



Actinomycétome à grains rouge du cuir chevelu : à propos d'un cas au chu de Brazzaville .

Red grain actinomycetoma of the scalp: a case report at Brazzaville University Hospital.

Aloumba GA^{1,2*}, Mouamba FG^{1,3}, Sekangue OG^{1,4}, Amona M⁵, Ekat M^{1,2}, Doukaga MT^{1,2}, Ossibi IBR^{1,2}, Ndziessi G¹, Ontsira Nen^{1,6}, Lenga LIA^{1,7}, Bayonne Kes^{1,8}, Moukassa D^{1,3}.

Reçu le 21-12-2025

Accepté le 10-01-2026

Publié le 30-01-2026

Mots-clés

Actinomyadura pelletieri, fistules, grains rouges, histologie. .

Résumé

Introduction : L'actinomycétome du cuir chevelu est une affection grave. L'objectif de ce travail était de rapporter un cas d'actinomycose à grains rouge du cuir chevelu au CHU de Brazzaville.

Observation : Il s'est agi une adolescente résidente en milieu rural, travailleuse agricole qui a présenté des abcès chroniques fistulisés au cuir chevelu, sans fièvre ni altération de l'état général. Le diagnostic a été tardif et confirmé par l'histologie par la mise en évidence d'un granulome inflammatoire et une nécrose centrée par des grains rouges. Le pronostic de la maladie est réservé car la patiente a été perdue de vue après instauration du traitement.

Conclusion : L'actinomycétome continue de poser un problème diagnostique, thérapeutique et pronostique dans nos contrées. La localisation au cuir chevelu est rare, fait craindre des complications neurologiques et osseuses et son pronostic reste réservé, conditionné par le suivi régulier et prolongé du malade.

Keywords

Actinomyadura pelletieri, fistulas, red grains, histology.

Abstract

Introduction: Actinomycetoma of the scalp is a serious condition. The objective of this work was to report a case of red grain actinomycosis of the scalp at the University Hospital of Brazzaville.

Observation: This case involved a teenage girl living in a rural area, an agricultural worker who presented with chronic fistulized abscesses on her scalp, without fever or any other symptoms. The diagnosis was delayed and confirmed histologically by the identification of an inflammatory granuloma and necrosis centered on red granules. The prognosis is guarded because the patient was lost to follow-up after treatment was initiated.

Conclusion: Actinomycetoma continues to pose a diagnostic, therapeutic, and prognostic challenge in our region. Scalp involvement is rare, raises concerns about neurological and bone complications, and the prognosis remains guarded, dependent on regular and prolonged patient follow-up.

Introduction

L'actinomycétome à grains rouge, est une infection bactérienne chronique des tissus mous et des os, affectant classiquement le pied (Pied de Madura), mais pouvant atteindre toute autre partie du corps. Il est causé par *Actinomyadura pelletieri* qui est gram positive et aérobic stricte présent sur le sol [1]. Il est associé aux milieux défavorisés à faible couverture sanitaire des régions tropicales et subtropicales. Il est endémique dans les pays de la « ceinture du mycétome » comprenant notamment en Afrique le Sénégal, le Tchad, le Soudan, l'Éthiopie et la Somalie. Elle fait partie des maladies négligées de l'OMS [2]. La contamination se fait par pénétration du pathogène à travers de petites perforations cutanées. L'actinomycétome se manifeste par une masse sous-cutanée indolore fistulisée porteuse de grains rouges contenant le pathogène. Son diagnostic repose sur l'identification des grains et du pathogène sur les lésions par histologie, culture et amplification en chaîne par polymérase (PCR) tandis que sa propagation par contiguïté vers les os et les viscères et organes faisant sa gravité est appréciée l'imagerie [3]. Le traitement curatif consiste en une biantibiothérapie associée à la chirurgie tandis que la prévention repose sur la sensibilisation [4]. Très peu de cas de mycétomes ont été décrit au Congo [5-6], avec essentiellement des localisations aux membres supérieurs et inférieurs chez des sujets adultes. Cet article rapporte un actinomycétome du cuir chevelu chez une adolescente noire, observé au CHU de Brazzaville, au Congo. Pour se faire, un consentement éclairé a été obtenu auprès des tuteurs de la patiente pour la publication de ce cas clinique et des images associées. Cette étude n'a représenté aucun danger pour la patiente et n'a fait objet d'aucun conflit d'intérêt.

