

Cas clinique

Dr Abdelmalek
Collège du 8/5/2009

- Mme F. B âgée de 68 ans
- Diabète depuis 20 ans sous insuline
- Carcinome canalaire infiltrant du sein droit
- Mammectomie le 17/9/2007

Le 28/9/2007

- fièvre
- frissons
- œdème palpébral droit qui augmente progressivement
- Douleurs oculaires droites



Le 2/10/2007

- Consulte en ophtalmologie
- Cellulite orbitaire droite
- Œdème palpébral
- Chémosis
- Ophtalmoplégie

Examen

- Température 38,2°C
- Consciente, coopérante
- Cellulite de la face
- Plaie thoracique infectée
- OMI de type rénal
- GB: 17700/ μ l
- Urée/créatinine normales

Question n°1

- Quel est votre diagnostic?
 - Staphylococcie de la face
 - Cellulite de la face
 - Cellulite orbitaire
 - Autre

- Cellulite orbitaire à germe banal probablement staphylococcique
- Quelle est votre conduite à tenir?
- scanner cérébral et du massif facial: cellulite orbitaire sans extension endo-crânienne
- Céfotaxime + fosfomycine



Figura 2. Corte axial mostrando importante assimetria facial com aumento de partes moles junto à órbita esquerda com alguns pontos gasosos em permeio.

Evolution

- Cicatrisation thoracique à J14
- Persistance du même état local orbitaire
- Apparition d'une ulcération buccale noirâtre du palais
- Quelle est votre suspicion diagnostique?
- Quelle est votre conduite à tenir?

- Mucormycose naso-sinusienne
- Biopsie nasale: présence de filaments mycéliens à l'examen direct
- Fungizone 1,5 mg/kg/j le 17/10/2007
- Réhydratation, apport potassique
- Débridement chirurgical par voie latéro-nasale droite: lésions nécrotiques de la muqueuse nasale et ethmoïdale

Surveillance

- Température: apyrexie stable
- Aspect local:
 - amélioration progressive,
 - persistance d'une exophtalmie et de l'ophtalmoplégie: [doxycycline le 30/10/2007](#)
- Ionogramme: hypokaliémie persistante
- Urée, créatinine: aggravation progressive
- Conduite à tenir?

Décision

- Fungizone: 1 mg/kg 1j/2
- Apport potassique
- Anatomopathologie: mucormyose
- IRM de contrôle:
 - Comblement des cellules ethmoïdales,
 - Extension intra-orbitaire
 - Infiltration de la graisse rétro-conique

