



Image

SPOROTRICHOSE CUTANÉE CHEZ UNE PATIENTE MALGACHE

J.F. CAROD, L. RAMARAZATOVO, P. RANDRIANASOLO, E. RATSIMA, F. RANDRIANIRINA, F. RABENJA RAPELANORO

• Travail du Centre de Biologie Clinique (J.F.C., Pharmacien biologiste, Chef de service; E.R., Médecin Biologiste, Adjointe au Chef de Service; F.R., Médecin Biologiste, Adjointe au Chef de Service du Centre de Biologie) Institut Pasteur de Madagascar, du Service de dermatologie, maladies infectieuses et rhumatologie (L.R., P.R., Médecins spécialistes en dermatologie, Chefs de Clinique; F.R.R., Professeur, Médecin Chef de Service de Médecine III, Vice doyen Faculté de médecine) Hôpital Joseph Raseta Befelatanana, Madagascar.

• Correspondance : J.F. CAROD, Centre de Biologie Clinique, Institut Pasteur de Madagascar, BP 1274, Antananarivo, 101 Madagascar • Fax : +261 20 22 590 03. • Courriel : jfcarod@pasteur.mg

Med Trop 2007; **67** : 18

M^{me} R.E, 28 ans, commerçante, demeurant à Ankazomanga (centre ville d'Antananarivo) est venue en consultation dermatologique au CHU JR Befelatanana le 09 Août 2005 pour des lésions érythémato-crôteuses nodulaires et suintantes de la main et de l'avant bras gauche évoluant depuis 1 mois. A cette date, est apparue une lésion nodulaire de consistance ferme de la pulpe de l'index de la main gauche qui s'est ramollie secondairement, s'est ulcérée et s'est recouverte de croûtes jaunâtres. Une semaine plus tard, d'autres nodules sont apparus en chapelet suivant un trajet lymphatique au niveau de l'avant-bras gauche (Fig. 1 et 2). La patiente signale également qu'à l'origine de ses lésions, elle s'est plantée une écharde de bois sur l'index de la main droite (bois provenant de sa maison à Antananarivo).

Devant ces lésions, un prélèvement à visée bactériologique et mycologique est donc réalisé. La recherche bactérienne montre une flore polymicrobienne d'origine cutanée probable. La culture sur gélose Sabouraud-chloramphénicol à 25°C, permet d'observer la pousse de colonies blanches en 5 jours (Fig. 3). Observées au microscope entre lame et lamelle avec contre coloration par du bleu de lactophénol, on observe des formes très caractéristiques de « fines marguerites » (Fig. 4) portées par des filaments fins, septés et ramifiés. Il s'agit en fait de nombreuses spores ovoïdes dont la répartition autour de l'extrémité de ces ramifications primaires donne cet aspect caractéristique (Fig. 3, 4). Sur les géloses incubées à 37°C, on observe la forme levure : les colonies sont crémeuses jaunâtres : le dimorphisme caractéristique est mis en évidence. Devant ces résultats mycologiques, le diagnostic de sporotrichose cutanée est posé. L'itraconazole (200 mg/jour) associé au kétoconazole (200 mg/jour) ont été administrés *per os* pendant une durée de 6 mois associés à un traitement local antiseptique iodé, on a observé une résorption des lésions chez la patiente et une guérison clinique a été estimée à 6 mois.

Rare en milieu tempéré, mais présente bien que souvent méconnue en milieu tropical, la sporotrichose est une maladie cosmopolite due à un champignon dimorphique dénommé *Sporothrix schenckii*. Dans sa forme clinique classique, après une incubation de quelques semaines, apparaît un chancre d'inoculation : nodule sporotrichosique qui se présente sous la forme d'un nodule cutané de consistance ferme, indolore, suivi de l'apparition en 2 à 3 semaines, de nodules similaires en chapelet le long du trajet lymphatique de drainage du chancre d'inoculation. Ces nodules vont se ramollir par la suite et s'ulcérer secondairement ; ils sont indolores. L'apparition de cette manifestation cutanée fait généralement suite à une brèche de la peau, par piqûre, morsure, griffure ou souvent blessure, car ce germe est tellurique (contamination environnementale). A Madagascar, des foyers endémiques de sporotrichose ont été décrits sur les hauts plateaux. La place du laboratoire est essentielle dans le diagnostic de certitude de cette pathologie fongique. Ce diagnostic est simple mais repose sur un prélèvement de qualité associé à une mise en culture sur milieux sélectifs fongiques.

L'efficacité de l'iodure de potassium, de dérivés azolés tel l'itraconazole ou de la terbinafine avait été rapportée dans le traitement de la sporotrichose. L'iodure de potassium est administré à la posologie de 1g jusqu'à 5 g par jour. L'itraconazole en monothérapie a fait ses preuves et certains auteurs rapportent l'efficacité de son association à d'autres azolés tel le kétoconazole. A Madagascar, l'itraconazole à 200 mg par jour associé à la kétoconazole à 200 mg par jour a entraîné la guérison clinique complète chez trois patients avec une durée moyenne de 6 mois selon l'évolution de chaque cas. Ce schéma thérapeutique mérite d'être mieux étudié chez les malgaches ■



Figure 1 – Lésions cutanées du membre supérieur gauche.



Figure 2 - Topographie caractéristique en chapelet suivant un trajet lymphatique.



Figure 3 - Aspect macroscopique.

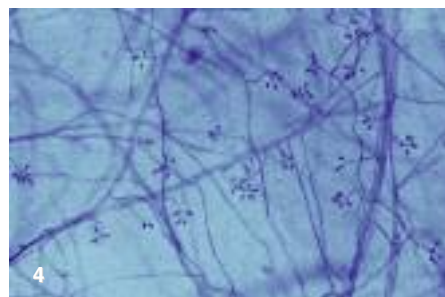


Figure 4 - Aspect microscopique des colonies après 7 jours de culture sur gélose Sabouraud-Chloramphénicol.