

**La couverture 1998 de la Revue Médicale le Liège :
histoplasmosse chez un sidéen**

GE Piérard (1)

**(1) Chargé de cours, Université de Liège,
Service de Dermatopathologie**

La couverture de la Revue Médicale de Liège est illustrée en 1998 par une image en fausses couleurs d'une lésion cutanée développée chez un patient sidéen. Il s'agissait d'un nodule développé récemment au niveau du tronc. L'examen histologique a révélé un granulome riche en polynucléaires neutrophiles, en macrophages et en cellules géantes pluri-nucléées. Une recherche d'agents infectieux s'est avérée positive à la coloration au PAS et à celle de Gomori-Grocott. Le champignon ainsi décelé a été identifié par immunohistochimie avec un anticorps anti-*Histoplasma* spp (Fig.1). L'aspect microscopique des cellules fongiques suggère qu'il s'agit de *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* responsable de l'histoplasmose dite amérainne. Cette affection existe partout dans le monde, mais elle est particulièrement endémique dans les vallées du Mississipi et de l'Ohio, dans les zones rurales d'Amérique intertropicale, de l'Afrique du centre et du sud, de l'Asie du sud-est et du Japon. La maladie est contractée par l'inhalation de spores présentes dans le sol souillé de déjections d'oiseaux ou de chauves-souris contaminés. Elle touche des individus de tout âge, bien que les enfants soient les victimes privilégiées des formes aiguës. Les Européens semblent plus susceptibles de la contracter que les Africains. Actuellement, cette forme d'histoplasmose est considérée comme un marqueur du SIDA (1, 2).

La lésion primitive est le plus souvent pulmonaire. La forme asymptomatique de la maladie est la plus fréquente, représentant près de 95 % des infections. Le diagnostic n'est posé qu'ultérieurement par la découverte de calcifications hilaires et d'une positivité aux tests cutanés à histoplasmine. Beaucoup plus rarement, une forme grippale estivale peut se manifester pendant quelques semaines à quelques mois, avec toux, asthénie et infiltration pulmonaire atypique pouvant évoquer une tuberculose. Dans la forme généralisée, une dissémination hématogène atteint la peau, les muqueuses, les ganglions, le foie et la rate. Les enfants et les adultes immunodéprimés en sont

les victimes. L'atteinte cutanéomuqueuse de l'histoplasmose chronique disséminée est granulomateuse, verruqueuse ou ulcération. Elle peut prendre l'aspect d'une perlèche, d'une gingivite ou d'une ulcération bien limitée du palais ou de la langue. Des lésions cutanéomuqueuses végétantes peuvent également survenir de manière très tardive, parfois 20 ans après une primo-infection silencieuse. L'infection à VIH est un facteur favorisant le développement de cette mycose.

Le diagnostic peut être obtenu par divers moyens comme la détection d'anticorps circulants et précipitants et par l'hypersensibilité à l'histoplasmine. La culture est utile, bien que la différence avec l'histoplasmose africaine causée par *H. duboisii* ne soit pas possible. L'examen microscopique met en évidence des champignons unicellulaires de petite taille (1 à 3 μm de diamètre), soit en amas extracellulaires, soit dans des macrophages mononucléés. Ces éléments ressemblent à des leishmanies, des toxoplasmes et au *Pneumocystis carinii*. En revanche, dans les tissus infectés, ils sont nettement différents de *H. duboisii* qui est plus grand (8 à 15 μm de diamètre) et a souvent un bourgeonnement latéral unique.

Les modalités classiques de traitement font appel à l'administration d'amphotéricine B, seule ou associée à la flucytosine. Le kétoconazole per os est également très actif. Cependant, de nombreuses récurrences de la maladie ont été constatées chez les patients sidéens traités par ces médications. L'itraconazole apparaît être la thérapie de choix par son efficacité beaucoup plus grande. Il est administré à raison de 200 mg/j jusqu'à disparition des lésions, puis à 100 mg/j pour terminer 6 mois de traitement.

Références

- 1- Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Lapière ChM. - Signes cutanés du SIDA. *Rev Med Liège*, 1986, **41**, 189-198.

- 2- Arrese Estrada J, Hassounah A, Darcis JM, Van Cutsem J, Piérard GE. - Mycoses semi-profondes et profondes.
Dans : *Dermatologie Tropicale*. Ed. par Piérard GE, Caumes E, Franchimont C, Arrese Estrada J. Publ. Editions de l'Université de Bruxelles/AUPELF, 289-307, 1993.

Figure

Fig. 1 Identification immunohistochimique de *Histoplasma capsulati* dans un granulome développé dans la peau d'un patient sidéen.