



## À PROPOS D'UN CAS D'IMPORTATION DE COCCIDIOIDOMYCOSE PULMONAIRE

F. TRUEBA, P. SAINT-BLANCARD, P. DOIREAU, M. ELLOUENASS, V. HERVÉ

• Travail du service de Biologie Clinique (F.T., M.E., Docteurs en médecine, V.H., Docteur en médecine, Chef de service), du service d'Anatomo-pathologie (P.S.-B., Docteur en médecine) et du CPEMPN (P.D., Docteur en médecine), Hôpital d'Instruction des Armées PERCY, 101 av Henri Barbusse 92140 Clamart, France. Fax 01 41 46 64 57  
 • Courriel : f.trueba@wanadoo.fr •

*Med Trop* 2005 ; **65** : 24

Un homme de 44 ans, pilote de ligne, non immunodéprimé, et sans antécédent de pathologie médicale (notamment de diabète), est admis dans notre hôpital pour l'exploration d'une toux productive associée à une altération de l'état général survenue après un séjour touristique d'une semaine dans la *Death Valley* (vallée de la mort), grand parc national du sud-ouest des Etats-Unis. L'hémogramme ne montre pas d'hyperleucocytose. En revanche, il existe un syndrome inflammatoire biologique avec une C-réactive protéine (CRP) élevée à 89,6 mg. L<sup>-1</sup> et un fibrinogène plasmatique à 7 mg. dL<sup>-1</sup>. La radiographie pulmonaire objective une image nodulaire située dans la partie supérieure du lobe inférieur droit. Le scanner thoracique confirme la présence du nodule associé à des adénopathies hilaires (Fig. 1). Une origine néoplasique, tuberculeuse ou parasitaire étant évoquée, l'exérèse du nodule est réalisée. L'examen direct, après coloration de Ziehl-Neelsen, ne montre pas de bacille acido-alcool-résistant et la mise en culture de l'échantillon reste négative après 8 semaines. En revanche, l'examen anatomo-pathologique du nodule après coloration de Gomori-Grocott révèle la présence de sphérules de 35 µm de diamètre contenant des endospores associées à une réaction granulomateuse (Fig. 2). La sérologie effectuée par électrosynérèse montre l'existence d'anticorps spécifiques dirigés contre *Coccidioides immitis*. La culture réalisée dans un laboratoire spécialisé et sécurisé, en raison du danger due à la contagiosité des arthrospores, met en évidence toutes les caractéristiques de ce champignon. Le bilan d'extension à la recherche d'une dissémination multiviscérale n'a montré aucune atteinte méningée, cutanée, osseuse ou articulaire. Rapidement après le début du traitement par itraconazole, on note une amélioration clinico-biologique. Le patient sort de l'hôpital avec une prescription de poursuite de l'antifongique et sera suivi mensuellement. L'enquête épidémiologique autour du patient n'a révélé aucun cas similaire chez les personnes exposées au même risque. En zone d'endémie, la coccidioïdomycose est fréquente et en constante augmentation (100 000 cas déclarés aux USA). En revanche, en France, les mycoses dues aux champignons dimorphiques sont rares, essentiellement des cas importés qui peuvent conduire à des retards de diagnostic. L'infection à *Coccidioides immitis* est symptomatique chez 40 % des sujets et se manifeste par un syndrome grippal. Les formes pulmonaires pseudo-tumorales existent avec une possible dissémination multiviscérale dans moins de 1 % des cas, rapidement fatale. Certains groupes ethniques (les sujets noirs, les indiens d'Amérique), les femmes enceintes et les sujets immunodéprimés représentent les principaux facteurs associés à un risque élevé de dissémination de la maladie. Il est nécessaire d'évoquer le diagnostic de coccidioïdomycose chez tout patient ayant séjourné en zone d'endémie. Ce sont des régions chaudes, sèches et semi-désertiques où l'atmosphère poussiéreuse et les vents de sables constituent des facteurs de risques de dissémination des spores. Il est donc important d'informer les voyageurs en partance pour de telles régions des risques qu'ils encourent ■



Figure 1 - Scanner thoracique. Nodule du lobe pulmonaire inférieur droit.

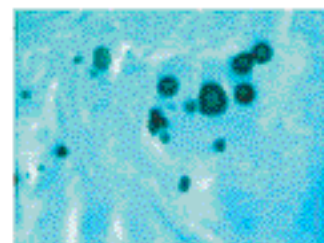


Figure 2 - Coloration de Gomori-Grocott (x 400). Sphérules de *Coccidioides immitis*.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- 1 - PANACKAL AA, HAJJEH RA, CETRON MS, WARNOCK DW - Fungal infections among returning travellers. *Clin Infect Dis* 2002 ; **35** : 1088-1095.
- 2 - COLOMBAT M, COUVELARD A, BRUGIÈRE O *et Coll* - Diagnostic d'une coccidioïdomycose pulmonaire sur un prélèvement médiastinal. *Ann Pathol* 2002 ; **22** : 158-159.
- 3 - CHANDENIER J, DUONG TH, DUMONT *Pet Coll* - Un cas de coccidioïdomycose pulmonaire importé des USA. *J Mycol Med* 2002 ; **12** : 34-36.
- 4 - PRADINAUD R, COUPPIE P - Coccidioïdomycose. In « Encycl Med Chir-Maladies infectieuses ». Elsevier ed, Paris, 1996, 6 p.
- 5 - STEVENS DA - Coccidioïdomycosis. *N Engl J Med* 1995 ; **332** : 1077-1082.