

# Histoplasmose à *Histoplasma capsulatum* : à propos d'un cas observé dans le service de médecine interne du CHU de Treichville (Abidjan).

**B. Ouatarra (1), K. Kadjo (1), S. Sanogo (1), K. Koffi (2), E.K. Niamkey (1) & B. Yao Beda (1) (3)**

(1) Service de médecine interne, CHU de Treichville, BP V 3, Abidjan, Côte d'Ivoire. Tél: 225 24-91-22 poste 565

(2) Service d'anatomie pathologique CHU de Treichville, BP V 3, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(3) Courte note n°1904. "Clinique". Acceptée le 13 février 1998.

**Summary:** Histoplasmosis Due to *Histoplasma capsulatum*: Case Report from The Internal Medicine Service, National Hospital of Treichville, Côte d'Ivoire.

**Key-words:** Aids - Histoplasmosis - *Histoplasma capsulatum* - Amphotericin B - Itraconazole - Hospital - Abidjan - Côte-d'Ivoire (Ivory Coast)

The advent of AIDS has resulted in an increase in diseases which were previously rare. In HIV-infected subjects, histoplasmosis takes a disseminated and particularly severe form, with a fatal outcome in our country, the more so because the clinical presentation resembles tuberculosis and is generally treated as such.

The authors report a case of disseminated histoplasmosis in a patient dually-reactive to HIV-1 and HIV-2, in whom the clinical presentation was fever, mediastinal lymphadenopathy and pulmonary infiltrates. The diagnosis of histoplasmosis was made at autopsy.

## Résumé :

L'avènement du sida a favorisé l'éclosion d'affections jusque-là rares. L'histoplasmose, chez le sujet infecté par le VIH, prend une forme systémique particulièrement sévère, à issue fatale dans nos pays, d'autant plus que le tableau clinique est celui d'une tuberculose et traité comme tel.

Les auteurs rapportent un cas d'histoplasmose généralisée chez un patient doublement infecté par le VIH et dont le tableau clinique était celui d'une adénite médiastinale fébrile avec infiltrats pulmonaires. Le diagnostic d'histoplasmose a été porté en post-mortem sur pièces d'autopsie.

**Mots-clés :** Sida - Histoplasmose - *Histoplasma capsulatum* - Amphotéricine B - Itraconazole - Hôpital - Abidjan - Côte-d'Ivoire

## Introduction

Affection réputée rare en Afrique inter-tropicale (6, 7), atteignant préférentiellement le poumon, d'évolution bénigne chez le sujet immuno-compétent, l'histoplasmose à *Histoplasma capsulatum* prend, chez le sujet atteint du syndrome d'immunodéficience acquise, une forme systémique d'évolution souvent mortelle. Elle pose souvent un problème diagnostique avec la tuberculose (3, 7, 9).

Nous rapportons un cas d'histoplasmose généralisée observé dans le service de médecine interne du CHU de Treichville et dont le diagnostic est porté en *post-mortem* par autopsie.

## Observation

Monsieur O. L., âgé de 32 ans, doublement infecté par les virus du sida (VIH 1 et 2), est admis pour amaigrissement massif et sueurs nocturnes, le tout évoluant de façon insidieuse dans un contexte subfébrile depuis environ un an.

L'examen clinique met en évidence une température à 38° C, une anémie clinique, une discrète hépatomégalie sensible, une splénomégalie type II. L'auscultation pulmonaire est normale.

La radiographie pulmonaire de face objective des images discrètes d'infiltrats parenchymateux diffus, une volumineuse adénopathie hilaira gauche. L'échographie abdominale a confirmé l'hépatosplénomégalie qui est homogène. On n'a pas noté d'adénopathie abdominale.

Devant ces arguments cliniques et radiologiques, l'hypothèse de tuberculose ganglio-bronchique et pulmonaire est évoquée. Cependant, la recherche acharnée de bacille de KOCH dans les expectorations

s'avère négative. On constate, par ailleurs, une anergie cutanée à la tuberculine.

Au troisième jour d'hospitalisation, le malade décède dans un tableau de détresse respiratoire.

L'étude autopsique met en évidence une dissémination de petites levures ovalaires, intra-histiocytaires, de 2 à 3 µm de diamètre, caractéristiques d'*Histoplasma capsulatum*. Tous les tissus sont concernés, notamment les ganglions médiastinaux, les poumons, l'intestin, le foie et la rate.

## Discussion

L'avènement du syndrome immunodéficitaire acquis a vu l'éclosion d'affections jusque-là réputées rares (3, 8). Ainsi, de nombreux travaux menés aux États-Unis placent l'histoplasmose à *H. capsulatum* au premier rang des mycoses endémiques observées chez le sujet infecté par le VIH (3). Sa forme disséminée simule le tableau d'une tuberculose avec, au premier plan, comme chez notre patient, une adénite médiastinale fébrile et des infiltrats parenchymateux pulmonaires (1, 2, 9). Cette forme est malheureusement prise le plus souvent pour une tuberculose dans nos pays où cette dernière sévit de façon endémique (4, 7, 8, 9).

