

## Conidiobolomycose, une tumeur fongique rare : un cas à Ouagadougou, Burkina Faso.

F. Barro-Traoré (1), D. Ouédraogo (2), T. Konsem (2), M.S. Ouédraogo (1), O. Lompo-Gombri (3), A. Sanou (3), K. Ouoba (4) & A. Traoré (1)

1) Service de dermatologie et de vénéréologie du CHU Yalgado-Ouédraogo (CHU-YO) de Ouagadougou, Burkina Faso. E-mail : fatou\_barro@yahoo.fr

2) Service de chirurgie maxillo-faciale du CHU-YO de Ouagadougou, Burkina Faso.

3) Service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU-YO de Ouagadougou, Burkina Faso.

4) Service d'ORL du CHU-YO de Ouagadougou, Burkina Faso.

Manuscrit n° 3103. "Clinique". Reçu le 27 avril 2007. Accepté le 18 juillet 2007.

**Summary:** Conidiobolomycosis, a rare fungal tumor: a case report in Ouagadougou, Burkina Faso.

*Conidiobolomycosis is a deep, rare mycosis, due to Conidiobolus coronatus which is a saprophyte of vegetation in decomposition. We report one case in Burkina Faso.*

*A 17 years old man, shepherd, consulted for tumefactions on the face. It could date back insidiously to a traumatism, one year before. A month later, some painless tumefactions appeared on the cheekbone, the right eyelid, the nose with epistaxis. The upper lip then the lower one had swollen. Dermatological exam revealed multiple, painless, hard, sub-cutaneous swellings, affecting the cheekbone, the eyelids, the root and the ala of the nose. This tumefaction sometimes adhered to underlying tissues and to the overlying skin, sometimes mobile; painless and hard swelling of the two lips was also noted.*

*ENT exam showed an inflammation of the nasal mucous without ulceration and the permeability of the nasal tracts was subnormal.*

*The cephalic tomodensitometry showed a thickness of the soft tissues of the lips and the nose with an infectious feature associated to a pansinusitis without bone lesion. Histology was in favour of conidiobolomycosis. The patient was treated with fluconazole and the swelling progressively disappeared.*

*Conidiobolomycosis is a disease generally reported in some humid tropical countries. It begins in the nasal cavities leading then to a nasal obstruction. This case was singular by the fact It happened in a dry Sudano-Sahelian climate and by its clinical features.*

**Résumé :**

*La conidiobolomycose est une mycose profonde, rare, due à Conidiobolus coronatus qui est un saprophyte de la végétation en décomposition. Nous rapportons un cas au Burkina Faso.*

*Un jeune homme de 17 ans, berger, a consulté pour des tuméfactions du visage.*

*Le début remonterait à un an avec un traumatisme du nez. Un mois plus tard, survint une tuméfaction de la racine du nez, indolore puis sur les pommettes et la paupière supérieure droite accompagnée d'épistaxis. La lèvre supérieure se tuméfia, puis la lèvre inférieure.*

*L'examen dermatologique montrait :*

*– de multiples tuméfactions sous-cutanées, indolores, dures, prenant les pommettes, les paupières, la racine et les ailes du nez, les joues, adhérent aux plans profonds et cutanés, parfois mobiles;*

*– une tuméfaction globale des deux lèvres, indurée et indolore.*

*L'examen ORL notait une muqueuse nasale inflammatoire mais non ulcérée, avec une perméabilité des narines subnormale.*

*La tomodensitométrie céphalique montrait un épaississement des parties molles des lèvres et du nez d'allure infectieuse avec pansinusite sans lésion osseuse.*

*L'histologie était en faveur d'une conidiobolomycose. Sous traitement au fluconazole, une disparition progressive des lésions a été observée.*

*La conidiobolomycose sévit généralement dans les pays tropicaux humides. Elle débute dans la muqueuse nasale et se manifeste par une obstruction nasale. Notre observation était particulière par sa survenue dans un pays à climat soudano sahélien et par son aspect clinique.*

**entomophthoromycosis  
conidiobolomycosis  
sub cutaneous mycosis  
tropical zygomycosis  
hospital  
Ouagadougou  
Burkina Faso  
Sub Saharan Africa**

**entomophthoromycose  
conidiobolomycose  
mycose sous cutanée  
zygomycose tropicale  
hôpital  
Ouagadougou  
Burkina Faso  
Afrique inter-tropicale**

## Introduction

L'entomophthoromycose due à *Conidiobolus* ou conidiobolomycose est une mycose sous cutanéomuqueuse, rare, due à *Conidiobolus coronatus* qui est un saprophyte du fumier et de la végétation en décomposition. Elle se rencontre essentiellement dans les pays tropicaux humides (3, 4). Nous rapportons un cas pour en décrire les particularités épidémiologiques et cliniques.

