

MYCETOME ACTINOMYCOSIQUE : A PROPOS D'UN NOUVEAU CAS TUNISIEN

ACTINOMYCOTIC MYCETOMA : A REPORT OF A NEW TUNISIAN CASE

A. TRABELSI¹, S. BEN ABDELKRIM¹, L. BOUSSOFARA², S. MESTIRI¹, M. DENGUEZLI², B. SRIHA¹, S. KORBI¹.

1- Service d'Anatomie Pathologique, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

2- Service de Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Correspondance :

A. Trabelsi
Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique,
hopital Farhat Hached, Sousse

Téléphone : 73226702 - 98484393
Fax : 73226702
Email : trabelsiamel@yahoo.fr

Résumé

Les mycétomes sont des pseudo-tumeurs inflammatoires contenant des grains de nature fongique ou actinomycosique. Ils sont fréquents dans les pays tropicaux et subtropicaux mais rares en Tunisie. Nous rapportons un nouveau cas Tunisien chez un homme de 32 ans qui avait consulté pour une tuméfaction du dos du pied polyfistulisée évoluant depuis trois ans dont le diagnostic était suspecté cliniquement et confirmé après examen anatomopathologique.

Mots clés : Histopathologie – Mycétome – Pied – Tunisie

Summary

Mycetomas are inflammatory pseudotumors containing fungal or actinomycotic-type grains. They are frequent in tropical and subtropical countries but rare in Tunisia. We report a new case in a 32-year-old man who presented with a tumefaction of the foot with multiple skin fistulae. The diagnosis of mycetoma was suspected on physical examination and confirmed after histopathological examination.

Key words : Histopathology – Mycetoma – Foot – Tunisia

INTRODUCTION

Les mycétomes sont des infections granulomateuses réalisant des pseudotumeurs inflammatoires souvent polyfistulisées déchargeant à l'extérieur des grains fongiques ou actinomycosiques. Ce sont des affections rares en Tunisie [1, 2, 3]. Nous nous proposons à partir d'un nouveau cas Tunisien, de décrire les particularités des mycétomes en Tunisie.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme âgé de 32 ans habitant dans une région rurale du centre Tunisien, agriculteur, qui a consulté pour une tuméfaction douloureuse du pied droit évoluant depuis 3 ans. Il n'y avait pas de notion de traumatisme. L'examen physique a retrouvé une tuméfaction du bord externe du pied et de la cheville droite parsemée de lésions papulonodulaires dont certaines étaient polyfistulisées à la peau (figure 1) faisant sourdre à la pression un matériel séro-sanglant. L'analyse de l'examen histopathologique a retrouvé au niveau dermique un granulome inflammatoire polymorphe riche en polynucléaires neutrophiles et en histiocytes, ce granulome était centré par des grains basophiles cartographiques (figure 2) avec

en périphérie des franges en massues éosinophiles caractéristiques (figure 3) fortement évocatrices de grains actinomycosiques de l'espèce *Actinomyces madurae*.

La radiographie standard du pied droit a montré des lésions lytiques importantes des os du tarse et des têtes métatarsiennes (figure 4). Le patient a été mis sous Cortimoxazole, 800 mg, 2 fois par jour associé à des soins locaux. L'évolution était marquée par la cicatrisation des lésions cutanées et la régression de la lyse osseuse 6 mois après.



Figure 1 : Tuméfaction fistulisée du bord externe du pied droit

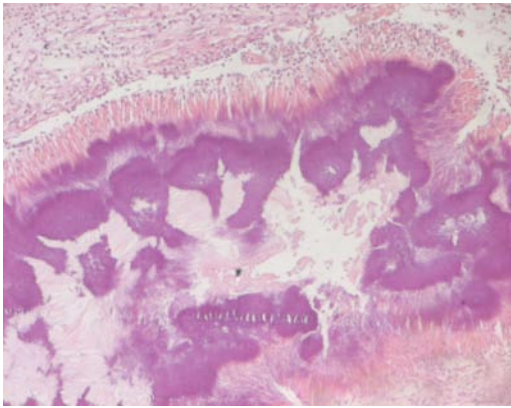


Figure 2 : grains basophiles cartographiques (HEx200)

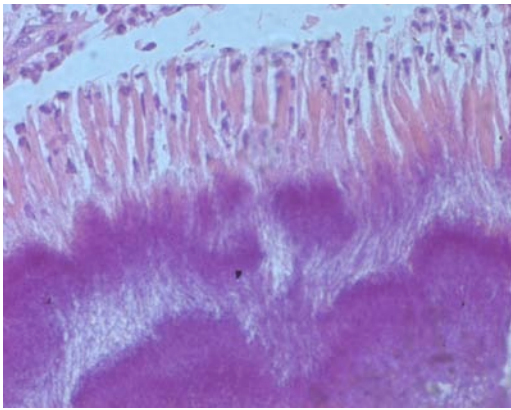


Figure 3 : franges en massues périphériques (HEx400)



