

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

Mauritanie Médicale

Cas Cliniques

Le Mycétome Fongique Multifocal : A propos de deux cas.

Multifocal Fungi Mycetoma : About two cases.

Auteurs :
Sid'Ahmed Limam[1], Mohamed M El Hacen[2], Cheikh El M Erebih[3], Abdoulaye Aw[1], Abdel A Beyrouk[2], Outouma Soumaré[4], Cheikh Ne[3], El Hassen Selme[2].

Auteur correspondant :
Limam Sid' Ahmed, chef service de Traumato-orthopédie de l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.
Contact : E-mail : slimam2010@yahoo.fr
Tel : 00 222 37 17 17 11 - 00 222 22 47 17 11 - 00 222 49 17 17 11

Services :
[1]Service de Traumatologie-Orthopédie - Hôpital Cheikh Zayed- Nouakchott
[2]Service de Traumatologie-Orthopédie - Hôpital Militaire de Nouakchott
[3]Service de Traumatologie-Orthopédie - Centre Hospitalier National - Nouakchott
[4]Neurochirurgie - Centre Hospitalier des Spécialités de Nouakchott.

Article Info

Soumis :
le 09/10/2016
Dernière correction :
le 08/04/2017
Accepté :
le 19/04/2017

Résumé

Le mycétome appartient au groupe de maladies tropicales négligées. Il s'agit d'une tumeur sous cutanée d'évolution lente, qui peut s'étendre aux tissus mous et à l'os avec des conséquences qui peuvent toucher la vie, la fonction et l'esthétique du malade en fonction des localisations. Le traitement du mycétome fongique reste essentiellement chirurgical et la récidive est fréquente.

Mots clés : mycétome fongique, chirurgie du Mycétome ; traitement anti-fongique

Abstract

Mycetoma belongs to the group of neglected tropical diseases. It is a slowly developing subcutaneous tumor that can spread to soft tissues and bone with consequences that can affect the life, the function and aesthetics of the patient depending on the location. The treatment of fungal Mycetoma remains essentially surgical and recurrence is frequent

Key words : Mycetoma; surgery of mycetoma; antifungal drugs

Introduction :

Le mycétome se définit comme une pseudo-tumeur infectieuse sous cutanée chronique responsable d'une réponse inflammatoire granulomateuse du derme profond et du tissu cellulaire sous cutané, caractérisée par l'élimination de grains à travers des fistules cutanées.

Cette inflammation peut s'étendre aux tissus mous et a l'os. Elle entraine la déformation et la perte de la fonction des membres atteints. Il en existe deux types l'actinomycétome d'origine bactérienne et le maduromycétome d'origine fongique.

Cas Cliniques

Observations :

Premier cas :

Monsieur A. Dia âgé de 70 ans, originaire du Gorgol, sans antécédents médico-chirurgicaux notables, qui a consulté pour une tuméfaction indolore sous malléolaire interne du pied gauche évoluant depuis 5 ans avec notion de fistules intermittentes et émission de grains noirs. (figure 1)

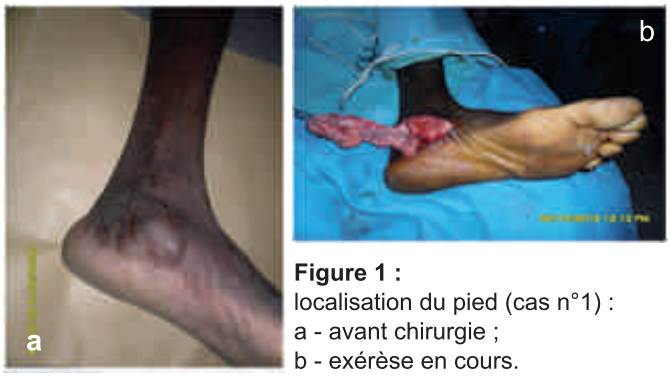


Figure 1 :
localisation du pied (cas n°1) :
a - avant chirurgie ;
b - exérèse en cours.

