

Miliaire pulmonaire létale chez une femme camerounaise infectée par le VIH

Mandengue CE¹, Lindou J¹, Mandeng N¹, Takuefou B¹, Nouedoui C¹, Atangana P^{2,3}, Fonkoua MC^{2,4}

1. Service de médecine interne, Hôpital général

2. Centre Pasteur

3. Laboratoire d'anatomo-pathologie

4. Laboratoire de microbiologie

Yaoundé, Cameroun

Med Trop 2011 ; 71 : 615-617

Observation

Une femme de 34 ans, infectée par le VIH1, était admise pour miliaire pulmonaire résistant à une trithérapie antituberculeuse, instaurée depuis six mois. L'anamnèse rapportait qu'un an auparavant, elle avait consulté à l'unité de prise en charge des infections à VIH pour une toux fébrile productive et amaigrissement ; la bacilloscopie des crachats était négative, mais la radiographie thoracique révélait une image de miliaire faisant suspecter une tuberculose et introduire la triple antibiothérapie. Elle bénéficiait d'un traitement antirétroviral plusieurs fois interrompu. Deux mois avant l'admission s'installaient un ictère et une éruption cutanée. A l'examen clinique on notait une altération profonde de l'état général avec asthénie, amaigrissement (IMC à 19,92), tension artérielle à 80/50 mm de mercure, hyperthermie à 38,8°C, anémie clinique et ictère ; une éruption cutanée polymorphe du visage et des membres

supérieurs, faite de pustules et papulo-nodules ombiliqués (figures 1 et 2), secondairement bourgeonnants, ulcérés et recouverts de croûtes hémorragiques au visage (figure 3), et une atteinte muqueuse avec rhinorrhée fétide et ulcération vulvaire ; une hépatosplénomégalie douloureuse et une tachycardie régulière, sans particularité pulmonaire. Le bilan paraclinique retrouvait : hémoglobine à 5,3 g /dL, hypoplaquetose à 7 000/mm³, transaminases élevées avec ALAT à 146 U/L et ASAT à 420 U/L, CD4 à 1/mm³ ; sérologie TPHA/VDRL négative ; l'échographie abdominale objectivait une hépatosplénomégalie et une adéno-pathie coelio-mésentérique; le cliché thoracique était sans particularité. Une biopsie cutanée était réalisée (figures 4 et 5).



Figures 1 et 2. Eruption polymorphe du visage et de l'avant-bras ; des lésions papulo-nodulaires ombiliquées pseudo molluscum contagiosum, plus nombreux sur l'avant-bras.



Figure 3. Lésions du visage bourgeonnantes, parfois ulcérées et recouvertes de croûtes hémorragiques.

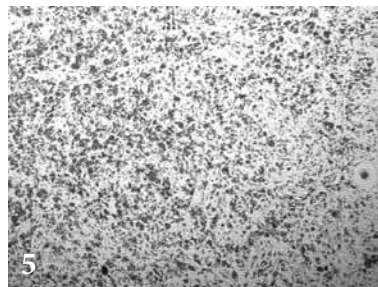
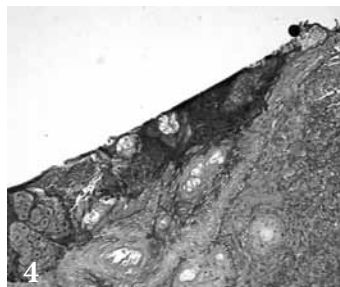


Figure 4 et 5. Histologie, PAS x40.

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : stmathiasmed@yahoo.fr;

• Article reçu le 5/05/2011, définitivement accepté le 4/07/2011

Réponse

Histoplasmose disséminée à *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum*

Le tableau clinique pouvait faire évoquer une tuberculose disséminée, mais l'aspect des lésions cutanées à type de molluscum contagiosum faisait suspecter une mycose profonde notamment une histoplasmose ou une cryptococcose. La biopsie cutanée colorée à l'hématéine-éosine, au PAS et à l'imprégnation argentique de Gomori-Grocott objectivait des structures levuriques capsulées caractéristiques d'*Histoplasma capsulatum* var *capsulatum* ; un fragment cultivé sur milieu de Sabouraud montrait des colonies typiques (figures 6 et 7). Le décès de la malade survenait avant la réception des résultats.

