

Histoplasmose due à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* à localisation cutanée chez un enfant immunocompétent. À propos d'un cas à Abidjan, Côte d'Ivoire.

K.C. Ahogo, A. Sangaré, I.P. Gbery, E. Ecra, M. Kaloga, K. Kassi, K. Kouamé, A. Kouassi S. Kourouma, A. Abadjinan, D.E. Kacou & J.-M. Kanga

Service de dermatologie du Centre hospitalier universitaire de Treichville, BP V 3 Abidjan, Côte d'Ivoire. E-mail: ahogocelste@yahoo.fr

Article n° 3359. "Mycologie". Reçu le 26 novembre 2008. Accepté le 21 avril 2009.

Summary: Cutaneous histoplasmosis due to *Histoplasma capsulatum* variety *duboisii* in an immune competent child. About one case in Abidjan, Côte d'Ivoire.

Histoplasmosis is a subcutaneous mycosis caused by dimorphic fungus which is to be found in two types: the capsulatum and duboisii types. The capsulatum type has had an increasing incidence with the HIV-AIDS epidemics but it is not demonstrated that the duboisii one has had the same upward incidence. Signs in children and immunocompetent patient are rarely described during this disease. The diagnosis is often late in the child as it looks like Molluscum contagiosum lesions.

We report a case of skin histoplasmosis of duboisii type non associated with HIV infection in a child. Diagnosis has been confirmed by a histopathological test of a nodule biopsy. Medical treatment was successfully based on itraconazol.

Résumé :

L'histoplasmose est une mycose profonde due à des champignons dimorphiques dont il existe deux variétés : la variété capsulatum et la variété duboisii. La variété capsulatum a vu son incidence augmenter avec l'épidémie du VIH-sida, il n'est pas démontré qu'il en soit de même avec la variété duboisii. Les atteintes de l'enfant et du sujet immunocompétent sont rarement décrites au cours de cette pathologie. Le diagnostic est souvent tardif chez l'enfant car simulant des lésions de Molluscum contagiosum.

Nous rapportons un cas d'histoplasmose due à Histoplasma capsulatum var. duboisii de localisation cutanée non associée à l'infection à VIH chez un enfant. Le diagnostic a été confirmé par l'examen histopathologique d'une pièce biopsique d'un nodule. Le traitement médical a reposé avec succès sur l'itraconazole.

Introduction

L'histoplasmose est une mycose profonde due à des champignons dimorphiques dont il existe deux types : *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* à levures de petite taille, responsable de l'histoplasmose américaine, et *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* à grandes levures, qui est l'agent responsable de l'histoplasmose africaine. La forme africaine se rencontre surtout dans les régions centre et ouest de l'Afrique au climat chaud et humide (3, 4).

Peu d'études sont consacrées à cette pathologie en Afrique. Les atteintes de l'enfant ou du sujet immunocompétent sont très rarement décrites. S'il est vrai que l'histoplasmose à *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* a vu son incidence augmenter chez les patients atteints de sida, il n'est pas démontré qu'il en est de même avec la variété *duboisii* (2, 5).

Nous rapportons un cas d'histoplasmose cutanée généralisée à variété *duboisii* chez un enfant immunocompétent à Abidjan, et traité avec succès par l'itraconazole (Canditral®).

Observation

L'enfant T.C., âgé de 14 ans, déscolarisé, vivant en zone rurale est admis au service de dermatologie en mai 2006 pour des lésions papulonodulaires ulcérées, généralisées, évoluant depuis plus de 2 ans. Le début de la maladie remontait au mois de janvier 2004 par la survenue d'une lésion papuleuse du front qui s'est étendue progressivement au visage et au tronc. Cette dermatose non prurigineuse a évolué dans un contexte non fébrile sans altération de l'état général.

Au cours de son itinéraire thérapeutique, avant son admission en dermatologie, le patient a reçu 2,4 millions de pénicilline retard en intramusculaire, 6 grammes de ceftriaxone en intraveineuse et un traitement antimycosique à base de terbinafine à raison de 150 milligrammes par jour pendant 3 mois sans succès. Un traitement traditionnel à base de cataplasme est demeuré également inefficace. Face à l'aggravation des signes et l'installation d'un syndrome infectieux, le patient est adressé par le centre hospitalier régional de San Pedro, une ville du sud-ouest de la Côte d'Ivoire où il résidait. À l'admission, il ne présentait pas de symptomatologie fonctionnelle. La fièvre était à 37,5 °C. L'examen cutanéomuqueux mettait en évidence un polymorphisme lésionnel. Ces lésions prédominaient à la face et au tronc (photos 1 et 2) :

*histoplasmosis
paediatric dermatosis
Histoplasma capsulatum var. duboisii
AIDS
hospital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Sub-Saharan Africa*

*histoplasmose
dermatose pédiatrique
Histoplasma capsulatum var. duboisii
sida
hôpital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale*

Photo 1.