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence du champignon après coloration de prélèvements des organes atteints qui sont, le plus souvent, profonds (1, 3, 7). L'accès à ces organes nécessite des procédés invasifs qui ne pouvaient être pratiqués chez notre patient trop fatigué. L'idéal aurait été

le recours aux méthodes séro-immunologiques spécifiques (10) malheureusement inaccessibles dans nos pays, et l'évolution rapide de la maladie n'en aurait d'ailleurs pas laissé le temps.

Le traitement d'attaque fait appel à l'amphotéricine B qui est administrée par voie parentérale à raison de 5 mg/24 heures tous les jours pour atteindre 0,7 à 1 mg/kg/24 heures dans 500 ml de sérum glucosé isotonique sur 6 à 8 heures. Cette dose maximale sera donnée tous les deux jours, pendant une période de 6 à 12 semaines. L'administration parentérale de ce produit provoque un certain nombre de réactions immédiates (choc, hypothermie, avec frisson) (3, 7). Une meilleure tolérance de ce médicament nécessite l'administration intra-veineuse d'acide acétylsalicylique et de corticoïdes.

En traitement d'entretien, l'itraconazole (Sporanox®) est le médicament de choix à la posologie de 400 mg/j. En cas d'intolérance ou de mauvaise absorption digestive, le fluconazole peut être prescrit (5). Le kétoconazole semble peu efficace et, selon certains auteurs, il doit être proscrit (5).

## Conclusion

L'histoplasmose à *H. capsulatum* sur terrain sidéen se présente le plus souvent sous l'aspect d'une tuberculose ganglio-bronchique et pulmonaire et traitée comme telle dans nos pays où cette infection sévit de façon endémique, ce qui fait errer pendant longtemps le diagnostic, favorisant la dissémination de la maladie et son évolution vers la mort.

Le praticien devrait avoir présent à l'esprit ces notions afin de discuter le diagnostic trop tardif de tuberculose, posé par excès trop longtemps. Devant tout tableau fébrile avec amaigrissement, hépatosplénomégalie, adénites médiastinales avec infiltrats pulmonaires, évoluant de façon insidieuse sur terrain immuno-déprimé, et de surcroît avec anergie tuberculitique,

lorsque la recherche de bacille de KOCH (BK) dans les expectorations est négative, il convient de penser à rechercher l'histoplasmose, et instituer rapidement le traitement approprié, d'autant plus que l'amphotéricine B, injectable en perfusion, s'avère habituellement très efficace. L'itraconazole doit être proposé en traitement d'entretien, en relais de l'amphotéricine B. Le fluconazole constituerait une bonne alternative lorsque l'itraconazole ne peut être prescrit.

## Références bibliographiques

1. ANDRÉ C, BADOUAL J, KALIFA G & DUBOURSET J - Histoplasmose africaine. Une observation. *Arch Fr Pédiat*, 1984, **41**, 429-431.
2. AUBRY P, ARNOUX D, CORNEN L, COURTOIS D, DURAND G & MAISTRE E - Un cas d'histoplasmose à *Histoplasma capsulatum*. *Ann Méd Interne*, 1980, **131**, 95-96.
3. AUBRY P & LECAMUS JL - Histoplasmose. *Encycl Méd Chir (Paris, France) Maladies Infectieuses*, 8130 A<sup>10</sup>, 4-1987, 8 p.
4. COULIBALY G, N'DHATZ M, DOMOUA K, TRAORÉ F, OUATTARA B et al. - Tuberculose gangliobronchique simulant un cancer chez un sujet infecté par le VIH. *Rev Pneumol Clin*, 1992.
5. DARRAS, JOLY O, LORTHOLARY O, LAUNAY, PUYBASSET O, JARROUSSE B et al. - Prophylaxies primaires et secondaires des infections opportunistes au cours du sida. *Méd Digest*, 1996, **9**, 28.
6. DROUHET E, DUPONT B & RAVISSE P - Histoplasmose en Afrique. *Etudes Méd*, 1985, **1**, 35-63.
7. LAPIERRE J - Mycoses pulmonaires exotiques. In : *Maladies exotiques et parasitoses autochtones*. Laboratoire Fournier Frères, Paris, p 150-158.
8. LUCAS S, ODIBA M & WABINGA H - The pathology of severe morbidity and mortality due to HIV infection in Africa. *AIDS*, 1991, **5**, 143-148.
9. SANKALE M - Une grande similitude en pathologie pulmonaire : histoplasmose américaine. *Méditerranée Méd*, 1981, **247**, 37-38.
10. VORHAUER W, BRIÈRE J, PASSA PH & CHELLOUL N - Diagnostic biologique de l'histoplasmose à "grandes formes". A propos de deux observations. *Arch Anat Cytol Pathol*, 1976, **24**, 463-467.