



# INFECTIONS NEURO-MENINGEES

## CAS CLINIQUE

**DR DORRA LAHIANI**

**Service des maladies infectieuses**

**CHU Hédi Chaker de Sfax**

*Cours de collègue*

*Sousse, 23 Septembre 2011*

● ● ● | F.CH, 22 ans, originaire de Mednine, suivi depuis 2000 pour infection rétrovirale.

- Bilan viro-immunologique en Octobre 2002:

CD4: 162/mm<sup>3</sup> , CV: 100.554 copies/ml

→ Trithérapie débutée (Zerit- Epivir-Crixivan)

- Mauvaise observance au TTT

- Perdu de vue depuis Mars 2003.

- ● ● | Il consulte 2 ans après pour crise convulsive généralisée dans un contexte fébrile.

L'examen à l'admission:

- T°: 38°C
- Désorientation temporo-spatiale
- Hémiparésie droite
- Candidose buccale

● ● ● | Quel(s) diagnostic(s) à évoquer?

1- LEMP

2- Encéphalite à CMV

3- Lymphome cérébral

4- Toxoplasmose cérébrale

5- Tuberculome cérébral

6- Cryptococcome cérébral

● ● ● | Quel(s) diagnostic(s) à évoquer?

1- LEMP

2- Encéphalite à CMV

3- Lymphome cérébral

4- Toxoplasmose cérébrale

5- Tuberculome cérébral

6- Cryptococcome cérébral

● ● ● | Quel(s) diagnostic(s) à évoquer?

1- LEMP (CD4 < 100/mm<sup>3</sup> )

2- Encéphalite à CMV (CD4 < 50/mm<sup>3</sup>)

3- Lymphome cérébral (CD4 < 50/mm<sup>3</sup>)

4- Toxoplasmose cérébrale (CD4 < 200/mm<sup>3</sup>)

5- Tuberculome cérébral (CD4 < 300/mm<sup>3</sup>)

6- Cryptococcome cérébral (CD4 < 100/mm<sup>3</sup> )

● ● ● | Quelle serait votre conduite immédiate?

- 1- Pratiquer d'emblée une PL
- 2- Pratiquer un fond d'œil puis une PL
- 3- Faire un scanner cérébral
- 4- Faire une IRM cérébrale

● ● ● | Quelle serait votre conduite immédiate?

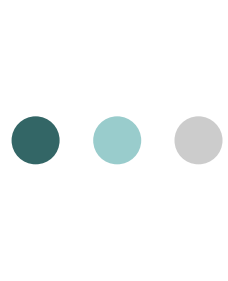
- 1- Pratiquer d'emblée une PL
- 2- Pratiquer un fond d'œil puis une PL
- 3- Faire un scanner cérébral
- 4- Faire une IRM cérébrale



● ● ● | Une TDM cérébrale réalisée en urgence:



Processif expansif intra crânien intra axial, thalamo-pallidal gauche de 3 cm de grand axe, spontanément **hypodense** avec **réhaussement en anneau périphérique**, entouré d'un important **œdème hypodense**. Important **effet de masse** sur le ventricule latéral homolatéral. **Hydrocéphalie biventriculaire**.



Quel est le diagnostic le plus plausible?

- 1- LEMP
- 2- Encéphalite à CMV
- 3- Lymphome cérébral
- 4-Toxoplasmose cérébrale
- 5-Tuberculome cérébral
- 6- Cryptococcome cérébral

Quel est le diagnostic le plus plausible?

