

CLINIQUE

Mucormyose et diabète sucré (à propos d'un cas oculorhinofacial).

E.H. Sidibe (1), O. Ndir (2), M.N. Ndour (1), I. Ndiaye (3) (4)

(1) Service de médecine interne - Centre Marc Sankalé (Pr. A.M.Sow - CHU Dakar) B.P. 5062 - Dakar-Fann, Sénégal

(2) Service de parasitologie - Hôpital A.Le Dantec - Dakar

(3) Service O.R.L. - Hôpital A.Le Dantec - Dakar

(4) Manuscrit n° 1700. « Clinique ». Accepté le 17 décembre 1996.

Summary: Mucormycosis and diabetes mellitus. (About an oculorhinofacial case)

The case reported is from *Mucor* sp and concerned a non insulin dependent diabetic. The course was good under intravenous amphotericin B, daily debridement and glyceic control. This disease caused by ubiquitous mycosis is observed only in few cases. But its better knowledge is necessary because of its fulminant course often lethal. The initial lesion is vascular by the mycose duplication. The nasal escarrhe is specific sign in a diabetic patient (immunodepressed status). The prognosis depend on the precocity of the diagnosis and of the treatment.

Résumé :

Le cas rapporté est dû à *Mucor* sp et concerne un diabétique non insulinodépendant de 34 ans en acidocétose. L'évolution a été favorable sous amphotéricine B intraveineuse, débridement quotidien et équilibrage du diabète. Cette affection due à un agent fongique ubiquitaire est rarement observée. Cependant sa meilleure connaissance est nécessaire du fait de son évolution fulminante très souvent létale. La lésion initiale est une atteinte vasculaire par multiplication du champignon. L'escarre nasale est un signe quasi spécifique surtout sur un terrain diabétique (équivalent d'un statut d'immunodéprimé). Le pronostic dépend très largement de la précocité du diagnostic et de la mise en route du traitement.

Key-words: Mucormycosis -

Diabetes mellitus - Therapy -
Hospital - Dakar - Senegal

Mots-clés : Mucormyose -

Diabète sucré - Thérapie -
Hôpital - Dakar - Sénégal

Introduction

Les zygomycozes sont causées par l'invasion du tissu viable par divers champignons, en particulier appartenant aux genres *Rhizopus* ou *Mucor*. Ces infections sont rares en Europe mais ne le sont pas ailleurs. La mucormyose peut se manifester au moins en six entités distinctes, dépendant du facteur prédisposant du patient et de la porte d'entrée de l'organisme: rhinocérébrale, pulmonaire, cutanée, gastro-intestinale, dissémination généralisée ou localisation au système nerveux central. La mucormyose atteignant le nasopharynx est fréquemment associée au diabète sucré et le plus souvent atteint les poumons chez les patients ayant une leucémie ou un lymphome. Un signe caractéristique est l'invasion des gros vaisseaux sanguins avec infarctus exclusif des tissus.

Après la description par CAMAIN *et al.* (1) en 1973 d'un cas hypodermique et viscéral mortel chez un Sénégalais, nous rappelons les particularités cliniques de la zygomycoze rhinocérébrale chez le diabétique à l'occasion d'une observation personnelle.

Observation

Né le 05 janvier 1966, M. A. MB. est hospitalisé pour des signes d'appel d'acido-cétose (asthénie, polyurie-polydipsie, somnolence, anorexie) chez un diabétique obèse, ayant maigri de 120 kg à 106 kg, et une adénite inguinale droite récente supprimée.

A l'entrée, on note une difficulté d'équilibrage de l'acido-cétose et une fièvre modérée autour de 38°C; des douleurs rétro-orbitaires à droite apparaissent, accompagnant une baisse de l'acuité visuelle monoculaire droite; puis une anesthésie de l'hémiface droite a été rapportée par le patient. L'examen neurologique (Pr. M. NDIAYE, neurologie, CHU-Fann Dakar) constate alors une paralysie des IIIe, IVe, Ve, VIe nerfs crâniens avec une anosmie, associée à une protrusion du globe oculaire droit. Un trismus à droite existe en même temps qu'un épistaxis fait de sang noirâtre, suivi d'une nécrose cutanée de l'aile du nez. Cette dernière lésion a revêtu un aspect d'escarre. La nécrose croûteuse noirâtre s'étend au palais dur, à la pyramide nasale, à la cloison antérieure et postérieure, au cornet inférieur droit, sur le toit de la fosse nasale droite et gauche (Pr. E. M. DIOP - CHU Le Dantec, Dakar).

