

**Dominique SALMON. Eric PICHARD. Centre de Diagnostic et de Thérapeutique. Hôtel-Dieu Paris.**

**M P.B, Camerounais né en 1964, en France depuis 1981, journaliste, hypertendu, a vécu 5 ans en Guyane**



**Consulte en 2005 à Paris pour une tuméfaction douloureuse, œdémateuse, du pied gauche**



# **Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?**

- 1. Kaposi**
- 2. Pied diabétique**
- 3. Mycétome**
- 4. Lèpre**
- 5. Podoconiose**
- 6. Bancroftose**
- 7. Buruli**

# Quel(s) diagnostic(s) évoquer ?

1. Kaposi
2. Pied diabétique
3. Mycétome
4. Lèpre
5. Podoconiose
6. Bancroftose
7. Buruli



Podod~~er~~matose



Bancro~~ft~~ disease

**Quel(s) examen(s) proposez-vous pour orienter votre(vos) hypothèse(s) ?**

- 1. Glycémie**
- 2. Radiographie du pied**
- 3. Biopsie, anapath et culture**
- 4. Scintigraphie**
- 5. Scanner du pied**
- 6. Sérologie VIH**
- 7. IRM du pied**

**1. Glycémie**

**2. Radiographie du pied**

**3. Biopsie**

**4. Scintigraphie**

**5. Scanner du pied**

**6. Sérologie VIH**

**7. IRM du pied**

**Glycémie** normale

**Sérologie VIH** négative

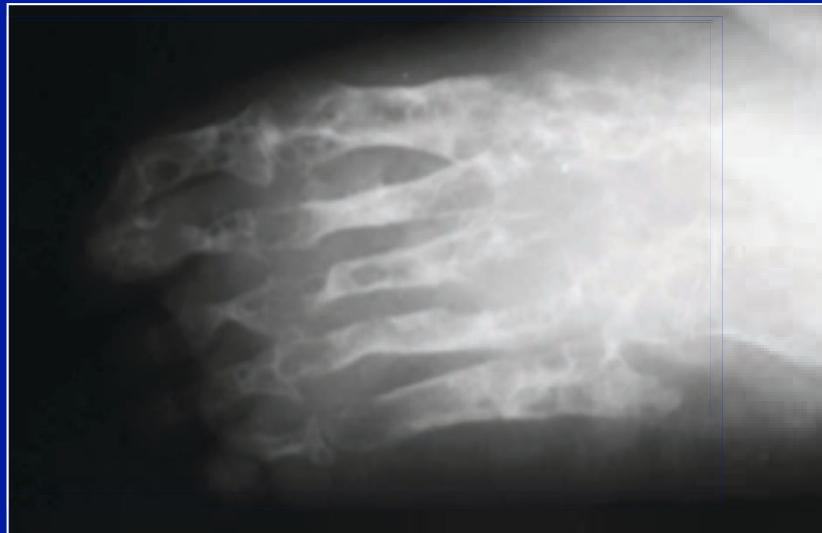


Pied diabétique



Kaposi

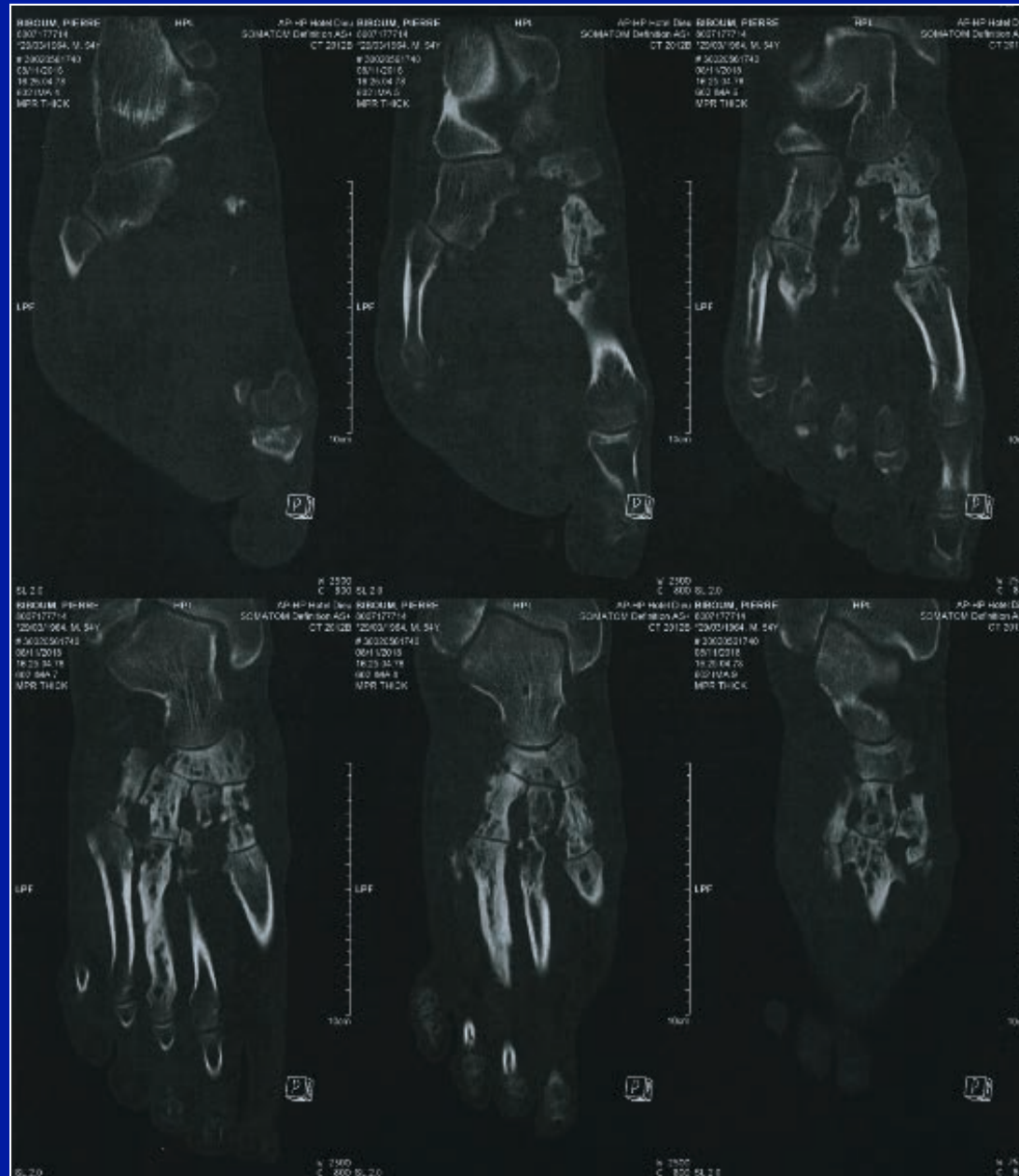
**Radiographie**



**Scintigraphie** hyperfixation du tarse du pied gauche



# Scanner 8 11 18

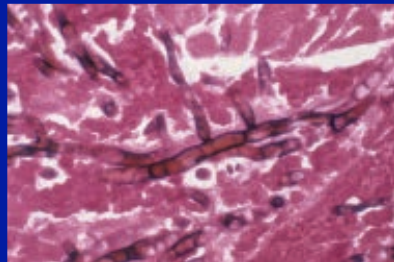


# IRM 2 11 18





## Biopsie anapath : tissu fibro-inflammatoire

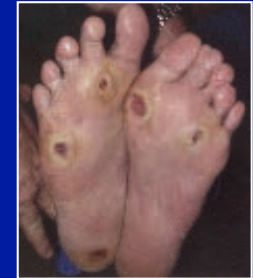


pas de BAAR  
pas de K~~ax~~osi  
pas de levures  
pas de grains

filaments mycéliens



Buxi~~x~~



Lèp~~x~~e

## Quel est votre diagnostic ?

1. Histoplasmosse
2. Coccidioidomycose
3. Mycétome
4. Chromoblastomycose
5. Aspergillose

**1. Histoplasmosse**

**2. Coccidioidomycose**

**3. Mycétome**

**4. Chromoblastomycose**

**5. Aspergillose**

**Culture :**

*Fusarium solani*

Confirmation par PCR

= mycétome fongique (eumycétome)



