

DES “DERMATOMYCOSES BANALES” QUI NE PARDONNENT PAS

C. BRAHAM (1), A.L. FRAITURE (1), P. QUATRESOOZ (2), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (3, 4), G.E. PIÉRARD (5)

RÉSUMÉ : Deux jeunes adultes ont présenté, l'un un intertrigo interdigito-plantaire, l'autre une altération dyschromique d'un ongle. Ils pratiquaient régulièrement la natation en piscine. Les lésions avaient été diagnostiquées erronément comme étant respectivement un pied d'athlète et une onychomycose. Divers traitements antifongiques se sont succédé sans succès. Après de nombreux mois d'errance diagnostique et thérapeutique, l'examen dermatologique a révélé deux mélanomes, l'un acro-lentigineux érodé et l'autre nodulaire sous-unguéal.

“Les petits faits inexplicables contiennent toujours de quoi renverser toutes les explications des grands faits”. Tel quel, Paul Valéry.

L'information transmise par l'industrie pharmaceutique est parfois un miroir déformant, focalisant l'attention sur un aspect partiel de la problématique. Trop souvent, des messages ciblés et répétitifs escamotent une composante médicale importante et risquent d'émousser une démarche diagnostique critique et affinée. Dans le domaine de la dermatologie, il existe ainsi deux paradigmes de cette situation qui sont le pied d'athlète et l'onychomycose. Tout intertrigo interdigito-plantaire serait un pied d'athlète méritant un traitement antifongique. Tout ongle qui s'épaissit et se modifie en couleur serait une onychomycose requérant également la prise d'un antifongique.

Les données statistiques de l'épidémiologie peuvent parfois aussi endormir la vigilance diagnostique. A titre d'exemple, il est reconnu que les adeptes de nombreuses activités sportives ont un risque accru de contracter un pied d'athlète ou une onychomycose (1-8). Ceci est particulièrement vrai chez ceux qui fréquentent des piscines (9-11).

Dans un tel contexte, un sportif nageur qui se plaindrait d'un intertrigo interdigito-plantaire ou d'une anomalie unguéale devrait être traité par un antifongique. Ceci est souvent correct, mais pas toujours !

FATAL “COMMON DERMATOMYCOSES”

SUMMARY : Two young adults presented an interdigital intertrigo and a dyschromic nail alteration, respectively. They were adept of intense sport swimming in pools. Lesions had been misdiagnosed as athlete's foot and onychomycosis, respectively. Several antifungal treatments had been tried without success. After many months of inadequate management, the dermatological examination revealed the presence of two malignant melanomas corresponding to the eroded acrolentiginous and nodular subungueal types, respectively.

KEYWORDS : *Dermatomycosis - Malignant melanoma - Onychomycosis*

CAS CLINIQUES

Deux jeunes adultes ont présenté chacun une affection du pied qui a été attribuée à la fréquentation assidue de piscines publiques.

Le premier patient âgé de 28 ans se plaignait depuis de nombreux mois d'un intertrigo interdigito-plantaire. La lésion avait été diagnostiquée cliniquement comme un pied d'athlète causé et entretenu par la pratique sportive. Les traitements avaient varié au fil du temps suite à leurs échecs répétitifs. Le patient a le souvenir d'avoir appliqué du Mycolog[®], du Daktarin[®] et du Mycospor[®]. Il a également reçu des cures orales de Diflucan[®] et de Sporanox[®]. A deux reprises, un prélèvement microbiologique avait été réalisé. L'un avait révélé la présence à la culture de *Candida albicans*. L'autre avait révélé la présence de *Pseudomonas aeruginosa*.

A l'examen dermatologique, on décelait une vaste érosion bordée d'un épithélium focalement pigmenté (fig. 1). Le diagnostic de mélanome acro-lentigineux fut confirmé à l'examen histologique. L'érosion était un facteur de mauvais pronostic.



Fig. 1. Mélanome acro-lentigineux de l'espace interdigito-plantaire.

(1) Assistant clinique, (3) Chargé de cours adjoint, Chef de Laboratoire, (5) Chargé de Cours, Chef de Service, Université de Liège, Service de Dermatopathologie.

