

Cas clinique n°1
Collège de pathologie
infectieuse

Le 27/01/2009

Interrogatoire

- Jeune homme de 27 ans
- Dix jours avant son hospitalisation,
 - Fièvre
 - Convulsions grand mal
 - Coma post-critique
 - Déficit de l'hémicorps gauche

Examen

- Température: 38°5
- **Hémiparésie** gauche à prédominance brachio-faciale
- ROT vifs, symétriques
- Paires crâniennes intactes
- **Candidose buccale**

Question

- Quel examen complémentaire demandez-vous?

Scanner cérébral



Interprétation

- Scanner cérébral:
 - coupe axiale
 - après injection de PDC
- Abscès cérébral entouré d'œdème péri-lésionnel: **image en cocarde**
- **Effet de masse** sur la ligne médiane

Complément d'anamnèse

- L'interrogatoire:
 - Séjours multiples à l'étranger
 - Relations bisexuelles non protégées à l'étranger
 - Pas de toxicomanie IV

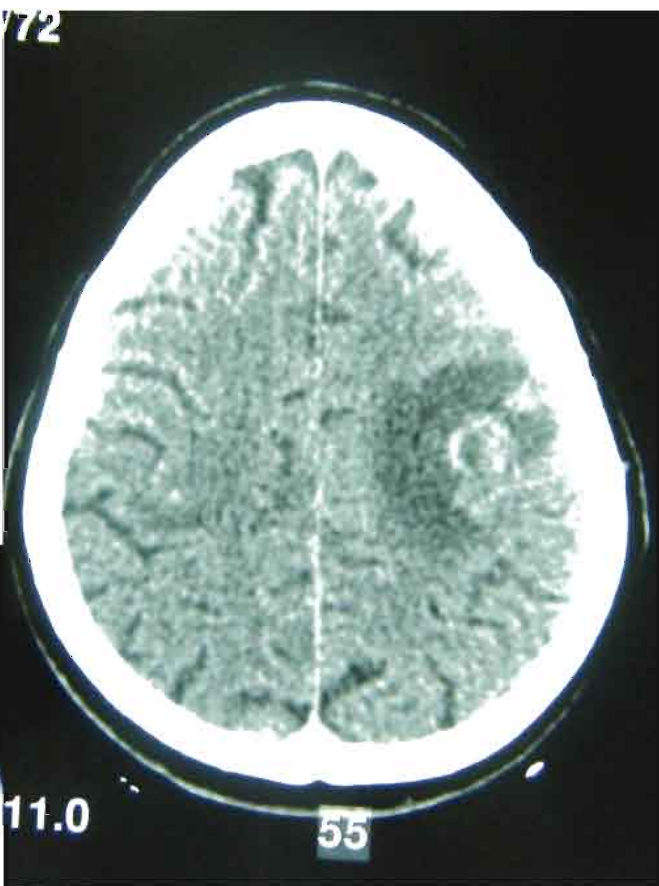
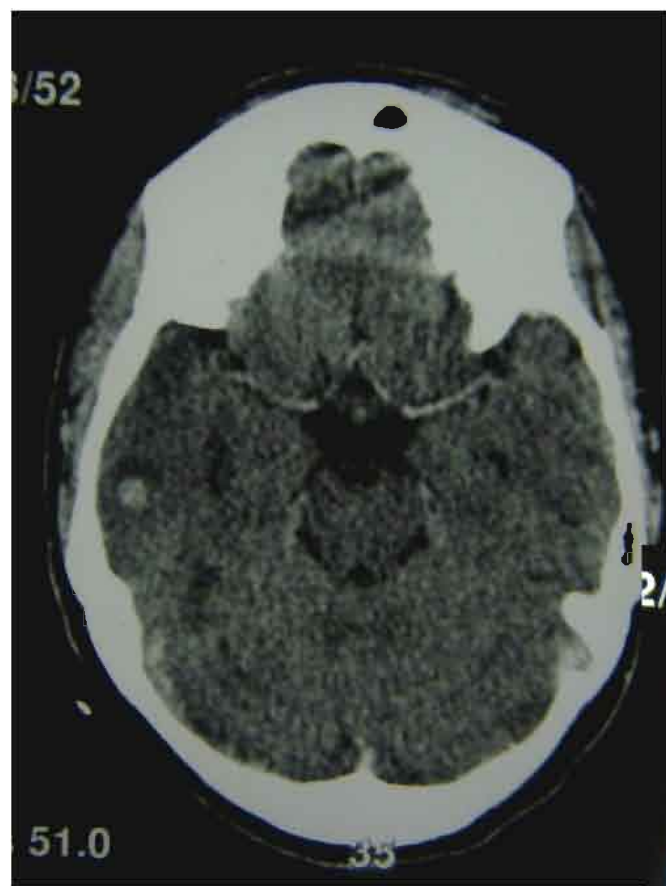
Question

- Quelle est l'infection du SNC que vous suspectez?
 - Toxoplasmose cérébrale
 - Tuberculose cérébrale
 - Abscès à pyogènes
 - Cryptococcome

