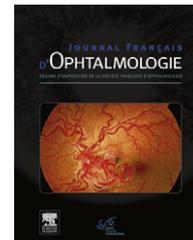




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

## Efficacité de l'amphotéricine B liposomale dans le traitement d'une kératite à *Fusarium solani* résistante

Successful treatment of resistant *Fusarium solani* keratitis with liposomal amphotericin B

G. Touvron<sup>a,\*</sup>, D. Denis<sup>a</sup>, M. Doat<sup>b</sup>, A. Girard<sup>b</sup>,  
M.-L. Brandely<sup>c</sup>, F. Chast<sup>c</sup>, G. Renard<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service d'ophtalmologie, CHU Marseille, Hôpital Nord, Marseille, France

<sup>b</sup> Service d'ophtalmologie, CHU Paris, Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris, France

<sup>c</sup> Pharmacie, Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris, France

Reçu le 9 avril 2009 ; accepté le 15 septembre 2009

### MOTS CLÉS

Kératite ;  
*Fusarium* ;  
Voriconazole ;  
Amphotéricine B ;  
Amphotéricine B  
liposomale

### Résumé

**Introduction.** – Le pronostic de la kératite à *Fusarium* est souvent trop sombre. Le but est d'apporter une démarche thérapeutique.

**Observation.** – Nous rapportons le cas d'un homme porteur de lentilles souples ayant présenté une kératite à *Fusarium solani*. Le traitement par amphotéricine B collyre et voriconazole intraveineux a permis une amélioration. Il y a eu une rechute à l'instauration des corticoïdes avec aggravation et effraction de chambre antérieure malgré l'arrêt des corticoïdes et la reprise du traitement initial. La guérison a été obtenue sans chirurgie avec voriconazole collyre, amphotéricine B liposomale collyre, natamycine collyre, voriconazole intraveineux et amphotéricine B liposomale intraveineuse.

**Conclusion.** – La prise en charge rapide et l'apparition de nouvelles molécules devraient changer les résultats à venir. Le voriconazole associant voies locale et générale est intéressant pour une concentration minimale inhibitrice autour de 2 µg/ml. L'amphotéricine B liposomale semble être la molécule la plus sûre pour tous les stades. Le posaconazole représente une alternative à explorer.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant. Service d'ophtalmologie, Hôpital Nord, Chemin Bourrely, 13015 Marseille, France.  
Adresse e-mail : gwen.touvron@hotmail.com (G. Touvron).

**KEYWORDS**

Keratitis;  
*Fusarium*;  
 Voriconazole;  
 Amphotericin B;  
 Liposomal  
 amphotericin B

**Summary**

**Introduction.** — The prognosis for *Fusarium* keratitis is poor. Effective drugs to treat this infection are therefore needed.

**Case report.** — A patient presented *Fusarium solani* keratitis. The infection regressed with topical amphotericin B and intravenous voriconazole. Topical steroids were introduced. There was reactivation and extension of the infection, invading the anterior chamber. Steroids were discontinued and the antifungal treatment was restarted but there was continued deterioration. Recovery was achieved without surgery, with topical voriconazole, topical liposomal amphotericin B, topical natamycin, intravenous liposomal amphotericin B, and intravenous voriconazole.

**Conclusion.** — Combined orally and topically administered voriconazole is a promising therapy when the minimum inhibitory concentration is approximately 2 µg/ml. Liposomal amphotericin B seems to be the most effective drug for the different infection stages. Posaconazole is a useful alternative but further investigations must be pursued.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

