

0013 Epidémie de trichophyties cutanées à t. tonsurans chez des judokas de haut niveau.

Estève E(1), Defo D(1), Rousseau D(2), Poisson D M(3)

(1)Service de dermatologie, CHR Orléans, Orléans, (2), FFJDA, (3)Unité de microbiologie, CHR Orléans, Orléans, France

Introduction: L'existence d'épidémies de trichophyties cutanées chez les lutteurs (*tinea corporis gladiatorum*) est connue, en particulier depuis 1992. Celles-ci ont été décrites pour la plupart dans des équipes universitaires aux USA (1). Nous rapportons la plus grande série mondiale, observée chez les judokas du pôle France d'Orléans.

Matériel et Méthodes: D'octobre 2004 à mai 2005 tous les nouveaux cas suspectés ont été examinés dans le service de dermatologie d'Orléans, par le même dermatologue. Des prélèvements mycologiques ont été effectués lors de chaque épisode cliniquement suspect. Le traitement associait terbinafine per os, oxiconazole topique et éviction sportive.

Résultats: L'épidémie a donné lieu à 86 consultations. Nous avons relevé 72 épisodes de lésions cliniquement actives (primo contaminations : 51; recontaminations : 21). Le groupe malade était composé de 45 garçons et de 6 filles, d'âge moyen 17,5 ans (extrêmes : 15,4 -24 ans). Les lésions élémentaires étaient des plaques érythémateuses inflammatoires, squameuses ou non, prenant parfois un aspect annulaire évocateur. La topographie de 148 lésions cartographiées était : avant-bras (33 cas), face antérieure du tronc (26 cas), cuir chevelu (24 cas), face et cou (24 cas), bras (14 cas), face postérieure du tronc (14 cas), jambes (6 cas), cuisses (3 cas) , pieds (2 cas), fesses (2 cas). Des prélèvements mycologiques ont été effectués lors de 72 épisodes cliniquement suspects. Dans 49 cas le prélèvement a été positif à l'examen direct et/ou en culture pour *Trichophyton tonsurans var sulfureum*. Aucun effet indésirable imputé aux traitements prescrits n'a été observé.

Discussion: une dizaine de courtes séries ont été rapportées depuis les années 1990 sur les épidémies de tinea corporis gladiatorum chez les lutteurs (1). A notre connaissance, seule une série japonaise récente en a fait état chez des judokas (2). Les lésions sont fréquemment atypiques pour les raisons suivantes : traitements antérieurs, traumatismes cutanés, port de « strapping », consultation précoce. En dehors du contexte épidémique le diagnostic peut être difficile à faire. Le site le plus fréquemment atteint dans notre série était les avant-bras. Ceci s'explique par l'importance de la saisie du kimono; dans cette phase les avant-bras sont en contact étroit et prolongé avec la nuque, le cou, voire le haut du thorax et le visage. L'atteinte fréquente du cuir chevelu est une donnée nouvelle. La présence de *T. tonsurans* pour tous les prélèvements positifs est en accord avec les données de la littérature. La prise en charge thérapeutique de ce type d'épidémie n'est pas codifiée. Les épidémies de tinea corporis gladiatorum constituent clairement une circonstance clinique différente de la prise en charge des trichophyties cutanées en pratique ambulatoire courante. Les traitements locaux sont insuffisants en raison de l'existence démontrée de portage asymptomatique du cuir chevelu pour *T. tonsurans* chez les judokas et car les lésions actives dépistées lors de la consultation était fréquemment plus nombreuses que les lésions diagnostiquées par les sportifs. Enfin, nous avons relevé des lésions cliniquement actives et positives en culture chez des judokas traités par des topiques. Pour ces raisons nous avons associé traitement local et systémique, avec une éviction sportive systématique.

Conclusion: Les trichophyties cutanées constituent un problème émergent de santé publique dans le judo français.

