

CAS CLINIQUE**HISTOPLASMOSE PSEUDOTUMORALE DU MESENTERE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.****PSEUDO-TUMORAL HISTOPLASMOSIS OF THE MESENTERY : A CASE REPORT AND A REVIEW OF THE LITERATURE****SECK M¹, TOURÉ AO¹, DOH K², GUEYE ML, CISSÉ M¹, KA O¹, DIENG M¹.**

1. Service de Chirurgie Générale - CHU Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal)
2. Service d'Anatomie Pathologique - CHU Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal)

Auteur correspondant : *Docteur Mamadou Seck*
Service de Chirurgie Générale
Email : seckmed3@yahoo.fr

RESUME

L'histoplasmose est une pathologie fongique rare chez l'immunocompétent. L'objectif de ce travail est de discuter les cas de diagnostic difficile à partir d'un cas rare. Observation : il s'agit d'une patiente de 23 ans, sans antécédents pathologiques, reçue pour des douleurs abdominales, associées à des céphalées, des palpitations et une constipation chronique. L'examen physique retrouvait un bon état général, des constantes normales, une douleur abdominale modérée à la palpation profonde de la région ombilicale. La tomographie assistée par ordinateur (TDM) avait montré un processus tissulaire du mésentère et des lésions diffuses de lymphangio-leiomatose pulmonaire bilatérale. La sérologie HIV était normale. La laparotomie exploratrice a retrouvé une tumeur du mésentère de 4cm. Il a été réalisé une résection de la tumeur, emportant 20cm d'anses grêles avec anastomose intestinale. Les suites opératoires étaient simples. L'histologie de la pièce opératoire était en faveur d'une histoplasmose. Conclusion : L'histoplasmose est une infection fongique rare dans sa localisation mésentérique, surtout chez le sujet immunocompétent.

Mots-clés : histoplasmose ; immunocompétent ; mésentère.

SUMMARY

Histoplasmosis is a rare fungal disease in the immunocompetent. Aim of this study is to discuss cases of difficult diagnosis from a rare case. Observation: twenty-three-year-old patient with no history of pathology received for abdominal pain, associated with headache, palpitations and chronic constipation. Physical examination found a good general condition, normal constants, moderate abdominal pain at the deep palpation of the umbilical region. Computer Tomography (CT) showed a tissue process of the mesentery and diffuse lesions of bilateral pulmonary lymphangioleiomatosis. HIV serology was normal. Surgical exploration found a tumor of the mesentery of 4cm. A resection of the tumor was carried out, with 20cm of small bowels followed by intestinal anastomosis. Consequences of surgical operation were simple. Histology of the surgical specimen was in favor of histoplasmosis. Conclusion: histoplasmosis is a rare fungal infection in its mesenteric location, especially in the immunocompetent subject.

Keywords: *histoplasmosis; Immunocompetent; Mesentery.*

INTRODUCTION

L'histoplasmosse est une pathologie fongique du sujet immunodéprimé et sur ce terrain, elle est le plus souvent disséminée [1, 2, 3, 4]. Il s'agit d'une pathologie extrêmement rare chez le sujet immunocompétent, en particulier dans certaines localisations [5, 6, 7]. Nous rapportons un cas d'histoplasmosse du mésentère, une situation extrêmement rare chez un sujet immunocompétent. Le but de cette étude était de discuter les cas de diagnostic difficile, à partir d'un cas rare.

Observation

FK. D est une patiente de 23 ans, sans antécédents particuliers, admise pour des douleurs abdominales, associées à des céphalées, à des palpitations et à une constipation chronique. L'examen physique retrouvait un bon état général une température à 37°C, une tension artérielle à 120/60 mmHg, un pouls à 70 battements/minute, un abdomen souple, sans masse palpable, avec une douleur modérée à la palpation profonde de la région ombilicale. Le reste de l'examen était normal.

