

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2025-2026

N°

MEMOIRE

HISTOPLASMOSE DISSEMINÉE CHEZ UNE FILLE IMMUNOCOMPÉTENTE DE 13 ANS À L'HÔPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO

Présenté et soutenu le 30/03/2026 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Dr Promoubé KAMATE

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisée de Dermatologie
Léprologie - Vénérologie**

JURY :

Président :	M. Ousmane FAYE	Professeur
Directeur :	M. Adama Aguisa DICKO	Professeur
Co-directeur :	M. Lamissa CISSE	Maître de recherche
Membre :	M. Madou SISSOKO	Maître de recherche

SOMMAIRE

DEDICACES.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.....	4-8
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	9-10
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	11-13
CHAPITRE III : OBSERVATION CLINIQUE.....	14-28
CHAPITRE IV : DISCUSSIONS.....	29-32
CHAPITRE V : CONCLUSION.....	33-34
CHAPITRES VI : RECOMMANDATIONS.....	35-36
REFERENCES.....	37-40
ANNEXES.....	41-43

DEDICACES

Gloire à Dieu le tout puissant et au seigneur !!!

Ce travail est dédié :

A mon père Kalifa Fy Kamaté :

Cher père ; votre rigueur et votre exigence dans l'éducation, votre souci permanent de notre bien-être, votre soutien et vos bénédictions, m'ont permis d'être là aujourd'hui.

Que Dieu le tout puissant vous donne longue vie et vous accorde sa miséricorde.

A ma mère Yawadi Mounkoro :

Vous avez tout donné pour notre instruction et notre éducation.

Mère infatigable ; vos conseils, vos bénédictions et surtout votre soutien, ne nous ont jamais manqués dans n'importe quelle circonstance.

Que Dieu vous prête longue vie et vous gratifie d'une bonne santé !

A tous mes tontons, oncles et tantes : J'ai toujours été à votre écoute pour vos conseils. En disant ces mots, je pense surtout à ma tante **Hantio Kamaté** qui a toujours été présente à nos côtés pendant les moments difficiles que nous avons traversés.

Que l'avenir soit pour vous tous, soulagement et satisfaction !

A tous mes frères et sœurs, seule l'union fait la force.

A la mémoire du benjamin de la famille (Zoura kalifa kamaté) pour le repos éternel de son âme.

A mon épouse Sanihan Suzanne Mounkoro :

Ton soutien moral et affectif a été une source de motivation pour moi. Reçois ici l'expression de mon amour profond et éternel.

A mes enfants Yawadi, Panga, Dembèrè Cathérine, Sékou Dieudonné :

Je garde l'espoir que vous ferez mieux que moi. Que le tout puissant vous donne une longue vie, plein de santé et de bonheur.

Toutes mes bénédictions !!!

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- ❖ **L'administration et le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS)**, pour la qualité de la formation durant mon parcours universitaire.
- ❖ **Mes enseignants et encadreurs à l'HDB** : je ne serais jamais à ce niveau sans votre contribution.
- ❖ **Tout le personnel du service de Dermatologie de l'HDB** : pour la franche collaboration.
- ❖ **Tous mes amis et collaborateurs** pour leur soutien et leurs conseils.
- ❖ **La famille « KAMATE » à Ouan, Fangasso, Bamako.**
- ❖ **Mon cousin Sanibé Emmanuel Mounkoro et sa famille**, pour le soutien indéfectible durant mon parcours du secondaire.
Que dieu exauce vos vœux !
- ❖ **Feu Mr Taré MOUNKORO et famille**, qui n'a ménagé aucun effort lors de mon parcours au fondamentale.
- ❖ **Ma belle-famille (la famille Mounkoro)**, pour leur soutien indéfectible.
- ❖ **Toutes les personnes de bonne volonté**, qui m'ont appuyé moralement, matériellement et financièrement durant mon parcours.

Que le présent mémoire soit pour vous le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Ousmane FAYE

- **Professeur titulaire en Dermatologie à la FMOS**
- **Spécialiste en Dermato-lépro-vénérologie et en Anatomopathologie cutanée**
- **PhD en santé publique épidémiologie et science de l'information biomédical de l'université Pierre Marie Curie**
- **Coordinateur du D.E.S de Dermatologie-Léprologie-Vénérologie à la FMOS**
- **Coordinateur du projet de Télédermatologie au Mali**
- **Vice-Doyen de la FMOS de 2014 à 2019**
- **Directeur général de l'hôpital de dermatologie de Bamako de 2019 à 2024**
- **Directeur de l'unité de recherche CEREFORD**
- **Président de la SOMADEV**
- **Membre de l'académie Française**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales.**

Cher maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos immenses qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur dans le travail et votre générosité constituent pour nous une source d'inspiration.

Soyez rassuré de notre profond attachement et de notre grand respect.

A notre Maître et Directeur de mémoire :

Professeur Adama Aguisa DICKO

- **Professeur titulaire en Dermatologie à la FMOS**
- **Spécialiste en Dermato-lépro-vénérologie**
- **Chef de service de Dermatologie de l'HDB**
- **Président du comité médical d'établissement de l'HDB**
- **Membre de la SOMADEV**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales.**

Cher maître ;

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour la confiance que vous avez placée en nous. Vos exigences scientifiques et votre disponibilité ne nous ont pas manquées durant ce travail.

Vos qualités scientifiques et pédagogiques ainsi que votre modestie font de vous un maître admiré.

Recevez ici le témoignage de notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-directeur de mémoire :

Dr Lamissa CISSE

- **Maître de recherche à l'hôpital de dermatologie de Bamako**
- **Spécialiste en Dermato-lépro-vénérologie**
- **Diplômé de formation médicale spécialisée appliquée en Dermatologie (DFMSA) de l'université des Antilles en Martinique**
- **Member de l'académie européenne de dermatologie vénéréologie**
- **Membre de la SOMADEV**

Cher maître ;

Nous sommes touchés par le dévouement avec lequel vous avez accepté de co-diriger ce travail.

Vos qualités scientifiques, votre disponibilité et surtout votre preuve d'humilité font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge :

Dr Madou SISSOKO

- **Maître de recherche à l'hôpital de dermatologie de Bamako**
- **Spécialiste en Dermato-lépro-vénérologie**
- **Praticien hospitalier à l'HDB**
- **Membre de la SOMADEV**

Cher maître ;

Nous sommes très touchés par l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de le juger.

Vos qualités scientifiques et votre modestie font de vous un maître respecté.

Nous sommes très fiers de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Recevez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

SIGLES & ABREVIATIONS

BDC= Bruits du Cœur

Bts/min = Battements par minute

°C = Degré Celsius

CEREFORD = Centre de Recherche et de Formation en Dermatologie de la Diversité

Cm= Centimètre

D.E.S = Diplôme d'études spécialisées

F= Féminin

FC= Fréquence cardiaque

FMOS = Faculté de médecine et d'odontostomatologie

FR= Fréquence respiratoire

G/dl= Gramme par décilitre

HCC = *Histoplasma Capsulatum var capsulatum*

HCD = *Histoplasma capsulatum var duboisii*

HDB= Hôpital de Dermatologie de Bamako

IDR= Intradermo-réaction

IMC= Indice de masse corporelle

Kg= Kilogramme

Kg/m² = Kilogramme par mètre carré

Km= Kilomètre

M = Masculin

MGG= May Grunwald Giemsa

Mg = Milligramme

Mg/j = Milligramme par jour

Mm³ = Millimètre cube

Mm Hg = Millimètre de mercure

Min = Minute

NFS = Numération formule sanguine,

OMS = Organisation mondiale de la Santé

PCR = Polymerase chain reaction

PEV = Programme élargis de vaccination

PhD = Doctor of Philosophy ou Philosophiae doctor

PV VIH = Personne vivant avec le VIH

VIH = Virus de l'immunodéficience humaine

SOMADEV = Société Malienne de Dermatologie Vénérologie

T° = Température

TA = Tension artérielle

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Cas infantiles rapportés en Afrique au cours de la dernière décennie

Figure 1 : Distribution globale de l'histoplasmosse infantile

Figure 2 : Lésions cutanées chez la patiente à l'admission.

Figure 3 : Différentes atteintes ganglionnaires chez la patiente à l'admission.

Figure 4 : Image radiographique du thorax de face, mettant en évidence un élargissement du hile pulmonaire et une accentuation des trames vasculaires chez la patiente.

Figure 5 : Aspect microscopique de *Histoplasma capsulatum duboisii* mis en évidence chez la patiente à l'examen direct.

Figure 6 : Image histologique mettant en évidence un infiltrat dense nodulaire fait de lymphocytes et d'histiocytes contenant des corps biréfringents chez la patiente.

Figure 7 : Evolution clinique de la patiente après 7 semaines sous Itraconazole

Figure 8 : Evolution clinique en Janvier 2026, quand elle revenait du village, après environ 3 semaines d'interruption du traitement contre avis médical.

