



**HAL**  
open science

## Infection pulmonaire invasive à *Trichoderma longibrachiatum*, à propos d'un cas

T Verrier, B Gonssaud, Marc Sautour, S Valot, I Lafon, C Legouge, Ml Chretien, Frédéric Dalle, D. Caillot

### ► To cite this version:

T Verrier, B Gonssaud, Marc Sautour, S Valot, I Lafon, et al.. Infection pulmonaire invasive à *Trichoderma longibrachiatum*, à propos d'un cas. Congrès de la Société Française de Mycologie Médicale, Société Française de Mycologie Médicale (SFMM). FRA., May 2015, Bordeaux, France. 71 p. hal-02744373

**HAL Id: hal-02744373**

**<https://hal.inrae.fr/hal-02744373>**

Submitted on 3 Jun 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**CONGRES DE LA SOCIETE FRANCAISE  
DE MYCOLOGIE MEDICALE**

**21-22 MAI 2015**

***Domaine du Haut-Carré***

**43 rue Pierre Noailles  
33400 TALENCE**



# INFECTION PULMONAIRE INVASIVE A *TRICHODERMA* *LONGIBRACHIATUM*, A PROPOS D'UN CAS.

**T. Verrier<sup>1</sup>, B. Gonssaud<sup>1</sup>, M. Sautour<sup>1,2</sup>, S. Valot<sup>1</sup>, I. Lafon<sup>3</sup>, C. Legouge<sup>3</sup>, M.L. Chrétien<sup>3</sup>, F. Dalle<sup>1,2</sup>, D. Caillot<sup>3</sup>**

**1** Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Plateau Technique de Biologie, 2 rue A. Ducoudray, BP 37013, 21070 Dijon Cedex, France **2** Université de Bourgogne, UMR1347 Agroécologie, 17 rue Sully, BP 86510, F-21000 Dijon, France **3** Service d'Hématologie clinique, CHU de Dijon, 14 rue Gaffarel, 21000 Dijon

Introduction : *Trichoderma longibrachiatum* est un champignon filamenteux appartenant à la famille des hyalohyphomycètes, rarement isolé lors d'infections fongiques invasives chez l'Homme mais quelques cas ont déjà été décrits chez des sujets immunodéprimés. Observation : Un homme de 69 ans a développé un syndrome fébrile une semaine après la fin d'une chimiothérapie pour le traitement d'une leucémie aiguë myéloïde alors qu'il était en aplasie profonde (GB < 100 G/L). Devant la positivité de l'antigénémie aspergillaire à 1.4 (Platelia™ Aspergillus Galactomannan test), un scanner thoracique est réalisé. L'aspect scannographique (signe du halo) était évocateur d'une aspergillose pulmonaire invasive (API), motivant la réalisation d'un lavage broncho-alvéolaire (LBA). Le LBA a mis en évidence des filaments mycéliens régulièrement septés. La culture a permis l'isolement et l'identification de *Trichoderma* sp. Le séquençage par biologie moléculaire de la région polymorphe ITS3-4 de l'ADN fongique extrait à partir de la culture fongique a permis d'identifier l'espèce *T. longibrachiatum*. L'examen anatomopathologique d'un fragment de biopsie pulmonaire a par la suite confirmé le diagnostic de mycose pulmonaire invasive d'aspect compatible avec une aspergillose. Devant la proximité hilare droite du foyer infectieux, faisant craindre un risque hémorragique, une lobectomie inférieure droite a été réalisée. Des filaments mycéliens ont été mis en évidence à l'examen direct de la pièce opératoire, et la présence de *Trichoderma longibrachiatum* a été confirmée par la culture puis la biologie moléculaire (séquençage de l'ADN fongique extrait à partir de la pièce opératoire) alors que la PCR *Aspergillus* était négative. La détermination des CMI par la méthode E-test® (Biomérieux) a révélé une bonne sensibilité pour le voriconazole (0,38µg/ml), l'amphotéricine B (3µg/ml) et la caspofungine (0,094 µg/ml). Le traitement a reposé sur une association Voriconazole + Caspofungine (10 jours) relayé par du voriconazole per os et le patient est toujours en rémission hématologique en mars 2015. Conclusion : ce patient qui avait tous les caractères cliniques, biologiques et scannographiques d'une API était finalement porteur d'une infection à fongique invasive à *Trichoderma longibrachiatum*.