

L'histoplasmose africaine à localisation ganglionnaire.

A propos d'une observation chez un sujet VIH négatif.

N. Koffi (1), M. Boka (2), J.B. Anzouan-Kacou (1) & E. Aka-Danguy (1)

(1) Service de pneumologie - CHU de Cocody -BP V 13 Abidjan (Côte d'Ivoire)

(2) Service d'anatomie pathologie - CHU de Cocody - BP V 13 Abidjan (Côte d'Ivoire)

(3) Manuscrit n°1718. " Clinique". Accepté le

Tiré à part : Dr KOFFI Ngoran - Service de pneumologie, 22 BP 96, Abidjan 22, Côte d'Ivoire. Tel : (225) 42 58 70 ; Fax : (225) 44 13 79

Summary:

This study concerns one case of ganglionic African histoplasmosis observed in a pregnant woman. The diagnosis of this histoplasmosis case has been based on histological presentation. This patient has a HIV negative serologic reaction. The histoplasmosis clinical presentation is like tuberculosis, so its diagnosis is difficult. The prevalence of this pathology is unknown in our region but it is increasing since the discovery of AIDS.

Key-words: Histoplasmosis -
Histoplasma duboisii -
Mycosis - Côte d'Ivoire

Résumé :

L'observation présentée se rapporte à un cas d'histoplasmose africaine à localisation ganglionnaire isolée chez une patiente VIH négative et porteuse d'une grossesse. C'est une affection de diagnostic difficile car pouvant simuler à tout point une tuberculose. Il s'agit d'une mycose profonde que l'on a rarement l'occasion d'observer. On note un regain d'intérêt depuis l'avènement du sida et il faut y penser devant tout tableau chronique.

Mots-clés : Histoplasmose -
Histoplasma duboisii -
Mycose - Côte d'Ivoire

Introduction

L'histoplasmose africaine, encore appelée histoplasmosis à grandes formes, est une mycose profonde due à *Histoplasma duboisii*. C'est une affection rare (3) et de découverte récente (1952 par VAN BREUSEGHEM). Depuis l'avènement du sida, on note une augmentation des cas rapportés dans les zones d'endémie (12). Cependant, cette mycose peut survenir chez un patient non immunodéprimé.

Cette observation a pour but de rappeler aux praticiens les particularités et la difficulté diagnostique de cette mycose en zone d'endémie tuberculeuse.

loscopies répétées (crachat; pus ganglionnaire; tubage gastrique et aspiration bronchique) étaient négatives. L'IDR à la tuberculine à 10 UI était positive à 10 millimètres. Les radiographies pulmonaires (face et profil) n'objectivaient pas d'anomalie. La fibroscopie bronchique était macroscopiquement normale et l'histologie des biopsies bronchiques était non contributive. La numération formule sanguine (NFS) était sans anomalie majeure. La sérologie VIH était négative à deux reprises (ELISA Behring). C'est la biopsie ganglionnaire qui a permis de porter le diagnostic d'histoplasmose africaine en montrant une réaction tissulaire granuleuse à cellules géantes avec présence de nombreuses levures de grande taille, intracellulaires à la coloration de PAS (fig.1). La culture sur milieu de Sabouraud n'a pas été réalisée. La patiente a été mise sous kétoconazole à raison de 200 mg/ j. L'évolution a été très satisfaisante et la malade a été perdue de vue au 5^e mois de traitement.

