

## CHROMOMYCOSE RÉCIDIVANTE DU VISAGE ET DES MEMBRES : A PROPOS DU 1<sup>ER</sup> CAS LIBYEN

E. SIALA, M. GASTLI, R. BEN ABDALLAH, R. BARBOUCHE, N. ZALLAGA, A. BOURATBINE, K. AOUN

*Med Trop* 2006 ; 67 : 69-71

**RÉSUMÉ** • La chromomycose est une infection fongique cutanée chronique sévissant de façon sporadique essentiellement dans les zones tropicales et subtropicales. Elle touche habituellement l'adulte travaillant en milieu rural. Nous rapportons le 1<sup>er</sup> cas libyen de chromomycose causé par *Phialophora verrucosa* et survenu chez une jeune fille de 16 ans. Cette observation est aussi particulière par la localisation des lésions au visage et aux membres, l'absence de notion de traumatisme et la récurrence assez tardive, 6 ans après une première poussée.

**MOTS-CLÉS** • Chromomycose - Récidive - *Phialophora verrucosa* - Libye.

### RECURRENT CHROMOMYCOSIS OF THE FACE AND EXTREMITIES: FIRST CASE REPORT FROM LIBYA

**ABSTRACT** • Chromomycosis is a chronic cutaneous fungal infection most prevalent in tropical and subtropical countries. It mainly affects adults working in rural areas. This purpose of this report is to describe the first cases in Libya in a 16-year-old girl. This case is also remarkable with regard to location on the face and members, lack of association with trauma and long delay for recurrence, i.e., 6 years after first occurrence.

**KEY WORDS** • Chromomycosis - Relapse - *Phialophora verrucosa* - Libya.

La chromomycose est une infection fongique cutanée sévissant essentiellement dans les zones tropicales et subtropicales. Elle est causée par des champignons pigmentés appartenant à la famille des dématiés qui vivent à l'état saprophyte dans le sol et sur les végétaux et qui contaminent l'homme souvent suite à des traumatismes avec des débris de végétaux ou de bois (1). C'est une dermatose chronique qui siège essentiellement au niveau des membres inférieurs et touche particulièrement l'homme travaillant en milieu rural (2). Notre observation concerne le 1<sup>er</sup> cas libyen documenté de chromomycose, inhabituel par la localisation des lésions au niveau du visage et des 4 membres et leur récurrence tardive 6 ans après une première poussée.

### OBSERVATION

N. A. est une jeune fille de 16 ans originaire et vivant en zone rurale du Sud de la Libye. Elle a présenté depuis l'âge de 7 ans des lésions au niveau du visage et des quatre

membres. L'interrogatoire n'a pas révélé la notion de micro-traumatisme précédant l'apparition des lésions. La patiente a consulté d'abord en Libye puis en Allemagne où le diagnostic de chromomycose a été établi et un traitement à base d'itraconazole et 5-fluorocytosine était administré pendant 6 mois. L'évolution a été favorable avec disparition des lésions. La patiente consultait 9 ans plus tard pour une récurrence des lésions traînant depuis 3 ans. L'interrogatoire notait une patiente mélancolique et abattue. L'examen physique mettait en évidence des placards hyperkératosiques verruqueux, végétants, très infiltrés ayant un aspect en chou-fleur de couleur rouge violacée (Fig. 1 et 2). Les placards siè-



Figure 1 - Placards verruqueux en chou-fleur du visage avec cicatrice du front.

• Travail du Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, (E.S., Assistante hospitalo-universitaire; R.B.A., Assistante hospitalo-universitaire; N.Z., Technicienne supérieure; A.B., Professeur; K.A., Professeur agrégé) Institut Pasteur de Tunis, du Service de consultation de maladies infectieuses (M.G., Médecin infectiologue) Tunis et du Laboratoire d'immunologie cellulaire quantitative (R.B., Professeur Agrégé) Institut Pasteur de Tunis, Tunisie.

• Correspondance : E. SIALA, Laboratoire de Parasitologie Mycologie, Institut Pasteur de Tunis, 13, Place Pasteur, BP 74, 1002 Tunis, Tunisie.

• Courriel : emna.siala@rns.tn •

• Article reçu le 2/08/2006, définitivement accepté le 30/06/2006.



Figure 2 - Placards verruqueux en chou-fleur de la jambe.

geaient au niveau des mêmes localisations initiales soit le visage et les membres dont ils couvraient une grande partie. Une cicatrice atrophique du front est notée et correspond selon la patiente à d'anciennes lésions (Fig. 1). L'examen clinique ne décèlait pas d'adénopathies loco-régionales. L'état général est conservé.

