

ASSOCIATION D'UN EUMYCETOME ET D'UNE CHROMOMYCOSE : UNE OBSERVATION AU SENEGAL

T. PASSERON, P. BARBERET, P. COLBACHINI, P. HOVETTE, J.P. LACOUR

Med Trop 2003; **63** : 614-616

RESUME • Un homme de 68 ans, éleveur dans le nord du Sénégal, consulte pour une tuméfaction du pied et de la jambe droite évoluant de façon progressive depuis 20 ans. L'examen clinique note une tuméfaction très ferme du pied et de toute la jambe droite associée à de nombreux nodules. Les radiographies osseuses et le scanner du pied et de la jambe visualisent une importante atteinte ostéolytique. Le prélèvement des squames au sommet des nodules met en évidence des cellules fumagoïdes caractéristiques de chromomycose. L'examen histologique de la biopsie cutanée révèle un mycétome fongique. En raison de l'extension des lésions, une association chirurgicale et antifongique a été proposée mais le patient a refusé l'intervention. La co-infestation chromomycose et mycétome n'a été décrite qu'une seule fois. Cependant il s'agissait alors d'un mycétome actinomycotique. La rareté de ces co-infections, malgré un mode de contamination commun s'explique par la différence de répartition géographique : région sahélienne pour les mycétomes, équatoriale humide pour les chromomycoses.

MOTS-CLES • Mycétome - Chromomycose - Sénégal.

CONCURRENT EUMYCETOMA AND CHROMOMYCOSIS: CASE REPORT IN SENEGAL

ABSTRACT • A 68-year-old cattle farmer from northern Senegal sought medical attention for tumefaction that had been progressing on the right foot and leg for 20 years. Physical examination of the right extremity revealed very firm tumefaction involving the foot and whole leg associated with numerous nodules. Bone radiographs and CT-scan of the foot and leg disclosed extensive osteolytic involvement. A specimen of squamous tissue from the top of nodules showed the presence of fumagoid cells characteristic of chromomycosis. Histologic examination after skin biopsy demonstrated fungal mycetoma. Due to the extent of involvement surgical and antifungal treatment was proposed but the patient refused to undergo surgery. Only one previous case of concurrent chromomycosis and mycetoma has been described. However the previous case involved actinomycetoma. The rarity of this combination of diseases despite their common contamination mode is due to different geographical distribution with mycetoma being found in the Sahelian region and chromomycosis in the humid equatorial region.

KEY WORDS • Mycetoma - Chromomycosis - Senegal.

Les mycétomes et les chromomycoses sont des mycoses exotiques secondaires à des inoculations traumatiques de spores au sein de la peau. Nous rapportons l'observation d'un malade présentant à la fois un mycétome et une chromomycose localisés au membre inférieur droit.

d'origine Pëuhl, est éleveur dans la région de Louga au Nord du Sénégal. A l'examen clinique, on note une tuméfaction indolente très ferme du pied et de toute la jambe droite. La peau en regard est non inflammatoire mais tendue, scléreuse et hyperpigmentée. De nombreux nodules de 0,5 à 2 cm de diamètre, très fermes mais mobiles par rapport aux plans profonds, sont palpables (Fig. 1). Certains nodules prennent un aspect verruqueux et sont recouverts de petites squames

CAS CLINIQUE

Un homme de 68 ans, sans antécédents notables, consulte pour une tuméfaction du pied et de la jambe droite évoluant de façon progressive depuis 20 ans. Ce malade,



Figure 1 - Aspect clinique du pied et de la jambe droite.

• *Travail du Service de Dermatologie (T.P., Chef de clinique, Assistant des hôpitaux ; J.P.L., Praticien hospitalier, Professeur des universités), Hôpital Archet-2, Nice, France, du Service de Radiologie (P.B., Radiologue des hôpitaux des armées), du Laboratoire de Biologie (P.C., Biologiste des hôpitaux des armées); du Service de Maladies Infectieuses (P.H., Professeur agrégé du SSA), Hôpital Principal de Dakar Sénégal et du Service de Maladies Infectieuses (P.H., Professeur agrégé du SSA), HIA Laveran, Marseille, France.*

• *Correspondance : T. PASSERON, CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 2, Service de Dermatologie, 151 Rte de St-Antoine de Ginestière, BP 3079, 06202 Nice Cedex 3 • Fax : (33) 4-92-03-65-58 •*

