

# Mucormycose cutanée peu après une transplantation rénale

John C. Lam MD, Hannah K. Gray PhD

■ CMAJ 2024 December 9;196:E1396-7. doi : 10.1503/cmaj.240881-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, CMAJ 2024 October 7;196:E1149-50. doi : 10.1503/cmaj.240881

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240881](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240881).



**Figure 1 :** Cliché d'une lésion à l'avant-bras droit chez un homme de 66 ans, (A) 3 jours après une transplantation rénale, montrant une érosion superficielle, un érythème violacé, des ecchymoses et des croûtes mêlées de sang, et (B) 7 jours après la transplantation, montrant l'élargissement de l'ulcère hémorragique avec escarres, ecchymoses et croûtes.

Un homme de 66 ans atteint de néphrosclérose sans antécédents de diabète a subi une transplantation rénale et a reçu un traitement d'induction par globuline antithymocyte (GAT) durant la chirurgie. Le lendemain, il a observé une zone purpurique légèrement sensible, circonscrite et soulevée, et a relaté s'être éraflé l'avant-bras droit sur un couvercle de poubelle de métal, 1 semaine avant la transplantation. L'équipe de transplantation a craint une cellulite et a prescrit de la pipéracilline et du tazobactam, mais la douleur s'est intensifiée et l'état de la lésion a empiré (figure 1).

Comme l'état du patient s'aggravait malgré la prise des antibiotiques prescrits empiriquement, nous avons fait une biopsie de la lésion; le rapport d'histopathologie a révélé des signes d'infection fongique envahissante évoquant les *Mucorales* (annexe 1, accessible en anglais au [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240881/tabc-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240881/tabc-related-content)). Un débridement visant à sauver l'avant-bras droit a mis au jour une nécrose du derme, de l'hypoderme et du muscle squelettique. Un test d'amplification en chaîne par polymérase a confirmé la présence de *Rhizopus microsporus*, un genre appartenant à l'ordre

taxonomique des *Mucorales*. Nous avons prescrit un cycle prolongé d'isavuconazole oral à raison de 372 mg/j et un cycle d'amphotéricine B liposomique de 2 semaines à raison de 5 mg/kg/j. Six semaines après le début du traitement antifongique, la plaie du patient semblait saine et nous avons décidé de maintenir l'isavuconazole.

Le genre *Rhizopus* est un champignon saprophyte présent partout dans l'environnement; il peut causer la mucormycose cutanée à partir d'une lésion. Les facteurs de risque comprennent le diabète mellitus non maîtrisé, un cancer hématologique, une greffe de cellules souches, une neutropénie grave prolongée et un trauma. L'aptitude des *Mucorales* pour l'angio-invasion entraîne une gangrène qui progresse rapidement<sup>1</sup>. Il est crucial de poser rapidement le diagnostic, compte tenu du taux de mortalité qui atteint 10%–25% avec la mucormycose cutanée localisée, et plus de 90% si elle est disséminée<sup>2</sup>. Le diagnostic de la mucormycose cutanée peut être complexe en raison de son tableau clinique non spécifique; les professionnelles et professionnels de la santé ne doivent pas hésiter à demander une biopsie pour culture et examen histopathologique des plaies nécrotiques qui ne guérissent pas, particulièrement chez les patientes et patients immunovulnérables (annexe 2, accessible en anglais au [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240881/tabc-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240881/tabc-related-content)). Chez notre patient, nous avons formulé l'hypothèse qu'une baisse des lymphocytes T causée par l'utilisation de la GAT l'avait exposé à un risque de mucormycose. Le débridement chirurgical est important puisque les antifongiques ne suffisent généralement pas<sup>3</sup>.

## Références

1. Ibrahim AS, Spellberg B, Walsh TJ, et al. Pathogenesis of mucormycosis. *Clin Infect Dis* 2012;54(Suppl 1):S16-22.
2. Skiada A, Rigopoulos D, Larios G, et al. Global epidemiology of cutaneous zygomycosis. *Clin Dermatol* 2012;30:628-32.
3. Cornely OA, Alastruey-Izquierdo A, Arenz D, et al.; Mucormycosis ECMM MSG Global Guideline Writing Group. Global guideline for the diagnosis and management of mucormycosis: an initiative of the European Confederation of Medical Mycology in cooperation with the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Lancet Infect Dis* 2019;19:e405-21.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

**Affiliations :** Division d'infectiologie (Lam), département de médecine et département d'anatomopathologie et de médecine de laboratoire (Gray), University of California Los Angeles, Los Angeles, Calif.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Traduction et révision :** Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

**Correspondance :** John Lam, [johlam@alumni.ucalgary.ca](mailto:johlam@alumni.ucalgary.ca)