



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article original

## La mucormycose en ORL. À propos de 4 observations<sup>☆</sup>



W. Kermani<sup>a,\*</sup>, R. Bouttay<sup>a</sup>, M. Belcadhi<sup>a</sup>, H. Zaghouani<sup>b</sup>, M. Ben Ali<sup>a</sup>, M. Abdelkéli<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service ORL, hôpital universitaire Farhat Hached, avenue Ibn Eljazzar, 4000 Sousse, Tunisie

<sup>b</sup> Service de radiologie, hôpital universitaire Farhat Hached, avenue Ibn Eljazzar, 4000 Sousse, Tunisie

### INFO ARTICLE

**Mots clés :**  
 Sinusite fongique  
 Mucorales  
 Traitement  
 Histologie

### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – Les mucormycoses sont des infections opportunistes survenant habituellement sur un terrain immunodéprimé. Elles sont rares et souvent fatales. Elles sont dues à des champignons filamenteux de type mucorales. Les auteurs discutent les différents aspects cliniques, les moyens de diagnostic et les modalités thérapeutiques des mucormycoses de la sphère ORL. Ils insistent sur la nécessité d'un diagnostic clinique précoce, les données paracliniques n'étant pas contributives dans les délais satisfaisants.

**Matériel et méthodes.** – Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 4 malades présentant une mucormycose de la sphère ORL sur une période de 13 ans allant de janvier 2000 à décembre 2012.

**Résultats.** – L'étude a intéressé deux hommes et deux filles, âgés entre 3 et 77 ans. Deux de nos patients étaient diabétiques. C'était 2 cas de mucormycose nasosinusienne et 2 cas de localisation otologique. Le diagnostic a reposé sur l'examen anatomopathologique et mycologique. L'évolution était fatale dans un cas de mucormycose otocérébrale.

**Conclusion.** – La mucormycose de localisation ORL est une infection fongique rare, il faut savoir y penser. L'atteinte rhino-cérébrale est la forme clinique la plus fréquente. L'atteinte otologique est exceptionnelle. Le diagnostic, souvent difficile, doit être le plus précoce possible. Le traitement, instauré en urgence, associe un traitement antifongique, un débridement chirurgical et la correction des facteurs prédisposants. Le pronostic reste toujours sévère.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

La mucormycose est une infection fongique, opportuniste, rare et agressive survenant habituellement dans un contexte sévère d'immunosuppression. Ces mycoses sont rapidement extensives et responsables d'une forte mortalité. Les agents responsables sont des champignons filamenteux appartenant à la classe des zygomètes du groupe mucorale [1,2].

Transmise par voie aérienne, la mucormycose a un tropisme essentiellement nasosinusien (40% des cas). Néanmoins, d'autres localisations : digestive, pulmonaire et cutanée sont possibles, mais beaucoup plus rares [1,3]. Le diagnostic positif repose sur l'examen anatomopathologique et mycologique [4,5]. Son pronostic est sombre, dépendant essentiellement de la précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique [2,6].

Nous rappelons à travers ce travail et une revue de la littérature, les particularités cliniques, paracliniques, évolutives, et thérapeutiques des mucormycoses de localisation ORL.

### 2. Matériel et méthodes

Étude rétrospective ayant colligé 4 observations de mucormycose dont 2 de localisation rhinosinusienne et 2 de localisation otologique, diagnostiquées et prises en charge dans notre service d'ORL durant la période étendue entre janvier 2000 et décembre 2012.

### 3. Résultats

#### 3.1. Observation n° 1

Fillette âgée de 3 ans, issue de parents cousins germains, aux antécédents de diarrhée chronique et des broncho-pneumopathies récidivantes, hospitalisée pour prise en charge d'une tuméfaction rétro-auriculaire droite, évoluant depuis 3 semaines dans un contexte fébrile.

À l'examen, la patiente était en mauvais état général, fébrile à 38,7 °C. Elle présentait un retard staturo-pondéral avec un poids à

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.027>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [kermani.wassim@yahoo.fr](mailto:kermani.wassim@yahoo.fr) (W. Kermani).

9 kg (–3,5 DS), une taille à 83 cm (–3,5 DS) et un périmètre crânien à 45 cm (–4 DS). L'examen otologique a objectivé une tuméfaction rétro auriculaire droite avec des signes inflammatoires locaux en regard. À l'otoscopie, le conduit auditif externe droit était rétréci à paroi inflammatoire et le tympan n'a pas été vu.

Une mastoïdite survenant sur un terrain de déficit immunitaire probable a été suspectée, et la patiente a été mise d'emblée sous antibiothérapie à large spectre (céfotaxime 50 mg/kg/j + fosfomycine 100 mg/kg/j) associée au fluconazole 6 mg/kg/j.

Sur le plan biologique : la numération formule sanguine a objectivé des globules blancs à 19 000 éléments/mm<sup>3</sup> (PNN à 89 %, lymphocytes à 4 % soit 760/mm<sup>3</sup>). Cette lymphopénie a persisté ultérieurement sur toutes les numérations faisant évoquer un déficit de l'immunité cellulaire. L'électrophorèse de protides a objectivé une hypo-albuminémie (26 g/L) et une hypoprotidémie (47 g/L) mais pas d'hypogammaglobulinémie. Le dosage pondéral des immunoglobulines était normal et la sérologie VIH était négative. Une étude de l'immunité cellulaire a objectivé une inversion du rapport CD4/CD8, mais ce déficit n'a pas pu être classé.