L'examen mycologique direct des prélèvements lésionnels faits au vaccinostyle et par écouvillonnage a montré des filaments mycéliens à paroi brune et il n'a pas été mis en évidence les cellules fumagoïdes. Les cultures, ensemencées sur milieu Sabouraud - Chloramphénicol et incubées à 27°C ont révélé au bout de 21 jours, des petites colonies épaisses adhérentes, légèrement duveteuses de couleur noirâtre (Fig. 3). L'aspect microscopique était celui d'un mycélium septé et ramifié à parois sombres avec des phialides latérales ou terminales en bouteille et des spores apicales au niveau de l'entonnoir (Fig. 4). L'ensemble de ces aspects morphologiques a permis d'identifier *Phialophora verrucosa*.

La patiente ne présentait aucun facteur d'immuno-dépression. Le bilan d'exploration de l'immunité humorale et cellulaire était normal. La sérologie de l'infection par le VIH était aussi négative. Le diagnostic d'une récurrence de la chromomycose étant retenu, la patiente a été mise sous itraconazole et sa surveillance est en cours. Devant l'extension

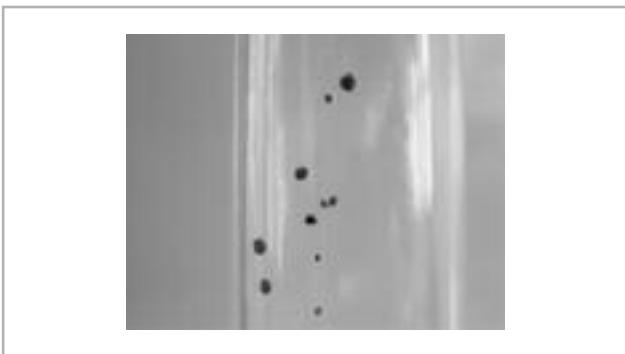


Figure 3 - Petites colonies noirâtres en culture.

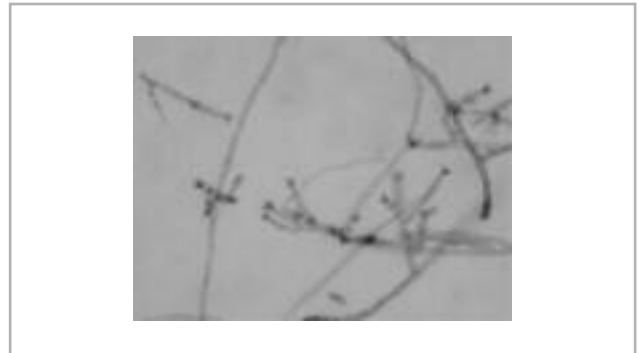


Figure 4 - Aspect microscopique des colonies : Filaments mycéliens et phialides en forme de bouteille (X400).

des lésions et les remaniements fibro-inflammatoires, l'exérèse chirurgicale serait discutée ultérieurement en fonction de l'évolution sous traitement médical.

## DISCUSSION

La chromomycose est une maladie rare principalement des zones tropicales, Madagascar, l'Afrique du Sud, l'Amérique du Sud et l'Australie (3). Elle est exceptionnelle en Afrique du Nord où seulement 14 cas ont été rapportés, 5 au Maroc, 7 en Algérie et 2 en Tunisie (4-6). Notre observation est la première en Libye. Elle est par ailleurs particulière par l'absence de notion de traumatisme et l'étendue des lésions au visage et aux 4 membres (Fig. 1 et 2). Le délai de survenue des récurrences, assez long de 6 ans, est aussi inhabituel. En effet, dans la littérature, ces récurrences surviennent souvent au cours des 5 premières années suivant le traitement (2, 3). La multiplicité des lésions satellites serait due à une auto-inoculation par les bords de la lésion initiale encore active (1).

