



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Mycétome actino-mycosique du pied, à propos d'un cas



*Mycetoma of the foot: A case report*

A. Iniesta\*, C. Baptista, D. Guinard, R. Legré, A. Gay

Service de chirurgie de la main et réparatrice des membres, Aix-Marseille université, AP–HM conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille, France

Reçu le 13 novembre 2013 ; accepté le 23 novembre 2013

### MOTS CLÉS

Mycétome ;  
Actinomycétome ;  
*Actinomadura madurae* ;  
Pied de Madura ;  
Ostéite

### KEYWORDS

Mycetoma ;  
Actinomycosis ;  
*Actinomadura madurae* ;  
Madura foot ;  
Osteitis

**Résumé** Le mycétome actino-mycosique est une pathologie cutanée et sous-cutanée inflammatoire chronique, d'évolution progressive due à une infection fongique ou bactérienne entraînant un aspect de pseudo-tumeur poly-fistulisée. Sa localisation au niveau du pied est aussi appelée « pied de Madura ». Cette affection est endémique dans les régions tropicales et subtropicales et est rarement rencontrée dans les pays occidentaux. Les auteurs exposent ici un cas historique sur le territoire d'un patient présentant un mycétome actino-mycosique du pied non traité évoluant depuis 20 ans. Le diagnostic de mycétome actino-mycosique avait été posé sur un examen histologique en 1987. Le patient présentait un tableau d'ostéite chronique évoluée à *Staphylocoque aureus* qui a conduit à la réalisation d'une amputation trans-tibiale. Le cas de ce patient, permet de présenter cette pathologie qui, même si elle est rare en France peut toutefois être rencontrée notamment parmi une population de migrants.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Summary** Mycetoma is a chronic inflammatory cutaneous and subcutaneous pathology caused by either a fungal (eumycetoma) or bacterial (actinomycetoma) infection, which lead to a granulomatous tumefaction with multiple sinuses. When localized in the foot this infection is named "Madura foot". This infection is endemic to tropical and subtropical regions and rarely occurs in western countries. A historical case in Europe of a foot mycetoma evolving since 20 years without any treatment is presented. A histopathologic diagnosis of actinomycetoma has been done in 1987. The patient presented a severe *Staphylococcus aureus* chronic osteitis leading to a trans-tibial amputation. This case allows to present this infection which, even if rarely presented in France, can be met especially among a migrant's population.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [aurelie.iniesta@gmail.com](mailto:aurelie.iniesta@gmail.com) (A. Iniesta).

## Introduction

Le mycétome est une pathologie inflammatoire chronique d'évolution progressive affectant les tissus cutanés et sous-cutanés. Deux agents pathogènes peuvent être responsables, des champignons (eumycétome) et des bactéries aérobies de types actinomycètes (actinomycétomes) Elles sont d'origines fongiques dans 40% des cas (les plus fréquents étant *Madurella mycetomatis* et *Pseudallescheria boydii*) et bactériennes dans 60 % des cas (majoritairement *Nocardia brasiliensis*, *Actinomadura* [*Streptomyces*] *pelletieri*, *Streptomyces somaliensis*, *Actinomadura madurae* et *Madurella mycetomatis*) [1–7].

Cette affection est endémique dans les régions tropicales et subtropicales et pose des problèmes de santé publique dans les pays tels que l'Afrique de l'Ouest, le Soudan, l'Inde, la Somalie, le Mexique et le Sénégal. Des cas sporadiques ont été décrits dans les pays occidentaux, en particulier chez des migrants [8,9].

Le tableau clinique se présente comme une tuméfaction ferme, indolore parfois polylobée d'évolution lente. Puis des nodules apparaissent et se drainent à la peau par de multiples fistules, entraînant un aspect de pseudo-tumeur poly-fistulisée. En phase active, ces fistules déchargent un liquide purulent contenant des grains filamenteux, de différentes couleurs en fonction du germe causal, pathognomoniques du mycétome [1,2].

La contamination se fait par une effraction cutanée à type de plaie, souvent passée inaperçue, les agents responsables étant saprophytes du sol. La localisation préférentielle est le pied (le pied de Madura a initialement été décrit par le Dr Gill en 1840 et nommé en référence à la région d'Inde où il a été découvert) [10–14] mais il peut se retrouver ailleurs, particulièrement au niveau des mains et des membres inférieurs. Il existe une nette prédominance masculine, chez les hommes de 20 à 40 ans, travailleurs manuels ou agriculteurs [3,15,16].

L'évolution du mycétome est lente et marquée par un envahissement osseux, survenant tardivement, voire une surinfection bactérienne [17]. L'existence d'adénopathie régionale n'est pas rare. Une stadification des stades radiologiques de l'atteinte osseuse a été proposée par Abd El Bagi et décrit 7 stades [18].

