

**HISTOPLASMOSE CUTANÉE À HISTOPLASMA CAPSULATUM VAR CAPSULATUM :  
UNE FORME LÉTALE CHEZ UNE PATIENTE IMMUNOCOMPÉTENTE / CUTANEOUS  
HISTOPLASMOSIS TO HISTOPLASMA CAPSULATUM VAR CAPSULATUM : A LETHAL FORM  
IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT**

**KOUASSI YI<sup>1</sup>, AHOGO KC<sup>1</sup>, KOUÏ BBS<sup>2</sup>, ECRA EJ<sup>1</sup>, KOUASSI KA<sup>1</sup>, KALOGA M<sup>1</sup>, SANGARÉ A<sup>1</sup>,  
KASSI K<sup>1</sup>, GBÉRY IP<sup>1</sup>, KANGA J-M.<sup>1</sup>**

1-service de dermatologie-vénérologie CHU de Treichville/Abidjan  
2- service d'anatomie cytologie et pathologie CHU Treichville/Abidjan

**Correspondance :** KOUASSI YI - E-mail: [isidore.kouassi@yahoo.fr](mailto:isidore.kouassi@yahoo.fr)

---

## RÉSUMÉ

**Introduction.** Les histoplasmoses sont des mycoses profondes dues à des champignons dimorphiques. Il existe 2 types d'histoplasmose, individualisés sur des critères morphologiques : la forme à levures de petite taille, dénommée *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* (Hcc) et la forme à levures de grande taille ou *Histoplasma capsulatum var. duboisii*. Les atteintes de l'enfant ou du sujet immunocompétent sont très rarement décrites et l'aspect clinique est souvent trompeur.

**Observations.** Il s'agissait d'une patiente de 36 ans immunocompétente et sans tare. Cliniquement il s'agissait de papulo nodules fermes dont la surface était irrégulière avec des zones d'hypo et hyperpigmentation sans ulcération ni de nécrose, non prurigineuses non inflammatoire siégeant au visage, le tronc et à la racine des membres inférieurs. Il y avait des adénopathies cervicales et des granulations épiglottique, ary-épiglottique et sous glottique associé à une inflammation des cordes vocales. L'histopathologie cutanée a retrouvé dans le derme le champignon *histoplasma capsulatum var capsulatum*. La patiente est décédée aux urgences dans un tableau de détresse respiratoire sans avoir été mise sous traitement antifongique.

**Conclusion.** Il s'agit du premier cas cutané à *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* rapporté en Côte d'Ivoire. La présentation clinique est inhabituelle avec une évolution rapidement mortelle.

**Mots clés :** Histoplasmose, Peau, Dermatoses , Infection, Mycose, Côte d'Ivoire

## ABSTRACT

**Introduction.** The histoplasmosis are deep mycoses caused by dimorphic fungi. There are 2 types of histoplasmosis individualized on morphological criteria: the shape to small yeast, called *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* (Hcc) and form large yeast or *Histoplasma capsulatum var. duboisii*. The clinical picture depends on the intensity of exposure and the immune status of the host. HCC is rare in sub-Saharan Africa.

**Observations.** We report a case of histoplasmosis in *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* in a patient 36 years immunocompetent and without blemish. Clinically it was papulo firm nodules, no inflammatory, no pruritic serving on the face, trunk and the root of the lower limbs. Their size varied from 1 cm to 3 cm in diameter. The surface was irregular nodules with hypo- and hyperpigmentation areas without ulceration or necrosis. The palms and soles of the feet were normal. phanera were unremarkable. The mucous membranes were unremarkable. There were cervical lymphadenopathy and epiglottic granules, aryepiglottic and associated sub glottal has inflamed vocal cords. Biopsy of lesions with histology examination found in the dermis made of an inflammatory granuloma macrophage whose cytoplasm contains yeast surrounded by a clear halo corresponding to histoplasmosis in *Histoplasma capsulatum var capsulatum*. The patient died without being placed under treatment.

**Conclusion.** This is the first skin case *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* reported in Ivory Coast. The clinical presentation is unusual with a rapidly fatal evolution.

**Keywords:** cutaneous histoplasmosis, Skin, Infectious diseases, mycosis, Côte d'Ivoire.

---

## INTRODUCTION

L'histoplasmose est une mycose profonde due à des champignons dimorphiques dont il existe deux types : *Histoplasma capsulatum var duboisii* à grandes levures, qui est l'agent responsable de l'histoplasmose africaine. Cette forme africaine se rencontre surtout dans les régions centre et ouest de l'Afrique au climat chaud et humide<sup>1</sup>. *Histoplasma capsulatum var capsulatum* à levures de petite taille, responsable de l'histoplasmose américaine. Cette forme américaine est en Afrique, une mycose d'importation rare et grave [2]. Elle a vu son incidence augmenter chez les patients atteints de sida<sup>3,4,5,6</sup>. Les atteintes de l'enfant ou du sujet immunocompétent sont très rarement décrites et l'aspect clinique est souvent trompeur. L'intérêt de ce travail était de rapporter le premier cas en Côte d'Ivoire d'une histoplasmose *var capsulatum* chez une jeune fille ivoirienne immunocompétente d'évolution rapidement mortelle.