Référence(S) : 1- Stiller MJ, Klein WP, Dorman RI, Rosenthal S. Tinea corporis gladiatorum: an epidemic of Trichophyton tonsurans in student wrestlers. J Am Acad Dermatol 1992; 27:632-3

2- Shiraki Y, Soda N, Hirose N, Hiruma M. Screening examination and management of Dermatophytosis by Trichophyton tonsurans in the judo club of a university. Jpn J Med Mycol 2004; 45:7-12

0753 Lésions nodulaires multiples révélant une lèpre "histoïd" de wade

Mahieu-renard L(1), Smarrito L(1), Girardi S(1), Graveriau C(1), Hesse S(1), Bonerandi J(1)

(1)Dermatologie, Hôpital de la Timone, marseille, France

Introduction: La lèpre « histoïd » de Wade est une forme de lèpre rare. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observations: Originaire du Brésil, le patient y a vécu jusqu'en 1999.

1995 : brûlure de l'avant-bras gauche constatée à posteriori par le patient qui n'a pas ressenti de douleur.

Décembre 2004 : apparition de papules rosées connaissant une évolution nodulaire. Augmentation rapide du nombre de lésions, sans tendance à la cicatrisation des éléments les plus anciens.

Mars 2005 : apparition d' oedèmes distaux.

Avril 2005 : prise en charge dans le service : lésions papuleuses et nodulaires multiples réparties sur tout le tégument ; oedèmes, paresthésies et parésie des doigts et des orteils ; hypoesthésie de l'avant-bras gauche en regard de la cicatrice de brûlure. Analyse histologique d'un des nodules : lésion dermique histiocytaire avec présence de structures intra-cytoplasmiques Ziehl positives ; prélèvement de suc dermique (oreille droite et narine gauche) retrouvant la présence de Bacilles Acido Alcoolo Résistants (BAAR); électromyogramme révélant une mononeuropathie multiple. Diagnostic de lèpre « histoïd » de Wade, mise en route d'une trithérapie antilépromeuse par Rifampicine, Clofazimine et Dapsone.

Discussion: La lèpre « histoïd » de Wade est une entité anatomoclinique rare, multibacillaire, apparentée aux lèpres lépromateuses. Elle se différencie histologiquement des autres formes de la maladie par son organisation pseudo-tumorale et son caractère unicellulaire. En effet, le seul type de cellule présent est un histiocyte particulier prenant un aspect de cellule fusiforme, massivement envahie par des BAAR totalement colorés et agencés en paquets. Cliniquement, les lésions lépromateuses sont nodulaires. Les cas rapportés correspondent rarement à lésions primaires et, plus fréquemment, à des récives de la maladie après traitement antilépromeux, en particulier par Dapsone. Certains auteurs suspectent d'ailleurs une sulfuno-résistance dans l'étiopathogénie de cette entité. Notre patient n'avait jamais reçu de traitement potentiellement antilépromeux. Il présentait une hypoesthésie localisée depuis 10 ans, pouvant être mise en rapport avec sa pathologie. Il s'agit donc d'un cas de lèpre « histoïd » de Wade comme mode de découverte de la maladie qui évoluait probablement à bas bruit depuis 10 ans.

Conclusion: Nous rapportons un cas de lèpre « histoïd » de Wade révélant une lèpre ancienne jamais traitée.

0652 Erysipèle pelvien et bactériémie à streptococcus equisimilis révélateurs d'un carcinome indifférencié de la vessie

Pouaha J(1), Doarika A A(2), Pinault A A L(1), Cholez C C(2), Agel J J(2), Capochichi T T(1), Grignon Y Y(2), Truchetet F F(2)

(1)Dermatologie, (2)57100, CHR de Metz-Thionville, Thionville, France

Introduction: Nous rapportons l'observation d'une patiente hospitalisée pour érysipèle pelvien révélateur d'un carcinome indifférencié de la vessie.

