

Un jeune homme de 19 ans est hospitalisé suite à de la fièvre et une douleur dans le bas du dos récurrentes depuis un mois. Son histoire médicale est banale mis à part une sensation de brûlure persistante durant depuis six mois sans prescription ni d'antibiotiques ni d'antifongiques ni d'immunosuppresseurs. L'examen physique révèle une masse (8x9cm) au niveau droit du cou.

Les relevés suivants ont été effectués à l'admission:

- température 39°C (N37°C)
- fréquence cardiaque 92/minute (N 50-80)
- tension 130/80mmHg

Les examens de laboratoire sont les suivants

- leucocytes 14,8x10⁶/mm³ (N 4-10000/mm³)
- glucose 143mg/dL (0,7-1g/L)
- CRP 11,1mg/L (N<5mg/L)
- 1,3-β-D-glucane et galactomannane normaux
- hémocultures négatives

L'examen PET/CT montre des abcès multiples: cou, foie et bas du dos.

Questions

- 1) Relever les éléments cohérents avec une atteinte fongique
- 2) Quel organisme fongique peut être suspecté? Donner une argumentation en plusieurs points.
- 3) Nommer la pathologie
- 4) Des prélèvements complémentaires sont réalisés afin d'analyses complémentaires. En fonction de l'hypothèse argumentée dans la question 2), proposer les tests à réaliser et les résultats attendus.
- 5) Quel traitement proposer?
- 6) Quel suivi?
- 7) Quelle origine suspecter?

Réponses attendues

- 1) Relever les éléments cohérents avec une atteinte fongique

- symptômes peu caractéristiques(2):
- fréquence cardiaque et tension un peu au dessus de la normale (2),
- glycémie également un peu au-dessus de la normale (1)
- symptômes de type chroniques(2), présents sur une durée longue (1):
- 1 mois pour la fièvre la douleur (1)
- 6 mois pour les sensations de brûlures buccales ou génitales (non précisé)(2)
- fièvre "modérée" (2)
- marqueur inflammatoire positif: CRP largement supérieur à 5 mg/L cohérent avec une infection (2)
- à noter le taux élevé de leucocytes supérieur à la normale ferait cependant pencher pour une infection bactérienne (1),
- les infections fongiques sauf en cas de septicémie ne modifient pas la formule leucocytaire... et donc on peut éventuellement penser à une atteinte systémique (1)

2) Quel organisme fongique peut être suspecté? Donner une argumentation en plusieurs points.

On note des signes généraux et des abcès(2)

L'atteinte n'est pas superficielle ce qui permet d'écarter le dermatophytes (1)

Il n'y a pas de signes pulmonaires (1)

ce qui écarte a priori les champignons (1) ciblant préférentiellement cet organe à savoir le Pneumocystis (2) et l'Aspergillus (2)

Il reste les levures(2)

Candida albicans (2) ou Cryptococcus neoformans... (2) et l'on écarte à priori ce dernier en raison de l'absence de signes neurologiques (1)

3) Nommer la pathologie

Il peut s'agir d'une candidose profonde (2)

ou d'une candidose disséminée (2)

voire d'une candidémie (2)

4) Examens complémentaires

Des prélèvements complémentaires sont réalisés afin d'analyses complémentaires. En fonction de l'hypothèse argumentée dans la question 2), proposer les tests à réaliser et les résultats attendus.

- afin d'identifier le champignon responsable on peut faire un examen direct (2)

sur des prélèvements réalisés par exemple par drainage des abcès (2) ;

on recherchera des levures bourgeonnantes (1)

ou du pseudomycélium (1).

Une mise en culture sur milieu de Sabouraud en présence d'un antibiotique (chloramphénicol par exemple (2) sera positive en 24H (2) et montrera des colonies crémeuses blanchâtres(2).

Sur milieu contraint (PCB, RAT) (2) on mettra en évidence des chlamydo-spores (2) et du pseudomycélium (2).

Réaliser une blastèse, ou filamentation ou test de tadjian (1) avec tube germinatif (1) 3X en 3h à 37°C (1)

Un auxannogramme (1)

(type galerie Api C20 aux ou Api candida ou Auxacolor montrera la métabolisation des sucres (1)

Identification par PCR (2)

5) Quel traitement proposer?

Ampho B en local (atteinte buccale) (1 + 1) ou ampho B liposomale (1 + 1)

Echinocandines (atteintes profondes) (1 + 1): caspofungine ou micafungine (2)

Fluconazole en systémique (1 + 1) et antifongogramme (1) pour rares résistances et dans ce cas Voriconazole (1)

et chirurgie, drainage abcès (1)

6) Quel suivi?

Hémoculture (1), signes cliniques (1), régression abcès (1)

7) Quelle origine suspecter?

Généralement voie endogène (2), digestive ou urogénitale (1 + 1),

ici digestive (si brûlures persistantes) ou génitale (si brûlures correspondantes) (1).

Sur terrain immunodéprimé (1), infections profondes diffuses (1)

Vérifier statut immunitaire (1), maladie auto-immune (1), recherche SIDA (1)...

Vérification autre pathologie sous-jacente (1): diabète (1)