INTRODUCTION

CHAPITRE I : INTRODUCTION

L'histoplasmosse est une infection fongique systémique, à caractère endémique, due à un champignon dimorphique du genre *Histoplasma capsulatum*, dont deux variantes responsables à l'infection chez l'homme: *Histoplasma Capsulatum var capsulatum* et *Histoplasma capsulatum var duboisii* [1].

C'est une maladie tropicale négligée déclarée par l'OMS depuis 2017 [2].

La contagion se fait le plus souvent par inhalation de spores à travers un environnement souillé (sols humides recouverts de fientes d'oiseaux, de guanos de chauve-souris et de composte, les grottes, les tunnels, la toiture de maisons abandonnées). Le champignon peut se réactiver suite à une immunodépression, secondaire à une maladie ou un traitement immunosuppresseur [3].

Les manifestations cliniques sont polymorphes, rendant le diagnostic difficile. Les formes disséminées sont graves et sont rencontrées le plus souvent dans un contexte d'immunodépression[4].

L'infection par *Histoplasma capsulatum capsulatum* est surtout rencontrée dans le nouveau monde tandis que celle à *Histoplasma capsulatum duboisii* est exclusivement rencontrée en Afrique (Ouest, Centrale et Madagascar).

Dans le monde, l'incidence de l'histoplasmosse varie de **0,1-1** cas par **100.000** personnes-années dans les pays à climat tempéré contre **10-100** cas par **100.000** personnes-années dans les pays à climat tropical humide.

Cette incidence est particulièrement plus élevée chez les PV VIH (100 cas par 100.000 personnes-années) [5].

Elle toucherait 2 fois plus d'hommes que de femmes, avec un sexe ratio variant entre 2-3[6].

En Afrique, la fréquence réelle de l'histoplasmosse n'est jusque-là pas connue. Les données épidémiologiques et les études sur le sujet restent limitées ; la plupart étant des cas cliniques rapportés[4, 7].

Selon une revue de la littérature en 2018 ; 470 cas d'histoplasmosse rapportés entre 1952 et 2017 ont été recensés en Afrique. Les cas pédiatriques représentaient 7,87% [4].

Au Mali, seulement une (01) étude et 09 cas rapportés ont été décrits dans la littérature [8, 9, 10, 11, 12, 13]

Nous rapportons un cas d'histoplasmosse disséminée chez une fille immunocompétente de 13 ans.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'histoplasmose infantile est endémique dans le monde. Des travaux ont été réalisés sur les cas publiés en Afrique et dans le monde par divers auteurs [4,14,15].

En 2021, une étude réalisée par B E. Ekeg et al a rapporté 1461 cas infantiles publiés entre 1945-2021 à travers le monde, avec une forte prévalence en Amérique du nord (76,7%). Les cas Africains représentaient 4,45% [14].

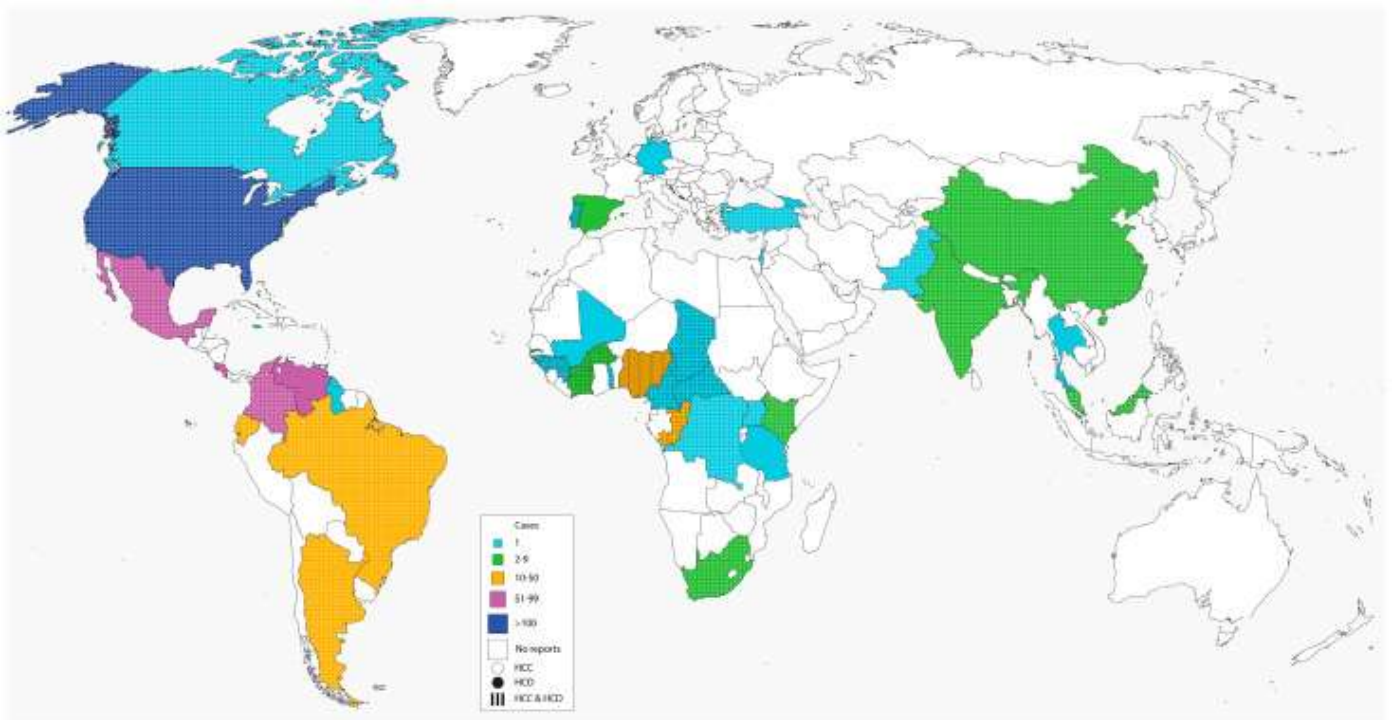


Figure 1. Distribution globale de l'histoplasmose infantile[14]

Selon la littérature, les cas pédiatriques sont rarement associés au VIH. Mais divers facteurs autres que l'infection au VIH, prédisposant les enfants à l'histoplasmose ou à ses formes disséminées ont été rapportés. Il s'agit notamment des hémopathies malignes, les maladies pulmonaires sous-jacentes, l'exposition à des toxines environnementaux, les maladies auto-immunes, la malnutrition, les traitements immunosuppresseurs, la pancytopenie, le syndrome d'hyper immunoglobulinémie E et M etc. [14].

Cependant la survenue de formes disséminées chez des individus apparemment sains, sans les facteurs habituels liés à l'âge extrême ou à une forme d'immunosuppression sont décrits [16, 17, 18].

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Tableau 1. Cas d'histoplasmoses rapportés chez l'enfant en Afrique au cours de la dernière décennie

PAYS	SEXE ET AGE (année)	ORGANES ATTEINTS	GERME	VIH	AUTEURS	DATE	N
Mali	M/6	Cutané, ganglionnaire et osseux	HCD	Négative	Minta et al[12]	2014	01
Guinée Conakry	F/6	Cutané, ganglionnaire et ostéo-articulaire	HCD	Négative	Boh Fanta Diané et al[19]	2023	01
Congo Brazzaville	F/3	Cutanée, digestif, ganglionnaire et ostéo-articulaire	HCD	Négative	J.R Mabilia et al[20]	2017	03
	F/9		HCD	Négative			
	M/4		HCD	Négative			
RD Congo	F/7	Cutanée et osseux	HCD	Négative	Paugam et al[21]	2014	01
	F-M/3-16	Cutané, ganglionnaire et osseux	HCD	Négative	Pakasa et al[22]	2018	15
Kenya	M/2	Ganglionnaire et digestif	HCC	Négative	A-M Macharia et al [23]	2019	01
Uganda	M/4	Digestif	HCC	Négative	V. Kweyamba et al[24]	2016	01
Nigeria	M/9	Osseux	HCD	Négative	Katchy et al [25]	2019	01
	F/9-12	Pulmonaire	HCD	Positive	Adereti et al [26]	2025	02
	F/13-16	Pulmonaire	HCD	Positive		2025	
	F/13	Ganglionnaire, digestif et rénal	HCC	Négative	Ubesie et al[27]	2013	01
Burkina Faso	F/8	Cutané, ganglionnaire et ostéo-articulaire	HCD	Négative	Barro/Traoré et al[28]	2013	01
Guinée-Bissau	F/7	Cutané, ganglionnaire et osseux	HCD	Négative	Esteves et al[29]	2016	01
	M/12	Cutané, ganglionnaire et osseux	HCD	Négative	D. Gonçalves et al[30]	2013	01

OBSERVATION CLINIQUE

CHAPITRE III : OBSERVATION CLINIQUE

Mademoiselle N.D, âgée de 13 ans, élève, de père cultivateur et de mère ménagère, domiciliée à Banankoroni situé à 12 Km de Ségou. Elle a été reçue en consultation en juillet 2025 ; pour de multiples nodules sous-cutanés et ulcéro-croûteux disséminés sur le tégument, évoluant depuis environ 3 mois.

