

Michel Develoux.
SMIT
Hôpital Tenon. Paris.



Homme, 29 ans

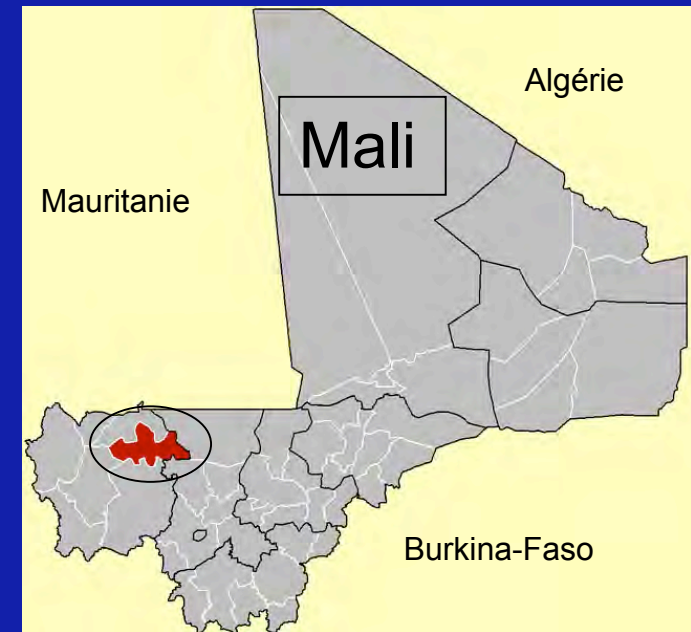
Origine Mali, en France depuis 2 ans

**Consulte pour tuméfaction du pied
depuis 10 ans, molle, non fistulisée,
non inflammatoire**

**Tuméfaction peu douloureuse,
augmentée de volume depuis peu**

Examen clinique normal

NFS : N, CRP = 25



Quels diagnostics évoquez-vous ?

- 1. Tumeur vasculaire**
- 2. Mycose sous-cutanée**
- 3. Kaposi endémique**
- 4. Tuberculose**
- 5. Onchocерcome**

1. Tumeur vasculaire
2. Mycose sous-cutanée
3. Kaposi endémique
4. Tuberculose
5. Onchocерcome

(Les onchocерcomes sont ronds, fermes ...)

Quel(s) examen(s) proposez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- 1. Radiographie du pied**
- 2. Echographie du pied**
- 3. Amputation et examen anatomo-pathologique**
- 4. IRM du pied**
- 5. Ponction de la tumeur et examen bactériologique**
- 6. Ponction de la tumeur et examen mycologique**

1. Radiographie du pied
2. Echographie du pied
3. Amputation et examen anatomo-pathologique
4. IRM du pied
5. Ponction de la tumeur et examen bactériologique
6. Ponction de la tumeur et examen mycologique

Résultats des examens

- Radio du pied : pas d'atteinte osseuse

- Echographie : aspect en faveur d'une malformation veineuse

- IRM : malformation vasculaire des parties molles

- Ponction : liquide trouble,
culture : - pas de bactéries,
- pas de BK
- champignon filamenteux pigmenté



**Devant ce dernier résultat quelle est
votre principale hypothèse ?**

- 1. Chromomycose**
- 2. Histoplasmosse africaine**
- 3. Mycétome fongique**
- 4. Sporotrichose**
- 5. Phæohyphomycose**

1. Chromomycose

2. Histoplasmosse africaine

3. Mycétome fongique

4. Sporotrichose

5. Phæohyphomycose

Emission de grains noirs après la ponction : quel est votre diagnostic ?

- 1. Chromomycose**
- 2. Histoplasmosse africaine**
- 3. Mycétome fongique**
- 4. Sporotrichose**
- 5. Phæohyphomycose**

1. Chromomycose

2. Histoplasmosse africaine

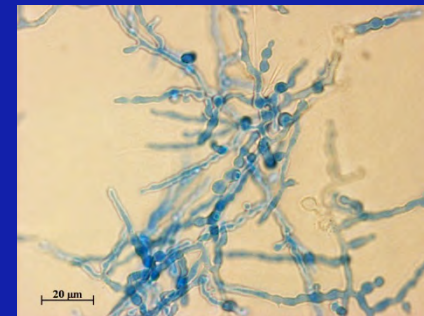
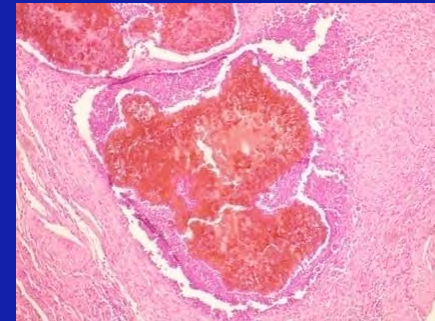
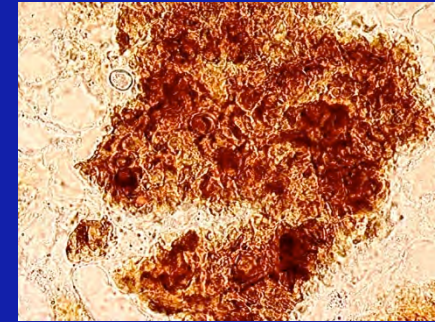
3. Mycétome fongique

4. Sporotrichose

5. Phæohyphomycose

Grains noirs...

- Examen direct : grains noirs avec ciment, filaments et vésicules = grain fongique
- Anatomopathologie : grains évoquant le genre *Madurella*
- Culture en faveur genre *Madurella*
- Biologie moléculaire :
Madurella mycetomatis



Que proposez-vous comme traitement de première intention pour ce mycétome fongique ?

