



*Article original*

**Aspects sociodémographiques et anatomopathologiques des mycoses et parasitoses tissulaires diagnostiquées à Ouagadougou : à propos 227 cas colligés en 10 ans**

Sociodemographic and pathological aspects of diagnostic tissue mycosis and parasitosis in Ouagadougou: 227 cases collected over 10 years

FAHA Ido\*<sup>1</sup>, AS Ouedraogo<sup>2</sup>, I Savadogo<sup>3</sup>, R Sanne<sup>2</sup>, S Ouattara<sup>1</sup>, A Lamien-Sanou<sup>4</sup>, OM Lompo<sup>4</sup>

**Résumé**

Introduction : Les affections mycosiques et parasitaires sont variées. Elles sont à l'origine de phénomènes inflammatoires dont l'intensité varie en fonction du type de parasite ou de mycose, de leur localisation, du terrain immunitaire et de la durée d'évolution.

Les atteintes tissulaires d'évolution chronique, peuvent se présenter sous forme de masses pseudo tumorales posant des problèmes de diagnostic différentiel avec la pathologie tumorale.

Objectif : Cette étude a été réalisée dans le but d'étudier les aspects sociodémographiques et anatomopathologiques des mycoses et parasitoses tissulaires.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2021, soit une période de 10 ans.

Résultats : Deux cent vingt-sept (227) cas de mycoses et parasitoses ont été colligés en 10 ans avec une fréquence moyenne annuelle de 2,27 cas. Une prédominance masculine était observée avec 69,16%

des cas. L'âge moyen tout sexe confondu était de 39,75 ans avec des extrêmes de 6 ans et 93 ans. A la macroscopie, les prélèvements étaient dans 94,71% soit (n=215) des prélèvements tissulaires pour étude histologique et dans 5,29% (n=12) des prélèvements cytologiques. A la microscopie, nous avons recensé six (06) types de mycoses et (08) types de parasitoses. L'aspergillose était la mycose la plus représentée avec 31,71% et était de localisation principalement pulmonaire. La bilharziose était la parasitose la plus représentée avec 66,67% et était de localisation principalement urogénitales et digestives.

Conclusion : ce travail nous a permis de passer en revue les caractéristiques sociodémographiques et morphologiques des inflammations mycosiques et parasitaires très variées rencontrées dans notre pratique quotidienne.

Mots-clés : Mycoses, Parasitoses, anatomie pathologique, Ouagadougou.

## Abstract

**Introduction:** Mycotic and parasitic affections are varied. They give rise to inflammatory phenomena, the intensity of which varies according to the type of parasite or mycosis, its location, the immune terrain and the duration of evolution. Chronic tissue damage may present as pseudo-tumoral masses, posing problems of differential diagnosis with tumor pathology.

**Objective:** The aim of this study was to investigate the sociodemographic and pathological aspects of tissue mycosis and parasitosis.

**Methodology:** This was a retrospective descriptive cross-sectional study from January 1, 2012 to December 31, 2021, a 10-year period.

**Results:** Two hundred and twenty-seven (227) cases of mycosis and parasitosis were collected over 10 years, with an average annual frequency of 2.27 cases. Male predominance was observed, with 69.16% of cases. The mean age for all sexes was 39.75 years, with extremes of 6 and 93 years. Macroscopic examination 94.71% (n=215) of the specimens were tissue samples for histological study, and 5.29% (n=12) were cytological samples. Microscopy revealed six (06) types of mycosis and (08) types of parasitosis. Aspergillosis was the most common mycosis, accounting for 31.71%, and was mainly found in the lungs. Bilharziosis was the most common parasitosis with 66.67%, and was mainly found in the urogenital and digestive tracts.

**Conclusion:** Our work has enabled us to review the sociodemographic and morphological characteristics of the wide variety of mycotic and parasitic inflammations encountered in our daily practice.

**Keywords:** Mycosis, Parasitosis, pathology, Ouagadougou.

---

## Introduction

Les affections mycosiques et parasitaires sont cosmopolites et variées [1,2,3]. Certaines sont particulièrement fréquentes dans les régions

tropicales chaudes comme le Burkina Faso [1]. Les affections mycosiques et parasitaires sont favorisées par la pauvreté avec pour corollaires la promiscuité, les états de dénutrition, le manque d'hygiène et d'assainissement. Les états d'immunodépressions constituent aussi un grand facteur favorisant faisant en même temps le lit de la gravité de ces affections mycosiques et parasitaires [1,2,3].

Au contact des tissus, les mycoses et les parasites seront à l'origine de phénomènes inflammatoires qui prennent des aspects cliniques très variés, fonction entre autres du type de parasite ou de mycose, de leur localisation, du terrain immunitaire de l'organisme hôte et de la durée d'évolution de l'infection [4,5].

Pour les atteintes tissulaires d'évolution chronique, les présentations cliniques peuvent être inquiétantes sous forme de masses pseudo tumorales posant des problèmes de diagnostic différentiel avec les pathologies tumorales [4,5]. Pour ces cas une étude anatomopathologique est indispensable pour un diagnostic de certitude. Dans notre pratique des cas isolés rares voir anecdotiques sont souvent rapportés, mais les séries sur les inflammations tissulaires mycosiques et parasitaires sont très rares. Cette étude a été réalisée dans le but d'avoir des données actualisées sur les inflammations mycosiques et parasitaires tissulaires à Ouagadougou.

## Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec une collecte de données rétrospective sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2021.

Notre étude a été réalisée à partir des données de cinq (05) laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques de la ville de Ouagadougou, au Burkina Faso. La collecte a été faite à partir de fiches individuelles de recueil de données. Les renseignements ont été recueillis à partir des registres des dits laboratoires.

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients qui ont présenté une mycose ou une parasitose tissulaire

histologiquement documentée au cours de la période d'étude.

Les variables étudiées étaient d'ordre sociodémographiques et anatomopathologiques. L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels EPI DATA et EPI Info version 7 et la saisie à l'aide des logiciels office version 2019.

Cette étude a été menée dans le respect des principes et des règles établies par le comité d'éthique. Elle s'est effectuée dans l'anonymat des fiches de collecte et de la confidentialité du contenu des données.

## Résultats

### • Caractéristiques sociodémographiques

#### • Données globales

##### *Fréquence*

Au total, nous avons colligé en 10 ans 227 cas de mycoses et parasitoses tissulaires soit une moyenne annuelle de 22,7 cas.

##### *Age*

La moyenne d'âge dans notre série était de 39,75 ans, avec un écart type de 17,05. Les âges extrêmes étaient de 6 ans et 93 ans. La tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans était la tranche modale avec 66 cas soit 29,07%. La figure 1 montre la distribution des cas de mycoses et parasitoses tissulaires en fonction des tranches d'âge.

##### *Sexe*

Le sexe masculin représentait 69,16 % de notre échantillon soit 157 cas. Le sexe féminin avec 70 cas représentait 30,84% de notre échantillon. Le sex-ratio était de 2,24. La figure 2 montre la répartition des cas de mycoses et parasitoses tissulaires en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

### • Mycoses tissulaires

#### *Fréquence des mycoses tissulaires*

Nous avons colligé en 10 ans 41 cas de mycoses tissulaires représentant une proportion de 18,06% de la taille de notre échantillon.

##### *Age et sexe*

L'âge moyen des patients atteints de mycoses tissulaires était de 38,63 ans avec un écart type de

17,68. Les âges extrêmes étaient de 7 ans et 93 ans. Le sexe masculin représentait 70,73% avec 29 cas et le sexe féminin 12 cas soit 29,27%. La tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus représentée avec 13 cas soit 31,70%. La figure 3 illustre la répartition des cas de mycoses tissulaires en fonction de la tranche d'âge et du sexe.

### • Parasitoses tissulaires

#### *Fréquence des parasitoses tissulaires*

Dans notre étude les cas de parasitoses tissulaires représentaient une proportion de 81,94% soit 186 cas.

##### *Age et sexe*

L'âge moyen des cas de parasitoses tissulaires était de 40 ans avec un écart type de 16,96. Les âges extrêmes étaient de 6 ans et 84 ans. Le sexe masculin représentait 68,82% avec 128 cas et le sexe féminin 58 cas soit 31,18%. La tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus représentée avec 53 cas soit 28,49%. La figure 4 montre la répartition des cas de parasitoses tissulaires en fonction de la tranche d'âge et du sexe.

### • Anatomie pathologique

#### • Macroscopie

##### *Type de prélèvement*

Les prélèvements étaient dans 94,71% soit 215 cas des prélèvements tissulaires pour étude histologique et dans 12 cas soit 5,29% des prélèvements cytologiques. Pour les prélèvements tissulaires pour études histologique, les biopsies représentaient 56,27% avec 121 cas et les pièces opératoires avec 94 cas représentaient 43,72%.

##### *Sites de prélèvement*

Les principaux sites de prélèvement pour les lésions d'origine mycosique étaient d'abord cutanés, puis pulmonaires. La figure 5 montre les différentes localisations des mycoses tissulaires au cours de notre études.

Pour les lésions d'origine parasitaire, les principales localisations étaient d'abord urogénitales, suivi des localisations digestives et cutanées. La figure 6 montre les différents sites de prélèvement des lésions d'origine parasitaires au cours de notre étude.

##### *Aspect du prélèvement*

L'aspect macroscopique des prélèvements a été

précisé dans 47 cas et a concerné surtout les pièces opératoires. Les prélèvements présentaient à des degrés variables un aspect ferme, fibreux, friable avec des remaniements kystiques et hémorragiques.

- Microscopie

*Microscopie des mycoses tissulaires*

- Types de mycose

Nous avons rencontré au cours de notre étude six (6) types de mycoses. L'aspergillose représentait avec 13 cas, 31,71% des cas de mycoses tissulaires, suivie des dermatophyties avec 11 cas représentant une proportion de 26,83%. Le tableau I montre la répartition des différents types mycoses rencontrés dans notre étude.

*Localisations de mycoses tissulaires*

Dans notre étude l'aspergillose qui était la mycose la plus représentée avait comme localisation principale le poumon avec 11 cas. Les dermatophyties seconde mycose la plus représentée avait pour principale localisation la peau. Le tableau II montre la répartition des différents types de mycoses tissulaires en fonction des localisations.