1- LEMP

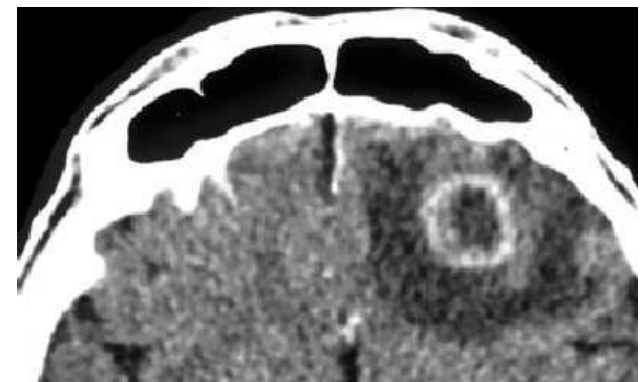
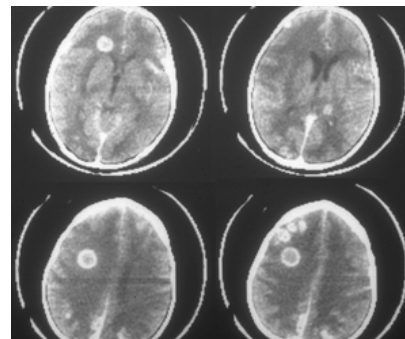
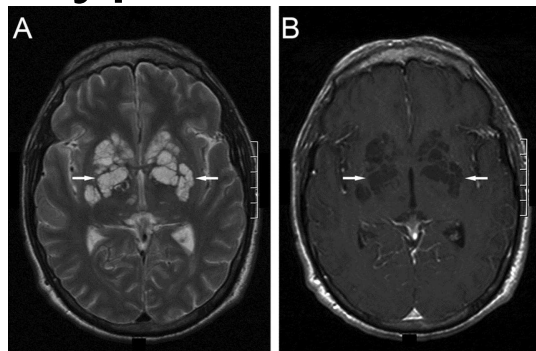
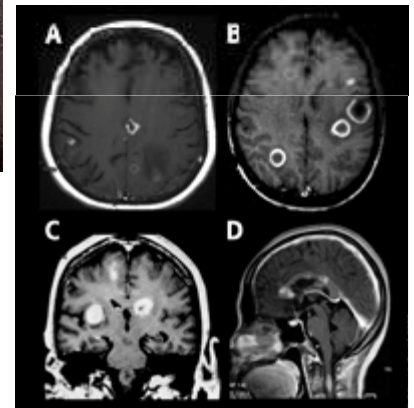
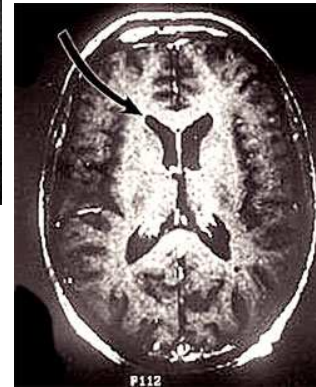
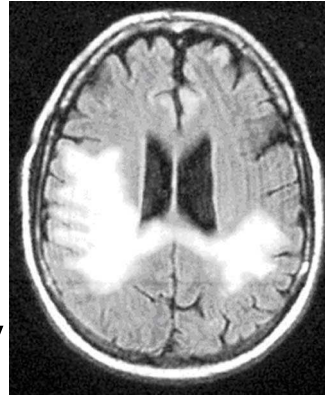
2- Encéphalite à CMV

3- Lymphome cérébral

4- Toxoplasmose cérébrale

5- Tuberculome cérébral

6- Cryptococcome cérébral





Quel(s) est (sont) les arguments qui plaident en faveur de ce diagnostic?

- 1- Une sérologie toxoplasmose (-)
- 2- La notion de mal observance au Cotrimoxazole
- 3- Un taux de  $CD4 < 200/mm^3$
- 4- Une PCR Toxoplasmose (+) dans le sang
- 5- L'aspect de l'anomalie cérébrale au scanner



Quel(s) est (sont) les arguments qui plaident en faveur de ce diagnostic?

- 1- Une sérologie toxoplasmose (-)
- 2- La notion de mal observance au Cotrimoxazole
- 3- Un taux de  $CD4 < 200/mm^3$
- 4- Une PCR Toxoplasmose (+) dans le sang
- 5- L'aspect de l'anomalie cérébrale au scanner



## La biopsie cérébrale:

- 1- doit être réalisée systématiquement devant ce processus expansif
- 2- est le seul moyen de confirmation du diagnostic de la toxoplasmose cérébrale
- 3- n'est justifiée qu'en l'absence de réponse favorable au TTT empirique anti toxoplasmique
- 4- permet d'écartier le diagnostic et de confirmer un lymphome cérébral



# La biopsie cérébrale:

- 1- doit être réalisée systématiquement devant ce processus expansif
- 2- est le seul moyen de confirmation du diagnostic de la toxoplasmose cérébrale
- 3- n'est justifiée qu'en l'absence de réponse favorable au TTT empirique anti toxoplasmique
- 4- permet d'écartier le diagnostic et de confirmer un lymphome cérébral