• *E-mail : t.passeron@free.fr •*

• *Article reçu le 1/06/2003, définitivement accepté le 15/12/2003.*

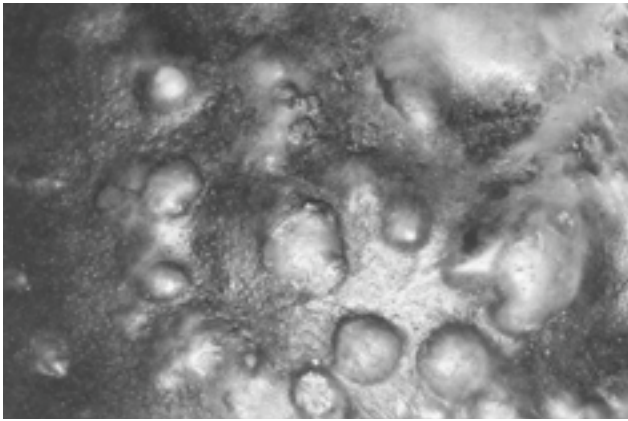


Figure 2 - Nodules cutanés. Noter la présence de squames à la surface de certains nodules.

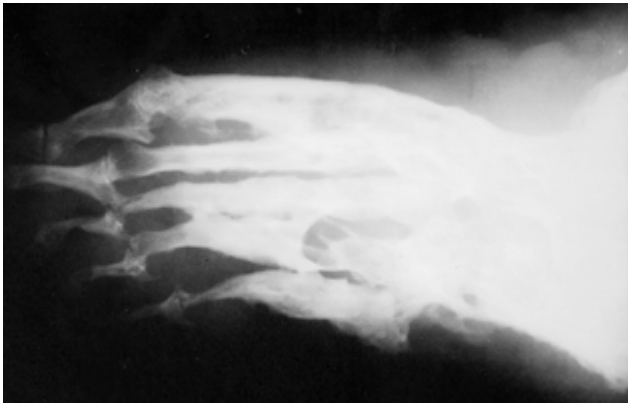


Figure 3 - Radiographie osseuse du pied droit. Importante atteinte ostéolytique avec aspect « en radis ».

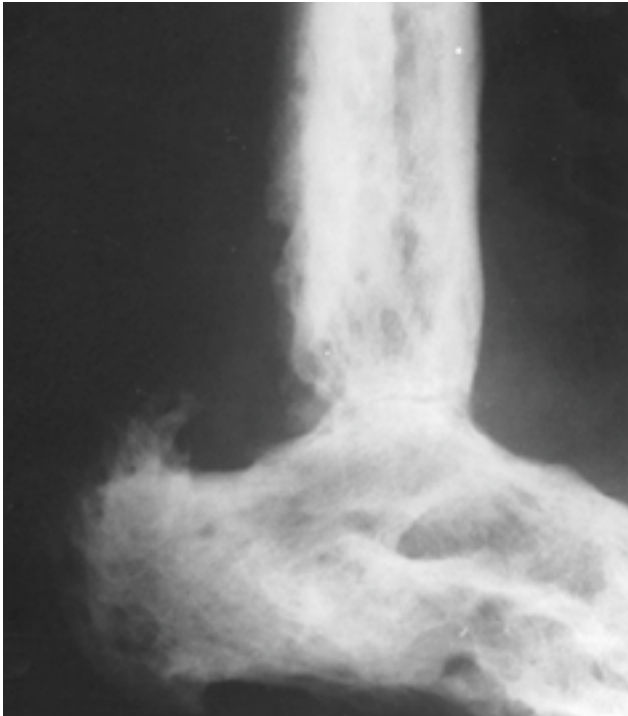


Figure 4 - Radiographie osseuse de la jambe et du pied droit. Noter les très nombreuses lésions ostéolytiques associées à une importante réaction corticale et périostée.

