

Infections fongiques

Infections fongiques invasives			
	Candidose		Aspergillose
Pathogène	<i>C. albicans</i> , <i>C. glabrata</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. lusitanae</i>		<i>Aspergillus fumigatus</i>
Epidémiologie	- Candida représente 70-90% des mycoses invasives - FR : antibiothérapie, chimiothérapie (mucosite sévère), séjour soins intensifs >7j, hospitalisation >14j (cathéters, chir dig), cancer, transplantation (IS)		- Aspergillus représente 10-20% des mycoses invasives - FR : exposition aérienne (digestive rare) exogène, chimiothérapie, cancer, transplantation, immunosuppression
Clinique	Patient neutropénique - Colonisation du tube digestif, mucosite sévère → typhlite (entérocolite neutropénique) → dissémination (foie, rate, poumon, peau, rétine, rein, vertèbres, SNC), candidémie dans 1/4-1/3 des cas	Patient de soins intensifs - <u>Candidose intra-abdominale</u> : perforation, lâchage d'anastomose → candidémie rare - <u>Infection de cathéter</u> : thrombophlébite septique, endocardite, embolies septiques pulmonaires, candidémie typique	Patient toxicomane iv - Endocardite, thrombophlébite septique avec candidémie et dissémination secondaire (endophtalmite, spondylodiscite) - Aspergillose pulmonaire (3 formes, voir ci-dessous) - Sinusite - Entérocolite neurotroénique = typhlite à <i>Aspergillus</i> (rare)
Dx	- Mannane - Sérologie (anti-mannane) - β-D-glucane (<i>Candida</i> et <i>Aspergillus</i>) - PCR, lavage broncho-alvéolaire, radiologie (CT), culture		Galactomannane sanguin positif Galactomannane sanguin négatif
Traitement	- Prise en charge du foyer d'infection - Empirique : neutropénie fébrile chez patients sous ATB en agranulocytose depuis >10-14j - Préemptif : précoce et ciblé selon clinique (foyer, fièvre), radiologie (poumon, sinus, intestin) et marqueurs fongiques - Thérapie : hémocultures ou culture de tissus positives, infection prouvée - Prophylaxie : cancer (allogreffe hématopoïétique, cas compliqués de chimiothérapie pour leucémie aiguë) → posaconazole/voriconazole chirurgie/soins intensifs (perforations GI à répétition, lâchage d'anastomose digestive, Tx hépatique, prématurité) → fluconazole		
	Echinocandine (anidulafungine, caspofungine, micafungine) ou amph. B liposomale → si pat. instable/sous prophylaxie d'azole/neutropénie. Sinon fluconazole		Voriconazole ou amphotéricine B liposomale

Candidurie localisée FR : antibiotiques, sonde vésicale, diabète, obstruction urinaire.

- **Asymptomatique (95%)** → **traiter si intervention uro, pyurie sans sonde vésicale, neutropénie, Tx rénale, prématurité, diabète (?)** : **fluconazole** 7-14j.

- **Symptomatique (5%)** **fluconazole** 7-14j → si symptômes bas / 2-6s → si symptômes hauts + imagerie → obstruction ? chirurgie ? drainage ?

Autres infections fongiques					
	Cryptococcose	Mucormycose (zygomycose)			Histoplasmosse
Pathogène	<i>C. neoformans</i> , <i>C. gattii</i>				<i>Histoplasma capsulatum</i> (agent intracellulaire)
Epidémiologie	- Excréments de pigeons et d'autres oiseaux - Infection locale par inhalation puis dissémination hématogène - ER : IS (SIDA)	- Mortalité élevée 30-90% 5 formes: (1) rhinocérébral; (2) pulmonaire; (3) abdominal, pelvien, gastrique, gastro-intestinal; (4) primaire cutané; et (5) disséminée.			- Sol, excréments d'oiseaux, chauve-souris - Infection par inhalation, envahissement du poumon, dissémination hématogène - Endémique en Amérique du Nord, centrale et du Sud ainsi qu'en Afrique - Mortalité 5-30%
Clinique	Torpide, sur plusieurs semaines - Fièvre - Pneumonie - Lésions cutanées - Méningo-encéphalite avec atteinte basale (déficits des nerfs crâniens, hydrocéphalie, hypertension intracrânienne)	Patient diabétique - Sinusite, tuméfaction de l'orbite, chemosis, invasion de la base cérébrale → mucor	Patient neutropénique - Pneumonie - Infection disséminée	Complication chir./trauma	- Maladie <i>tuberculosis-like</i> : nécroses, granulomes (non-)caséux - Réactivation d'une primo-infection bénigne chez patient immunosupprimé (VIH, transplanté)
					Pneumonie aiguë - Avec ou sans cavitations, adénopathies médiastinales Infection disséminée - Dissémination hémotogène : lésions cutanées hépatospléniques, SNC, moelle osseuse
Dx	- Rx thorax : consolidation pulmonaire - CT scan : hydrocéphalie, oedèmes, abcès = cryptococcome - Ponction lombaire : P d'ouverture élevée, méningite lympho-monocytaire. Culture, antigène cryptococcique - Sérum : antigène cryptococcique (95% positif) - Hémocultures				- Rx thorax - CT scan thorax - LBA : culture - Ponction-biopsie de moelle - Sérologie - Détection d'Ag urinaire
Traitement	- Ttt initial : amphotéricine B liposomale + 5-fluorocytosine - Ttt au long cours : fluconazole pour les patients avec une immunosuppression persistante PL de décharge si HTIC	Amphotéricine B liposomale/posaconazole +/- excrèse du foyer			- Ttt initial : voriconazole ou amphotéricine B liposomale pdt 3-12m - Ttt au long cours pour les patients avec une immunosuppression persistante