Un TTT anti toxoplasmique a été débuté en  
urgence: Pyriméthamine-Sulfadiazine + Acide  
Malocide<sup>®</sup> Adiazine<sup>®</sup> folique

Concernant l'acide folique, il est utilisé pour:

- 1- Pallier l'effet hématotoxique de la pyriméthamine seule
- 2- Pallier l'effet hématotoxique de la sulfadiazine seule
- 3- Pallier l'effet hématotoxique des deux molécules





Un TTT anti toxoplasmique a été débuté en urgence: Pyriméthamine-Sulfadiazine + Acide folique  
Malocide® Adiazine®

Concernant l'acide folique, il est utilisé pour:

- 1- Pallier l'effet hématotoxique de la pyriméthamine seule
- 2- Pallier l'effet hématotoxique de la sulfadiazinee seule
- 3- Pallier l'effet hématotoxique des deux molécules



Un TTT anti toxoplasmique a été débuté en urgence: Pyriméthamine-Sulfadiazine + Acide folique  
Malocide<sup>®</sup> Adiazine<sup>®</sup>

Concernant l'acide folique, il est utilisé pour:

- 1- Pallier l'effet hématotoxique de la pyriméthamine seule
- 2- Pallier l'effet hématotoxique de la sulfadiazine seule
- 3- Pallier l'effet hématotoxique des deux molécules

**P-S: Puissante action anti folinique**

**Pyriméthamine:** Anémie, neutropénie, thrombopénie

**Sulfadiazine:** Anémie, neutropénie, thrombopénie



## Quelle sera la durée de traitement anti toxoplasmique?

- 1- P-S pendant 4 semaines
- 2- P-S pendant 2 semaines (TTT d'attaque) puis 4 semaines (TTT d'entretien à moitié dose)
- 3- P-S pendant 6 semaines (TTT d'attaque) puis P-S (TTT d'entretien à moitié dose jusqu'à  $CD4 > 200/mm^3$  au delà de 6 mois)
- 4- P-S pendant 6 semaines (TTT d'attaque) puis Bactrim forte<sup>®</sup> 1 cp/j jusqu'à  $CD4 > 200/mm^3$  au delà de 6 mois)



## Quelle sera la durée de traitement anti toxoplasmique?

- 1- P-S pendant 4 semaines
- 2- P-S pendant 2 semaines (TTT d'attaque) puis 4 semaines (TTT d'entretien à moitié dose)
- 3- P-S pendant 6 semaines (TTT d'attaque) puis P-S (TTT d'entretien à moitié dose jusqu'à  $CD4 > 200/mm^3$  au delà de 6 mois)
- 4- P-S pendant 6 semaines (TTT d'attaque) puis Bactrim forte<sup>®</sup> 1 cp/j jusqu'à  $CD4 > 200/mm^3$  au delà de 6 mois)



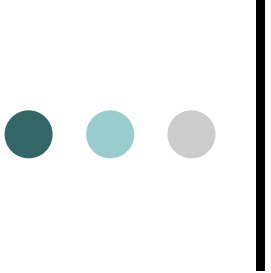
## Quelle sera la durée de traitement anti toxoplasmique?

- 1- P-S pendant 4 semaines
- 2- P-S pendant 2 semaines (TTT d'attaque) puis 4 semaines (TTT d'entretien à moitié dose)
- 3- P-S pendant 6 semaines (TTT d'attaque) puis P-S (TTT d'entretien à moitié dose jusqu'à  $CD4 > 200/mm^3$  au delà de 6 mois)
- 4- P-S pendant 6 semaines (TTT d'attaque) puis Bactrim forte<sup>®</sup> 1 cp/j jusqu'à  $CD4 > 200/mm^3$  au delà de 6 mois)

**P-S: - Activité limitée sur les tachyzoïtes  
- Inactive sur les kystes**

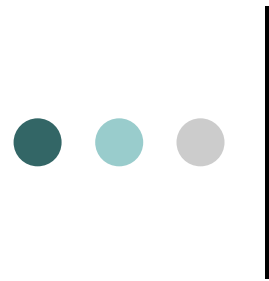
- ● ● | Notre patient a reçu 6 semaines de TTT d'attaque et mis sortant sous P-S à moitié dose + acide folique (TTT d'entretien).