Le début de la maladie remonterait à environ 1 an avant son admission ; marqué par des épisodes de toux sèche transitoires.

Environ neuf (09) mois plus tard, apparaissent progressivement de boutons au niveau du visage puis le tronc. Différents traitements traditionnels à base de Balanzan et de Karité ont été entrepris pendant environ 2 mois sans amélioration.

Devant l'extension progressive des lésions et la survenue d'ulcérations qui devenaient de plus en plus douloureuses, elle fut amenée en consultation par ses parents à l'hôpital de Ségou. Un traitement à base de Prednisone 20mg en raison d'un comprimé par jour, métronidazole 500mg en raison d'un comprimé 2 fois par jour et Ibuprofène 400mg en raison a été instauré pendant environ un mois. En absence de guérison malgré ce traitement, elle fut adressée à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako pour prise en charge.

Elle n'avait pas d'antécédent médico-chirurgical particulier. Mais l'interrogatoire rapportait la présence d'abris de chauve-souris, ainsi que des activités de compostage dans son environnement immédiat. Cependant, il n'y avait pas de notion de voyage, ni d'évènement clinique majeur. Il n'y avait pas de notion de prise médicamenteuse antérieure à l'éruption cutanée. Son status vaccinal du PEV est correct (selon la mère). Il n'y a pas de notion de contagé tuberculeux. Elle est le quatrième enfant d'une fratrie de 5, issue d'un mariage non consanguin.

A l'examen clinique :

L'examen général retrouvait une patiente en bon état général (Indice OMS coté à 0), un poids à 33 Kg pour une taille de 1,38 mètre, soit un IMC à 17,36 Kg/m² (normale selon la courbe de croissance). T° = 36,3 °C – FC = 90 bts/min - FR = 16 Cycle/min - TA = 100/60 mm Hg. Elle n'avait pas d'ictère, ni de pâleur conjonctivale, ni de plis de déshydratation, ni d'œdème.

L'examen dermatologique retrouvait :

➤ Sur la peau glabre :

- Deux (02) nodules en relief d'environ 1 cm de diamètre, de consistance dure, ombiliqués en leur centre, fixes par rapport au plan profond, indolores au toucher. Ces nodules siégeaient sur la joue gauche et la face postérieure de la fosse lombaire gauche.
- Une dizaine de nodules sous-cutanés, de taille variable allant de 1- 6 cm de diamètre, de consistance molle, dont la plupart sont froids et indolores au toucher. Ces nodules siégeaient sur le front, la nuque, le dos, la poitrine, l'abdomen et les membres.

Celui du front ainsi qu'un d'entre ceux de la nuque sont tendus et luisants, en voie de fistulisation. Ils sont chauds, douloureux au toucher.

- Six (06) lésions ulcéro-croûteuses, de taille variable allant de 1- 3 cm de diamètre, de forme ovale, à bordures nettes, fond nécrotique, suintantes par endroits, douloureuses au contact. Ces lésions siégeaient sur le cuir chevelu, la région rétro-auriculaire gauche, la nuque, sous le sein gauche, la face postérieure de la région lombaire droite, la face postérieure de la cuisse gauche et la face externe de l'avant-bras droit.

Celle de la cuisse est creûsante, avec des bordures tatouées et papuleuses, une peau péri-ulcéreuse indurée et chaude.

Celle de la région lombaire est bourgeonnante avec un aspect charnu, à bordures irrégulières.

- Il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses et des phanères.

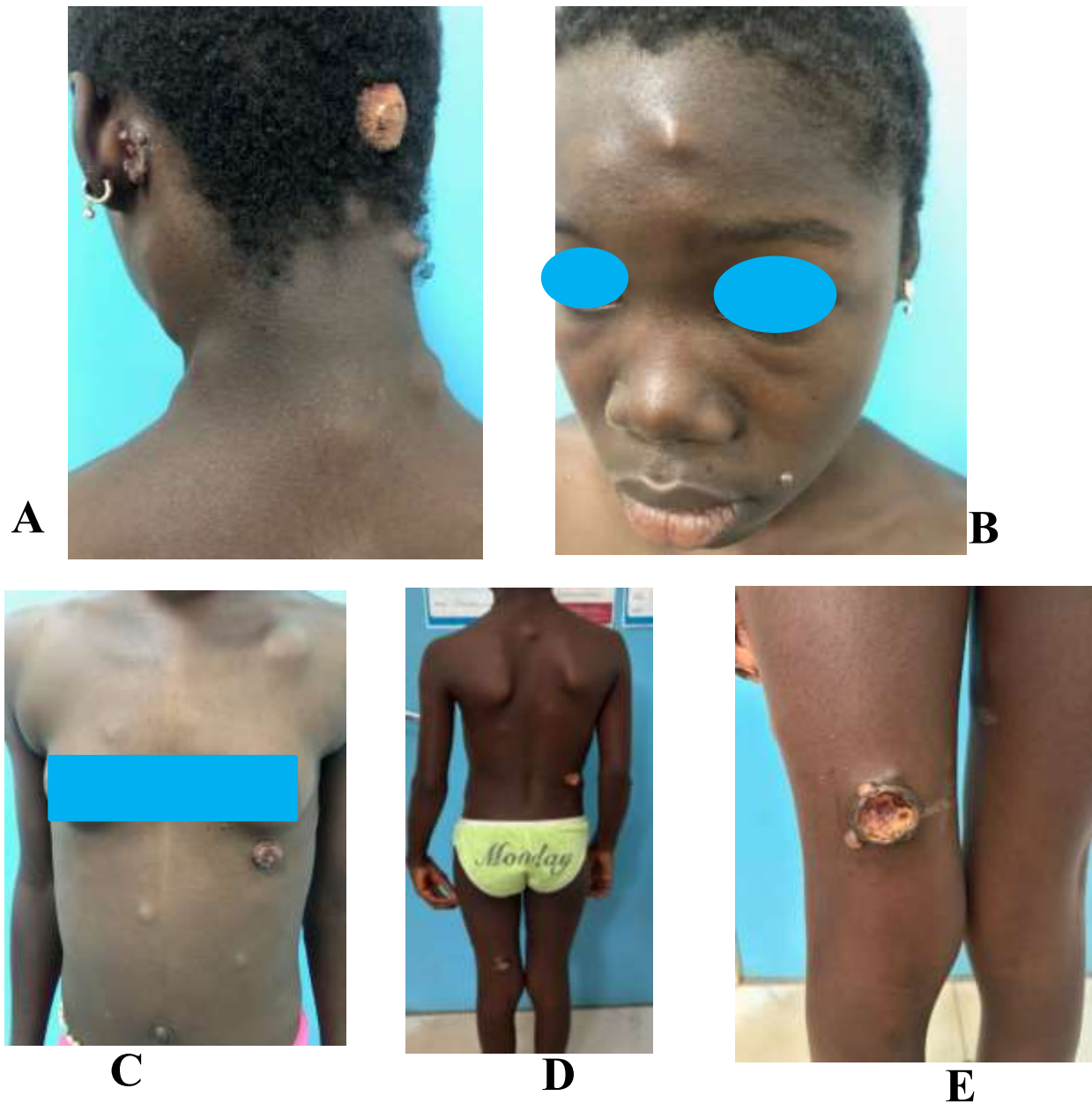


Figure 2. Lésions cutanées à l'admission. (KAMATE. P, HDB)

Figure 2.A : Nodules sous cutanés de la nuque et lésions ulcéro-croûteux du cuir chevelu et de la région rétro-auriculaire.

Figure 2.B : Nodule sous cutané en voie de fistulisation sur le front et nodule en relief de la joue.

Figure 2.C : Nodules sous cutanés de la poitrine, de l'abdomen et lésion ulcéro-croûteuse sous le sein gauche.

Figure 2.D : Nodule en relief de la région lombaire gauche, gros nodule sous cutané du dos et lésion ulcéro-bourgeonnante de la région lombaire droite.

Figure 2.E : Lésion ulcéro-croûteuse, creûsante, suintante, à bordures tatouées, localisée sur la face postérieure de la cuisse gauche.

L'examen de l'appareil spléno-ganglionnaire retrouvait de multiples adénopathies de taille variable allant de 3 à 5 cm, unilatérales, fermes, fixes, sensibles à la palpation. Ces adénopathies siégeaient sur les aires ganglionnaires rétro-auriculaires gauches, les aires cervicales gauches et les aires inguinales gauches. Il n'y avait pas de splénomégalie palpable.