Aspect des lésions du visage avant traitement.
Aspect of the face lesions before treatment.



Photo 2.

Aspect des lésions du dos avant traitement.
Aspect of the back lesions before treatment.



Photo 3.

Aspect des lésions du visage après 5 mois de traitement.
Aspect of the face lesions after a five-month treatment.



Photo 4.

Aspect des lésions du dos après 5 mois de traitement.
Aspect of the back lesions after a five-month treatment.



- des papules hémisphériques avec un centre ombiliqué dont la pression ne laissait sourdre aucun liquide;
- des lésions papulo-nodulaires au tronc;
- des nodules ulcérés;
- des ulcérations à contours nets circulaires au visage;
- un abcès froid fronto-pariétal droit;
- une polyadénopathie axillaire et sous mandibulaire gauche bilatérale sensible à la palpation.

Les phanères étaient sans particularité. Le reste de l'examen clinique était normal. Les antécédents étaient sans particularité.

Ce tableau nous a fait évoquer cliniquement une cryptococcose cutanée ou une histoplasmose cutanée, le *Molluscum contagiosum* profus ayant été éliminé sur le caractère non translucide des lésions et l'absence de substance intralésionnelle à la pression. L'examen direct, puis la culture mycologique d'un prélèvement sur milieu de Sabouraud, sont restés négatifs sur 2 échantillons différents. C'est l'examen histologique d'une pièce biopsique faite sur une lésion papulo-nodulaire qui a permis de porter le diagnostic d'histoplasmose cutanée à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii*. Cet examen anatomopathologique montrait dans le derme des éléments lymphohistiocytaires avec de nombreuses cellules géantes. Il a été également observé dans le cytoplasme de ces cellules géantes de très nombreux corps arrondis ou ovales dont le diamètre variait entre 8-10 micromètres. Après un consentement éclairé du patient, une sérologie VIH a été pratiquée selon l'algorithme de l'Organisation mondiale de la santé. Le résultat était négatif. Trois mois plus tard, une autre sérologie VIH est égale-

ment revenue négative. La radiographie pulmonaire et la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne à la recherche d'extension viscérale ou osseuse étaient sans particularité.

Nous avons entrepris un traitement avec l'itraconazole (Canditral®) à la posologie de 300 milligrammes par jour après un bilan pré-thérapeutique normal (transaminases et créatinémie).

Une bonne résorption des lésions cutanées a été obtenue après 2 mois de traitement. Le contrôle des transaminases est revenu normal après ce traitement d'attaque. Nous avons institué un traitement d'entretien en poursuivant l'itraconazole à la dose de 100 milligrammes par jour. Une guérison totale des lésions a été obtenue au bout de 5 mois de traitement (photos 3 et 4).

Le recul est actuellement de 6 mois et il n'y a ni rechute, ni récurrence. Aucune thérapie n'est actuellement en cours.

Commentaires

L'histoplasmose est une mycose profonde qui à un tropisme ganglionnaire, osseux et cutané (9). Ses localisations cutanées peuvent être primitives ou secondaires à une atteinte polyviscérale (10). L'incidence de l'atteinte cutanée semble sous-estimée en pratique dermatologique africaine, en raison des difficultés à poser le diagnostic, mais aussi et

surtout en raison de sa grande similitude avec la cryptococose cutanée.

Depuis la pandémie du sida, l'histoplasme due à *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* est considérée comme un bon marqueur de l'immunodépression due au VIH (13). Le cas d'*Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* n'est pas encore totalement élucidé. La plupart des cas décrits concernent les adultes.

Les atteintes de l'enfant sont rarement rapportées. Elles ne doivent cependant pas être méconnues, car posant un véritable problème de diagnostic avec le *Molluscum contagiosum* (7, 2).

Sur le plan clinique, les lésions cutanées prédominaient au niveau de la face et du tronc chez notre malade. Le polymorphisme lésionnel associe très souvent des nodules hémisphériques ombiliqués, des nodules ulcérés et des abcès froids. Les formes uniquement ulcérées sont rares. Leur caractère superficiel et leurs bords bien limités peuvent parfois faire évoquer un *pyoderma gangrenosum* (6).

Il est donc important de pratiquer un examen mycologique direct ou une biopsie au moindre doute, afin d'asseoir le diagnostic. L'examen direct, facile à pratiquer et au résultat immédiat, est un moyen diagnostique majeur qui met en évidence de grosses levures de diamètre variable. Dans notre cas, cet examen direct des prélèvements mycologiques était revenu négatif. C'est l'examen histopathologique d'une pièce biopsique qui a permis de poser le diagnostic d'histoplasme cutanée et de confirmer la variété *duboisii*, qui est la forme africaine à grandes levures. Classiquement, selon de nombreux auteurs, l'examen histopathologique est une méthode sensible qui permet de confirmer le diagnostic dans 87 % des cas (1, 12).

