

Purpura fulminans secondaire à une candidose invasive chez un sujet âgé : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de Bouaké.

Purpura fulminans secondary to invasive candidiasis in an elderly patient : a case report from Bouaké University Hospital

Auteurs : Able AE, Irié Bi GS*, Camara K, Kotchi EF, Kohi NA, Nda-koffi C, Kouadio KS, Pete Y, Kouame KE

Service d'anesthésie et réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

Auteur correspondant : Irie Bi Gohi Serge*, E-mail : iriebigohiserge@gmail.com, Tél : +225-07-07-67-38-62

Résumé :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 75 ans, obèse, hypertendue et diabétique, admise en réanimation pour un coma fébrile associé à un état de choc septique et des lésions purpuriques diffuses. L'évaluation clinique et biologique a révélé une défaillance multiviscérale (rénale, hépatique, cérébrale) compliquée de coagulation intravasculaire disséminée. Malgré une prise en charge initiale par tri-antibiothérapie, ventilation mécanique et soutien hémodynamique, l'évolution est restée défavorable. Les prélèvements microbiologiques ont confirmé une candidose invasive avec candidémie à *Candida albicans*. Ce cas illustre la rareté et la gravité du purpura fulminans secondaire à une infection fongique chez le sujet âgé, ainsi que les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées dans ce contexte.

Mots-clés : Purpura fulminans - Choc septique - Candidose invasive- Réanimation - Bouaké

Introduction : Le purpura fulminans est une complication rare et dramatique du choc septique qui reste exceptionnel chez l'adulte et qui s'accompagne d'une mortalité élevée [1]. Il est caractérisé par une coagulation intravasculaire disséminée et des lésions cutanées extensives. Il survient le plus souvent chez l'enfant et les germes fréquemment incriminés sont le méningocoque, le pneumocoque et le staphylocoque [2]. Les cas aux levures sont rares et contraste avec les causes plus fréquemment rapportées [2]. Chez l'adulte et a fortiori chez le sujet âgé, cette présentation est exceptionnelle et pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques majeures. Les infections fongiques invasives, en particulier à *Candida* spp., représentent une cause émergente de sepsis sévère en réanimation, avec une incidence croissante liée aux comorbidités et à l'exposition aux antibiotiques [3]. Nous rapportons ici l'observation d'une patiente âgée présentant un purpura fulminans

Abstract

We report the case of a 75-year-old obese, hypertensive, and diabetic woman admitted to the intensive care unit for febrile coma associated with septic shock and extensive purpuric lesions. Clinical and laboratory evaluation revealed multiorgan failure involving renal, hepatic, and cerebral functions, complicated by disseminated intravascular coagulation. Despite initial management with broad-spectrum triple antibiotic therapy, mechanical ventilation, and vasoactive support, the patient's condition deteriorated. Microbiological investigations subsequently confirmed invasive candidiasis, with *Candida albicans* isolated from blood cultures, urine, and multiple mucocutaneous sites. This observation highlights the rarity and severity of purpura fulminans secondary to fungal infection in elderly patients, and underscores the diagnostic and therapeutic challenges posed by such unusual etiologies.

Key words: Purpura fulminans - Septic shock - Invasive candidiasis - Intensive care - Bouaké

secondaire à une candidose invasive, illustrant les défis rencontrés dans la prise en charge de cette entité rare et grave. **Observation :** Madame KA, une patiente de 75 ans, hypertendue sous trithérapie (amlodipine, perindopril, indapamide), dyslipidémique sous rosuvastatine, diabétique de type 2 sous Amaryl M. Elle a été admise au service de réanimation du CHU de Bouaké pour un coma fébrile associé un état de choc persistant malgré amines vasoactives. L'examen clinique initial de la patiente permettait de noter : une hypotension artérielle (TA : 80/60mmHg) persistante malgré le remplissage vasculaire, un pouls filant imprenable, des extrémités froides, une hyperthermie à 39,9 °C, un trouble de la vigilance avec un score de Glasgow à 13/15, une détresse respiratoire aiguë avec la présence d'un purpura extensif et ecchymoses aux membres supérieurs et au thorax (Figures 1 et 2).



Figure 1 : lésions purpuriques au membre supérieur droit.



