Méningo-encéphalite à Histoplasma capsulatum chez une patiente infectée par le VIH : une pathologie à évoquer chez les patients vivant en Amérique latine ou en revenant

A Dione, Loïc Epelboin, G Walter, Emilie Mosnier, B Bidaud, C Carrera, D Jeanbourquin, Antoine Adenis, Mathieu Nacher, D. Blanchet, et al.

▶ **To cite this version:**

A Dione, Loïc Epelboin, G Walter, Emilie Mosnier, B Bidaud, et al.. Méningo-encéphalite à Histoplasma capsulatum chez une patiente infectée par le VIH : une pathologie à évoquer chez les patients vivant en Amérique latine ou en revenant. La Lettre de l'Infectiologue, 2015, XXX (5), pp.194-195. inserm-01423104

HAL Id: inserm-01423104
https://inserm.hal.science/inserm-01423104

Submitted on 28 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mots-clés :
VIH – Méningo-encéphalite – Histoplasmose – Tuberculose.

Keywords :
HIV – Meningitis – Histoplasmosis – Tuberculosis.

Méningo-encéphalite à *Histoplasma capsulatum* chez une patiente infectée par le VIH : une pathologie à évoquer chez les patients vivant en Amérique latine ou en revenant

Histoplasma capsulatum meningoencephalitis which infected an HIV patient: a pathology to evoke for patients living in Latin America or returning from there

A. Dione[1,2], L. Epelboin[1,3,4], A. Lévi[1], G. Walter[1], E. Mosnier[1,3], B. Bidaud[1], C. Carrera[3], D. Jeanbourquin[5], A. Adenis[4], M. Nacher[4], D. Blanchet[6], J. Savatovsky[7], M. Pierre-Demar[6], F. Djossou[1]

Une Brésilienne de 39 ans est adressée à l'hôpital de Cayenne pour des céphalées, une confusion fébrile et une altération de l'état général. Six mois plus tôt, une infection par le VIH avait été révélée (charge virale de 147 615 copies/ml ; CD4 à 56/mm³), au Brésil, par un tableau de tuberculose pleuro-pulmonaire non documentée. Elle suit depuis un traitement antirétroviral et une quadrithérapie antituberculeuse, sans cotrimoxazole, traitement toujours en cours à son entrée.

Examens

L'examen neurologique retrouve une confusion fébrile, un syndrome méningé, une diplopie avec paralysie du VI droit et une ataxie. Les prélèvements infectieux reviennent négatifs (hémocultures, examen cytobactériologique des urines, sérologies VHB, VHC, HTLV *(Human T-Lymphotropic Virus)*, arboviroses, 3 BK crachats, antigènes *Aspergillus* et *Cryptococcus*, toxoplasmose IgG positifs et IgM négatives) ; β-D-glucane sérique à 412 pg/ml (limite supérieure de la normale [LSN] < 80) et PCR CMV sérique à 16 095 copies/ml.

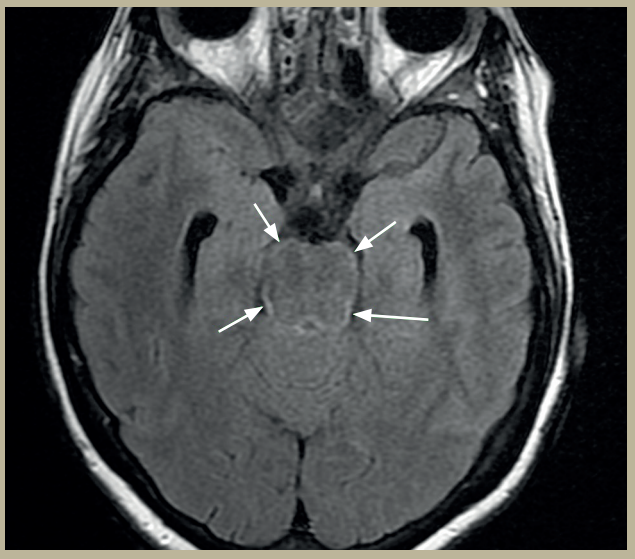


Figure 1. IRM cérébrale en séquence FLAIR *(FLuid-Attenuated Inversion Recovery)* : hypersignal feutrant le mésencéphale, qui témoigne d'une méningite *(flèches)*. À noter également : la dilatation des cornes temporales dans le cadre de l'hydrocéphalie.

1. Unité des maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, Guyane française.

2. Service de maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier François-Mitterrand, Pau.

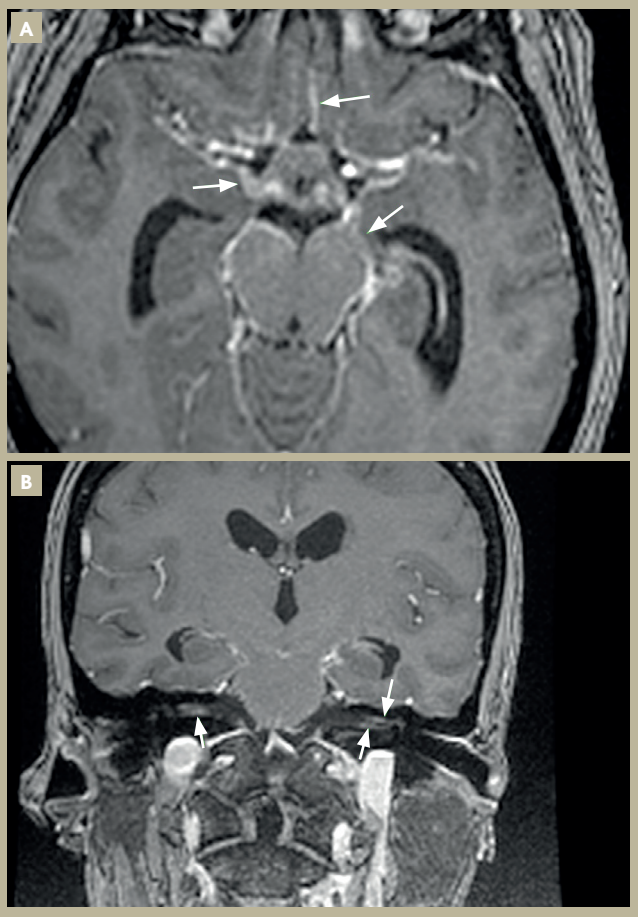
3. Centre délocalisé de prévention et de soins de Saint-Georges de l'Oyapock, Guyane française.

4. Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, CIC Inserm 1424, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, Guyane française.

5. Service de radiologie, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, Guyane française.

6. Laboratoire hospitalo-universitaire de parasitologie et mycologie, Centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, Guyane française.

7. Service d'imagerie, Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Paris.



Figures 2A et 2B. 3D T1 injecté reconstruit dans le plan axial **(A)** et coronal **(B)** : prises de contraste leptoméningées *(flèches)*, intéressant notamment la région périmésencéphalique, les 2 vallées sylviennes, certains sillons basifrontaux et les conduits auditifs internes.

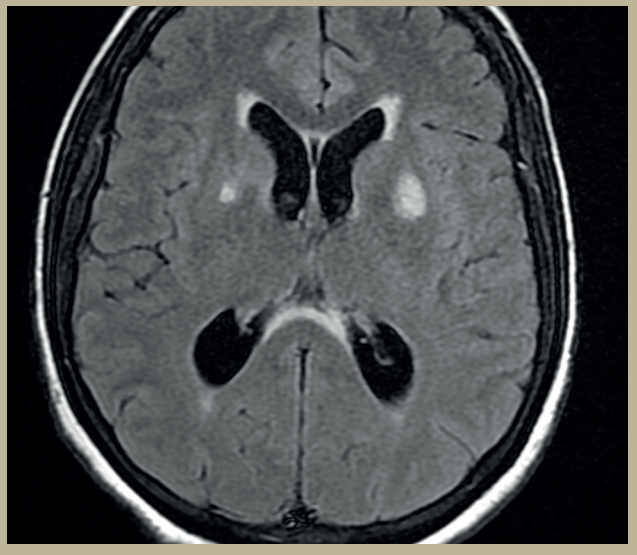


Figure 3. Séquence FLAIR mettant en évidence des hypersignaux bilatéraux des noyaux lenticulaires à prédominance gauche et une hydrocéphalie.

La ponction lombaire retrouve une méningite lymphocytaire (11 éléments), hyperprotéinorachique (0,72 g/l), hypoglycorachique (1,2 mM) et des résultats négatifs pour la bactériologie standard, BK, antigène cryptocoque, encre de Chine, PCR HSV, VZV, CMV, virus JC, VIH, et toxoplasmose.
La TDM cérébrale montre des lacunes hypodenses de la capsule interne gauche. L'IRM montre une prise de contraste des espaces leptoméningés et une dilatation des ventricules *(figure 1)*. Un traitement par foscarnet sodique (anti-CMV et anti-VIH), cotrimoxazole (antitoxoplasmose) est instauré, et la quadrithérapie antituberculeuse poursuivie. Malgré 3 semaines de traitement, l'état de la patiente s'aggrave. Une nouvelle IRM montre l'apparition d'hypersignaux de la région des noyaux gris centraux en T1 injecté et FLAIR *(figures 2A, 2B et 3)*.
Un mois après la première ponction lombaire, la culture fongique revient positive à *Histoplasma capsulatum* sur le premier prélèvement de liquide céphalorachidien et dans les hémocultures. Un traitement par amphotéricine B liposomale i.v. est instauré mais arrêté en raison d'une mauvaise tolérance ; il est remplacé par de l'itraconazole per os à 400 mg × 1/j. L'état de la patiente s'améliore rapidement et les signes neurologiques disparaissent. Neuf mois plus tard, elle a complètement récupéré, hormis des céphalées modérées intermittentes ; l'IRM montre des lésions séquellaires des noyaux lenticulaires.

Discussion

En Guyane, l'histoplasmose est la principale infection opportuniste au stade sida *(1)*. Faute de pouvoir réaliser rapidement et de façon fiable un diagnostic mycologique, les pays de la région paient un lourd tribut à cette pathologie polymorphe curable, souvent confondue avec la tuberculose. Son diagnostic étant difficile, chez tout patient infecté par le VIH avec un taux de CD4 < 100/mm^3, vivant ou ayant séjourné en Amérique latine, et présentant un tableau de méningo-encéphalite, l'histoplasmose devrait être évoquée *(1, 2)*. Dans notre cas, la tuberculose pulmonaire supposée était probablement une histoplasmose. Cette situation est sûrement répandue en Amérique latine, ce qui pourrait expliquer la surmortalité observée chez des patients susceptibles d'être infectés par la tuberculose et le VIH, sans qu'il y ait eu de confirmation bactériologique *(3)*. ■

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Nacher M, Adenis A, Adriouch L et al. What is AIDS in the Amazon and the Guianas? Establishing the burden of disseminated histoplasmosis. Am J Trop Med Hyg 2011;84(2):239-40.

2. Wheat LJ, Musial CE, Jenny-Avital E. Diagnosis and management of central nervous system histoplasmosis. Clin Infect Dis 2005;40(6):844-52.

3. Nacher M, Adenis A, Sambourg E et al. Histoplasmosis or tuberculosis in HIV-infected patients in the amazon: what should be treated first? PLoS Negl Trop Dis 2014;8(12):e3290.