

Toxoplasmose pulmonaire contemporaine d'une primo-infection toxoplasmique au cours du SIDA

Citation for published version (APA):

Pelloux, H., Brion, J. P., Leclercq, P. A., & Ambroise-Thomas, P. (1992). Toxoplasmose pulmonaire contemporaine d'une primo-infection toxoplasmique au cours du SIDA. *Presse Medicale*, 21(27), 1294-.

Document status and date:

Published: 01/01/1992

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of Record (includes final page, issue and volume numbers)

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

minales de contrôle ne montrent pas de récurrence tumorale, seule une hypertrophie surrénale bilatérale, sans syndrome tumoral patent, est mise en évidence. L'imagerie par résonance magnétique hypophysaire est normale. Le bilan endocrinien ne montre qu'un diabète de type II.

Les oncocytomes rénaux sont des tumeurs bénignes se développant à partir des cellules tubulaires proximales qui subiraient une métaplasie avec dégénérescence et accumulation de mitochondrie [2, 3]. Cette transformation oncocytaire est décrite dans un grand nombre de glandes. Le blastème rénal dérive du mésoderme mais aussi des crêtes neurales, ce qui explique la survenue de syndromes endocriniens paraneoplasiques dans certaines tumeurs rénales ou de tumeur carcinoïde rénale [1]. Cette observation souligne la nécessité des explorations morphologiques dans le suivi des malades ayant des antécédents familiaux de NEM1.

M. DUQUENNE*, G. WERYHA, J. LECLERE, T. DURIEZ, O. SCHNEEGANS.

* Service de Médecine E, clinique médicale et endocrinologique, Hôpitaux de Brabois, CHU de Nancy, rue du Morvan, F 54511 Vandœuvre-les-Nancy Cedex.

1. Beckwith K.G. : Wilm's tumor and other renal tumors of childhood. A selective review from the national Wilm's tumor study pathology center. *Hum Pathol.*, 1983, 14, 481-492.
2. Cotton D.W. : Oncocytomas. *Histopathology*, 1990, 16, 507-509.
3. Hamdan M., Wagner J. : Oncocytome du rein. A propos d'un cas et revue de la littérature. *J. Urol.*, 1991, 97, 237-240.

Toxoplasmose pulmonaire contemporaine d'une primo-infection toxoplasmique au cours du SIDA

La localisation la plus fréquente de la toxoplasmose au cours du SIDA est cérébrale. Il est admis qu'elle correspond, sauf cas rarissimes [2], à la réactivation due à l'immunodépression d'une infection latente. Cependant, la fréquence des localisations pulmonaires de *Toxoplasma gondii* ne doit pas être sous-estimée [1], même chez des malades séronégatifs à l'égard de ce protozoaire. Nous rapportons le cas d'un malade sidéen ayant eu une toxoplasmose pulmonaire prouvée au cours d'une primo-infection sans IgM spécifiques.

Un homme de 27 ans, séropositif pour VIH1 depuis 1988, a, en janvier 1990, une pneumopathie fébrile unilatérale. Les CD4+ sont à 20/mm³. Les sérologies toxoplasmiques réalisées en 1989 et le 2 janvier 1990 (avant la pneumopathie) sont clairement négatives (IgG en immunofluorescence et en ELISA, IgM en IFI, ISAGA et ELISA). Les diagnostics de pneumocystose et d'infection à Cytomégalovirus ne sont pas retenus. Par contre, *T. gondii* est mis en évidence sur les cultures cellulaires des crachats et des liquides de lavages broncho-alvéolaires du 23 et du 29 janvier, prouvant l'origine toxoplasmique de la pneumopathie. Parallèlement, les sérologies du 22 et du 24 janvier sont positives en IgG (ELISA > 300 Unités, IFI 80 UI/ml) mais sans IgM. La recherche de toxoplasme dans le sang n'a pas été effectuée. Sous traitement par pyriméthamine et sulfadiazine (respectivement 100 mg et 3 g par jour pendant 3 semaines), l'évolution de la pneumopathie est rapidement favorable. Contrôlée en mars 1990, la sérologie est à 300 U (ELISA IgG) et 160 UI/ml (IFI IgG). Le malade décède d'une toxoplasmose cérébrale en juillet 1990, sans que *T. gondii* ait été isolé dans le liquide céphalo-rachidien. La sérologie est alors identique en ELISA et en IFI 320 UI/ml.

