

# FAIT CLINIQUES

## ENTOMOPHTOROMYCOSE RHINO FACIALE: A propos d'un cas.

NJOCK R.<sup>1</sup>; FEWOU A.<sup>2</sup>; OKALLA EBONGUE C.<sup>3</sup>; MVOUNI OYONO S.<sup>1</sup>; BENGONO G.<sup>4</sup>

(Manuscript N° A38. Received 30 January 2006. Accepted in revised form 05 March 2006) Clin Mother Child Health 2006; Vol 3, N° 1: 494-495

### RESUME:

Les auteurs rapportent un cas rare d'entomophthoromycose rhinofaciale avec les difficultés diagnostiques et thérapeutiques liées à cette mycose exotique. L'intérêt de la biopsie devant la présentation clinique d'une tumeur centro-faciale est rappelé pour éviter tout retard diagnostic.

**MOTS CLES:** Entomophthoromycose - *Conidiobolus coronatus* - Face.

## FACIAL ENTOMOPHTOROMYCOSIS: A case report.

### SUMMARY:

The authors report a case of a rare facial entomophthoromycosis in a young Cameroonian male. Difficulties in diagnosis and treatment are presented. The importance of biopsy of this face tumour to avoid late diagnosis is elucidated.

**KEY WORDS:** Entomophthoromycosis - *Conidiobolus coronatus* - Face.

### I- INTRODUCTION

L'entomophthoromycose rhino faciale ou rhinophycomycose est une mycose exotique rare. Nous rapportons notre expérience d'un cas clinique et nous passons en revue la littérature autour de cette affection exceptionnelle.

### II- OBSERVATION

Le patient N.V. âgé de 15 ans consulte dans le service d'Otorhinolaryngologie (ORL) de l'Hôpital Général de Douala pour une tuméfaction médio faciale indolore évoluant depuis deux ans. Une précédente consultation chez un praticien ORL ayant pratiqué une ponction – drainage des sinus restera sans amélioration. A l'examen de la face, il existe une déformation de part et d'autre de l'auvent nasal, étendue au front et à la lèvre supérieure. La fosse nasale gauche est obstruée par un syndrome de masse. A la palpation, la tumeur est de consistance ferme. La fibroscopie ORL révèle une perle tumorale au niveau du cavum. La sérologie du virus d'immuno

déficiencie humaine acquise (VIH) est négative. L'examen anatomopathologique d'une biopsie de la tumeur est en faveur d'une entomophthoromycose rhino faciale sur la présence de filaments mycéliens. Ceux-ci sont entourés d'un granulome hypodermique scléro – inflammatoire. Un traitement médical à base d'Itraconazole à raison de 200 mg/jour est institué avec surveillance de la fonction hépatique. L'évolution est favorable avec une diminution perceptible du volume des lésions au 3<sup>ème</sup> mois du traitement.

### III- DISCUSSION

L'entomophthoromycose rhino faciale est une infection sous cutané – muqueuse à localisation centro – faciale, due à *Conidiobolus coronatus* [1]. *Conidiobolus villous* et *Delacroixia coronata* peuvent également être responsables de cette affection [2]. Cette maladie sévit exclusivement dans la région tropicale humide, principalement au Cameroun, Nigeria, Zaïre, Congo et à Madagascar. En dehors de la région forestière et humide, un cas a été décrit en zone aride en Somalie [3].

Le réservoir de virus est le sol et les végétaux en décomposition [4]. Cet agent est également pathogène pour les chevaux, les chimpanzés et les arthropodes [5]. Le mode de contamination généralement admis est une inhalation des spores à travers une lésion muqueuse. Notre cas survient chez un jeune de 16 ans, ce constat reste en accord avec KOENIG [4]. Pour cet auteur l'affection atteint de préférence les adolescents de sexe masculin. Notre

<sup>1</sup> Service Oto-rhino- laryngologie, Hôpital Général de Douala, Cameroun.

<sup>2</sup> Service d'Anatomo-pathologie, Hôpital Laquintinie Douala, Cameroun.

<sup>3</sup> Service de Biologie Clinique, Hôpital Général de Douala, Cameroun.

<sup>4</sup> Département Oto-rhino- laryngologie – Stomatologie – Ophtalmologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Cameroun.