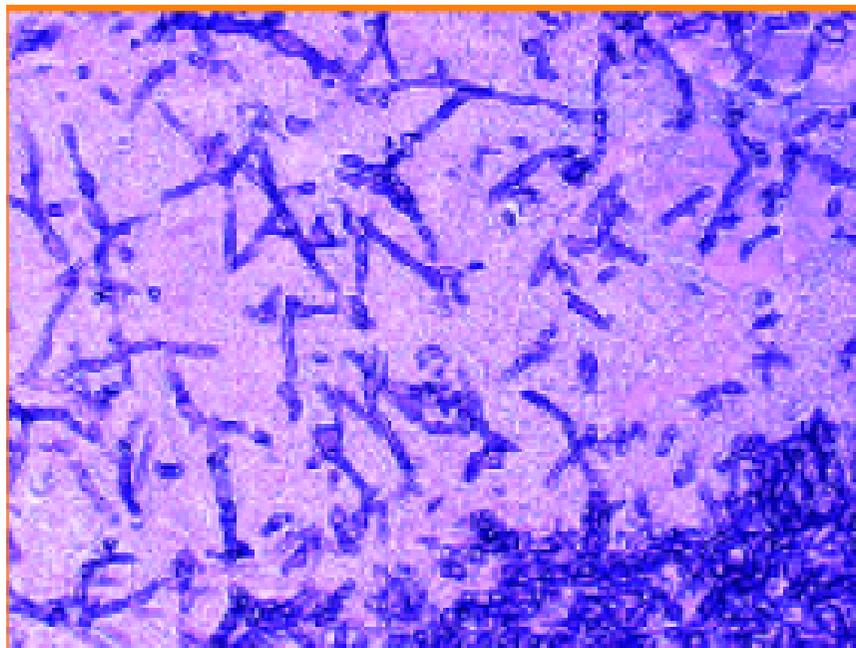
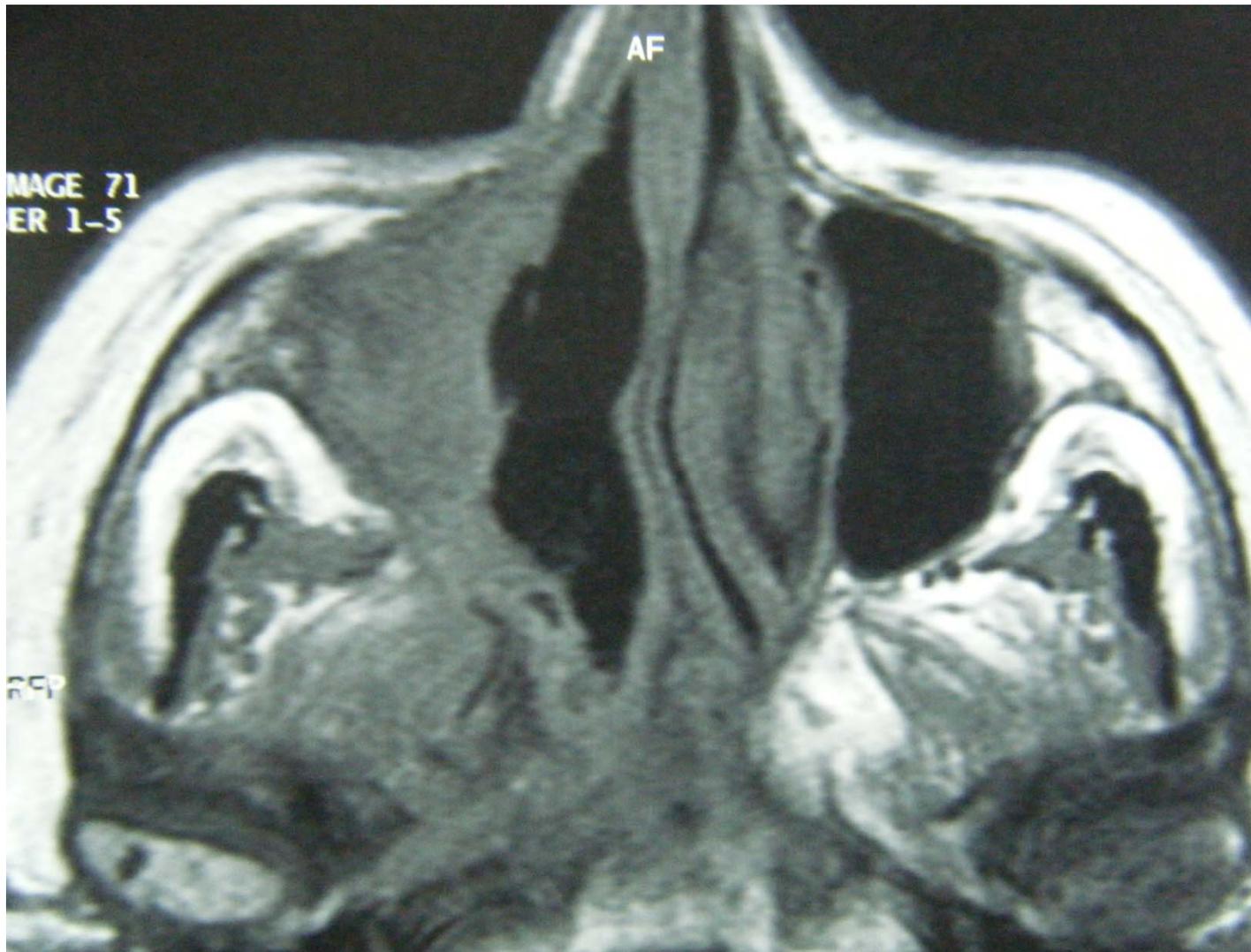