L'examen clinique a retrouvé une deuxième tuméfaction indolore sur le bord ulnaire du troisième doigt droit sans fistules. (Figure2)

La radiographie standard et la TDM ont permis d'éliminer une atteinte osseuse.

L'indication chirurgicale était retenue devant le caractère circonscrit des tumeurs, devant la nature fongique (grains noirs) et l'absence d'atteinte osseuse.

Le patient était admis au bloc opératoire ; L'examen sous anesthésie avait permis de découvrir une troisième masse tumorale sous cutanée indolore en regard du grand trochanter droit. (Figure 3).

Vu les caractéristiques cliniques de la masse sous malléolaire ; nous avons décidé de commencer par l'exérèse carcinologique des deux autres masses pour éviter l'ensemencement des plaies opératoires.

La masse du doigt était bien encapsulée, adhérente, de nature tissulaire et elle contenait des grains noirs de petite taille et nombreux.

La masse du grand trochanter avait le même aspect et le même type de grains que la masse précédente.

L'exérèse de la masse sous malléolaire interne gauche a été réalisée en dernier avec un losange cutané portant les fistules. La masse était tissulaire avec des rares gros grains noirs (figure 4).

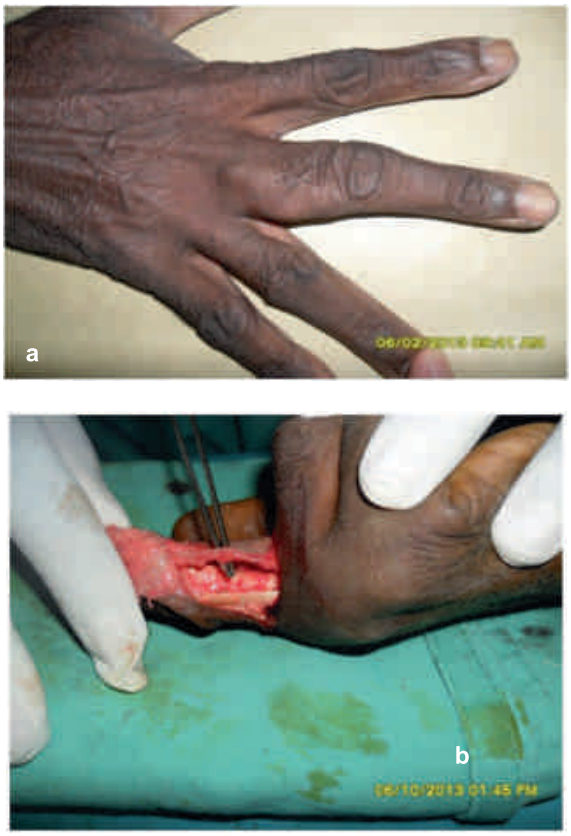


Figure 2 : Localisation de la main (cas n°1) :
a - aspect clinique b - exérèse.



Figure 3 : Localisation de la hanche (cas n°1) :
a- aspect clinique b- exérèse.

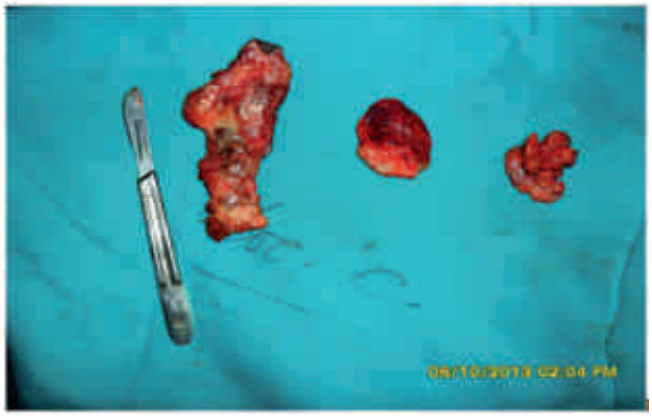


Figure 4 : Les trois pièces après exérèse (cas premier)

