

# Rhinosporidiose endonasale : présentation du premier cas observé au Congo.

G. Ondzotto

Service O.R.L. et chirurgie cervico-faciale, B.P. 32, CHU de Brazzaville, Congo. E-mail : ondzotto@voila.fr

Manuscrit n° 2372. "Clinique". Reçu le 12 novembre 2001. Accepté le 3 mai 2002.

**Summary:** Endonasal Rhinosporidiosis: presentation of the first case observed in Congo.

Rhinosporidiosis, granulomatous affection due to *Rhinosporidium seeberi*, is rare in Africa. We report the first Congolese case observed in a 37 year old adult, who presented a tumorous formation obstructing the left nasal fossa, having developed over more than 5 years, occasionally accompanied by epistaxis.

Diagnosis was made through an anatomico-pathological examination of the exeresis biopsy. The treatment essentially consisted in surgical tumorous exeresis, followed by electrocoagulation of the implantation area. Evolution has been favourable with a rebound of 7 years. In order to measure the frequency of rhinosporidiosis in Africa, anatomico-pathological examination of all O.R.L. polyps must be systematic.

**Résumé :**

La rhinosporidiose, affection granulomateuse due à *Rhinosporidium seeberi*, est rare en Afrique. Nous rapportons le premier cas congolais observé chez un adulte de 37 ans, qui a présenté une formation tumorale obstruant la fosse nasale gauche, évoluant depuis plus de 5 ans, avec des épisodes d'épistaxis. Le diagnostic a été posé à l'examen anatomico-pathologique de la biopsie-exérèse. Le traitement, essentiellement chirurgical, a consisté en une exérèse tumorale, suivie d'une électrocoagulation de la surface d'implantation. L'évolution a été favorable avec un recul de 7 ans. L'examen anatomico-pathologique de tous les polypes de la sphère O.R.L. doit être systématique pour apprécier la fréquence de cette affection en Afrique.

rhinosporidiosis  
hospital  
Brazzaville  
Congo  
Sub-Saharan Africa

rhinosporidiose  
hôpital  
Brazzaville  
Congo  
Afrique intertropicale

## Introduction

La rhinosporidiose ou maladie de SEEBER (9) est une affection granulomateuse, proche des mycoses, commune à l'homme et aux animaux, due à *Rhinosporidium seeberi*. À localisation cervico-faciale habituelle, l'atteinte est fréquemment nasale, sous forme d'une excroissance muqueuse polypoïde, papillomateuse ou pseudotumorale. Elle s'observe surtout en Inde et au Sri Lanka où la maladie est endémique, mais des cas sporadiques sont signalés partout dans le monde, en particulier en Ouganda et en Tanzanie (3). Cependant, elle reste une affection encore mal connue et rarement décrite en Afrique.

À travers la présentation d'un cas de rhinosporidiose endonasale observé dans le service O.R.L. du CHU de Brazzaville, les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection sont présentées avec revue de la littérature.

## Observation

Michel L..., âgé de 37 ans, consulte en septembre 1994 dans le service O.R.L. du CHU de Brazzaville pour une formation tumorale non douloureuse, obstruant l'orifice narinaire gauche, évoluant depuis plus de 5 ans, ne manifestant aucune tendance à la régression.

Les antécédents sont marqués par une notion d'épistaxis récidivantes. À l'examen de la fosse nasale gauche, on note la présence d'une masse arrondie, rougeâtre, saignant au contact. Le pédicule d'implantation de cette formation est situé au bord antérieur du septum nasal à 1 cm de l'orifice narinaire. Cette formation polypoïde, d'environ 1cm de diamètre est non douloureuse, non rétractile après méchage à la lidocaïne naphthazoline.

Le reste de l'examen O.R.L. est normal, notamment au niveau du cavum et des sinus. Les différents examens biologiques et radiologiques ne révèlent aucune anomalie.

La biopsie-exérèse de cette masse est pratiquée au serre-nœud sous anesthésie locale. Dans le même temps, une électrocoagulation de la zone d'implantation de la formation polypoïde est réalisée.

L'examen histopathologique de la pièce d'exérèse (N° 9425555 du 6 septembre 1994 - cabinet d'anatomie et cytologie pathologiques "les tonnelles" Montpellier-Dr JB PERDIGOU) après coloration au PAS affirmait le diagnostic de rhinosporidiose en révélant au niveau du revêtement épithélial de volumineuses structures intra-épithéliales sphériques (sphérules) d'un diamètre de 20 à 300 micromètres. Les sporanges étaient remplis de très nombreuses endospores de 5 à 8 micromètres de diamètre.

Le diagnostic de rhinosporidiose de siège endonasal était ainsi affirmé. Un traitement par kétoconazole per os a été institué pendant deux mois, à la posologie quotidienne d'un comprimé à 200 mg.

À l'issue de ces deux mois, la fosse nasale est libre. Après un recul de 7 ans, il n'y a pas de récurrence locale ni d'extension vers le cavum et les sinus.

