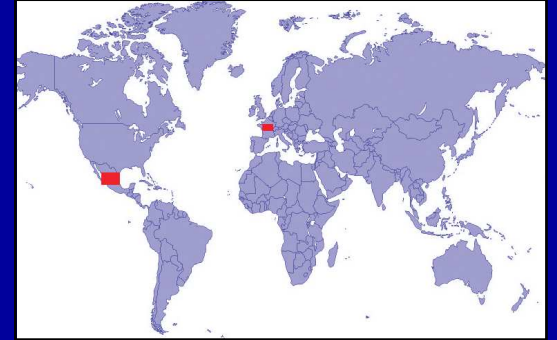


O. Lortholary. SMIT. CHU Necker. Paris.



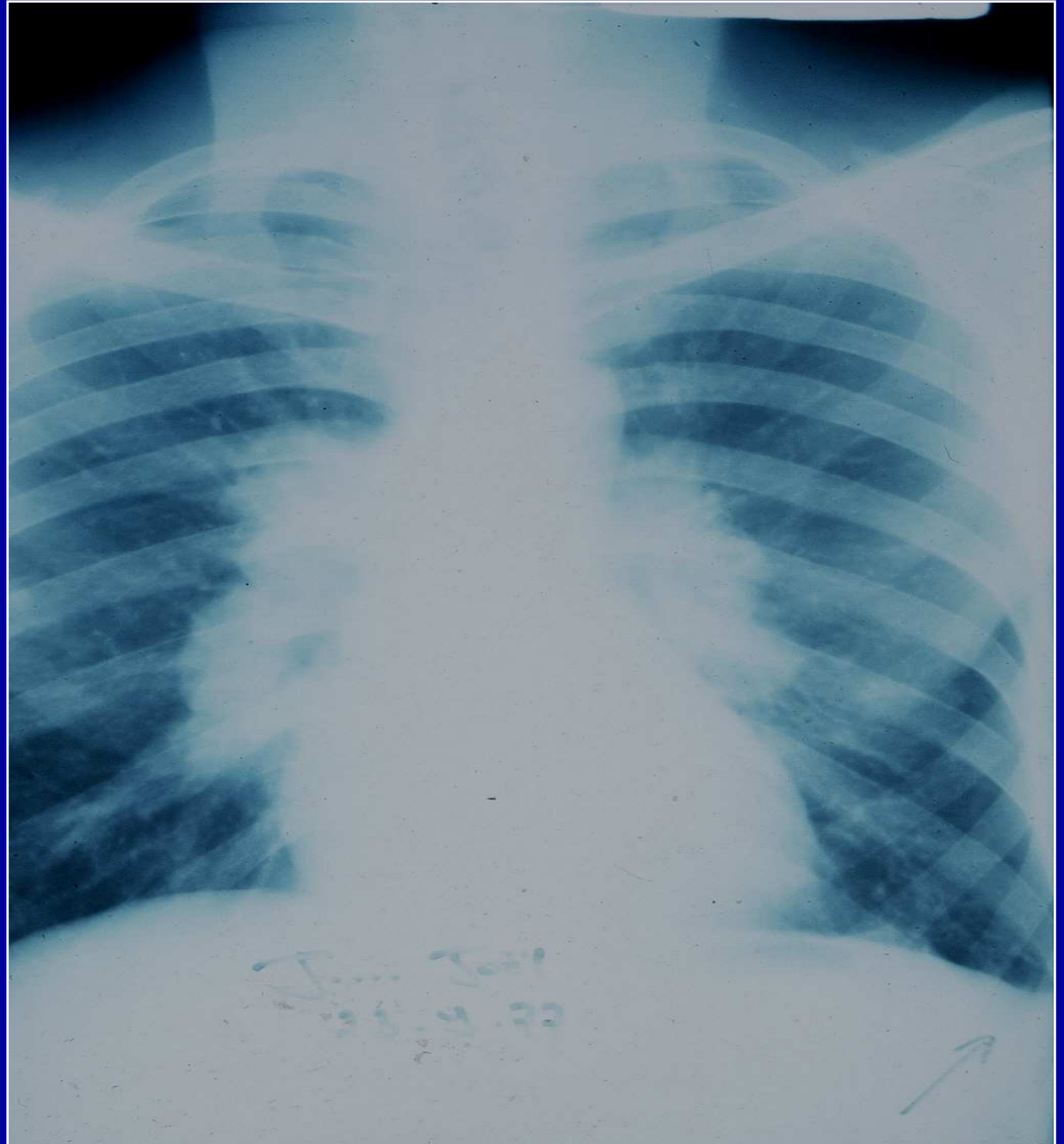
- **M.X, 28 ans, résidant en France, homosexuel ayant des rapports sexuels non protégés avec partenaires multiples...**
- **Vient consulter 3 semaines après un retour d'un séjour de 6 mois au Mexique pour :**
 - **fièvre à 39°C depuis 15 jour s**
 - **sueurs**
 - **amaigrissement récent de 4 kg**
- **ATCD : zona thoracique d'évolution spontanément favorable en 2003**