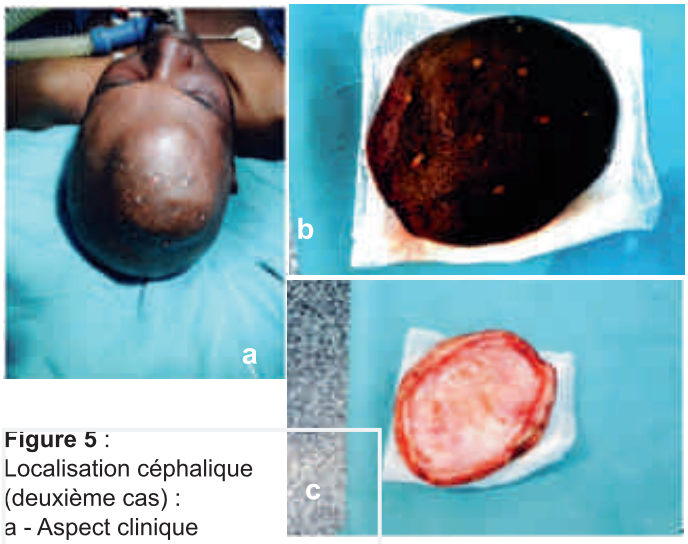


Figure 5 :
Localisation céphalique (deuxième cas) :
a - Aspect clinique
b - Face superficielle de la pièce
c - Face profonde de la pièce



Figure 6 : Cicatrisation de la localisation céphalique (deuxième cas)

La fermeture cutanée était possible au doigt et à la hanche, par contre une cicatrisation dirigée était nécessaire pour la cheville.

Les suites postopératoires étaient simples et la cicatrisation définitive fut obtenue sans séquelles fonctionnelles. Le recul est de 3 ans, sans récidive.

Deuxième cas :

Mr.B.S, âgé de 25 ans a consulté pour un mycétome du pied réalisant le classique ''pied de Madura'' avec une masse sous cutanée fronto-pariétale droite. La radiographie du pied avait montré une atteinte osseuse extensive tarso-métatarsienne.

Une TDM cranio-cérébrale fut réalisée avec fenêtres osseuses et parenchymateuses et n'avait pas montré d'atteintes osseuses.

La décision d'une amputation de la jambe fut retenue et réalisée avec des suites simples et un appareillage bien toléré.

L'exérèse de la localisation crânienne avait été confiée à un neurochirurgien et avait était complétée par une cicatrisation dirigée (Figures5 et 6). Le recul est de 2 ans sans récidive.

Discussion:

Les mycétomes restent endémiques au niveau de la ceinture géographique comprise entre le 15 ème parallèle sud et le 30 ème parallèle nord (Mycetoma belt).

Malgré leur bénignité histologique ; ils constituent des tumeurs à malignité locale car ils infiltrent les tissus avoisinants et récidivent fréquemment [1,2,3].

Cette maladie touche le secteur rural. Elle est fréquente en Mauritanie, mais sa prise en charge reste aléatoire et les travaux publiés restent anecdotiques [1,2].

Le mycétome fongique, plus difficile à traiter est le plus fréquent ; contrairement aux autres pays de la sous-région (Sénégal, Mali et Niger) [3].

La chirurgie garde encore une place de choix dans le traitement des mycétomes fongiques contrairement aux bactériens qui répondent au traitement médical [4,5].

La chirurgie du mycétome obéit a des règles bien définies : elle doit se faire sous anesthésie générale, loco-régionale ou plexuelle ; l'usage d'un garrot pneumatique est de rigueur et l'exérèse carcinologique doit se faire à distance des limites macroscopique de la tumeur ; pour réduire la fréquence des récidives. Cette fréquence a incité certains auteurs à qualifier les mycétomes de tumeurs à malignité locale [5].

Des travaux récents réalisés par Fahal & coll. ont montré l'intérêt d'un traitement antifongique néo-adjuvant par la Terbinafine dans la circonscription des grains et l'amélioration des conditions de résection tumorale pour le mycétome fongique [6].

