

# BASIDIOMYCOSE QUELQUES ASPECTS

## A PROPOS DE 10 CAS OBSERVES EN ONZE ANS AU SERVICE DE DERMATO-VENEROLOGIE DU C.H.U DE TREICHVILLE

SANGARE A., YOBOUE P., BAMBA V., AKA B., GBERY I., DJEHA D., SANNNI S., KANGA J.M.

### RESUME

Une étude rétrospective a été menée au Centre de Dermatologie d'octobre 1982 à octobre 1993 afin d'apprécier quelques aspects de la basidio-bolomycose en Côte d'Ivoire. Sur 10 cas observés en onze années les constats suivants ont été faits :

- \* Sur le plan épidémiologique : la fréquence de l'affection est sans cesse croissante et elle touche essentiellement des jeunes ruraux sans distinction de sexe.
- \* L'aspect clinique des lésions est identique à celui déjà décrit il y a près de 10 ans
- \* Mais aujourd'hui sur le plan thérapeutique nous suggérons le Kétoconazole (Nizoral 200 comprimés) en remplacement des dérivés iodés (difficiles à obtenir) du fait de son efficacité et surtout de la rareté de ses effets secondaires

*Mots clés : Basidiobolomycose, aspects, Côte d'Ivoire.*

### SUMMARY

*Basidiobolomycosis. Few aspects with 10 cases observed in 11 years in Dermatology Department CHU Treichville*

A retrospective study was carried out in the Dermatology department from October 1982 up to October 1993 in order to appreciate a few aspects of basidiobolomycosis in Ivory Coast.

The following facts were observed:

- \* At the epidemiological level : the infection frequency is still growing and is mainly among the young of rural areas without any sexual discrimination
- \* the clinical aspects of lesions are similar to the one described ten years ago,
- \* But today, at the therapeutic level, we suggest Ketoconazol in replacement of derived iodine (difficulty available) due to its efficiency and mainly due to low level side effects.

*Key words : Basidiobolomycosis, aspects, Ivory Coast.*

### I - INTRODUCTION

La basidiobolomycose est une affection mycosique sous-cutanée endémique en zone tropicale Afro-Asiatique et en Amérique du Sud.

Elle a été décrite pour la première fois en 1956 en Indonésie par LIE KIAN JOE et coll.

Le premier cas ivoirien est rapporté par ANGATE Y. et coll. en 1963 [1].

L'agent responsable est un champignon de la classe des phycomycètes : le Basidiobolus meristoporus. Ce sont des moisissures saprophytes qui contaminent les batraciens lors de l'ingestion d'insectes infectés.

La contamination se fait alors par le contact cutané direct avec le sol. Les conidies adhèrent à la peau et pénètrent activement dans les tissus sous-cutanés à la faveur d'un grattage ou d'un micro-traumatisme. Ainsi, les enfants des pays sous-développés, du fait de leurs habitudes récréatives aux alentours des habitations sont les plus contaminés. Cette affection est exceptionnelle chez l'adulte.

L'affection se traduit par un ou plusieurs placards dermo-hypodermiques siégeant sur les membres et le tronc.

Il s'agit d'une tuméfaction de consistance cartonnée, ligneuse, homogène. Les bords sont nets, abrupts. Elle n'est pas adhérente aux profonds. Les doigts en crochet peuvent facilement la mobiliser.

Par contre cette masse adhère à la peau dont la surface est d'aspect normal, lisse mais souvent hyper-pigmentée. Cette tumeur est généralement froide, indolore et devient chaude, douloureuse lors des poussées. Les adénopathies satellites sont rares. L'état général est conservé.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du champignon dans un fragment cutané à l'examen anatomo-patho-

logique et à l'examen mycologique dont la culture se fait sur un milieu de SABOURAUD sans actidione. Autrefois l'iodure de potassium donnait des résultats intéressants. Mais les difficultés d'obtention ont amené à rechercher d'autres alternatives thérapeutiques, et ce fut le Kétoconazole qui donne des résultats satisfaisants.

Depuis près de onze ans le Kétoconazole, constitue notre unique traitement. Et nous avons décidé après cette décennie de réaliser cette étude afin de :

- 1 - déterminer la fréquence et le profil sémiologique de la basidiobolomycose à Abidjan (Côte d'Ivoire),
- 2 - d'évaluer l'efficacité du traitement de la basidiobolomycose par le Kétoconazole.

## II - MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée d'Octobre 1982 à Octobre 1993 dans le service de Dermatologie du C.H.U. de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Ont été inclus dans l'étude tous les malades présentant une induration dermo-hypodermique faisant penser à une basidiobolomycose.

