

La fusariose disséminée : À propos d'un cas

O.Sbai1, I.Chikhaoui1, N.Lahmamsi1, M.Charsa1, A.Kelati1, F.Z.Agharbi1, S. CHIHEB 1,2.
1Service de dermatologie, Hôpital Cheikh Khalifa, Casablanca, UM655
2 Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Introduction

Fusarium spp, agents pathogènes émergents, provoquent des infections graves et disséminées, surtout chez les immunodéprimés. C'est la deuxième cause d'infections fongiques chez ces patients.

Nous rapportons le cas d'une infection disséminée à *Fusarium* spp. chez une patiente atteinte de leucémie myéloïde aiguë.

Observation

Mme E.K., âgée de 42 ans et suivie pour LAM depuis 2019, a été admise dans notre établissement pour une rechute de sa maladie et a reçu une séance de chimiothérapie de rattrapage Flag/IDA.

La patiente a présenté des lésions cutanées depuis juin 2024. L'examen dermatologique a révélé des lésions papulo-nodulaires douloureuses de 1 cm, ulcérées et nécrotique au centre, bulleuses par endroits, siégeant au niveau des membres inférieurs et supérieurs, le tronc et le visage (Fig1), sans adénopathie notable. L'examen dermoscopique, réalisé à l'aide du DermLite 4 avec un grossissement de $\times 10$ en mode polarisé de contact, a mis en évidence des squames blanchâtres superficielles sur fond érythémateux, avec une zone gris-bleu due à l'ulcération centrale, des zones rouges et des zones blanchâtres sans structure (Fig2). Les écouvillons prélevés sur les lésions cutanées ont révélé une infection fongique à *Fusarium* spp. L'examen microscopique de la biopsie cutanée a montré des spores intra- et extracellulaires, suggérant une origine mycosique. Le bilan d'extension par tomomodensitométrie (TDM) TAP, a révélé des nodules pulmonaires bilatéraux, des lésions nodulaires au niveau hépatique, splénique et rénal, ainsi qu'une entérococolite. La patiente a été traitée de manière empirique avec une thérapie antifongique combinée, incluant de l'amphotéricine B liposomale (5 mg/kg/jour) et du voriconazole oral (540 mg/jour). Malgré ce traitement, elle a développé un sepsis sévère compliqué de choc septique et d'arrêt cardio-respiratoire, entraînant son décès deux mois plus tard.



Fig. 1. Lésions papulo-nodulaires arrondies, ulcérées, avec des zones bulleuses et des centres nécrotiques par endroit, entouré d'un halo inflammatoire disséminé



Fig. 2 . À la dermoscopie on observe une zone centrale gris-bleu couverte d'écaillés superficielles blanches et de zones rouges

Discussion

La fusariose invasive (FI) humaine est une entité rare pouvant provoquer des infections cutanées primaires ou métastatiques, ainsi que des infections disséminées potentiellement mortelles chez les immunodéprimés surtout ceux atteints de leucémie myéloïde aiguë (LMA) [1], [2]. Une neutropénie prolongée et un dysfonctionnement des lymphocytes T sont des facteurs de risque importants chez ces patients, et le *Fusarium* est reconnu comme la deuxième cause d'infection invasive parmi les populations de LMA et de GCS (greffe de cellules souches), après *Aspergillus* [3],[4]. Les manifestations cliniques les plus courantes de la fusariose sont l'infection pulmonaire due à l'inhalation des conidies fongiques et l'infection cutanée résultant d'une inoculation directe, avec possibilité de dissémination par l'une ou l'autre voie. [5] Les lésions cutanées se caractérisent par des papules ou des nodules érythémato-violacés douloureux, avec ou sans nécrose centrale [6], localisés principalement sur le tronc et les extrémités Leur progression clinique est rapide, évoluant souvent en quelques jours, comme c'est le cas chez notre patiente. La dermoscopie, bien qu'utilisée pour analyser diverses infections cutanées fongiques, n'a jamais été décrite pour la fusariose invasive. Dans le cas de la chromoblastomycose, elle montre des globules jaunes, des points noirs, des croûtes et des zones blanches, motifs similaires à ceux des mycétomes eumycotiques dus à **Madurella**, avec pour seule différence la présence de points noirs, spécifiques à l'eumycétome. L'aspect clinique trompeur de la fusariose invasive (FI) complique souvent le diagnostic, car elle peut mimer d'autres infections fongiques sévères. En effet l'aspergillose invasive (IA), plus fréquente que la FI chez les patients neutropéniques immunodéprimés, se présente de même manière similaire avec fièvre, maladie pulmonaire et lésions cutanées occasionnelles, bien que les hémocultures soient rarement positives dans le cas de l'IA [8]. D'autres moisissures pathogènes telles que la mucormycose doivent être envisagées dans le contexte clinique approprié.

Le pronostic de la fusariose cutanée reste sombre, tant en raison de l'infection elle-même que de l'état prédisposant. Le taux de mortalité global de la fusariose disséminée se situant entre 60 et 80% chez les patients immunodéprimés [7]

La pierre angulaire d'un traitement réussi contre la fusariose repose donc sur la reconstitution immunitaire de l'hôte, en particulier la récupération des neutrophiles. Les mesures de prévention pourraient être essentielles pour réduire ce taux de mortalité élevé.

Conclusion

La fusariose cutanée chez les patients leucémiques est complexe et sévère.

Cliniquement, elle se présente sous la forme d'une papule érythémateuse et d'un nodule évoluant vers des lésions ulcéreuses, avec des zones bulleuses et des centres nécrotiques par endroit. Des mesures complémentaires et préventives peuvent contribuer à réduire la mortalité élevée dans les populations à risque.

References:

1. Ersal T, Al-Hatmi AS, Cilo BD, et al. Fatal disseminated infection with *Fusarium petrophilum*. *Mycopathologia*. 2015;179:119-24.
2. Ricna D, Lengerova M, Palackova M, et al. Disseminated fusariosis by *Fusarium proliferatum* in a patient with aplastic anaemia receiving primary posaconazole prophylaxis - case report and review of the literature. *Mycoses*. 2016;59:48-55.
3. Garnica M, Oliveira da Cunha M, Portugal R, Maiolino A, Colombo A.L., Nucci M., et al. Risk factors for invasive fusariosis in patients with acute myeloid leukaemia and in hematopoietic cell transplant recipients. *Clin Infect Dis*. 2014;60:875
4. Nucci M., Anaissie E. Cutaneous infection by *Fusarium* species in healthy and immunocompromised hosts: implications for diagnosis and management. *Clin Infect Dis*. 2002;35:909-920.
5. Nucci M., Anaissie E. *Fusarium* infections in immunocompromised patients. *Clin Microbiol Rev*. 2007;20(4):695-704.
6. Taxonomy, biology, and clinical aspects of *Fusarium* species. Nelson PE, Dignani MC, Anaissie EJ. <https://journals.asm.org/doi/abs/10.1128/CMR.7.4.479>. *Clin Microbiol Rev*. 1994;7:479-504.
7. Subhadarshani S, Yadav D. Dermoscopy of chromoblastomycosis. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7(4):23-24.
8. Invasive fusariosis in patients with hematologic diseases. Nucci M, Barreiros G, Akiti T, Anaissie E, Nouér SA. *J Fungi (Basel)* 2021;7