Examen physique :

- lésions cutanées multiples du tronc et des membres
- lésion linguale papuleuse



**Une
radiographie
de thorax est
pratiquée :**



Quel est votre diagnostic ?

- 1 - Maladie de Kaposi
- 2 - Leishmaniose viscérale
- 3 - Histoplasmose à *H. capsulatum* var *duboisii*
- 4 - Mycobactériose atypique
- 5 - Histoplasmose à *H. capsulatum* var *capsulatum*

1 - Maladie de Kaposi

2 - Leishmaniose viscérale

3 - Histoplasmose à *H. capsulatum* var *duboisii*

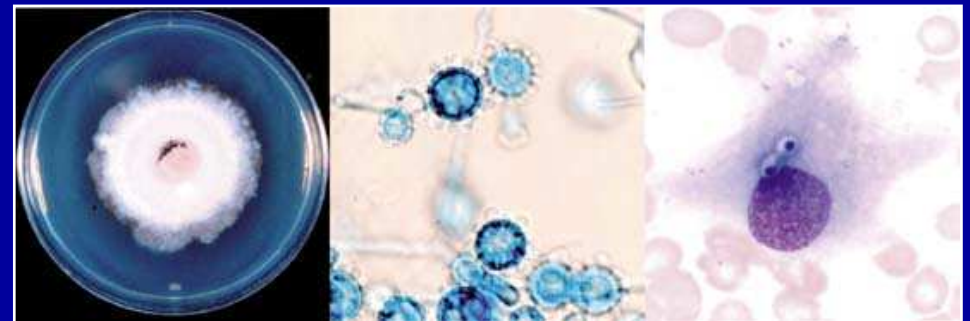
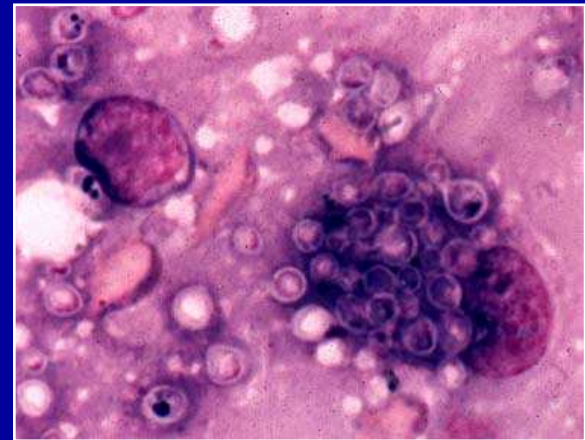
4 - Mycobactériose atypique

