

Mycétomes en Guinée : à propos de 3 observations*Mycetomes in Guinea: about 3 observations*

Kanté MD^{1,2}, Diallo FB^{1,2}, Touré M^{1,2}, Savané M^{1,2}, Barry MAB¹, Fofana K¹, Touré MS¹, Cissé M^{1,2}

¹Service de dermatologie-vénéréologie Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

²Faculté des sciences et techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

Correspondances : Mamadou Diouldé 1 KANTE, Service de dermatologie-vénéréologie Hôpital national Donka, Conakry, Guinée. Tel : +224622182219 E-mail : diouldekante18@gmail.com

MOTS CLÉS: mycetome, diagnostic, prise en charge, Guinée

RESUME

Les mycétomes sont des pathologies actinomycosiques ou fongiques. Ils évoluent sur un mode endémique dans les régions chaudes et sèches, semi-désertiques à faible pluviométrie où ils constituent un problème majeur de santé publique. Il intéresse très souvent les adultes jeunes. Cliniquement, le mycétome se présente comme une tuméfaction inflammatoire polyfistulisée produisant ou non des grains de couleurs variables. Plusieurs techniques sont utilisées pour faciliter le diagnostic en milieu endémique. Dans les pays non endémiques, le diagnostic est occasionnel d'où le retard diagnostic fréquemment rapporté. Nous rapportons ici l'observation de trois patients atteints de mycétome résident dans un pays tropical remarquable par le diagnostic de mycétome actinomycosique chez des patients résident dans un pays non endémique à deux saisons (sèche et de pluie) et le retard diagnostic.

Conclusion : La découverte de cette maladie tropicale négligée en Guinée suggère une modification du profil épidémiologique du mycétome, une meilleure connaissance de cette maladie par les praticiens hospitaliers et l'amélioration des moyens diagnostics dans notre contexte.

KEY WORDS: mycetoma, diagnosis, management, Guinea

SUMMARY

Mycetomas are actinomycotic or fungal pathologies. They are endemic in hot, dry, semi-desert regions with low rainfall where they constitute a major public health problem. It very often interests young adults. Clinically, mycetoma presents as a polyfistulized inflammatory swelling producing or not grains of variable colors. Several techniques are used to facilitate diagnosis in endemic settings. In non-endemic countries, diagnosis is occasional, hence the frequently reported diagnostic delay. We report here the observation of three patients with mycetoma residing in a tropical country remarkable for the diagnosis of actinomycotic mycetoma in patients residing in a non-endemic country with two seasons (dry and rainy) and the diagnostic delay.

Conclusion: The discovery of this neglected tropical disease in Guinea suggests a change in the epidemiological profile of mycetoma, better knowledge of this disease by hospital practitioners and improved diagnostic means in our context.

INTRODUCTION

Les mycétomes sont des pseudotumeurs inflammatoires des tissus mous sous-cutanés et éventuellement osseux. Ils sont le plus souvent polyfistulisés et évoluent sur un mode chronique [1, 2]. Ils sont endémiques dans les zones à faible pluviométrie notamment de part et d'autre du 15° degré de latitude nord. En Afrique de l'Ouest, les pays endémiques sont le Sénégal, la Mauritanie, le Mali et le Niger [3, 4]. Il intéresse souvent des adultes jeunes (20 à 40 ans), cultivateur qui résident en milieu rural. Le micro-traumatisme pénétrant inoculant l'agent pathogène aux sujets exposés est le principal facteur favorisant bien que rarement rapporté par les patients. Cliniquement, le mycétome se présente comme une tuméfaction inflammatoire polyfistulisée produisant ou non des grains de couleurs variables. La topographie podale est la plus retrouvée dans les pays endémiques [2, 5]. Différentes techniques diagnostiques sont utilisées en milieu endémiques à savoir : la microscopie directe, la culture des grains, l'examen histologique après biopsie cutanée, l'examen cytologique par aspiration à l'aiguille fine (FNAC) et dans certains centres, le diagnostic moléculaire comme la PCR [6, 7]. La Guinée pays non endémique, les mycétomes sont peu connus et posent un problème de diagnostic. Nous rapportons ici l'observation de trois patients atteints de mycétome résident dans un pays tropical remarquable par la durée d'évolution, les circonstances diagnostiques et la survenue dans un pays non endémique.