Un dossier est fait où sont mentionnés les paramètres suivants :

- \* Age,
- \* Sexe,
- \* Profession,
- \* Lieu de résidence,
- \* Motif de consultation,
- \* Durée de la maladie,
- \* Caractères cliniques de l'induration

Examens paracliniques (examens histo-pathologiques et mycologiques de la peau prélevée à périphérie de l'induration ; radiographie osseuse en regard de l'induration ; examen parasitologique des selles).

Une biopsie est pratiquée sur chaque malade avant le traitement au Kétoconazole à la dose de 5 à 7 mg/kg/jour en prise unique par voie orale.

La peau prélevée est divisée en deux parties : l'une fixée au formol est adressée au laboratoire d'histo-pathologie du C.H.U de Treichville et l'autre moitié non fixée est adressée au laboratoire de parasitologie de la faculté de médecine d'Abidjan.

L'examen histo-pathologique a été jugé concluant, chaque fois qu'il a révélé une image de granulome inflammatoire d'origine fongique. L'examen mycologique (y compris la culture) a permis dans les cas favorables d'identifier l'espèce.

Durant le traitement, pour s'assurer de la guérison biologique, une deuxième biopsie est pratiquée. En outre, compte tenu de la toxicité du Kétoconazole, les transaminases ont été surveillées une fois par mois.

## RESULTATS

D'octobre 1982 à octobre 1993, 10 malades présentant une tuméfaction dermo-hypodermique ferme, circonscrite, indolore évoquant une basidiobolomycose ont été recensés en consultation et/ou hospitalisation au centre de dermatologie.

Le diagnostic a été confirmé par l'examen histo-pathologique et la culture chez 6 malades (observations n°1, 2, 3, 5, 7, 10). Par contre la culture a été négative chez 3 malades (observations n°6, 8, 9) et enfin le diagnostic de la basidiobolomycose a été exclusivement clinique dans l'observation n°4 parce que la biopsie cutanée n'a pu être faite avant le début du traitement.

Tableau 1

Obs. n°	Age (ans)	Sexe	Résidence	Siège de la lésion	Dose quotidienne (mg)	Durée de traitement (mois)
1	7	F	Non précisée	Sein droit	100	5
2	3	M	Soubre	Fesse cuisse gauche	100	2
3	5	F	Sassandra	Avant bras droit	100	2
4	8	M	Man	Bras gauche	200	2
5	4	M	Lakota	Fesses-cuisses	100	6
6	4	M	Sinfra	Fesses-cuisses	100	5
7	10	M	Ananguie	Fesses-cuisses droite	100	2
8	7	F	Tiassale	Fesses-cuisses droite	100	5
9	7	M	Lakota	Fesse gauche creux poplité	75	8
10	13	M	Facobly	Fesse gauche creux poplité	200	5

Les caractéristiques de ces basidiomycoses se résument comme suit :

### Fréquence

En 1963, ANGATE Y. et coll. rapportent le 1er cas ivoirien. Ensuite en 1982, KANGA J.M. et coll. effectuent le 1er essai thérapeutique sur une fillette de 7 ans pendant 5 mois. Actuellement, nous rapportons au total 10 cas hospitalisés dans le service en 10 ans soit environ 1 cas /an. Son incidence est en réalité sous-estimée du fait de la méconnaissance de l'affection par certains médecins généralistes ; donc beaucoup de cas nous échappent.

### Age et sexe des malades

Les âges extrêmes se situent entre 3 et 13 ans avec une moyenne de 7 ans. Les deux sexes sont touchés avec prédominance masculine avec un sex-ratio de 2/1.

### Résidence et Profession

Tous les enfants reçus sont des écoliers vivant en zone rurale et l'interrogation n'a pu révéler la notion de micro-traumatisme.

### Aspects cliniques

L'aspect clinique demeure identique à celui décrit il y a plusieurs années. C'est-à-dire le placard dermo-hypodermique cartonné, ligneux homogène. La taille des lésions est variable, de quelques centimètres, elle peut atteindre des dimensions impressionnantes (un membre entier, toute une fesse etc...). Quant à leur siège, on note une prédominance de l'atteinte de la cuisse et fesse à la fois 6 cas sur 10. Par ailleurs on ne note pas de manifestations associées.

