

Méningite à cryptocoques chez un Burundais VIH positif : cas clinique.

Observation

Un homme de 32 ans, Burundais, fonctionnaire, marié, père de 2 enfants, est admis au CNHU de Bujumbura (Burundi) pour des céphalées, une fièvre et une asthénie. Dans ses antécédents, on note un amaigrissement récent de 20 kg en 6 mois, un zona intercostal il y a 4 ans, ayant récidivé il y a 6 mois. Il présente depuis 3 mois une diarrhée faite de 3 à 6 selles par jour, liquides, non sanglantes.

A l'examen, on note un syndrome méningé franc, une température est à 38,8°C, une parésie du membre supérieur gauche, des adénopathies latéro-cervicales bilatérales. Il n'y a pas d'atteinte des nerfs crâniens. On note une obnubilation, une désorientation temporo-spatiale avec épisodes délirants.

Examens paracliniques

- VSH : 75 mm à la 1^{ère} heure
- NFS : GR : 4 520 000/mm³, Hb : 12,4 g/l ; GB : 6 200/mm³, lymphocytes : 19% (1 200/mm³) ; plaquettes : 190 000/mm³,
- Ponction lombaire : LCR clair, hypertendu, 5 éléments/mm³, protéinorachie : 1,15 g/l, glycorachie : 0,25 g/L,
- Examen de selles : isolement d'oocystes d'*Isospora belli*,
- Anticorps anti-VIH : positif (2 tests ELISA),
- Taux des CD4 : 150/mm³

Le diagnostic est apporté par l'examen direct du LCR à la coloration à l'encre de Chine (figure 1).

Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quels examens complémentaires sont utiles pour confirmer le diagnostic ?
- 3- Quelles sont les principales caractéristiques cliniques et biologiques de cette maladie ?
- 4- Quels traitements allez-vous prescrire contre cette maladie ?
- 5- Quel est le traitement de la parasitose associée ?

Discussion

1- Le malade présente un sida avec atteinte sévère de l'état général (fièvre, amaigrissement), une diarrhée chronique, des adénopathies et des infections opportunistes (antécédents de zona, diarrhée chronique due à une isosporose et une positivité de la sérologie VIH).

Le syndrome neurologique associant syndrome méningé, déficit moteur, troubles du comportement fait porter le diagnostic de méningo-encéphalite (ME). Le diagnostic étiologique de cette ME est apporté par la mise en évidence de levures à l'examen direct du LCR par la coloration à l'encre de Chine. Il s'agit de levures de 4 à 8 µm de diamètre, encapsulées, entourées d'un halo clair, caractéristiques de cryptocoques. Il s'agit d'une ME à cryptocoques.

2- Le bilan de la ME à cryptocoques peut être complété par la recherche des antigènes solubles polysaccharidiques (Ags) dans le LCR et la mise en culture sur milieu de Sabouraud. Dans le cas présenté, les Ag sont positifs dans le LCR à 1/64^{ème} et la culture sur milieu de Sabouraud se positivise en 48 heures à 37°C. L'identification sur galeries de Levures Pasteur (sucre, uréase +) montrera qu'il s'agit de *Cryptococcus neoformans*.

3- La cryptococcose est une infection opportuniste due à une levure tellurique et ubiquitaire. Elle est fréquente en Afrique subsaharienne depuis le sida. Elle se contracte par inhalation avec au départ une primo-infection pulmonaire en règle asymptomatique. Elle réalise dans la quasi-totalité des cas une ME subaiguë. Les signes d'appel sont les céphalées, la fièvre, l'atteinte de l'état général. L'examen neurologique met en évidence un syndrome méningé plus ou moins franc, parfois des troubles de la conscience et du comportement. Des troubles déficitaires et une atteinte des nerfs crâniens sont plus rarement observés. L'examen du LCR permet le diagnostic ; liquide clair, avec formule cytologique à prédominance

lymphocytaire, mais la cellularité peut être normale comme dans notre observation, hyperprotéinorachie, hypoglycorachie, mise en évidence des cryptocoques souvent à l'examen direct (un seul élément permet d'affirmer le diagnostic), toujours par la culture.