5 - Histoplasmose à *H. capsulatum* var *capsulatum*

...examen direct + culture : histoplasmosse à *H. capsulatum* var *capsulatum*

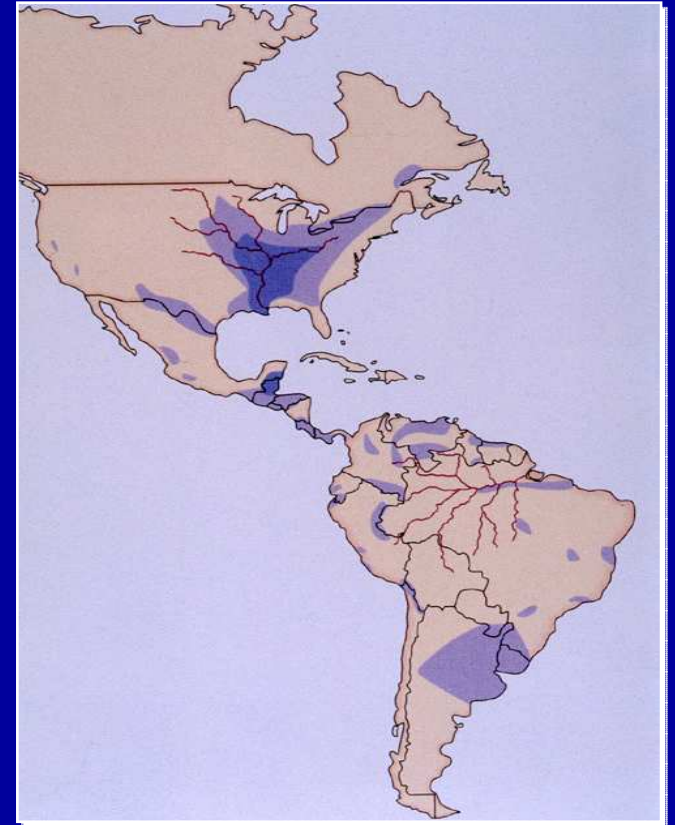
- **Prélèvements :**

- lavage broncho alvéolaire
- sang : couche leucocytaire par leucocytoconcentration (55% à 90% au cours du SIDA)
- moelle : ponction sternale ou biopsie (70 à 75%) frottis ou biopsies de lésions de muqueuse pharyngée
- autres biopsies : ganglionnaire, hépatique



Répartition d'*H. capsulatum*

- Nombreuses régions du monde sauf Antarctique
- **Endémique :**
Continent américain (vallée de l'Ohio et du Mississippi aux E.U) : 80% des sujets ont rencontré *H. capsulatum*
 - Amérique Latine
 - Haïti
 - Antilles
 - Guyane
- Également :
 - Afrique équatoriale
 - Afrique du Sud
 - Asie du Sud-Est



Physiopath. de l'histoplasmose à *H. capsulatum*

- Porte d'entrée : respiratoire
= inhalation de spores
- Risques :
 - travaux d'excavation ou de construction
 - tremblement de terre
 - spéléologues
 - agriculteurs
- Pas de transmission inter-humaine (sauf greffe)
- Prédominance masculine ; pas de prédominance ethnique
- Patients VIH⁺ :
 - déficit qualitatif des macrophages
corrélé au déficit quantitatif des CD4⁺
 - croissance + rapide des levures dans macroφ



Clinique de l'histoplasmosse disséminée à *H. capsulatum*

Principales données de l'étude française chez VIH⁺ (1984-1994) :

- 56 pts (44 hommes = 78,6%) ; 37 ± 7 ans, médiane CD4 = 20/mm³
- durée médiane en zone d'endémie = 17,5 ans (< 1 mois - 52 ans)
- délai médian après retour = 5 ans (< 1 mois - 27 ans)
- 51/56 = formes disséminées :
 - fièvre = 93%
 - symptômes respiratoires = 59%
 - peau = 48,2%
 - atteinte digestive = 21,4%
 - atteinte SNC = 14,3%
 - sepsis sévère = 14,3%

Lortholary et coll.

...la sérologie VIH faite chez M. X. devant cette histoplasmose disséminée étant positive ($CD4 = 20/mm^3$)

Quel traitement antifongique proposez-vous en première intention ?

- 1 - fluconazole
- 2 - amphotéricine B
- 3 - voriconazole
- 4 - amphotéricine B + flucytosine
- 5 - itraconazole

1 - fluconazole

2 - amphotéricine B

3 - voriconazole

4 - amphotéricine B + flucytosine

5 - itraconazole

Traitement d'attaque : *H.capsulatum* chez VIH⁺

Amphotéricine B (ou dérivé liposomal) :

- 80% de rémissions rapides (Wheat, 1990)
- Posologie : 1 mg/kg/j x 14j puis relais par itraconazole

Itraconazole :

- Réponses dans 84% des cas à 600 mg/j x 3j puis 400 mg/j x 3 mois (Wheat, 1992)
- Rapidité d'efficacité moindre qu'avec l'ampho. B
- Surveillance des taux sériques et des interférences médicamenteuses

Prophylaxie secondaire : *H.capsulatum* chez VIH+

Rechutes sans traitement = 35 à 80% (Wheat, 1990; Sarosi, 1992)

Itraconazole :

- Efficacité = 95% (200 mg \pm x 2/j) après induction par Ampho B
médiane de survie = 109 semaines (Wheat, 1993)
- Prophylaxie secondaire de choix (N Engl J Med, 1993)
possibilité d'interruption si CD4 > 150/mm³, 1 an
(Goldman, CID 2004)