- Types d'inflammation

Pour tous nos cas d'affections mycosiques l'inflammation était de type granulomateux. Elle était granulomateuse chronique lymphoplasmocytaire et histiocytaire dans 70,74% des cas (n=29) et granulomateuse subaiguë dans 29,26% des cas (n=12).

*Microscopie des parasitoses tissulaires*

- Types de parasitose

Nous avons recensé au cours de notre étude 09 types de parasitoses. La schistosomiase était la parasitose la plus rencontrée avec 124 cas représentant 66,67% des cas de parasitoses. La leishmaniose avec 27 cas soit 15,05% était la seconde parasitose la plus représentée. Le tableau III montre la répartition des différentes parasitoses rencontrées dans notre étude.

*Localisation des parasitoses*

Dans notre étude la Bilharziose était de localisation urogénitale dans 85 cas et digestive dans 37 cas. Les localisations urogénitales étaient surtout excréto-urinaires nous avons rencontré de rares cas de localisation génitale épидидymaire et cervicale utérine. La Leishmaniose était de localisation cutanée dans 26 cas. Le tableau IV montre la répartition des différentes parasitoses tissulaires en fonction des localisations.

- Types d'inflammation

L'inflammation était granulomateuse lymphoplasmocytaire et histiocytaire pour tous les cas de parasitose tissulaire, avec un degré variable d'infiltrat de polynucléaires éosinophiles.

• **Statut sérologique rétroviral VIH**

Nous n'avons pas pu déterminer le statut sérologique rétroviral VIH de tous nos patients. La sérologie rétrovirale a été précisée seulement pour deux (02) cas d'aspergillose de localisation vertébrale et cérébrale et pour les quatre (04) cas de pneumocystose et elle était positive pour tous ces cas.

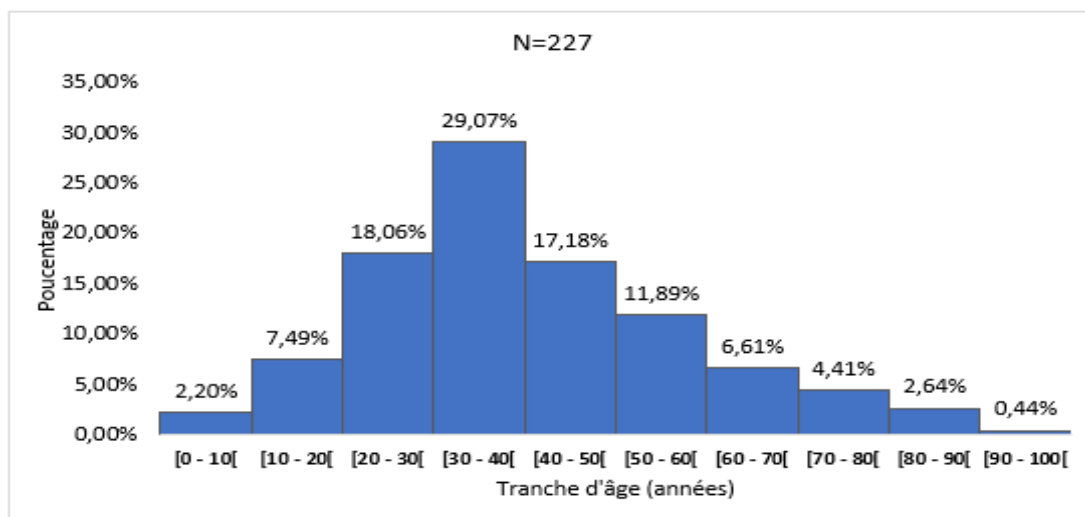


Figure 1 : distribution des cas mycoses et parasitoses tissulaires en fonction des tranches d'âge. N=227

