

Cas cliniques

Dr Neji Sourour

Laboratoire de Parasitologie- Mycologie

CHU Habib Bourguiba Sfax

Cas clinique n° 1

- Melle O.Y, 21 ans étudiante
- Origine: Mahrès
- Hospitalisée en Pneumologie:

Hémoptysie

**faible abondance
à répétition
depuis un mois**



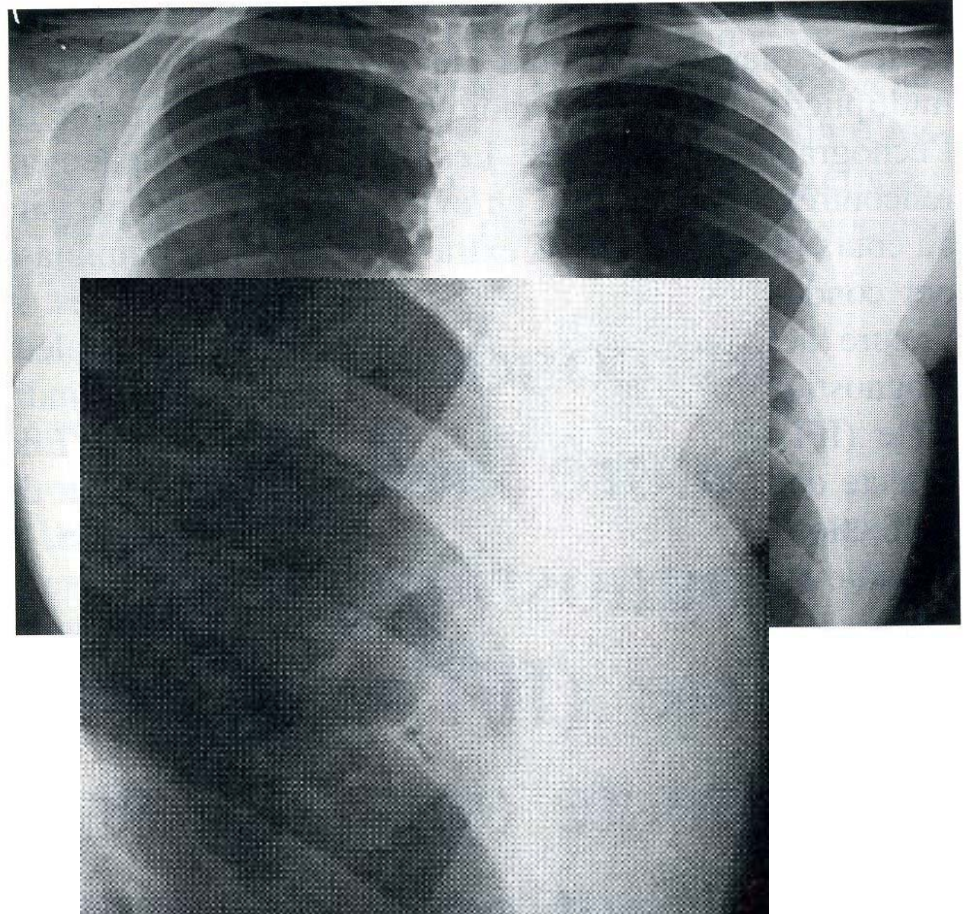
A l'examen

- **BEG**
- **Fièvre à 38°C**
- **Râles crépitants basithoraciques gauches**

Quels examens complémentaires de routine demandez vous?

Radio thorax:

- opacité solitaire
- non homogène
- excavée
- faible tonalité
- 2 cm
- poumon gauche



Biologie

- **NFS:**
GB 11400, PNN 70%
- **VS: 67 mm à h1**
- **Recherche de BK: négative**

