De garde au laboratoire de biologie vous recevez un liquide céphalo–rachidien (LCR )

pour examen bactériologique. Le patient prélevé présentait des migraines d’installation progressive, de la fièvre et était HIV+ avec des Lymphocytes CD4+ à 50/mm3.

A l’examen direct du LCR pour recherche de bactéries vous

remarquez des éléments ovoïdes. Vous décidez d’examiner une goutte de LCR dans

de l’encre de Chine. Vous obtenez l’image suivante :



QUESTION 1:

De quoi s’agit –il ?

Réponse attendue :

Une levure capsulée *Cryptococcus sp*, *Cryptococcus neoformans* ou *Cryptococcus gattii*

QUESTION 2:

Quel(s) test(s) complémentaire(s) peut-on demander ? Avec quelle utilité ?

* Mise en culture du culot du LCR, pour confirmation du diagnostic et identification de l’espèce, et antifongigramme.
* Détection et titration d’antigènes capsulaires, pour confirmation du diagnostic. Le titre apporte un élément pronostique ainsi qu’une base pour le suivi thérapeutique (dépistage précoce des rechutes).

QUESTION 3:

Faut – il rechercher cet agent pathogène dans d’autres sites ? si oui lesquels ? et comment ?

Réponse attendue :

Oui : bilan d’extension.

Le sang par hémocultures

Les poumons par un lavage broncho- alvéolaire

La peau par biopsie ou prélèvement de pus si lésion nécrotique

Les urines

La prostate après massage

QUESTION 4 :

Quel est le traitement de cette pathologie ?

Réponse attendue :

La cryptococcose neuroméningée de l’immunodéprimé est traitée en trois phases : traitement d’induction, de consolidation et de maintenance. L’induction consiste en une association d’amphotéricine B (Fungizone®, 0,7 à 1 mg/kg par jour) et de 5-fluorocytosine (Ancotil®, 100 à 150 mg/kg par jour) en intraveineux, pendant au minimum 2 semaines. La forme liposomale (Ambisome®, 3 à 5 mg/kg par jour) est mieux tolérée pour une efficacité équivalente. Pour le traitement de consolidation, le relais est ensuite pris par le fluconazole de 400 à 800 mg par jour pendant au moins 6 semaines. Un traitement dit de maintenance à base de fluconazole à 200 mg par jour en prophylaxie secondaire doit être maintenu pendant 6 mois à 1 an, plus longtemps si le patient reste immunodéprimé. Le traitement d’induction peut être évité et un traitement par fluconazole d’emblée utilisé en cas de cryptococcose pulmonaire ou cutanée localisée. La présence d’une hypertension intracrânienne (> 25 cm d’eau) nécessitera la réalisation de ponctions lombaires évacuatrices.

Question subsidiaire :

Définir le syndrome IRIS, pouvant survenir dans le cadre de ce traitement.

Réponse attendue :

Chez les patients immunodéprimés, particulièrement les patients VIH-sida ayant débuté un traitement antirétroviral, la restauration immunitaire peut être à l’origine d’une réaction inflammatoire inappropriée (IRIS) simulant un échec thérapeutique ou une rechute.