Figure 4 : lyse osseuse du tarse

DISCUSSION

Les mycétomes sont fréquents dans les pays tropicaux et subtropicaux (Inde, Yémen, Pakistan, Mexique, Sénégal) [3]. En Tunisie, ils sont rares [1, 2, 4]. Le premier cas Tunisien a été rapporté en 1892 par Gemy et Vincent [5] et depuis, moins d'une centaine de cas ont été publiés [1]. Les mycétomes touchent classiquement les sujets d'origine rurale, en particulier les agriculteurs. Ils se contaminent lors des blessures par épines ou échardes ou instruments souillés, ceci permet

l'inoculation de l'agent pathogène qui vit en saprophyte dans le sol ou sur les végétaux [6]. Cette notion de traumatisme est rarement retrouvée à l'interrogatoire vu qu'il est souvent minime et passe inaperçu [1]. Les mycétomes siègent de façon préférentielle au niveau du pied ce qui leur a valu l'appellation de pied de Madura [6] mais des localisations extrapodales ont été rapportées (nuque, fesse, cou, cuisse, paroi abdominale) [1]. L'atteinte du pied était prédominante dans les cas Tunisiens rapportés dans la littérature. Le diagnostic clinique peut être difficile au stade de début, particulièrement dans les pays non endémiques; le mycétome se présente sous forme d'un nodule ferme bien limité indolore d'évolution lente et chronique; à un stade avancé, comme c'était le cas dans notre observation, il réalise une tuméfaction polyfistulisée avec émission de grains de tailles et de couleurs différentes selon leur nature et il peut même métastaser; c'est à ce stade tardif qu'apparaissent les complications osseuses qui étaient fréquemment rapportées dans la plupart des cas tunisiens publiés [1]. L'exploration radiologique devrait être systématique afin de rechercher des lésions osseuses et conditionner la conduite thérapeutique [7]. Les mycétomes sont dus à un grand nombre d'agents différents soit fongiques, réalisant les eumycétomes, soit bactériens, responsables des actinomycétomes. 29 champignons et 13 actinomycètes ont été rapportés, ils provoquent tous la même maladie [3]. La répartition de ces agents pathogènes varie selon la distribution géographique et les conditions climatiques [1, 8]. En Tunisie, il existe une prédominance des actinomycètes en particulier *Actinomyces madurae* [1]. La confirmation du diagnostic repose sur la mise en évidence de l'agent pathogène par examen mycologique, bactériologique et histopathologique. Ce dernier permet de voir l'aspect caractéristique dit en cocarde du nodule mycosique, avec au centre l'agent pathogène disposé en grains au sein d'une nécrose suppurée occupée en dedans par un granulome inflammatoire polymorphe et en dehors par des histiocytes. Le granulome inflammatoire est entouré par une fibrose abondante [9]; l'examen anatomopathologique peut préciser la nature fongique ou actinomycosique du mycétome et la morphologie du grain est évocatrice de l'espèce en cause. L'actinomycétome à *Actinomyces madurae* se présente sous forme de grains de 1 à 5 mm de diamètre, fortement basophiles à l'histologie avec en périphérie des franges en massue très caractéristiques [3]. Dans notre observation, la culture des grains n'a pas poussé et le diagnostic était réalisé après une analyse histopathologique. Le traitement des mycétomes est fonction de l'espèce responsable et

de la précocité du diagnostic. Contrairement aux eumycétomes, où le traitement antifongique à base d'imidazoles ou de triazolés devrait être poursuivi pendant 2 à 4 ans et où il est d'efficacité incertaine avec recours fréquent à la chirurgie, le traitement médical des actinomycétomes est généralement plus efficace. On préconise une monothérapie au long cours à base de cotrimoxazole, en cas de non amélioration, on peut associer un aminoside (streptomycine, amikacine, nétilmicine), les actinomycètes peuvent développer une résistance à ces antibiotiques et d'autres molécules sont en cours d'évaluation [3]. La prévention est d'un grand intérêt, elle repose sur la désinfection des plaies et le port de chaussures protectrices.

CONCLUSION

Bien qu'ils soient rares en Tunisie, les mycétomes doivent être évoqués et diagnostiqués à un stade précoce chez les sujets prédisposés particulièrement les agriculteurs.

REFERENCES

1. Denguezli M, Kourda M, Ghariani N et al. Les mycétomes en Tunisie (région du centre). *Ann Dermatol Vénérol* 2003 ; 130 : 515-8.
2. Daoud M, Ezzine Sebai N, Badri T, Mohktar I, Fazza B, Kamoun MR. Mycetoma: retrospective study of 13 cases in Tunisia. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriatic* 2005 ; 14 : 153-6.
3. Welsh O, Vera-Cabrera L, Salinas-Carmona MC. Mycetoma. *Clinics in Dermatology* 2007; 25 : 195-202.
4. Belhaj S, Mokni M, Chakroun R et al. Les mycétomes actinomycosiques. A propos de 4 nouveaux cas tunisiens. *Nouvelles Dermatol* 1999 ; 18 : 520-2.
5. Gemy, Vincent H. Sur une affection parasitaire du pied non encore décrite (variété du pied de Madura). *Ann Dermatol* 1982 ; 5 : 577-84.
6. Ravisse P. Mycétomes. *Encycl Med Chir Maladies infectieuses* 8-606 A-10, 1994, 7p.
7. Czechowski J, Nork M, Haas D, Lestringant G, Ekelund L. MR and other imaging methods in the investigation of mycetomas. *Acta Radiol* 2001 ; 42 : 24-6.
8. Mahé A, Develoux M, Lienhardt C, Keita S, Bobin P. Mycetomas in Mali: causative agents and geographic distribution. *Am J Trop Med Hyg* 1996 ; 54 : 77-9.
9. Wilfringer A, Darache RH. Aspects histopathologiques des mycétomes africains. *Med Trop* 1979 ; 39 : 17-24.