

L'érythrasma : étude de 16 cas

Talel Badri, Nedra Sliti, Rym Benmously, Houda Hammami, Salima Ben Jennet, Inçaf Mokhtar, Samy Fenniche.

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

T. Badri, N. Sliti, R. Benmously, H. Hammami, S. Ben Jennet, I. Mokhtar, S. Fenniche.

L'érythrasma : étude de 16 cas

T. Badri, N. Sliti, R. Benmously, H. Hammami, S. Ben Jennet, I. Mokhtar, S. Fenniche.

Erythrasma : study of 16 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°04) : 245-248

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°04) : 245-248

R É S U M É

Prérequis : L'érythrasma est une infection bactérienne chronique due à *Corynebacterium minutissimum* touchant les plis interorteils, inguinaux et axillaires.

Son incidence est sous estimée car elle souvent mal diagnostiquée et prise à tort pour une infection d'origine dermatophytique.

But : A travers une série hospitalière nous rapportons les caractères épidémiologiques et cliniques de l'érythrasma, ainsi que les modalités thérapeutiques entreprises.

Méthodes : Etude rétrospective s'étalant sur 20 ans et ayant inclus les malades étiquetés érythrasma suite à un examen à la lumière de Wood.

Résultats : Nous avons recensé 16 patients, 6 hommes et 10 femmes, d'âge moyen 44,6 ans. La majorité des patients ont consulté en saison chaude. L'examen clinique a montré un placard maculeux à limites nettes, érythémateux dans 6 cas et jaune chamois dans les cas restants. Les lésions étaient localisées au niveau des plis axillaires dans 13 cas, des plis inguinaux dans 2 cas, et au niveau de tous les plis dans un seul cas. L'examen à la lumière de Wood a confirmé le diagnostic dans tous les cas. Un traitement par érythromycine par voie générale ou locale était le plus prescrit. L'évolution était généralement favorable mais des récurrences ont été notées.

Conclusion : L'érythrasma est une infection fréquente, méconnue, souvent confondue avec une mycose (notamment aux espaces interorteils) ; d'autant plus que les antimycosiques sont efficaces dans le traitement de l'érythrasma. Ceci est probablement la cause du faible effectif de notre série.

S U M M A R Y

Background: Erythrasma is a chronic bacterial infection due to *Corynebacterium minutissimum*, affecting the interspaces of the toes, the axillary folds and the groin. Its impact is underestimated as it is often misdiagnosed and wrongly taken as a dermatophytic infection. Aim: Through a hospital series, we report the epidemiologic and clinical features of erythrasma, as well as the therapeutic ways.

Methods: A retrospective study over a 20 year period and including the patients diagnosed as having erythrasma after a Wood's light examination.

Results: There were 16 patients (6 males and 10 females) with an average age of 44.6 years-old. The majority of our patients consulted on hot season. Clinical examination showed macular plaques with clear limits, erythematous in 6 cases and yellowish in the remaining cases. The lesions were located at the axillary folds in 13 cases; the groin in 2 cases and at all folds in one case. Treatment with erythromycin (topical or general administration) was the most prescribed. Outcome was generally favourable, but recurrences have been noticed.

Conclusion: Erythrasma is a frequent misdiagnosed infection and often confused with a mycosis (especially in the interspaces of the toes); knowing that antimycotic agents are efficient in erythrasma. This is probably the reason of the small number of patients in our series.

M o t s - c l é s

Erythrasma, infection, peau.

Key - words

Erythrasma, infection, skin.

أظهر الفحص بإضاءة «وود» تألقاً أحمر مرجانيا مؤكداً التشخيص في جميع الحالات. ارتكز العلاج على الإرتروميسين المجموعي (2غ يوميا) لدى سبعة مرضى. وعلى الإرتروميسين الموضعي لدى أربعة آخرين؛ كما تم الجمع بين الإرتروميسين المجموعي و مضاد فطري في حالتين. كانت متابعة التطور بعد العلاج ممكنة عند سبعة مرضى و سجلت شفاءً لدى ستة منهم بينما لوحظت انتكاسة في حالة واحدة. ارتكز علاج المرضى الستة الذين تم شفاؤهم على الإرتروميسين المجموعي (أربعة مرضى) الإرتروميسين الموضعي (مريض واحد) و مضاد فطري (مريض واحد). بينما كان علاج المريض المنتكس قائما على الإرتروميسين المجموعي.