Ce cas illustre, comme celui rapporté dans ces colonnes par

Raffi et coll. [2], une atteinte toxoplasmique clinique contemporaine d'une primo-infection chez un malade atteint de SIDA. La toxoplasmose cérébrale, 6 mois plus tard, a pu être due soit à la réactivation de kystes latents, soit à une 2^e localisation à révélation tardive de la primo-infection. Aucun argument clinique ou biologique ne permet de trancher. Sur le plan sérologique, il est intéressant de noter la rapidité de l'ascension des taux d'IgG (300 U ELISA en moins de 20 jours) qui est inhabituelle chez les non-immunodéprimés ; de même, l'absence totale d'IgM spécifique doit être soulignée chez ce malade et, si aucune sérologie n'avait été réalisée avant le 22 janvier, il aurait été impossible d'évoquer une séroconversion récente.

Une primo-infection toxoplasmique peut donc survenir chez un sidéen sous une forme clinique peu fréquente, grave et avec un profil sérologique impossible à interpréter en l'absence d'un suivi régulier. Il est donc nécessaire d'effectuer une sérologie et une recherche de toxoplasmes (sang, lavage broncho-alvéolaire, biopsies...) chez tout sidéen ayant des signes cliniques compatibles avec une toxoplasmose, même si les sérologies toxoplasmiques étaient jusque là négatives.

H. PELLOUX*, J.P. BRION**, P. LECLERCQ**, P. AMBROISE-THOMAS*

* Laboratoire de Parasitologie,

** Service de Médecine interne, Maladies infectieuses et immunodéprimés, Hôpital A. Michallon, F 38000 Grenoble.

1. Derouin F., Sarfati C., Beauvais B., Garin Y.J.F., Larivière M. : Prevalence of pulmonary toxoplasmosis in HIV-infected patients. *AIDS*, 1990, 4, 1036.
2. Raffi F., Tiab M., Morin O., Derouin F. : Toxoplasmose cérébrale contemporaine d'une primo-infection toxoplasmique au cours du SIDA. *Presse Méd.*, 1992, 21, 584-585.

Hématome du foie d'évolution spontanément favorable après un massage cardiaque externe

Les complications intra-abdominales du massage cardiaque externe sont graves et souvent de découverte autopsique. Nous rapportons l'observation d'un hématome du foie dont l'évolution a été spontanément favorable.

Un homme de 68 ans, cholécystectomisé, hémodialysé depuis 2 ans, eut, au cours d'une séance d'hémodialyse, un arrêt cardiaque traité avec succès par massage cardiaque externe. L'évolution fut marquée, 48 heures plus tard, par l'apparition de douleurs de l'épigastre, d'une baisse de 2 g/100 ml de l'hémoglobine. Le pouls et la pression artérielle étaient normaux et stables. L'échographie abdominale mit en évidence dans le lobe gauche du foie, une image hétérogène de 13 cm sur 8 cm, à contours bien limités. Le contrôle échographique effectué au 4^e jour retrouva cette image, de même taille, mais notait une modification du contenu avec apparition de cloisons et de zones anéchogènes. Ces aspects faisaient évoquer le diagnostic d'hématome intra-hépatique confirmé par la ponction échoguidée qui permit l'aspiration de sang noir avec caillots. La radiographie du thorax montrait qu'il n'existait pas de lésions pleuro-pulmonaires ni de fracture de côte. Aucun geste chirurgical ne fut effectué. La surveillance échographique permit de montrer à 6 mois la disparition de l'hématome.

La contusion du foie en cas de massage cardiaque externe est présente dans 2 à 10 p. 100 des cas [2, 3]. Certains facteurs favorisants ont été notés : traitement anticoagulant, maladie