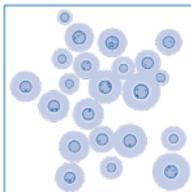


Score EQUAL pour la Cryptococcose 2018 : un score de la Confédération Européenne de Mycologie Médicale (ECMM) score dérivé des guides actuels d'évaluation de la QUALité de la prise en charge médicale de la cryptococcose



Andrej Spec^{1*}, Carlos Mejia-Chew¹, William G Powderly¹, Philipp Koehler², Oliver A Cornely², K Diongue³

¹ Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, United States of America. ² University of Cologne, Faculty of Medicine, Department I of Internal Medicine; Cologne Excellence Cluster on Cellular Stress Responses in Aging-Associated Diseases (CECAD); Clinical Trials Centre Cologne (ZKS Köln), Cologne, Germany,

³ Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Senegal. DOI: 10.4126/FRL01-006440424

Introduction

Le Score EQUAL pour la Cryptococcose évalue et réunit les conditions pour une prise en charge idéale de l'infection cryptococcique. Les Scores EQUAL reflètent les plus fortes recommandations émanant des guides actuels. Les cartes Score constituent une référence à portée de main pour évaluer le respect des lignes directrices et pour favoriser le bon usage des antifongiques.

		Infection modérée, non méningée, ou localisée			Infection modérément sévère - sévère, méningée ou disséminée		
		Score maximal	Diagnostic	Traitement	Score maximal	Diagnostic	Traitement
Diagnostic		6			13	-4	-9
Prise en charge	Antifongique	3	-3	-2	9		-5
	Immuno-modulation			-5			
	consultation ID	2					-7
	Suivi			-1	2		-5
Total		11	8	0	24	20	0

Commentaires

1. Les individus infectés par le VIH avec un taux de CD4 ≤ 100 μL , vivant dans des zones à forte prévalence de l'antigénémie cryptococcique (c'est-à-dire $> 3\%$), doivent être dépistés à l'antigénémie cryptococcique (AgCr) avant l'initiation ou la réinitiation d'un TARV, quelles que soient les manifestations cliniques.
2. Tous les patients avec une infection disséminée, ou avec une immunodépression sous-jacente et une hémoculture, une antigénémie cryptococcique (AgCr), ou une biopsie tissulaire, positive devraient bénéficier d'une ponction lombaire (PL), même s'ils sont asymptomatiques.
3. Une semaine de traitement avec l'AmB plus la 5-FC est acceptable si aucune meilleure alternative n'est disponible.
4. Les patients non transplantés, non infectés par le VIH et les femmes enceintes peuvent nécessiter au moins 4 semaines de traitement d'induction.
5. 6 semaines de traitement d'induction en présence de cryptococcemes, de complications neurologiques (exemple une détérioration, un coma persistant ou des convulsions), d'immunodépression sévère non corrigée ou culture fongique positive du LCR à la fin des 2 semaines de traitement.
6. En cas d'hypertension intracrânienne ≥ 25 cmH₂O, diminuer jusqu'à ≤ 20 cmH₂O ou réduire la pression d'ouverture de 50%. Un drainage lombaire thérapeutique devra être répété quotidiennement en cas d'apparition de symptômes cliniques et d'hypertensions persistantes ≥ 25 cm de LCR jusqu'à stabilisation d'une durée > 2 jours. Il n'y a pas de données sur le volume maximal de LCR qui peut être drainé en toute sécurité pendant la PL.

Références

1. Spec A, Mejia-Chew C, Powderly WG, Cornely OA. EQUAL Cryptococcus Score 2018: A European Confederation of Medical Mycology Score Derived From Current Guidelines to Measure QUALity of Clinical Cryptococcosis Management. *Open Forum Infect Dis.* 2018; 5(11): ofy299.



Score EQUAL pour la Cryptococcose 2018

Diagnostic

Hémoculture fongique 3

Antigénémie cryptococcique (AgCr) 3

Exploration d'autres sites basée sur la symptomatologie clinique -1

- Tissu/ culture de liquide biologique non obtenu au cours d'une biopsie -1
- Histologie avec coloration fongique non obtenue au cours d'une biopsie -1

Immunodéprimé ou symptômes du SNC 3

- PL + pression d'ouverture 2
- Culture fongique du LCR 2
- Titrage de l'AgCr dans le LCR 1
- Coloration à l'encre de Chine du LCR, si AgCr négatif dans le LCR -1
- Scanner cérébral ou IRM pas avant une PL, si symptômes neurologiques focaux ou immunodépression -1

Traitement

Infection modérée, non méningée, ou localisée

Symptômes pulmonaires -1

- Si bronchoscopie faite, pas besoin d'une culture fongique de LBA/biopsie

- 1^{ère} ligne : Fluconazole pour 6-12 mois 3
- 2^{ème} ligne : Autre azolé pour 6-12 mois 2
- N'importe quel azolé pour <6 mois 1

Treatment

Infection modérément sévère - sévère, méningée ou disséminée

1. Induction 3

- AmB lip. + 5-FC pour ≥2 semaines Ou 2
- AmB Des. + 5-FC pour ≥2 semaines Ou 2
- AmB lip. pour 4-6 semaines Ou 2
- AmB Lip. + fluconazole pour 2 semaines Ou 2
- Fluconazole +/- 5-FC pour 6 semaines 1

2. Consolidation 3

- Fluconazole pour ≥8 semaines Ou 1
- Autre azolé pour 10-12 semaines

3. Entretien 3

- Fluconazole pour ≥12 mois Ou 1
- Itraconazole pour ≥12 mois Ou 1
- AmB Des. 1mg/kg IV par semaine 1
- Pas de pharmacovigilance si l'itraconazole est utilisé -1

Gestion de l'HTIC (Infection du SNC)

- Pas de PL de décompression Ou drainage lombaire ou ventriculostomie Ou shunt VP pour maintenir la pression du LCR <20 cmH₂O -3

- Corticostéroïdes si pas d'œdème parenchymateux -2

- Acétazolamide -1

- Mannitol -1

Traitement

ID consult 2

Immunomodulation

Immunocompétent -2

- Test VIH non fait -1
- Historique/molécules immunosuppressives non vérifiées

Receveur de greffe -1

- Pas de diminution nette de l'immunosuppression

Patient vivant avec le VIH -3

- TARV débuté dans les 2 semaines ou non débuté 4 mois après diagnostic

Antifongiques arrêtés si SIRI -2

Follow-up

- Répéter l'antigénémie cryptococcique (AgCr) pour suivre la réponse -1

- Si infection du SNC : Ne pas répéter la culture du LCR dans les 14 jours -1

- Si infection du SNC : Répéter l'AgCr dans le LCR pour suivre la réponse -2

- Si VIH positif, ne pas arrêter le fluconazole dans la 1^{ère} année de traitement avec CD4 ≥100 cellules/μL -1