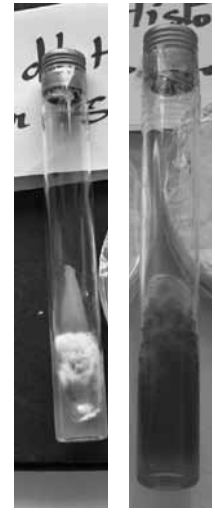


Figure 6 et 7. Aspect d'une culture d'*Histoplasma capsulatum* var *capsulatum* sur milieu de Sabouraud : colonie duveteuse blanc-ocre au centre cratériforme et revers marron.

Discussion

A notre connaissance il s'agit du premier cas camerounais d'histoplasmose disséminée à *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum* (Hcvc) dans le contexte d'une immunodépression profonde à VIH. Cette variété d'histoplasmose est qualifiée d'américaine alors qu'elle est endémique non seulement en Amérique, mais aussi en Asie, Océanie et Afrique notamment centrale. L'autre variété à *Histoplasma capsulatum* var *duboisii* (1, 2) est justement qualifiée d'africaine car elle ne sévit que sur ce continent.

Le mode de transmission d'Hcvc est essentiellement respiratoire par inhalation de spores contenues dans les fientes d'oiseaux ou les guanos de chauves-souris, et favorisée par certaines activités telles que la visite de grottes, l'entretien de poulaillers, la réfection de vieux bâtiments ; la contamination survient de façon plus exceptionnelle en zone d'endémie, par voie interhumaine (2-4). La symptomatologie, fonction de la quantité de spores inhalées, du statut immunologique et d'une affection pulmonaire antérieure, est proche de celle de la tuberculose avec une primo-infection pulmonaire généralement asymptomatique (où seuls les tests de laboratoire peuvent révéler l'infection), une forme respiratoire aiguë et bénigne, pseudo-grippale avec fièvre, toux et douleurs thoraciques, sueurs nocturnes, asthénie intense, avec parfois une image de miliaire au cliché radiologique, une forme disséminée qui peut être aiguë, subaiguë ou chronique, ou une forme pulmonaire chronique (2, 4). Mais le diagnostic de certitude est basé sur la mise en évidence du champignon sur les prélèvements mycologiques (crachats, lavage broncho-alvéolaire, peau, muqueuses, foie, colon, liquide céphalo-rachidien, urines, sang) examinés à l'état frais (coloration au May-Grünwald-Giemsa, Gomori-Grocott, PAS) et ensemencés sur milieu de Sabouraud, avec des aspects de petites levures pseudo encapsulées bourgeonnantes, 1-3µm, intracellulaires et de colonie duveteuse blanc-ocre à l'envers brun ; néanmoins les cultures potentiellement contaminantes par inhalation de spores sont à proscrire en l'absence de hotte de haute sécurité (1, 2, 4-6).

Les sujets en immunodépression profonde avec des CD4 < 50/mm³, notamment infectés par le VIH, développent une forme aiguë disséminée d'évolution potentiellement létale (2, 5, 6).

Notre patiente camerounaise vivant à Yaoundé et ne pratiquant pas d'activité exposante avait présenté un épisode pseudo-grippal inaugural, suivi d'une miliaire imposant une trithérapie antituberculeuse, ayant évolué en 6 mois vers la dissémination à la faveur d'une immunodépression profonde. L'aspect de papules ombiliquées pseudo molluscum contagiosum est très évocateur de mycose profonde (histoplasmose, cryptococcose, pénicilliose) et parfois révélateur (6). En Afrique subsaharienne l'histoplasmose est méconnue, probablement confondue avec la tuberculose (7). Un traitement d'épreuve antituberculeux est souvent adopté, malgré une bacilloscopie négative. Une observation similaire a été rapportée en 1998 à Abidjan (Côte d'Ivoire) (8) chez un séropositif (VIH1 et 2) suspecté de tuberculose pulmonaire et le diagnostic d'Hcvc a été posé également en post-mortem sur les pièces d'autopsie.