Au total: il s'agit d'un patient de 37 ans, ayant présenté une localisation endonasale de rhinosporidiose, traitée par chirurgie et kétoconazole per os, chez qui aucune récurrence n'a été notée après 7 ans de recul.

## Discussion

Rare en Afrique (tableau I), la rhinosporidiose est observée dans 85 % environ des cas en Inde, au Sri Lanka et au Brésil (2, 4). La présence de cette affection semble être sous-estimée au niveau du continent africain (3). La série la plus importante (51 cas) est celle rapportée par OWOOR et WAMUKOTA en Ouganda (6).

L'agent pathogène en est *Rhinosporidium seeberi*. La plupart des cas sont observés chez l'homme, mais on en trouve aussi chez certains animaux domestiques. La contamination est supposée se faire via l'eau et le sol, toutefois le champignon n'a jamais été isolé dans la nature. La contamination d'homme à homme n'a pas encore été observée et la propagation locale des lésions se fait par voie lymphatique. *Rhinosporidium seeberi* n'envahirait les muqueuses nasales, conjonctivales ou autres qu'à la faveur d'une plaie qui favoriserait l'implantation et la multiplication des spores au niveau des lésions. De même, les localisations muqueuses ou cutanées secondaires à une atteinte de la muqueuse nasale sont attribuées à des lésions de grattage. Les lésions secondaires à l'expansion tumorale sont notées par de nombreux auteurs (3) après que les barrières naturelles ont été rompues soit chirurgicalement, soit par une probable dysimmunité. Les embols vasculaires peuvent être une cause de dissémination métastatique, voire de septicémie. Cette affection se caractérise par:

- sa longueur d'évolution: le délai de consultation étant généralement long (5 ans dans notre cas) témoigne que l'affection est bien tolérée par les patients;
- la fréquence des récurrences après exérèse de la lésion;
- l'unicité clinique de cette affection: le polype;
- l'absence de toute anomalie biologique;
- la possibilité de localisations multiples;
- l'atteinte par ordre de fréquence de deux zones cibles: la muqueuse nasale (pituitaire) et oculaire.

Tableau I.

Répartition des cas humains de rhinosporidiose décrits en Afrique (3).  
 Repartition of human rhinosporidiosis cases described in Africa.

pays	nb cas
Ouganda	51
Afrique du Sud	17
République démocratique du Congo	6
Tchad	3
Cameroun	3
Gabon	3
Kenya	3
Madagascar	2
Côte d'Ivoire	1
Liberia	1
Guinée	1

Elle s'observe surtout chez l'homme jeune. DEBRIE et coll. (3) ont cependant observé deux cas chez des fillettes de 10 ans, au Gabon.

Cliniquement, des localisations ont été décrites au niveau de l'oreille externe, des glandes parotides, des os, du cavum (11), du larynx (1, 7), de la trachée (10) ou des organes génitaux, mais la localisation la plus fréquente en est la muqueuse nasale dans 70 à 75 % des cas (2, 3). La muqueuse oculaire est la deuxième à être atteinte par ordre de fréquence et notamment la conjonctive tarsienne ou le cul-de-sac conjonctival.

Concernant la localisation endonasale, il s'agit d'abord d'une rhinite aqueuse, puis muqueuse et muco-purulente, avec des épistaxis peu abondantes mais répétitives. Puis apparaissent des formations polypoides sessiles ou pédiculées, entraînant une obstruction nasale progressive. La tumeur est rose ou rouge violacé, évoquant une framboise, friable et saignante au contact, couverte de points blancs, siégeant le plus souvent sur le septum (notre observation), sur le cornet inférieur et sur le plancher des fosses nasales (3). La tumeur tend à s'extérioriser:

- en avant, par la narine, avec parfois une déformation externe et une atteinte des voies lacrymales;
- en arrière, vers le rhino-pharynx, avec obstruction tubaire, puis vers le pharynx et le larynx.

MARTON et coll. (5) décrivent en Guinée un cas d'extension à toute la pyramide nasale, au cavum et à la voûte palatine, s'extériorisant en grappes monstrueuses et tombant sur la lèvre supérieure.

Les localisations nasale et oculaire semblent être primaires, contrairement aux autres localisations (8).

Le diagnostic de rhinosporidiose est évoqué par l'aspect clinique de la tumeur. L'examen direct des frottis ou l'examen anatomo-pathologique d'une biopsie de lésion sont les seuls moyens qui apporteront sans contestation possible le diagnostic. Les éléments spécifiques, caractéristiques de l'affection, à type de sphérules et d'endospores, sont retrouvés à l'étude histo-pathologique. À ce jour, aucune culture n'a jamais pu être obtenue de *Rhinosporidium seeberi* ce qui constitue une curiosité mycologique.

