

Fistule chronique de l'avant-pied chez un marocain

El Mouhaddab M¹, Basraoui D², Ousehal A², Galuia F¹

1. Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, HMA

2. Service de Radiologie, CHU Mohamed VI

Marrakech, Maroc.

Med Trop 2010 ; 70 : 181-183

Observation

Un homme âgé de 25 ans, originaire du sud du Maroc, sans antécédent particulier, consultait pour un épaissement de la face dorsale du pied droit, apparu depuis 30 mois et s'accompagnant de douleurs depuis 6 mois. Ce patient, qui pratiquait le cross pieds nus à un niveau national, signalait avoir été victime d'un traumatisme par des épines végétales plusieurs mois auparavant. A l'examen on ne notait ni fièvre, ni altération de l'état général. La face dorsale du pied était épaissie, hyperkératosique, sensible à la pression, et présentait une fistule chronique donnant issue à des grains noirs (figure 1). Il n'y avait pas d'adénopathies loco-régionales et les marqueurs biologiques inflammatoires étaient dans les limites de la normale. La radiologie standard (figure 2) complétée par la tomodynamométrie (figure 3) visualisaient des lésions lytiques multifocales réalisant des cavernes disséminées aux os et aux articulations du tarse intéressant le premier et le deuxième cunéiformes, ainsi que la base du troisième métatarsien.



Figure 1. Fistules récidivantes au dos du pied.



Figure 2. Radiographie de l'avant pied droit montrant des images de géode.

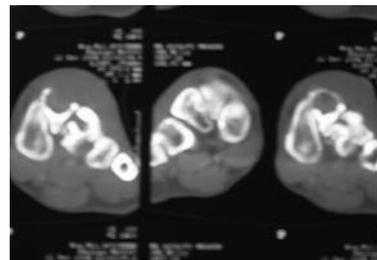


Figure 3. Tomodynamométrie de l'avant pied avec les images d'ostéolyse.

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : medelmouhaddab@yahoo.fr
• Article reçu le 17/12/2009, définitivement accepté le 28/01/2010

Réponse

Chromomycose osseuse à *Phialophora verrucosa*

La biopsie osseuse objectivait de multiples granulations noires de petite taille (figures 4, 5). L'examen mycologique direct des prélèvements mettait en évidence des cellules fumagoides ou « sclerotic cells » (figure 7). La culture effectuée sur milieu de Sabouraud additionné de chloramphénicol permettait l'isolement d'une souche de *Phialophora verrucosa* (figure 8) ; l'histologie montrait une réaction granulomateuse épithélioïde gigantocellulaire et des cellules fongiques ovoïdes brunes (figure 9). Le diagnostic de chromomycose osseuse était posé. Une excision en bloc du tissu sous-cutané induré et un curetage de l'os atteint emportant les zones géodiques étaient réalisés (figure 6). Le patient bénéficiait en outre de kétoconazole à la dose de 200 milligrammes par jour durant 6 mois. L'évolution clinique et radiologique a été favorable avec un recul de 2 ans.



Figure 4. Aspect macroscopique du prélèvement biopsique



Figure 5. Aspect macroscopique du prélèvement biopsique.



Figure 6. Aspect peropératoire de la lésion après curetage biopsique.



Figure 7. Aspect microscopique à l'examen direct montrant les cellules fumagoides caractéristiques.

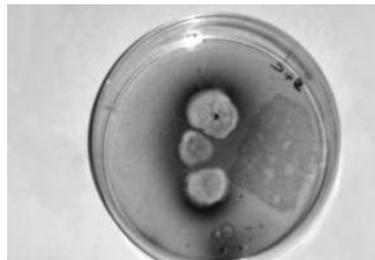


Figure 8. Colonies de *Phialophora verrucosa*.

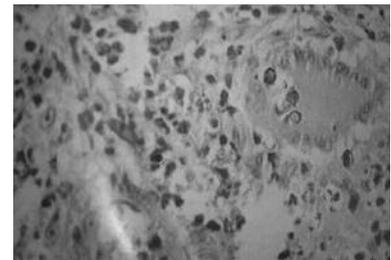


Figure 9. Coupe anatomopathologique (coloration PAS) montrant des cellules brunes sphériques.

Discussion

La chromomycose est une mycose cosmopolite qui sévit avec prédilection dans les zones tropicales et subtropicales avec une prévalence particulièrement élevée à Madagascar et en Amazonie et reste exceptionnelle en Afrique du nord (1,3). Elle sévit traditionnellement en milieu rural avec une prédominance masculine, chez les fermiers, les bûcherons et les sujets marchant pieds nus. La transmission se fait après un traumatisme direct avec des débris de bois ou de végétaux (4).

Si les manifestations cutanées représentent l'expression habituelle de cette affection, à type de nodules ou de placards verruqueux, des cas ponctuels d'atteintes viscérales ont été cependant rapportés. Ils peuvent siéger au niveau du thorax, de l'épaule, du cou, du cerveau, des muscles et de l'os (5). L'extension à l'os sous-jacent se fait par contiguïté et doit faire rechercher pour certains auteurs une dépression immunitaire. Elle siège le plus souvent dans les zones où le tissu sous-cutané est mince, comme c'est le cas du dos du pied (4). Le caractère asymptomatique des lésions est très fréquent. La douleur qui reste la principale manifestation de la chromomycose osseuse, est tardive et n'est présente que dans la moitié des cas. La radiographie standard et la tomodensitométrie montrent de multiples foyers d'ostéolyse bien limités. L'atteinte articulaire est beaucoup plus rare, secondaire à une extension depuis un foyer osseux adjacent.

