

université  
de BORDEAUX

CHU  
Hôpitaux de  
Bordeaux

# Histoplasmose cérébrale et VIH en Guyane : étude descriptive sur 25 ans.

Capacité de Médecine Tropicale 2014-2015

Présenté par  
DIONE Aïda

JURY:  
Président Pr D Malvy  
Membres Dr Th Pistone  
Dr B Portal  
Dr MC Receveur

## Généralités

- Agent fongique dimorphique:
  - forme mycélienne (fientes d'oiseaux, infectante non pathogène)
  - forme levure ( pathogène dans les poumons)
- Pas de transmission inter humaine
- Manifestations cliniques dépend du statut immunitaire, la virulence de la souche et la quantité de spores inhalées
- 4 atteintes:
  - Asymptomatique ( 50-90%)
  - Pulmonaire aiguë (60% des formes symptomatiques, histoplasmome, granulom médastinale, médastinite fibrosante)
  - Pulmonaire chronique
  - Disséminée
- Traitement des formes symptomatiques par itraconazole (SPORANOX®) 200 à 400mg/j pendant 6 à 12 semaines

- Les atteintes cérébrales sont difficiles à traiter
- Tableau de méningite chronique
- Traitement par :
  - amphotéricine B liposomal 5mg/kg/j 4à 6 sem (175mg/kg max)
  - itraconazole 400 à 600 mg/j +/- 12 mois
- Situation Guyanaise
  - Histoplasmosse endémique en Guyane
  - Problème de santé publique en Amérique latine
  - l'incidence du VIH y est 10 fois plus importante qu'en métropole

## Etude

- Objectif:
  - Décrire les caractéristiques cliniques et paracliniques de l'histoplasmosse cérébrale en Guyane chez le patient VIH.
- Méthode:
  - Etude descriptive et rétrospective du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 31 décembre 2014.
  - Sélection des patients avec LCR positif.
- Matériel:
  - Base de donnée histoplasmosse et VIH Guyane
  - Compte rendu d'hospitalisation
  - Nadis

## Résultats 1/3

- Six patients: 4 femmes et 2 hommes
- Médiane d'âge de 37,5 ans
- Immunodépression profonde
  - CD4 moyenne 41,3/mm<sup>3</sup> et médiane à 42,5

Tableau 1 : Caractéristique des patients et date clef de l'épisode d'HD (F=femme, H=Homme, \*=inconnu, OH=alcool, CHOG=Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, CHAR=Centre Hospitalier André Rosemon, CMCK=Centre Médical Chirurgical de Kourou, j=jours)

Patients	Sexe	Age (année)	Origine	Mode de vie	Prise en Charge	Début de l'épisode	Date du diagnostic	Délais avant diagnostic	Décès	Survie (mois)
cas n°1	F	33	Haitienne	*	CHOG	01/01/1993	18/01/1993	18j	16/02/1993	1
cas n°2	F	36	Haitienne	Chômage	CMCK	08/09/1998	15/12/1998	69j	12/04/2006	88
cas n°3	H	47	Guyanais	*	CHOG	28/11/2007	28/11/2007	1j	Non	96
cas n°4	H	35	Surinamais	Addiction cannabis/OH	CHOG	29/03/2008	05/04/2008	7j	08/09/2012	53
cas n°5	F	48	Guyana	SDF/Toxicomane/Prostitué	CHOG	20/02/2009	20/03/2009	28j	20/03/2009	0
cas n°6	F	39	Brésilienne	En couple stable Sevrée tabac/OH	CHAR	02/10/2014	10/11/2014	39j	Non	12

## Résultats 2/3

- Anémie et neutropénie

Patient	LDH	plaquettes	CRP	PNN	hémoglobine g/l
cas n°1	5280	24 000	*	*	*
cas n°2	320	308 000	24	1932	8,9
cas n°3	209	217 000	37	1293	11,5
cas n°4	334	157 000	11	1749	8,6
cas n°5	225	371 000	125	3728	10,4
cas n°6	225	482 000	19,2	1580	8,5
Médiane	273	262 500	24	1749	8,9
Moyenne	1099	260 000	43	2056	9,6
Ecart type	2049	162519	47	964	1,3

Tableau n°5 : Résultats biologique par patient (\*=inconnu).

## Résultats 3/3

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et traitements (DTS=Désorientation Temporo Spatiale, FLAIR= Fluid Attenuated Inversion-Recovery)

Patient	LCR Positif	Signes Cliniques	Scanner Cérébral	IRM cérébrale	Traitement
cas n°1	CULTURE	Méningo Encéphalite	Non	Non	FUNGIZONE®
cas n°2	CULTURE	Syndrome méningé Céphalées fébriles	Hydrocéphalie	Non	SPORANOX®
cas n°3	PCR	Déficit focal, Céphalées fébriles Ralentissement idéo moteur	Lésion parenchymateuse en cocarde Effet de masse	Non	AMBISOME® 7jours puis SPORANOX®
cas n°4	CULTURE	Non	Normal	Non	SPORANOX®
cas n°5	CULTURE	Ataxie	Normal	Non	AMBISOME®
cas n°6	CULTURE	Céphalées fébriles, syndrome confusionnel, DTS Syndrome méningé Déficit Focal et Dysarthrie	Lacunes hypodenses	Dilatation Ventriculaire Hyperintensité noyaux gris FLAIR et T2	FUNGIZONE® 1jour puis SPORANOX® 400mg

## Discussion 1/3

- Limites de l'étude
  - Recrutement du maximum de cas
  - Recueil d'information : nombreuses informations manquantes.
- Résultats
  - Population reflet de la Guyane (contamination, origine)
  - Clinique, paraclinique, biologie polymorphe en accord avec la littérature.
  - Traitement selon recommandation
  - 1/3 mortalité à un mois

## Discussion 2/3

- Littérature
  - Il s'agit d'une grande série.
  - Difficulté diagnostique et confusion fréquente que ce soit chez:
    - Immunodéprimé peut de cas décrit et polymorphe
    - Immunocompétant
      - Zone d'endémie : inoculum important
      - D'importation : voyageurs
- Tuberculose:
  - Sous diagnostiquée
  - Similitudes cliniques
  - Résistance thérapeutique

## Discussion 3/3

- Test diagnostic
- Peu de tests diagnostics rapides, performants et peu coûteux, donc retard dans la prise en charge.
  - Antigène *Histoplasma*
    - sensibilité est plus élevée dans l'urine (92%)
    - jamais été utilisé en routine en Guyane.
  - Antigène GalactoMannane de l'*Aspergillus*
    - réaction croisée avec Ag *Histoplasma*
    - Étude en cours
  - Antigène Béta-D-Glucane
    - Présent dans la paroi (sauf *cryptococcus* et *mucormycose*)

## Conclusion

- Les signes cliniques, biologiques et radiologiques sont peu spécifiques rendant facile la confusion avec d'autres pathologies.
- Il est donc nécessaire d'évoquer ce diagnostic devant toute atteinte neurologique chez un patient de retour de zone d'endémie après un premier bilan étiologique négatif (tuberculose, méningoencéphalite à VIH, cryptococcose, toxoplasmose...) à fortiori chez un patient immunodéprimé.

Merci de votre attention