A



B

Figure 3. Atteinte ganglionnaire à l'admission (KAMATE.P, HDB)

Figure 3.A : Adénopathies rétro-auriculaires et cervicales gauches.

Figure 3.B : Adénopathies inguinales gauches

L'examen de l'appareil locomoteur ne retrouvait pas de déformation ostéo-articulaire, ni de tuméfaction. Elle marchait correctement sans steppage. La palpation des vertèbres était non douloureuse.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire retrouvait les BDC audibles et réguliers sans bruits surajoutés, le pouls artériel à 90 pulsations/minute. Elle n'avait pas de varices, ni de turgescence jugulaire. Les pouls périphériques et centraux étaient bien perçus.

L'examen de l'appareil respiratoire ne retrouvait pas de toux, ni de dyspnée, ni de douleur thoracique.

Le thorax était symétrique et harmonieux sans signe de lutte. Le murmure vésiculaire était bien perçu aux deux bases pulmonaires à l'auscultation.

Il n'y avait pas de râles, ni de sibilant.

L'examen de l'appareil digestif avait retrouvé une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Il n'y avait pas d'ulcérations buccales. L'abdomen était souple et dépressible, non sensible à la palpation. La sonorité tympanique péri-ombilicale est conservée, il n'y avait pas de matité déclive des flancs.

Il n'y avait pas d'hépatomégalie palpable.

L'examen de l'appareil neurologique retrouvait une patiente consciente, bien orientée dans le temps et dans l'espace, le score de Glasgow était à 15/15.

Elle n'avait pas de déficit sensitif, ni d'hypertrophie des troncs nerveux périphériques.

Les réflexes étaient conservés

L'examen Uro-génital retrouvait les organes génitaux externes de type féminin sans ambiguïté. Il n'y avait pas d'ulcérations génitales, ni d'écoulement génitale. La palpation de la région pelvienne était non douloureuse, pas de masse palpée. La diurèse est conservée, il n'y avait pas de dysurie, ni de pollakiurie, ni de brûlure mictionnelle.

Résumé clinique :

Il s'agit d'une fille de 13 ans, domiciliée en milieu rural, sans antécédent médico-chirurgical connu. Elle a été reçue en consultation pour de multiples nodules sous-cutanés et ulcéro-croûteux d'évolution chronique.

L'anamnèse rapportait la présence d'abris de chauve-souris, ainsi que la pratique du compostage dans son environnement immédiat.

L'examen clinique retrouvait

- Une patiente en bon état général avec un indice OMS coté à 0 et un IMC normal à 17,36 kg/m²
- Des lésions cutanées faites de multiples nodules de taille variable allant de 1-6 cm de diamètre, dont certains sont en relief et d'autres sous-cutanés ; de lésions ulcéro-croûteuses de forme ovale, allant de 1-3 cm de diamètre, creusantes, bourgeonnantes par endroits, douloureuses au contact.
Ces lésions cutanées siégeaient sur le cuir chevelu, le front, la nuque, le tronc et les membres.
- De multiples adénopathies rétro-auriculaires et inguinales, de taille variable allant de 3 à 5 cm, unilatérales, fermes, fixes, sensibles à la palpation.
- Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Devant ce tableau clinique, nous avons évoqué comme hypothèses diagnostiques : un molluscum contagiosum, un lymphome, une leishmaniose cutanée, une tuberculose cutanée, une histoplasmosse.

Examens complémentaires :

La glycémie à jeûne était revenue normale

L'IDR à la tuberculine était négative

La recherche de corps de Leishman était négative.

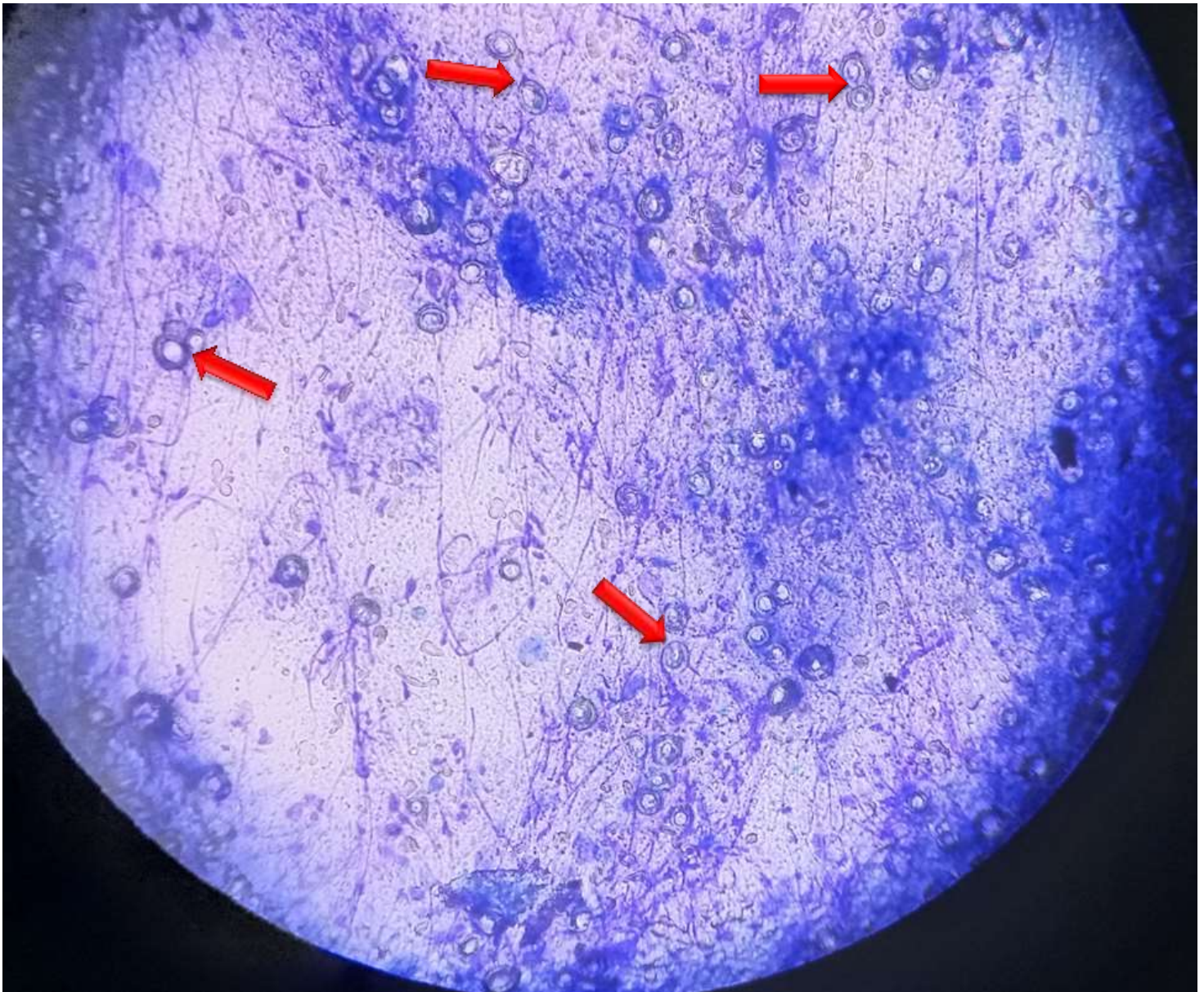
La sérologie rétrovirale (VIH) était revenue négative

La radiographie pulmonaire de face avait révélé un élargissement du hile pulmonaire, une accentuation des trames vasculaires.



Figure 4. Aspect radiographique mettant en évidence un élargissement des hiles pulmonaires, une accentuation des trames vasculaires (*Kamaté.P, HDB*)

L'examen direct du frottis après coloration au Giemsa, a mis en évidence dans le prélèvement de multiples corps de grande taille, en double coque, ovoïdes ou lévuriformes, biréfringents.




