 1- radiographie du thorax**
- 2- IDR à la tuberculine**
- 3- BK crachats**
- 4-TDM thoraco-abdominale**
- 5- biopsie ganglionnaire**
- 6- biopsie de peau**

- 1- radiographie du thorax
- 2- IDR à la tuberculine
- 3- BK crachats
- 4-TDM thoraco-abdominale
- 5- biopsie ganglionnaire
- 6- biopsie de peau



IDR tuberculine négative
BK crachats : examen
direct et culture négatifs

TDM



- Poly-adénopathies nécrosées abdomino-pelviennes
- Hépatosplénomégalie
- Images cavitaires pulmonaires possiblement séquellaires et infiltrats parenchymateux distaux

Biopsies ganglionnaires :

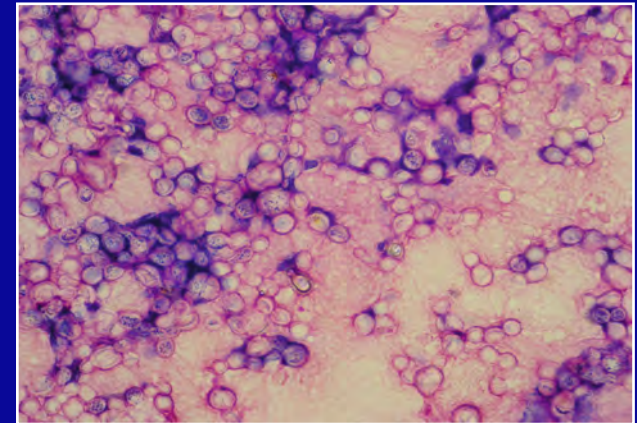
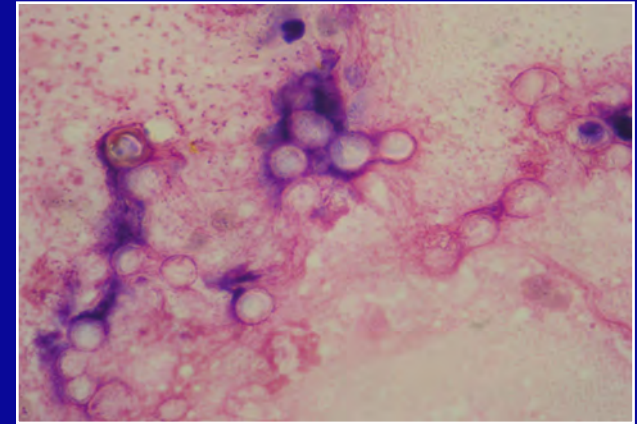
- Lésions granulomateuses histiocytaires et géantocellulaires
- Colorations PAS et Grocott très positives

Examen direct et cultures :

Ganglions, peau, aspiration bronchique

Levures encapsulées de grande taille :

Histoplasma capsulatum var. *duboisii*



Mise sous amphotéricine B liposomale (3 mg/kg)

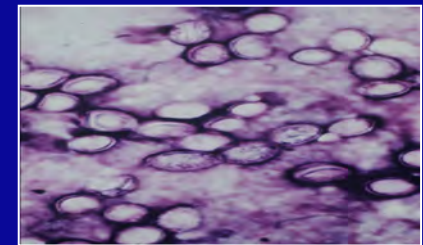
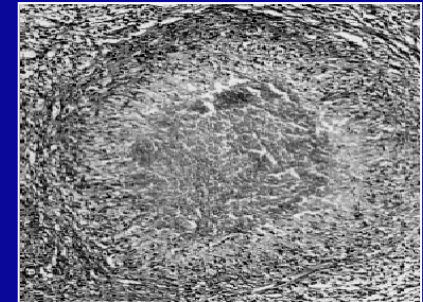
Complications initiales :

Compression cervicale ganglionnaire :

- Dyspnée laryngée, dysphonie, troubles déglutition, syndrome de CBH
- Corticothérapie précoce (J12)
- Mise à plat chirurgicale à S6 (culture +)

Troubles digestifs réfractaires :

- Oesophagite et duodénite ulcérées
- Biopsies duodénales : granulomes tuberculoïdes + structures parasitaires



A 2 mois :

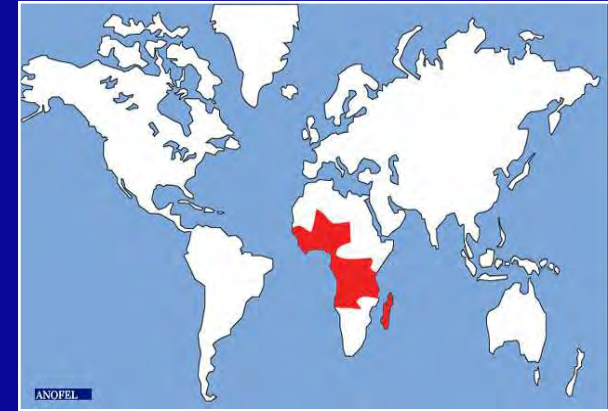
- Relais par Itraconazole (400mg/jr)
- Début du ttt antirétroviral (ténofovir, FTC, lopinavir)

A 6 mois :

- Tarissement des fistules cutanées, diminution des adénopathies
- Lésions cutanées ombiliquées stables
- Persistance profonde immunodépression (observance ?)

Histoplasmosse « africaine »

Histoplasma capsulatum var. *duboisii* endémique en Afrique Centrale et de l'Ouest : Ouganda, Nigeria, Congo/RDC, Sénégal...



- **Tableau clinique** (immunocompétents +++):
 - « Tryptique » : atteinte cutanée, ganglionnaire, osseuse
 - Rarement : atteinte pulmonaire ou disséminée (sujets VIH)
- **Diagnostic :**
 - Mycologique (levures : Hematox., PAS et Grocott +) et histologique
 - Sérologie (faibles sensibilité et spécificité)
 - Antigénémie aspergillaire (*H.capsulatum*) ?
- **Traitement :**
 - Traitement d'attaque pendant 3 mois (amphoB et/ou itraconazole) puis entretien par itraconazole (durée ?)
 - Ttt chirurgical
 - Ttt antirétroviral (risque SRIS)
- **Pronostic sombre** élevée (rechutes, mortalité)