Discussion

En résumé, ce patient associe un syndrome de l'apex orbitaire, une atteinte rhino-sinusienne nécrotique d'allure infectieuse et un diabète non insulinodépendant en acido-cétose. Nous avons retenu une mucormyose causée par un agent fongique appartenant au genre : *Mucor* sp observé à l'examen direct et la culture du pus sinusien sur milieu de Sabouraud sous forme de nombreux filaments de grande taille avec de rares cloisons (Pr O. NDIR - CHU Le Dantec); à la biopsie du vestibule narinaire, cet agent est à l'origine d'une infiltration diffuse des tissus plus ou moins dense par des éléments lymphomonocytaires; ils sont associés à des phénomènes de nécrose et à des images de vascularite intense touchant de façon nette les tuniques artérielles avec des polynucléaires autour et dans les vaisseaux avec absence de cellules géantes; le tout réalise une angéite

nécrosante, leucocyto-clasique constatée à l'anatomopathologie sans atypie cellulaire. Cette observation permet d'évoquer une granulomatose de Wegener ou un granulome malin centro-facial (Dr GENTILE - Institut Pasteur, Dakar) entraînant une ethmoïdite et une sinusite avec infiltration sous frontale (notée au scanner). Il s'agit dans notre cas d'une forme de diagnostic et de traitement précoce permettant la stabilisation vers la guérison des lésions sous amphotéricine B - 1 flacon en perfusion intra-veineuse à jour passé, associée à un débridement otorhino-laryngologique quotidien et une équilibration glycémique optimale (insuline ordinaire 32 UI x 3/jour en sous-cutané et régime strict pendant 5 semaines). Nous notons que l'amphotéricine B a été mise en route après échec d'une antibiothérapie antistaphylococcique majeure (association gentamycine, lincosamine et fluocloxacilline à fortes doses pendant une semaine).

Commentaires

Le cadre des zygomycoses est resté jusqu'en 1956 limité aux seules mucormycoses. La découverte par Lie Kan JOE *et al.* (1956) en Indonésie d'une mycose sous-cutanée due à un zygomyète d'une autre famille rendit le terme de «mucormycoses» trop restrictif. Lie Kan JOE proposa alors le nom de phycomycose (6).

Pour certains, le diagnostic est à évoquer dans toute pathologie pulmonaire atypique (5). Dans une revue générale portant sur 156 zygomycoses profondes, 95 étaient dues à *Rhizopus*, 19 au genre *Mucor* et 3 au genre *Absidia*. Cette dernière s'observe plus souvent chez l'animal (3). L'infection débute au niveau des sinus ou du palais, s'étend aux structures voisines. Elle peut traverser l'ethmoïde, intéresser la région rétro-orbitaire et le cerveau. La découverte d'une escarre noirâtre du palais ou un orifice de fistule orbitaire avec écoulement purulent permet d'évoquer le diagnostic. Les manifestations cliniques initiales peuvent être la paralysie d'un nerf oculomoteur avec ptosis et/ou diplopie. Une

thrombose du sinus caverneux et de l'artère carotide interne a été observée (2). La complication ultime est l'infarctus cérébral, origine habituelle du décès. Les conséquences radiologiques sont comparables à celles constatées au cours d'un carcinome épidermoïde avec un épaississement nodulaire de la muqueuse sinusienne et une destruction du mur osseux. L'examen du liquide céphalo-rachidien est peu contributif, montrant parfois une pléiocytose à polynucléaires et une hypoglycorachie. On peut évoquer le diagnostic du vivant du malade quand on observe un écoulement nasal sanguinolent, une escarre intranasale, un oedème périorbitaire avec ou sans protrusion ou ptose du globe oculaire et un état d'obnubilation. La fièvre peut manquer; le diagnostic se confirme par une biopsie de la muqueuse nasale. Le traitement comporte l'amphotéricine B, un drainage chirurgical et la rééquilibration scrupuleuse du diabète (4). En conclusion, nous pensons qu'il est utile, pour les patients diabétiques, que le praticien reconnaisse la mucormycose dans ses différentes caractéristiques, vu sa gravité (léthalité de plus de 50 %).

Références bibliographiques

1. CAMAIN R, MAFART Y & SARRAT H - Un cas sénégalais mortel de phycomycose hypodermique et viscérale. *Bull. Soc. Fr. Mycol. Méd.*, 1973, **2**, 43-47.
2. ENGLAND A C, WEINSTEIN M, ELLNER J J & AJELLO L - Two cases of rhinocerebral zygomycosis (mucormycosis) with common epidemiologic and environmental features. *Ann. Rev. Respir. Dis.* 1981, **124**, 497-498.
3. LEHRER R I - Mucormycosis. *Ann. Intern. Med.*, 1980, **93**, 93-108.
4. PECHERE J C - Justifier la vigilance qu'un médecin doit avoir vis-à-vis des infections chez un diabétique. In : C. CATELLIER *et al.* Reconnaître, Comprendre, Traiter le diabète sucré. Edisem Saint Hyacinthe, Québec, Maloine S.A., Paris 1984, pp. 443-445.
5. SCULLY C & De ALMEIDA O H - Orofacial manifestations of the systemic mycoses. *J. Oral Pathol. Med.* 1992, **21**, 289-294.
6. TOUZE J E, DEBRIE J C & LECAMUS J L - Zygomycoses. *Editions techniques. Encycl. Méd. Chir.* (Paris, France) Maladies infectieuses, 8126 C10, 1991, 8 p.