Des localisations pulmonaires (aspect de pneumopathie interstitielle à la radiographie) et cutanées (à type de papules, de nodules évoluant vers l'ulcération) isolées sont moins fréquentes, mais au cours du sida des formes disséminées sont courantes.

4- Le traitement de la ME à cryptocoques chez le sujet VIH positif comporte :

- un traitement d'induction par l'amphotéricine B désoxycholate (Fungizone®) à la dose de 0,7 à 1mg/kg/j par voie intraveineuse associée à la 5-fluorocytosine à la dose de 100 mg/kg/j en 4 prises par voie orale ou intraveineuse pendant une durée minimale de 14 jours ou par le fluconazole (Triflucan®) à la dose de 400 à 800 mg/j pendant 8 à 10 semaines;
- un traitement de consolidation par fluconazole (Triflucan®) à la dose de 400 mg/j pendant 8 à 10 semaines;
- un traitement d'entretien par fluconazole (Triflucan®) à la dose de 200 mg/j.

L'amphotéricine B liposomiale (Ambisome®) doit être prescrite à la place de l'amphotéricine B désoxycholate si le sujet est insuffisant rénal, à la dose de 3 à 6 mg/kg/j pendant une durée minimale de 14 jours.

Au traitement médical antifongique doivent être associés des ponctions lombaires évacuatrices si la pression d'ouverture du LCR à la ponction lombaire est supérieure à 25 cm d'eau.

Notre malade a été traité d'emblée par Triflucan® 400 mg/j. On a noté une amélioration clinique et mycologique dès le 20^{ème} jour avec disparition des cryptocoques dans le LCR à l'examen direct et à la culture, le taux des antigènes étant alors à 1/32^{ème}.

Le traitement d'entretien peut être arrêté, le malade étant sous traitement antirétroviral, si la durée du traitement anti-cryptococcique est supérieur à 6 mois, l'infection contrôlée, les cultures négativées après le traitement d'attaque, l'antigène cryptococcique négatif et le nombre de CD4 supérieur à 200/mm³ depuis plus de 6 mois.

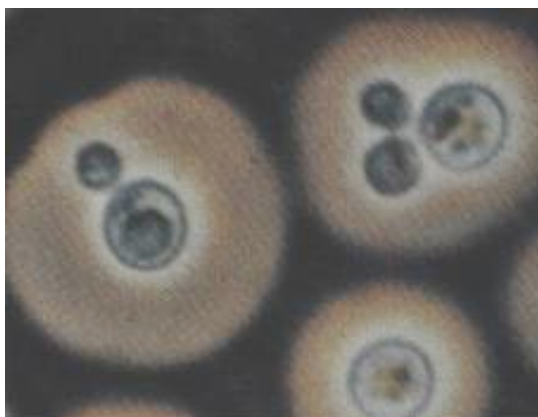
Une prophylaxie secondaire à vie par Triflucan® à la dose de 200 mg/j est obligatoire si le malade ne peut être mis sous ARV.

5- Le traitement de l'isosporese repose sur le cotrimoxazole prescrit à la dose de 4 comprimés de Bactrim® ou de 2 comprimés de Bactrim FORT® pendant 2 semaines chez l'adulte.

Il est demandé au malade de prévenir sa famille de son état. Un soutien psychosocial lui sera apporté.

Références

- Aubry P., Touze J.E. Méningo-encéphalite à cryptocoques. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., mars 1990, pp. 163-164 ;
- Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Des céphalées fébriles. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia, mars 2001, pp. 167-168.
- Aubry P. Cryptococcose. In Mycologie médicale, Christian Ripert Coordonnateur. 2013, Lavoisier, Paris pp. 261-279.



Examen du LCR (encre de Chine x1000) : présence de levures de 4 à 8 µm de diamètre, encapsulées, entourées d'un halo clair.

Professeur Pierre Aubry. Texte revu le 20/12/2013.