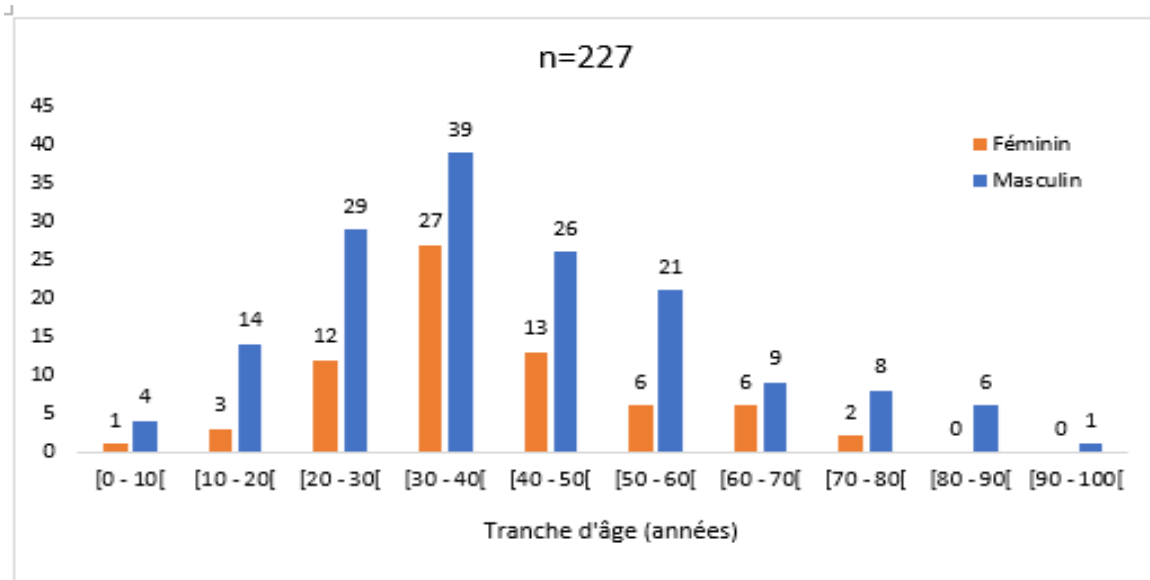


Figure 2 : Répartition des cas de mycose et parasitose en fonction du sexe et de la tranche d'âge. N=227

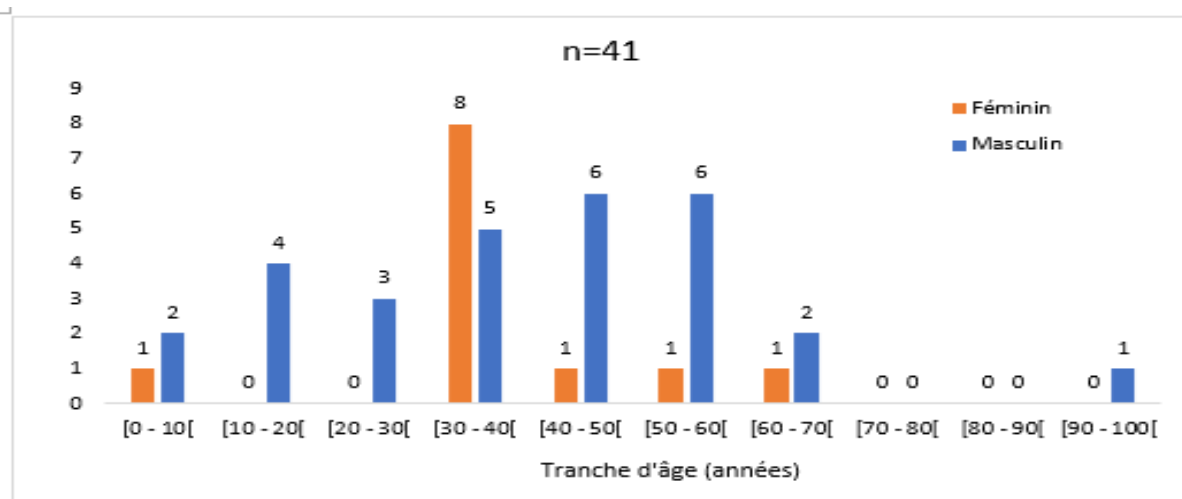


Figure 3 : Répartition des cas de mycoses en fonction de la tranche d'âge et du sexe n=41

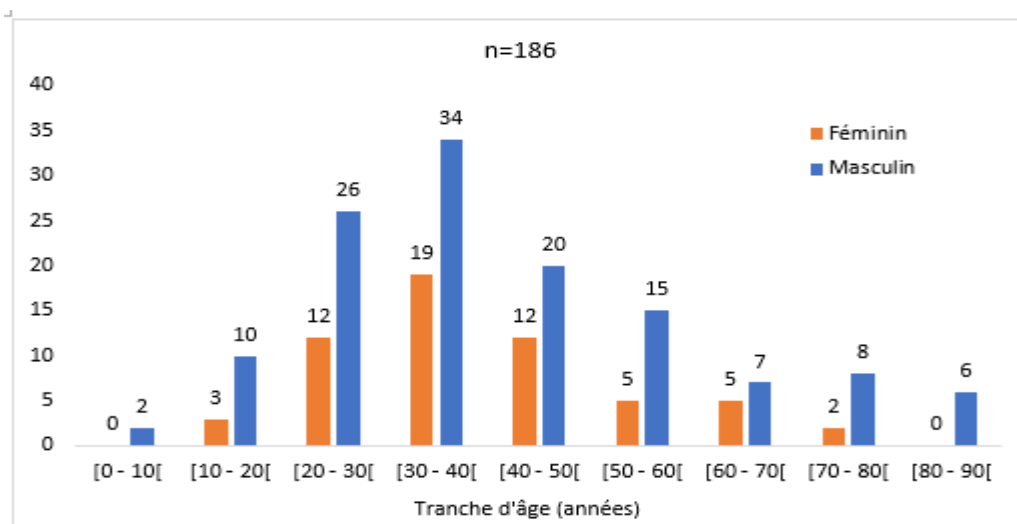


Figure 4 : Répartition des cas de parasitoses tissulaires en fonction de la tranche d'âge et du sexe n=186