Sur le plan thérapeutique, l'amphotéricine B, le kétoconazole et l'itraconazole demeurent les molécules de choix dans la prise en charge de cette pathologie infectieuse (2, 8).

Nous avons opté pour l'itraconazole, en raison de son efficacité prouvée sur un cas similaire dans notre service (11).

La posologie d'attaque était de 300 milligrammes par jour pendant 4 semaines et 100 milligrammes par jour en entretien chez notre patient. La disparition des lésions cutanées a été obtenue après 5 mois de traitement.

Aucune cytolysé hépatique n'a été observée au cours du traitement. En effet, cette molécule a une hépatotoxicité bien reconnue dans la littérature (3, 12). Il convient d'instituer une surveillance biologique rigoureuse au cours de ce traitement au long cours en vue d'un meilleur résultat thérapeutique. Cette surveillance doit être prolongée bien après le traitement, car des récurrences tardives survenant parfois plusieurs mois après ne sont pas rares.

Conclusion

L'histoplasme est une mycose profonde dont la variété *capsulatum* survient en général au cours du sida.

Ce cas clinique montre que la variété *duboisii* n'est pas étroitement liée à l'infection à VIH. Elle peut également survenir chez l'enfant. Par conséquent, il faut pratiquer au moindre doute un examen mycologique direct ou à défaut une biopsie pour un examen histopathologique de confirmation.

Références bibliographiques

1. BASSET A, BASSET M & HOCQUET P – Cutaneous forms of African histoplasmosis. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*, 1963, **70**, 61-64.
2. CHANDENIER J, RENARD JC, GOMA D, N'ZOUNZA R, DE BIEVRE C et al. – Mycoses tropicales diagnostiquées au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (Congo), novembre 1991-juillet 1995, aspects cliniques, mycologiques et thérapeutiques. *J Mycol Med*, 2000, **10**, 67-77.
3. GENTILINI M, CAUMES E, DANIS M, MOUCHET J, DUFLO B et al. – *Médecine tropicale*. Flammarion, Paris, 1993, 278-288.
4. GUGNANI HC – Histoplasmosis in Africa: a review. *Indian J Chest Dis Allied Sci*, 2000, **4**, 271-277.
5. K RAMDIAL P, MOSAM A, DLOVA NC, B SATAR N, ABOOBAKER J, SINGH SM – Disseminated cutaneous histoplasmosis in patients infected with human immunodeficiency virus. *J Cutan Pathol*, 2002, **29**, 215-225.
6. LAOCHUMROONVORAPONG P, DICOSTANZO DP, WU H, SRINIVASAN K, ABUSAMIEH M, LEVY H – Disseminated histoplasmosis presenting as pyoderma gangrenosum-like lesions in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Int J Dermatol*, 2001, **40**, 518-521.
7. MINTA DK, DEMBELE M, LORRE G, DIALLO DA, TRAORE HA & CHABASSE D – Histoplasme africaine à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii*, à propos d'un cas au Mali. *Santé*, 2005, **3**, 195-199.
8. OUATARRA B, KADJO K, SANOGO S, KOFFI K, NIAMKEY EK & BEDA BY – Histoplasme à *Histoplasma capsulatum* : à propos d'un cas observé dans le service de médecine interne du CHU de Treichville (Abidjan). *Bull Soc Pathol Exot*, 1998, **91**, 158-159.
9. PIERARD GE & PIERARD-FRANCHIMONT C – Mycoses. In: *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. Éd. Masson, Paris, 2004, 179-192.
10. PITCHE P, DOSSIM A, MIJIYAWA M, NAPO-KOURA G & TCHANGAI-WALLA K – Atteinte multi-osseuse au cours d'une forme disséminée d'histoplasme africaine chez un enfant togolais immunocompétent. *Rev Chir Orthop*, 1995, **81**, 745-748.
11. SANGARÉ A, YOBOUÉ P, AHOGO C, ECRA E, KALOGA M et al. – Histoplasme due à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* à localisation cutanée et associée au sida : à propos d'un cas à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot*, 2008, **101**, 5-7. [<http://www.pathexo.fr/pages/articles/2008/2008-T101-1/3082.html>]
12. TOSH FE, BALHUIZEN J, YATES JL & BRASHER CA – Primary cutaneous histoplasmosis: report of a case. *Arch Intern Med*, 1964, **114**, 118-119.
13. TRAORÉ BM, QUENUM B, ROSENBAUM W, DANIS M, DUFLO B & GENTILINI M – Complications infectieuses du sida chez le sujet africain. *Méd Afr Noire*, 1989, **36**, 334-339.