

## Dermatophyties sous anti-TNF-alpha : A propos de 2 cas

**Auteurs<sup>1</sup> :** Alin TURCU, MD, Thomas THIBAUT, MD, Abdessamad RAJILLAH, MD, Najib EL HSSAINI, MD, Julien LECLUSE, MD, Suzanne MOURIES-MARTIN, MD, Clément AUVENS, MD, Géraldine MULLER, MD, Jean-François BESANCENOT, MD, PhD, Hervé DEVILLIERS, MD, PhD.

<sup>1</sup>Médecine Interne et Maladies Systémiques, CHU Dijon-Bourgogne, FRANCE

### Introduction

Des infections bactériennes et virales sont à redouter chez les patients sous traitement immunosuppresseur par biothérapie mais nous avons pu observer dans 2 cas des atteintes plus rares de mycoses cutanées à Dermatophytes

Le 1<sup>er</sup> patient a été traité à l'âge de 45 ans par Infliximab en association à de l'Azathioprine 150 mg/jour, à la Colchicine 1 mg/jour et aux corticoïdes à doses dégressives pour une rechute d'une maladie de Behçet avec dissection vertébrale. L'Infliximab a été administré à la dose de 5 mg/kg selon un schéma d'induction à J1, J15 et J45 suivi de perfusions d'entretien toutes les 4 semaines. Six mois avant l'introduction des anti-TNF le patient avait présenté une éruption décrite comme érythémateuse et vésiculeuse jugale droite et du conduit auditif externe droit étiquetée zona et traitée par Aciclovir pendant 3 mois environ. L'éruption a récidivé après la troisième perfusion d'induction d'Infliximab au niveau jugal droit avec une atteinte du conduit auditif externe droit sous forme d'un érythème vésiculeux non croûteux, une extension sur la paupière supérieure droite sous forme de micro-papules érythémateuses, et sur la joue controlatérale gauche avec une plaque érythémateuse discrètement micro vésiculeuse sans douleurs associées. Un traitement par Aciclovir injectable n'a pas permis de contenir une évolution marquée par des rechutes d'éruption après chaque perfusion d'anti-TNF suivies d'une extension de l'éruption sous forme de plaques annulaires au niveau de la main droite et au niveau péri-ombilical. L'aspect cette fois-ci plus évocateur d'une dermatophytie, a été confirmé par les prélèvements cutanés retrouvant la présence de Trichophyton. L'évolution a été favorable avec disparition de l'éruption sous Econazole et Terbinafine et l'arrêt de l'anti-TNF.



Le 2<sup>ème</sup> patient, porteur d'un diabète de type II, a développé à l'âge de 62 ans une uvéite granulomateuse idiopathique unilatérale traitée initialement par corticothérapie avec un relais par Méthotrexate associé à de l'Infliximab à la dose de 3mg/kg toutes les 6 semaines ayant permis le sevrage des corticoïdes. Après 16 mois de traitement le patient a développé une éruption cutanée avec des lésions papulo-pustuleuses de la joue droite, une lésion nodulaire sous mentonnière, une plaque érythémato-squameuse annulaire de 5 cm de l'avant-bras droit avec par endroits des pustules en périphérie. La biopsie de peau retrouve un infiltrat inflammatoire polymorphe, lympho-histiocytaire et riche en polynucléaires neutrophiles et éosinophiles sur toute la hauteur du derme. L'hypoderme est respecté. La coloration spéciale par le PAS met en évidence la présence de filaments mycéliens dans la couche cornée. Un traitement par Terbinafine a été mis en route dans l'hypothèse d'une dermatophytie et les lésions ont régressé. Le patient a présenté par la suite plusieurs épisodes de mycoses cutanées récidivantes au niveau de la face mais aussi au niveau des aisselles et des cuisses.



### Conclusion

Ces deux cas cliniques montrent la survenue de mycoses cutanées de type dermatophytose favorisées par les anti-TNF. Il s'agit d'une complication assez rare et qui réagit bien aux traitements locaux. La confusion avec des lésions zostériennes est possible mais celles-ci présentent un aspect plus typique de bouquet de vésicules avec topographie radicaire alors que les lésions mycotiques sont plus disséminées, sous forme de plaques érythémato-papuleuses sans distribution systématisée et restent indolores.