Observation

Anamnèse

Il s'est agi d'une adolescente de 17ans, déscolarisée depuis cinq (05) ans, résidente habituellement en milieu rural, dans le Département du Pool, à environ 130 kilomètres à l'Ouest de Brazzaville. Elle a rapporté une notion de microtraumatismes cutanés réguliers, à l'occasion des travaux champêtres. Elle est la sixième d'une fratrie de neuf enfants dont les autres seraient en bonne santé apparente. Elle est issue d'un couple dont le père est âgé de 68 ans conducteur de transport de marchandises diverses et la mère fait de l'agriculture de subsistance. Son activité principale consiste à aider sa mère au quotidien dans cette activité. Elle est référée en consultation externe du service des maladies infectieuses (SMI) du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHUB) pour la prise en charge d'une tuméfaction et éruption chronique sur le cuir chevelu. Le début remonterait à environ trois (03) mois par l'apparition progressive d'abcès du cuir chevelu indolore, froid, sans fièvre ni céphalée. Cela a motivé une consultation dans un centre de santé local. Aucune investigation paraclinique n'a été effectuée. Un traitement a été instauré par voie injectable mais dont la nature (molécules, doses et durée) n'a pas pu être précisée. L'évolution a été marquée par la persistance des lésions et leur fistulisation. Ceci a motivé une référence au CHUB pour une meilleure prise en charge.

Signes cliniques

L'examen du jour avait mis en évidence une patiente apyrétique, non asthénique, une bonne coloration cutanéomuqueuse, une taille de 1,60m pour un poids de 41kg, soit un indice de masse corporelle de 16 kilogrammes par mètre carré, soit une maigreur. Il n'y avait ni ictère ni œdèmes des membres inférieurs. L'examen cutanéophanérien mettait en évidence au niveau du cuir chevelu, une chevelure courte rasant la peau, recouverte d'enduits blanchâtres prurigineux étendus et trois tuméfactions

indolores, froides et fistulisées sur le haut du crâne. Il n'y avait pas d'adénopathie satellite. Les lésions cutanées observées sont illustrées par la **photographies 1**. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Ce tableau a fait évoquer une tuberculose, une histoplasmose et un mycétome.

Signes paracliniques

La recherche des mycobactéries du complexe *tuberculosis* par biologie moléculaire à partir d'un écouvillonnage des lésions et la sérologie rétrovirale étaient négatives. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, la glycémie veineuse à jeun, les radiographies du crâne (face et profil) et la tomodensitométrie cérébrale n'avaient pas été faites par défaut de ressources financières.



Photo 1 : Abscès fistulisés au cuir chevelu chez la patiente (Source ALOUMBA GA)

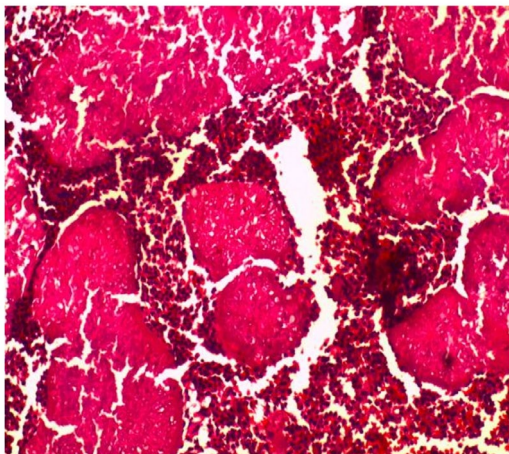


Photo 2 : Plages de grains rouges à bord massués au centre zone de nécrose suppurée (Source Laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologique du CHUB)

Diagnostic et défis diagnostique

L'implication du service social hospitalier a permis la réalisation d'une analyse anatomo-cytologique après une biopsie cutanée. Elle a montré au plan microscopique, sur les coupes histologiques un infiltrat inflammatoire granulomateux, fait d'histiocytes épithélioïdes et des cellules géantes de type Langhans et de type corps étrangers. Ces granulomes entouraient des plages de nécrose suppurée, centrés par des grains rouges, à bords massués et comportent de nombreux filaments, faisant évoquer la présence de *Actinomyadura pelletieri* ; **Photographie 2**. La mise en évidence de la bactérie par la culture n'a pu pas obtenue en raison de limites techniques biomédicales. Ceci a fait permis de retenir le diagnostic hautement probable d'un actinomycétome à grains rouge.

Traitement

Une biantibiothérapie à base de sulfaméthoxazole-triméthoprimine a été instituée pour la prise en charge médicale à raison de 800mg/160mg par jour pour une durée de douze mois. La patiente a bénéficié d'une donation renouvelable de six mois de traitement, par crainte d'arrêt thérapeutique, face aux limites financières de la famille.

Suivi, évolution et pronostic

Des contrôles ont été programmés tous les trois mois. La patiente après réception de son traitement, ne s'est plus présentée aux différents contrôles programmés et a été perdu de vue. L'évolution et le pronostic n'a pu être ainsi appréciés.