الناقش

الوَدِيَّةُ الْمُسْتَدَقَّةُ عُصَيَّةٌ مَوْجِبَةٌ «غرام» تنتمي إلى النبيت الجلدي المقيم ويمكن لها أن تُحدث خمجا جلديا سطحيا في بعض الحالات. فيما يخص الودج، تقوم هذه الجرثومة باجتياح الطبقة المتقرّنة وتكاثر تحت تأثير عوامل مساعدة كالرطوبة والحرارة. تكتسح هذه العصيات المناطق البَيَخْلَوِيَّة والخلايا القرنية، عندئذ يحدث تَحْنُّنٌ للطبقة المتقرّنة [2,1]. يتسبب الفرفرين الذي تفرزه هذه الجرثومة الحُناقِيَّة في حصول التَّأَلُّقِ الأحمر المرجاني عند تعريض الآفات لإضاءة «وود» [3]. الوَدِيَّةُ الْمُسْتَدَقَّةُ تتسبب أيضا في جَرَثَمِ شَعْرِ الإِبْطِ والتحلل القرني (التحلقر) المنقط الأخمصي [2,1]. الودج مرض يلاحظ خاصة في المناطق الحارة والرطبة ومعدل وقوعه أكثر ارتفاعا عند السود [1]. العوامل المساعدة لحدوث الودج إما مجموعية أو موضعية، منها السمنة والتقدم في السن و فرط التعرق و نقص حفظ الصحة، فضلا على السكري وكل عوز مناعي [3,4]. بعض الدراسات أثبتت تزامن الودج مع إصابات فطرية لدى 30% من المرضى [1]. سريريا، وكما لاحظنا عند مرضانا، يأخذ الودج شكل لطخات حماموية أو شموية أو برتقالية قليلة التوسّف، ذات حدود بينة، دون حويصلات محيطية و دون شفاء مركزي. يصيب الودج الطبقات

الودج خمج جرثومي مزمن تسببه «الوَدِيَّةُ الْمُسْتَدَقَّةُ» ويصيب الطبقات البَيَاصِبِيَّة والأريية والإبطية. هذا الخمج حميد وهو شائع في المناطق المدارية والشبه الاستوائية. يظل معدل وقوعه في تونس مبخوسا إذ أن الودج غالبا ما لا يتم تشخيصه فيحصل الالتباس مع خمج فطري عوضا عنه. من خلال دراستنا هذه، نستعرض مظاهر الودج الوبائية و السريرية. وكذلك وسائل علاجه.

المناهج

قمنا بدراسة تراجعية على مدى 20 عاما (بين 1988 و 2007) ضمت المرضى المصابين بالودج والذين تم تشخيصهم بعد فحص بإضاءة «وود». حددنا بالنسبة إلى كل مريض العمر والجنس والسوابق المرضية بالإضافة إلى الفصل الذي حدث فيه الإصابة؛ كما وصفنا الآفات الجلدية ومواقعها وكذلك علاجها وتطورها.

النتائج

قمنا بإحصاء 16 مريضا، معدل أعمارهم 44.6 عاما (من 19 إلى 80 عاما) و كانوا ستة ذكور وعشر إناث. أغلب المرضى (14 شخصا) أصيبوا في الشهور الحارة (الربيع والصيف). من بين العوامل المساعدة لحدوث الودج سجلنا السمنة (في حالتين) وأمراض الطبقات كذات الغدد العرقية (في حالة واحدة) وذات الجريبات (في حالة أخرى) فضلا على العلاج القششاني المجموعي (في حالة أخرى). كانت الآفات حكية لدى ثلاثة مرضى. لاحظ الفحص السريري لطخات بُقَعِيَّة قليلة التوسّف، ذات حدود بينة، وكانت حماموية (في ست حالات) أو صفراء شموية (في بقية الحالات). تموضعت هذه الآفات في الطبقات الإبطية لدى 13 مريضا، في الطبقات الأريية لدى مريضين و في جميع الطبقات لدى مريض واحد.