Milieu de  
Czapek  
recto  
37°

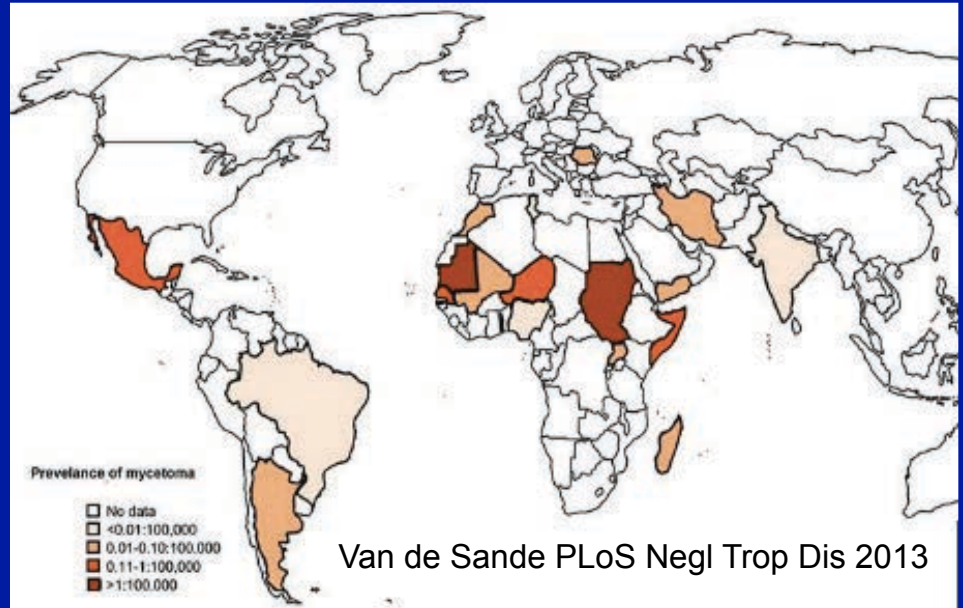
# Eumycétomes et actinomycétomes

Inoculation de champignons ou actinomycètes par micro-traumatismes, épineux

Ruraux. H > F

Régions tropicales sèches entre 15° Nord et Sud

Tumeur chronique sous cutanée, surtout des pieds (pied de Madura)



Habituellement fistules produisant des grains : direct, culture, PCR

Atteinte musculaire, osseuse ++ : évolution lente, douleurs, impotence

Traitement médico-chirurgical

Maladie Tropicale Négligée (OMS 2016)

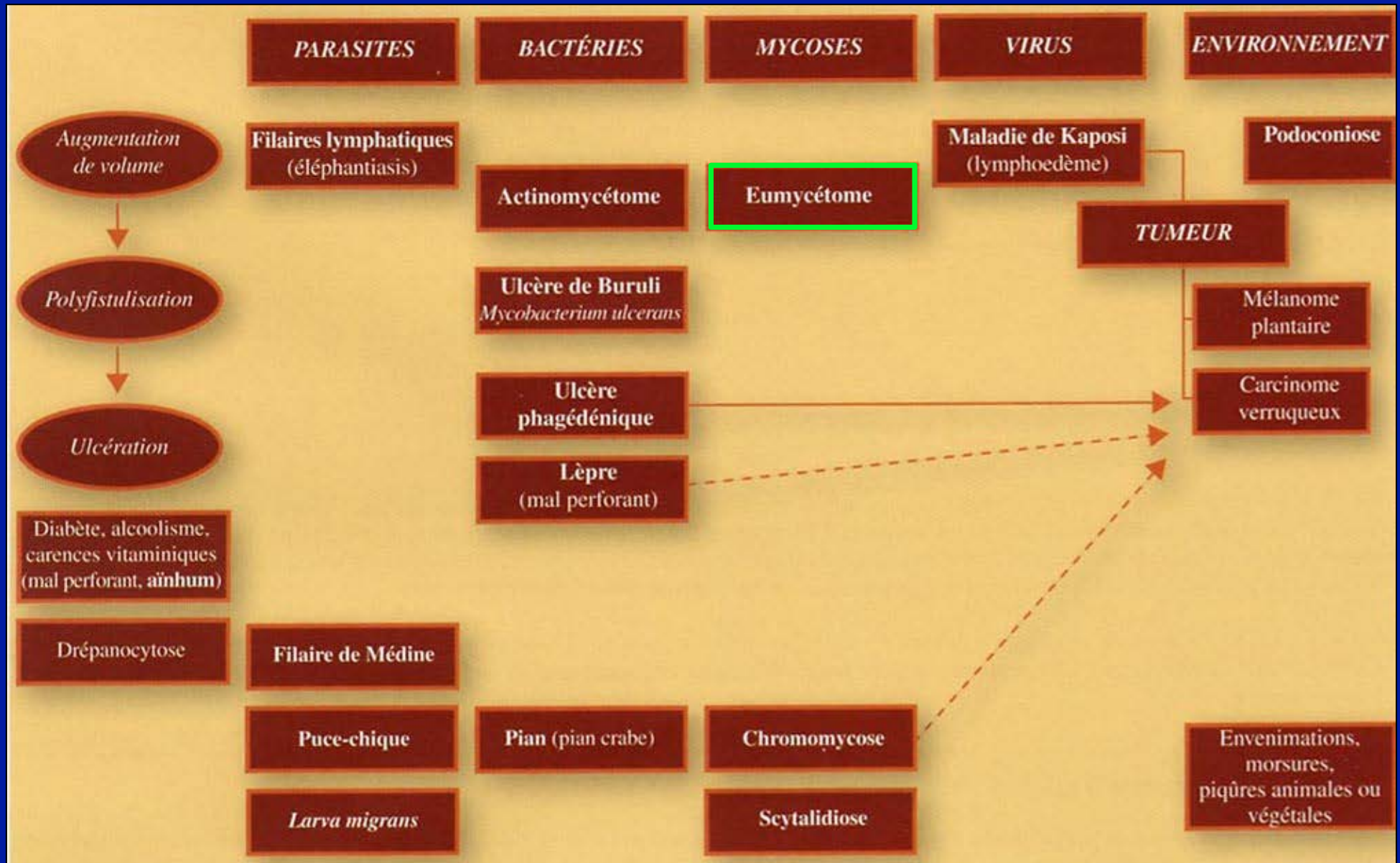
## Principales espèces responsables de mycétomes

