

### Plaqué érythémato-squameuse papuleuse et atrophique de l'abdomen

El Euch D<sup>1</sup>, Mokni M<sup>1</sup>, Haouet S<sup>2</sup>, Trojjet S<sup>1</sup>, Zitouna M<sup>2</sup>, Ben Osman A<sup>1</sup>

1. Service de Dermatologie

2. Service d'anatomo-pathologie

Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

*Med Trop* 2010 ; 70 : 81-83

#### Observation

Un homme âgé de 38 ans, originaire de Beja (100 km de Tunis) consultait pour une lésion cutanée abdominale évoluant depuis un an. Le patient travaillait comme mécanicien tôlier avec notion d'éjection de pièces de métal au moment de l'utilisation du chalumeau. A l'examen, il existait une plaqué érythémato-squameuse d'évolution atrophique en son centre, à quelques centimètres de l'ombilic (figure 1). Le reste de l'examen clinique était sans anomalie hormis une onychomycose des orteils à *Trichophyton rubrum*. L'histologie objectivait un infiltrat dermique granulomateux constitué de lymphocytes, de plasmocytes et de nombreux macrophages. Le bilan biologique, la radiographie thoracique ainsi que l'échographie abdominale étaient sans anomalie.

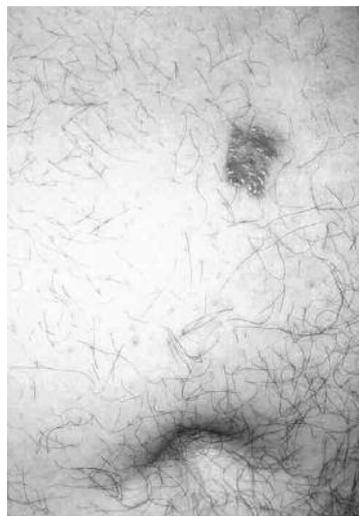


Figure 1. Plaqué abdominale érythémato-squameuse d'évolution atrophique.

### Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : dalenda.kallel@rns.tn

• Article reçu le 1/12/2008, définitivement accepté le 14/01/2010.

## Réponse

### Chromomycose à *Fonsecaea pedrosoi*

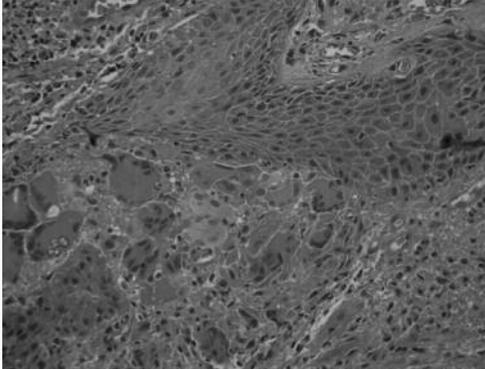


Figure 2. Histopathologie avec coloration à l'hématéine-éosine



Figure 3. Examen direct.

Une dermatophytie, une sarcoïdose et une tuberculose cutanée auraient aussi pu être suspectées.

Au sein de la réaction granulomateuse, il existait des éléments fongiques ronds bruns et septés de 10 à 15 microns de diamètre avec une paroi épaisse fortement colorée par le PAS et le Giemsa correspondant aux cellules fumagoïdes (figure 2). L'examen direct des squames avec coloration au Noir Chlorazole objectivait des cellules fongiques brunes (figure 3). La culture sur milieu de Sabouraud Chloramphénicol à 27° isolait, après 15 jours, des colonies noires duveteuses avec un revers noir olive (figure 4). L'identification microscopique de la colonie par la technique du drapeau montrait des filaments pigmentés avec deux types de fructifications : des formes denticulées (formes acrotheca) et des phialides (figures 5, 6). Ces éléments macroscopiques et microscopiques permettaient d'identifier l'agent fongique pathogène : *Fonsecaea pedrosoi*. Le patient était traité par cryothérapie à raison d'une application d'azote liquide par semaine pendant 4 semaines associée à la terbinafine 250 mg/j durant 6 mois dans le but de traiter simultanément l'onychomycose. Une désinfiltration de la plaque de l'abdomen et une guérison de l'onychomycose étaient notées. Le malade était par la suite perdu de vue.