PATIENT N°1

Il s'agissait d'un patient âgé de 20 ans, étudiant, originaire de la moyenne Guinée, qui n'aurait jamais séjourné dans un pays endémique de mycétome, reçu pour une tuméfaction inflammatoire polyfistulisée du pied droit évoluant depuis 4 ans. L'examen physique mettait en évidence une volumineuse lésion inflammatoire mesurant 20x10 cm de diamètre, polyfistulisée, bourgeonnante avec production parfois du matériel séro-sanglant occupant le dos du pied droit (**image 1**). Au niveau locorégional et général, aucune particularité n'a été mise en évidence. L'examen histologique de la biopsie cutanée retrouvait de nombreux micro-abcès neutrophiliques centrés par un grain de couleur violet foncé, de forme ovale, de contours réguliers sans fissures centrales évoquant un mycétome à *Actinomyces pelletieri* (**image 2**). La culture mycologique sur milieu de Lowenstein et Sabouraud n'est pas faite. Le diagnostic de mycétome actinomycotique était retenu devant la

tumeur multinodulaire polyfistulisée et la mise en évidence du grain d'*Actinomyces pelletieri* à l'histopathologie. Sur le plan biologique, nous avons retrouvé un syndrome inflammatoire biologique non spécifique (anémie à 10g/dl et une hyperleucocytose à 11500/mm³). La sérologie rétrovirale était négative. Le reste du bilan biologique (fonction rénale, Transaminases, examen cyto bactériologique des urines) était normal. Le patient était hospitalisé et avait reçu comme traitement du Cotrimoxazole 40 mg/kg/jour, de l'Amoxicilline + Acide clavulanique 1,5 g/jour par voie orale pendant 8 mois associée à de la Streptomycine injectable à la posologie de 15 mg/kg/jour pendant six semaines. Une surveillance régulière de la fonction rénale, des transaminases et de la fonction auditive était instaurée. L'évolution clinique était marquée par une réduction considérable de la taille de la tumeur et une fermeture de la presque totalité des fistules après 8 mois de traitement.



Image 1 : Tuméfaction polyfistulisée bourgeonnante du pied droit

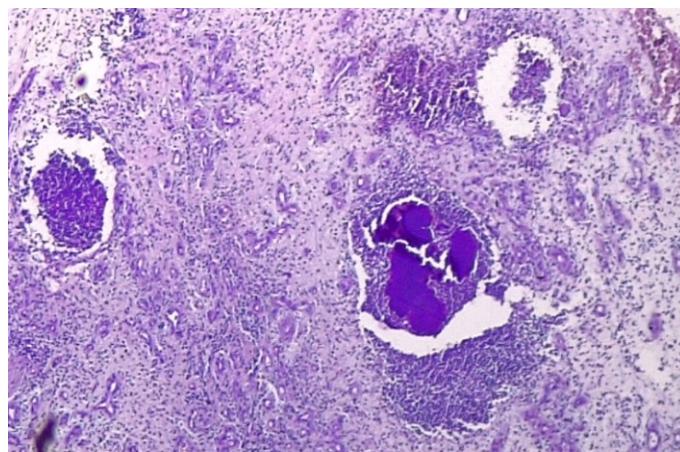


Image 2 : Grain d'*Actinomyces pelletieri* de couleur violet foncé, de forme ovale, de contours réguliers sans fissures centrales (H.E. x 100).