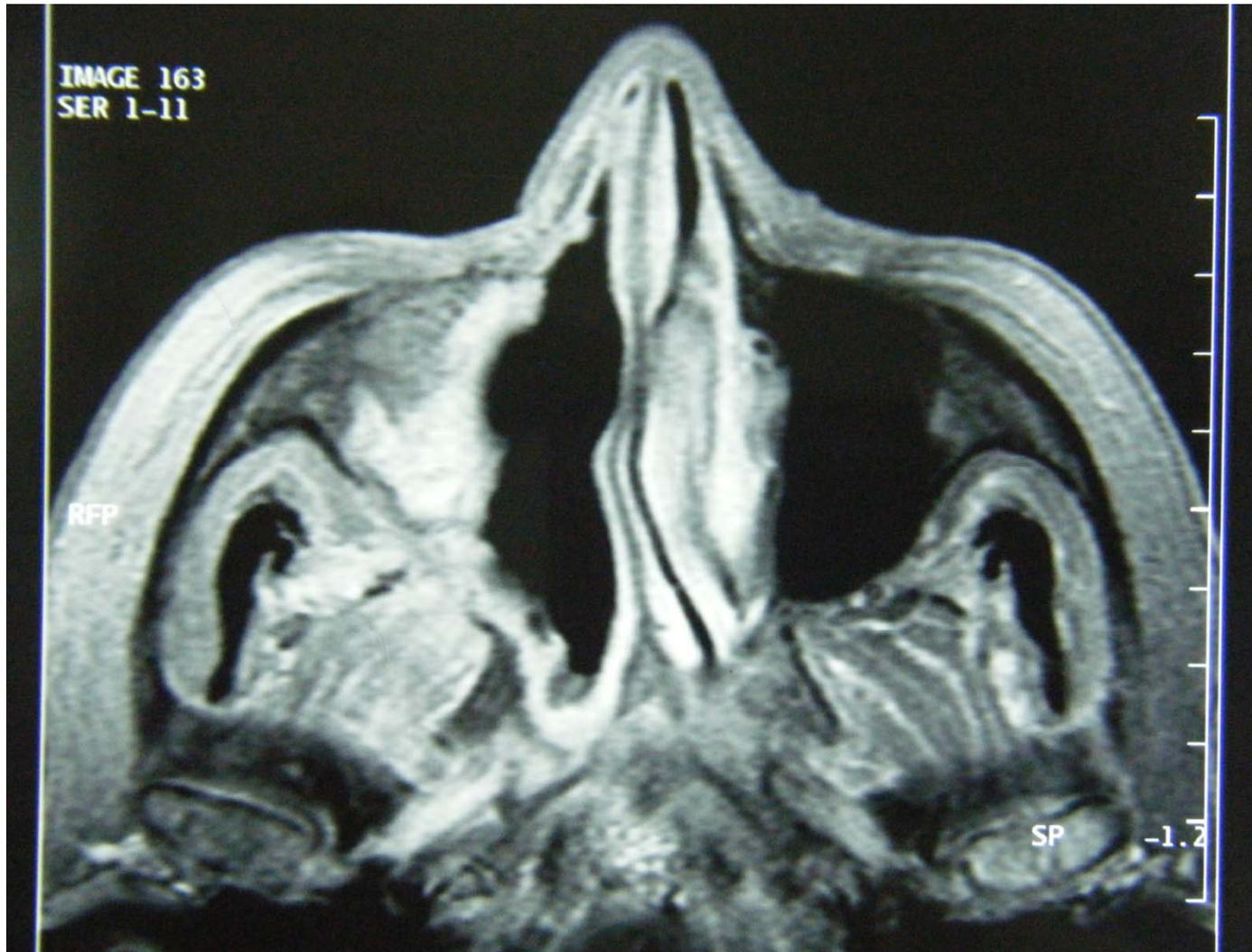
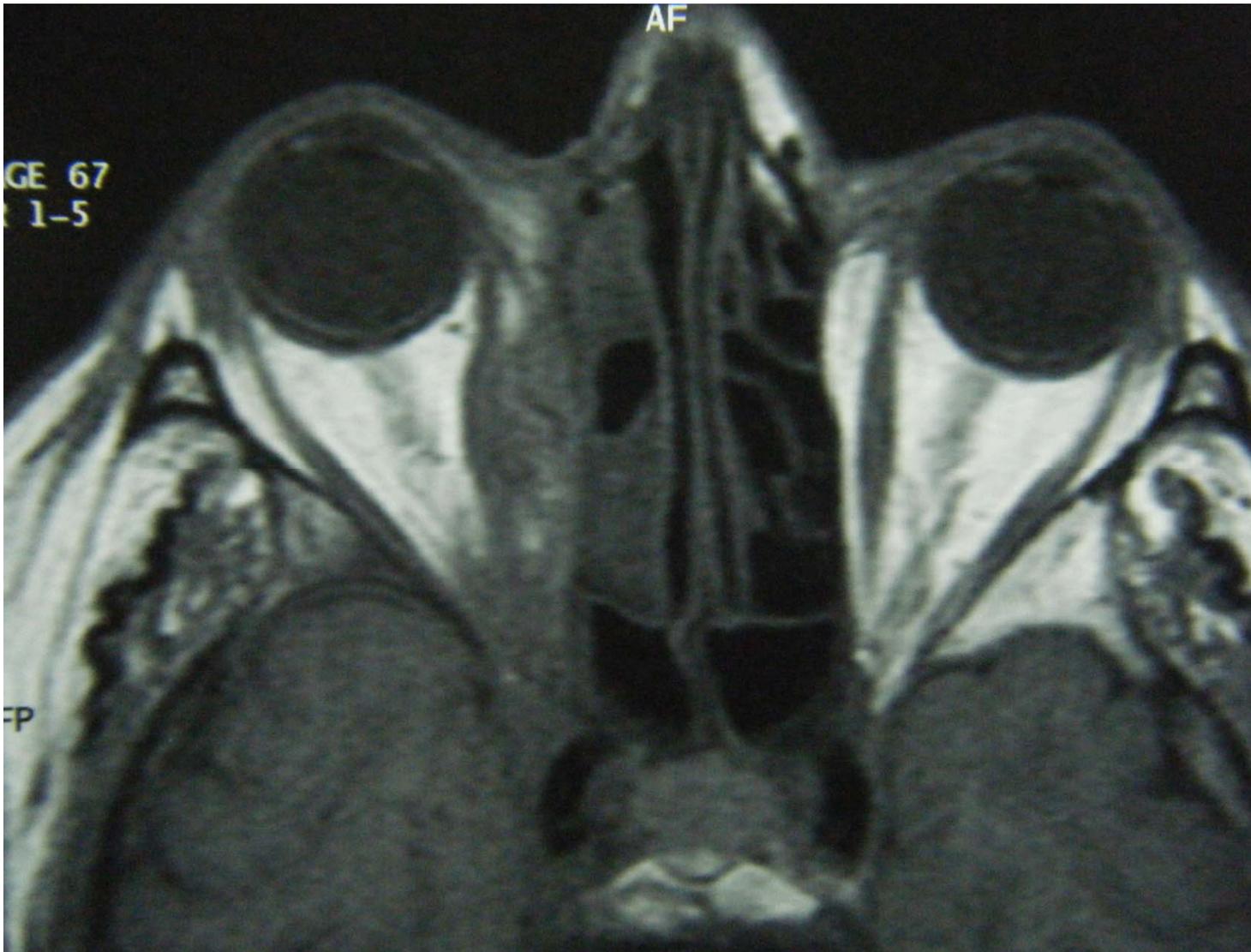