La tomodensitométrie (TDM) abdominale montrait une lésion tissulaire du mésentère, hétérogène, bien limitée, partiellement calcifiée, de 38mm de grand axe (**Figures 1**). La TDM thoracique, dans le cadre du bilan d'extension justifiée par la suspicion de tumeur maligne, ne retrouvait pas de lésions suspectes, mais des lésions diffuses de lymphangioléiomyomatose pulmonaire bilatérale, sans infiltrats diffus.

L'Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR) montre un aspect en faveur d'un syndrome des petites voies aériennes avec un Volume Expiratoire Maximale à la Seconde (VEMS) normal.

L'indication opératoire retenue, l'exploration chirurgicale par laparotomie a retrouvé une tumeur du mésentère irrégulière, de 4cm de grand axe, située à 1.5m de l'angle de Treitz (**Figures 2**). Il a été réalisé une résection de la tumeur, emportant 20cm d'anses grêles (**Figures 3**). Le rétablissement de la continuité digestive était une anastomose iléo-iléale termino-terminale. Les suites étaient simples.

L'examen histologique de la pièce opératoire, avec coloration à l'Hématoxyline Eosine (HE) et au fort grossissement (x100), a montré la présence de levures intracellulaires à double contour, arrondie, en forme de « citron », rappelant les levures d'histoplasmosse (**Figure 4**). La lésion présente des foyers de nécrose et des zones de calcifications. Le méso comporte six ganglions centimétriques siège d'une hyperplasie

réactionnelle. La sérologie HIV réalisée en postopératoire était négative. La patiente était mise sous Fluconazole 200mg/jour pendant 6 mois.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

L'histoplasmosse est une mycose à *Histoplasma capsulatum*, un champignon dimorphe avec une pseudocapsule proéminente affectant principalement les poumons. Elle existe à l'état endémique dans certaines régions des Etats-Unis (Mississippi, Ohio) et en Amérique du sud [8, 9]. L'infection à VIH a entraîné une recrudescence des cas dans ces zones où la prévalence a atteint 2 à 5% chez les sujets immunodéprimés [10]. L'infection est rare chez les sujets immunocompétents, car quelques cas seulement d'histoplasmosse sans infection à VIH ont été rapportés [5, 7, 11].

Aspects diagnostiques

La présentation clinique de l'histoplasmosse est polymorphe [8]. Elle existe sous deux formes. Les formes localisées, apanage du sujet séronégatif aux VIH, sont les plus fréquentes, les organes les plus atteints étant la peau, les ganglions et les os [7, 12, 13]. Cependant, la localisation surrénalienne a été rapportée dans plusieurs études [6, 11, 14]. Aucun cas de localisation mésentérique n'a été rapporté. Les formes disséminées, moins fréquentes chez les sujets sans infection à VIH, s'accompagnent d'une altération de l'état général et de fièvre. L'atteinte hépatique et splénique est souvent mortelle [12, 13, 15].

Au plan diagnostique, aucun examen de biologie standard n'est spécifique de l'histoplasmosse [5, 11, 14, 16].

A l'imagerie aucun signe n'est spécifique de l'histoplasmosse. La radiographie standard, en cas d'atteinte pulmonaire peut montrer un infiltrat interstitiel micronodulaire diffus bilatéral [1, 15]. La tomodensitométrie (TDM) abdominale, en cas d'atteinte surrénalienne, peut montrer la lésion sous forme de formation hétérogène, mais bien limitée, comme dans l'étude de **Khairul** et al. [14]. La lésion peut également être hypodense au niveau des surrénales (6). Dans notre cas, l'aspect scannographique de la lésion faisait suspecter une lésion maligne, du fait de ses limites moins nettes et de la présence de calcifications. Toutefois, aucune lésion au scanner n'est spécifique de l'histoplasmosse profonde [14]. Le PET-scanner au 18FDG montre le plus souvent une fixation intense par la formation tumorale. Dans son étude sur 12 cas d'histo-