Quel est le premier diagnostic à évoquer



Abcès de poumon

- **TTT:**

amoxicilline- acide clavulinique

- **Evolution:**

Persistance du syndrome infectieux

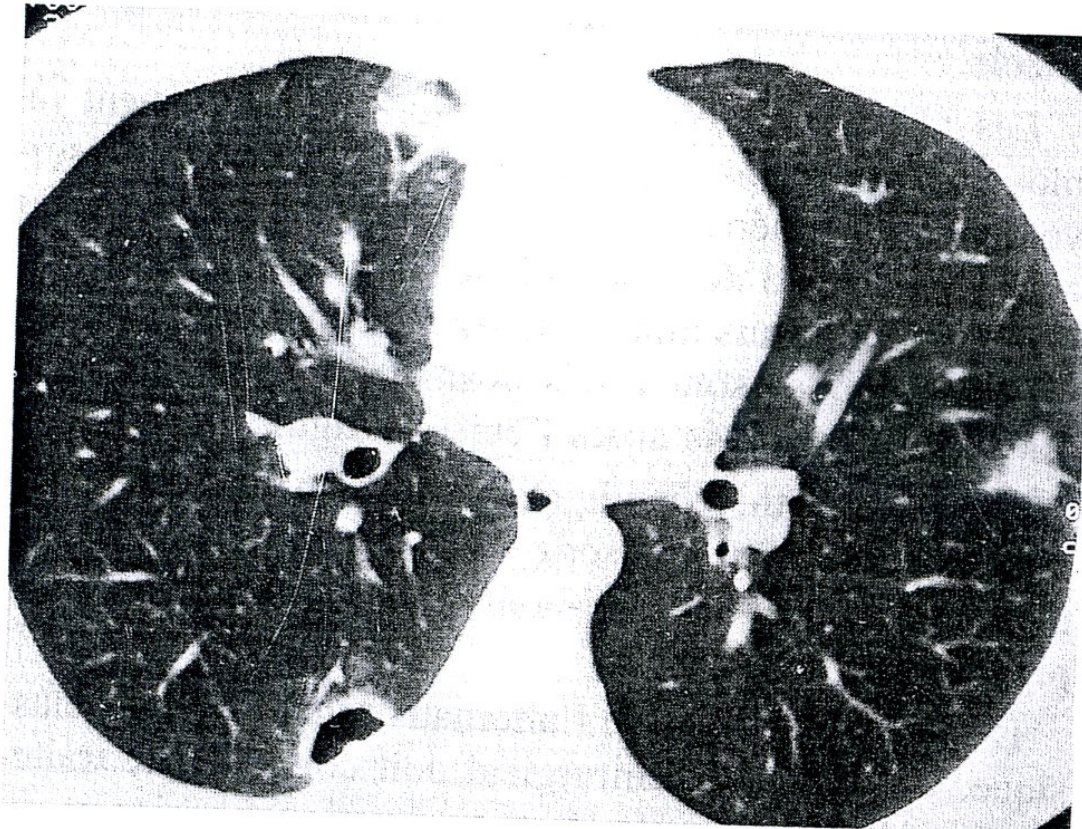
Stabilité des signes radiologiques

↳ Fibroscopie bronchique:

normale

TDM thoracique:

multiples nodules de type alvéolaire, bilatéraux
+ nécrose centrale ou excentrée



Devant ce contexte clinique et radiologique que suspecter vous?

- **Vascularite de Wegner**
AAN, CIC, CS, LWR: normaux
TDM sinus: normal
- **Métastase septique**
Pas de porte d'entrée septique
Pas d'autres foyers infectieux
- **Hydatidose**
Sérologie négative

Devant ce contexte clinique et radiologique que suspecter vous?

