

TRAITEMENT DE LA CHROMOMYCOSE PAR L'ASSOCIATION 5-FLUOROCYTOSINE ET THIABENDAZOLE

A propos d'un cas zaïrois à *Fonsecaea pedrosoi*

par

D. DE CLERCQ¹, M. KAKIESSE², C. DE VROEY³ & P. MAZEBO²

¹Faculté de Médecine, Service de Parasitologie IMT-UNIKIN, B.P. 747, Kinshasa XI, Zaïre

²Service de Dermatologie, Cliniques Universitaires, Kinshasa XI, Zaïre

³Laboratoire de Mycologie, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

Introduction

La chromomycose est une mycose chronique, principalement tropicale, caractérisée par la production de lésions verruqueuses le plus souvent localisées aux membres inférieurs. Elle a été retrouvée dans plusieurs pays d'Afrique (2). Au Zaïre, elle a été décrite pour la première fois en 1951 par Vanbreuseghem *et al.* (6).

Pour le traitement médicamenteux de cette affection, le thiabendazole ou la 5-fluorocytosine sont couramment utilisés. Tout d'abord Bayles en Afrique du Sud (comm. pers.) ensuite Solano-Aguilar *et al.* (5) au Costa-Rica ont pensé à associer ces deux substances. Nous avons eu l'occasion de les employer pour le traitement d'un cas zaïrois de diagnostic récent (1982) mais évoluant depuis plus de 50 ans.

Observation

Le citoyen M. Ng..., âgé de 75 ans, chef coutumier au Bandundu, consulte pour une impotence fonctionnelle du bras. Il présente au niveau de la face antérieure et des bords latéraux du bras et de l'avant-bras gauche un placard violacé, squameux, verruqueux, non douloureux, suintant par endroits, polyclique et ayant une évolution centrifuge occasionnant des rétractions accentuées au centre du placard, avec une certaine extension vers la face postérieure. La mobilisation du coude gauche (extension) est très fortement limitée. Il présente au cou-de-pied droit des lésions identiques quoique peu étendues. Il se plaint également de prurit. La maladie a débuté vers les années 1930 par une petite papule au niveau de l'avant-bras. Le patient présente un état général satisfaisant.

Le diagnostic de chromomycose, évoqué par la clinique, est confirmé par la présence dans les squames-croûtes d'abondants corps fumagoïdes. La culture sur Sabouraud à 25 °C permet l'isolement de l'agent responsable : *Fonsecaea pedrosoi*, espèce la plus fréquemment retrouvée comme agent de chromomycose au Zaïre.

Un premier traitement est instauré : le ketoconazole à raison d'un comprimé (200 mg) par jour, localement l'onguent de Whitfield et un anti-histaminique. Un contrôle pratiqué au 45^e jour du traitement nous montre

un décapage important des lésions croûteuses. L'examen direct révèle toujours de nombreux corps fumagoïdes. La dose de ketoconazole est augmentée à 400 mg par jour pour une période de trois mois. Au contrôle, l'examen direct et la culture des squames restent positifs. Sur le plan clinique aucun changement n'est noté. Un traitement associant la thiabendazole à raison de 1 g par jour et la 5-fluorocytosine à raison de 4 g par jour (4 prises de 2 comprimés espacées de 6 h) est instauré durant 2 mois, accompagné de la prise d'un antihistaminique. Puis, suite au manque de médicaments, nous continuons la même association mais à dose réduite durant 50 jours : 3 g par jour de 5-fluorocytosine et ensuite le thiabendazole seul durant 10 jours. A l'issue de ces 4 mois nous le revoyons pour un contrôle. Il présente une amélioration fonctionnelle très importante : il peut désormais étendre le bras. Néanmoins le prurit est toujours présent et l'examen direct des squames montre des corps fumagoïdes. Il y a guérison complète des lésions du cou-de-pied. Faute de produit, le traitement est interrompu pendant trois mois. Nous le revoyons à ce moment et il présente une légère réactivation des lésions vers la périphérie et des squames toujours positives. Nous reprenons le traitement par le thiabendazole seul à raison de 2 g par jour.

Discussion

Le traitement médicamenteux de la chromomycose est un traitement de longue haleine surtout dans les cas évoluant depuis plusieurs années. Ce traitement se heurte en outre en milieu tropical au problème de la disponibilité et du coût des substances employées.

Disposant de ketoconazole, nous l'avons utilisé en premier lieu quoique son efficacité dans la chromomycose est loin d'être évidente. Le patient n'a présenté aucun effet secondaire pendant les 4 mois et demi du traitement. Le décapage important des lésions squameuses, constaté lors du premier contrôle, est probablement à mettre au compte de l'action de l'onguent de Whitfield (acide salicylique à 1,2 p. cent). Vu le statu quo du deuxième contrôle et disposant à ce moment-là de 5-fluorocytosine et de thiabendazole, nous avons décidé d'employer leur association selon le schéma thérapeutique de Solano-Aguilar *et al.* (5).

A l'issue des 4 mois de traitement par cette association, nous avons pu constater pour la première fois une amélioration spectaculaire : en effet, le patient pouvait à nouveau étendre le bras. D'autre part, il ne présentait aucun effet secondaire. Solano-Aguilar *et al.* (5) ont obtenu sur 13 cas, 11 guérisons, 5 après 5 mois et 6 au bout de 8 mois. La durée de notre traitement n'était que de 2 mois aux doses utilisées par ces auteurs.

La 5-fluorocytosine n'étant plus disponible, nous avons dû interrompre le traitement combiné et ne continuer qu'avec le thiabendazole dont l'efficacité dans cette maladie est connue (1, 3, 4) et qui comme antihelminthique fortement utilisé au Zaïre est aisément disponible.

Conclusion

On peut affirmer que, malgré l'abondance de dérivés imidazolés, le traitement actuel de la chromomycose doit faire appel à l'association 5-fluorocytosine et thiabendazole.

Il est évident que ce choix est dépendant des disponibilités et du coût. On peut espérer que l'apport de cas documentés du point de vue clinique et mycologique — avec identification exacte de l'agent responsable — pourra conduire à des schémas thérapeutiques spécifiques et à doses réduites.

Reçu pour publication le 3 octobre 1984.

REFERENCES

1. Bayles MAH, Durban MBC : Chromomycosis. Treatment with thiabendazole. Arch. Derm., 1971, **104**, 476-485.
2. Brygoo ER, Destombes P : Epidémiologie de la chromoblastomycose humaine. Bull. Inst. Pasteur, 1976, **74**, 219-243.
3. Ollé-Goig J, Domingo J : A case of chromomycosis treated with thiabendazole. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 1983, **77**, 773-774.
4. Solano L : Tratamiento de la cromoblastomycosis con thiabendazole. Med. cutan., 1966, **3**, 277-286.
5. Solano-Aguilar E, Castro-Coto A, Hidalgo-Hidalgo H, Montero-Gei F : Chromoblastomycosis : a new treatment with thiabendazole and 5-fluorocytosine. in Proceedings of the Fifth International Conference on the Mycoses, Caracas, 1980, pp. 350-352 (PAHO Scientific Publication n° 396).
6. Vanbreuseghem R, Vandepitte J, Thys A, Windey W : Premier cas de chromoblastomycose par *Phialophora pedrosi* chez un indigène au Congo belge. Ann. Soc. belge Méd. trop., 1951, **31**, 495-500.