

Tinea incognita chez un homme atteint de sida

Tinea incognita in a HIV-infected male

Les dermatophyties (ou dermatophytoses) sont des infections cutanées mycosiques classées parmi les cinq affections cutanées les plus fréquemment rencontrées au cours de l'infection par le VIH [1-3]. Seize à 50 % de ces patients sont concernés [1]. Au Burkina-Faso, Traoré et al., dans une étude hospitalière, trouvaient qu'elles occupaient la 2^e place parmi les affections cutanées les plus fréquemment rencontrées au cours de l'infection par le VIH [3]. Leur aspect clinique est variable. La profusion des lésions est décrite chez des patients ayant moins de 200 lymphocytes CD4/mm³ [1]. La résistance aux antifongiques locaux et généraux et/ou les rechutes à l'arrêt du traitement seraient fréquentes chez les personnes infectées, dites « personnes vivant avec le VIH » (PVVIH). Outre l'immunodépression, l'aspect physique des dermatophyties peut être modifié par des soins locaux non indiqués. La phytothérapie traditionnelle, premier recours aux soins de la population burkinabé, car d'un coût plus accessible que les traitements modernes, peut modifier cliniquement les lésions cutanées et même être la source de complications à type d'eczéma, d'irritation ou de surinfection [4,5]. Nous rapportons un cas de dermatophytie profuse atypique modifiée par un traitement traditionnel chez un patient infecté par le VIH.

Observation

Un homme de 47 ans, agriculteur, de phototype VI, était hospitalisé pour des lésions squameuses du visage et du tronc dans un contexte d'altération de l'état général. Elles avaient débuté 3 ans plus tôt, par des lésions squameuses prurigineuses du thorax d'extension centrifuge, étendues par la suite au visage, aux plis inguinaux et interfessier. Il avait appliqué un traitement traditionnel pendant un mois, constitué de décoction d'écorce de caillédérat (*Khaya senegalensis*) à utiliser en boisson, en bains et en cataplasme (cendre noire d'écorce mélangée à du beurre de karité *Butyrospermum parkii*) à appliquer sur les lésions cutanées. La régression des lésions n'était pas obtenue. Une augmentation de l'intensité du prurit était notée. Le patient était infecté par le VIH de type I, connu depuis 2 ans, irrégulièrement suivi dans le centre médical de proximité. Il prenait un traitement antirétroviral depuis 6 mois, associant Ténofovir, Emticitabine et Efavirenz, qu'il avait interrompu

depuis un mois. À l'examen cutané, on notait de larges placards de taille variable, squamo-croûteux sur toute leur surface, avec une hyperpigmentation très marquée aux limites nettes, dont les bordures étaient squameuses par endroit, non surélevées, circonscrites pour certaines sauf sur le visage et la région fronto-temporale du cuir chevelu (figure 1). Les lésions siégeaient également sur le cou, le décolleté postérieur, les faces antéro-latérales du thorax (figure 2), le scrotum, les plis inguinaux (figure 3), les fesses et le genou droit. Il n'y avait pas d'atteinte des ongles, des muqueuses, ni palmoplantaire. Le patient était en mauvais état général, était fébrile (température à 38,5 °C), asthénique et cachectique (indice de masse corporelle à 14,34 kg/m²). Le reste de l'examen clinique ne montrait pas d'anomalies.

Les examens biologiques mettaient en évidence une anémie normochrome normocytaire (hémoglobine à 6,8 g/dl), une leucopénie (2300/mm³) et une lymphopénie (575/mm³). Le nombre de lymphocytes T CD4 était de 22 cellules/mm³ et la charge virale de 390 000 copies/mL. Le prélèvement mycologique des squames réalisé sur 2 sites différents (face antérieure du thorax, visage) montrait la présence de filaments mycéliens à l'examen direct. La culture identifiait *Trichophyton rubrum*. Le traitement associait du kétoconazole en crème (Ketoderm®), du kétoconazole per os (Micozal® comprimés) (200 mg/jour) et des polyvitamines (Alvityl®). L'évolution était marquée au bout de trois semaines par la régression complète des squames avec la présence d'une bordure vésiculo-érythémateuse en périphérie sur les lésions du thorax (figure 4). Face à la persistance des lésions, le traitement était remplacé par du sertaconazole (Dermofix®) crème et de la terbinafine (Tebinisol®) per os 250 mg/jour. Une régression complète était observée au bout d'un mois.

Discussion

Nous rapportons le cas d'un patient infecté par le VIH, présentant une dermatophytie circonscrite chronique et atypique. Celle-ci était caractérisée par une hyperpigmentation très marquée et la présence de squames sur toute l'étendue des placards, inhabituelle. Cette modification sémiologique est vraisemblablement liée à l'utilisation de décoctions en bains et à l'application locale d'un cataplasme fait de cendre noire d'écorce de caillédérat mélangée à du beurre de karité. Le 2,6-diméthoxy-p-benzoquinone contenu dans *Khaya senegalensis* est connu pour son effet irritant, allergisant. Le beurre de karité utilisé comme base ou excipient pour le cataplasme contient un dérivé terpénique (triterpènes) responsable également de dermatite d'irritation et d'eczéma [6]. Certains médicaments traditionnels ont des



FIGURE 1
Lésions sur le visage mal limitées descendant sur le cou



FIGURE 2
Squames hyperpigmentées épaisses couvrant l'ensemble du placard

propriétés anti-inflammatoires, antiseptiques, antibactériennes et antiparasitaires (*Khaya senegalensis*) [7]. Leur dosage et conditionnement ne sont toutefois pas étudiés. Leur mauvaise utilisation peut non seulement être caustique pour la peau mais aussi modifier l'aspect clinique des lésions et retarder le diagnostic. Leurs effets indésirables cutanés sont rapportés (eczéma de contact, dermite d'irritation, nouvelle poussée de dermatoses préexistantes comme le psoriasis). La majorité des patients en



FIGURE 3
Atteinte de la région inguino-pubienne



FIGURE 4
Après 3 semaines de traitement, chute des squames, bordure vésiculeuse nette

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8766334>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8766334>

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