- **Aspergillose**

Sérologie négative

- **Paragonimose**

Extrême rareté sous nos climats

Absence de séjour en sud-est asiatique

**Interrogatoire: diarrhée il y a
3 mois + TTT symptomatique**

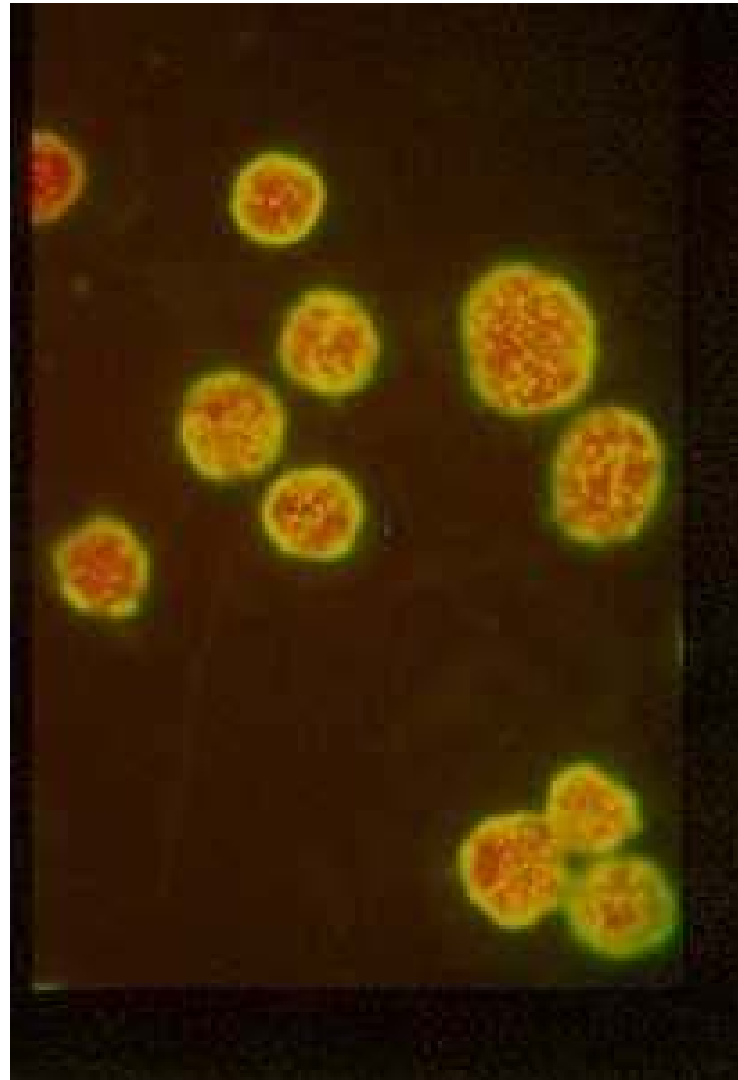


Abcès Amibien?