PATIENT N°2

Patient âgé de 34 ans, infirmier, marié, reçu pour une tuméfaction inflammatoire kystique du pied droit évoluant depuis 5 ans. L'examen physique mettait en évidence une lésion pseudotumorale inflammatoire du pied gauche, mesurant 10x5 cm de diamètre, ferme avec production antérieure de matériel séro-sanglant (**image 3**). Au niveau locorégional et général, aucune particularité n'a été mise en évidence. Après biopsie cutanée, l'examen histologique du prélèvement confirmait le diagnostic de mycétome à *Actinomadura madurae* (**image 4**). La culture mycologique sur milieu de Lowenstein et sabouraud était non contributive. Le diagnostic de mycétome actinomycosique était surtout retenu devant la mise en évidence du grain d'*Actinomadura madurae* et le granulome à l'histopathologie. Sur le plan biologique, nous n'avons retrouvé aucune particularité. Le patient était hospitalisé et avait reçu comme traitement du Cotrimoxazole associé à de l'Amoxicilline acide clavulanique par voie orale pendant 7 mois. Une surveillance régulière clinique et biologique était instaurée. L'évolution clinique était marquée par une réduction de la taille de la tumeur après 7 mois de traitement.



Image 3 : lésion pseudotumorale inflammatoire du pied gauche

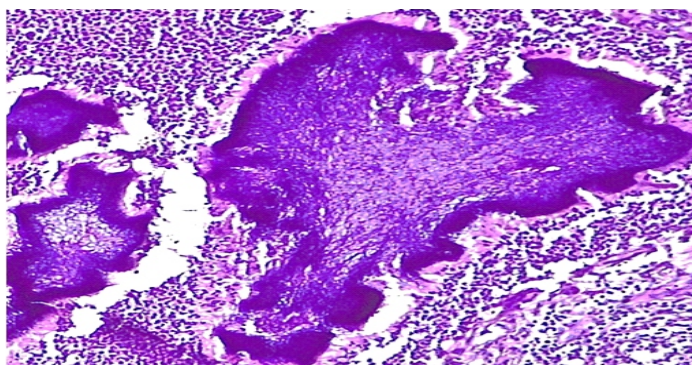


Image 4 : Grain d'*Actinomadura madurae* de couleur violet, de contours irréguliers avec fissures centrales (H.E. x 100).

PATIENT N°3

Patient âgé de 63 ans, vulgarisateur, marié, ayant antérieurement séjourné au Sénégal, reçu pour une tuméfaction inflammatoire polyfistulisée du pied gauche évoluant depuis 8 ans environ. L'examen physique mettait en évidence une lésion tuméfaction inflammatoire polyfistulisée de la jambe bourgeonnant avec production antérieure de matériel séro-sanglant (**figure 5**). Au niveau locorégional et général, aucune particularité n'a été mise en évidence. Après biopsie cutanée, l'examen histologique du prélèvement confirmait le diagnostic de mycétome à *Actinomadura pelletieri* (**figure 6**). La culture mycologique sur milieu de Löwenstein et Sabouraud était non contributive. Le diagnostic de mycétome actinomycosique était surtout retenu devant la mise en évidence du grain d'*Actinomadura madurae* et le granulome à l'histopathologie. Sur le plan biologique, nous n'avons retrouvé aucune particularité. Le patient était hospitalisé et avait reçu comme traitement du Cotrimoxazole associé à de l'Amoxicilline acide clavulanique par voie orale pendant 5 mois. Une surveillance régulière clinique et biologique était instaurée. Après un recul de 6 mois, l'évolution clinique était marquée par une absence de douleur et la réduction de la taille de la tumeur.



Image 5 : Tuméfaction inflammatoire polyfistulisée bourgeonnante de la jambe gauche

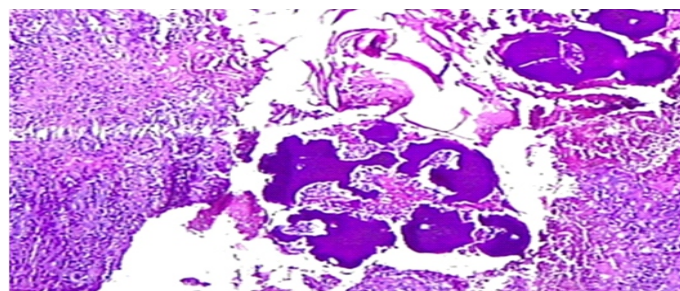


Image 6 : Multiples grain d'*Actinomadura pelletieri* basophile de forme ovale, de contours réguliers sans fissures centrales (H.E. x 100).