Correspondances: NJOCK R, B.P. 4856

Douala –Cameroun; E mail: rnjock@yahoo.fr

patient vit dans une concession où il est pratiqué un élevage traditionnel de porcs. Cet élevage est constitué par un enclos qu'entourent des détritiques divers en pleine décomposition. Le rôle du patient est d'alimenter les porcs en déversant des déchets alimentaires de toutes sortes dans l'enclos. Cette promiscuité avec le réservoir de virus tellurique ainsi que l'humus serait à l'origine d'inhalation des spores sur une muqueuse lésée. Une inoculation directe sur la muqueuse de spores à la faveur de lésions dues au grattage du nez avec des doigts sales ayant été en contact avec le sol a été également évoquée [6].

La maladie débute au niveau de la muqueuse nasale et s'étend dans les tissus sous cutanés du nez, des lèvres et des paupières. Elle peut aboutir en quelques mois d'évolution à une déformation monstrueuse du visage en «groin». Une forme disséminée a été décrite chez l'immunodéprimé [7].

Cette affection peut prêter à confusion avec d'autres maladies infectieuses tropicales à tropisme nasal : leishmaniose, rhinosclérome, rhinosporidiose, lèpre lépromateuse.

Le diagnostic est fait à l'examen anatomopathologique d'une biopsie à cheval entre la lésion et le tissu sain. De façon idéale, la coloration à réaliser pour cet examen est le nitrate d'argent de GROMORI – GROCOTT, mais nous avons utilisé la technique à l'hématéine – éosine qui est aussi contributive au diagnostic. Elle montre des fragments d'hyphes faiblement colorés, d'environ 6-25µ, aux parois fines, aux limites irrégulières et non parallèles, des septa irrégulièrement fréquents, et quelques embranchements. Il existe en outre une réaction granulomateuse hétérogène entourant des filaments et une fibrosclérose ayant une composante éosinophile caractéristique [1].

Le traitement est long et difficile mais il est avant tout médical et repose sur les imidazolés oraux. Nous avons préféré l'Itraconazole au Ketoconazole pour sa meilleure tolérance hépatique [1]. Les solutions saturées d'iodure de potassium (lugol) à la dose de 30mg/kg/j ou le cotrimoxazole peuvent également être utilisés pendant une durée de 4 mois à 6 mois [1]. Une dizaine de cas avait été rapporté au Cameroun en 1982 sur les 62 patients africain atteints par cette affection (cité par CHAUVIN et al [8]).

#### IV- CONCLUSION

L'entomophthoromycose rhinofaciale demeure une affection exceptionnelle qui pose des problèmes spécifiques de diagnostic et de thérapeutique. Quelques incertitudes demeurent sur le plan étiopathogénique. La connaissance de l'affection à évoquer en contexte d'exercice tropical amène à réaliser une biopsie devant toute tuméfaction médio-faciale survenant chez un adolescent ■

**Figure 1-** Face avant le traitement.



**Figure 2-** Face après trois mois de traitement.



#### REFERENCES:

1. Klossek JM, Serrano E. Les mycoses en ORL : Rapport de la Société Française d'ORL et chirurgie de la face et du cou 2003. Société française d'ORL Editeur.
2. Ochoa LF, Duque CS, Velez A. Rhinoentomophthoromycosis: Report of two cases. J Laryngol Otol 1996;110: 1154-6.
3. Carrere C, Simon F, Nomade F, Marret G. A case of nasal entomophthoromycosis observed in an arid Africa Region Somalia. Med Trop 1994;54:239-41.
4. Koenig M. Guide de mycologie médicale. Paris 1995, Collection Ellipses.
5. Touze JE, Debrie JC, Lecamus. Zygomycoses. Encycl Med Chir (Paris France).1991 ; Maladies infectieuses 8126-C-10:8p.
6. Charasse D, Herbrecht R. Zygomycose (II): Entomophthoromycoses. Encycl Med Chir (Paris France)1999;Elsener, Maladies Infectieuses:8-614-117p.
7. Caumes E. Atlas de dermatologie tropicale .1999 Janssen-cilag ed.
8. Chauvin JL, Drouhet F, Dupont B. A new case of rhinoentomophthoromycosis. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.1982;99.12:563-8.