**Sérologie amibienne
fortement positive**

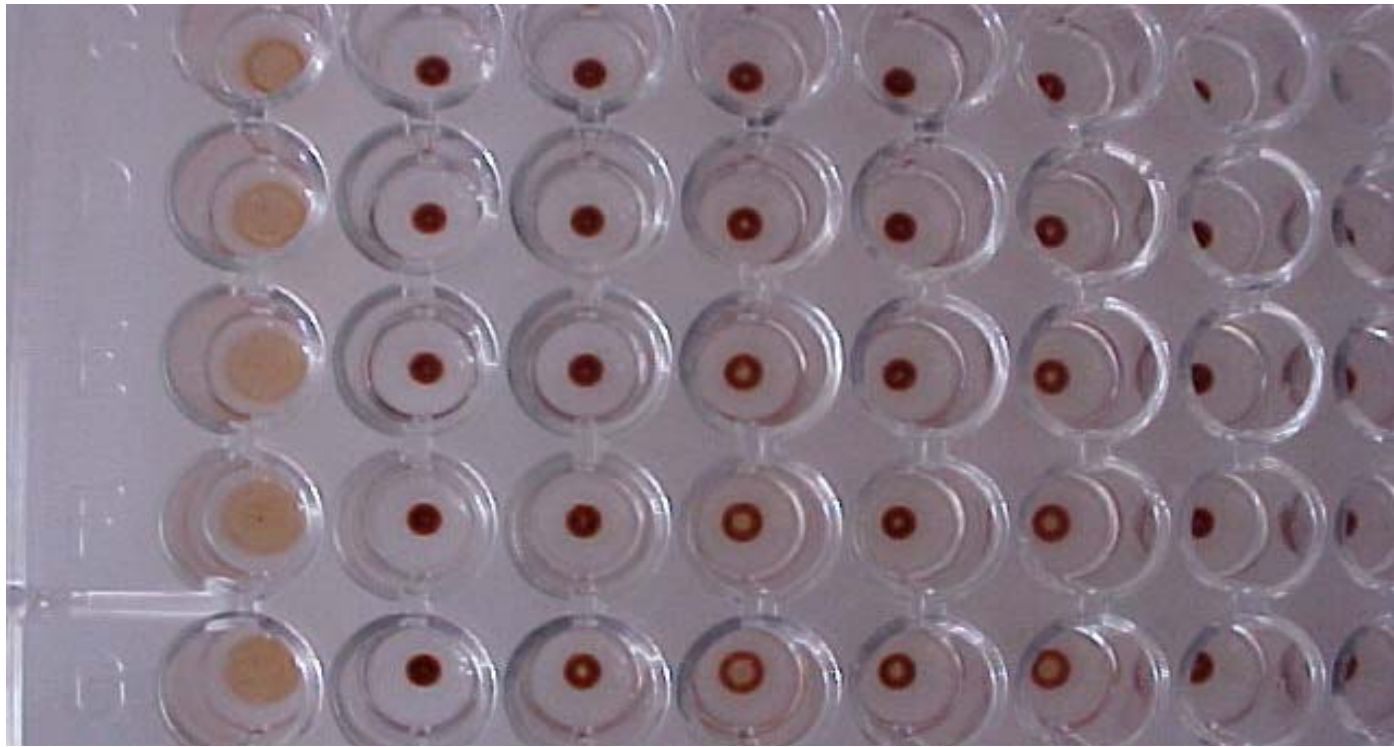
IFI: 1/3200





Technique : agglutination de particules de latex sensibilisées aux anticorps spécifiques

Hémagglutination: 1/1280



Bilan complémentaire:

- EPS: négatif
- Echo abdominale: normale

Comment expliquer ces lésions pulmonaires multiples et isolées de l'amibiase?

 **Migration de l'amibe du colon au thorax à travers:**

V. sus hépatiques

Canal thoracique

Sys hémorroïdaire inf → VCI

Quel traitement prescrivez vous?

- **Traitement:**

métronidazole IV 1.5g/j pdt 15 j

Puis ornidazole 2g/j pdt 10 j

- **Evolution:**

Disparition fièvre

Tarissement des hémoptysies

Établissez un plan de surveillance

Clinique, radiologique, biologique:

3mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois

**TDM de contrôle: disparition complète
ou ↘ nette de taille des images radiologiques
18 mois: R* et TDM thoraciques normaux**

Sérologie:

diminution lente et progressive des taux

12mois: IFI (1/400); Hg (1/160); bichrolatex -

Conclusion

Opacités pulmonaires uniques ou multiples



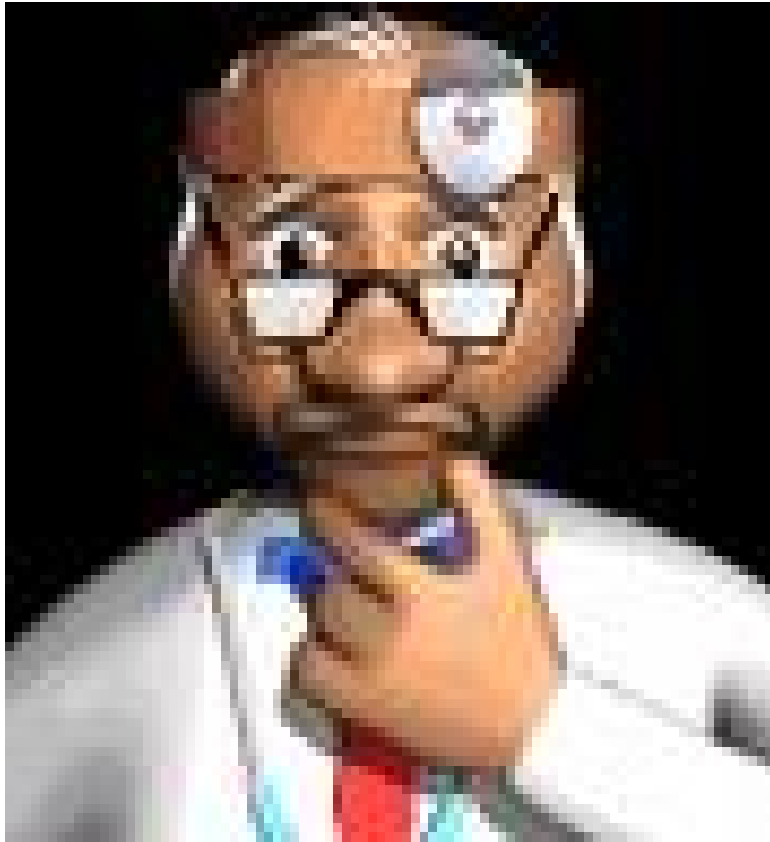
Demander une sérologie amibienne

Cas clinique n° 2

Mlle I. K., 20 ans, vous dit:

« Aidez moi Docteur, j'ai mal aux yeux et je ne vois pas bien!!! »





interrogatoire

ATCD:

- Myopie
- Port de lentille de contact
+ mauvaise manipulation
(lavage par eau de robinet)



**Kératite épithéliale
dendritiforme bilatérale**



TTT:

-Voie locale

**Tobramycine, ciprofloxacine,
acide fusidique**

-Voie générale

**Fosfomycine, ofloxacine,
gentamycine**

Evolution: abcès cornéens bilatéraux



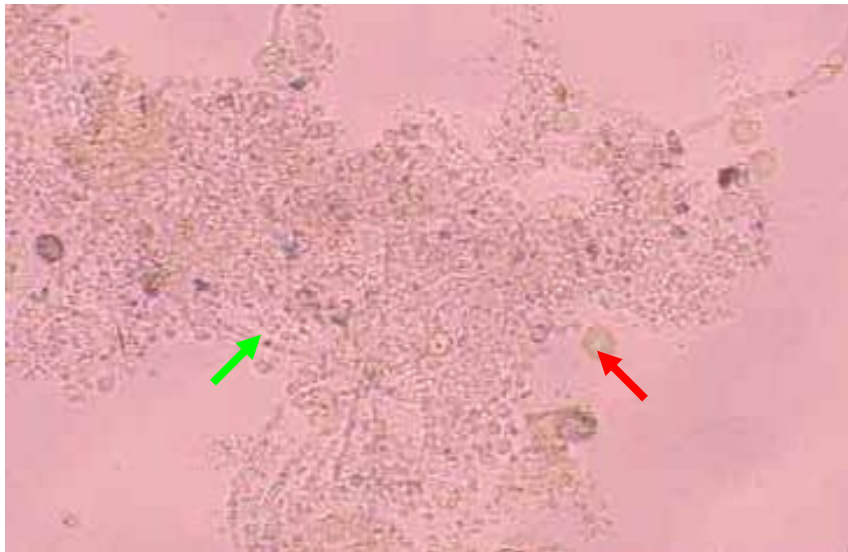
Examen parasitologique

Prélèvements: Grattage cornéen

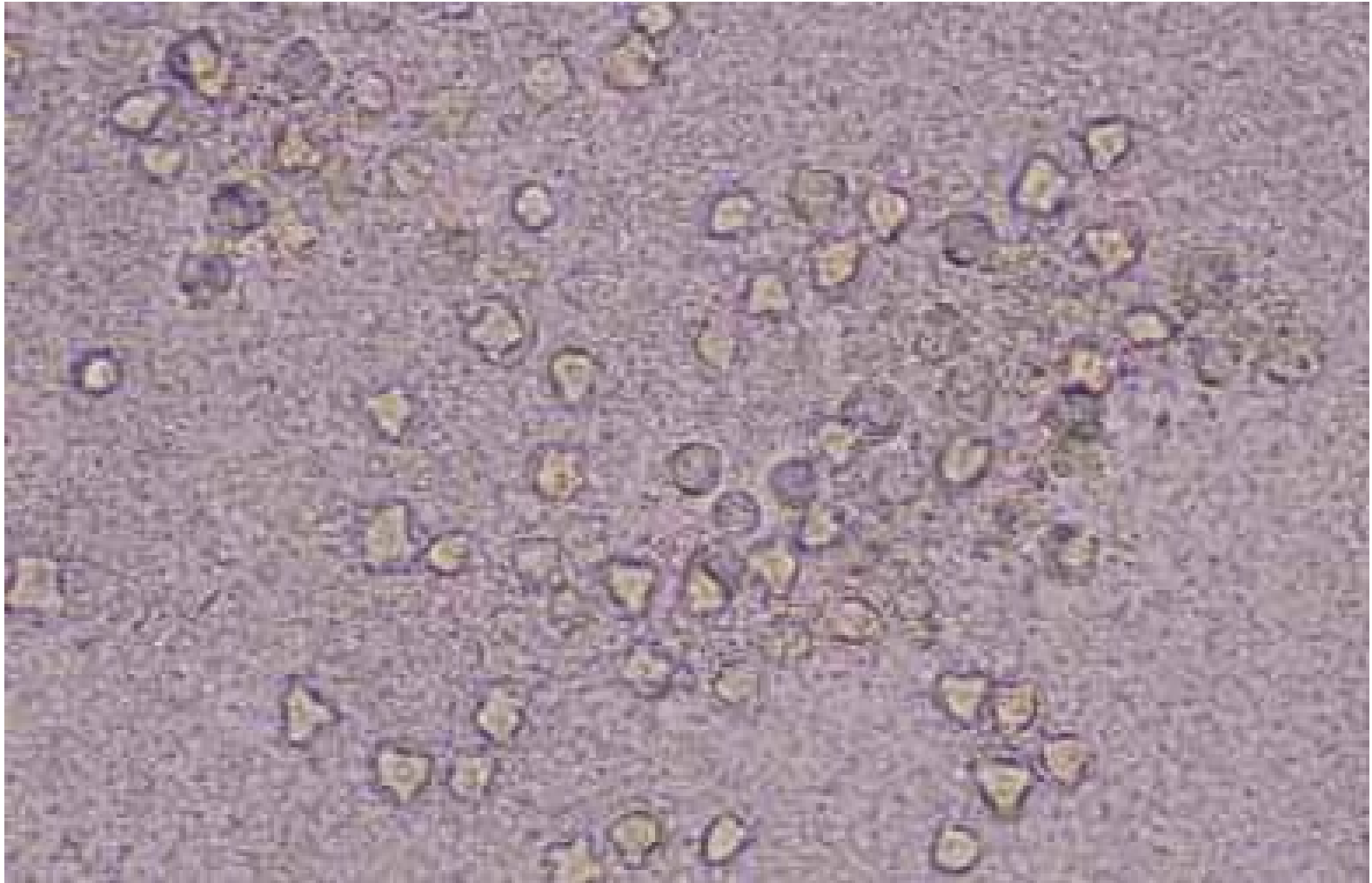
Étuis des lentilles de contact

Examen direct:

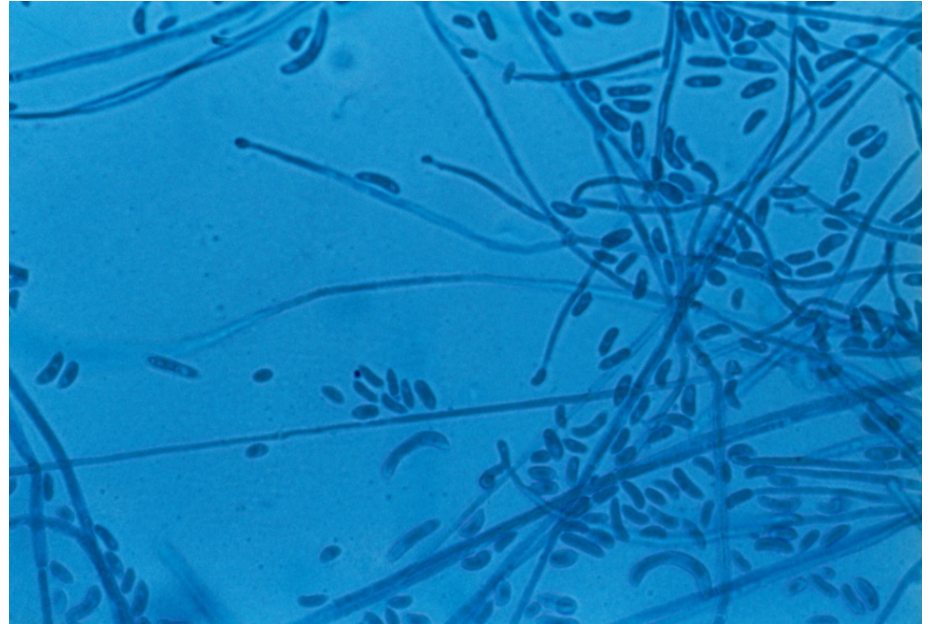
Formes végétatives (↗) et kystiques (↘) d'*Acanthamoeba*
+ Filaments mycéliens (↖)