Le diagnostic de certitude des chromomycoses est assuré par l'examen mycologique et anatomopathologique des prélèvements effectués lors de l'abord chirurgical. L'examen direct met en évidence les cellules fumagoides ou « sclerotic cells » spécifiques de cette affection, alors que la culture identifie l'espèce en cause. Les prélèvements biopsiques montrent une réaction granulomateuse épithélioïde gigantocellulaire et des cellules fongiques ovoïdes brunes.

Sous les tropiques, cette mycose fait discuter principalement le diagnostic de tuberculose osseuse. Les mycétomes fongiques ou bactériens peuvent également être évoqués, cependant, comme les chromomycoses, ils restent exceptionnels au Maroc. Ils affectent initialement la peau et les tissus mous avec apparition d'une tuméfaction sous-cutanée qui se fistulise à la peau et laisse souder un matériel séro-sanguinant contenant des granules dont la couleur est fonction de l'agent pathogène, noirâtre ou blanc pour

les agents fongiques, blanc, rouge, jaune pour les agents bactériens ; l'atteinte osseuse et articulaire constitue une complication évolutive grave et fréquente (6). Un autre diagnostic différentiel est représenté par les phaeohyphomycoses. La contamination se fait à l'occasion d'un traumatisme cutané et le tableau clinique est celui d'un abcès granuleux cutané ou sous-cutané, alors que les atteintes osseuses et/ou articulaires restent exceptionnelles (8). Les phaeohyphomycoses se différencient des chromomycoses par leur aspect anatomopathologique qui montre la présence de filaments mycéliens cloisonnés, septés, et en culture ; les colonies de dématiés sont pigmentées en noir.

Le traitement de la chromomycose comporte les antifongiques systémiques (5 fluoro-cytosine et kétoconazole à la dose de 100 à 200mg par jour pendant une durée minimum de trois mois, terbinafine 500 mg/j/6 mois ou amphotéricine B par voie intraveineuse et idéalement sous forme liposomale) et parfois une chirurgie d'exérèse du tissu sous-cutané pathologique et de curetage de toutes les logettes osseuses (1, 7).

Conclusion

La chromomycose doit être évoquée devant toute lésion osseuse destructive accompagnant une atteinte cutanée fistulisée avec émission de grains y compris dans des pays où elle demeure exceptionnelle comme le Maroc.

Références

1. Chabasse D, Kombila M, Therizol Feriy M. Chromomycose et phaeohyphomycose. EMC -Maladies Infectieuses 8-605-A-10,1996 ; 8p.
2. Esterre P, Chabasse D. Chromomycose. EMC-Maladies infectieuses. 8-605-A-10, 2003 ; 6p.
3. Marrak H, Mnajja N, Fenniche S, Fourati M, Zghal M, Chaker E *et al.* Chromomycose : à propos d'une observation. *J Mycol Med* 2003 ; 13 : 37-9.
4. Maslin J, Morand JJ, Civatte M. Chromomycoses. *Med Trop* 2001 ; 61 : 111-4.
5. Minotto R, Bernardi CD, Mallmann LF, Edelweiss MI, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis : a review of 100 cases in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol* 2001 ; 44 : 585-92.
6. Sy MH, Diouf AG, Diakhate I, Dangou JM, Dieng MT, Barberet G *et al.* Ostéites mycétoïques et mycétomes osseux. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2003 ; 2 : 11-7
7. Hay R J. Therapeutic potential of terbinafine in subcutaneous and systemic mycoses. *Br J Dermatol* 1999 ; 141 : 36-40.
8. Ziza JM, Dupont B, Boissonnas A, Meyniard O, Bedrossian J, Drouhet E, *et al.* Ostéoarthritis à champignons noirs (dématiés) : à propos de 3 observations. *Ann Med Interne* 1985 ; 136 : 393-7.

FISTULE CHRONIQUE DE L'AVANT PIED CHEZ UN MAROCAIN : CHROMOMYCOSE OSSEUSE À *PHIALOPHORA VERRUCOSA*

RÉSUMÉ • La chromomycose est une infection chronique d'origine fongique ; la localisation osseuse est exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une localisation aux os du tarse de la chromomycose chez un patient du sud du Maroc, âgé de 27 ans, ancien coureur de fond pieds nus, qui présente depuis 2 ans un épaissement et une fistule cutanée au niveau du dos du pied gauche. Le bilan radiologique a montré des images lytiques disséminées aux os du tarse et la base du troisième métatarsien. Le diagnostic a été confirmé par l'examen mycologique et l'étude anatomopathologique. Le traitement médico-chirurgical a permis la stabilisation des lésions. Après deux ans de recul, aucune récurrence n'a été notée.

MOTS-CLÉS • Chromomycose. Os. Maroc.

CHRONIC FISTULA OF THE FOREFOOT IN A MOROCCAN MAN: BONE CHROMOMYCOSIS DUE TO *PHIALOPHORA VERRUCOSA*

ABSTRACT • Chromomycosis is a chronic infection caused by various fungi. Bone involvement is exceptional. The purpose of this report is to describe a case of chromoblastomycosis localized on the tarsal bone in a 27-year-old man from southern Morocco. The patient was a former barefoot long-distance runner. He presented with thickening of the skin with a cutaneous fistula on the left forefoot. These manifestations had been ongoing for 2 years. Imaging demonstrated scattered lytic lesions involving tarsal bone and the base of the third metatarsus. Definitive diagnosis was based on direct mycological examination and anatomopathology. Medical and surgical treatment led to stabilization of the lesions. No recurrence was observed during follow-up examination two years later.

KEY WORDS • Chromomycosis. Bone. Morocco.