(2) Résident spécialiste, Service d'Anatomo-Pathologie.

(4) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.

Le second patient âgé de 36 ans, également un nageur sportif, présentait de longue date une anomalie de l'ongle du gros orteil. Le diagnostic d'onychomycose incriminé à la fréquentation des piscines avait suscité la prise orale de Sporanox®, puis de Lamisil® pendant plusieurs mois. La coloration de l'ongle s'était progressivement accrue, des suintements hémorragiques étaient apparus et une excroissance tumorale accompagnée d'une onycholyse s'était développée récemment. Ce dernier épisode qui entraînait une gêne pour se chausser a motivé une consultation dermatologique. A l'examen clinique on retrouvait une tumeur exophytique noirâtre et érodée ayant détruit en grande partie l'ongle (fig. 2). Le diagnostic de mélanome sous-unguéal a été confirmé sur la pièce d'amputation de l'orteil. L'épaisseur de la tumeur lui conférait un mauvais pronostic.



Fig.2. Mélanome sous-unguéal

PREMIÈRE CHAUSSE-TRAPE : LE DRAME DE L'ORDINAIRE

Dans une forme de réflexe conditionné, un intertrigo interdigito-plantaire survenant chez un sportif est assimilé à une dermatomycose particulière. Dans l'échelle des probabilités, ceci est très souvent la vérité. Cependant, comme la médecine n'est pas un jeu de hasard, les éventualités plus rares ne peuvent pas être oubliées (12).

Assimiler les altérations de l'ongle à des onychomycoses est une erreur. En effet, une infection fongique n'est retrouvée que dans moins de la moitié des cas suspectés. Les onychodystrophies dominent ainsi le tableau (13, 14). Les tumeurs sous-unguéales ne doivent pas être ignorées.

Dans les deux cas rapportés ici, le diagnostic initial était erroné et mal étayé par un examen complémentaire. L'automédication a ajouté ses effets pervers. L'inefficacité des antifongiques aurait pu attirer l'attention (15). Au contraire, les changements de médications tels qu'ils ont été réalisés ne reposaient pas sur des éléments dignes de la médecine factuelle (13, 14). En fait, il n'existe aucune étude démontrant un quelconque bénéfice à attendre d'une telle démarche. De plus, il s'agit d'un gâchis sur le plan pharmaco-économique (16).

DEUXIÈME CHAUSSE-TRAPE : LA FAUSSE CERTITUDE DU LABORATOIRE

La surface de la peau et des ongles héberge de nombreux microorganismes. Lorsque des lésions non infectieuses sont présentes, cette flore est modifiée sans pour autant être considé-

rée comme pathogène. Le résultat d'une culture bactérienne ou fongique est sans valeur si elle n'est pas étayée par un examen microscopique prouvant l'infection réelle et excluant une simple colonisation ou contamination de surface. Dans le cas des onychomycoses, une culture fongique seule apporte malheureusement beaucoup trop de résultats faussement positifs et d'autres faussement négatifs (13-15). Certains résultats de laboratoire doivent donc être interprétés avec circonspection en ce qui concerne leur pertinence clinique.

TROISIÈME CHAUSSE-TRAPE : UN CANCER CUTANÉ CHEZ L'ADULTE JEUNE

La grande majorité des carcinomes cutanés, du type basocellulaire ou spinocellulaire, surviennent sur les zones photoexposées de sujets âgés (17). L'accumulation des expositions au soleil et aux ultraviolets artificiels au cours de la vie en est la cause communément admise. La situation est différente pour le mélanome cutané dont de nombreuses victimes sont des adultes quadragénaires ou plus jeunes encore (18, 19). La cause la plus fréquente de ce cancer serait des irradiations solaires intempestives et espacées dans le temps plutôt que l'accumulation chronique des irradiations solaires. C'est ainsi que certaines localisations telles que le pied ou le cuir chevelu ne sont pas suspectes d'une irradiation chronique cumulative importante, alors que des coups de soleil sont possibles (20). En ce qui concerne le pied, d'autres facteurs étiologiques, comme les microtraumatismes, sont souvent évoqués.