Culture: nombreux kystes d'*Acanthamoeba*



Culture: *Fusarium oxysporum*



Traitement

Kétoconazole (voie locale)

Voriconazole

Évolution

Extension de l'abcès cornéen au limbe

→ kératoplastie transfixiante

→ Rejet:

2 autres kératoplasties transfixiantes +

Désomédine+ polyhexaméthylène biguanide



↪ **Amélioration d'AV (2/10)**
Cataracte sous capsulaire

Les Kératites à *Acanthamoeba*

Acanthamoeba spp

- **Protozoaires, opportunistes et ubiquitaires: air, terre, eau...**
- **Prédateurs de bactéries**
- **Prolifération et protection des:**
bactéries pathogènes (*Legionella spp*, *Afipia felis*, mycobactéries, *E. coli O157*), virus, levures...

Acanthamoeba. spp

Espèces pathogènes:

- ❖ *A.healyi*
- ❖ *A.culbertsoni*
- ❖ *A.hatchetti*
- ❖ *A.lugdunensis*
- ❖ *A.polyphaga ++*

- ❖ *A.griffini*
- ❖ *A.rhysodes*
- ❖ *A.castellanii*
- ❖ *A.palestinensis*
- ❖ *A.triangularis*

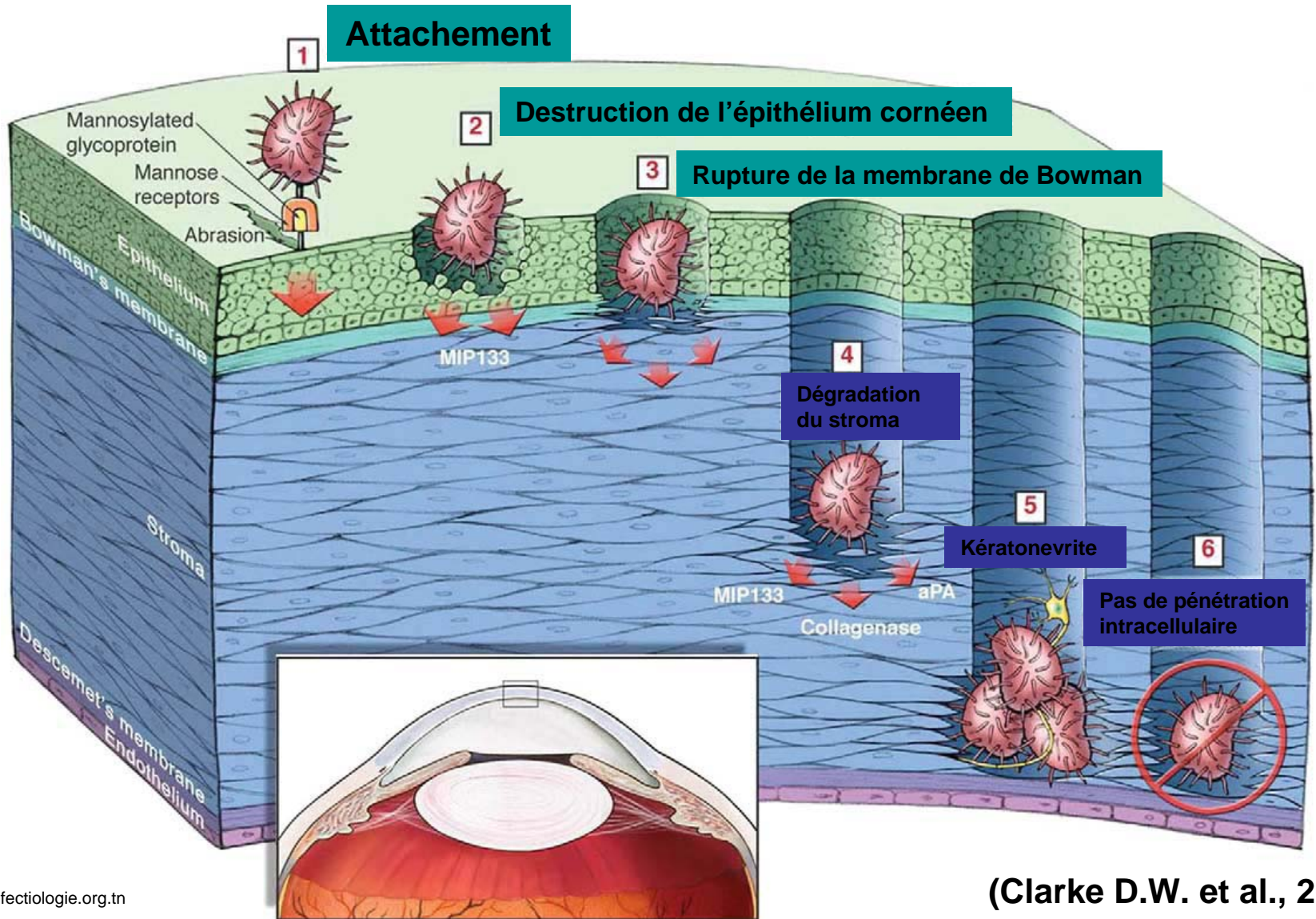
➤ **K A: pathologie rare**

- **Grande-Bretagne: 20 cas/1 million de porteurs de lentilles**
- **États-unis: 1.36 cas/1 million de porteurs de lentilles**
- **Asie: Inde (118 cas)**
- **Afrique: Mali (3 cas), Ghana (1cas),
Tunisie (2 cas)**

➤ Facteurs de risque:

- **Port de lentilles (85%):**
 - **Mauvais entretien des lentilles de contact**
 - **Baignade ++**
- **Traumatisme oculaire**
- **Exposition à une eau contaminée**