Le diagnostic paraclinique peut se faire à l'aide de l'imagerie (radiographie, échographie, TDM et IRM), cytologie (cytoponction à l'aiguille fine), culture bactériologique et anatomopathologie (biopsie tissulaire) [3,18,19].

Le traitement est initialement médical (en particulier pour les actinomycétomes) sous forme d'antibiothérapie. Classiquement, le sulfaméthoxazole-triméthoprime est utilisé durant plusieurs mois pour les formes non compliquées. Dans les cas compliqués d'une atteinte osseuse ou d'une dissémination générale, une association avec l'amikacine est recommandée. L'amoxicilline acide clavulanique peut être indiquée en alternative. Pour les eumycétomes et les formes résistantes, le traitement consiste essentiellement en une exérèse chirurgicale avec des marges saines (les récurrences étant fréquentes en cas d'exérèse incomplète) voire une amputation [3,20,21].

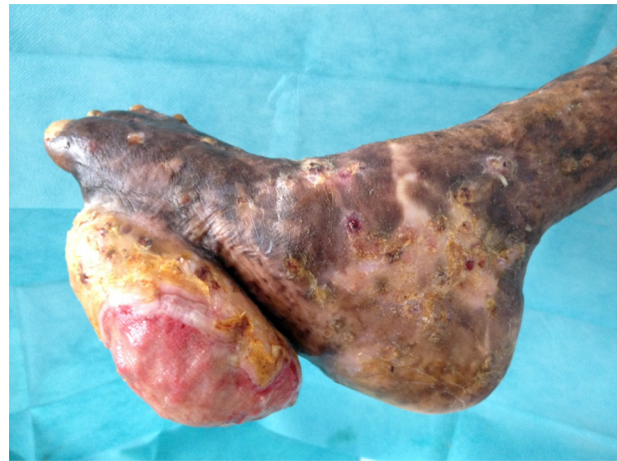
## Cas clinique

Il s'agit d'un patient de 43 ans, d'origine sénégalaise arrivé en France depuis 1 mois qui s'est présenté dans notre service

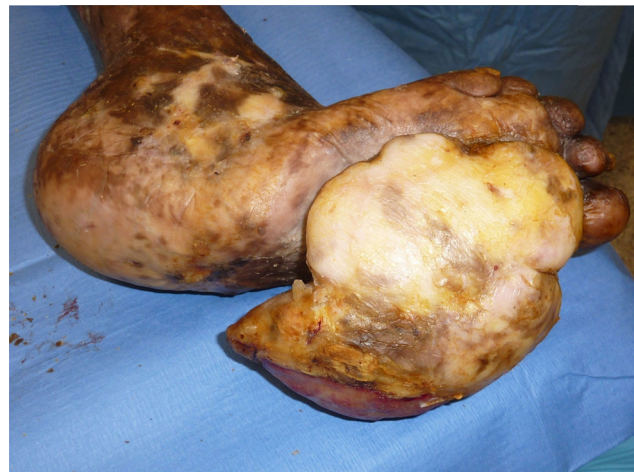
pour une tuméfaction ulcéro-bourgeonnante de la plante du pied mesurant 12 × 10 cm, douloureuse et empêchant l'appui et la marche. Il n'avait aucun antécédent particulier et n'avait jamais bénéficié de traitement pour cette tumeur.

Cette tuméfaction évoluait depuis plus de 20 ans. Une biopsie réalisée à Dakar en 1987, statuait en faveur d'un mycétome actino-mycosique à *Actinomadura madurae*. Aucun traitement étiologique, médical ou chirurgical, n'avait été instauré. Devant l'aggravation des signes cliniques, le patient a souhaité se faire prendre en charge en France. À son arrivée le patient était apyrétique et présentait quelques adénopathies inguinales, sans lymphangite. La jambe présentait une hypotrophie musculaire, due à la mise en décharge du membre depuis plusieurs années. La tumeur présentait par intermittence quelques saignements et un écoulement superficiel, associé à d'importantes douleurs. De multiples zones d'ulcérations et d'hyperkératose étaient présentes sur la jambe (Fig. 1 et 2).

Un bilan d'imagerie a été réalisé. La radiographie retrouvait des lésions ostéolytiques de l'ensemble du pied ainsi que du tibia et de la fibula (Fig. 3). L'IRM retrouvait des anomalies



**Figure 1** Vue de profil du pied droit présentant une volumineuse tumeur de 10 par 12 cm développée au dépend de la plante du pied.



**Figure 2** Vue plantaire de la tumeur polylobée et ulcérée de la plante du pied droit.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184517>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184517>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)