L’ARAIGNEE SUR LE BANC DES ACCUSES

M. RICHARD1, C. LEAUTE-LABREZE1,C. JUBERT2, G. PLAT3, F. BORALEVI1

1 Unité de dermato-pédiatrie, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux, France

2 Service d’hémato-oncologie pédiatrique, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux, France

3 Service d’hémato-oncologie pédiatrique, Hôpital Purpan, CHU de Toulouse, France

***Introduction*** *:* Nous rapportons un cas de mucormycose cutanée chez un enfant ayant une aplasie médullaire, dont l’aspect nécrotique initial avait fait évoquer un arachnïdisme.

***Cas* :** Un enfant de 12 ans, en attente d’allogreffe de moelle pour aplasie médullaire avait présenté une dermo-hypodermite du coude. L’interrogatoire faisait suspecter une morsure d’araignée du fait de la présence initiale de 2 points d’impacts. Un traitement par amoxicilline / acide-clavulanique et facteurs de croissance granulocytaires l’avait un peu amélioré. En post-greffe, la nécrose s’étendait rapidement malgré une antibiothérapie large spectre et la caspofungine. Les hémocultures et l’antigénémie aspergillaire étaient négatives. Une culture fongique de pus revenait positive à Rhizopus oryzae posant le diagnostic de mucormycose. La PCR mucorale sanguine était positive mais le TDM TAP ne montrait pas d’atteinte profonde. Malgré l’ajout d’amphotéricine B liposomale et une large détersion chirurgicale l’infection locale progressait. Du fait d’une insuffisance rénale, un relais par posaconazole était réalisé, associé à des détersions chirurgicales répétées. Grâce au succès de l’allogreffe, les leucocytes remontaient progressivement permettant la guérison moyennant un délabrement local qui a pu ensuite être reconstruit.

***Discussion****:* Les mucormycoses sont des infections fongiques opportunistes cosmopolites, rares, au 3ème rang derrière les candidoses et aspergilloses. L’immunodépression et le diabète en sont les 2 principaux facteurs de risque. La clinique dépend de la porte d’entrée des spores de mucorales dans l’organisme. Ainsi, la pénétration via une brèche cutanée entraine une mucormycose cutanée primitive, caractérisée par un placard inflammatoire, nécrotique et extensif. Une dissémination hématogène avec localisations profondes est redoutée, nécessitant un bilan d’extension (PCR sanguine / TDM TAP). L’examen mycologique direct sur prélèvement cutané (pus / biopsie) recherche des filaments coenotiques larges, réguliers et non septés. La culture, positive dans 60% des cas, identifie le genre et l’espèce. Récemment, les techniques de PCR et de spectrométrie de masse ont montrées une meilleure sensibilité et permettent, outre un diagnostic rapide, le suivi des taux d’ADN mucorales sous antifongique. Le traitement associe l’amphotéricine B lipidique à forte dose, relayé par dérivés azolés en entretien et le parage chirurgical répété des tissus nécrosés. Malgré tout, le pronostic reste sombre si l’immunodépression perdure.

***Conclusion :*** Notre patient a présenté une mucormycose cutanée primitive partiellement contrôlée par les perfusions de facteurs de croissance granulocytaires. L’hypothèse d’un arachnïdisme cutané a retardé le diagnostic et la prise en charge spécifique, mais la guérison a surtout été rendue possible grâce au succès de l’allogreffe permettant la réascension des polynucléaires neutrophiles et une défense immunitaire efficace.

***Les auteurs ne déclarent aucun conflit d’intérêts***