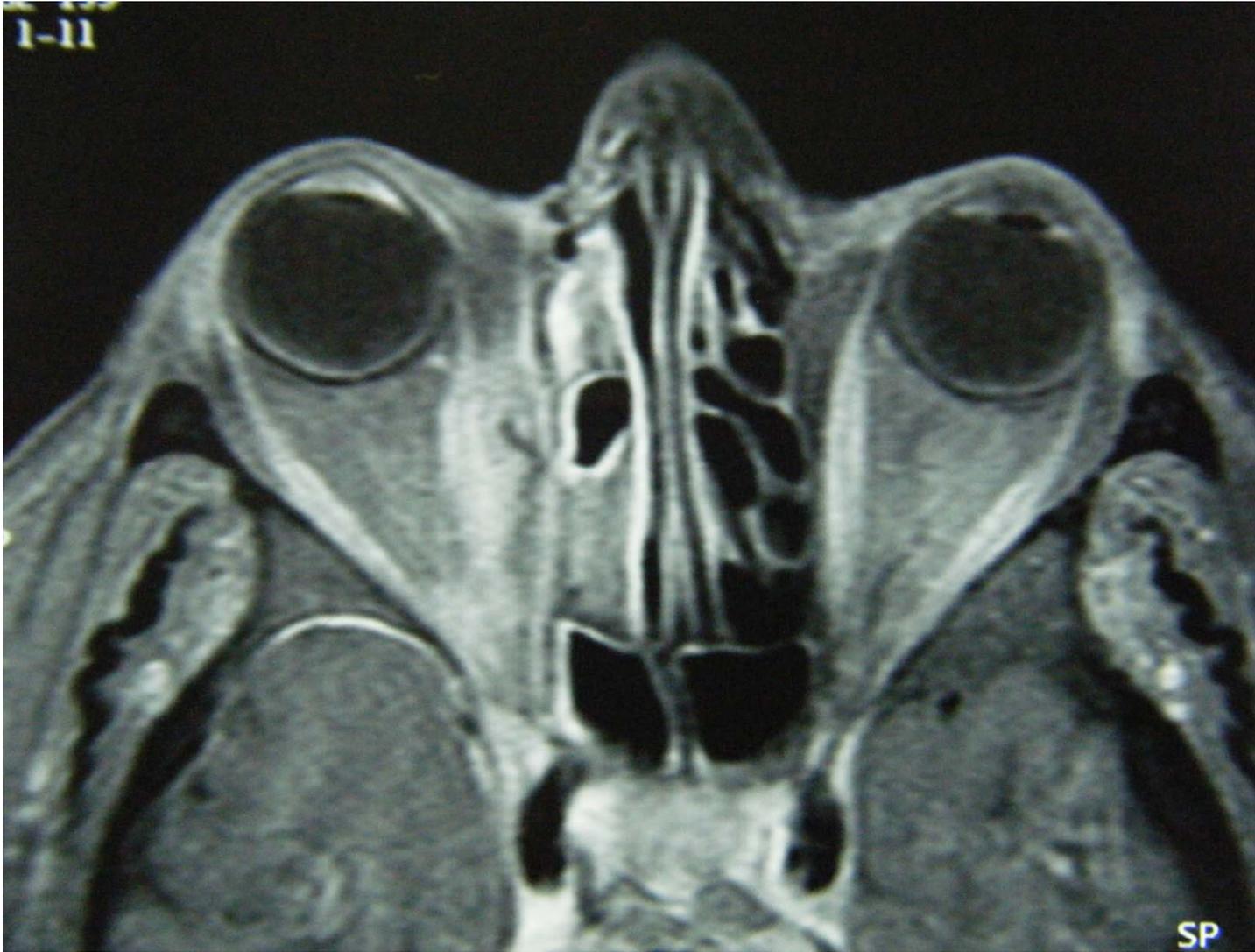
Fig. 2. Eléments mycéliens d'aspect polymorphe et de taille variable, s'embranchant souvent à 90° et dont les branches sont de calibre plus fin que l'hyphe parental.