## Observation

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, berger qui a consulté pour des tuméfactions du visage.

Le début remonterait à un an environ par un traumatisme du nez, sans effraction de la peau, par un coup de sabot d'un bœuf. Un mois plus tard, survint une tuméfaction au niveau de la racine du nez, ferme, indolore, non prurigineuse, avec larmolements et rhinorrhée séromuqueuse, sans obstruction nasale. D'autres lésions apparurent sur les pommettes et la paupière supérieure droite. La lèvre supérieure se tuméfia, puis la lèvre inférieure avec difficulté à parler et à s'alimenter. Devant l'apparition d'épistaxis de grande abondance avec céphalées occipito-pariétales, le patient consulta en chirurgie maxillo-faciale, puis dans notre service. Il n'y a pas d'antécédents d'hypertension artérielle dans la famille. Nous n'avons pas pu avoir des photographies antérieures du patient, mais il aurait des lèvres légèrement grosses de naissance.

L'examen clinique a noté : un assez bon état général, des conjonctives pâles, une température à 37,4 °C, une tension artérielle à 110/50 mm Hg, un poids de 40 kg et une taille de 160 cm.

L'examen dermatologique a montré :

- une déformation du visage par un placard, fait de multiples tuméfactions sous-cutanées confluentes, infiltré, indolore, de consistance dure, prenant les pommettes, la paupière inférieure gauche, la racine et les ailes du nez, les joues; il adhérait au plan profond et cutané;
- des tuméfactions arrondies, dures, indolores, de 3 cm de diamètre chacune, isolées, mobiles par rapport au plan profond et adhérent à la peau, siégeant sur la paupière et la joue droites;
- une tuméfaction globale des deux lèvres, indurée, indolore (circonférence du rebord des lèvres = 30 cm) avec des lésions exulcérées croûteuses et purulentes; l'examen des phanères était normal.

L'examen du système spléno-ganglionnaire retrouvait des adénopathies sous-mentales, rétro-auriculaires droites, latéro-cervicales gauches et sus-claviculaires bilatérales, dures, indolores, mobiles par rapport aux deux plans, de 1 cm de diamètre environ; la rate était non palpable.

L'examen ORL notait en plus, une muqueuse nasale inflammatoire, mais non ulcérée, avec une perméabilité des narines subnormale, sans aucune tuméfaction dans les fosses nasales; la muqueuse pharyngée et les oreilles étaient normales. Le reste de l'examen clinique était normal.

Un sarcome cutané, un rhinosclérome et une conidiobolomycose ont été évoqués.

La tomодensitométrie céphalique montrait un épaississement des parties molles des lèvres et du nez d'allure infectieuse avec pansinusite et sans lésion osseuse. L'examen bactériologique direct du prélèvement sur les lèvres et la culture étaient négatifs. Les bilans, rénal et hépatique, étaient normaux. L'histologie a montré un granulome de nature scléro-inflammatoire, diffus et nodulaire, riche en éosinophiles et en cellules géantes au sein duquel étaient observés quelques rares filaments mycéliens à la coloration au PAS. Elle conclut que cette image était en faveur d'une conidiobolomycose. La culture n'a pas été réalisée.

La sérologie pour le VIH était négative.

Le traitement par le fluconazole (400 mg/j) a été institué. Une désinfiltration progressive et une disparition des lésions ont été observées en six mois; les adénopathies et les épistaxis ont disparu, l'élocution est redevenue normale. Le traitement a été prolongé pendant six mois, soit une durée totale de 12 mois; trois mois après son arrêt, nous n'avons pas observé de récurrence.