### Moyens thérapeutiques

Depuis 1982 notre attitude thérapeutique consiste à administrer le Kétoconazole (Nizoral comprimé 200 mg) à la dose de 5-7 mg/kg/jour par voie orale. Du fait des accidents hépatiques qu'il peut entraîner, un dosage des transaminases est effectué chez tous les malades au début du traitement et ensuite une fois par mois. Dans notre étude, aucune atteinte hépatique n'a pu être notifiée et cela pendant 4 mois de durée moyenne de traitement.

### Durée d'évolution

Sous traitement au Kétoconazole, la fragmentation du

placard est obtenue au bout de 4-8 semaines avec guérison complète, au bout de 4 mois en moyenne sans séquelle. Et aucune récurrence n'a été notée à l'arrêt du traitement. Le recul le plus long étant de 11 ans.

## IV - DISCUSSION ET CONCLUSION

Nous avons diagnostiqué 10 cas de basidiomycoses en 11 ans. Les malades sont tous des enfants vivant en zone rurale dont l'âge varie entre 3-13 ans avec une prédominance masculine.

Les données démographiques et cliniques (Tableau I) de nos malades sont similaires à celles décrites dans la littérature (1, 2, 3).

Nous avons traité tous les malades par Kétoconazole (Nizoral® comprimé 200 mg) à la dose de 5-7 mg/kg/j par voie orale.

Les raisons de ce choix sont basées sur l'expérience du Centre de Dermatologie (4) sur un cas en 1982 et sur les données de la littérature (5, 6).

Après une durée moyenne de 4 mois de traitement, l'efficacité clinique du Kétoconazole a été satisfaisante pour justifier sa poursuite jusqu'à la guérison complète (clinique et paraclinique). La durée totale de traitement comprise entre 2 et 8 mois est proportionnelle à l'étendue de la lésion. Aucune anomalie clinique ni biologique n'a été observée pendant le traitement, et de même aucune rechute n'a été notée, le recul le plus long étant de 11 ans (4).

Cette étude confirme les observations des essais cliniques antérieurs de KANGA J.M. (4) et OKELLO (5), mais surtout l'observation de YANGCO et coll. (6) qui ont étudié l'activité in vitro de Pamphotéricine B, du Miconazole, de la 5-Fluoro-Cytosine et de l'iodure de potassium sur les espèces humaines et sauvages de basidiobolus et conidiobolus et qui en conclusion ont notifié l'efficacité du Kétoconazole sur les agents des entomophoro-mycoses et avaient souhaité que les études cliniques soient faites pour confirmer leurs observations. En effet, en confirmant l'efficacité clinique du Kétoconazole sur le basidiobolus, nous suggérons que cette molécule peut valablement remplacer les dérivés iodés difficiles à obtenir et qui présentaient entre autre de nombreux effets secondaires.

Onze années après le 1er cas de basidiomycose décrit dans notre service, cette étude rétrospective nous permet d'affirmer que l'aspect épidémiologique reste inchangé. Cependant, sur le plan thérapeutique le Kétoconazole peut constituer une thérapeutique sûre et efficace actuellement.

## BIBLIOGRAPHIE

1 - ANGATE Y., OUEDRAOGO H., DIARRA S., CAMIN R.

Sur 1 cas de phycomycose en Côte d'Ivoire.

Bull. Soc. Path-Exot, 1963, 56 : 112-114.

2 - BITTENCOURT et al.

Entomophptomycosis review.

Med. : Cutan'Ibera: Lat. Am 1988, 16 (2) : 93-100.

3 - JORGE A.E., ARMED H., JEAN M.D., JEN V.C., GEARALD E.P.

Mycoses semi-profondes et profondes.

Derm. Tropic., 1993 ; 303-304.

4 - KANGA J.M., DJEHA D., YOBOUE P., ROUX R., DAO I., HEROIN P.

Basidiobolomycose, à propos d'un cas traité par le Kétoconazole.

Ann. Université Abidjan Med., 1983, 17 : 161-166.

5 - OKELLO D.O., GOODGAME R.

Ketoconazol for subcutaneous phycomycosis.

The Lancet, 1988, vol 2 :, 169.

6 - YANGBO B.G., BIENVENIDO O.G., JOSEPHINE I., OKAFOR M.,  
TESTRAKE D.,

In -vitro susceptibilities of human and wild type isolates of basidiobolus  
and conidiobolus and conidiobolus species.

Antimicrobial agents and chemotherapy, Apr. 1984, 413-416.

# Abonnez-vous pour l'an 2000 !



Retrouvez

«Médecine d'Afrique Noire»

sur Internet

[WWW.santetropicale.com](http://WWW.santetropicale.com)