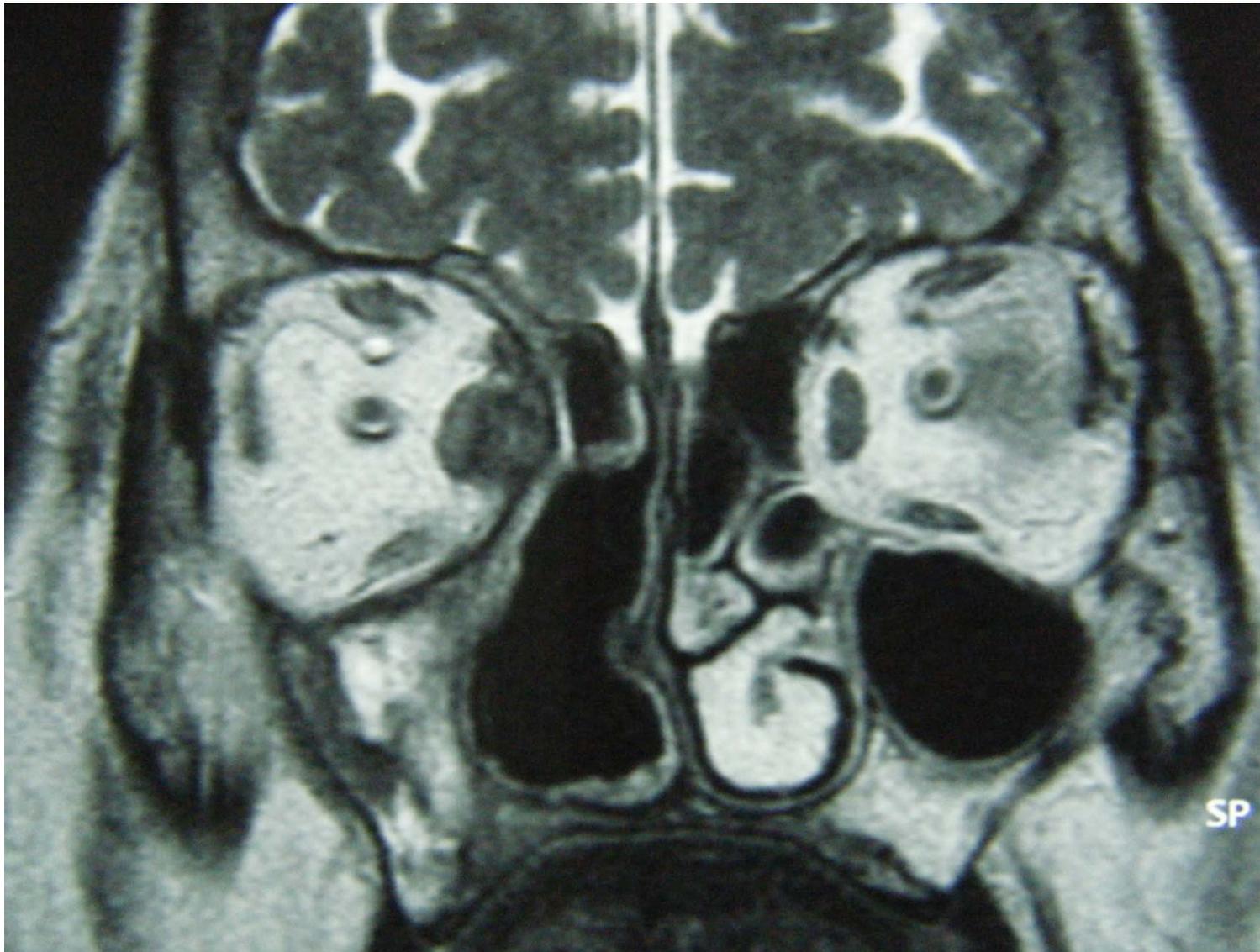
Cette image histologique est caractéristique d'une infection à zygomycètes.