plasmose des surrénales, l'équipe de Gajendra a rapporté une fixation intense chez 10 patients [11]. Dans tous les cas, ces images ne sont pas spécifiques de la maladie. L'écho-endoscopie est surtout utile pour la ponction-biopsie de la lésion, comme cela a été le cas dans l'étude de **Khairul** et al, où elle a permis de faire le diagnostic d'histoplasmose des surrénales [14]. La biopsie percutanée, sous contrôle radiologique, est également possible dans les localisations hépatiques [16]. Chez notre patiente, la situation de la lésion par rapport aux anses grêles rendrait cet examen aléatoire et risqué. Dans ces situations, surtout dans les formes disséminées, la biopsie médullaire permet de faire le diagnostic, lorsque l'accès aux autres sites n'est pas évident [1, 5]. La biopsie est le seul moyen de diagnostic de certitude avec des colorations comme le GMS (*Grocott Methanamine Silver*) [14]. Elle a permis le diagnostic dans tous les cas rapportés par **Carme B** et al. [17]. Le diagnostic d'histoplasmose peut également être fait à l'autopsie, comme l'ont rapporté **Ouattara** et al. [15].

Aspects thérapeutiques

Le traitement de l'histoplasmose est médical, quel que soit la localisation. Dans les formes disséminées, l'amphotéricine B est le traitement d'attaque. Le traitement d'entretien est à base d'Itraconazole. En cas d'intolérance à l'Itraconazole, le Fluconazole peut être prescrit. Le Kétoconazole serait moins efficace et devrait être proscrit [1, 5, 7, 15]. Cependant, la rareté des formes profondes et inaccessibles à la ponction-biopsie rendent difficile le diagnostic. Cela explique le traitement chirurgical de certains cas comme le nôtre.

CONCLUSION

L'histoplasmose abdominale profonde, en particulier celle du mésentère est une situation rare et de diagnostic difficile, à cause d'une part du manque de spécificité de l'imagerie et d'autre part de l'inaccessibilité des lésions à la ponction-biopsie, ce qui peut conduire inutilement à une chirurgie pour une pathologie médicale.

REFERENCES

1. Nyffenegger L, Abbas M, Gex G, Boffi E, Schrenzel J, Bouchuiguir-Wafa K, Hirschel B. Cas importés d'histoplasmose. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 2418-23.
2. Wongprommek P, Chayakulkeeree M. **Clinical Characteristics of Histoplasmosis in Siriraj Hospital.** *J Med Assoc Thai*, 2016 Mar ; 99 (3) : 257-61.
3. Nimitvilai S, Thammprasert W, Vinyuvat S. Histoplasmosis myositis : a case report and literature review. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 2015 ; 46(4) : 738-42.
4. Barros RA, Moteverde MJ, Delizalde Sd, Barros AS, Barros RF. Gastrointestinal histoplasmosis : an atypical presentation. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2013 ; 43(1) : 31-5.
5. Ganesan N, Sharma R, Phansalkar MD, Varghese RB. Disseminated Histoplasmosis in an immunocompetent patient diagnosed on bone marrow aspirate – a rare presentation from a non-endemic area. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2015 ; 9(12) : 7-8
6. Anu AG, Bindra M, Mohanraj P. Images in Clinical Tropical Medicine Rare Presentation of Disseminated Histoplasmosis in an Immunocompetent Host. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2015,93(6) : 1125 – 7.
7. Koffi N, Boka M, Anzouan-Kacou JB, Aka-Danguy E. One case of ganglionic African histoplasmosis in an HIV-negative patient. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1997, 90(3) : 182-3.
8. Fitzhugh VA, Maniar KP, Kim MK, Chen H et al. Adrenal Histoplasmosis. *Diagnostic Cytopathology*. 2010, 38(3): 188-9.
9. Subramanian S, Abraham OC, Rupali P, Zachariah A et al. Disseminated Histoplasmosis. *J Assoc Physicians India*, 2005 ; 53 :185-9.
10. Wheat LJ, Connolly-Straingfield P, Baker RL, Curfman MF et al. Disseminated histoplasmosis in the acquired deficiency syndrome : clinical finding, diagnosis, treatment and review of the literature. *Medicine*, 1990, 69, 301-304
11. Gajendra S, Sharma R, Goel Sh, Goel R et al. Adrenal histoplasmosis in immunocompetent patients presenting as adrenal insufficiency. *Turkish Journal of Pathology* 2016, 32 (2) : 105-11
12. Drouhet E. Les aspects cliniques de l'histoplasmose africaine. *Ann Soc Belge Méd Trop*, 1972, 52, 391-406
13. Monu A. Neuf cas d'histoplasmose diagnostiqués au CHU d'Abidjan. *Thèse Méd. Abidjan*, 1976, N° 95
14. Khairul Azhar J, Jacqueline HSG, Tony LKH, Tan BH et al. Bilateral Adrenal Histoplasmosis : Endoscopic Ultrasound – guided Fine Needle Aspiration as a Method of Diagnosis and Assessment. *Med J Malaysia* Vol 66 No 5 December 2011
15. Ouattara B, Kadjo K, Sanogo S, Koffi K et al. 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.
16. Rihana NA, Kandula M, Velez A, Dahal K et al. Histoplasmosis Presenting as Granulomatous Hepatitis : case Report and Review of the Literature. Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Medicine Volume 2014 : 1-4
17. Carme B, Hayette MP, Itoua Ngaporo A, Ngolet A et al. **Histoplasmose africaine à *histoplasma duboisii* (*histoplasma capsulatum* var. *duboisii*): quatorze cas congolais observés en 10 ans (1981-1990).** *J. Mycol. Méd*, 1993, 3 : 67-73.