Sur un plan pratique, il ne faut donc pas être surpris de la survenue d'un mélanome cutané

chez le jeune adulte. Les campagnes de dépistage et de diagnostic précoce s'adressent donc à eux en particulier, et la prévention doit commencer dès l'enfance (21). Le dépistage doit concerner l'ensemble du tégument.

RÉFÉRENCES

1. Bergfeld WF.— Dermatologic problems in athletes. *Prim Care*, 1984, **11**, 151-160.
2. Kantor GR, Bergfeld WF.— Common and uncommon dermatologic diseases related to sports activities. *Exerc Sport Sci Rev*, 1988, **16**, 215-253.
3. Conklin RJ.— Common cutaneous disorders in athletes. *Sports Med*, 1990, **9**, 100-119.
4. Brenner IK, Shek PN, Shephard RJ.— Infection in athletes. *Sports Med*, 1994, **17**, 86-107.
5. Goodman RA, Thacker SB, Solomon SL et al.— Infectious diseases in competitive sports. *JAMA*, 1994, **271**, 62-67.
6. Eiland G, Ridley D.— Dermatological problems in the athlete. *J Orthop Sports Phys Ther*, 1996, **23**, 388-402.
7. Ledoux D, Goffin V, Fumal I, et al.— Infections cutanées contractées à l'occasion d'activités sportives ou de loisirs récréatifs. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 339-342.
8. Caputo R, De Boule K, Del Rosso J, Nowicki R.— Prevalence of superficial fungal infections among sports-active individuals : results from the Achilles survey, a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 2001, **15**, 312-316.
9. Bolanos B.— Dermatophyte feet infection among students enrolled in swimming courses at a university pool. *Bol Assoc Med P R*, 1991, **83**, 11-14.
10. Kamihama T, Kimura T, Hosokawa JI et al.— Tinea pedis outbreak in swimming pools in Japan. *Public Health*, 1997, **111**, 249-253.
11. Gudnadottir G, Hilmarsdottir I, Sigurgeirsson B.— Onychomycosis in Icelandic swimmers. *Acta Derm Venerol*, 1999, **79**, 376-377.
12. Piérard GE, Arrese JE, Hermanns-Lê et al.— L'incertitude du praticien entre les dermatologies rationnelle et factuelle. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 244-246.
13. Arrese JE, Fraiture AL, Piérard-Franchimont C et al.— Les onychomycoses : du diagnostic à la prise en charge thérapeutique et à ses aspects pharmaco-économiques en Belgique. *Skin*, 1998, **1**, 37-42.
14. Arrese JE, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Facing up to the diagnostic uncertainty and management of onychomycoses. *Int J Dermatol*, 1999, **38**, suppl 2, 1-6.
15. Arrese JE, Piérard GE.— Pourquoi faut-il traiter une onychomycose avec patience et persévérance? Comment contourner les échecs thérapeutiques ? *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 438-442.
16. Piérard GE.— Le coût des diagnostics empiriques et intuitifs. Regard critique sur l'épreuve thérapeutique et sur les pratiques non conventionnelles. *Rev Med Liège*, 1998, **53**, 252-254.
17. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Tumeurs cutanées fréquentes en gériatrie. *Rev Med Liège*, 1997, **52**, 289-295.
18. Piérard-Franchimont C, Arrese JE, Cornil F, et al.— Les mélanomes cutanés, un spectre de cancers émergents chez la femme en région wallonne. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 495-499.
19. Piérard-Franchimont C, Uhoda I, Piérard GE.— Cutaneous cancers in the Mosan region and Ardennes of Belgium. *Dermatology*, 1999, **198**, 187-191.
20. Fraiture AL, Henry F, Piérard-Franchimont C et al.— Un mélanome masqué chez un joueur de tennis. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 737-738.
21. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Quand solaire rime avec scolaire. Une enquête sur les risques de mélanome auprès de 3695 élèves d'écoles primaires liégeoises. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 88-92.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. G. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège.