Pratique clinique

Histoplasmose pulmonaire chez un légionnaire affecté en Guyane

S. CHÉOUX-DAMAS[(1)], M. NIEDDA[(2)], A. JAFFRENNOU[(3)], P.-A. BLANC[(4)], H. SAVINI-MUREAU[(5)]

(1,2,3,4) Antenne Médicale de Kourou
(5) Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Service d'Infectiologie, Marseille

Auteur correspondant :simon.cheoux@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10219

Reçu
le 26 mars 2025 **Accepté**
le 5 février 2026

Publié
le 5 septembre 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
L'histoplasmose est une pathologie endémique des continents américain et africain en général, et de la Guyane en particulier. Cette mycose systémique peut être révélée par deux grands tableaux cliniques : la primo infection et les disséminations secondaires. Si la primo infection se présente comme une infection respiratoire aspécifique d'évolution spontanément favorable, les formes disséminées peuvent être sévères et invalidantes. Si ces dernières sont souvent rencontrées chez des patients immunodéprimés et séropositifs pour le VIH, le diagnostic est à évoquer devant des tableaux principalement respiratoires et digestifs associés à une altération de l'état général survenant en ou au retour de zone d'endémie.
Le cas présenté est celui d'un légionnaire ayant contracté une histoplasmose pulmonaire s'étant présentée comme un tableau d'altération de l'état général associé à une adénopathie sus claviculaire gauche. Après un traitement par itraconazole *per os* pendant six semaines, le patient a guéri sans séquelles.

Mots-clés : Adénopathie. Guyane. Histoplasmose. Médecine d'armée.

Abstract:
PULMONARY HISTOPLASMOSIS IN A LEGIONNAIRE STATIONED IN FRENCH GUIANA

Histoplasmosis is a disease endemic to the Americas and Africa in general, and to French Guiana in particular.
Two main clinical pictures allow the suspicion of this systemic fungal infection: primary infection and secondary disseminated forms. While primary infection typically presents as a nonspecific respiratory infection with a spontaneously favorable course, disseminated forms can be severe and disabling.

The latter forms are often seen in immunocompromised and HIV-positive patients; the diagnosis should also be considered in cases presenting predominantly respiratory and gastrointestinal symptoms, with general health deterioration occurring in or upon return from an endemic area.
The case described in this article involved a soldier who contracted pulmonary histoplasmosis, with signs of general health deterioration and left supraclavicular lymphadenopathy.
After six weeks of oral itraconazole treatment, the patient recovered without sequelae.

Keywords: Node. French Guyana. Histoplasmosis. Military medicine.

Introduction

L'histoplasmose est une pathologie endémique des continents américain et africain en général et de la Guyane en particulier. Cette maladie mycotique présente deux grands tableaux cliniques : la primo infection et les disséminations secondaires.
Si la primo infection se présente comme une infection respiratoire aspécifique d'évolution spontanément favorable, les formes disséminées peuvent être sévères et invalidantes (1–3).

1 Cas clinique

Le cas présenté est celui d'un patient légionnaire brésilien de 31 ans affecté en Guyane. Il n'a pas d'antécédents connus et son activité professionnelle l'amène notamment à être déployé en forêt profonde et sur les camps d'orpaillage illégaux. En revanche, il n'a pas de contact particulier avec des chauves-souris ou leurs déjections.

Il a consulté initialement à son antenne de rattachement pour un tableau de douleurs abdominales modérées, prédominant en fosse iliaque gauche, et de diarrhée évoluant depuis deux semaines, sans notion de fièvre associée.

Son interrogatoire et son examen clinique initiaux mettaient en évidence un ganglion sus-claviculaire gauche présent depuis un mois associé à une altération de l'état général avec asthénie marquée ainsi qu'une perte de poids involontaire d'une dizaine de kilogrammes.

Il lui a alors été prescrit un bilan biologique qui a retrouvé une élévation modérée de la protéine C réactive (CRPP) à 16 mg/L sans modification des autres paramètres et notamment de la Numération formule sanguine (NFS) ou du bilan hépatique.

Un scanner Thoraco-abdomino-pelvien (TAP) injecté a par ailleurs été effectué devant la présence du ganglion de sus-claviculaire. Ce dernier a révélé un épaississement pariétal colique du colon transverse associé à des adénopathies satellites, médiastinales et sus-claviculaire gauche, faisant suspecter une tumeur colique.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Le patient a donc été initialement orienté en gastro-entérologie où il a bénéficié d'une coloscopie qui s'est avérée normale et une fibroscopie oeso-gastro-dudodénale révélant une gastrite fundique pétéchiale.