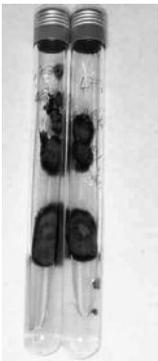


Figure 4. *Fonsecaea pedrosoi* : aspect de la culture.

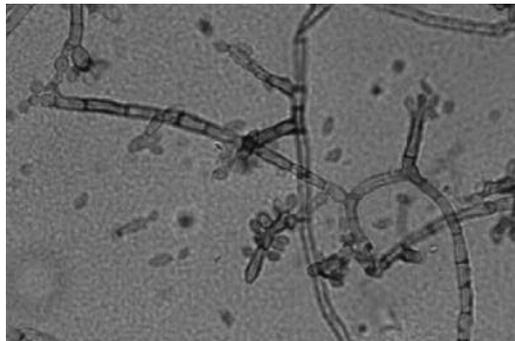


Figure 5. Forme acrotheca.

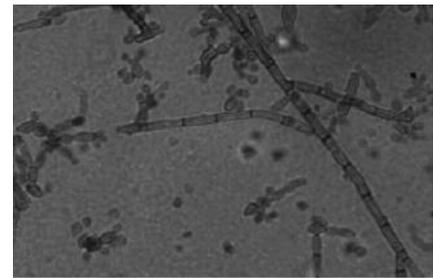


Figure 6. Phialides.

## Discussion

La chromomycose (anciennement appelée chromoblastomycose) est une infection fongique chronique du tissu cutané et sous cutané. Elle est due à des champignons noirs du groupe des dématiés dont le plus fréquent est *Fonsecaea pedrosoi* suivi par d'autres espèces comme *Phialophora verrucosa* et *Cladosporium carrionii*. Les lésions ont une évolution chronique avec, exceptionnellement, une dégénérescence en carcinome épidermoïde. La chromomycose est fréquente dans les pays tropicaux et subtropicaux tels que Madagascar, l'Inde, le Mexique, le Brésil, le Costa Rica et l'Afrique du sud (1-5). Elle est rare au nord de l'Afrique, seulement cinq cas sont rapportés au Maroc (6), huit cas en Algérie (7, 8) et un cas en Lybie (9). En Tunisie, trois cas dus à *Fonsecaea pedrosoi* (10-13) ont été publiés (tableau 1).

Tableau 1. Les cas de chromomycose en Tunisie.

Patients en Tunisie	Age/sexe	Evolution de la maladie	Siège	Lésions cutanées	Traitement
Cas 1 (10)	71/F	6 ans	Epaule	Nodule	Chirurgie
Cas 2 (11)	28/M	18 mois	Poignet	Verruqueuse	Terbinafine, chirurgie
Cas 3 (12)	63/M	2 ans	Avant bras	Verruqueuse	Chirurgie
Notre cas	38/M	1 an	Abdomen	Papuleuse atrophique	Cryothérapie, terbinafine

F= féminin M= masculin

Les lésions siègent fréquemment aux membres supérieurs et inférieurs (2). Notre cas est particulier par la localisation de la lésion à l'abdomen (région couverte), exceptionnellement rapportée au Brésil (2) ; le traumatisme abdominal pourrait être incriminé dans la pénétration du champignon. Quand les lésions sont peu nombreuses ou de petites tailles, elles peuvent être traitées par cryothérapie, par chirurgie, en monothérapie ou en association avec un antifongique systémique tel que terbinafine (250 à 500 mg/j) et itraconazole (100 à 400 mg/j) (1, 3, 4).

## Conclusion

Le diagnostic de chromomycose est souvent porté par l'anatomo-pathologiste encore faut-il faire les colorations adaptées ; cette mycose exotique doit donc être évoquée devant une lésion cutanée chronique d'histologie granulomateuse.