**Introduction**

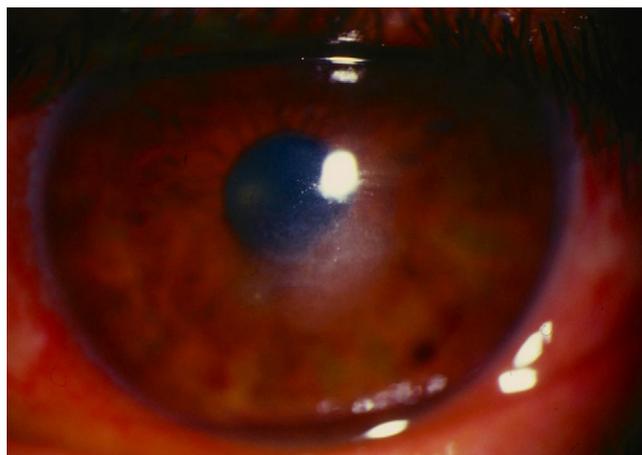
Les kératites à *Fusarium* surviennent principalement dans les pays tropicaux et subtropicaux, en général à la suite d'un traumatisme végétal [1–3]. Cependant, entre 2005 et 2006, une épidémie de kératites à *Fusarium* chez des patients porteurs de lentilles souples hydrophiles est apparue dans différents pays du globe, touchant non seulement des pays en zone tropicale (Hong-Kong [4], la Martinique [5] et Singapour [6]), mais également des pays à climat tempéré comme les États-Unis [7,8], la Suisse [9] et la France [10]. L'épidémie de kératites à *Fusarium* semble avoir été en rapport avec un produit d'entretien pour lentilles commercialisé par Bausch & Lomb (Renu MoistureLoc®). Il n'y aurait pas eu de contamination ni d'erreur de stérilisation du produit, mais certains éléments de la formule comme l'hydroxyéthylcellulose du polyquaternium [11], servant à augmenter le confort du patient, auraient pu augmenter le risque relatif d'infections provoquées par le *Fusarium* dans des circonstances particulières, notamment en cas de manque d'hygiène.

Cette épidémie nous a fait prendre conscience des difficultés à gérer cette pathologie aussi bien sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique. Le diagnostic clinique qui repose sur un faisceau d'arguments est souvent difficile à établir et les examens microbiologiques ne sont pas toujours contributifs. Ceci conduit malheureusement souvent à un diagnostic tardif et l'infection est prise en charge à un stade avancé. Les différents antifongiques sont alors souvent dépassés et l'ophtalmologue a recours à la chirurgie réalisée en urgence avec toutes les complications que cela entraîne [12,13]. Le pronostic est alors assez sombre.

Le cas clinique présenté dans cet article met en évidence l'efficacité d'une molécule récente, l'amphotéricine B liposomale, utilisée par voie topique et par voie intraveineuse dans le traitement d'une kératite à *Fusarium solani* résistante. Ceci n'a encore jamais été rapporté dans la littérature.

**Observation**

Un homme, âgé de 62 ans, porteur de lentilles souples bimensuelles depuis 4 ans, se présenta en urgence pour des douleurs de l'œil droit évoluant depuis une semaine. Il utilisait Renu MoistureLoc® comme produit d'entretien pour



**Figure 1.** Kératite à *Fusarium* en cours de cicatrisation lors de la première prise en charge.

ses lentilles. Il n'y avait pas de notion de traumatisme cornéen. À l'examen, il présentait une acuité visuelle limitée à « compte les doigts » (œil amblyope ne voyant habituellement que 3/10<sup>e</sup>), un abcès paracentral de 1,7 mm x 1,8 mm de diamètre prenant la fluorescéine, des plis descémétiques centraux, un œdème cornéen, une hypoesthésie cornéenne et un hypopion.

Des prélèvements cornéens furent réalisés et le patient fut hospitalisé pour débuter un traitement antibiotique intraveineux (Tienam® + Oflozet®) et local par des collyres renforcés horaires (Ticarcilline® + Amikacine® + Vancomycine®).

Deux jours après le début de l'hospitalisation, le germe était identifié. Il s'agissait d'un *Fusarium* qui fut alors traité par amphotéricine B collyre et voriconazole intraveineux. L'état cornéen s'améliora progressivement (Fig. 1) et le patient retourna à son domicile. Un suivi rapproché fut alors effectué.

Dix jours après la sortie de l'hospitalisation, l'acuité visuelle était à 2/10<sup>e</sup>, la cornée était claire avec une cicatrice stromale, le test à la fluorescéine était négatif, le segment antérieur était calme. Un traitement par corticoïdes locaux a alors été instauré (Vexol® x 3 par jour).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4024788>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4024788>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)