## Discussion

Sur le plan épidémiologique, la conidiobolomycose est une mycose sous-cutanéomuqueuse, à localisation centro-faciale due à un champignon, un phycomycète, de la classe des zygomycètes, de l'ordre des Entomophthorales, de l'espèce *Conidiobolus coronatus* (3, 5, 7). La contamination se fait soit par inhalation, soit par traumatisme, soit par piqûre d'insecte (5, 7). Elle sévit dans les zones intertropicales humides d'Afrique centrale, occidentale, de l'Inde et d'Amérique du Sud (4, 6, 7). Il s'agit de zones forestières ou de végétation à hygrométrie moyenne ou forte. Le champignon parasite aussi le singe et le cheval en déterminant des lésions du nez et des babines (3). Notre observation est originale, car le patient provient d'un pays à climat soudano-sahélien sec, où la végétation est du type savane herbeuse et arbustive et la pluviométrie faible. À notre connaissance, deux cas seulement ont été décrits dans ce type de climat à savoir un cas au Tchad (9) et un autre en Somalie (2).

Sur le plan clinique, cette mycose atteint initialement les tissus sous-muqueux des fosses nasales et se manifeste par une obstruction nasale (1-11). Notre observation est particulière, car les lésions ont débuté au niveau de la partie sous-cutanée de la racine du nez et il n'y avait pas d'obstruction nasale comme en témoignait l'examen ORL. Cela plaiderait en faveur de la contamination par traumatisme. En effet, les tuméfactions ont débuté au niveau de la racine du nez après un traumatisme par les sabots d'un bœuf. Nous avons noté dans la littérature un seul cas sans obstruction nasale (1). Par contre, il y avait une épistaxis comme il était souvent décrit dans la littérature. L'extension de la maladie se limite aux tissus cutanéomuqueux du nez, au pharynx, aux joues, aux sourcils et à la lèvre supérieure (4, 7, 12). Chez notre patient, les lésions touchaient le nez, les joues, les sourcils, la paupière inférieure, la lèvre supérieure, mais aussi la lèvre inférieure, donnant un aspect de « museau de porc » (photo 1) conférant à notre observation une autre

Photo 1.

Lésions déformant le visage avec atteinte de la lèvre inférieure.  
Deformations of the face due to lesions including the lower lip.

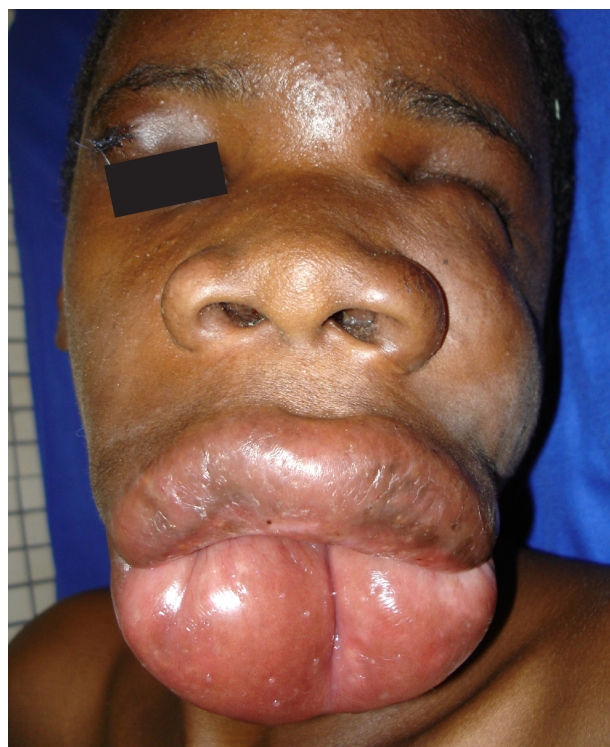


Photo 2.

Disparition des lésions sous fluconazole.  
Disappearance of the lesions with fluconazole.



originalité. Cette atteinte de la lèvre inférieure n'a jamais été décrite à notre connaissance. Elle pourrait s'expliquer par le retard à la consultation; le patient a consulté un an après le début de sa maladie. Pourtant d'autres patients ont consulté plus tardivement sans avoir une atteinte de la lèvre inférieure (1, 2).