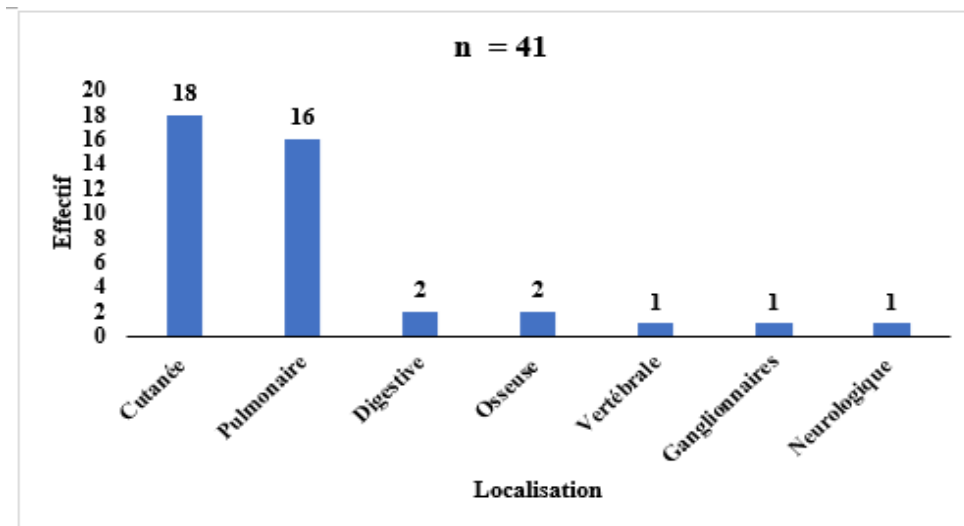


Figure 5 : Répartition des différentes localisations des mycoses tissulaires n = 41.

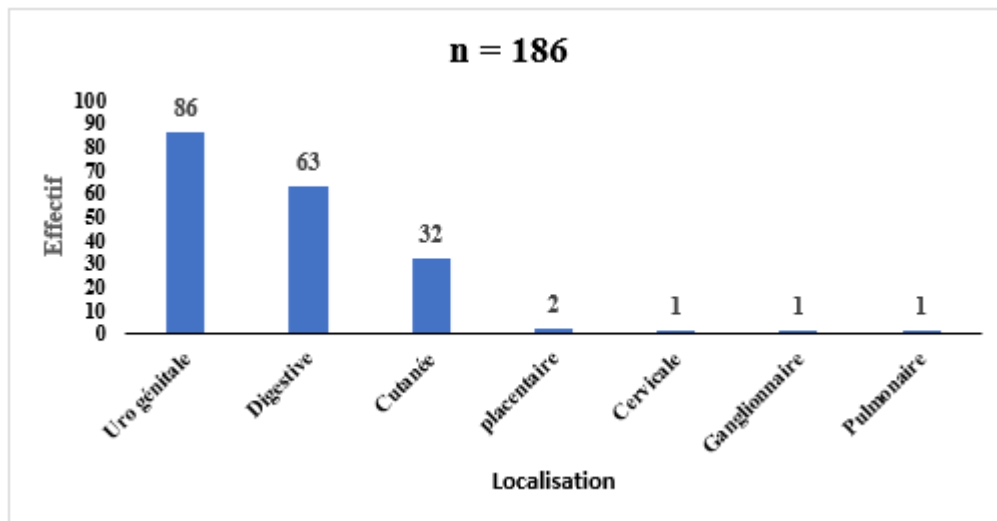


Figure 6 : Répartition des différentes localisations des parasitoses tissulaires n=186.

Tableau I : Répartition des différentes mycoses tissulaires rencontrées dans notre étude.

<b>Mycose</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aspergillose</b>	13	31,71
<b>Dermatophyties</b>	11	26,83
<b>Histoplasmosse</b>	6	14,64
<b>Cryptococcose</b>	4	9,75
<b>Pneumocystose</b>	4	9,75
<b>Candidose</b>	3	7,32
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Tableau II : Répartition des différents types de mycoses tissulaires en fonction des localisations n=41

Localisation	Vertèbre	Digestif	Poumon	Peau	Os	Cerveau	Ganglion
<b>Parasitoses</b>							
Aspergillose	1	0	11	0	0	1	0
Candidose	0	2	0	1	0	0	0
Cryptococcose	0	0	0	3	0	0	1
Dermatophytie	0	0	0	11	0	0	0
Histoplasmosse	0	0	1	3	2	0	0
Pneumocystose	0	0	4	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Tableau III : Répartition des différentes parasitoses n=186

Parasitoses	Effectif (n)	Fréquence
Schistosomiase	124	66,67
Leishmaniose	27	14,1
Amibiase	20	10,75
Onchocercose	3	1,61
Cysticercose	6	3,23
Paludisme	2	1,07
Gale	2	1,07
Giardase	1	0,54
Oxyurose	1	0,54
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Tableau IV : Répartition des différentes parasitoses tissulaires en fonction de leur localisation

Localisation	Urogénitale	Digestive	Poumon	Peau	Placenta	Col	Ganglion
<b>Parasitoses</b>							
Bilharziose	85	37	1	0	0	1	0
Amibiase	0	20	0	0	0	0	0
Cysticercose	0	3	0	3	0	0	0
Onchocercose	1	0	0	2	0	0	0
Giardase	0	1	0	0	0	0	0
Leishmaniose	0	0	0	26	0	0	1
Gale	0	0	0	2	0	0	0
Paludisme	0	0	0	0	2	0	0
Oxyurose	0	1	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>62</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Discussion

Nous avons colligé en 10 ans au total 227 cas de mycoses et parasitoses tissulaires. Ce nombre ne reflète sans doute pas les fréquences réelles des inflammations mycosiques et parasitaires. De nombreux cas échapperaient au diagnostic du fait des difficultés financières des populations auxquelles s'ajoute une insuffisance et une inaccessibilité des formations sanitaires surtout périphériques. De plus parmi les cas vus dans les formations sanitaires, c'est surtout les présentations atypiques souvent pseudotumorales qui bénéficient d'une biopsie ou d'une exérèse pour étude anatomopathologique.