## Références

- Martinez RL, Mendez LJ. Chromoblastomycosis. *Clinics in Dermatology* 2007 ; 25: 188-194.
- Minotto R, Bernardi CD, mallmann LF, Edelweiss MI, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis: a review of 100 cases in the state of Rio Grande does Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol* 2001 ; 44: 585-92.
- Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, Saul A. Chromoblastomycosis: clinical and mycologic experience of 51 cases. *Mycoses* 2001 ; 44: 1-7.
- Vijaya D, Kumar BH. Chromoblastomycosis. *Mycoses* 2005 ; 48 : 82-84.
- Maslin J, Morand JJ, Civatte M. Les chromomycoses (chromoblastomycoses). *Med Trop* 2001 ; 61 : 459-61.
- Jarmouni R, Nidam H, Afailal A, Habib Eddine S, Guessous N, Lakhdar H. Les mycoses profondes (A propos de 30 cas). Rapports du XIX<sup>e</sup> Congrès de l'association des dermatologistes et syphiligraphes de Langue Française, Rabat, 12-15 mai 1989, pp 39-43.
- Boudghène-Stambouli O, Merad-Boudia A. Chromomycose: 2 observations. *Ann Dermatol Venerol* 1994 ; 121: 37-39.
- Boudghène-Stambouli O, Belbachir A, Bariout H. La chromomycose: à propos de 7 cas. *Ann Dermatol Venerol* 2001 ; 128 :1S21-1S27.
- Siala E, Gasli M, Ben Abdallah R, Barbouche R, Zallaga N, bouratbine A, Aoun K. Recurrent chromomycosis of the face and extremities: first case report from Libya. *Med Trop* 2007 ; 67 : 69-71.
- Marrak H, Mnajja N, Fenniche S, Fourati M, Zghal M, Chaker E. Chromomycose: à propos d'une observation. *J Mycol Med* 2003 ; 13: 37-9.
- Ezzine Sebai N, Benmously R, Fazaa B, Chaker E, Zermani R, Kamoun MR. Chromomycosis arising in Tunisia Man. *Dermatology Online J* 2005 ; 11: 4.
- Fenniche S, Zarea I, Benmously R, Marrak H, Mokhtar I. Chromomycosis: a new Tunisian case report. *Int J Infect Dis* 2005 ; 9: 288-9.
- Kondo M, Hiruma M, Nishioka Y, Mayuzumi N, Mochida K, Ikeda S, et al. A case of chromomycosis caused by *Fonsecaea pedrosoi* and a review of reported cases of dematiaceous fungal infection in Japan. *Mycoses* 2005 ; 48 : 221-5.

### PLAQUE ÉRYTHÉMATO-SQUAMEUSE PAPULEUSE ET ATROPHIQUE DE L'ABDOMEN : CHROMOMYCOSE À *FONSECAEA PEDROSOI*

**RÉSUMÉ** • La chromomycose est une mycose exotique due à des champignons dématés saprophytes. Les auteurs rapportent un cas de chromomycose due à *Fonsecaea pedrosoi* observé chez un homme originaire du nord Tunisien, qui présentait depuis un an un placard érythémato-squameux d'évolution atrophique sur l'abdomen. La rémission clinique était obtenue après cryothérapie et prise de terbinafine.

**MOTS-CLÉS** • Chromomycose. *Fonsecaea pedrosoi*. Tunisie.

### ERYTHEMATO-SQUAMOUS PAPULAR AND ATROPHIC PLAQUE ON ABDOMEN: CHROMOBLASTOMYCOSIS DUE TO *FONSECAEA PEDROSOI*

**ABSTRACT** • Chromoblastomycosis is a chronic subcutaneous fungal infection caused by dematiaceous saprophytic moulds. We report a case of chromoblastomycosis due to *Fonsecaea pedrosoi* observed in man from the Baja region of Tunisia. He presented since one year an erythemato-squamous atrophic plaque localised at the abdomen area. Clinical remission was obtained after cryotherapy and terbinafine.

**KEY WORDS** • Chromoblastomycosis. *Fonsecaea pedrosoi*. Tunisia.