

## Tutorat 2009-2010, huitième semaine.

### Il concerne les maladies mycosiques enseignées à Saint Denis de La Réunion en mars 2010.

Cette étude est limitée aux **mycoses profondes**.

**Les mycoses profondes cosmopolites opportunistes : candidoses, cryptococcoses, aspergilloses, pneumocystose** seraient posées dans le cadre du sida sous les tropiques. Pour ce qui est des candidoses, retenir la candidose oro-pharyngée et la candidose œsophagienne ; pour les cryptococcoses, la méningo-encéphalite à cryptocoques et la cryptococcosse cutanée ; pour la pneumocystose, la pneumocystose pulmonaire. L'aspergillose pulmonaire invasive est rarement rapportée dans les PED dans le cadre de l'infection à VIH/Sida, elle survient lorsque le taux de CD4 est très bas (de l'ordre de  $50/\text{mm}^3$ ) et le malade sidéen est le plus souvent déjà décédé d'une autre infection opportuniste.

Une observation de méningoencéphalite à cryptocoques a été posée en septembre 2007 chez un sidéen présentant de plus une maladie de Kaposi de diagnostic clinique évident (photographie de nodules violacés d'une main jointe à l'observation) et une isosporose (diagnostic donné dans les examens paracliniques). Les infections opportunistes sont souvent associées chez le sidéen sous les tropiques.

Compte tenu que certains hôpitaux des pays en développement se sont équipés en imagerie médicale (essentiellement en scanner), il faut évoquer les données que celle-ci fournit dans la **cryptococcosse neuro-méningée**. Les données de l'imagerie médicale sont normales dans la moitié des cas ou ne montrent pas de lésions spécifiques. On retrouve une atrophie corticale au scanner dans environ un tiers des cas (atrophie liée à l'infection par le VIH), une hydrocéphalie dans environ 10% des cas, des nodules unique ou multiples prenant plus ou moins le contraste dans environ 10% des cas.

Le protocole de traitement d'une méningoencéphalite cryptococcique est bien codifié : traitement d'induction par AmB + 5 FC pendant 15 jours, traitement de consolidation par fluconazole pendant 8 à 10 semaines, traitement d'entretien par fluconazole. La prophylaxie secondaire n'est indiquée que si le malade n'est pas sous ARV.

Dans tous les cas, la ponction lombaire doit être pratiquée en décubitus latéral. En effet, la prise de pression d'ouverture du LCR doit être systématique, car l'hyperpression du LCR retrouvée dans 30 à 50% des cryptococcoses neuro-méningées des sujets VIH positifs est un élément très important du pronostic et conditionne la prise en charge thérapeutique. Elle nécessite des ponctions lombaires évacuatrices dont le but est de ramener la pression à la normale, voire en cas d'échec ou de pression  $> 40 \text{ cm H}_2\text{O}$ , une dérivation du LCR.

---

#### Référence :

Charles P. Loulergue P., Viard J.P., Dromer F., Lortholary O. Infections fongiques au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-002-C-10, 2007.

---

Des cas cliniques sur l'**histoplasmosse américaine** (qui est une infection opportuniste), l'**histoplasmosse africaine**, la **sporotrichose**, la **chromomycose**, les **mycétomes fongiques** peuvent être posés.

L'**histoplasmosse américaine** a fait récemment l'objet de plusieurs revues générales des auteurs américains (USA et Brésil). Voici la fréquence des manifestations cliniques de l'histoplasmosse américaine aux USA :

	<u>% du total</u>
<b>Infection asymptomatique</b>	<b>50-90%</b>
<b>Infection symptomatique</b>	<b>10-50%</b>
	<u>% des formes symptomatiques</u>
Histoplasmosse pulmonaire aiguë	60%
Rhumatismes	10%
Péricardite	10%
Histoplasmosse pulmonaire chronique	10%
Histoplasmosse disséminée	10%
Histoplasmosse	<1%
Médiastinite fibreuse	<1%

---

#### Références

- Wheat L.J., Kauffmann C.A. Histoplasmosis. Infect. Dis. Clin. N. Am., 2003, 17, 1-19.
  - Kauffman C.A. Histoplasmosis. Clin. Chest Med., 2009, 30, 217-225.
-

On note que l'histoplasmose (ou forme nodulaire ou pseudotumorale) rapporté par les auteurs français chez les militaires servant ou ayant servi en Guyane française, a une fréquence peu élevée aux USA. On note, par contre, la fréquence de manifestations inflammatoires (péricardite, syndromes rhumatologiques) rapportées chacune dans 10% des cas. Leur évolution est favorable sous traitement anti-inflammatoire.

L'histoplasmose disséminée est l'infection opportuniste la plus fréquente en Guyane française au cours du sida.

---

Référence :

Huber F., Nacher M., Aznar C., Pierre-Demar M., El Guedj M., Vaz T., Vantilcke V., Mahamat A., Magnien C., Chauvet E., Carne B., Couppié P. AIDS-related *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* infection : 25 years experience of French Guiana. AIDS, 2008, 22, 1047-1053.

---

Le traitement de l'histoplasmose américaine repose sur l'amB ou l'itraconazole.

Des cas cliniques d'**Histoplasmose africaine** disséminée avec manifestations viscérales sont actuellement rapportés au cours du sida.

Il y a sur le site trois cas cliniques à retenir : une chromomycose et deux mycétomes fongiques. Il n'y a pas de cas clinique de sporotrichose.

**La sporotrichose** est "réapparue" à Madagascar en 2001. C'est une mycose profonde sous-cutanée de diagnostic clinique (chancres, complexe cutané-lymphatique), la présence de corps astéroïdes est caractéristique de l'infection.

**La chromomycose** a déjà été posée en octobre 2004. C'est une mycose profonde sous-cutanée très fréquente à Madagascar, les cellules fumagoïdes ou *sclerotic cells* sont pathognomoniques de l'infection.

**Les mycétomes fongiques** ou **eumycétomes** sont classiquement des mycoses des zones tropicales sèches qui doivent être distingués des mycétomes actinomycosiques. La couleur des grains (en particulier, lorsque ce sont des grains noirs) permet de faire la différence. Un bilan d'extension est obligatoire. Le traitement est toujours médico-chirurgical. L'observation d'un eumycétome d'une cheville à Mayotte en apporte la preuve, le malade ayant été traité pendant un an par itraconazole (les conditions locales permettant un traitement médical au long cours), sans que la guérison soit obtenue, amenant à un geste chirurgical.

Un mycétome actinomycosique vient d'être rapporté à Mayotte, ce qui montre l'intérêt de différencier les eumycétomes et les mycétomes actinomycosiques, le traitement étant radicalement différent.

**Les zygomycoses** sont rappelées pour mémoire.

Le traitement des mycoses profondes a été dominé par l'amphotéricine B jusqu'en 1990. Les triazolés sont alors apparus, ils sont mieux tolérés, mais pas plus efficaces. Ils se sont enrichis du voriconazole et du posaconazole. L'amphotéricine B liposomiale reste d'un prix élevé, ainsi que les nouvelles molécules. Les échinocandines ne sont pas à disposition dans les pays en développement.

Le 05 avril 2010

Pr P Aubry aubry.pierre@wanadoo.fr