<i>Corynebacterium minutissimum</i>	الوئديّة المستدّقة
Plis	طيات
Hidrosadénite	ذات الغدد العرقية
Folliculite	ذات الجريبات
Corticothérapie systémique	علاج قشريّ مجموعي
Plaque	لطفة
Maculeuse	بقعية
Squame	توسّف
Erythémateuse	حمامويّة
Jaune chamois	صفراء شمويّة
Axillaire	إبطيّة
Inguinal	أربيّة
Fluorescence	تألّق
Rouge corail	أحمر مرجاني
Antifongique	مضاد فطري
Rechute	انتكاسة
Flore cutanée normale	النبيت الجلديّ المقيم
Bacille Gram positif	عُصيّة موجبة «غرام»
Espaces intercellulaires	المناطق البُيخلويّة
Kératinocytes	خلايا قرنيّة
Epaississement	تتخُن
Couche cornée	الطبقة المتقرّنة
Porphyrine	فرقرين
Diphtéroïde	خناقانيّة
Trichobactériose axillaire	تجرثم شعر الإبط
Kératolyse ponctuée plantaire	التحلّل القرنيّ (التحلقر) المنقط
Vésicules	حويصلات
Sous-mammaire	دوئديّة
Interfessier	ألويّة
Interorteils ,interdigtales	بُيّاصبعية
Dermatophytoses	فطارات جلديّة
Diagnositics différentiels	تفريقيّة تشخيص
Candida	مبيضات

الأربية والإبطية والدوئديّة عند المرأة [2,1]: كما أن إصابة الطيات الألويّة والبُيّاصبعية ممكنة لكن قلّما يتمّ تشخيصها [1].

كانت الإصابة الإبطية هي السائدة عند مرضانا وقد يكون ذلك ناجماً عن عدم تشخيصنا لإصابات بياصبعية أكثر شيوعاً لكن مداواتها تمت على أساس أنها فطارات جلدية دون دليل مخبري. أمّا إصابة كل الطيات التي لوحظت عند أحد مرضانا فهي قد تنمّ عن عوز مناعي.

آفات الودج غالباً ما تكون قليلة الحكمة أو دون أعراض كما تجلّى ذلك من خلال مرضانا.

يرتكز التشخيص على حدوث تألق أحمر مرجاني تحت تأثير إضاءة «وود» وكذلك على استبعاد خمج فطري؛ إلّا أنه في حال كان الاختبار الضوئي سلبياً، فإن الفحص المجهرى والزراعة الجرثومية لازمان لتأكيد التشخيص.

التشخيص التفريقيّة فيما يخص الودج هي أساساً الصدفيّة والفطارات (فطر جلدي أو مبيضات) [2,1].

يبقى الإرتروميسين أبرز دواء لعلاج الودج وتكون المضادات الحيوية الموضعية كالإرتروميسين والقلنداميسين وحمض الفوسيديك كافية عادة؛ وكذلك تُستعمل الإيميدازولات [5].

في الحالات المنتشرة يتم غالباً اللجوء إلى الإرتروميسين (1غ يومياً مدة خمسة أيام) أو إلى علاج سريع بتناول غرام واحد من الكلارثروميسين في جرعة وحيدة [3,5]: إذ يبدو أن الكلارثروميسين ذو نجاعة مضاهية للإرتروميسين ولكن مع آثار جانبية أقلّ وهو ما يساعد على امتثال أفضل للعلاج [3].

الخاتمة

الودج مرض شائع ولكن قلّما يتمّ تشخيصه إذ غالباً ما يحصل لبس بينه وبين إصابات فطرية. خاصة على مستوى الطيات البياصبعية بالأرجل. عدد المرضى القليل في دراستنا يترجم على الأرجح هذا اللبس خاصة وأن المضادات الفطرية ناجعة في عديد الأحيان في علاج الودج. المصطلحات

References

- 1- Holdiness MR. Erythrasma and common bacterial skin infections. Am Fam Physician 2003;15;67:254.
- 2- Machet L, Martin L et Vaillant L. Infections bactériennes cutanées superficielles folliculaires et non folliculaires. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Dermatologie, 98-330-A-10.
- 3- Wharton JR, Wilson PL, Kincannon JM. Erythrasma treated with single-dose clarithromycin. Arch Dermatol 1998;134:671-2.
- 4- Mahajan S, Koranne RV, Sharma SK. Cutaneous manifestation of diabetes mellitus. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2003;69:105-8.
- 5- Holdiness MR. Management of cutaneous erythrasma. Drugs 2002;62:1131-41.