L'intérêt de ces deux observations réside dans le caractère multifocal du mycétome ; c'est à notre connaissance le premier travail qui parle de 3 localisations d'un mycétome sur 3 organes différents (main, hanche et pied) chez le même malade.

Fida Khan a publié un cas clinique en 2009, chez un jeune asiatique, chez qui quelques localisations d'un mycétome à P. Boydi ont été retrouvées au tronc [7].

Cela a conduit à discuter la pathogénie de ces lésions multiples : s'agit-il de plusieurs inoculations ? Ou d'une dissémination ? Et par quelle voie : sanguine ? Lymphatique ?

La transmission ganglionnaire a été décrite bien que rare [3].

Le fait que les localisations ne suivent pas un trajet lymphatique bien défini nous a fait écarter la transmission par voie lymphatique.

La transmission sanguine a été prouvée récemment par l'équipe soudanaise du Mycetoma Research Center dans un article publié en juillet 2016 et qui parle de localisations secondaires pulmonaires prouvées par examen mycologique au décours d'un mycétome du genou [8].

Dans notre situation le siège des localisations au niveau d'un membre supérieur et d'un membre inférieur (premier cas) sans aucune atteinte viscérale de même qu'une atteinte du membre inférieur associée à une localisation sous cutanée de l'extrémité céphalique sans atteinte osseuse ou parenchymateuse (deuxième cas) nous permet d'exclure une transmission sanguine.

La thèse des inoculations multiples reste la plus plausible dans notre contexte vu que nos patients résident dans une zone d'endémie et vu le caractère fruste et l'évolution insidieuse de la maladie.

Conclusions :

Le mycétome constitue une pathologie tropicale fréquente dans notre pratique.

La distinction entre le mycétome bactérien et fongique est capitale car si l'aspect clinique est similaire, le traitement et le pronostic restent différents. Le caractère multifocal de nos cas pose aussi la problématique de la pathogénie.

La description du mycétome comme une maladie locale est à remettre en cause, car des travaux sérieux ont prouvé la transmission lymphatique et sanguine dans certaines espèces pathogènes et par conséquent la malignité locale de cette tumeur risque de ne plus l'être.

Références

[1] Philippon M, Larroque D, Ravisse : Mycétomes en Mauritanie espèces rencontrées, caractères épidémiologiques et répartition dans le pays. A propos de 122 cas. Bull Soc Pathol Exot1992;85 :107- 14.

[2] Sow F, Limam SA M, Picot S, Anne-Lise B: Fiche Dermatologie: Le mycétome. Rev pod 2014 ;59: 29- 30.(http : //dx.doi.org./J.revpod.2014.08.004)

[3] Develoux M, Dieng M T, Kane A, Ndiaye B: Prise en charge des mycétomes en Afrique de l'ouest. Bull Soc Pathol Exot 2000;96:376-82.

[4] Welch.O, El Abdely.H.M, Salinas-Carmona. M.C, Fahal.A.H: Mycetoma Medical Therapy. Plos Negl Trop Dis 2014; 8:3218.

[5] Suleiman H S, El Semmani W, Fahal A H. The Surgical Treatement of Mycetoma: Plos Negl Trop Dis2 016. (DOI:10.1373 / Journal.pntd.0004690,June 23).

[6] Fahal. A.H : Managment of Mycetoma. Expert Rev. Dermatol 2010; 5(1):87-93.

[7] Fida A. k, Shahrukh H, Sarwari A R. : Multiple Subcutaneous Mycetoma caused by Pseudallescheria boydii : Reponse to therapy with oral potassium iodide solution. J inf 2009;60(2):178-81.

[8] EL Semani W M, Nancy S E, Fahal A H: Multiple Mycetoma Lung Secondaries From Knee Eumycetoma : An Usual Complication. Plos Negl Trop Dis 2016. (DOI: 10.1373 / Journal.pntd.0004735 ,July 21).