DISCUSSION

Nos observations sont particulières par le diagnostic de mycétome actinomycosique chez des patients résident dans un pays non endémique à deux saisons (sèche et de pluie) et le retard diagnostique.

Les mycétomes sont des pathologies actinomycosiques ou fongiques. Ils évoluent sur un mode endémique dans les régions chaudes et sèches, semi-désertiques à faible pluviométrie où ils constituent un problème majeur de santé publique. Ils sont peu connus des agents de santé dans les zones à forte pluviométrie surtout en milieu rural non endémiques qui sont en première ligne de soins [5, 8]. A notre connaissance, il s'agit des premiers cas de mycétome Actinomycosique diagnostiqués en Guinée. La découverte de ces cas pourrait suggérer une modification du profil épidémiologique du mycétome en général et localement (en Guinée), par la déforestation intense liée aux activités minières. Une meilleure connaissance de cette maladie tropicale négligée et l'amélioration des moyens diagnostics dans notre contexte favoriseraient un diagnostic précoce et une prise en charge correcte.

Le mycétome survient très souvent chez des patients ruraux exposés aux piqûres d'épines et d'échardes. L'inoculation passe fréquemment inaperçue du fait de la longue période de latence [1, 3]. Le point commun avec nos patients serait éventuellement l'absence de protection des pieds par des chaussures adéquates.

Le caractère tumoral du mycétome prête souvent à confusion avec d'autres pathologies tumorales des tissus mous surtout en milieu tropicale comme la maladie de kaposi, Les mycoses profondes [2, 8]. Le retard diagnostique dans notre contexte pourrait s'expliquer par la longue durée d'évolution du mycétome, l'absence de centre spécialisé en Dermatologie en milieu rural Guinéen, le fait que la Guinée ne soit pas un pays d'endémie de mycétome mais aussi par la prise en charge d'autre diagnostic avant la référence vers le service spécialisé.

Le diagnostic du mycétome repose sur des arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques. En l'absence d'émission de grains à travers les fistules (visibles à l'œil nu ou pas), l'exploration paraclinique devient indispensable pour l'orientation étiologique avec précision de genre et parfois d'espèces [3, 5]. En pratique, il est fondamental de différencier les mycétomes fongiques des mycétomes actinomycosiques car la thérapeutique est sensiblement différente. L'examen anatomopathologique est particulièrement indiqué lorsque le patient est vu à un

stade de fistules non productives, qui permettrait de faire le diagnostic des formes atypiques comme les formes non fistulisées [5, 6, 9]. Chez nos patients, l'aspect clinique faisait évoquer un mycétome cependant l'histopathologie cutanée des biopsies nous a permis de confirmer le diagnostic de mycétome mais aussi d'en préciser l'espèce qui était de genre Actinomycosique.

Il n'existe pas de protocole thérapeutique standard pour la prise en charge des mycétomes. L'itraconazole ou le kétoconazole associé à la chirurgie constitue le schéma thérapeutique le plus efficace pour la prise en charge des mycétomes fongiques [8, 10]. Pour les actinomycétomes, le traitement médical seul a été souligné comme efficace par plusieurs auteurs. Même avec une atteinte osseuse, le traitement médical ne constitue pas une contre-indication [5, 11]. Le cotrimoxazole seul semble avoir un intérêt limité dans les formes très évoluées de mycétome actinomycosique. La triple association cotrimoxazole, streptomycine et amoxicilline acide-clavulanique pourrait représenter une alternative thérapeutique dans ces formes très étendues. Welsh et al. a montré dans leur étude, une efficacité spectaculaire de cette association thérapeutique dans les formes étendues résistantes au cotrimoxazole seul [11, 12]. Chez nos patients, la double et/ou triple association thérapeutique a permis une régression considérable de la tuméfaction du pied mais aussi une fermeture de la presque totalité des fistules à seulement 8 mois de traitement.