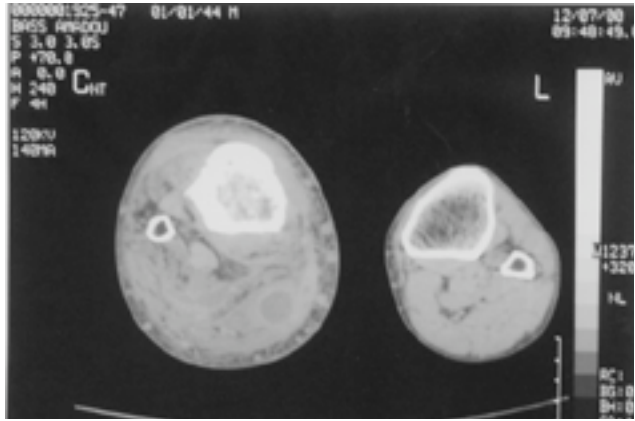


Figure 5 - Scanner de la jambe droite. Noter la présence d'abcès au sein des masses musculaires.

(Fig. 2). Aucune fistule cutanée n'est notée et le malade ne décrit pas d'extériorisation de grains. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale palpable. Le reste de l'examen clinique et le bilan biologique sont normaux. Les radiographies du pied et de la jambe visualisent de très nombreuses lésions ostéolytiques associées à une importante réaction corticale et périostée (Fig. 3 et 4). L'atteinte métatarsienne est la plus importante, prenant par endroit un aspect en radis. Le scanner confirme l'atteinte osseuse, qui s'étend jusqu'aux plateaux tibiaux et montre de nombreux abcès au sein des masses musculaires (Fig. 5 et 6). Une ponction écho guidée ramène un liquide purulent sans agent infectieux identifiable à l'examen direct et à la culture. Le prélèvement des squames au sommet des nodules met en évidence, après éclaircissement à la potasse, de grosses cellules fongiques de 7 à 15 µm, de couleur brune et présentant des septa intracellulaires. Ces cellules, appelées cellules fumagoïdes sont caractéristiques de chromomycose (Fig. 7). L'examen histologique de la biopsie cutanée révèle la présence de micro-abcès avec des grains aux contours irréguliers, homogènes, formés d'un feutrage de filaments fongiques évocateurs de mycétome fongique. La culture de plusieurs prélèvements cutanés réalisés sur des nodules a malheureusement été contaminée et n'a donc pas

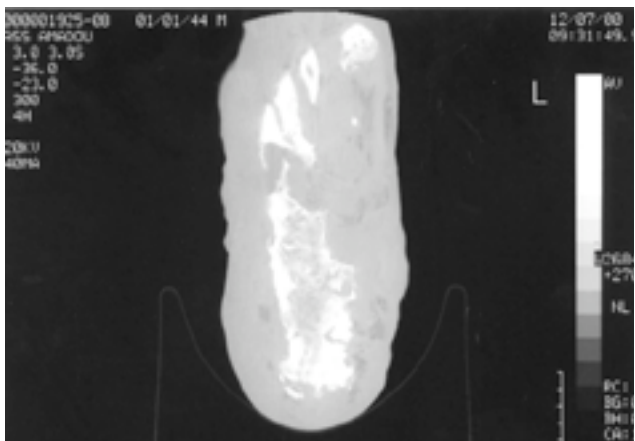


Figure 6 - Scanner du pied droit. Noter l'importance des destructions osseuses.

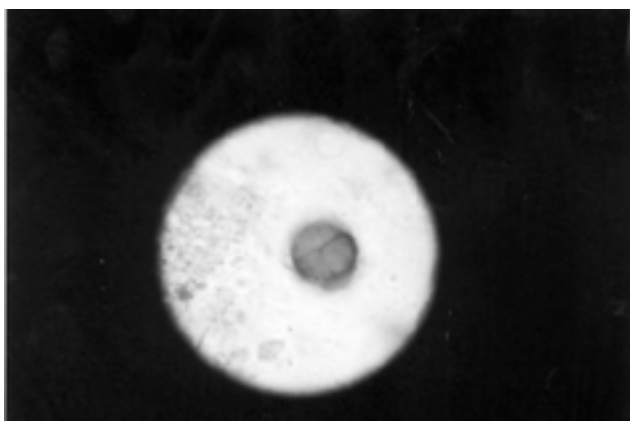


Figure 7 - Prélèvement de squames éclairci à la potasse montrant une cellule fumagoïde caractéristique de chromomycose.

été contributive. Etant donné l'extension des lésions, une association chirurgicale et antifongique a été proposée mais le patient a refusé l'intervention.

