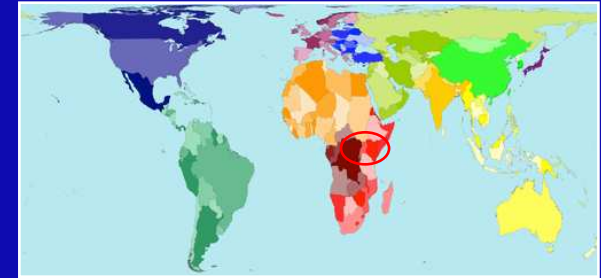


O. Bouchaud, C. Arvieux, CHU Avicenne. Bobigny.
T. Niyongabo, CHU Kamenge. Bujumbura. Burundi.



- Mme S., 56 ans, Burundaise vivant au Burundi
- Consulte en novembre 2006 pour une volumineuse tuméfaction du coude gauche apparue en 8 à 10 jours
- Pas d'altération de l'état général, pas de fièvre
- Odeur forte et désagréable
- Pas de facteur déclenchant retrouvé
- Pas d'antécédent notable

Aspect à J0



Quelles sont vos hypothèses ?

1. mélanome malin surinfecté
2. maladie de Kaposi
3. chromomycose
4. bothryomycose
5. mycétome

1. mélanome malin surinfecté
2. maladie de Kaposi
3. chromomycose
4. bothryomycose
5. mycétome

La bothryomycose est...

- 1. une tumeur inflammatoire cancéreuse**
- 2. une tumeur inflammatoire non cancéreuse**
- 3. un équivalent du mycétome fongique**
- 4. un équivalent du mycétome bactérien**
- 5. une infection le plus souvent due au staphylocoque**

- 1. une tumeur inflammatoire cancéreuse**
- 2. une tumeur inflammatoire non cancéreuse**
- 3. un équivalent du mycétome fongique**
- 4. un équivalent du mycétome bactérien**
- 5. une infection le plus souvent due au staphylocoque**

La bothryomycose est exclusivement une atteinte des tissus cutanés et sous cutanés (pas d'atteinte viscérale profonde)

1. Oui

2. Non

1. Oui

2. Non

Quelques points de rappel

- Infection bactérienne volontiers chronique touchant la peau et les tissus cutanés ainsi que les organes profonds (poumon, os, rein, foie, ganglions, cavités oro-sinusiennes...)
- Aspect pseudo tumoral ulcéro-bourgeonnant + suppuration
- Favorisée par déficit immunitaire : alcoolisme, diabète, VIH...
- Caractérisée au plan histologique par une organisation granulomateuse, chaque granule contenant les bactéries

Quelques points de rappel

- Entité proche (et souvent confondue) avec l'actinomyose et le mycétome fongique ou bactérien
⇒ diagnostic par biopsie +/- culture
- Essentiellement liée au staphylocoque doré mais également: *S. epidermidis*, *P. aeruginosa*, streptocoque, *E. coli*, anaérobies,...
- Porte d'entrée favorisée par traumatisme local
- Pathogénie mal connue : immunité hôte, bactéries à faible virulence, inoculum...
- TTT : antibiothérapie prolongée +/- chirurgie (effet « barrière » des granules)

Evolution chez Mme S.

- Régression totale sous amoxiciline-acide clavulanique (x 2 mois)
- Aucun facteur favorisant retrouvé
- Pas de récurrence



Aspect à M4