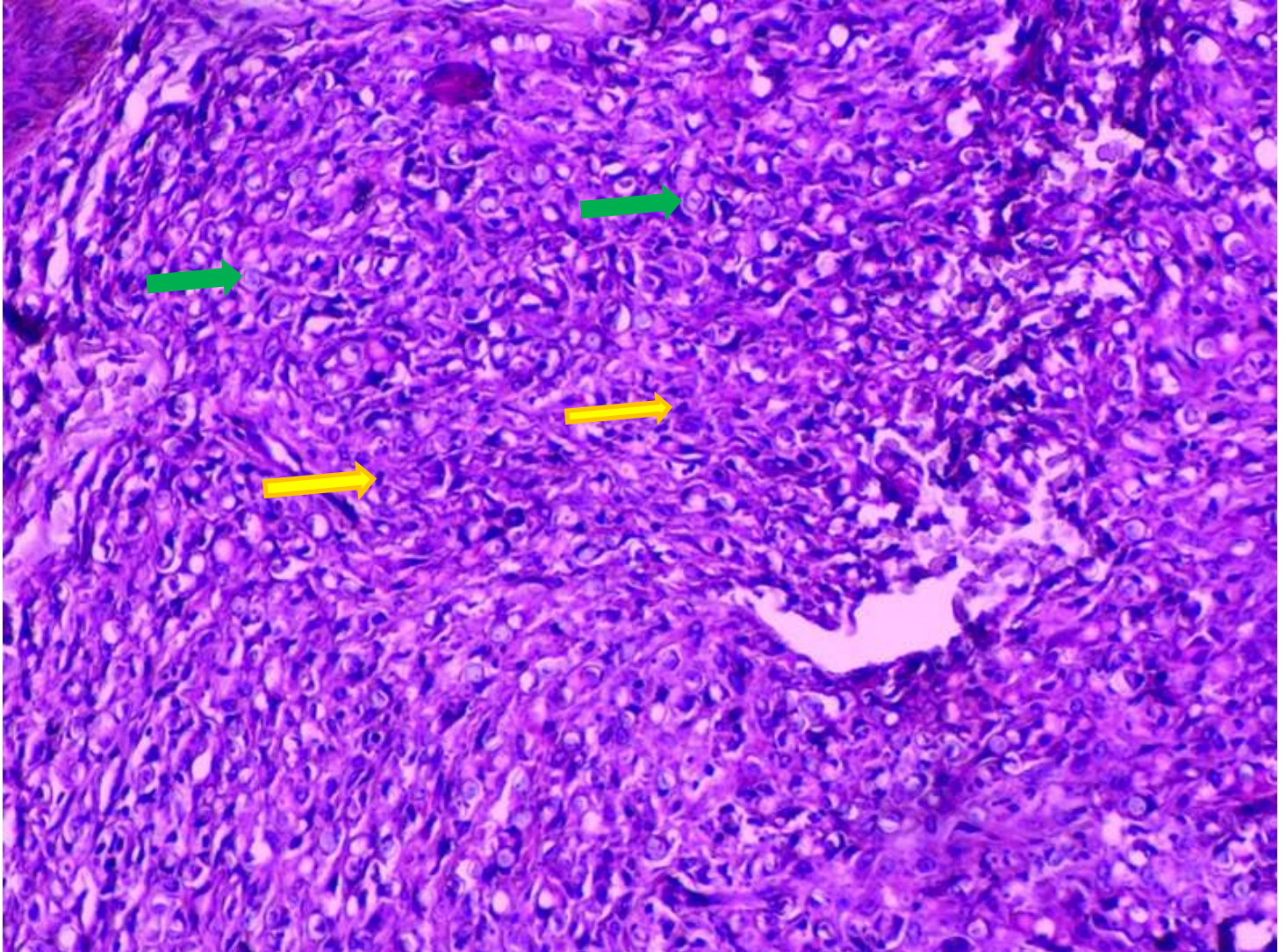
 *Corps ovoïdes en double coque*

Figure 5. Coloration au Giemsa : Multiples corps ovoïdes biréfringent, taille variable, au grossissement 40X (*Cissé. L, HDB*)

L'examen histologique d'un nodule biopsié au niveau du pied, a mis en évidence : un important infiltrat dense nodulaire, fait de lymphocytes et d'histiocytes contenant des corps ovoïdes, biréfringents.



→ *Histiocytes*

→ *Lymphocytes*

Figure 6. Image histologique du derme montrant un infiltrat dense nodulaire, fait de lymphocytes et d'histiocytes contenant des corps biréfringents. (Cissé. L, HDB)

En collaboration avec le laboratoire de Parasitologie-mycologie de la faculté de médecine de Bamako, nous avons réalisé la ponction d'un nodule fluctuant au niveau de la poitrine. Ce prélèvement a été envoyé à l'étranger pour le typage du germe ; puisque la culture n'était pas faisable dans notre contexte. Nous sommes à l'attente de ce résultat.

Diagnostic retenu :

Une histoplasmosse disséminée à *Histoplasma capsulatum duboisii* fut retenue devant : le contexte épidémiologique, le tableau clinique, le résultat du frottis et de l'histologie.

Avant de mettre la patiente sous antifongique systémique, un bilan pré-thérapeutique a été demandé :

La NFS était revenue normale avec un taux d'hémoglobine à 11,8g/dl.

Les transaminases, ainsi que la créatininémie étaient revenues normales.

La sérologie virale hépatique était revenue négative.

Traitement :

Dès le jour de son admission, la patiente a été mise sous Azithromycine 250 mg per os en raison de 1 comprimé/jour pendant 1 semaine, associé au paracétamol (Doliprane 500 mg) en raison de 1 comprimé 3 fois par jour per os en cas de douleur. Des soins locaux quotidiens à base de sérum physiologique et d'antibiotique topique (acide fusidique crème 2%) ont été instaurés contre les lésions ulcérées.

L'ordonnance de l'itraconazole 100 mg (Itraconazole) a été délivrée à la famille une semaine plus tard. Mais il a fallu encore à la famille 3 semaines avant de l'obtenir. Ainsi l'itraconazole a été initié le 09 Août 2025, en raison de 100 mg/j per os ; avec un suivi.

Evolution :

Le suivi était bihebdomadaire. Les paramètres de suivi étaient l'évolution clinique et la tolérance du traitement.

Au bout des deux premières semaines de traitement, une réponse partielle fut observée. Elle fut marquée par une cicatrisation progressive des ulcérations et la régression de la douleur.

Le bilan de contrôle réalisé à la cinquième semaine de traitement a révélé une anémie à 11 g/dl normocytaire normochrome à la NFS, les transaminases et la créatininémie étaient revenues normales.

Sept (07) semaines plus tard, l'évolution fut marquée par la cicatrisation complète de toutes les lésions ulcérées, l'absence de douleur et la régression de certains nodules. Cependant, les adénopathies n'ont pas évolué.



Figure 7. Evolution à 7 semaines sous Itraconazole (*KAMATE.P, HDB*)

Figure 7.A et B : Cicatrisation complète des lésions ulcérées du cuir chevelu et de la région rétro-auriculaire

Figure 7.C : Cicatrisation complète d'une lésion ulcérée et régression de certains nodules sous cutanés de la nuque

Figure 7.D et E : Cicatrisation complète de l'ulcération de la région lombaire droite et celle de la face externe de l'avant-bras droit

Figure 7.F : Cicatrisation complète de l'ulcération de la face postérieure de la cuisse et régression de certaines papules sur ses bordures

Un changement du médicament en forme générique de marque ainsi qu'une augmentation de la dose à 200 mg/j a été décidé.

En Octobre 2025, la famille sollicitait son retour au village pour la rentrée des classes ; ainsi un suivi à distance a été mis en place et un rendez-vous a été prévu pour les congés de Noël.

En Novembre 2025, étant au village, le traitement aurait été interrompu au profit d'un traitement traditionnel. Les suites furent émaillées par l'apparition de nouvelles lésions cutanées. Notre conduite à tenir fut de sensibiliser les parents à poursuivre le traitement et demander le retour de l'enfant à Bamako pour son rendez-vous.

En Janvier 2026 quand elle s'est présentée au rendez-vous, nous notions une rechute des lésions. L'examen dermatologique retrouvait de multiples nouvelles lésions nodulaires et une augmentation de la taille de certains anciens nodules. Ces nodules étaient de taille variable (environ 1-6 cm), dont la plupart sous cutanés, froids et indolores. Ils siégeaient sur le visage, le cou, le tronc et les membres.

L'examen spléno-ganglionnaire retrouvait une augmentation de la taille des adénopathies cervicales. Les aires inguinales étaient le siège de multiples adénopathies de taille variable (environ 3-5 cm), cette fois-ci bilatérales et symétriques, fixes, de consistance ferme, non sensibles à la palpation. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