Une relecture du scanner a alors été demandée et a mis en évidence un nodule pulmonaire gauche orientant plutôt le diagnostic vers une histoplasmose ou une tuberculose. Une fibroscopie bronchique avec biopsie d'un ganglion bronchique et médiastinal ainsi qu'un Lavage broncho-alvéolaire (LBA) ont été alors effectués.

Ces examens ont permis de retrouver des levures ovoïdes compatibles avec une histoplasmose dans le ganglion bronchique. Le bilan a été complété par une recherche par PCR d'*Histoplasma capsulatum* qui s'est avérée positive sur l'analyse du ganglion médiastinal ainsi que celle du LBA. En revanche, les cultures du LBA se sont avérées stériles.

Le diagnostic d'histoplasmose posé, le patient a bénéficié d'un traitement par itraconazole 200 mg trois fois par jour pendant 48 heures puis deux fois par jour pour une durée initiale de six semaines. L'évolution clinique et scanographique (avec notamment la disparition du nodule et des adénomégalies) du patient étant favorable, son traitement n'a pas été poursuivi au-delà des six semaines.

En parallèle de la prise en charge de l'infection, on a recherché un déficit immunitaire chez le patient avec notamment une sérologie VIH, un phénotypage lymphocytaire, un dosage pondéral des immunoglobulines, une électrophorèse des protéines sériques ainsi qu'un dosage du complément (C3, C4 et CH50). Ces examens n'ont pas retrouvé d'anomalie.

2 Discussion

2.1 Épidémiologie et évocation du diagnostic

L'histoplasmose à *Histoplasma capsulatum* est une maladie liée à un champignon dimorphique (présent dans l'environnement sous forme filamenteuse et de levure dans l'organisme) dont la gravité dépend grandement du statut immunitaire (1).

Il existe deux formes cliniques liées à deux espèces pathogènes distinctes (2) :

- La forme classique ou « américaine » dite à « petites formes » liée à *Histoplasma capsulatum*
- La forme africaine dite à « grandes formes » liée à *Histoplasma capsulatum Var duboisii*

Nous allons ici nous intéresser à la forme classique qui est endémique sur tout le continent américain mais qu'on peut également retrouver en Asie, en Afrique et en Australie (1).

L'homme s'infecte en inhalant des spores qui se développent préférentiellement dans les sols acides enrichis en matières organiques. Le guano de chauves-souris et les fientes d'oiseaux constituent des milieux particulièrement propices.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Si le séjour en zone d'endémie constitue un argument majeur pour évoquer le diagnostic, le contact en revanche avec des oiseaux ou chauves-souris est, comme dans notre cas, rarement retrouvé. En Guyane, cette maladie est fréquente, notamment en raison de l'abondance des chauves-souris sur le territoire. La prévalence des intradermoréactions positives pour l'histoplasmose évoque une immunisation approchant les 14 % sur le territoire (3). En population civile, ce sont surtout les populations haïtiennes et brésiliennes qui sont atteintes du fait de l'importante prévalence de la séropositivité au VIH en leur sein (3).

2.2 Formes cliniques

On distingue la primo-infection, assez aspécifique, et les formes disséminées dont la survenue et la sévérité sont en grande partie liée au statut immunitaire du patient (2,3).

La primo-infection a une présentation similaire à une infection respiratoire banale, avec des symptômes tels qu'une toux sèche, de la fièvre, des frissons et sueurs, des céphalées et éventuellement des douleurs thoraciques, myalgies voire une altération de l'état général. Les symptômes surviennent après une période d'incubation d'une à trois semaines et régressent le plus souvent spontanément en une dizaine de jours. L'absence de spécificité clinique et la résolution le plus souvent spontanée de la primo infection font que cette dernière passe le plus souvent inaperçue.

Les lésions pulmonaires de cette primo-infection sont diverses, à types de nodules, infiltrats et adénopathies évoluant vers la calcification (2,3).

Les formes disséminées suivent la primo-infection avec un délai de survenue plus ou moins rapide dépendant principalement du statut immunitaire avec une fréquence d'un sur 50 000 environ (3).

On distingue principalement trois formes d'histoplasmoses disséminées (2,3) :

- progressive : définie par l'absence d'amélioration clinique, radiologique ou biologique après trois semaines d'évolution ;
- subaiguë : caractérisée par une évolution lente (sur deux à trois ans) avec de la fièvre, une altération de l'état général avec notamment un amaigrissement. Tous les organes peuvent être atteints. Les lésions les plus souvent décrites touchent le tube digestif (dont le risque principal est hémorragique), le cœur (avec des endocardites), le cerveau (développement d'abcès cérébraux) et les surrénales (pouvant entrainer une maladie d'Addison).
- chronique : d'évolution très lente avec fréquemment des ulcérations de la sphère ORL et génito-anale ainsi que des lésions dermatologiques à type de papules, nodules et abcès sous cutanés. Les localisations viscérales sont rares à ce stade. Cette forme se développe le plus souvent en cas de pathologie sous-jacentes telles que le diabète, l'éthylisme chronique ou encore des pathologies cancéreuses.