Sur le plan diagnostique, si les lésions cliniques sont très évocatrices, le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence du champignon dans les lésions. Dans notre contexte de travail, la culture n'a pas été réalisée car elle est difficile à gérer. L'évolution de la maladie peut être fatale par dysphagie et obstruction laryngée. Notre patient n'a pas eu ces complications, mais la tuméfaction monstrueuse des deux lèvres limitait l'ouverture de la bouche, rendant l'alimentation difficile et pouvant aboutir à une dénutrition.

Le traitement de la conidiobolomycose est médical actuellement (1-13); il est basé sur l'iodure de potassium, l'amphotéricine B, mais surtout sur les imidazolés (kétoconazole), les triazolés (itraconazole, fluconazole). Notre malade a été traité avec succès par le fluconazole seul, servi gratuitement, car le manque de moyens financiers ne lui permettait pas de se procurer du kétoconazole ou de l'itraconazole. Toutes les tuméfactions et les adénopathies ont disparu (photo 2).

THAKAR *et al.* (12) ont utilisé également le fluconazole, mais associé à l'iodure de potassium.

La chirurgie est maintenant réservée aux lésions résiduelles après le traitement médical (14).

## Conclusion

La conidiobolomycose est une mycose profonde très rare dans les pays à climat sec, mais il faut y penser devant une déformation monstrueuse du visage en particulier du nez, des joues, des lèvres.

## Références bibliographiques

1. BHATIA PL & OBAFUNWA JO – Rare infections of nose and paranasal sinuses. *Trop Geogr Med*, 1990, **42**, 289-293.
2. CARRERE C, SIMON F, MONCADE F & MARTET G – À propos d'un cas de rhino-entomophthoro-phycomycose observé en zone sèche africaine (Somalie). *Méd Trop*, 1994, **54**, 239-241.
3. CHABASSE D & HERBRECHT R – Zygomycoses (II) : Entomophthoromycoses- Encycl Méd Chir (éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Dermatologie, 98-614-B-11, 1999, 8 p.
4. CHARLES D – Les mycoses profondes rarement décrites. *Méd Trop*, 1986, **46**, 263-267.
5. CREMER G – Manifestations cutanées des mycoses profondes et exotiques. Encycl Méd Chir (éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Dermatologie, 98-390-A-10, 2000, 12 p.
6. ESTRADA JA, HASSOUNAH A, DARCIS J-M, CUTSEM JV & PIÉRARD GE – Mycoses semi-profondes et profondes. In : PIÉRARD GE, CAUMES E, FRANCHIMONT C & ESTRADA JA, eds. *Dermatologie tropicale*. Bruxelles : Université de Bruxelles/AUPELF, 1993, 632 p.
7. HALIOUA B & MALKIN J-E – *Feuillade de CHAUVIN M, PATEY O, PICARD-DAHAN C. Dermatologie infectieuse*. Masson, Paris, 1997, 288p.
8. OCHOA LF, DUQUE CS & VELEZ A – Rhinientomophthoromycosis. Report of two cases. *The J Laryngol Otol*, 1996, **110**, 1154-1156.
9. PAI MR, KINI H & KINI US. Rhinientomophthoromycosis. Report of three cases. *Indian J Pathol Microbiol*, 1993, **36**, 65-68.
10. PELOUX Y & FOUCARD H – La phycomycose. *Méd Trop*, 1964, **24**, 447-451.
11. RECEVEUR M-C, ROUSSIN C, MIENNIEL B, GASNIER O, RIVIÈRE JP, MALVY D & LORTHOLARY O – Rhinofacial entomophthoromycoses. About two case in Mayotte. *Bull Soc Path Exot*, 2005, **98**, 350-353. (<http://www.pathexo.fr/pages/Bull-somm/2005/2005n5.html>)
12. THAKAR A, BARUAH P, KUMAR S & SHARMA MC – Rhinophthoromycosis. *The J Laryngol Otol*, 2001, **115**, 493-496.
13. THOMAS MM, BAI SM, JAYAPRAKASH C, JOSE P & EBENEZER R – Rhinientomophthoromycosis. Report of three cases. *Indian J Dermatol Venereal Leprol*, 2006, **72**, 296-299.
14. VALLE ACF, WANKE B, LAZERA MS, MONTEIRO PCF & VIEGAS ML – Entomophthoromycosis caused by *Conidiobolus coronatus*. Report of a case successfully treated with combination of Itraconazole and Fluconazole. *Rev Inst Med Trop S Paulo*, 2001, **43**, 233-236.