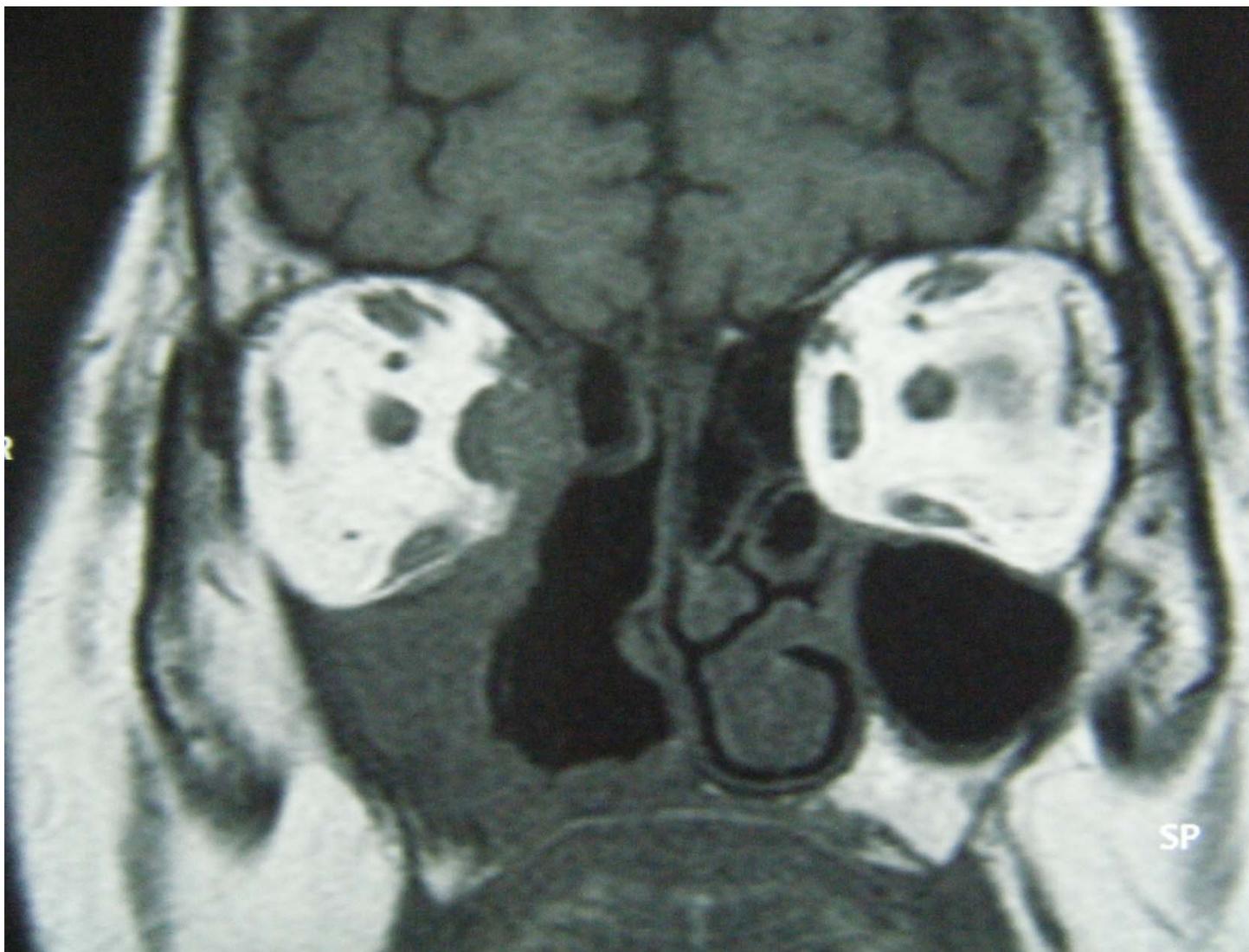














Quand arrêter amphoB, surveillance

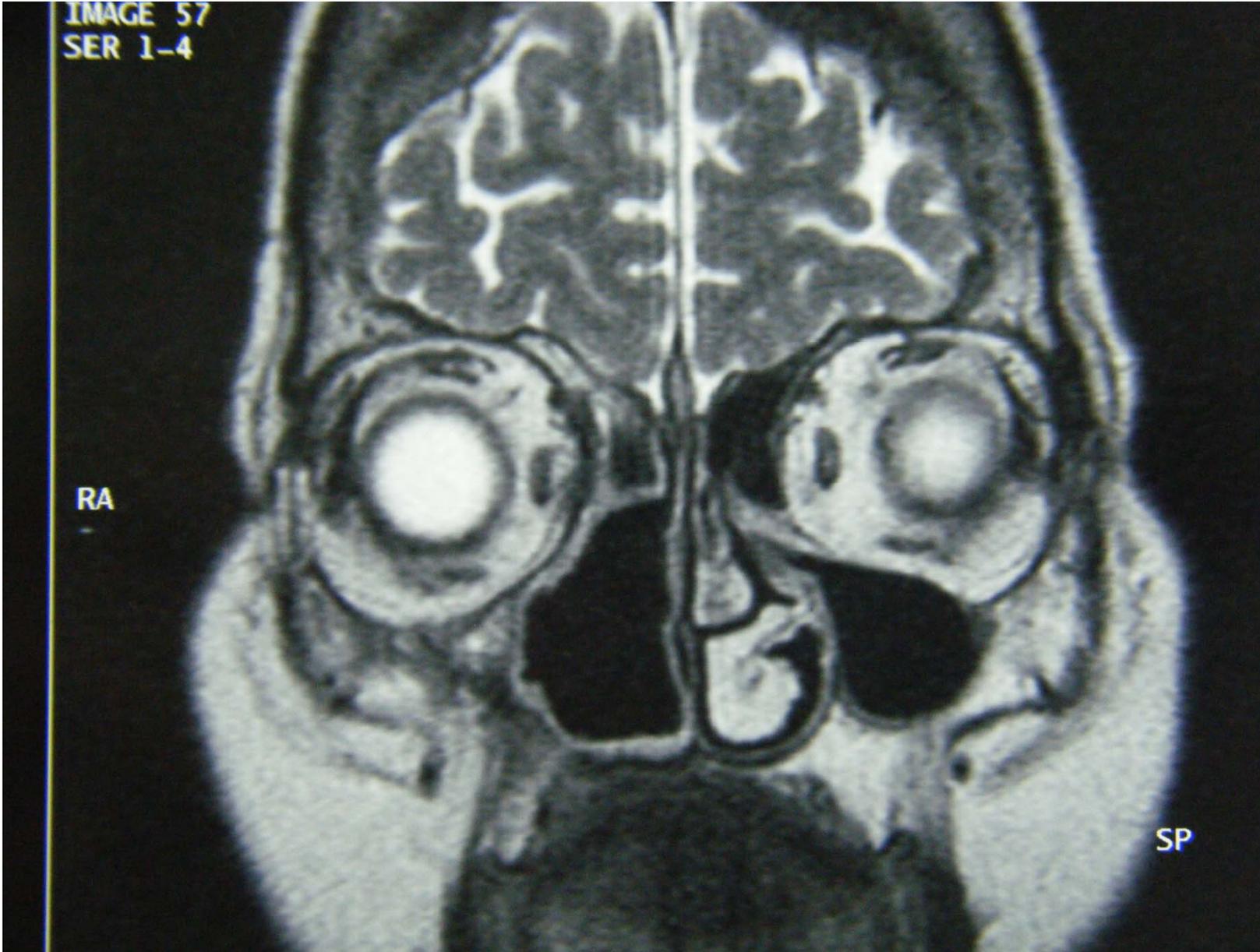
- Dose cumulée à l'arrêt le 22/2/2008: 5 g
- Surveillance clinique
- Le 29/5/2008: écoulement nasal purulent et fétide depuis Avril
- Consultation ORL:
 - Croûtes noirâtres de la fosse nasale droite
 - sécrétions purulentes: prélèvement mycologique