DISCUSSION

Il s'agissait d'une co-infestation par chromomycose et mycétome fongique. Le Sénégal, plus particulièrement dans sa partie nord, est un des principaux foyers africains de mycétome avec la Mauritanie et le Soudan (1). L'aspect histologique est caractéristique de mycétome fongique. La culture n'a pu être réalisée mais, compte tenu de la répartition géographique et de la couleur blanche des grains, *Pseudallesheria boydi* et *Cephalosporium sp* sont les seuls agents pouvant être responsables.

L'association avec une infection chromomycosique est prouvée de façon certaine par la mise en évidence de cellules fongiques septées de couleur brune appelées cellules fumagoïdes. Ces cellules sont caractéristiques de cinq espèces de champignons : *Fonsecaea pedrosoi* (espèce la plus fréquente en région tropicale humide), *Cladosporium carrioni* (espèce la plus fréquente en région semi-aride et donc la plus vraisemblablement impliquée chez ce patient du Nord Sénégal), *Phialophora vernucosa*, *Fonsecaea compacta* et *Rinocladiella aquaspersa* (2, 3). Ces cellules se retrouvent à l'examen histologique d'une biopsie cutanée ou, comme chez notre patient, par examen direct des squames après éclaircissement à la potasse. Les chromomycoses sont cosmopolites mais sont généralement réparties dans des régions plus tropicales. Aucun cas n'a encore été rapporté au Sénégal.

La co-infestation chromomycose et mycétome n'a été décrite qu'une seule fois (4). Cependant, il s'agissait alors d'un mycétome actinomycosique. Ces deux affections ont un

mode de contamination commun : l'inoculation traumatique de spores par une plante ou un arbre (généralement une épine de mimosacée pour les mycétomes). Le travail en milieu rural et la marche pied nu favorisent donc ces infections qui touchent principalement des éleveurs. La rareté des co-infections s'explique par la différence de répartition géographique : région sahélienne pour les mycétomes, équatoriale humide pour les chromomycoses. Ce sont les lésions nodulaires et la présence d'une hyperkératose au sommet de certains nodules qui nous ont incités à pratiquer un examen des squames à la recherche de cellules fumagoïdes. En effet les nodules, sans être absents de certaines formes cliniques de mycétomes sont plus évocateurs de chromomycose. L'aspect verruqueux de certains nodules et la présence de squames constituent également un argument clinique en faveur du diagnostic de chromomycose. Il est difficile en l'absence de biopsie osseuse de déterminer lequel des deux champignons est responsable de l'atteinte osseuse. Cependant une origine chromomycosique semble pouvoir être écartée, étant donné l'extrême rareté des extensions osseuses dans cette affection.

CONCLUSION

Nous rapportons ici la première observation de co-infection chromomycose-mycétome fongique. Ce cas illustre la nécessité de rechercher une co-infection mycosique devant tout mycétome ayant une présentation clinique inhabituelle. Par ailleurs, l'importance de l'extension osseuse observée chez notre patient souligne l'intérêt d'un dépistage et d'un traitement précoces. Malheureusement les patients, le plus souvent issus de populations rurales très démunies, viennent consulter très tardivement à un stade où seule l'association d'un traitement chirurgical et antifongique est encore potentiellement efficace. Une prévention ciblée sur les populations à risque, en insistant sur l'intérêt de la protection vestimentaire (port de chaussures), paraît à l'heure actuelle la stratégie la plus efficace afin de lutter contre ces affections fongiques.

REFERENCES

- 1 - DEVELOUX M, NDIAYE B, DIENG MT - Mycetomas in Africa. *Sante* 1995 ; 5 : 211-217.
- 2 - KOMBILA M, GOMEZ DE DIAZ M, RICHARD-LENOBLE *et Coll* - Chromoblastomycosis in Gabon. Study of 64 cases. *Sante* 1995 ; 5 : 235-244.
- 3 - MASLIN J, MORAND JJ, CIVATTE M - Chromomycoses (chromoblastomycoses). *Med Trop* 2001 ; 61 : 459-461.
- 4 - WORTMAN PD - Concurrent chromoblastomycosis caused by *Fonsecaea pedrosoi* and actinomycetoma caused by *Nocardia brasiliensis*. *J Am Acad Dermatol* 1995 ; 32 : 390-392.