Observations: Une femme âgée de 78ans était hospitalisée pour érysipèle localisé de l'hypogastre avec extension au pubis associé à un œdème important de la vulve évoluant depuis quinze jours. Une antibiothérapie par cefotaxime (Claforan®), métronidazole (Flagyl®) et ofloxacine (Oflocet®) était instaurée. Ses antécédents étaient marqués par une hypothyroïdie traitée par L-thyroxine (Levothyrox®) et une hypertension artérielle.

A l'examen clinique, on notait une hyperthermie à 39°C, un érythème de l'hypogastre s'étendant jusqu'à la vulve et au tiers supérieur des cuisses avec un aspect infiltré, chaud, douloureux et un œdème important (fig 1 et 2). Il n'y avait pas d'adénopathie satellite. Il existait un œdème douloureux des membres inférieurs prenant le godet. Le reste de l'examen somatique était normal. Sur le plan biologique, l'hémogramme mettait en évidence une hyperleucocytose à 16200/mm³ dont 12500 polynucléaires neutrophiles. On notait un syndrome inflammatoire avec protéine C-réactive à 163mg/l et une VS à 100mm à la première heure et une insuffisance rénale avec une clairance à la créatinine à 26,2ml/mn. Les hémocultures étaient positives à Streptococcus equisimilis. Le bilan paraclinique comprenant une échographie abdominopelvienne objectivait une urétéronéphrose bilatérale avec épaissement hétérogène pariétal du plancher de la vessie. Ces lésions étaient confirmées par un scanner abdominopelvien qui montrait une tumeur vésicale bourgeonnante et des adénopathies rétro péritonéales, aortico-caves et latéro-aortiques. L'antibiothérapie initiale était poursuivie par voie IV en tenant compte de l'insuffisance rénale pendant huit jours puis relais par céfixime (Oroken®) et ofloxacine pendant treize jours entraînant une régression complète de l'érythème pelvien. La patiente était prise en charge par les urologues qui ont réalisé une urétérostomie cutanée bilatérale laissant en place la vessie qui était envahie par la tumeur. L'analyse histologique des ganglions concluait à des métastases d'un carcinome indifférencié d'origine vésicale. En accord avec les oncologues et les radiothérapeutes, l'intervention chirurgicale était refusée en raison du degré d'envahissement de la tumeur et des soins palliatifs ont été proposés. Le diagnostic retenu était celui d'érysipèle pelvien révélateur d'un carcinome indifférencié de la vessie.

Discussion: Notre observation est caractérisée par deux originalités : la localisation atypique de l'érysipèle au niveau pelvien permettant de révéler une tumeur vésicale et l'agent responsable qui est un Streptococcus equisimilis. Ce germe est rarement retrouvé au cours de l'érysipèle. Mahé et al (1) ont réalisé un écouvillonnage de la porte d'entrée chez 18 patients atteints d'érysipèle. Sur douze prélèvements positifs, un seul patient avait un Streptococcus equisimilis. L'hypothèse d'une lymphangite carcinomateuse décrite au cours des carcinomes n'était pas retenue car l'érysipèle a régressé après l'instauration des antibiotiques. La biopsie cutanée n'a donc pas été réalisée. Le Streptococcus equisimilis est un streptocoque du groupe C de Lancefield bêta- hémolytique synthétisant une streptokinase. Ce germe est à l'origine de septicémies, de méningites, des infections des tissus mous et ostéo-articulaires.

Une seule observation d'érysipèle latérothoracique survenant au cours d'un mélanome métastatique connu a été rapporté par Ollivaud et al (2).

Conclusion: La survenue d'un érysipèle au cours d'un processus néoplasique sous jacent est exceptionnelle. Le Streptococcus equisimilis, hôte habituel des voies génitales et respiratoires a été responsable de l'érysipèle de notre patiente.