La rhinosporidiose peut simuler, tant chez l'enfant que chez l'adulte:

- des lésions inflammatoires pouvant être rencontrées en milieu tropical:

- d'étiologie mycosique: en particulier l'histoplasmosse africaine ou américaine (essentiellement des ulcérations et des nodules avec aspect induré, granulomateux ou végétant, à localisation endo-buccale et laryngée, rarement nasale), les entomophthoromycoses (atteinte nasale sous forme d'une tumeur rouge avec épistaxis), la paracoccidioidomycose ou blastomycose (les lésions sont granulomateuses, ulcérées, au niveau des muqueuses nasales, pharyngées, buccales et laryngées);
- d'étiologie parasitaire avec les leishmanioses cutanéomuqueuses. Les lésions sont essentiellement nasales. En Afrique, il existe surtout les formes végétantes endonasales, souvent infectées, qui peuvent aboutir à d'importantes mutilations nasales;

- d'étiologie infectieuse avec le rhinosclérome. Il s'agit d'une affection chronique localisée électivement aux voies respiratoires et plus particulièrement aux fosses nasales, caractérisée par un granulome spécifique extensif, d'évolution pseudo-tumorale, puis fibrosante, très fréquente en Afrique du Nord. Le rhinosclérome est retrouvé partout et dans sa forme floride, surtout chez le jeune enfant;

- des tumeurs malignes: carcinome de la sphère O.R.L., lymphomes malins non hodgkiniens (pouvant débuter chez

l'enfant par une forme endonasale), rhabdomyosarcome embryonnaire, granulomateuse médio-faciale ;

- des tumeurs bénignes : pseudo-tumeurs inflammatoires (botryomycome à partir d'excoriations endonasales, papillomateuse laryngée), angiome, fibrome.

Le pronostic est habituellement favorable en dehors des épistaxis sévères et des localisations pharyngo-laryngées dont les troubles apparaissent rarement isolés.

Aucun traitement médical ne s'est montré efficace. La rhinosporidiose étant considérée comme une affection mycosique, l'utilisation des antifongiques azolés (3) semblait se justifier. Les antimoniés seraient parfois actifs (4). Mais actuellement, le traitement est bien codifié et est essentiellement chirurgical. Celui-ci permet une exérèse tumorale, aussi complète que possible, soit par voie naturelle, soit par voie para-nasale large, suivie toujours d'une cautérisation de la zone d'implantation. La fréquence des récurrences est reconnue dans la littérature (3) ; cependant, dans notre observation, après un recul de 7 ans, l'évolution s'avère satisfaisante.

## Conclusion

Affection relativement rare en Afrique, la rhinosporidiose mériterait d'être mieux connue. Sa fréquence semble être nettement sous-estimée, d'où la nécessité d'un examen anatomo-pathologique systématique de tous les polypes, notamment endonasal.

## Références bibliographiques

1. BELAT S - *La rhinosporidiose (à propos d'un cas de localisation laryngée découvert au Cameroun)*. Thèse, Bordeaux, 1981, 353.
2. BUFFE P, SOUBEYRAND L & CUDENNEC YF - *Les maladies tropicales en oto-rhino-laryngologie*. Encycl Méd Chir (Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 20925A10, 10-1986, 10 p.
3. DEBRIE JC, SALGAS P, VERDALLE P, CONESSA CL *et al.* - La rhinosporidiose endonasale : à propos de deux cas observés au Gabon. *Les cahiers d'O.R.L.*, 1990, **25**, 389-396.
4. GENTILINI M, CAUMES E, DANIS M, MOUCHET J, LAGARDERE B *et al.* - *Médecine Tropicale*. 5<sup>e</sup> Ed., Paris Flammarion Médecine Sciences, 1993, 928 pp, 286.
5. MARTON K, PANCREATIOV V & TRAORE N - Le premier cas de rhinosporidiose observé en Guinée. *Méd Afr Noire*, 1978, **25**, 33-36.
6. OWOOR R & WAMUKOTA WY - Rhinosporidiosis in Uganda (a review of 51 cases). *East African med J*, 1978, **55**, 582-586.
7. RADHAKRISHNA PILLAI OS - Rhinosporidiosis of the larynx. *J Laryngol-otol*, 1974, **88**, 227-280.
8. RAVISSE P, LE GONIDEC G & MOLIVA B - Présentation des deux premiers cas de rhinosporidiose observés au Cameroun. *Bull Soc Pathol Exot*, 1976, **69**, 222-224.
9. SEEBER G - *Un juero esporozionario parasito del Hombre*. Thèse, Buenos Aires, 1900.
10. SHAH AK & INGLE MV - Tracheal rhinosporidiosis (a case report). *J Postgrad Med, Bombay*, 1985, **31**, 210-211.
11. VINCENT Y, GERARD M, ERMENS F & DESPIERREUX M - Tumeur du cavum inhabituelle dans nos régions (à propos d'un cas de rhinosporidiose). *Acta O.R.L. Belgica*, 1982, **36**, 1021-1028.