

# LA SPOROTRICHOSE

## Définition

Mycose subaiguë ou chronique, atteignant l'homme et certains animaux, due à un champignon dimorphe : *Sporothrix schenckii*

## Agent pathogène

*Sporothrix schenckii* est un champignon dimorphique, parce qu'il prend deux aspects morphologiques différents suivant la température : filaments mycéliens à 25°C et levures à 37°C.

Ce champignon vit en saprophyte dans le milieu extérieur ; sur le sol, et les végétaux. Des animaux comme le chat, le chien, le cheval, le rat et divers autres rongeurs et même certains poissons peuvent véhiculer le champignon et le transmettre à l'homme.

Le principal mode de contamination consiste en l'effraction cutanée ou muqueuse à la suite de blessures par échardes, de morsures ou griffures animales ou même de piqûres d'arthropodes. Ce qui explique la localisation fréquente aux membres surtout supérieurs ou aux parties découvertes.

## Clinique

La sporotrichose se traduit par des lésions dermo-épidermiques polymorphes subaiguës ou chroniques, et, en cas d'immunodépression, par une atteinte disséminée.

### Formes cutanées.

La sporotrichose se localise avec prédilection aux parties découvertes, le plus souvent aux extrémités (en particulier aux mains et aux doigts, membres supérieurs et à la face). L'inoculation du *Sporothrix* se fait à l'occasion d'un traumatisme, qui peut être minime.

Après une incubation qui dure de quelques jours à trois mois, se développe la lésion initiale ou chancre d'inoculation, sous la forme d'un petit nodule indolore de consistance à la fois ferme et élastique, d'abord mobile puis adhérent aux tissus adjacents, la peau devient rouge violacée et le nodule tend à fluctuer et à s'ulcérer en donnant issue à un liquide séreux ou purulent.

Après un délai de quelques jours à quelques semaines, la lésion primitive peut s'entourer de lésions satellites ou s'accompagner de traînées lymphangitiques, sur lesquelles pourront se développer des gomes, pouvant s'ouvrir à la peau par des fistules.



### formes extra cutanées.

Elles s'observent chez les patients immunodéprimés.

### 2.1. Atteinte pulmonaire

Le tableau clinique est insidieux, peut comporter une toux avec ou sans expectorations, des hémoptysies, une dyspnée, une altération de l'état général.

La radiographie objective des lésions cavitaires ainsi que des adénopathies médiastinales, pouvant simuler une tuberculose ou une histoplasmosse

## 2.2. Atteinte méningée.

Les formes cérébro-méningées sont rares, elles se traduisent soit par une méningite lymphocytaire à forte protéinorachie et à hypoglycorachie, soit par des abcès corticaux.

## 2.3. Atteinte oculaire.

A type d'endophtalmie, elle peut être dramatique et aboutir à l'énucléation

## 2.4. Autres organes.

Plus exceptionnellement, on décrit des localisations sinusiennes, spléniques, médullaires. Les formes disséminées sont rares et le tableau clinique comporte toujours des lésions cutanées ou sous cutanées.

## **Diagnostic:**

### 1. Diagnostic mycologique

Après aseptie antibactérienne soigneuse, le pus des lésions, les squames ou les croûtes sont prélevés par grattage. En cas d'atteinte profonde on réalise le recueil des exsudats, des biopsies d'organes, des aspirations bronchiques ou une ponction de LCR selon la symptomatologie.

L'examen direct : il est souvent négatif, toutefois si laborieux soit-il, cet examen peut être fructueux surtout dans les formes gommeuses, dans la mesure du possible, on prélèvera le matériel pathologique dans une gomme non encore ulcérée et on colorera au PAS, au Giemsa, ou au Gram. Il est préférable de diluer le prélèvement dans une goutte d'eau distillée et une goutte de formaldéhyde à 10%, on met alors en évidence les éléments en forme de cigare, les levures allongées et les corps astéroïdes de *S. schenckii*.

Culture : l'ensemencement du matériel pathologique se fait sur plusieurs milieux, en particulier celui de Sabouraud et de Lactrimel.

Incubé à 22-25°C, le champignon développe en deux à cinq jours des colonies filamenteuses, à 37°C on obtient la phase levure du champignon.

Macroscopiquement les colonies filamenteuses sont rondes ou ovalaires, adhérentes au milieu de culture de couleur blanc crème à brun- noir sans diffusion du pigment.

Microscopiquement on trouve des filaments abondants fins et enchevêtrés ; des spores piriformes attachées à des stérigmates formant une rosette.

Dans les colonies levuriformes, les cellules sont rondes, ovalaires ou fusiformes, en forme de cigare ; elles peuvent donner naissance à un ou plusieurs bourgeons.

### 2.Examen histologique

La biopsie doit porter sur un nodule dermo-épidermique ; le centre de la lésion est nécrotique, riche en polynucléaires ; en bordure les infiltrats sont faits d'histiocytes, de cellules épithéloïdes de macrophages et de cellules géantes.

Le champignon peut être mis en évidence sous forme de cellules levuriques rondes, ovalaires ou en forme de cigare ainsi que de corps astéroïdes.

### Diagnostic immunologique

Ni l'IDR, ni les tests d'agglutination, de précipitation, de fixation du complément ou d'immunofluorescence n'aident réellement au diagnostic ; d'autant qu'en zone d'endémie l'IDR peut être positive chez des sujets n'ayant jamais montré le moindre signe clinique de sporotrichose.

## **Traitement**

L'**Itraconazole** (sporanox\*) est le traitement de choix de la sporotrichose lympho-cutanée à raison de 100 à 200 mg /jour pendant 3 à 6 mois, les doses prescrites lors des formes disséminées sont plus fortes( 200 à 400 mg pendant 6 à 18 mois)

Chez le sujet VIH+ les formes généralisées nécessitent un traitement à l'**Amphotéricine B** par voie parentérale, puis on prend le relais par **Itraconazole** 200mg/ jour à vie