## OBSERVATION

Madame OD 36 ans, ménagère, sans antécédent particulier était adressée pour des lésions cutanées papulo-nodulaires disséminées.

Le début de la maladie remonterait à un an par l'apparition spontanée de plusieurs papules non prurigineuses, non inflammatoires au visage. Il n'y avait ni amaigrissement ni fièvre. Plusieurs traitements entrepris à domicile et en milieu hospitalier restaient sans succès. Ces papules s'étaient étendues progressivement au tronc et les membres supérieurs puis s'étaient infiltrées pour donner des nodules. Après plusieurs mois d'évolution ces lésions s'étaient associées à une dyspnée et une dysphonie conduisant à son évacuation aux urgences médicales d'où elle nous est adressée.

L'examen à l'entrée en dermatologie a retrouvé une patiente consciente, coopérative, une tension artérielle de 120/80mmhg, un pouls à 80 BPM une taille de 1,52 m pour un poids de 45 kg donnant un indice de masse corporelle de 20. La fréquence respiratoire était de 16 cycle/min. l'examen cutané permettait de noter des papulo-nodules fermes, non prurigineuses non inflammatoires. Ces lésions siégeaient au visage, au tronc et à la racine des membres inférieurs. Leur taille était variable allant de 1 à 3 cm de diamètre. La surface des nodules était irrégulière avec des zones d'hypo et d'hyperpigmentation sans ulcération ni de nécrose (Fig1). La paume des mains et la plante des pieds étaient normales.

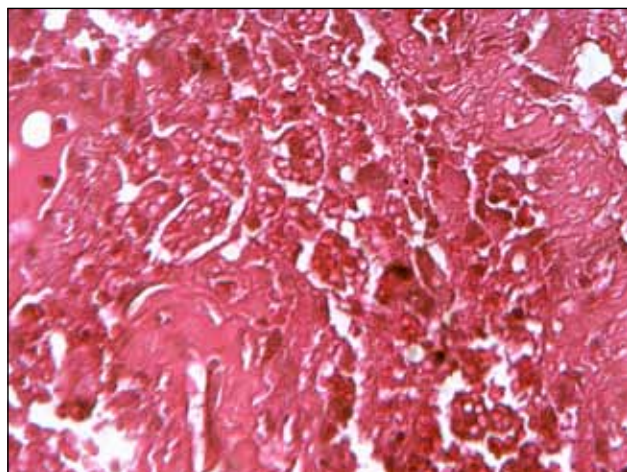
Les phanères étaient sans particularité ainsi que les muqueuses anales génitales et buccales. L'examen de l'appareil spléno-ganglionnaire retrouvait des adénopathies cervicales bilatérales et symétriques fermes, indolores et mobiles par rapport au deux plans. L'examen ORL associé à la nasofibroskopie montrait des fosses nasales et un pharynx libres par contre le larynx était le siège de granulation épiglottique, ary-épiglottique et sous glottique associé à une inflammation des cordes vocales.



Fig. 1 : Papulo-nodule non ulcérée non inflammatoire du tronc

Au plan paraclinique, la radiographie pulmonaire était normale. L'échographie abdomino-pelvienne mettait en évidence des adénopathies profondes des régions coelio-mésentériques et para aortiques. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale révélait une gastrite. Les examens des crachats à la recherche du bacille de Koch (BK) étaient négatifs. Les taux d'urée, de glycémie et de créatininémie étaient normaux. Les transaminases et l'ionogramme étaient également sans particularité. La numération formule sanguine retrouvait un taux de globules blancs à  $5 \times 10^3/\text{mm}^3$ , une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine 8,7g/dl, des plaquettes à  $488 \times 10^3/\text{mm}^3$ . la CRP était à 136mg/l. la sérologie rétrovirale VIH était négative. L'examen anatomopathologique d'une pièce biopsique d'un nodule montrait

dans le derme un granulome inflammatoire fait de lymphocytes et de macrophages dont le cytoplasme contenait des levures entourées d'un halo clair correspondant à une histoplasmose à *histoplasma capsulatum var capsulatum* à la coloration de gomori-grocott (Fig. 2).



**Fig. 2 :** *Granulome inflammatoire dermique fait de macrophages dont le cytoplasme contient de petites levures entourées d'un halo clair correspondant à histoplasma capsulatum var capsulatum (hématine éosine x 100)*

Avant sa mise sous traitement antifongique, la patiente a subitement présenté une dyspnée sévère non fébrile qui a motivé son admission aux urgences médicales où elle est décédée le lendemain.