Dans notre étude les inflammations tissulaires d'origines parasitaires avec 186 cas représentant 81,93% de notre échantillon étaient nettement plus fréquentes que les inflammations tissulaires d'origines mycosiques avec 41 cas représentant 18,06%. La prédominance des inflammations d'origine parasitaire pourrait s'expliquer d'une part par notre climat chaud de type soudanien qui serait un terrain favorable au cycle parasitaire de nombreux parasites. Mais surtout d'autre part par le manque d'assainissement et le mode de vie des populations qui est caractérisé par des activités de subsistance tel que l'agriculture et la pêche qui se mènent de façon rudimentaire et sans mesures de protection [1,2,3]. A ces facteurs s'ajoute la persistance d'habitudes socioculturelles néfastes tel que le péril fécal et les baignades dans les marres. Aussi il est connu que de nombreuses inflammations tissulaires mycosiques se développent essentiellement sur des terrains avec un déficit immunitaire ce qui pourrait aussi expliquer en partie leur fréquence moins élevée [6].

L'âge moyen de nos patients était de 39,75 ans avec des extrêmes de 6 ans et 93 ans et un écart type de 17,05. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 30 et 40 ans. Les moyennes d'âge des inflammations mycosiques et des inflammations parasitaires sont superposables et correspondent aux classes modales. Cela pourrait s'expliquer pour les inflammations d'origines parasitaires par leur mode

d'évolution souvent chronique. En effet bien que l'infestation ait souvent lieu à un âge parfois plus jeune, les manifestations tissulaires se révèlent souvent plus tard à distance de l'infestation initiale [4,7,8]. Les inflammations mycosiques étant souvent associées à des pathologies chroniques avec pour corollaire une baisse de l'immunité pourrait expliquer leur grande fréquence à un âge mature avec souvent de mauvaises habitudes de vie et des tares associées [6].

Notre étude a retrouvé une prédominance masculine à 69,16% contre 30,84% pour les femmes. Nous pensons que cette prédominance masculine pourrait trouver une explication dans les habitudes socioculturelles locales. En effet dès le jeune âge les jeunes garçons dans nos contrées sont orientés vers les activités de bergerie et les activités en milieu marécageux favorisant ainsi un contact avec les eaux de ruissèlement et les eaux stagnantes. Alors que les jeunes filles sont souvent plus orientées vers des tâches ménagères et culinaires. Aussi, on retrouve plus dans le sexe masculin certaines habitudes de vie néfastes comme l'alcoolisme et le tabagisme qui sont délétères pour l'immunité ce qui pourraient aussi expliquer en partie cette prédominance masculine.

Sur le plan anatomopathologique, à la macroscopie les prélèvements dans notre étude étaient en grande majorité des prélèvements tissulaires pour étude histologique et étaient dominés par les biopsies. Pour les lésions pseudo-tumorales accessibles il est classique, devant l'incertitude diagnostic, de pratiquer d'abord une biopsie qui précisera de la nature bénigne ou maligne de la lésion. Les pièces opératoires sont obtenues après biopsie préalable ou d'emblée devant une présomption clinique ou radiologique. Les prélèvements cytologiques dans notre étude sont le produit de lavage broncho-alvéolaires réalisés au décours d'une endoscopie bronchique pour bronchopneumopathie chronique.

Les prélèvements pour inflammation mycosique étaient principalement de siège cutané et pulmonaire avec respectivement 43,90% et 36,58% des cas. Nos données sont corroborées par les données de la littérature et pourraient s'expliquer par le fait que la



peau et les poumons font partie des organes qui sont en contact direct avec l'environnement extérieurs constituant une interface entre le milieu intérieur et extérieur [6].

Quant aux prélèvements pour inflammation parasitaire, ils étaient majoritairement d'origine urogénitales, digestives et cutanées avec respectivement 46,23%, 33,33% et 17,74%. Ces données seraient associées à la forte proportion de la bilharziose dans notre étude avec des localisations principalement urogénitales et digestives ainsi qu'à la leishmaniose cutanée.

L'aspect macroscopique des prélèvements était variable sans spécificités liées au type d'inflammation. L'aspect du prélèvement était plus en rapport avec la localisation et la durée d'évolution de la lésion.