Conclusion

Dans les régions endémiques à la fois pour le VIH, la tuberculose et l'histoplasmose avec des co-infections possibles (9), cette dernière doit être évoquée lorsque les lymphocytes CD4 sont inférieurs à 200/mm³ (10).

Références

1. Maslin J, Morand JJ, Menard G, Claude V. Histoplasmoses. *Med Trop (Mars)* 2002 ; 62 : 589-93.
2. Marty P, Brun S, Gari-Toussaint M. Les Mycoses Systémiques Tropicales. *Med Trop (Mars)* 2000 ; 60 : 281-90.
3. Bonnet D, Nguyen G, De Pina JJ, Martet G, Miltgen J, Cuguillière A *et al.* Histoplasmose pulmonaire américaine: étude prospective chez 232 militaires ayant effectué un séjour de 2 ans en Guyane. *Med Trop (Mars)* 2002 ; 62 : 33-8.
4. Bourée P, Botterel F, Lançon A, Bouchareine I. Histoplasmose à *Histoplasma capsulatum*, une affection fréquente en Guyane - Revue à propos de 6 cas. *Pyrexie* 2000 ; 4 : 222-6.

5. Guimaraes AJ, Nosanchuk JD, Zancoppe-Oliveira RM. Diagnosis Of Histoplasmosis. *Braz J Microbiol* 2006 ; 37 : 1-13.
6. Couppie P, Aznar C, Carme B, Nacher M. American histoplasmosis in developing countries with a special focus on patients with HIV: diagnosis, treatment and prognosis. *Curr Opin Infect Dis* 2006 ; 19 : 443-9.
7. Soumaré M, Seydi M, Sow I, Diop S, Senghor C, N'Dour C *et al.* Tuberculose et SIDA à Dakar: étude rétrospective à propos de 630 cas. *Rev CAMES* 2008 ; 6 : 97-100.
8. Ouattara B, Kadjo K, Sanogo S, Koffi K, Niamkey E, Beda Y. Histoplasmose 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.
9. Jeong HW, Sohn JW, Kim MJ, Choi JW, Kim CH, Choi SH *et al.* Disseminated histoplasmosis and tuberculosis in a patient with HIV infection. *Yonsei Med J* 2007 ; 48 : 531-4.
10. el Guedj M, Couppie P, Pradinaud R, Aznar C, Carme B, Clity E *et al.* Histoplasmose à *histoplasma capsulatum capsulatum* et infection à VIH. *Rev Med Interne* 2000 ; 21 : 408-15.

MILIAIRE PULMONAIRE LÉTALE CHEZ UNE FEMME CAMEROUNAISE INFECTÉE PAR LE VIH : HISTOPLASMOSE DISSÉMINÉE À *HISTOPLASMA CAPSULATUM* VAR *CAPSULATUM*

RÉSUMÉ • Nous rapportons le premier cas camerounais d'histoplasmose disséminée à *Histoplasma capsulatum* var *capsulatum* chez une femme de 34 ans infectée par le VIH1, diagnostiqué en post mortem. La similitude des symptômes cliniques avec une tuberculose disséminée rend difficile le diagnostic de la mycose. Un programme de lutte active et efficace de l'histoplasmose, intégré dans la prise en charge des sujets séropositifs pour le VIH s'avère urgente.

MOTS-CLÉS • Histoplasmose. VIH. Cameroun.

FATAL MILIARY TUBERCULOSIS IN AN HIV-INFECTED CAMEROON WOMAN: DISSEMINATED HISTOPLASMOSIS DUE TO *HISTOPLASMA CAPSULATUM* *CAPSULATUM*

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe the first Cameroonian case of disseminated histoplasmosis due to *Histoplasma capsulatum capsulatum* in association with HIV infection. The patient was a 34-year-old HIV1 infected woman. Diagnosis of histoplasmosis was made in post-mortem. The similarity of the clinical symptoms with disseminated tuberculosis makes diagnosis of mycosis difficult. Active and effective care of histoplasmosis is urgently necessary for the HIV infected persons.

KEY WORDS • Histoplasmosis. HIV. Cameroon.



Berger, Ethiopie (coll. Simon F.)