

## Bio Quizz/Mycologie

### Un « eczéma » d'origine fongique

**Claude Guiguen<sup>1\*</sup>, Hélène Guegan<sup>2</sup>, Brice Autier<sup>2</sup>, Jean Pierre Gangneux<sup>2</sup>**

1- Professeur émérite de Parasitologie et Zoologie appliquée, UFR des Sciences médicales, 2 Avenue du Professeur Léon Bernard 35043 Rennes cédex, France

2- Université de Rennes 1, Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Inserm, EHESP, Irset (Institut de Recherche en Santé Environnement Travail), UMR\_S 1085, 35000, Rennes, France

\*Auteur correspondant : [guiguenclaude@orange.fr](mailto:guiguenclaude@orange.fr) (C. Guiguen)

Monsieur François P, 29 ans, vous consulte pour une lésion bilatérale des plis inguinaux. Cette lésion a débuté il y a 6 semaines environ par une rougeur à la face interne de la cuisse, puis elle s'est agrandie selon un mode centrifuge en formant un placard limité par une bordure érythémato-squameuse (*figure 1*). La lésion est prurigineuse. Le reste de l'examen clinique du revêtement cutané est normal. L'interrogatoire vous précise que Monsieur P. pratique de nombreux sports (cyclisme, gymnastique, footing). Il n'a pas d'antécédents médicaux particuliers.

- 1. Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments ?**
- 2. Comment confirmez-vous ce diagnostic ? Et dans quels délais?**
- 3. Quelle est l'espèce la plus fréquemment en cause ?**
- 4. Quelles sont les localisations pathologiques possibles pour ce champignon ?**
- 5. Quels diagnostics différentiels peut-on envisager?**

1. La lésion évoque une épidermophytie sur peau glabre, intertrigo inguinal ou crural à dermatophyte (*tinea cruris*) anciennement appelé "eczéma marginé de Hébra". Les arguments en faveur de ce diagnostic sont l'aspect de la lésion : zone érythémateuse et squameuse d'évolution centrifuge associée à un prurit chez un sujet sportif pratiquant régulièrement du cyclisme, de la gymnastique et de la course à pieds. La bordure inflammatoire nettement marquée en périphérie de la lésion caractérise l'atteinte dermatophytique. La lésion est souvent asymétrique par rapport au pli inguinal [1].

2. Le diagnostic biologique repose sur un prélèvement de qualité réalisé en périphérie de la lésion à la frontière de la peau saine, par un personnel entraîné, soit au cabinet de consultation par le clinicien, soit au laboratoire, de préférence par le biologiste lui-même. Le prélèvement doit être suffisamment abondant pour pouvoir réaliser, dans de bonnes conditions, l'examen direct et la culture. Il doit être effectué à distance de tout traitement antifongique local ou général (environ 15 jours) [2].

L'examen direct microscopique réalisé à partir des squames récoltées est indispensable. Il doit mettre en évidence, quelle que soit l'espèce de dermatophyte qui sera isolée par la suite, des filaments mycéliens plus ou moins cloisonnés. La présence du champignon au sein de la zone prélevée justifie la mise en œuvre rapide d'un traitement spécifique [3].

La culture doit être systématique et réalisée sur milieu de Sabouraud additionné de cycloheximide (Actidione®) ; ce dernier inhibe la croissance de la plupart des moisissures et aide ainsi à l'isolement des dermatophytes. La culture peut se faire en tubes ou sur boîtes de Pétri. Plusieurs points d'ensemencement doivent être bien individualisés. Le produit pathologique est déposé, en l'appuyant légèrement sur la surface de la gélose et en disposant les dépôts bien séparés les uns des autres. Les cultures sont incubées à 25-30°C. En plus du temps de pousse, l'identification repose sur l'examen macroscopique et microscopique du dermatophyte. Dans un certain nombre de cas, le champignon filamenteux peut rester non identifiable : souche stérile ou critères culturels macroscopiques ou microscopiques atypiques. Une subculture sur milieu pauvre favorisant la fructification, comme le milieu Pomme de Terre-Carotte (PC) peut aider à l'identification. Enfin les techniques de spectrométrie de masse, voire de biologie moléculaire peuvent permettre un diagnostic plus rapide [3].

L'isolement d'un dermatophyte, considéré comme un pathogène, avec un examen direct positif, dans un contexte clinique et épidémiologique assurent le diagnostic.

3. Dans ce type de localisation, l'espèce la plus fréquente est *Trichophyton rubrum*, champignon anthropophile. Cette espèce pousse en 8 à 10 jours. Les colonies arrondies et duveteuses sont blanches au recto et présentent souvent un pigment rouge vineux au verso.

La microscopie révèle la présence de microconidies piriformes souvent en faible nombre mais disposées en acladium,. Les excroissances triangulaires sont également des éléments en faveur de cette espèce. Les macroconidies sont exceptionnelles. Deux autres espèces sont également possibles : *Trichophyton interdigitale* et *Epidermophyton floccosum*.

4. En plus des atteintes des grands plis inguino-cruraux et axillaires, ces dermatophytes peuvent être responsables d'intertrigo des espaces interdigito-plantaires (pied d'athlète) et d'atteintes des ongles (onyxis ou onychomycoses), plus particulièrement des ongles des pieds. A noter qu'en dehors d'exceptionnels déficits génétiques associés à des atteintes profondes et généralisées impliquant *T. rubrum* (maladie dermatophytique), cette espèce épargne classiquement les poils et les cheveux [1,4].

5. Le diagnostic différentiel doit se faire avec [5]:

- un intertrigo inguinal à levures, principalement à *Candida albicans*. Dans ce cas, la bordure périphérique est mal limitée et les plis sont particulièrement suintants et souvent couverts d'un enduit blanchâtre.

- un erythrasma à *Corynebacterium minutissimum*. Il s'agit également d'une infection des plis inguinaux. Le diagnostic différentiel est réalisé en lumière de Wood qui, dans ce cas, donne une fluorescence rouge corail à la lésion.

- Un psoriasis mais la présence de levures ou de filaments mycéliens à l'examen direct élimine ce diagnostic.

### Références bibliographiques

[1] Anofel. Dermatophytoses ou dermatophyties. In Parasitoses et Mycoses des régions tempérées et tropicales. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2016. p 277-90.

[2] Anofel, Dermatophytoses. In Parasitologie et Mycologie médicales. Guide des analyses et pratiques diagnostiques. Elsevier-Masson 2017, p 409-16.

[3]Robert R, Pihet M, Conventional methods for the diagnosis of dermatophytosis. Mycopathologia.2008; 166: 295-306.

[4] Cheikhrouhou F, Makni F, Ayadi A, La maladie dermatophytique : revue de la littérature. Journal de mycologie médicale 2010 ; 20 : 61-9.

[5] Chabasse D, Guiguen C. Dermatophyties : les difficultés d'interprétation et les pièges du diagnostique. Revue Francophone des laboratoires, 2019, 510: 26-35.

## Légende de la figure

**Fig.1** : Intertrigo des plis inguinaux à *Trichophyton rubrum* (e.anofel- Poitier)



ANOPEL