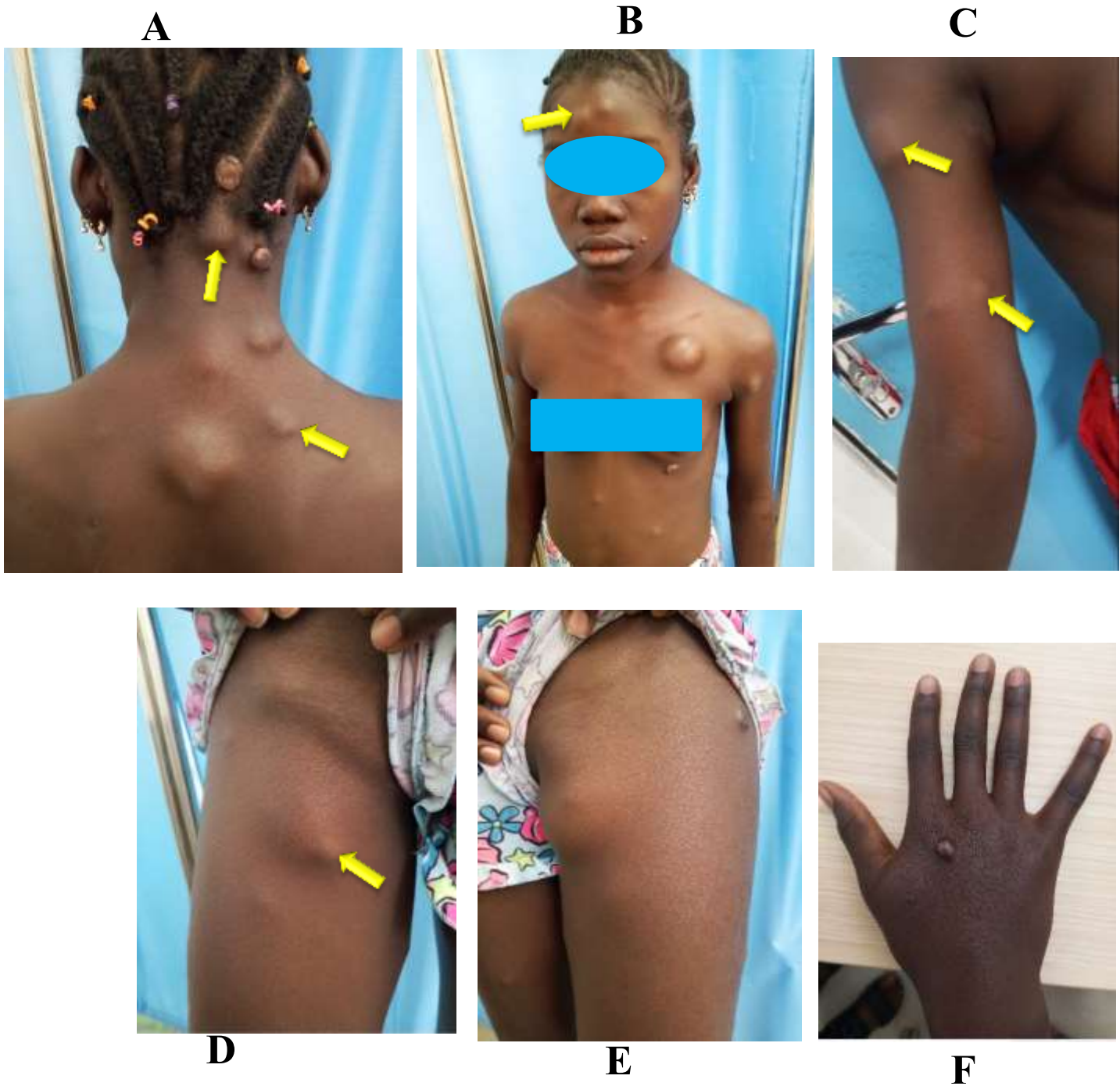


Figure 8. Evolution en Janvier 2026 (KAMATE.P, HDB)

Figure 8.A : Un ancien nodule de la nuque augmentant de taille et un nouveau nodule du bord interne de l'épaule droite

Figure 8.B et C : Un nouveau nodule du front et trois de la face interne du bras droit

Figure 8.D et E : Adénopathies inguinales bilatérales, symétriques

Figure 8.F : Un nodule en relief du dos de la main droite

La conduite à tenir fut : continuer la dose d'itraconazole à 200 mg/j, associer de l'azithromycine 250 mg en raison d'un comprimé par jour pendant 2 semaines, avec une semaine d'intervalle. Continuer le suivi à distance en évaluant l'évolution clinique 1 mois plus tard.

A la date du 24 Mars 2026 quand nous avons contacté ses parents par téléphone, ils nous ont fait savoir que tout allait bien avant le 15 mars. C'est à partir du 15 mars qu'ils ont constaté une augmentation progressive de la taille de certaines lésions, accompagnée de fortes douleurs. Quand nous avons échangé avec la patiente elle-même, nous avons retrouvé une notion de douleurs abdominales intermittentes évoluant depuis une semaine.

Ailleurs, il n'y avait pas de particularité.

Quant à l'observance du traitement, la patiente a signalé une rupture du traitement depuis la fin du mois passé. Jusque -là, ça n'a pas été renouvelé. Nous avons sollicité le retour de l'enfant à Bamako pour un rendez-vous, mais cette demande n'a pas été honorée par la famille.

Néanmoins, nous les avons demandés de renouveler l'ordonnance de janvier afin de poursuivre le traitement.

DISCUSSIONS

CHAPITRE IV : DISCUSSION

Nous rapportons un cas d'histoplasmosse disséminée chez une fille immunocompétente de 13 ans.

Cette histoplasmosse est disséminée en raison de l'atteinte cutanée et ganglionnaire.

L'atteinte ganglionnaire franche pourrait évoquer une dissémination par voie hématogène à partir d'un foyer primitif pulmonaire.

Cependant, nous notons une proximité entre les lésions cutanées ulcéreuses et les différentes atteintes ganglionnaires chez la patiente. Ainsi une probable dissémination par voie lymphatique peut être suspectée.

Cette observation est particulière par l'absence de facteurs d'immunodépression identifiés.

En effet, dans la littérature les cas d'histoplasmoses disséminées sont habituellement rapportés dans un contexte d'immunodépression [31,32].

Cependant, des auteurs ont rapporté quelques cas chez des personnes immunocompétentes[18]. La maladie est beaucoup plus décrite chez les adultes, mais des cas pédiatriques ont été rapportés [14, 22, 33].

De façon générale, après la contagion les spores vont rester dans les ganglions durant la phase de latence. Une réactivation de ces spores peut survenir plusieurs années plus tard dans un contexte d'immunodépression. Ces facteurs d'immunodépression peuvent être une infection à VIH[34], d'origine iatrogénique[35] ou même une dénutrition sévère [36, 37]

Nous n'avons pas retrouvé de facteurs d'immunodépression chez notre patiente ; bien vrai que tous les examens paracliniques n'ont pu être réalisés.

Chez un cas rapporté en Argentine[18]; les différents examens avaient été réalisés notamment le dosage des immunoglobulines. Tous les examens étaient revenus normales. Cette observation portait sur un enfant âgé de 3 ans seulement, à la différence de notre cas dont l'âge est de 13 ans. Si le cas Argentin pouvait s'expliquer par l'immaturité du système immunitaire ; d'autres facteurs pourraient expliquer la survenue après 13 ans. En effet, le système immunitaire de l'enfant atteindrait la maturité vers 7-8 ans. Mais certaines études rapportent des variations de l'âge à laquelle cette maturité serait atteinte en Afrique sub-saharienne selon des facteurs tels que l'anémie ; la dénutrition. Ces facteurs pourraient agir comme retardataires de la maturité du système immunitaire[38].

Habituellement, la contagion se fait par voie aérienne en inhalant les spores. Ces spores infectantes sont contenues dans les sols humides, les fientes de volaille, les guanos de chauve-souris, le composte [3].

Chez notre patiente la source probable de contagion a pu être la fiente de volailles utilisée pour le compostage. En effet, l'interrogatoire a rapporté des activités de compostage effectuées autour des concessions.

Des auteurs ont décrit les facteurs d'exposition comme le voyage dans une zone d'endémie, certaines professions, la fréquentation de certains environnements (grottes, maisons abandonnées, grands arbres) [39]

L'hypothèse d'une inoculation directe transcutanée par suite de microtraumatismes a été émise par certains auteurs[40]. Cette hypothèse repose sur la survenue de lésions cutanées isolées primitives[41].

La notion de voyage n'a pas été retrouvée chez notre patiente. Mais puisqu'elle vit en milieu rural, elle a pu être exposée à des microtraumatismes lors de travaux champêtres ou en fréquentant un environnement à risque.

Chez notre cas l'absence de facteur identifié d'immunodépression pose la question de l'identification du facteur de réactivation des spores.

Notre patiente présentait une atteinte cutanée diffuse et une atteinte ganglionnaire, les poumons n'étaient pas atteints au moment du diagnostic. Dans notre contexte, la maladie est le plus souvent prise à tort comme une tuberculose. Ceci constitue un facteur de retard au diagnostic et expose les cas aux complications[42].

Selon des auteurs, l'atteinte pulmonaire serait moins fréquente que celle cutanée, ganglionnaire ou osseuse dans l'histoplasmosse africaine. Les auteurs expliquent ces disparités dans la présentation clinique par les différences génomiques entre les différentes espèces d'*histoplasma*[43]. Le résultat de la culture et de l'analyse génomique sur le prélèvement effectué permettra de déterminer si l'absence d'atteinte pulmonaire peut s'expliquer par les facteurs ci-dessus décrits. L'absence d'atteinte osseuse dans notre cas s'explique-t-elle par un diagnostic précoce ?

