

Basidiobolomycose probable chez un jeune rural togolais traitée avec succès par du kétoconazole

Probable basidiobolomycosis in a Togolese rural young successfully treated with ketoconazole

B. Saka · K. Kombaté · A. Mouhari-Toure · S. Akakpo · B. Tchangaï · K. Amégbor · P. Pitché · K. Tchangaï-Walla

Reçu le 21 mai 2010 ; accepté le 20 juillet 2010
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2010

Résumé La basidiobolomycose est une mycose profonde qui atteint préférentiellement les jeunes ruraux en zone tropicale. Nous rapportons un cas de basidiobolomycose traité avec succès par du kétoconazole. Il s'agissait d'un garçon de 9 ans d'origine rurale chez qui le diagnostic de basidiobolomycose était évoqué devant un placard infiltré de l'hémithorax droit et de la face latérale droite du cou. L'histologie mettait en évidence une inflammation granulomateuse de siège dermohypodermique à prédominance de macrophages et de polynucléaires éosinophiles. L'enfant était traité avec succès par du kétoconazole en huit semaines. Le traitement de la basidiobolomycose est basé sur les dérivés azolés qui sont très efficaces. L'histologie occupe une place importante dans le diagnostic de cette affection, surtout en zone tropicale où elle peut simuler une infection à *Mycobacterium ulcerans*. **Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot. 103 (2010).**

Mots clés Basidiobolomycose · Kétoconazole · Enfant · Hôpital · Lomé · Togo · Afrique intertropicale

Abstract Basidiobolomycosis is a deep mycosis which preferentially affects rural young people in tropical countries. We report a case of basidiobolomycosis successfully treated with ketoconazole. It was a 9-year-old boy of rural origin in whom the diagnosis of basidiobolomycosis was suspected due to a deep skin infiltration involving the chest and neck.

Histology revealed hypodermic granulomatous inflammation with predominantly macrophage and eosinophils. The child was treated successfully with ketoconazole in eight weeks. Treatment of basidiobolomycosis is based on azole derivatives which are particularly effective. Histopathology is very important in the diagnosis of this affection, especially in tropical countries where it may simulate *Mycobacterium ulcerans* infection. **To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot. 103 (2010).**

Keywords Basidiobolomycosis · Ketoconazole · Child · Hospital · Lomé · Togo · Sub-Saharan Africa

Introduction

La basidiobolomycose est une phycomycose sous-cutanée rencontrée dans les milieux ruraux en zone tropicale essentiellement en Afrique, en Asie et en Amérique latine [1,4,9]. C'est une mycose profonde rare qui touche les enfants, moins souvent les adolescents et rarement les adultes [4]. Nous rapportons un cas de basidiobolomycose chez un jeune rural traité avec succès par du kétoconazole après une amputation d'un membre par erreur diagnostique.

Observation

Un garçon âgé de 9 ans, d'origine rurale consultait en dermatologie pour un placard infiltré de l'hémithorax droit et de la face latérale droite du cou évoluant de façon extensive depuis six mois. Il avait été vu un an plus tôt dans un hôpital régional pour un ulcère du tiers inférieur de l'avant-bras droit qui avait bénéficié d'une greffe de peau. Quatre mois après cette greffe, le patient consultait de nouveau pour un placard infiltré indolore de tout le membre supérieur droit (Fig. 1). Le diagnostic d'ulcère de Buruli à début œdémateux était posé dans le service de chirurgie du même hôpital et

B. Saka (✉) · K. Kombaté · A. Mouhari-Toure · S. Akakpo · P. Pitché · K. Tchangaï-Walla
Service de dermatologie, CHU Tokoin, université de Lomé,
BP 30785 Lomé, Togo
e-mail : barthelemysaka@yahoo.fr

B. Tchangaï
Service de chirurgie générale,
CHU Tokoin, université de Lomé, Togo

K. Amégbor
Laboratoire d'anatomie pathologique et de cytologie,
CHU Tokoin, université de Lomé, Togo



Fig. 1 Tuméfaction du membre supérieur droit, avant amputation / *Photo 1: Swelling of right upper limb, before amputation*

l'enfant faisait l'objet d'une amputation dudit membre à trois tiers proximal. Six mois après cette amputation, le patient était adressé en dermatologie pour une récurrence de la tuméfaction au niveau du moignon d'amputation avec extension à l'hémithorax droit et à la face latérale droite du cou. À l'examen, on notait un placard infiltré de l'hémithorax droit remontant jusqu'à la face latérale droite du cou, de consistance ferme, à bords nets, de 32 cm de hauteur sur 15 cm de largeur (Fig. 2). Ce placard était mobilisable par rapport aux plans profonds et peu douloureux à la palpation. Il n'y avait pas d'adénopathies satellites. L'état général était conservé et le reste de l'examen physique était normal. L'histologie montrait une inflammation granulomateuse de siège dermohypodermique avec de nombreuses cellules géantes associée à des polynucléaires éosinophiles (Fig. 3). La culture mycologique pour identifier le germe en cause n'était pas pratiquée. Le patient était traité par du kétoconazole à la dose de 10 mg/kg par jour. Le dosage des transaminases hépatiques était effectué au début du traitement et toutes les deux semaines au cours du traitement.

