

Monsieur S.B., 35 ans, est admis aux urgences de l'Hôpital Avicenne à la suite d'une crise comitiale, alors que le patient n'était pas connu pour être épileptique, dans un contexte de violentes céphalées apparues depuis une dizaine de jours. Le patient est connu des services de l'hôpital comme étant VIH+ depuis une dizaine d'année. Il présente sur cette période une mauvaise observance de sa trithérapie antivirale. Mr S.B. n'a jamais quitté la France métropolitaine. A l'interrogatoire, Mr S.B. apparaît confus et agité. L'auscultation montre une fièvre à 38,5°C.

Question 1 : D'après le terrain particulier et les signes neurologiques présentés, quelle(s) parasitose(s) ou mycose(s) sont à considérer en priorité?

Toxoplasmose cérébrale (1pt)

Cryptococcose neuro-méningée (1 pt)

Question 2 : Quels examens (biologiques, imagerie) complémentaires proposez-vous ?

NFS avec numération des lymphocytes CD4+ (1pt)

Scanner cérébral (2 pt)

Prélèvement LCR (1pt): coloration à l'encre de Chine (0,5 pt) et recherche de l'antigène capsulaire de *Cryptococcus neoformans* (0,5 pt).

Question 3 : Les examens complémentaires ne s'étant pas avérés en faveur d'une étiologie fongique et le taux de CD4+ étant de 90/mm³ de sang, commenter l'image du scanner et donner votre hypothèse diagnostique principale.



Le scanner révèle deux abcès (1 pt) (image en « cocarde » révélée après injection d'un produit de contraste) évoquant effectivement une toxoplasmose cérébrale (1 pt).

Question 4 : Quel est l'agent étiologique le plus probable?

Toxoplasma gondii (1 pt)

Question 5 : Le patient ne possédant pas de chat et vivant en milieu urbain, citer le stade parasitaire et la voie de contamination probablement à l'origine de l'infection.

Transmission par les kystes (1 pt) contenant des bradyzoïtes (1 pt) : la contamination se fait par consommation de viandes (1 pt) insuffisamment cuites ou non congelées (0,5 pt bonus).

Question 6 : Dans ce contexte, la contamination a-t-elle été obligatoirement récente?

Non, le plus souvent il s'agit d'une réactivation d'une infection ancienne due à l'immunodépression (1 pt).

Question 7 : Quel(s) traitement(s) doit(doivent) être proposé(s)?

Traiter la toxoplasmose cérébrale :

Le traitement de première intention est l'association pyriméthamine (1 pt) et sulfadiazine (1 pt).

La prescription d'acide folinique (1 pt) doit être systématique pour prévenir les effets secondaires hématologiques.

L'alternative à ce traitement de référence est l'association pyriméthamine (0,5 pt) et clindamycine (0,5 pt).

En cas d'intolérance majeure à ces deux associations, on peut utiliser l'atovaquone (0,5 pt) hors AMM.

Le traitement d'attaque est maintenu pendant 3 à 6 semaines (0,5 pt bonus).

Un traitement d'entretien (prophylaxie secondaire) utilisant les mêmes molécules à demi-dose doit être poursuivi ensuite tant que dure l'immunodépression (0,5 pt).

Traiter le terrain HIV+ : Reprendre une thérapie anti-rétrovirale (1 pt) le contrôle de l'infection (charge virale non détectable) avec une remontée des lymphocytes CD4 au-dessus de 15 % et 200/mm³ deux fois de suite à 3 mois d'intervalle autorise l'interruption de la prophylaxie secondaire (1 pt bonus).