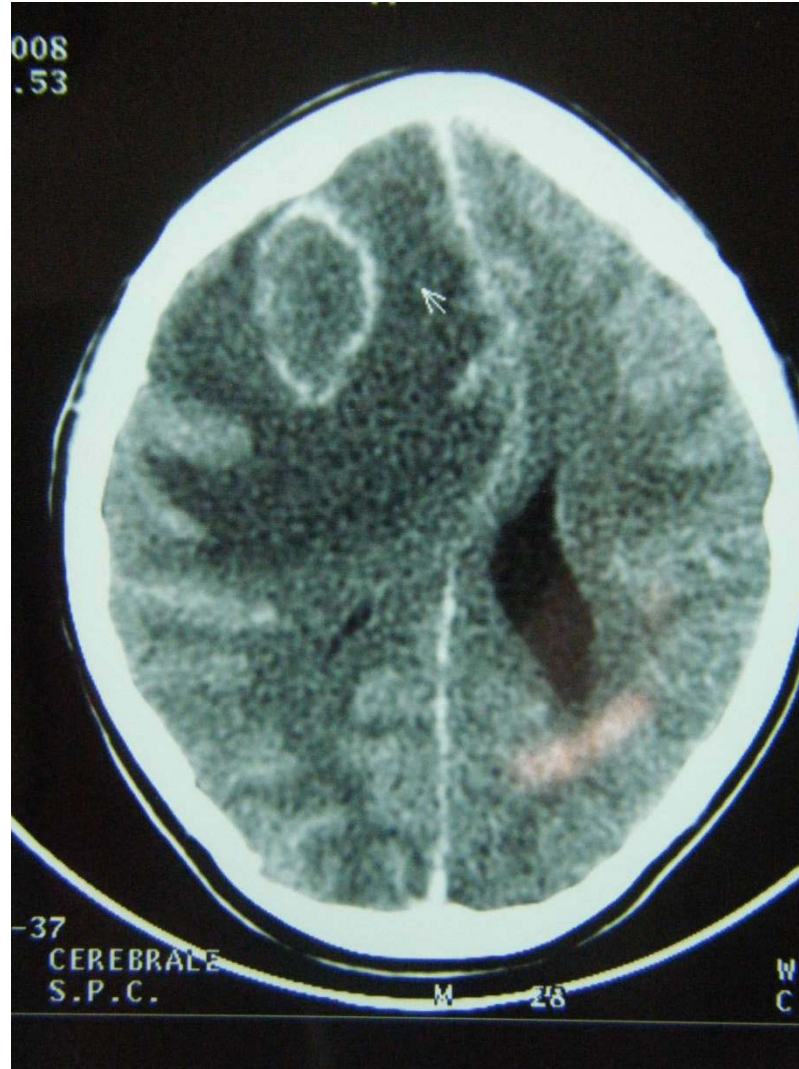
Réponse

- Toxoplasmose cérébrale
 - Image en cocarde
 - Comportement à risque pour l'infection VIH

- Reviviscence de kystes cérébraux
- CD4 < 100/μl
- 2^{ème} infection opportuniste en Tunisie
- Clinique: début progressif
 - Signes neurologiques de localisation
 - Convulsions
 - Syndrome d'HTIC
- Radiologie: Images multiples en cocarde
Parfois image unique



Scanner cérébral



- L'infection rétrovirale est confirmée par Western Blot
- Le bilan immuno-virologique:
 - Charge virale= 780 000 copies d'ARN/ml
 - Taux de CD4 = 42 / μ l
- Quel est le stade clinique de l'infection rétrovirale?
- Quel traitement débutez vous pour l'infection du SNC?

Traitement d'attaque anti-toxoplasmique

- **Pyriméthamine:**
 - 100 mg/j x 2 jours
 - 50 mg/j x 40 jours
- **Sulfadiazine₅₀₀** : 2 cp x 4/j x 42 jours

Traitement associé

- A. folinique : 50 mg/ semaine
- Gardéнал : 15 cg/j
- Dexaméthasone : 4 mg x 3/j x 15 jours

Evolution

- Apyrexie stable
- Disparition progressive du déficit
- Disparition des céphalées

Quand est ce que vous
demandez le contrôle
morphologique?

Scanner de contrôle à J15:

- Disparition de l'œdème péri-lésionnel
- Nette régression de la lésion
- Disparition des lésions

Question

- Une fois le traitement d'attaque fini, comment vous allez assurer le suivi et la prise en charge du patient?

Prophylaxie secondaire

- Pyriméthamine 25 mg/j
- Sulfadiazine 2 g/j
- A. folinique 25 mg/sem
- Jusqu'à CD4 > 200/ μ l

Prise en charge associée

- Chimio prophylaxie
 - Tuberculose : INH x 6 mois
 - Pneumocystose : cotrimoxazole 400 mg/j
- Démarrer la trithérapie:
 - Rétrovir : 300 mg x 2 /j
 - Lamivudine : 150 mg x 2 /j
 - Lopinavir-ritonavir : 400 mg x 2 /j

Evolution

- Disparition totale du déficit
- CD4 = 152 / μ l trois mois après
- Persistance de calcifications séquellaires