L'évolution était favorable après quatre semaines de traitement avec une régression du placard de l'hémithorax droit et de la face latérale droite du cou dont les dimensions passaient



Fig. 2 Placard infiltré de l'hémithorax droit, dimensions : 32 cm/15 cm / *Photo 2: Skin infiltration of the right chest, size 32 cm/15 cm*

de 32 cm/15 cm à 10 cm/4 cm. Le patient était guéri après la huitième semaine de traitement. Aucune intolérance hépatique au kétoconazole n'était relevée. Il était revu six mois après sans récurrence.

Discussion

Notre observation confirme l'efficacité des dérivés azolés dans le traitement de la basidiobolomycose et pose le problème de la difficulté diagnostique de cette affection dans les pays sous-médicalisés. La basidiobolomycose est une mycose profonde dont les principaux agents étiologiques sont *Basidiobolus ranarum* et *Basidiobolus haptosporus* [4,7,11]. Ces micro-organismes sont des saprophytes des intestins des reptiles et des insectes, du sol et des végétaux en décomposition des forêts tropicales. Leur transmission se fait par voie transcutanée par l'intermédiaire de micro-traumatismes [4] ou par les piqûres d'insectes [2].

Le diagnostic de basidiobolomycose est évoqué cliniquement devant une infiltration pseudotumorale non inflammatoire de consistance ferme à bordure nette et mobilisable par rapport aux plans profonds. Cette phycomycose atteint préférentiellement les jeunes ruraux en zone tropicale [1,2,4-8,11,13]. En dehors de ces arguments épidémiologiques et cliniques, l'histologie et la mycologie sont indispensables au diagnostic de cette affection surtout en zone tropicale où elle peut simuler une pathologie tumorale ou une infection à *Mycobacterium ulcerans*. Au Togo, ces deux examens ne sont pas accessibles dans les hôpitaux régionaux, car il n'existe que deux laboratoires de parasitologie et un laboratoire d'anatomie pathologique dans le pays, tous à Lomé. L'étroitesse du plateau technique du laboratoire d'anatomie pathologique n'a pas permis de mettre en évidence les filaments mycéliens.