Ces distinctions restent cependant théoriques et certains auteurs décrivent plutôt des formes localisées (pulmonaires et médiastinales) et des formes disséminées (4).

En cas d'immunodépression sévère et chez les nourrissons, il peut y avoir des formes dites « foudroyantes » avec détresse respiratoire aigüe (2).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

2.3 Diagnostic

Le diagnostic de certitude repose sur l'identification du champignon dans des liquides biologiques tels que le sang, les urines, le LBA ou encore sur des biopsies d'organes ou d'adénopathies (2). La mise en culture de prélèvement sur des milieux spéciaux (Sabouraud) est le *gold standard* pour l'identification du pathogène, mais présente plusieurs limites telles que la durée de pousse des cultures (de deux à huit semaines) et une faible sensibilité. L'analyse de biopsies en anatomopathologie est également citée mais souffre des mêmes défauts de sensibilité que la mise en culture (4).
Ainsi, le LBA, au même titre que le tubage gastrique ou l'analyse des expectorations, permet rarement de mettre en évidence le pathogène dans les primo infections (2).
Les performances diagnostiques de ces tests d'identification directe sont nettement améliorées chez les patients immunodéprimés ou présentant des formes disséminées (4).

À noter, l'histoplasmose est un agent pathogène de niveau 3 qui ne peut donc être manipulé que dans un laboratoire de sécurité biologique de niveau 3 (LSB3) (5).

Pour aider au diagnostic, il existe des tests antigéniques permettant de rechercher des antigènes fongiques aspécifiques, le ß-D-glucane et le galactomannane. Ces derniers peuvent également être utilisés dans le suivi de la réponse au traitement.
Cependant, ces tests ont des sensibilités assez faibles et ont donc surtout un intérêt dans les formes disséminées (6,7). D'autres tests antigéniques plus spécifiques de l'histoplasmose et plus sensibles sont disponibles, mais uniquement aux États-Unis (2).

Les méthodes de biologie moléculaire représentent une perspective intéressante pour diagnostiquer l'histoplasmose, notamment les techniques de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) sur différents prélèvements (sang total, sérum, urine, biopsies, etc.).
Néanmoins, leur place dans la stratégie diagnostique est encore discutée (8).

Les tests sérologiques sont assez performants, mais ne se positivent qu'après un délai d'un à deux mois et ont une sensibilité diminuée chez les patients immunodéprimés (2,4).

Concernant les examens de routine, le bilan biologique met en évidence une élévation de la CRP et éventuellement une cytolyse hépatique. La radiographie pulmonaire peut retrouver des infiltrats, des micronodules et des adénopathies hilaires. Ces signes souffrent d'un manque de spécificité dans ce contexte (2).

L'argument clé pour évoquer le diagnostic est le séjour en zone d'endémie, même si le contact avec des oiseaux ou chauves-souris est rarement retrouvé (2).

Le principal diagnostic différentiel de l'histoplasmose est la tuberculose (9).

2.4 Traitement et aptitude

Le traitement repose sur l'amphotéricine B et les dérivés azolés (itraconazole en première intention) et diffère selon le stade.

Si la primo infection guérit le plus souvent sans traitement, on peut proposer une cure d'itraconazole en cas de symptomatologie invalidante ou presistance des symptômes pendant plus d'un mois. On prescrit alors une dose de charge à raison de 200 mg

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

trois fois par jour pendant trois jours suivie d'une posologie de 200 mg une à deux fois par jour pendant six à douze semaines.

À noter, l'itraconazole ayant une absorption et une pharmacocinétique variable selon les patients il est recommandé d'effectuer des dosages sériques à 15 jours de traitement pour s'assurer d'être en zone thérapeutique (2,4,10).

En cas de risque de dissémination important (immunodépression), de forme sévère ou progressive, on traite initialement par amphotéricine B liposomale en intra veineux pendant une à deux semaines avant d'effectuer un relais par itraconazole avec une dose de charge suivie d'un entretien pendant trois, douze mois ou à vie selon le terrain.
En cas de détresse respiratoire, on peut ajouter un traitement par corticoïdes pendant une à deux semaines (2).

L'histoplasmose n'est pas référencée dans l'arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale et n'impose donc pas de restrictions particulières en l'absence de séquelles.
À titre de comparaison, la tuberculose, semblable par sa physiopathologie et ses symptômes, permet un classement G2 en cas de récupération sans séquelles.
Si la pathologie est séquellaire, il est recommandé d'avoir recours à un avis spécialisé.