A l'histologie dans notre étude les inflammations tissulaires d'origine mycosique étaient dominées par l'aspergillose avec des localisations principalement respiratoires. Les mycoses de type aspergillose sont favorisées par des terrains fragilisés avec immunodépression tel que le Sida [6,9,10]. Nous n'avons pas pu préciser les antécédents sérologiques rétroviraux de tous nos patients notamment du fait du caractère rétrospectif de notre étude. Néanmoins nous avons retrouvé dans notre étude deux (02) localisations exceptionnelles d'aspergillose chez des patient à sérologie rétrovirale VIH positive. Une localisation cérébrale chez un patient qui présentait des troubles neurologiques simulant une affection tumorale et une localisation osseuse vertébrale. Les maladies respiratoires chroniques, tel que la tuberculose pulmonaire, constituent aussi des facteurs prédisposant la survenu de complications fongiques. Les séquelles de tuberculose laissent des cavernes tuberculeuses qui favorisent la croissance de pathogènes environnementaux tel que *Aspergillus* [9-11].

La seconde principale localisation des mycoses était cutanée dominée par les dermatophyties. Les dermatophyties sont des affections causées par des champignons filamenteux qui ont une affinité pour la kératine [12]. Elles atteignent la peau et les phanères et très exceptionnellement les muqueuses et les

viscères [13].

Le type de mycose retrouvé dans les prélèvements cytologiques était l'aspergillose et la pneumocystose. Pour tous les cas de pneumocystose le statut sérologique rétroviral a été précisé. Il s'agissait tous de patients atteints de VIH, connus et suivis.

La parasitose la plus rencontrée dans notre étude était la bilharziose qui est une parasitose endémique sévissant dans les régions tropicales et subtropicales. Elle touche plus particulièrement les populations démunies vivant dans des régions à faible niveau d'assainissement. Le cycle évolutif du parasite passe par un hôte intermédiaire qui est un mollusque d'eau douce. Il s'agit donc surtout de population menant des activités agro-sylvo-pastorales [14]. Les principales localisations de ce parasite dans notre étude étaient urogénitales et digestives avec des proportions respectives de 68,54% et 29,83%. Cette prépondérance des localisations urogénitales et digestives de la bilharziose est connue et décrite dans la littérature. La bilharziose urinaire affecte électivement les voies excréto-urinaires et essentiellement la vessie [4,8,14]. Les localisations génitales sont relativement rares [4,8,15]. Nous avons dans notre étude rencontré une localisation testiculaire épидидymaire qui simulait une tumeur testiculaire et qui a nécessité une orchidectomie. ONDO et al. à Dakar, ont rapporté deux cas de bilharziose testiculaire dont un chez un enfant [16]. La pathogénie de la localisation testiculaire de la bilharziose fait appel à l'existence d'anastomoses porto-caves entre les veines gonadiques et mésentériques [14,15]. De même pour le cas de localisation cervicale utérine rencontré dans notre étude la pathogénie s'explique par l'existence d'anastomoses entre les vaisseaux génitaux et ceux des voies urinaires et du rectum [15].

La seconde plus fréquente parasitose retrouvée dans notre étude était la leishmaniose cutanée qui est fréquente dans nos régions surtout dans les périphéries des zones urbaines où persistent des broussailles dans lesquelles on retrouve les moustiques du genre phlébotome, vecteurs de la leishmaniose [17].

Les autres parasites rencontrés sont divers et variés

et pour l'essentiel digestives associées au péril fécal. Nous avons enfin recensé deux (02) cas de parasitose placentaire par *Plasmodium falciparum* découvert de façon fortuite sur des placentas reçus pour avortement tardif. Le paludisme constitue un important problème de santé publique surtout dans nos contrées. Les femmes enceintes constituent avec les enfants âgés de moins de 5 ans et les personnes immunodéprimées, la population la plus à risque de contracter le paludisme. En effet, la grossesse rend les femmes plus susceptibles de contracter les formes graves de paludisme. Pour les femmes enceintes le risque d'avortement existe comme ça a été le cas dans notre étude [18].

Dans notre étude l'infiltrat inflammatoire était de type granulomateux. Tantôt il était granulomateux chronique lymphoplasmocytaire associé à une réaction macrophagique et un degré variable d'infiltrat de polynucléaire éosinophiles surtout dans les parasitoses. Tantôt l'infiltrat inflammatoire était granulomateux subaigu traduisant une surinfection bactérienne. Les inflammations granulomateuses de manière générale sont la traduction du caractère chronique et persistant de l'agent agresseurs à l'origine de la réaction inflammatoire.

## Conclusion

Notre travail nous a permis de passer en revue les caractéristiques sociodémographiques et morphologiques des inflammations mycosiques et parasitaires tissulaires très variées rencontrées dans notre pratique quotidienne. Les inflammations parasitaires sont dominées par la bilharziose urogénitale qui demeure un véritable problème de santé publique associé à la pauvreté et à de mauvaises habitudes socioculturelles avec comme conséquence de nombreuses complications fonctionnelles, pseudo tumorales et tumorales. Les inflammations mycosiques, elles, sont dominées par l'aspergillose pulmonaire qui complique souvent des pathologies chroniques pulmonaires ou générales s'accompagnant d'une certaine immunodépression.

Cette étude devra être complétée par d'autres études

plus poussées pluridisciplinaires. Mais d'ores et déjà elle interpelle les acteurs de la santé des populations à différents niveaux d'une part, sur le renforcement des mesures de sensibilisation et d'éducation des populations afin de prévenir les affections mycosiques et parasitaires et d'autre part, à savoir y penser surtout devant des formes compliquées pseudo tumorales.