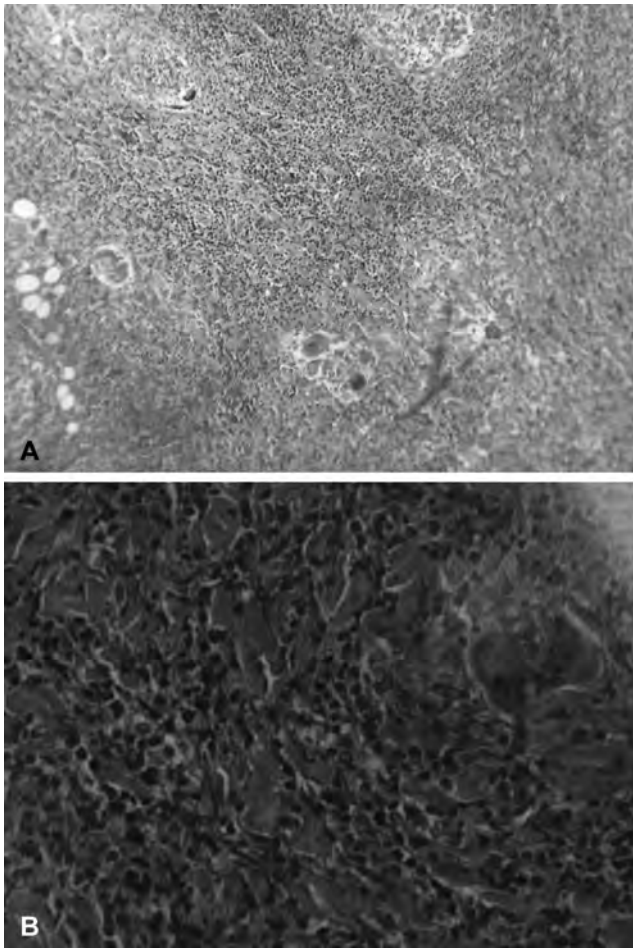


Fig. 3 Photo 3a : Infiltrat granulomateux dermohypodermique avec cellules géantes et polynucléaires éosinophiles (HES, $\times 100$) / *Dermohypodermal granulomatous infiltration with giant cells and eosinophilic polynuclear cells (HES $\times 100$)* ; Photo 3b : Infiltrat granulomateux dermohypodermique avec cellules géantes et polynucléaires éosinophiles (HES, $\times 400$) / *Dermohypodermal granulomatous infiltration with giant cells and eosinophilic polynuclear cells (HES $\times 400$)*

Le traitement traditionnel de la basidiobolomycose repose sur l'iodure de potassium qui donne de nos jours des résultats inconstants [6,11,13]. Les dérivés azolés représentent alors la meilleure alternative au traitement des phycomycoses.

Nous avons obtenu chez notre patient une guérison totale des lésions après huit semaines de traitement comparables aux dix semaines rapportées par Pitché et al. [8] avec le même produit. Par ailleurs, nous avons noté une bonne tolérance au kétoconazole dans notre observation, comme dans celle rapportée antérieurement par Pitché et al. [8]. D'autres auteurs ont aussi rapporté une bonne tolérance et des guérisons totales des lésions de basidiobolomycose avec cet azolé [1,10].

Il ressort de ces observations que le kétoconazole de par son efficacité et sa tolérance est un médicament de choix pour le traitement de cette affection. D'autres dérivés azolés comme l'itaconazole, le fluconazole et la terbinafine ont été utilisés avec succès au cours de la basidiobolomycose [3,6,12].

Conclusion

Notre observation rapporte une guérison totale de la basidiobolomycose avec le kétoconazole. Ce médicament de par son efficacité et son moindre coût devrait constituer un traitement de choix des phycomycoses en zone tropicale.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Bittencourt AL, Aruda SM, de Andrade JA, Carvalho EM (1991) Basidiobolomycosis: a case report. *Pediatr Dermatol* 8(4):325–8
2. Chandrasekhar HR, Shashikala P, Haravi R, Kadam RS (1998) Subcutaneous phycomycosis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 64(2):89–90
3. Foss NT, Rocha MR, Lima VT, et al (1996) Entomophthoromycosis: therapeutic success by using amphotericin B and terbinafine. *Dermatology* 193(3):258–60
4. Gugnani HC (1999) A review of zygomycosis due to *Basidiobolus ranarum*. *Eur J Epidemiol* 15(10):923–9
5. Maiti PK, Bose R, Bandyopadhyay S et al (2004) Entomophthoromycosis in South Bengal (Eastern India): a 9-year Study. *Indian J Pathol Microbiol* 47(2):295–7
6. Mathew R, Kumaravel S, Kuruvilla S, et al (2005) Successful treatment of extensive basidiobolomycosis with oral itraconazole in a child. *Int J Dermatol* 44(7):572–5
7. Michel G, Ravisse P, Lohoue-Petmy J, et al (1992) Cinq nouveaux cas d'entomophthoromycose observés au Cameroun. Place de l'immunofluorescence dans le diagnostic. *Bull Soc Pathol Exot* 85(1):10–6
8. Pitché P, Napo-Koura G, Tchangaï-Walla K (1998) Basidiobolomycose traitée par le kétoconazole : à propos d'une observation togolaise. *Nouv Dermatol* 17(6):376–7
9. Ribes JA, Vanover-Sams CL, Baker DJ (2000) Zygomycetes in human disease. *Clin Microbiol Rev* 13(2):236–301
10. Roy AK, Sorkar JN, Maiti PK (2000) Subcutaneous zygomycosis treated with ketoconazole. *Indian J Dermatol* 45(1):22–23.
11. Sujatha S, Sheeladevi C, Khyriem AB, et al (2003) Subcutaneous zygomycosis caused by *Basidiobolus ranarum*: a case report. *Indian J Med Microbiol* 21(3):205–6
12. Testa J, Lagarde R, Nali MN, Georges AJ (1990) Premier cas de basidiobolomycose diagnostiqué en République centrafricaine avec isolement de la souche. *Bull Soc Path Exot* 83(1):37–42
13. Thotan SP, Kumar V, Gupta A, et al (2010) Subcutaneous phycomycosis, fungal infection mimicking a soft tissue tumor: a case report and review of literature. *J Trop Pediatr* 56(1):65–6