2.5 Orientation diagnostique devant un ganglion sus claviculaire gauche

Dans notre cas, le diagnostic d'histoplasmose a été posé assez rapidement du fait de la présence d'un ganglion sus claviculaire gauche, aussi appelé ganglion de Virchow ou signe de Troisier, qui a motivé la réalisation rapide d'un scanner Thoraco-abdomino-pelvien (TAP). Ce ganglion a initialement été décrit au 19^{e} siècle comme une signe précoce de tumeur gastro-intestinale ou plus rarement pulmonaire (11).

En pratique, en cas de découverte d'une adénopathie à territoire de drainage profond (axillaire ou sus claviculaire) associée à des signes généraux, il est recommandé d'effectuer d'emblée un scanner TAP (12).

Conclusion

L'observation présentée est celle d'une histoplasmose pulmonaire progressive chez un sujet immunocompétent dont le diagnostic a pu être posé rapidement grâce à la réalisation en urgence d'un scanner TAP puis d'une recherche par PCR d'*H. capsulatum* sur une biopsie d'adénopathies bronchiques et sur un LBA. Ce cas souligne l'importance d'évoquer ce diagnostic en zone d'endémie, notamment en présence d'un signe de Troisier. Le patient a ainsi pu être traité rapidement par itraconazole permettant une guérison sans séquelles en six semaines limitant ainsi le retentissement sur son aptitude à servir.

Contribution des auteurs

Rédaction, recherche bibliographique et prise en charge du cas : SCD
Relecture, corrections de forme, prise en charge du cas : MN, AJ, PAB
Relecture, aide à la recherche bibliographique, aide à la rédaction des thérapeutiques, validation scientifique : HS

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Références bibliographiques

1. Mittal J, Ponce MG, Gendlina I, Nosanchuk J. Histoplasma capsulatum : mechanisms for pathogenesis. Curr Trop Microbiol Immunol. 2019 ;422 :157-91. doi : 10.1007/82_2018_114
2. Dupont B. Histoplasmoses. EMC - Maladies infectieuses. 2014 ;11(2) :1-10. doi : 10.1016/S1166-8598(14)26087-X
3. Bourée P, Botterel F, Lançon A. L'histoplasmose : une mycose tropicale en progression. Concours Med. 2001 ;123(35) :2367-70.
4. Echenberger E, Little J, Baddley J. Histoplasmosis. Infect Dis Clin North Am 2025 ;39 :145-61. doi : https://doi.org/10.1016/j.idc.2024.11.009
5. Ly T. Epidémiologie moléculaire d'Histoplasma capsulatum sur le plateau des Guyanes et en Amérique du Sud [Thèse]. Cayenne (FR) : Université de Guyane ; 2021.
6. Pignata A, Blanchet D, Demar M, Kallel H, Adenis A, Nacher M, et al. Intérêt diagnostic de l'utilisation du B-D-glucane dans les infections fongiques invasives chez les patients VIH, en particulier dans l'histoplasmose en Guyane française [En ligne]. 2021 [consulté le 11 juin 2024]. Disponible : https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2021/com/col7-05-pignata.pdf
7. Rivière S, Denis B, Bougnoux ME, Lanternier F, Lecuit M, Lortholary O. Serum Aspergillus Galactomannan for the Management of Disseminated Histoplasmosis in AIDS. Am J Trop Med Hyg. 2012 ;87(2) :303–5. doi : 10.4269/ajtmh.2012.12-0119
8. Vasconcellos I, Lana D, Pasqualotto A. The role of molecular tests in the diagnosis of disseminated histoplasmosis. J Fungi. 2020 ;6(1) :1-8. doi : 10.3390/jof6010001
9. Epelboin L, Abboud P, Bonifay T, Bourne M, Boutrou M, Destoop J, et al. Panorama des pathologies infectieuses et non infectieuses de Guyane en 2022. Rev Soc Francoph Med Trop Sante Int. 2023 ;3(1) :39-41. doi : 10.48327/mtsi.v3i1.2023.308
10. Begg E, Barclay M, Kirkpatrick C. The therapeutic monitoring of antimicrobial agents. Br J Clin Pharmacol. 1999 ;47(1) :23-30. doi : 10.1046/j.1365-2125.1999.00850. x
11. Karamanou M, Laios K, Tsoucalas G, Machairas N, Andoustsos G. Charles-Emile Troisier (1844-1919) and the clinical description of signal node. JBUON. 2014 ;19(4) :1133-5.
12. Perlat A, Grosbois B. Adénopathies superficielles. Rev Prat Med Gen. 2015 ;29(941) :384-5.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011