Référence(S) : 1) Mahé et al. Ann Dermatol Vénéréol 1999 ; 126 : 593-9

2) Ollivaud et al. Ann Dermatol Vénéréol 1993 ; 120 : 831-3

1ère Image : [Voir Fichier attaché](#)

2ème Image : [Voir Fichier attaché](#)

0317 Mucormycose cutanée primitive nosocomiale.

Dallot A(1), Lam I(2), Adhemar J(2), Minozzi C(3)

(1)Unité de Dermatologie, C.H Robert Ballanger, Aulnay-Sous-Bois, (2)Unité de dermatologie, C.H Robert Ballanger, Aulnay- Sous- Bois, (3)Service des Maladies Infectieuses, C.H Paul Brousse, Villejuif, France

Introduction: Les mucormycoses cutanées primitives sont des infections mycosiques rares dues à des agents appartenant à l'ordre des Mucorales, qui est inclus dans la classe des Zygomycètes. Les formes cutanées pures évoluant plusieurs semaines sans dissémination systémique sont de diagnostic difficile. La possibilité du caractère nosocomial de ce type d'infection doit être connu.

Observations: Madame C. a 67 ans . Elle est hospitalisée pour syndrome occlusif. Elle est diabétique, insulino-dépendante. Elle subit une colectomie transverse pour nécrose colique. Elle fait un choc septique et est admise en réanimation où elle fait une chute qui entraîne une plaie contuse du visage. Il n'y a pas de fracture des os propre du nez au scanner. Quinze jours plus tard apparaissent des placards érythémateux du front et de la face latérale droite du nez surmontés de pustules stériles sans fièvre. La pyramide nasale s'affaisse. Il n'y a pas d'atteinte des sinus Trois biopsies sont nécessaires pour mettre en évidence au sein d'une nécrose dermique des éléments fongiques permettant de porter le diagnostic de mucormycose. Les mises en cultures seront toujours négatives. La patiente est traitée par Amphotéricine B pendant un mois associé à un traitement de 6 mois par Itraconazole. Les lésions cicatrisent avec des séquelles atrophiques sans rechute avec cinq ans de recul

Discussion: Les Mucorales sont des champignons ubiquitaires cosmopolites retrouvés en particulier sur le sol. Ils sont pathogènes chez l'homme sur des terrains débilisés (diabète, hémopathies en premier lieu). Ils ont un tropisme vasculaire entraînant des nécroses tissulaires étendues. Sur le plan cutané les aspects sont ceux le plus souvent de fasciite nécrosante, de dermite érysipélateoïde voire de pseudo- pyoderma gangrenosum (1). La négativité des mises en cultures des prélèvements cutanés est fréquente. Ceux-ci doivent se faire de préférence en bordure des lésions nécrotiques. La porte d'entrée cutanée peut être une plaie minime. Des formes nosocomiales (2) ont été rapportées : sites de perfusion ou d'emplacement de cathéter, application de sparadrap ou de bande, injections intra-musculaires voire patch tests cutanés. Le traitement repose si possible sur l'excision des zones infectées, le traitement du terrain et l'amphotéricine B.

Conclusion: Les formes cutanées pures de mucormycose doivent être connues. Elles peuvent avoir une évolution de plusieurs semaines sans atteinte systémique et leur diagnostic reposer sur la seule histologie. Une origine nosocomiale est possible.

Référence(S) : 1. Kerr O.A, Bong C, Wallis, Tildman M. J. Primary cutaneous mucormycosis masquarading as pyoderma gangrenosum. British Journal of Dermatology. 2004; 150:1212-1234.

2. Lenane P, Keane C.O, Longhlin S.O. Mucor mycosis infection presenting as a non-healing ulcer in an immunocompromised patient. Clinical and Experimental Dermatology. 2003; 28: 157-159

1ère Image : [Voir Fichier attaché](#)

2ème Image : [Voir Fichier attaché](#)

0017 Lichen scléro-atrophique cutané - manifestation précoce de borréliose ? efficacité de la doxycycline sur l'évolution de lichen scléro-atrophique.