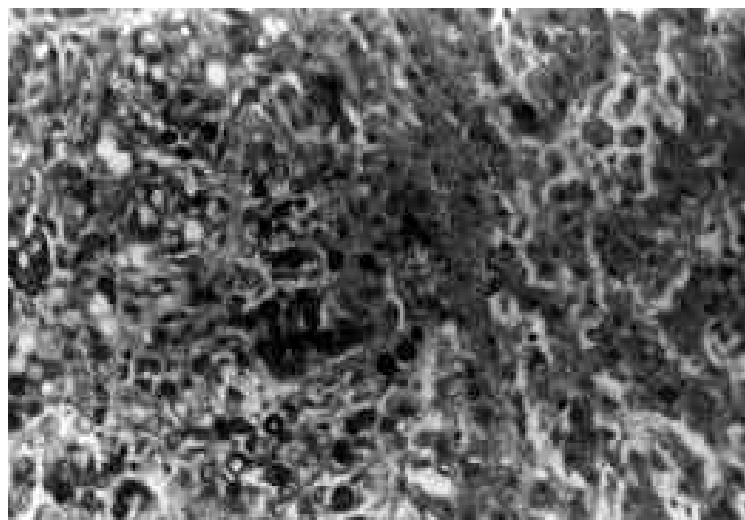
Observation

Madame B.A., 41 ans, est d'origine guinéenne et vit en Côte d'Ivoire depuis 14 ans. Elle a consulté le 20 septembre 1989, un an après son deuxième accouchement, pour adénopathie cervicale droite fistulisée. Le début de la maladie remonterait en fait au premier mois de grossesse par une adénopathie latéro-cervicale droite de la taille d'une cerise de café qui est restée stationnaire jusqu'à l'accouchement survenu le 9 septembre 1988. Dans le post partum, la malade a perdu 4 kg en 6 mois et l'adénopathie a augmenté progressivement de taille et sa consistance est devenue molle. C'est la fistulisation de cette tuméfaction qui a finalement motivé la consultation.

A l'admission, la patiente ne présentait aucun symptôme fonctionnel respiratoire. L'examen clinique a objectivé deux adénopathies cervicales de siège jugulo-carotidien. La plus volumineuse mesurait 5 centimètres de diamètre, de consistance molle, fistulisée; la deuxième était ferme et mesurait 3 centimètres de diamètre. Le reste de l'examen était normal, en particulier les aires ganglionnaires périphériques étaient libres, la peau était saine; Il n'existait pas de splénomégalie. En définitive, il s'agissait d'adénopathies cervicales isolées, spontanément fistulisées et qui ont fait évoquer une étiologie tuberculeuse dans notre contexte d'endémie. Les bacil-

Figure 1.

Aspect histologique d'*Histoplasma duboisii*.



Commentaires

L'histoplasmose africaine est une mycose rare. En Côte d'Ivoire, une dizaine de cas seulement ont été décrits depuis le premier cas publié en 1968 (3, 9). Depuis la pandémie sidéenne, on note une recrudescence des cas diagnostiqués dans les zones d'endémie en particulier aux USA où sa fréquence se situe entre 2 et 5 % chez les sujets présentant un SIDA (12).

En Afrique, la plupart des cas rapportés se situe avant la pandémie sidéenne. Il s'agit de cas cliniques et la fréquence réelle de l'histoplasmose n'est pas connue. Cependant, une étude épidémiologique partielle réalisée en Côte d'Ivoire (6) a montré l'existence de foyers d'histoplasmose très dispersés. La littérature africaine récente mentionne très peu de cas d'histoplasmose associée à l'infection à VIH. CHEVAL (5), au Congo, n'a trouvé aucun cas sur les 307 patients composant sa série. TRAORÉ ne mentionne qu'un seul cas chez les 10 patients d'origine africaine inclus dans sa série de 215 sujets (11).

L'étude autopsique réalisée en Côte d'Ivoire (10) sur 70 patients VIH positifs décédés n'a révélé que 1,42 % d'histoplasmose.

L'expression clinique de cette mycose est polymorphe. En effet, l'histoplasmose africaine peut se présenter sous deux aspects. Les formes localisées qui sont les plus fréquentes : 84% chez DROUHET (7) et 56% selon MONU (9). Dans cette forme, la peau, les ganglions et les os sont les trois organes les plus touchés. Les formes disséminées sont moins fréquentes chez les sujets VIH négatifs (12) mais plus fréquentes chez les sujets infectés par le VIH et elles s'accompagnent d'une altération de l'état général avec fièvre. Les localisations hépatospléniques sont généralement mortelles. L'atteinte pulmonaire est rare (2) contrairement à l'atteinte par *Histoplasma capsulatum*. Quelle que soit la forme d'expression, le tableau clinique est non spécifique et le diagnostic différentiel avec la tuberculose est rendu difficile dans les régions où sévit l'endémie tuberculeuse. Sur les 9 cas observés par MONU (9), le diagnostic d'histoplasmose n'a été envisagé d'emblée dans aucun cas. L'hypothèse tuberculeuse a été évoquée 4 fois (45%), celle de néoplasie 3 fois (34%). L'abcès à microorganismes pyogènes a été évoqué 1 fois et le myome 1 fois.