Espèces	Fréquence	Répartition géographique
Grains noirs : toujours fongiques		
<i>Madurella mycetomatis</i>	Principale espèce fongique	Afrique sahélienne, Yémen, Inde
<i>Leptosphaeria senegalensis</i>	Assez fréquent	Afrique de l'Ouest, Inde
<i>Leptosphaeria tompkinsii</i>	Très rare	Afrique
<i>Pyrenochaeta romeroi</i>	Rare	Zones tropicales
<i>Madurella grisea</i>	Assez fréquent	Amérique du Sud
<i>Exophiala jeanselmei</i>	Rare	Zones tropicales
Grains blancs fongiques		
<i>Scedosporium apiospermum</i>	Assez fréquent	Afrique équatoriale, Etats-Unis
<i>Acremonium</i> sp.	Rare	Zones tropicales
<i>Fusarium</i> sp.	Rare	Zones tropicales
Grains blancs ou jaunes actinomycosiques		
<i>Streptomyces somaliensis</i>	Fréquent	Zones désertiques
<i>Actinomadura madurae</i>	Fréquent	Zones tropicales et tempérées
<i>Nocardia brasiliensis</i>	Fréquent	Mexique, zones tropicales humides
<i>Nocardia asteroides</i>	Rare	Zones tropicales
Grains rouges : toujours actinomycosiques		
<i>Actinomadura pelletieri</i>	Assez fréquent	Afrique de l'Ouest, Inde

*Develoux et al. 2011*



# Diagnostics du « pied tropical »



**En dehors des *Fusarium sp.* quelles sont les espèces responsables de mycétomes fongiques ?**

- 1. *Cladosporium carionii***
- 2. *Madurella mycetomatis***
- 3. *Streptomyces somaliensis***
- 4. *Actinomadura pelltieri***
- 5. *Leptosphaeria senegalensis***
- 6. *Nocardia braziliensis***



1. *Cladosporium carionii*

2. *Madurella mycetomatis*

3. *Streptomyces somaliensis*

4. *Actinomadura pelltieri*

5. *Leptosphaeria senegalensis*

6. *Nocardia braziliensis*

# **Quel traitement proposez-vous?**

- 1. Kétoconazole**
- 2. Amphotéricine B**
- 3. Itraconazole**
- 4. Cotrimoxazole**
- 5. Voriconazole**
- 6. Terbinafine**

**1. Kétoconazole**

**2. Amphotéricine B**

**3. Itraconazole**

**4. Cotrimoxazole**

**5. Voriconazole**

**6. Terbinafine**

## Traitement de M. PB

Itraconazole PO : 200mg/j x 16 semaines → inefficace → posaconazole PO → inefficace → voriconazole PO depuis 2006 : 400mg x 2/j en attaque puis 200/400mg x 2/j + terbinafine PO 250mg/j

Sous ce ttt par voriconazole + terbinafine :

- réapparition de douleurs → 400mgx 2/j puis 800mg x 2/j → troubles visuels, élévation des  $\gamma$ GT, ASAT, CPK et créatinine → réduction à 400mg x 2/j en 2008

- vitiligo : voriconazole ?

- amyotrophie et déficit des MS : polyradiculite non attribuée au voriconazole, régressive

- hyperfluorémie attribuée au vorico sans périostite ni hyperostose

- amélioration clinique lente mais reprise des symptômes en 2018...

- Mycétomes = maladies tropicales négligées
- Mycétomes = cause fréquente de « pied tropical »
- Différentiation « actinomycosique » vs « fongique » capitale pour le traitement
- Agents principaux de mycétome fongique (eumycétome) : *Madurella mycetomatis* et complexe *Scedosporium boydii*
- Toxicité des antimycosiques au long cours
  - amphotéri B et complexes (rénale...)
  - kétoconazole (hépatique...)
  - itraconazole (hépatique, toxidermie, hypokaliémie....)
  - voriconazole (hépatique, neuro, photosensibilité, fluorose....)
- ... en monothérapie ou bithérapie avec terbinafine (hépatique, hémato, toxidermie...)