Une TDM cérébrale demandée à la recherche d'une complication infectieuse endocrânienne était revenue normale.

La patiente a eu une mastoïdectomie droite. En peropératoire, la corticale mastoïdienne était intacte, le conduit auditif externe droit était le siège d'une fistule à sa paroi postérieure, avec tissu de granulation abondant. Le diagnostic retenu était celui d'une otite externe nécrosante droite avec réaction mastoïdienne. Un prélèvement peropératoire avec étude histologique ont mis en évidence des spores et des filaments mycéliens, larges, ramifiés, non septés et visibles à la coloration de PAS et Grocott, aspect évocateur d'une mucormycose du conduit auditif externe. L'examen mycologique direct était négatif et la culture a isolé un *Rhizopus oryzae*.

L'amphotéricine B a été débutée, après résultats de l'histologie, à dose progressive. Cependant, la patiente a présenté un choc anaphylactique ayant nécessité son transfert en unité de réanimation pédiatrique et l'arrêt de l'amphotéricine B et la reprise du fluconazole.

L'évolution ultérieure était défavorable, avec installation d'une paralysie faciale périphérique droite au 5<sup>e</sup> jour postopératoire et extension de la lésion nécrotique rétro auriculaire vers la loge parotidienne. La tomodensitométrie des rochers a objectivé une thrombose du sinus latéral droit (Fig. 1). La patiente est décédée quatre jours après, de sepsis sévère et de défaillance multiviscérale.

### 3.2. Observation n° 2

Patient âgé de 18 ans diabétique insulino-nécessitant, hospitalisé en pneumologie pour fièvre à 38,5 °C, foyer pulmonaire mal systématisé du lobe inférieur gauche avec pleurésie purulente homolatérale et décompensation acidocétosique. Une antibiothérapie à base de céfotaxime 100 mg/kg/j et métronidazole 1,5 g/j a été démarrée et une ponction pleurale a été effectuée. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une lésion ulcéro-nécrotique de l'hémi-palais gauche avec une cellulite péri-orbitaire gauche. Un prélèvement de la nécrose du palais a objectivé des filaments de mucorale. La culture du prélèvement du voile ainsi que celui du liquide de ponction pleurale ont isolé *Rhizopus arrhizus*. Un scanner ainsi qu'une IRM du massif facial ont objectivé un comblement du sinus maxillaire gauche avec épaissement des parties molles péri-palpébrales et jugales gauches ainsi qu'une infiltration de la graisse de la fosse infra-temporale adjacente sans extension cérébrale.

Le patient a été mis sous amphotéricine B avec curetage chirurgical de la lésion palatine à 2 reprises. L'évolution a été marquée par l'installation progressive d'une urticaire généralisée en rapport avec une allergie à l'amphotéricine B confirmée par l'arrêt et la réintroduction de la molécule et par l'installation d'une



Fig. 1. TDM cérébral en coupe axiale : importante infiltration de parties molles temporales droites, avec rehaussement intense et hétérogène (☆). Thrombophlébite du sinus latéral droit (↔).

paralysie faciale périphérique gauche de grade IV selon la classification de House-Brackmann. Un traitement par la forme liposomale d'amphotéricine B a été alors démarré de façon progressive à la posologie de 3 mg/kg/j pendant 8 semaines avec bonne tolérance clinique et amélioration de l'état local et général. Un relais par posaconazole a été réalisé à raison de 800 mg/j durant 2 mois. Le patient se porte bien à son dernier contrôle, 9 mois après la fin du traitement, avec un bon état rhinosinusien et pulmonaire mais avec une persistance d'une paralysie faciale périphérique séquellaire grade II.

### 3.3. Observation n° 3

Patiente âgée de 24 ans, diabétique insulino-dépendante, hospitalisée pour phlégon péri-amygdalien droit compliqué d'une cellulite latérocervicale homolatérale. À l'admission, elle avait une fièvre à 38 °C. La patiente a été mise sous traitement antibiotique (céfotaxime 50 mg/kg/j – métronidazole 1,5 g/j) avec une mise à plat du phlegmon et drainage chirurgical de la cellulite. Devant une décompensation acido-cétosique de son diabète, la patiente a été transférée en réanimation. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et des chiffres glycémiques toujours perturbés après 4 jours d'insulinothérapie et de traitement antibiotique. L'examen ORL de contrôle a objectivé une évolution favorable du phlegmon péri-amygdalien et de la cellulite cervicale mais l'endoscopie nasale a objectivé un aspect nécrotique du cornet inférieur droit avec des sécrétions noirâtres de la fosse nasale homolatérale. Le diagnostic de mucormycose a été suspecté et un traitement par amphotéricine B a été démarré à la dose de 1 mg/kg/j après biopsie du cornet inférieur et prélèvements mycologiques.

Le scanner du massif facial a objectivé un comblement des cellules ethmoïdales avec épaissement en cadre de la muqueuse du sinus maxillaire droit. L'IRM du massif facial n'a pas objectivé une extension intra-orbitaire ou neuro-méningée.

L'examen anatomopathologique a montré des filaments, non septés et anguleux périvasculaires typique des mucorales et la culture a isolé *Rhizopus arrhizus*.

La patiente a eu un complément de traitement chirurgical avec une turbinectomie inférieure du côté droit, une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104793>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104793>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)