Figure 1 : Lésion hétérogène avec calcification (TDM/Temps artériel)



Figure 3 : Pièce opératoire

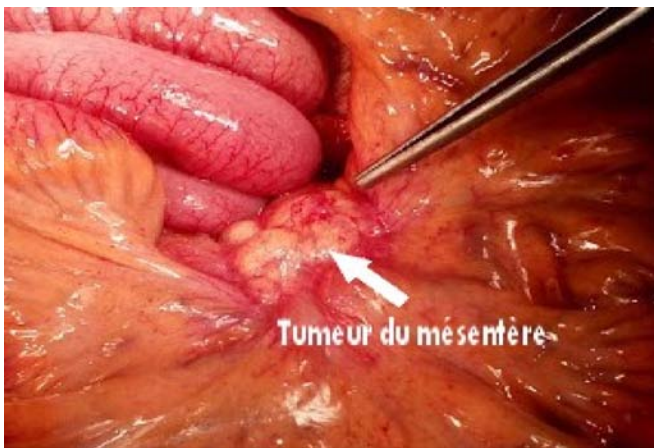


Figure 2 : Lésion pseudo-tumorale du mésentère (Vue peropératoire)

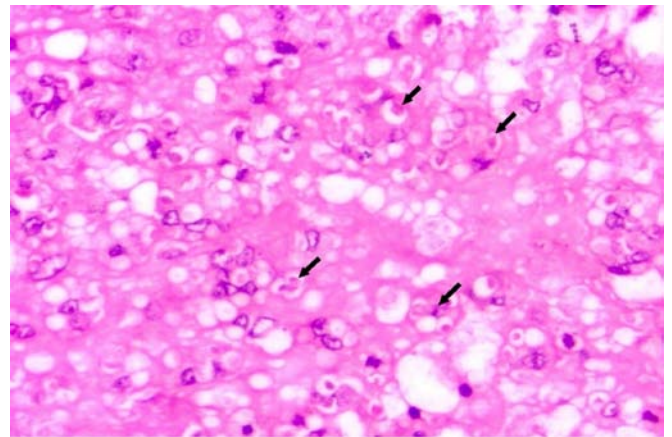


Figure 4 : Aspect histologique de la lésion

Présence de levures intracellulaires à double contour, arrondie, en forme de « citron ». Coloration HE. Gx100 (Flèches)