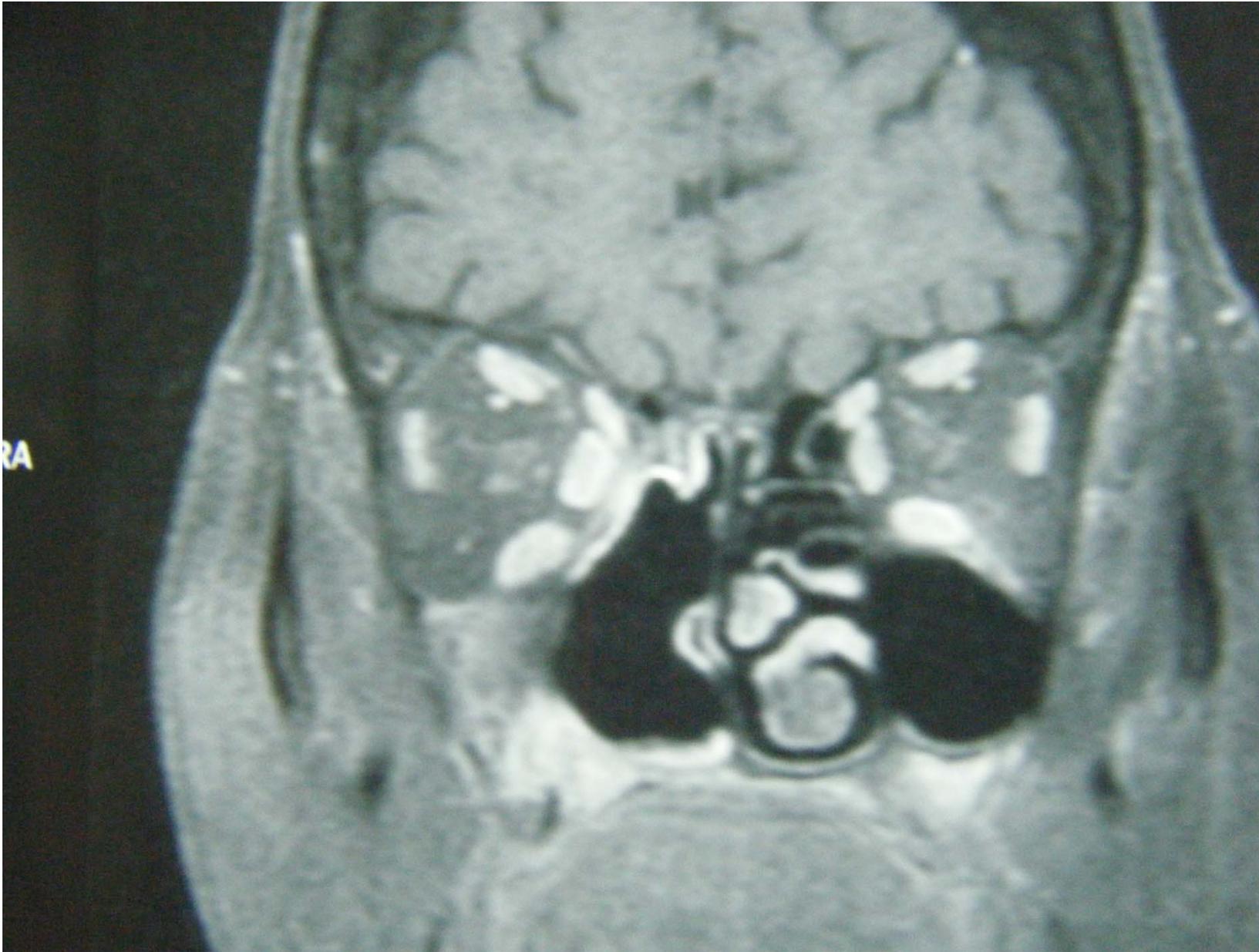
Suivi

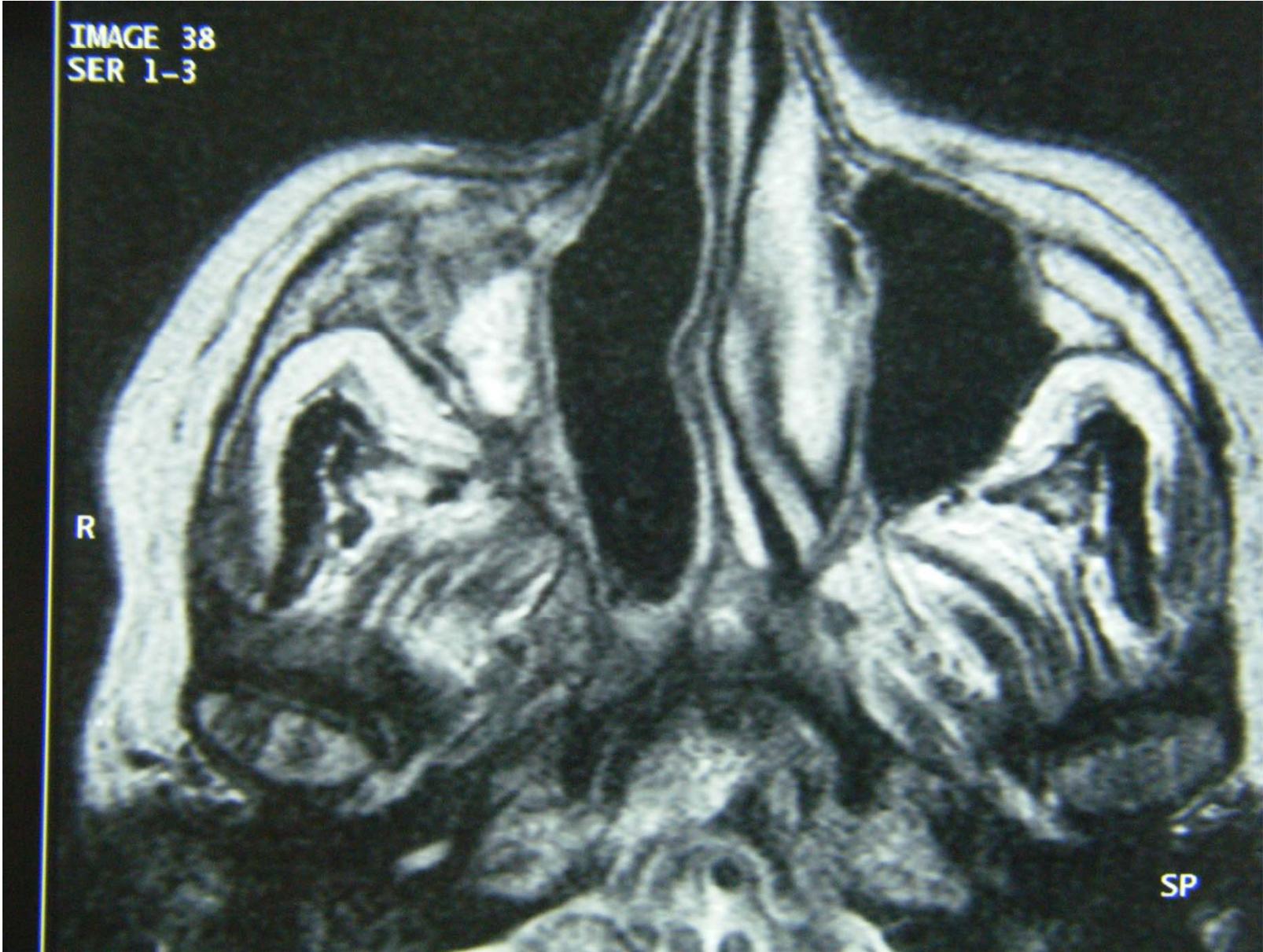
- Culture + à *Aspergillus flavus* le 28/7/2008
- Quel traitement démarrez vous sachant que la patiente présente plusieurs problèmes:
 - Elle a déjà reçu 5 g d'amphoB
 - La fonction rénale ne s'est pas normalisée
 - Le pool veineux est pauvre

