

**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

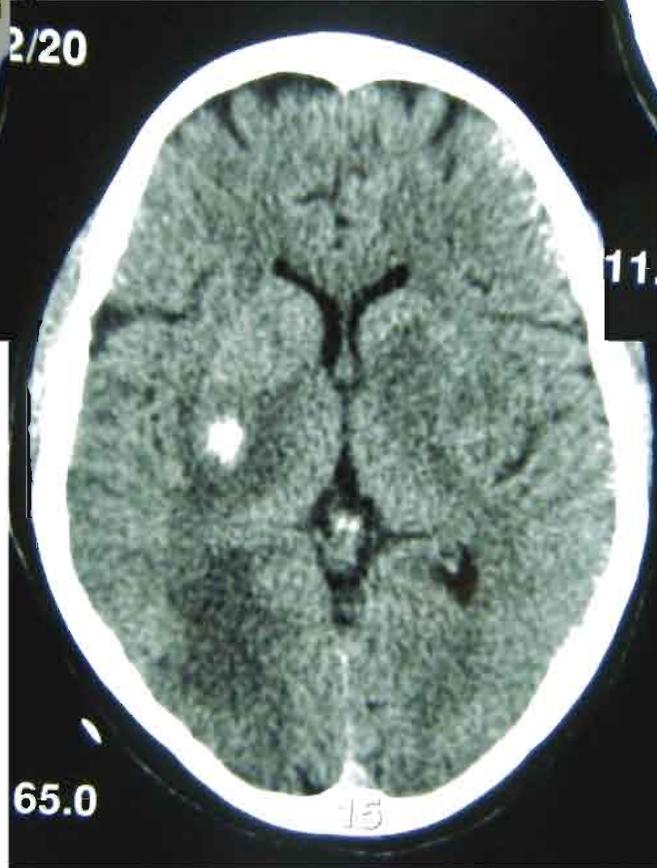
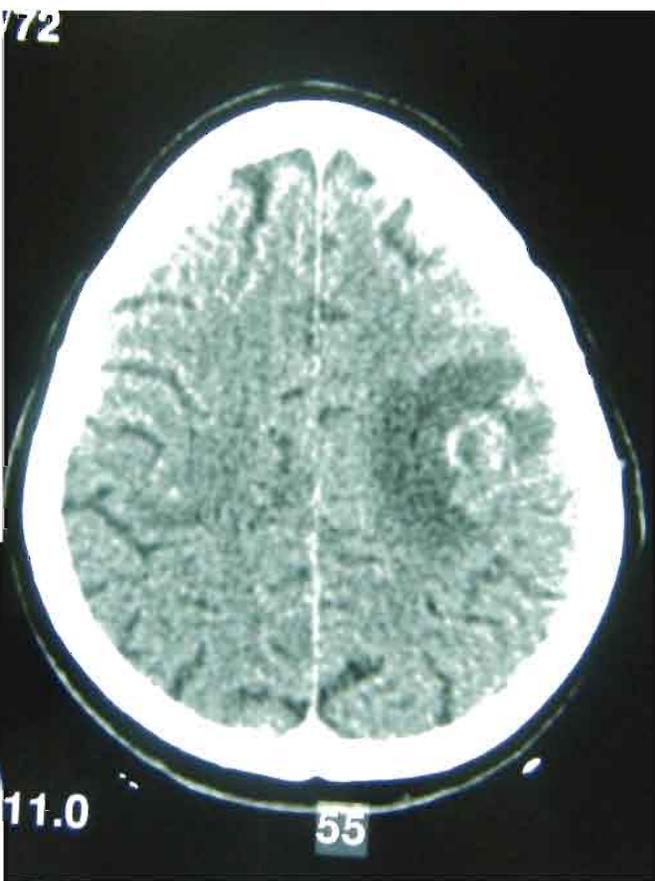
# Question

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

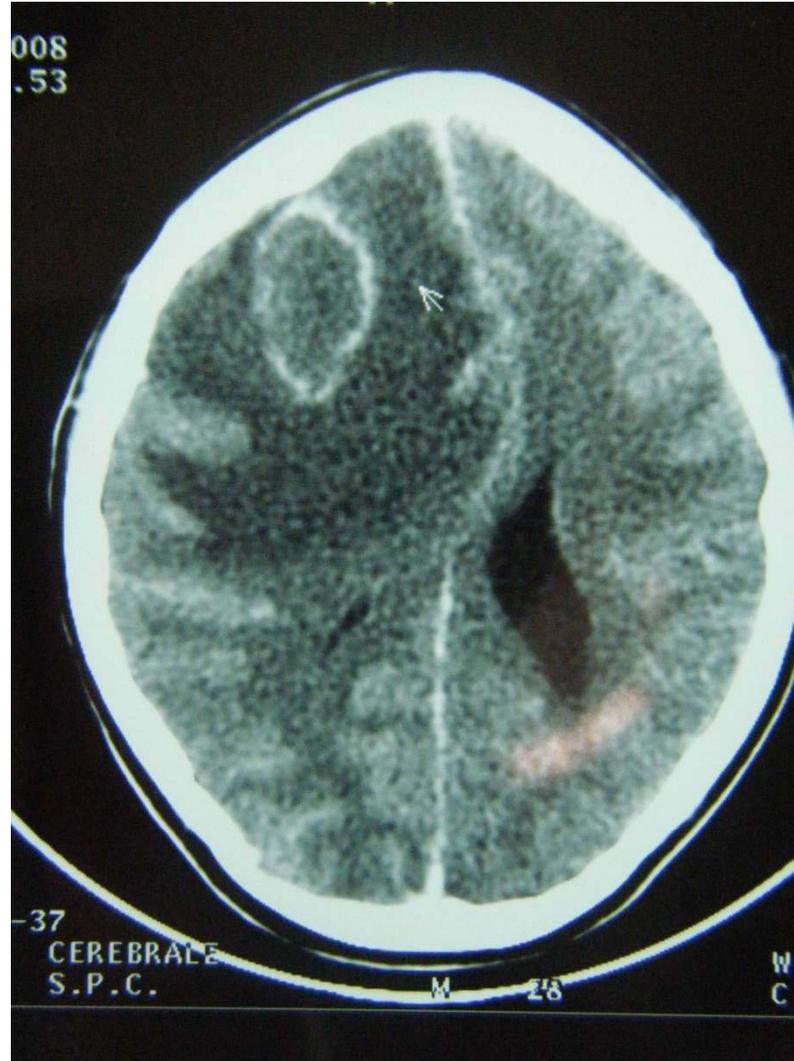
# Réponse

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

- Reviviscence de kystes cérébraux
- CD4 < 100/μl
- 2<sup>ème</sup> 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 /  $\mu$ 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
- **Sulfadiazine<sub>500</sub>** : 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/ $\mu$ 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 / $\mu$ l trois mois après
- Persistance de calcifications séquellaires