Depuis 1981, l'histoplasmose fait partie des affections opportunistes du sida (4). Notre malade a une sérologie VIH négative. Le contexte particulier de la grossesse pourrait constituer un facteur favorisant dans l'éclosion de la maladie (1).

Le diagnostic est fait sur la mise en évidence de l'histoplasme par biopsie, tel est notre cas. La biopsie a été concluante dans

les 9 cas observés par MONU (9). Par contre les techniques immunologiques sont très peu sensibles (3, 2, 7). Le traitement est long, utilisant le kétoconazole per os avec possibilité d'augmenter les doses dans les formes graves (3).

L'amphotéricine B est actuellement moins utilisée (3, 2, 9). De nos jours, l'itraconazole semble donner des résultats intéressants (8).

Conclusion

L'histoplasmose ne constitue pas une préoccupation quotidienne du médecin en Afrique. Elle devrait cependant être constamment présente à l'esprit devant des tableaux cliniques multiples, en particulier dans le contexte de la pandémie à VIH.

Références bibliographiques

1. AJABOR LN, LUCAS AC, LAWSON EA & SERIKIO - African histoplasmosis complicating pregnancy. *Trans Roy Soc Trop Méd Hyg* 1971, **65**, 650-653
2. ANDRÉ C, BADOUAL J, KALIFA G & DUBOUSSET J - Histoplasmose africaine. *Arch Fr Pédiatrie*, 1984, **4**, 429-431
4. AUBRY P & LECAMUS JL - Histoplasmoses. *EMC, Maladies infectieuses*, 1987, 8130, A10
3. ASSALÉ G, DUNAND J & VAN BREUSEGHEM - Un cas d'histoplasmose africaine traité par le ketoconazole. *Méd Afr Noire*, 1981, **28**, 539
5. CHEVAL P, KINZONCI C & ALLAERT-CHEVAL - Principales manifestations cliniques au cours de la maladie due au VIH à Pointe Noire (Congo). *Med Trop*, 1993, **53**, 225-239
6. DELORMAS P, ROUX F & SCHOL R - L'histoplasmose en Côte d'Ivoire: une enquête épidémiologique par test à l'histoplasmine. *Path Biol*, 1965, **13**, 285-287
7. DROUHET E - Les aspects cliniques de l'histoplasmose africaine. *Ann Soc Belge Méd Trop*, 1972, **52**, 391-406
8. MARCHON B, MEURISSE JJ, AUVERGNAT JC & ARMENGAUD M - Itraconazole et histoplasmose ganglionnaire africaine chez un sujet non immunodéprimé. *Méd Infect* 1992, **22**, 234-235
9. MONU A - *Neuf cas d'histoplasmose diagnostiqués au CHU d'Abidjan*. Thèse Méd. Abidjan, 1976, N° 95
10. NDHATZ M, DOMOUA K & COULIBALY G - Pathologie pulmonaire et infection rétrovirale. Etude nécropsique à propos de 70 cas à Abidjan. *Rev. Pneum. Clin.* 1993, **49**, 211-221
11. TRAORÉ BM, QUÉNUM B, ROSENBAUM M, DANIS M, DUFLO B & GENTILINI M - Complications infectieuses du SIDA chez le sujet africain. *Méd. Afr. Noire*, 1989, **36**, 334-339
12. WHEAT LJ, CONNOLLY-STRAINGFIELD P, BAKER RL, CURFMAN MF, EADSME *et al.* - Disseminated histoplasmosis in the acquired deficiency syndrom : clinical finding, diagnosis, treatment and review of the literature. *Medicine*, 1990, **69**, 301-304