## DISCUSSION

L'histoplasmose est une mycose profonde qui a un tropisme ganglionnaire, osseux et cutané<sup>1</sup>. L'incidence de l'atteinte cutanée semble sous-estimée en pratique dermatologique africaine, du fait du retard à la consultation et du polymorphisme lésionnel associant très souvent des papules hémisphériques ombiliquées, des nodules ulcérés et des abcès froids. S'il est vrai que depuis la pandémie du sida, l'histoplasmose due à *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* est considérée comme un bon marqueur de l'immunodépression due au VIH<sup>7,8</sup>. Ce cas rapporté se singularise par sa survenu chez un adulte immunocompétent, par des nodules non inflammatoires à surface hyper et hypopigmentées et son évolution rapidement mortelle. Cette présentation inhabituelle a constitué un facteur de retard diagnostique et de donc de mauvais pronostic chez notre patiente. Cependant L'atteinte cutanée du fait de son accessibilité permet de poser le diagnostic de certitude de la maladie dans notre contexte africain. En effet

l'examen histologique d'une pièce biopsique met en évidence des granulomes tuberculoïdes avec de nombreux histiocytes parfois transformés en cellules épithélioïdes fortement positive au PAS et la coloration de Gomori-Grocott. L'examen mycologique permet la visualisation de levures de forme ovoïde, essentiellement intracellulaires. Classiquement, selon de nombreux auteurs, l'examen histopathologique est une méthode sensible qui permet de confirmer le diagnostic dans 87 % des cas<sup>9,10,11</sup>. Sur le plan thérapeutique, l'amphotéricine B, le kétoconazole et l'itraconazole demeurent les molécules de choix dans la prise en charge de cette pathologie infectieuse<sup>12,13</sup>. En raison des difficultés d'acquisition de l'amphotéricine B et du coût élevé du kétoconazole dans nos régions où le salaire minimum Garanti est de 60 000 fca (environ 91 Euros), nous avons opté pour l'itraconazole (accessible dans notre pays), à la posologie de 400 mg/j. Ce traitement n'a pu être administré à notre patiente en raison de l'évolution rapidement mortelle de sa pathologie consécutive à sa dyspnée.

## CONCLUSION

L'histoplasmose est une mycose profonde dont la variété *capsulatum* survient en général au cours du sida. Cette observation montre qu'elle peut également survenir en zone tropicale et chez d'adulte non immunodéprimé. Par conséquent, il faut pratiquer au moindre doute une biopsie cutanée pour un examen histopathologique de confirmation car l'évolution de cette affection peut être rapidement fatale même sur un terrain immunocompétent.

Conflit d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

- 1- Peigne V.** Histoplasmose au cours de l'infection par le VIH. Journal des Anti-infectieux 2012 ; 14 : 186-91
- 2- Fernandez C, Gazaille V, Werbrouck-Chiroux A, al..** Histoplasmose : aspects clinico-pathologiques chez l'immunocompétent et l'immunodéprimé. À propos de deux cas d'infection à *Histoplasma capsulatum* sur l'Île de la Réunion. Revue des Maladies Respiratoires 2014;31:447-53
- 3- Bankolé Sanni R, Denoulet C, Coulibaly B, al..** A propos d'un cas ivoirien d'histoplasmose osseuse et cutanée à *Histoplasma capsulatum var. duboisii*. Bull Soc Pathol Exot 1998;91:151-3

- 4- **Ouaterra B, Kadjo K, Sanogo S, al.** Histoplasmosse à *Histoplasma capsulatum*: à propos d'un cas observé dans le service de médecine interne du CHU de Treichville (Abidjan). *Bull Soc Pathol Exot* 1998;91:158-9.
- 5- **Adou-Bryn K D, Ouhon J, Assoumou A, Kassi E A, Kone M, Therizol-Ferly M.** Champignons et parasites isolés à l'examen de 142 liquides d'aspiration bronchique à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Médecine d'Afrique noire* 1999;46,7:362-6.
- 6- **Sangaré A, Yoboué P, Ahogo C, et al.** Histoplasmosse due à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* à localisation cutanée et associée au SIDA. À propos d'un cas à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 2008;101,1:5-7.
- 7- **Ahogo K C, Sangaré A, Gbery I P, and al.** Histoplasmosse due à *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* à localisation cutanée chez un enfant immunocompétent. À propos d'un cas à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 2009;102,3:147-9.
- 8- **De Pauw B, Walsh TJ, Donnelly JP et al.** Revised definitions of invasive fungal disease from the European organization for research and treatment of cancer/invasive fungal infections cooperative group and the National Institute of allergy and infectious diseases mycoses study group (EORTC/MSG) consensus group. *Clin Infect Dis* 2008;46:1813—21
- 9- **Wheat LJ.** Laboratory diagnosis of histoplasmosis: update 2000. *Semin Respir Infect* 2001;16:131-40
- 10- **Maubon D, Simon S, Aznar C.** Histoplasmosis diagnosis using a polymerase chain reaction method. Application on human samples in French Guiana, South America. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2007;58:441-4.
- 11- **Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, Baddley JW, McKinsey DS, Loyd JE, et al.** Clinical practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2007;45:807-25.
- 12- **Harnalika M, Kharkar V, Khopkar U.** Disseminated Cutaneous Histoplasmosis in an Immunocompetent Adult. *Indian J Dermatol.* 2012;57,3: 206–9.
- 13- **Vidyanath S, Shameena PM, Sudha S, Resmi G N.** Disseminated histoplasmosis with oral and cutaneous manifestations . *J Oral Maxillo fac Pathol* 2013;17,1:139-42.