Le diagnostic a été fait sur la base des signes cliniques évocateurs, la confirmation par le cytodiagnostics de Tzanck et l'histologie. En effet, le cytodiagnostics de Tzanck représente un moyen diagnostique fiable facile à réaliser dans un contexte marqué par les pays à ressources limitées. L'aspect cytologique est typique caractérisé par la présence de spores en double coque, biréfringents. Par ailleurs d'autres moyens plus spécifiques comme la PCR et la culture permettent l'identification spécifique de l'agent pathogène[44]. Chez notre cas un prélèvement a été fait pour la culture et l'analyse génomique, le résultat est en attente.

Le traitement par Itraconazole au long cours représentait l'option thérapeutique la plus indiquée comme décrits dans la littérature[45].

La patiente était suivie en ambulatoire et ne présentait pas de risque vital, ni de contre-indications thérapeutiques. Selon Galgiani, avant l'introduction de ce traitement par Itraconazole, l'amphotéricine B était le seul traitement disponible pour le traitement des formes sévères[45]

Le traitement par Itraconazole doit être poursuivi pendant plusieurs mois voire plusieurs années.

Une réponse précoce partielle fut observée dès le premier mois de traitement.

Une interruption prématurée pendant quelques semaines contre avis médical, a entraîné une aggravation avec apparition de nouvelles lésions. Ces données sont corroborées par la littérature qui rapporte une aggravation des symptômes à l'arrêt prématuré du traitement[45].

CONCLUSION

CHAPITRE V : CONCLUSION

L'histoplasmosse est une affection rare dans notre contexte. Cette rareté pourrait s'expliquer par une errance diagnostique.

Toutes lésions nodulaires ou ulcéro-nodulaires chroniques dans une zone endémique, doivent faire suspecter une histoplasmosse.

Les cas disséminés en l'absence d'immunodépression existent mais sont peu décrits.

D'où la nécessité de réaliser d'autres travaux afin de décrire les déterminants de la survenue de formes disséminées chez l'immunocompétent en Afrique subsaharienne.

RECOMMANDATIONS

CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités sanitaires :**

Mettre des moyens diagnostiques (laboratoire niveau T4) à la disposition de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako pour le diagnostic des cas d'histoplasmoses

➤ **Aux personnels socio-sanitaires :**

-Faire une demande d'examens mycologiques devant des lésions nodulaires ulcéro-croûteuses et sous-cutanées.

-L'établissement d'une collaboration multidisciplinaire pour le diagnostic et la prise en charge des cas.

-Renforcement de l'éducation sanitaire à l'endroit des cas diagnostiqués.

➤ **Aux patients :**

-Consulter à temps dans une structure de santé devant les lésions cutanées chroniques

-Éviter l'automédication

-Suivre les règles de traitement

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

- [1] M. Wijaya, R. Adawiyah, et R. Wahyuningsih, « Histoplasmosis: Diagnostic and Therapeutic Aspect », *Indones. J. Trop. Infect. Dis.*, vol. 9, n° 2, p. 66-77, août 2021, doi: 10.20473/ijtid.v9i2.25448.
- [2] « Neglected Fungal Diseases », Gaffi. Consulté le: 15 mars 2026. [En ligne]. Disponible sur: <https://gaffi.org/where/neglected-fungal-diseases/>
- [3] R. A. Hajjeh *et al.*, « Multicenter case-control study of risk factors for histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected persons », *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.*, vol. 32, n° 8, p. 1215-1220, avr. 2001, doi: 10.1086/319756.
- [4] R. O. Oladele, O. O. Ayanlowo, M. D. Richardson, et D. W. Denning, « Histoplasmosis in Africa: An emerging or a neglected disease? », *PLoS Negl. Trop. Dis.*, vol. 12, n° 1, p. e0006046, janv. 2018, doi: 10.1371/journal.pntd.0006046.
- [5] A. M. Rodrigues *et al.*, « The global epidemiology of emerging *Histoplasma* species in recent years », *Stud. Mycol.*, vol. 97, p. 100095, sept. 2020, doi: 10.1016/j.simyco.2020.02.001.
- [6] T. Darré *et al.*, « Histoplasmosis by *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* Observed at the Laboratory of Pathological Anatomy of Lomé in Togo », *J. Pathog.*, vol. 2017, p. 2323412, 2017, doi: 10.1155/2017/2323412.
- [7] S. Ouedraogo *et al.*, « Histoplasmosse disséminée en zone tropicale d'Afrique subsaharienne : observation clinique et revue de la littérature », *Médecine Mal. Infect. Form.*, vol. 4, n° 1, p. 45-50, mars 2025, doi: 10.1016/j.mmifmc.2024.11.070.
- [8] « Microsoft Word - Malimed 2004 T XIX N. 2.doc ». Consulté le: 10 février 2026. [En ligne]. Disponible sur: <http://malimedical.org/2004/p34.pdf>
- [9] E. Pichard, B. Duflo, S. Sangare, A. Naco, et A. N. Diallo, « [African histoplasmosis in Mali] », *Ann. Med. Interne (Paris)*, vol. 138, n° 4, p. 278-281, 1987.
- [10] S. Bayo et B. Duflo, « [4 new cases of African *Histoplasma duboisii* histoplasmosis observed in Mali] », *Dakar Med.*, vol. 24, n° 3, p. 293-298, 1979.
- [11] D. K. Minta, M. Dembélé, G. Lorre, D. A. Diallo, H. A. Traoré, et D. Chabasse, « [African histoplasmosis (*Histoplasma capsulatum* var. *duboisii*): a case report from Mali] », *Sante*, vol. 15, n° 3, p. 195-199, 2005.
- [12] D. K. Minta *et al.*, « [Malian first observation of disseminated African histoplasmosis with predominant bone localizations in an HIV-negative child in Bamako (Mali). Review of the literature] », *J. Mycol. Medicale*, vol. 24, n° 2, p. 152-157, juin 2014, doi: 10.1016/j.mycmed.2013.08.001.
- [13] Bamako Faculty of Medicine and Odontostomatology, Bamako, Mali *et al.*, « Histoplasmosis in an immunocompetent adult », *Our Dermatol. Online*, vol. 15, n° 4, oct. 2024, doi: 10.7241/ourd.20244.9.
- [14] B. E. Ekeng, K. Edem, I. Amamilo, Z. Panos, D. W. Denning, et R. O. Oladele, « Histoplasmosis in Children; HIV/AIDS Not a Major Driver », *J. Fungi*, vol. 7, n° 7, p. 530, juill. 2021, doi: 10.3390/jof7070530.
- [15] N. Pakasa *et al.*, « African Histoplasmosis in HIV-Negative Patients, Kimpese, Democratic Republic of the Congo », *Emerg. Infect. Dis.*, vol. 24, n° 11, p. 2068-2070, nov. 2018, doi: 10.3201/eid2411.180236.