---

## \*Correspondance

IDO Franck Auguste Hermann Adémayali

[idofranck@yahoo.fr](mailto:idofranck@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 31 juillet 2023

- 1 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques  
CHU Tengandogo Ouagadougou Burkina Faso.
- 2 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques  
CHU Bogododgo Ouagadougou Burkina Faso.
- 3 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques  
CHU-R de Ouahigouya Burkina Faso.
- 4 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques  
CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (Anofel). Polycopié national. Université Médical Virtuelle Française 2014 ; 409 pages.
- [2] Fréalle E, Valot S, Piarroux R, Menotti J, Lachaud L, Persat F, Izri A, Villard O, Yera H, Dannaoui E, Morio F, Houzé S. Actualités du diagnostic des infections parasitaires et fongiques. *Ann Biol Clin (Paris)*. 2020 Jun 1;78(3):299-313.

- [3] Theel ES, Pritt BS. Parasites. *Microbiol Spectr*. 2016 Aug;4(4). doi: 10.1128/microbiolspec.DMIH2-0013-2015.
- [4] Abu-Shakra M, Shoenfeld Y. Parasitic infection and autoimmunity. *Autoimmunity*. 1991;9(4):337-44.
- [5] Guarner J, Brandt ME. Histopathologic diagnosis of fungal infections in the 21st century. *Clin Microbiol Rev*. 2011 Apr;24(2):247-80.
- [6] Templeton SP, Rivera A, Hube B, Jacobsen ID. Editorial: Immunity to Human Fungal Pathogens: Mechanisms of Host Recognition, Protection, Pathology, and Fungal Interference. *Front Immunol*. 2018 Oct 15;9:2337.
- [7] Wedel PG, Jess P. Testicular Schistosomiasis Simulating Malignancy Case Report. *Scand J Urol Nephrol*. 1 janv 1991;25(3):237-8.
- [8] Lopes RI, Lopes RN, Leite KR, Prando D. Testicular schistosomiasis simulating malignancy. *Lancet Infect Dis*. sept 2003;3(9):556.
- [9] Lockhart SR, Guarner J. Emerging and reemerging fungal infections. *Semin Diagn Pathol*. 2019 May;36(3):177-181.
- [10] Templeton SP, Rivera A, Hube B, Jacobsen ID. Editorial: Immunity to Human Fungal Pathogens: Mechanisms of Host Recognition, Protection, Pathology, and Fungal Interference. *Front Immunol*. 2018 Oct 15;9:2337.
- [11] Zarif A, Thomas A, Vayro A. Chronic pulmonary aspergillosis. A brief review. *Yale J Biol Med*, 2021; 94 : 673-679.
- [12] Ndiaye D, Ndiaye M, Badiane A, Seck MC, Faye B, Ndiaye JL, Tine R, Ndir O. Dermatophyties diagnostiquées au laboratoire de parasitologie et mycologie de l'hôpital Le Dantec de Dakar, entre 2007 et 2011. *J Mycol Med*. 2013 Dec;23(4):219-24.
- [13] Zoulati G, Maïga RY, El Haouri M, Er-Rami M. Dermatophyties à *Trichophyton violaceum* au laboratoire de parasitologie mycologie de l'HMMI de Mekhnès (à propos de douze cas) [Dermatophytosis due to *Trichophyton violaceum* at the parasitology-mycology laboratory of the military hospital of Meknes (about twelve cases)]. *J Mycol Med*. 2018 Mar;28(1):1-7.
- [14] Santos LL, Santos J, Gouveia MJ, Bernardo C, Lopes C, Rinaldi G, et al. Urogenital Schistosomiasis-history, pathogenesis, and bladder cancer. *J Clin Med* 2021;10(2): 205.
- [15] Bustinduy AL, Randriansolo B, Sturt AS, Kayuni SA, Leustcher PDC, Webster BL, et al. An update on female and male genital schistosomiasis and a call to integrate efforts to escalate diagnosis, treatment and awareness in endemic and non-endemic settings: The time is now. *Adv Parasitol* 2022;115:1–44.
- [16] Ondo CZ, Sarr A, Sow Y, Thiam I, Fall B, Sow DD, et al. Bilharziome testiculaire à *Schistosomia haematobium* : à propos de deux observations. *Prog Urol*. 2013;24:67-9.
- [17] Hassam B, Senouci K, Bennouna-Biaz F. La leishmaniose cutanée. *Exp Serv Dermatol D'Avicenne-Rabat Med Magreb*. 1991;28:37-8.
- [18] Schantz-Dunn J, Nour NM. Malaria and pregnancy: a global health perspective. *Rev Obstet Gynecol*. Summer 2009;2(3):186-92.

**Pour citer cet article :**

FAHA Ido, AS Ouedraogo, I Savadogo, R Sanne, S Ouattara, A Lamien-Sanou et al. Aspects sociodémographiques et anatomopathologiques des mycoses et parasitoses tissulaires diagnostiquées à Ouagadougou : à propos 227 cas colligés en 10 ans. *Jaccr Africa* 2023; 7(3): 192-202