Figure 2 : lésions purpuriques de la face antérieure du tronc

Les examens complémentaires notamment la biologie a permis de mettre en évidence : une hyperleucocytose à $30.360/\text{mm}^3$ (Polynucléaires neutrophiles prédominants), une thrombopénie sévère à $58.000/\text{mm}^3$, un taux de Prothrombine abaissé à 43,3 %, un temps de céphaline activé allongé à 35 s, une cytolysé hépatique (ASAT 283 UI/L, ALAT 414 UI/L) et une insuffisance rénale (urée 1,79 g/L, créatinine 74 mg/L \approx 653 $\mu\text{mol/L}$). La microbiologie révélait des hémocultures positives à *Candida albicans*, à l'examen cytobactériologique des urines une candidurie à *Candida albicans* et à *Candida non albicans*. Les écouvillonnages buccal, vaginal, anal et axillaires notait une colonisation multisite par *Candida albicans* et *Candida non albicans*. L'échographie cardiaque notait une FEVG à 60%, une VTI sous aortique normale et une IVC plate et très collabante. La radiographie pulmonaire réalisée était revenue normale. Le diagnostic de purpura fulminans secondaire à une candidose invasive chez une patiente âgée a été retenue. La prise en charge initiale a consisté en une mise en condition de la patiente, une antibiothérapie empirique initiale (céphalosporine de 3^e génération, aminoside et nitro-imidazolé), une oxygénothérapie à haute concentration, un remplissage vasculaire suivie de l'administration d'amines vasoactives et des autres mesures adjuvantes de réanimation. Une intubation oro-trachéale suivie d'une mise sous ventilation mécanique a été réalisée à J2 d'hospitalisation. L'évolution en cours d'hospitalisation a été marqué par une persistance de l'état de choc, une aggravation de l'insuffisance rénale suivie du décès de la patiente à J4

d'hospitalisation dans un tableau de défaillances multiviscérales. **Discussion :** Le purpura fulminans est une complication rare et dramatique, caractérisée par une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) fulminante, une nécrose cutanée extensive et une défaillance multiviscérale. Bien que classiquement associé aux infections bactériennes sévères, il peut également survenir dans des contextes plus atypiques, comme les infections fongiques invasives. Chez l'adulte, le purpura fulminans est généralement lié à une activation massive de la coagulation par des endotoxines bactériennes, entraînant une consommation des facteurs de coagulation et une défaillance endothéliale. La physiopathologie de cette affection repose sur une CIVD fulminante, souvent aggravée par des déficits acquis ou constitutionnels en protéines C ou S, et que le pronostic reste sombre malgré les progrès de la réanimation [1]. Certains auteurs tels que Shenoy et al., [2] dans une revue exhaustive, soulignent que les causes sont multiples (infectieuses, génétiques, auto-immunes) et que la mortalité demeure élevée, en particulier dans les formes infectieuses sévères. La candidose invasive est une infection opportuniste fréquente en réanimation, surtout chez les patients âgés, diabétiques ou polymédiqués. La candidémie est une pathologie grave en soins intensifs, avec une mortalité élevée malgré les traitements antifongiques disponibles [3]. Le diagnostic de cette affection reste difficile, souvent retardé par la présentation clinique atypique [4]. Toutefois l'avenir repose sur des outils diagnostiques plus rapides et une optimisation des stratégies thérapeutiques.

Dans notre observation, la candidémie à *Candida albicans* s'est compliquée d'un purpura fulminans, ce qui est exceptionnel. La physiopathologie peut être rapprochée de celle des formes bactériennes : activation de la coagulation par les antigènes fongiques, réponse inflammatoire systémique, dysfonction endothéliale et CIVD. Les comorbidités de la patiente (diabète, HTA, obésité, âge avancé) ont probablement favorisé cette évolution dramatique. Le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques (purpura extensif, état de choc, défaillance multiviscérale) et biologiques (thrombopénie, anomalies du TP et du TCA, cytolysse hépatique, insuffisance rénale). Les recommandations de Levi et al., [5] sur la prise en

charge de la CIVD rappellent l'importance d'un traitement de support (transfusions, correction des anomalies de coagulation) associé au traitement de la cause infectieuse. Dans notre cas, l'antibiothérapie empirique initiale n'a pas permis de contrôler l'infection fongique, et l'absence d'instauration précoce d'un antifongique adapté a probablement contribué au décès. **Conclusion :** Le purpura fulminans secondaire à une candidose invasive est une entité exceptionnelle mais létale. Ce cas souligne la nécessité d'élargir le spectre étiologique devant tout purpura fulminans, surtout chez les sujets âgés polymédiqués.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflis d'intérêts

Références

1. **Contou D, Urbina T, de Prost N.** Understanding purpura fulminans in adult patients. *Intensive Care Med.* 2022;48(1):106-110.
2. **Shenoy R, Nanjappa S, Eaton K, Prieto-Granada C, Messina JL, Greene JN.** Purpura fulminans: A case report and review of all causes. *Case Rep Med.* 2017;2017:Article ID 6023740.
3. **Vazquez JA, Whitaker L, Zubovskaia A.** Invasive candidiasis in the intensive care unit: Where are we now? *J Fungi (Basel).* 2025;11(4):258.
4. **Martin-Loeches I, Cornely OA, Denning DW, Guinea J, Bassetti M, Maertens J, et al.** Invasive candidiasis in intensive care medicine: shaping the future of diagnosis and therapy. *Intensive Care Med.* 2025;51(11):2065-2078.
5. **Levi M, Toh CH, Thachil J, Watson HG.** Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation. *Br J Haematol.* 2009;145(1):24-33.