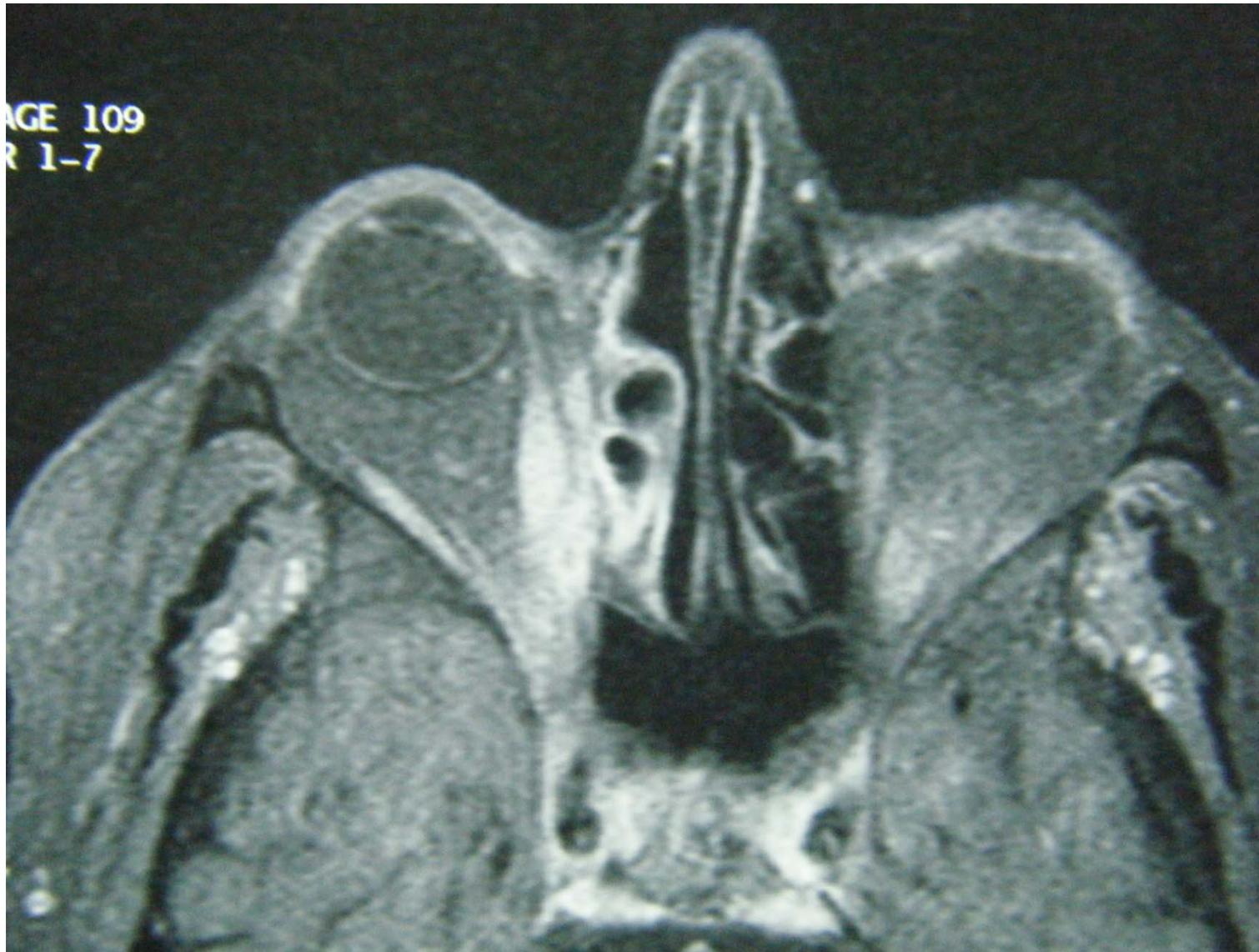
Voriconazole

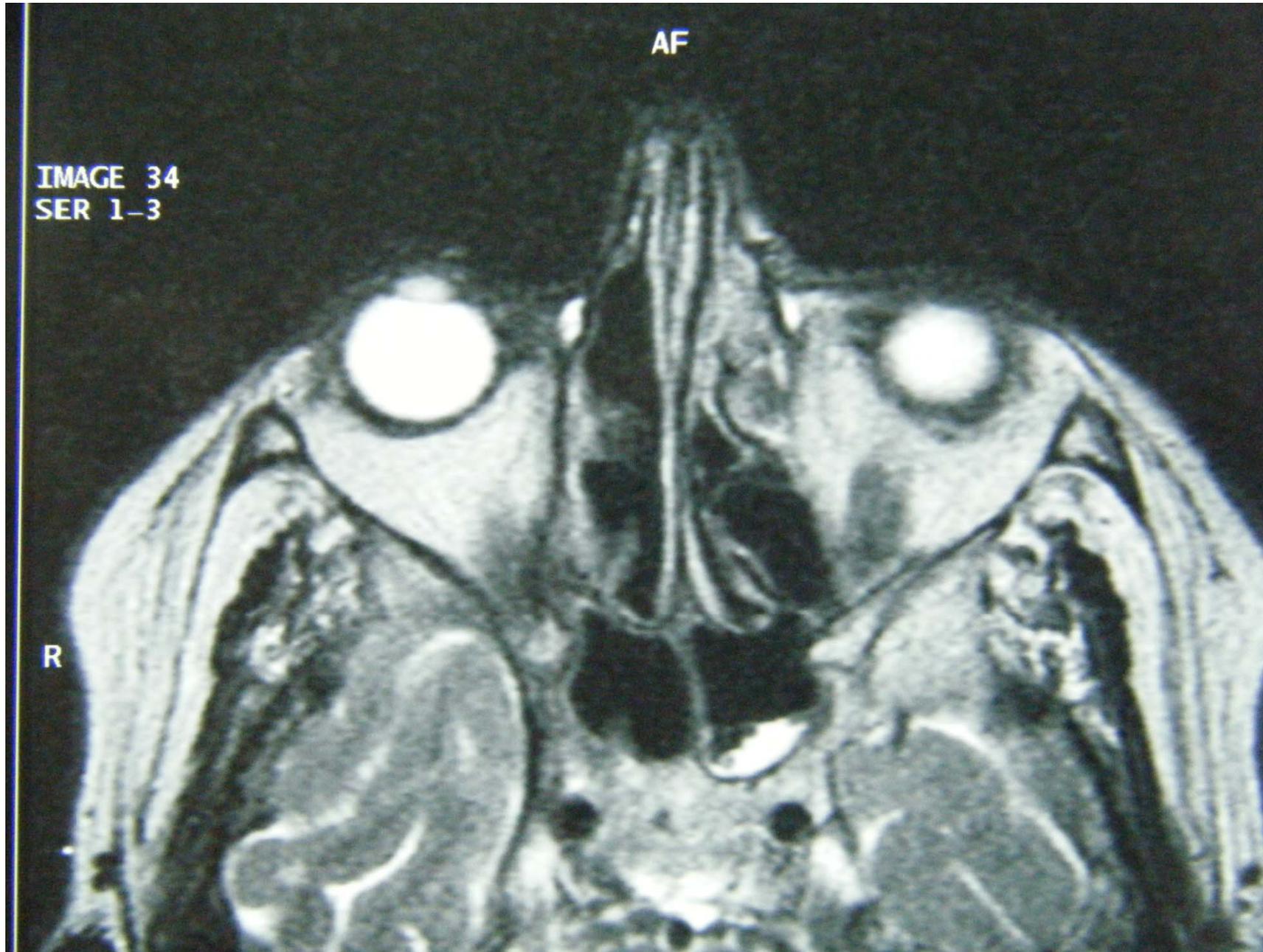
- 800 mg à J1
- 400 mg/j dès J2
- Surveillance hépatique: bonne tolérance
- IRM à 1 mois: régression des lésions
- Sortie le 11/9/2008











- Infection grave: zygomycose
- Atteinte sinusienne
- Extension base du crâne: fréquente
- Nécrose cutanée faciale et du palais
- Extension cérébrale hématogène: rare

- Confirmation:
 - Mycologique
 - anatomopathologique
- Traitement médico-chirurgical
- Amphotéricine B désoxycholate
- Association: rifampicine, doxycycline