CONCLUSION

La découverte de cette maladie tropicale négligée en Guinée suggère une modification du profil épidémiologique du mycétome, une meilleure connaissance de cette maladie par les praticiens hospitaliers et l'amélioration des moyens diagnostics dans notre contexte. Il s'agit des premiers cas de mycétome rapporté à notre connaissance. L'histopathologie après biopsie cutanée reste un moyen efficace de diagnostic dans les pays non endémiques de mycétome. La régression de la tuméfaction du pied et la fermeture de la presque totalité des fistules ont été les principaux moyens de surveillance de nos patients après l'administration d'une double et/ou triple antibiothérapie.

REFERENCES

1. **Diatta BA, Ndiaye M, Sarr L, Diatta BJM, Gueye AB, Diop A, et al.** Un mycétome fongique tumoral dorsal?: intérêt de la chirurgie large associée à la terbinafine. *J Mycol Médicale*. 2014;24(4):351-4.
2. **Ndiaye M, Diatta BA, Sow D, Diallo M, Diop A, et al.** Une présentation atypique tumorale d'un mycétome actinomycotique dorsolombaire. *J Mycol Médicale*. 2014;24(1):44-7.
3. **Ndiaye D, Ndiaye M, Sène PD, Diouf MN, Diallo M, Faye B, et al.** Mycétomes diagnostiqués au Sénégal de 2008 à 2010. *J Mycol Médicale*. 2011;21(3):173-81.
4. **Dieng MT, Niang SO, Habib SM, Ndir O, Ndiaye B.** Mycétomes extra-podaux?: A propos de 50 cas sénégalais. *Mycétomes Extra-Podaux Propos 50 Cas Sénégal*. 2001;20(6):384-6.
5. **Develoux M, Dieng MT, Kane A, Ndiaye B.** Management of mycetoma in West-Africa. *Bull Soc Pathol Exot* 1990. janv 2003;96(5):376-82.
6. **Siddig EE, Mhmoud NA, Bakhiet SM, Abdallah OB, Mekki SO, El Dawi NI, et al.** The Accuracy of Histopathological and Cytopathological Techniques in the Identification of the Mycetoma Causative Agents. Reynolds TB, éditeur. *PLoS Negl Trop Dis*. 29 août 2019;13(8):e0007056.
7. **Yousif BM, Fahal AH, Shakir MY.** A new technique for the diagnosis of mycetoma using fixed blocks of aspirated material. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. janv 2010;104(1):6-9.
8. **Tligui H, Aoufi S, Agoumi A.** Mycétome du creux poplité à *Madurella mycetomatis*?: à propos d'un cas. *J Mycol Médicale*. 1 sept 2006;16:173-6.
9. **Pitche P, Napo-Koura G, Kpodzro K, Tchangaï-Wallam K.** Les mycétomes au Togo: Aspects épidémiologiques et étiologiques des cas histologiquement diagnostiqués. *Médecine Afr Noire*. 1999;46(6):323-5.
10. **Sarr L, Niane MM, Diémé CB, Diatta BA, Coulibaly NF, Dembélé B, et al.** Chirurgie des mycétomes fongiques à grain noir. À propos de 44 patients pris en charge à l'Hôpital Aristide le Dantec de Dakar (Sénégal) de décembre 2008 à mars 2013. *Bull Société Pathol Exot*. 2016;109(1):8-12.
11. **Diop K, Diatt BA, Diadie S.** Pseudotumoral actinomycotic mycetoma of the buttock in children: A case report. *Our Dermatol Online*. 2021;12(Supp 1):21-5.
12. **Welsh O, Vera-Cabrera L, Welsh E, Cesar Salinas M.** Actinomycetoma and advances in its treatment.