Au 2<sup>ème</sup> mois de TTT anti toxoplasmique (15<sup>ème</sup> jour de TTT d'entretien), il développe des lésions érythémato-squameuses et des lésions fissurées croûteuses touchant les zones découvertes (visage, décolleté, membres sup) évoquant **des lésions de dermite de photosensibilité.**



# Qu'est ce que vous suspectez?

- 1- Photosensibilité à la pyriméthamine
- 2- Photosensibilité à la sulfadiazine
- 3- Photosensibilité à la pyriméthamine et à la sulfadiazine
- 4- Photosensibilité à l'acide folique



# Qu'est ce que vous suspectez?

- 1- Photosensibilité à la pyriméthamine
- 2- Photosensibilité à la sulfadiazine
- 3- Photosensibilité à la pyriméthamine et à la sulfadiazine
- 4- Photosensibilité à l'acide folique





## Quelle sera votre conduite?

- 1- Arrêter la sulfadiazine et maintenir la pyriméthamine
- 2- Switcher la sulfadiazine par la clindamycine
- 3- Switcher les deux molécules par le cotrimoxazole
- 4- Éviter tout simplement l'exposition solaire et utiliser l'écran solaire en cas d'exposition



## Quelle sera votre conduite?

- 1- Arrêter la sulfadiazine et maintenir la pyriméthamine
- 2- Switcher la sulfadiazine par la clindamycine
- 3- Switcher les deux molécules par le cotrimoxazole
- 4- Éviter tout simplement l'exposition solaire et utiliser l'écran solaire en cas d'exposition



Supposons que ce patient a fait à la 2<sup>ème</sup> semaine de TTT d'attaque une éruption généralisée prurigineuse conduisant à l'arrêt des deux molécules. L'enquête de pharmacovigilance conclut à **une allergie à la sulfadiazine**. Quelle serait votre conduite?

- 1- Maintenir la pyriméthamine seule
- 2- Maintenir la pyriméthamine et diminuer la posologie de l'adiazine et l'augmenter progressivement (désensibilisation)
- 3- Arrêter l'adiazine et le switcher par la clindamycine
- 4- Arrêter l'adiazine et le switcher par la clarithromycine
- 5- Switcher les deux molécules par le cotrimoxazole



Supposons que ce patient a fait à la 2<sup>ème</sup> semaine de TTT d'attaque une éruption généralisée prurigineuse conduisant à l'arrêt des deux molécules. L'enquête de pharmacovigilance conclut à **une allergie à la sulfadiazine**. Quelle serait votre conduite?

- 1- Maintenir la pyriméthamine seule
- 2- Maintenir la pyriméthamine et diminuer la posologie de l'adiazine et l'augmenter progressivement (désensibilisation)
- 3- Arrêter l'adiazine et le switcher par la clindamycine
- 4- Arrêter l'adiazine et le switcher par la clarithromycine
- 5- Switcher les deux molécules par le cotrimoxazole



Supposons que ce patient a fait à la 2<sup>ème</sup> semaine de TTT d'attaque une éruption généralisée prurigineuse conduisant à l'arrêt des deux molécules. L'enquête de pharmacovigilance conclut à **une allergie à la sulfadiazine**. Quelle serait votre conduite?

- 1- Maintenir la pyriméthamine seule
- 2- Maintenir la pyriméthamine et diminuer la posologie de l'adiazine et l'augmenter progressivement (désensibilisation)
- 3- Arrêter l'adiazine et le switcher par la clindamycine
- 4- Arrêter l'adiazine et le switcher par la clarithromycine
- 5- Switcher les deux molécules par le cotrimoxazole

**Alternatives à la sulfadiazine:**

Clindamycine, Clarithromycine, Azithromycine

**Alternatives à la P-S:**

Atovaquone, Cotrimoxazole

- ● ● Notre patient est de nouveau perdu de vue depuis 2008. Il revient le 16/9/2011 pour hémiparésie gauche.

 **Récidive de Toxoplasmose cérébrale.....**