Wierzbicka E(1), Malthieu F(1), Levillain P(2), Guillet G(1)

(1)*Dermatologie*, (2)*Anatomo-pathologie, CHU de Poitiers, Poitiers, France*

Introduction: Des rares cas de lichen scléro-atrophique cutané (LSA) ont été décrits au cours de borréliose tardive. Sa survenue précoce, quasi-contemporaine de la primo-infection n'a jamais été rapportée.

Observations: Une femme de 62 ans, sans antécédents particuliers a consulté pour une éruption prurigineuse du tronc et des membres supérieurs. L'éruption a débuté une dizaine de jours après une piqûre de tique au coude gauche en mars 2004. Deux jours après la piqûre de tique, la patiente a eu une plaque érythémateuse au point d'inoculation et un état pseudogrippal. Quelques jours plus tard, sont apparues des petites macules blanchâtres et atrophiques, situées dans le pli du coude gauche, près du point d'inoculation. Ces papules infra centimétriques confluaient en plaque. Progressivement, l'éruption s'étendait au pli du coude droit puis au tronc. La topographie de l'éruption cutanée était bilatérale et symétrique. Les lésions prédominaient sur les zones de frottement. Le prurit, qui accompagnait l'éruption, était majeur et insomniant. Le reste de l'examen clinique était normal et la biologie de routine non contributive. La sérologie de la maladie de Lyme était négative à 2 reprises (trois et neuf mois après l'épisode initial). La biopsie cutanée montrait un épiderme atrophique et orthokératosique. Le derme était fibreux et hyalin. Cette fibrohyalinose faisait évoquer, en premier lieu, une morphee mais pouvait également s'intégrer dans d'autres affections scléreuses. La recherche par PCR de *Borrelia burgdorferi* dans les prélèvements cutanés n'a pas pu être réalisée.

L'aspect atrophique des lésions, la topographie témoignant d'un phénomène de Koebner et l'aspect fibreux du derme ont conduit au diagnostic de lichen scléro-atrophique cutané.

La patiente a été traitée, initialement, par des dermocorticoïdes de classe 2, puis par PUVA-thérapie. La PUVA a été interrompue en raison d'une mauvaise tolérance et de l'absence d'efficacité. La patiente a été hospitalisée devant l'aggravation de son état cutané et de prurit.

En raison de l'antécédent de piqûre de tique, de la chronologie de l'éruption et de la topographie de la lésion initiale, la relation de l'éruption cutanée avec la borréliose a été discutée. Malgré la négativité des sérologies borréliennes successives, un traitement d'épreuve par doxycycline, 200mg/j a été instauré. La patiente a été revue 4 semaines plus tard, une semaine après l'arrêt des tétracyclines. Le prurit a complètement disparu et il n'y a pas eu de nouvelle lésion. Deux mois après l'arrêt de tétracyclines, la patiente n'a pas récidivé.

Discussion: Des observations de lichen scléro-atrophique cutané au cours de la borréliose chronique ont été rapportées dans certains pays (1). Les résultats d'études sur la détection de borrelia par la PCR dans des échantillons cutanés des patients atteints de cette affection sont discordants (2).

Les traitements usuels du lichen se sont avérés inefficaces dans cette observation. Seul le traitement de l'étiologie présumée a permis de stabiliser rapidement les signes cutanés et de juguler les manifestations fonctionnelles. L'efficacité de la doxycycline et l'absence de rechute à l'arrêt du traitement a permis de conclure à la relation entre LSA cutané et la borréliose séronégative chez notre patiente. L'absence de rechute, 2 mois après l'arrêt du traitement antibiotique, allait à l'encontre de l'action anti-inflammatoire de tétracyclines.

Conclusion: Notre observation démontre que le LSA cutané peut être une manifestation très précoce de la maladie de Lyme et souligne l'intérêt du traitement d'épreuve par tétracyclines qui devrait être proposé en zone d'endémie ou en cas de contexte évocateur, même en l'absence de sérologie positive.

Référence(S) : 1) Kaya G, Berset M, Prins C, Chavaz P, Saurat JH. Chronic borreliosis presenting with morphea and lichen sclerosus et atrophicus-like cutaneous lesions. Case report. *Dermatology*. 2001; 202(4):373-5.