Sept espèces de champignons, regroupées en 6 genres sont responsables des chromomycoses, *Fonsecaea pedrosoi* est la plus fréquemment isolée. Les autres agents impliqués sont : *Phialophora verrucosa* identifiée chez notre patiente (Fig. 3 et 4), *Cladosporium carionii*, *Fonsecaea compacta* et *Rhinochloa cerophiala*, *Wangiella dermatidis* et *Exophiala spinifera* (3). Comme cela est le cas de notre patiente, l'absence des cellules fumagoïdes à l'examen direct et sur les coupes histologiques a déjà été rapportée surtout lors des récurrences ou sous traitement, les prélèvements de notre patiente ayant été réalisés alors qu'elle était sous amphotéricine B depuis 15 jours (3). La surinfection constitue la principale complication de la chromomycose, l'évolution carcinomateuse de type épidermoïde nécessite une biopsie au moindre doute. La dissémination par voie lymphatique, par contiguïté ou par voie hématogène est exceptionnelle (3).

Le traitement médical fait appel aux antifongiques systémiques. L'amphotéricine B sous forme non liposomale est de moins en moins utilisée du fait de sa néphrotoxicité et des nombreux cas d'échec (7). L'itraconazole à la dose de 100 à 200 mg/j associé à la fluorocytosine serait efficace comme cela a été le cas, lors de la première poussée de notre patiente.

Ce traitement doit cependant, être maintenu plusieurs mois. Actuellement, on recommande la terbinafine à la dose de 500mg/j pendant au minimum 6 mois ou le voriconazole (7, 8). La durée de ces traitements et surtout leur coût posent un problème dans les pays en voie de développement. La chirurgie suivie ou non d'une greffe de la peau, la cryothérapie et la thermothérapie sont aussi proposées (3, 6).

Cette observation confirme les difficultés de diagnostic de la chromomycose et la fréquence de ses récurrences. Elle permet d'insister sur la délicatesse de sa prise en charge thérapeutique et psychologique et la nécessité d'un suivi prolongé des patients. Un traitement précoce permet de limiter l'extension des lésions et d'améliorer le pronostic surtout esthétique de cette mycose.

### RÉFÉRENCES

1 - MASLIN J, MORAND J J, CIVATTE M - Les chromomycoses. *Med Trop* 2001 ; **61** : 111-4.

2 - MINOTTO R, BERNARDI CD, MALLMANN LF *et Coll* - Chromoblastomycosis : a review of 100 cases in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol* 2001 ; **44** : 585-92.

3 - CHABASSE D, KOMBILA M, THERIZOL FERIY M - Chromomycose et phaeohyphomycose. *Encycl Med Chir - Maladies infectieuses* 8-605-A-10, 1996 ; 8p. Elsevier, Paris.

4 - BOUDGHENE-STAMBOULI O, BELBACHIR A, BARIOUT H - La chromomycose : à propos de 7 cas. *Ann Dermatol Venerol* 2001 ; **128** : 21-7.

5 - EZZINE-SEBAÏ N, BENMOUSLY R, FAZAA B *et Coll* - Chromomycosis arising in a Tunisian man. *Dermatol Online J* 2005 ; **11** : 14.

6 - MARRAK H, MNAJJA N, FENNICHE S *et Coll* - Chromomycose à propos d'une observation. *J Mycol Med* 2003, **13** : 37-9.

7 - HAY R J - Therapeutic potential of terbinafine in subcutaneous and systemic mycoses. *Br J Dermatol* 1999 ; **141** : 36-40.

8 - ESTERRRE P, RATSIOHARANA M, ANDRIANTSIMAHAVANDY A *et Coll* - A multicentere trial of terbinafine in patients with chromoblastomycosis. Effect on clinical and biological criteria. *J Dermatol Treatment* 1998 ; **9** : 529-34.



**A**vec l'essor des voyages aériens, le monde tropical est devenu le lieu de séjour de millions de personnes. Les maladies infectieuses et tropicales sont ainsi devenues une préoccupation majeure des professionnels de santé, des touristes et des expatriés. Les épidémies récentes dans l'Océan Indien : dengue, Chikungunya, ont attiré l'attention sur les risques des voyages et des séjours sous les tropiques, y compris dans des îles ayant fait leur transition épidémiologique et qui semblaient être à l'abri de toute maladie exotique. La circulation des personnes doit se doubler de celle de l'information.

Les auteurs, médecins tropicalistes qui ont une longue expérience de la vie sous les tropiques, ont rédigé dans l'Océan indien ce « **Passeport Santé** » pour rappeler aux voyageurs et aux résidents que les maladies tropicales existent mais sont facilement évitables à conditions d'appliquer des mesures de prévention simples mais rigoureuses...

Cet ouvrage, véritable **pass**port de coopération régionale et condensé de médecine exotique intéressera les professionnels de santé, les médecins, mais aussi les voyageurs curieux de connaître la situation sanitaire de ces destinations ■