- [16] J. D. Daubenton et D. W. Beatty, « Disseminated histoplasmosis in an “immunocompetent” child », *South Afr. Med. J. Suid-Afr. Tydskr. Vir Geneeskd.*, vol. 88, n° 3, p. 270-271, mars 1998.
- [17] J. Dhawan, P. Verma, A. Sharma, M. Ramam, S. K. Kabra, et S. Gupta, « Disseminated cutaneous histoplasmosis in an immunocompetent child, relapsed with itraconazole, successfully treated with voriconazole », *Pediatr. Dermatol.*, vol. 27, n° 5, p. 549-551, 2010, doi: 10.1111/j.1525-1470.2010.01273.x.
- [18] P. A. Armstrong *et al.*, « Multistate Epidemiology of Histoplasmosis, United States, 2011-2014 », *Emerg. Infect. Dis.*, vol. 24, n° 3, p. 425-431, mars 2018, doi: 10.3201/eid2403.171258.
- [19] B. F. Diané *et al.*, « African histoplasmosis in a child in Guinea: About a case », *Our Dermatol. Online*, vol. 14, n° Supp 2, p. 46-49, nov. 2023, doi: 10.7241/ourd.2023S2.4.
- [20] J. R. Mabilia Babela *et al.*, « [African histoplasmosis. A report of three pediatric cases] », *J. Mycol. Medicale*, vol. 27, n° 2, p. 133-138, juin 2017, doi: 10.1016/j.mycmed.2017.01.013.
- [21] F. M. Amona, D. W. Denning, D. Moukassa, M. Develoux, et C. Hennequin, « Histoplasmosis in the Republic of Congo dominated by African histoplasmosis, *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* », *PLoS Negl. Trop. Dis.*, vol. 15, n° 5, p. e0009318, mai 2021, doi: 10.1371/journal.pntd.0009318.
- [22] N. Pakasa *et al.*, « African Histoplasmosis in HIV-Negative Patients, Kimpese, Democratic Republic of the Congo », *Emerg. Infect. Dis.*, vol. 24, n° 11, p. 2068-2070, nov. 2018, doi: 10.3201/eid2411.180236.
- [23] A.-M. Macharia et E. O. Walong, « Disseminated histoplasmosis in a paediatric patient at a referral hospital in Nairobi, Kenya », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 34, nov. 2019, doi: 10.11604/pamj.2019.34.139.20685.
- [24] V. Kweyamba, M. Apiyo, B. Olika, et O. Kituuka, « A Case of a 4-Year-Old Boy with a Mesenteric Chylous Cyst Infected with *Histoplasma capsulatum* », *Case Rep. Surg.*, vol. 2016, p. 4296059, 2016, doi: 10.1155/2016/4296059.
- [25] A. U. Katchy, S. U. Eyesan, T. O. Awotunde, S. A. Adesina, B. O. Ayandele, et D. Sabageh, « *Histoplasma duboisii* of the femoral bone », *J. Res. Med. Sci. Off. J. Isfahan Univ. Med. Sci.*, vol. 24, p. 19, 2019, doi: 10.4103/jrms.JRMS_97_18.
- [26] O. C. Adereti, B. E. Ekeng, N. Stone, et R. O. Oladele, « Prevalence of histoplasmosis in Nigerian children with presumptive tuberculosis: a multicentre study comparing two diagnostic techniques », *J. Trop. Pediatr.*, vol. 71, n° 5, p. fmaf006, août 2025, doi: 10.1093/tropej/fmaf006.
- [27] A. Ubesie *et al.*, « Disseminated Histoplasmosis in a 13-year-old girl: a case report », *Afr. Health Sci.*, vol. 13, n° 2, p. 518-521, juin 2013, doi: 10.4314/ahs.v13i2.45.
- [28] F. Barro/Traoré *et al.*, « Histoplasmoze africaine disséminée chez un enfant immunocompétent au Burkina Faso: un cas [Disseminated African Histoplasmosis in an immunocompetent child in Burkina Faso: one case] », *Our Dermatol. Online*, vol. 4, n° 3, p. 361-368, juill. 2013, doi: 10.7241/ourd.20133.91.
- [29] C. Esteves *et al.*, « African Histoplasmosis », *Acta Radiol. Port.*, vol. 28, n° 109, p. 51-54, 2016, doi: 10.25748/arp.10627.
- [30] D. Gonçalves, C. Ferraz, et L. Vaz, « Posaconazole as rescue therapy in African histoplasmosis », *Braz. J. Infect. Dis. Off. Publ. Braz. Soc. Infect. Dis.*, vol. 17, n° 1, p. 102-105, 2013, doi: 10.1016/j.bjid.2012.06.027.

- [31] H. M. Castro, M. P. Fullana, et H. L. Canale, « Disseminated histoplasmosis in immunosuppressed patient », *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 156, n° 1, p. 48, janv. 2021, doi: 10.1016/j.medcli.2019.10.002.
- [32] J. Sevestre et L. Hasseine, « Disseminated Histoplasmosis », *N. Engl. J. Med.*, vol. 380, n° 11, p. e13, mars 2019, doi: 10.1056/NEJMicm1809792.
- [33] B. E. Ekeng, K. Edem, P. Akintan, et R. O. Oladele, « Histoplasmosis in African children: clinical features, diagnosis and treatment », *Ther. Adv. Infect. Dis.*, vol. 9, p. 20499361211068592, 2022, doi: 10.1177/20499361211068592.
- [34] G. A. Sarosi et P. C. Johnson, « Disseminated histoplasmosis in patients infected with human immunodeficiency virus », *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.*, vol. 14 Suppl 1, p. S60-67, mars 1992, doi: 10.1093/clinids/14.supplement_1.s60.
- [35] K. Benedict et R. K. Mody, « Epidemiology of Histoplasmosis Outbreaks, United States, 1938–2013 », *Emerg. Infect. Dis.*, vol. 22, n° 3, p. 370-378, mars 2016, doi: 10.3201/eid2203.151117.
- [36] I. I. Yglesias Dimadi, M. Clinton Hidalgo, V. I. Hernández Chavarría, H. Min Kim, et G. R. Castro Torres, « Disseminated Histoplasmosis in an Indigenous Child With Malnutrition: A Case Report », *Cureus*, vol. 15, n° 7, p. e41493, juill. 2023, doi: 10.7759/cureus.41493.
- [37] B. E. Ekeng *et al.*, « Current epidemiology of histoplasmosis in Nigeria: A systematic review and meta-analysis », *Niger. Postgrad. Med. J.*, vol. 30, n° 1, p. 12-17, 2023, doi: 10.4103/npmj.npmj_311_22.
- [38] D. L. Hill *et al.*, « Immune system development varies according to age, location, and anemia in African children », *Sci. Transl. Med.*, vol. 12, n° 529, p. eaaw9522, févr. 2020, doi: 10.1126/scitranslmed.aaw9522.
- [39] L. X. Li *et al.*, « Progressive disseminated histoplasmosis: The experience in one non-endemic medical center », *Med. Mycol.*, vol. 61, n° 12, p. myad115, déc. 2023, doi: 10.1093/mmy/myad115.
- [40] R. K. Raina, V. Mahajan, A. Sood, et S. Saurabh, « Primary Cutaneous Histoplasmosis in an Immunocompetent Host from a Nonendemic Area », *Indian J. Dermatol.*, vol. 61, n° 4, p. 467, 2016, doi: 10.4103/0019-5154.185748.
- [41] M. K. Singhi, L. Gupta, D. Kacchawa, et D. Gupta, « Disseminated primary cutaneous histoplasmosis successfully treated with itraconazole », *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, vol. 69, n° 6, p. 405-407, 2003.
- [42] I. K. Njovu *et al.*, « Epidemiology and Knowledge Gap of Histoplasmosis in Africa », in *Histoplasmosis - A Comprehensive Study of Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*, IntechOpen, 2023. doi: 10.5772/intechopen.112084.
- [43] R. E. Mapengo *et al.*, « Genomic epidemiology of Histoplasma in Africa », *mBio*, vol. 16, n° 9, p. e0056425, sept. 2025, doi: 10.1128/mbio.00564-25.
- [44] A. A. Adenis, C. Aznar, et P. Couppié, « Histoplasmosis in HIV-Infected Patients: A Review of New Developments and Remaining Gaps », *Curr. Trop. Med. Rep.*, vol. 1, n° 2, p. 119-128, 2014, doi: 10.1007/s40475-014-0017-8.
- [45] J. N. Galgiani et C. A. Kauffman, « Coccidioidomycosis and Histoplasmosis in Immunocompetent Persons », *N. Engl. J. Med.*, vol. 390, n° 6, p. 536-547, févr. 2024, doi: 10.1056/NEJMra2306821.

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Kamaté

Prénom : Promoubé

Email : *kamatepromoube@gmail.com*

Titre :

Histoplasmose disséminée chez une fille immunocompétente de 13 ans à l'hôpital de dermatologie de Bamako.

Année : 2026

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Résumé :

Introduction : L'histoplasmose est une mycose profonde, à caractère endémique, due au genre *Histoplasma capsulatum*.

Les données épidémiologiques et les études sur le sujet restent limitées en Afrique. Les formes disséminées de l'histoplasmose Africaine sont rares et surviennent le plus souvent chez les sujets immunodéprimés.

Nous rapportons un cas d'histoplasmose africaine disséminée chez une fille immunocompétente de 13 ans.

Observation : Patiente de 13 ans, élève, résidant en milieu rural, sans antécédent particulier, admise pour de multiples lésions cutanées nodulaires disséminées sur tout le tégument.

A l'examen, elle avait un bon état général. On notait de multiples nodules de taille variable, dont certains sont en relief et d'autres sous-cutanés, ulcérés par endroits et très douloureux au toucher, siégeant sur le visage, le cou, le tronc et les membres. Les aires ganglionnaires cervicale et inguinale gauche étaient le siège d'adénopathies de taille variable, sensibles à la palpation, non fistulisées. Le reste de l'examen clinique fut sans particularité.

L'examen direct du frottis après coloration au Giemsa, a retrouvé de multiples corps de grande taille, en double coque, lévuriformes, biréfringent.

L'histologie a révélé un important infiltrat dense nodulaire, fait de lymphocytes et d'histiocytes contenant des corps ovoïdes biréfringents

La ponction d'un nodule fluctuant a été réalisée et envoyée à l'étranger pour la culture, le résultat est en attente.

Une histoplasmose à *Histoplasma capsulatum duboisii*, fut évoquée. Un traitement à base d'Itraconazole a été instauré avec un suivi bihebdomadaire. L'évolution fut favorable au bout de sept (07) semaines. Un mois plus tard, le traitement aurait été interrompu contre-avis médical, entraînant une rechute. Le traitement a été réinstauré et le suivi continu.

Conclusion : Les cas d'histoplasmose disséminée en l'absence d'immunodépression sont rarement rapportés. Toutes lésions nodulaires ombiliquées, ulcérées, chroniques dans une zone endémique, doit faire suspecter une histoplasmose.

Mots-clés : Histoplasmose ; fille ; Immunocompétente ; Hôpital de Dermatologie ; Bamako.