- 1. Chirurgie seule**
- 2. Azolés**
- 3. Amphotéricine B**
- 4. Cotrimoxazole**
- 5. Echinocandines**

1. Chirurgie seule

2. Azolés

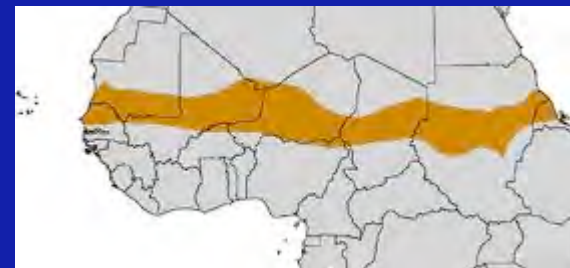
3. Amphotéricine B

4. Cotrimoxazole

5. Echinocandines

Mycétome

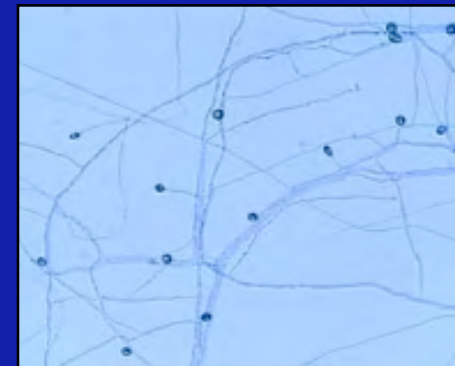
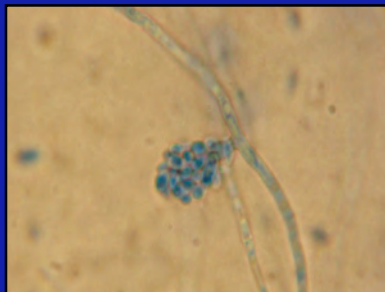
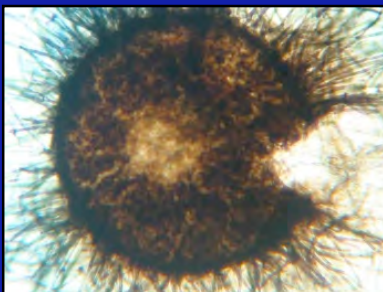
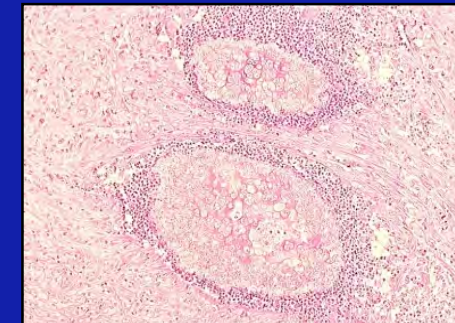
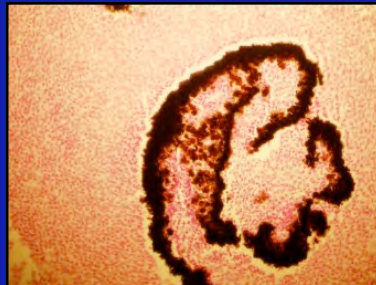
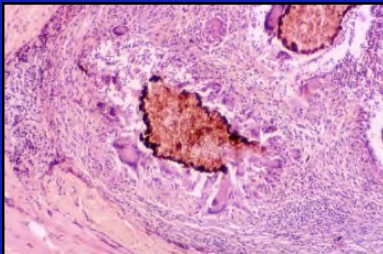
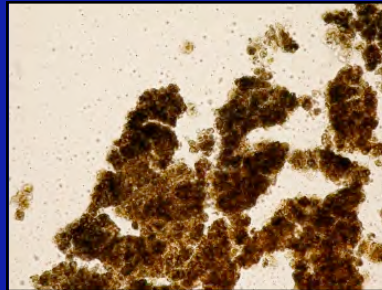
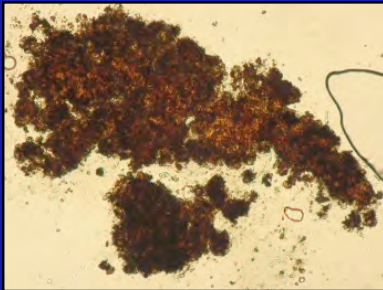
- « Tout processus au cours duquel des agents fongiques ou actinomycosiques d'origine exogène produisent des grains »
- Infection chronique des régions tropicales arides : « bande des mycétomes »



Aspect clinique classique : tuméfaction poly fistulisée, pied (70%)



Diagnostic biologique difficile : affirmer le mycétome et identifier l'espèce



Traitement des mycétomes fongiques

- Pas d'études randomisées
- Mauvaise réponse au traitement médical
- On recommande un traitement initial par azolé en donnant préférence à l'itraconazole
- 400 mg/j pendant 3 mois puis 200 mg/j 9 mois
- Permet une encapsulation des grains et une chirurgie secondaire facilitée
- La plupart préconisent azolés + chirurgie secondaire
- Quelques succès thérapeutiques avec azolés seuls
- Pas de critère biologique de guérison : surveillance ++

Evolution

- Le patient a été traité par voriconazole 400 mg/j
- Au bout de 6 mois : diminution de taille de la lésion
- Exérèse + greffe cutanée
- Suivi pendant 1 an, aucun signe de récidence

Conclusion

- Mycétomes fongiques = principale mycose sous-cutanée d'importation en France
- Prise en charge difficile
- Traitement médical dans un premier temps, complété par une chirurgie si besoin