2) Sebnem O, Nese A, Emel F et col. Evidence for *Borrelia burgdorferi* in morphea and lichen sclerosus. *Int J Dermatol* 2000; 39:278-83.

1ère Image : [Voir Fichier attaché](#)

0232 Vasculite nodulaire associée à une tuberculose pulmonaire active : un authentique cas d'érythème induré de Bazin.

Engel F(1), Maradeix S(1), Cribier B(1)

(1)Clinique dermatologique, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Introduction: La vasculite nodulaire est une forme rare d'hypodermite vasculaire. Elle est exceptionnellement associée à une tuberculose évolutive. Nous en rapportons un cas original chez une jeune femme. Cette observation fait discuter l'origine tuberculeuse de cette affection.

Observations: Une jeune femme de 27 ans était suivie pour une maladie de von Recklinghausen. Elle consultait pour des lésions inflammatoires des jambes. Ces lésions évoluaient par poussées depuis quatre mois environ, certaines d'entre elles s'étaient ulcérées. Il s'agissait de nouures de couleur rouge et de consistance ferme, sensibles à la palpation. Ces nouures mesuraient de 1 à 3 cm et prédominaient sur les chevilles. Elles étaient parfois entourées par une desquamation en collerette. La malade était en surcharge pondérale. Ses jambes avaient un aspect en « poteau », avec une perte du relief des chevilles. Il n'y avait pas de fièvre, mais une toux sèche dont la malade ne parvenait pas à préciser l'ancienneté. La biopsie cutanée montrait une atteinte hypodermique étendue au derme réticulaire. L'hypoderme avait perdu son architecture normale. Il était le siège de lésions vasculaires multifocales et d'un infiltrat granulomateux des lobules graisseux et des septums interlobulaires, avec nécrose adipocytaire et lipophagie. L'atteinte vasculaire touchait les veines et les artères, elle associait une thrombose des vaisseaux à une nécrose de leur paroi. L'imagerie thoracique montrait une coulée ganglionnaire médiastinale et des micro-nodules pulmonaires. Les prélèvements réalisés par endoscopie bronchique ont permis d'identifier de nombreux bacilles de Koch dès l'examen direct. La malade a été traitée par une quadrithérapie antituberculeuse de deux mois, suivie par quatre mois de bithérapie. Sous ce traitement, les symptômes cutanés et respiratoires ont régressé en un mois environ. Il n'y a pas eu de récurrence (deux années de recul).

Discussion: Bazin avait décrit des lésions similaires à celles de notre malade en 1855. Son « érythème induré » a été par la suite abusivement rattaché à une origine tuberculeuse. Malgré de nombreuses observations sans rapport avec la tuberculose, l'érythème induré de Bazin a conservé cet à priori étiologique, conduisant parfois à des décisions thérapeutiques lourdes et inadaptées. En pratique, la tuberculose est toujours évoquée mais très rarement prouvée. Notre malade fait exception : elle avait une tuberculose pulmonaire évolutive étayée par de solides arguments radiologiques et bactériologiques. A ce jour, aucun bacille tuberculeux n'a pu être isolé en culture dans des lésions cutanées d'érythème induré, même si son génome a été mis en évidence par amplification génique dans quelques cas.

Conclusion: L'érythème induré de Bazin est une affection identique à la vasculite nodulaire de Montgomery, due à une hypersensibilité à un antigène le plus souvent inconnu. Une cause tuberculeuse est exceptionnelle en France, elle suppose des arguments bactériologiques stricts. Ce cas clinique en est une illustration.

Référence(S) : Bazin E. Leçons théoriques et cliniques sur la Scrofule. Delahaye A, Paris, deuxième édition, 1861.

Cribier B, Grosshans E. Erythème induré de Bazin : concept et terminologie obsolètes. *Ann Dermatol Vénéréol* 1990 ; 117 : 937-43.