La cascade pathogénique de la kératite acanthamoebienne



(Clarke D.W. et al., 2006)

➤ Clinique:

- Maladie d'évolution chronique
- Au début: non spécifique (Photophobie, sensation de corps étranger, douleur...)

 Kératite herpétique

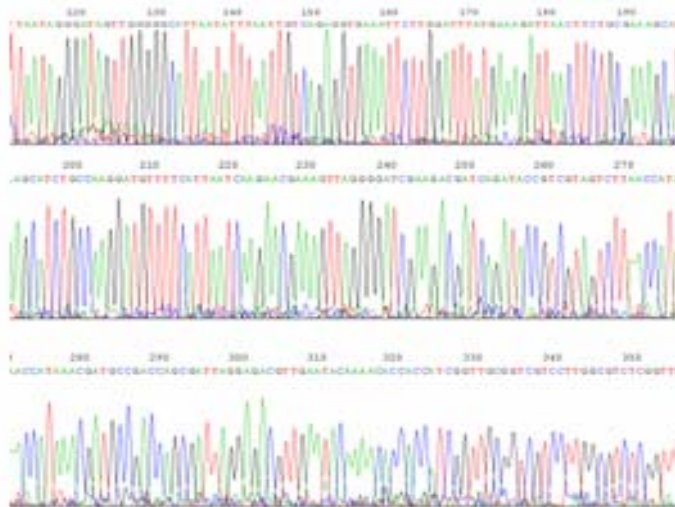
- Évolution: abcès cornéen + kératonévrite radiaire

➤ Diagnostic:

- Prélèvement cornéen + étuis des lentilles: examen direct + culture (milieu Bactopeptone agar + suspension *E.coli* tués)
- Biopsie cornéenne: cas suspects + culture (-)
- PCR +++ (amibes en quantité faible)

Étude moléculaire

Séquençage du produit de PCR



A. polyphaga

● Taille de la séquence = 450 pb

● Blastn → 93 % de similarité

Amplification de l'ADN du prélèvement cornéen de l'observation clinique par les amorces (JDP1-F/JDP2-R)

M : Marqueur de taille (1kb+ DNA ladder) ; **T-** : Témoin négatif ; **T+** : souche de référence : *Acanthamoeba polyphaga* ; **P1** : prélèvement cornéen de l'observation clinique

➤ **Traitement:**

- **Médical: Diamidines, dérivés azolés, imidazolés, biguanides (PHMB, chlorexidine)+++**
- **Chirurgie: traitement de 2^{ème} intention**

➤ **Pronostic: souvent sévère**

lié au délai diagnostique

Conclusion

Kératite à *Acanthamoeba*

- Affection rare et grave
- Pronostic visuel souvent menacé
- Porteur de lentilles: Dg. à évoquer

 Prévention +++