Discussion

Notre observation a rapporté l'observation d'un actinomycétome à grains rouge. C'est une maladie tropicale encore peu très décrite dans notre pays, aux aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques peu connus du personnel soignant non

spécialisé, en particulier dans les régions rurales qui sont à risque. Le but était de contribuer au renforcement du dépistage précoce et de la prise en charge de cette affection. Nous avons décrit une localisation inhabituelle, aux complications potentiellement graves. Cependant, la richesse de sa rédaction a été limitée par le caractère incomplet des investigations paracliniques voulues à visée étiologique (culture) et d'extension (radiographie et scanner du crâne), ainsi que par la perte de vue de la patiente ne permettant pas d'apprécier l'évolution et le pronostic. Dans notre observation médicale, il est s'agi d'une adolescente résidente en milieu rural ayant un faible niveau socio-économique et une activité agricole régulière. Ce sont des caractéristiques classiques décrites [7] explicables par le faible niveau socio-économique en milieu rural, favorisant la déscolarisation précoce, la participation aux activités agricoles imposant un contact tellurique et exposant aux écorchures [8]. La consultation sanitaire tardive est habituelle avec les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée [9] en raison de la priorisation des traitement indigènes. Au plan clinique, les lésions observées étaient localisées sur un cuir chevelu, constituées de trois abcès fistulisés, froids, indolores, sur un fond de dermatite chronique. Des localisations extrapodales ont déjà été décrites [10], cependant dans notre cas, la localisation est très inhabituelle pourrait s'expliquer concomitance de deux faits. D'une part, la contamination du cuir chevelu pourrait a été facilité par sa fragilisation par des lésions antérieures préexistantes évocatrices de dermatophytie ou de dermatite. D'autre part, la pratique habituelle du portage sur la tête de différents produits des activités agricoles et champêtres tels les fagots de bois et autres. Cela a très probablement constitué un facteur de risque de contamination, en causant des microtraumatismes cutanés et en facilitant le transport sur la tête de pathogènes telluriques.

Cette localisation a un intérêt pronostic particulier par le risque de diffusion par contiguïté du germe vers le os du crâne et le système nerveux central avec des complications potentiellement invalidantes ou létales. Le type de lésion, la méthode de confirmation du diagnostic sont typiques [11-14]. La culture et la PCR n'étaient pas réalisables. Ceci constitue aussi un frein au dépistage précoce [14]. A cela s'ajoute le bas niveau socio-économique qui a limité les explorations de l'étiologie, l'extension, l'observance du traitement et le suivi, ne permettant pas d'apprécier l'évolution et le pronostic.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Collège des universitaires des maladies infectieuses et tropicales. ePILLY TROP maladies infectieuses tropicales 2022. 3ème édition web. Edition alinéa plus, Paris France 2022. Mis à jour en juin 2022 ; Pages 943-45. C. Disponible sur <https://www.infectiologie.com/fr/pillytrop>.
2. Van de Sande WWJ. Global burden of human mycetoma: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013, 7(11):e2550. doi:10.1371/journal.pntd.0002550.
3. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Mycetome : Principaux faits. Mis à jour le 14 janvier 2022. Consulté le 24 Décembre 2025. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mycetoma>;
4. Organisation mondiale de la santé. Première réunion mondiale de l'OMS sur les MTN à manifestation cutanée : un appel à redoubler d'efforts pour alléger la charge de morbidité. Mis à jour le 31 Mars 2023. Consulté le 24 décembre 2025. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/31-03-2023-who-first-global-meeting-on-skin>

- ntds-calls-for-greater-efforts-to-address-their-burden#:~:text=Dans%20la%20plupart%20des%20communaut%C3%A9s,(y%20compris%20la%20tungose);
5. Bayonne KE. Une présentation inhabituelle de mycétome. Pan Afri Med J. 2019; 34:163. Consulté le 11 janvier 2026. Disponible sur <https://www.proquest.com/openview/eefa-ee9f1d309fb878cee98659600002/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2045576>;
 6. Lenga LIA Soussa R. Localisation inhabituelle d'un mycétome. Ann Dermatol Vénéréol. Décembre 2023 ; 3 (1) : A370. Consulté le 11 janvier 2026. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2667062323009261>;
 7. Diop K, Diatta BA, Diadie S, Ndour N , Ndiaye C, Deh A et al. Un mycétome actinomycosique pseudotumoral de la n mycétome actinomycosique pseudotumoral de la fesse chez l'enfant : une observation esse chez l'enfant : une observation. Our Dermatol Online Supp. 2021;1:1-5;
 8. Dieng MT, Niang SO, Diop B, Ndiaye B. Actinomycétomes au Sénégal. Étude de 90 cas. Bull Soc Pathol Exot. 2005;98(1):14-17 ;
 9. Zerrouky N, Omahsan L, Zizi N,2, Dikhaie S. Cas clinique d'un Mycétome : une observation clinique Marocaine d'évolution favorable. Ann Afr Méd. 2019 ;12 (2) : e3262-65 ;
 10. Diadie S, Ndiaye M, Diop K, Diongue K, Diouf J, Sarr M et al. Les mycétomes extrapodaux au Sénégal : étude épidémiologique, clinique et étiologique de 82 cas diagnostiqués de 2000 à 2020. Méd Trop Santé Intern. 2022 ; DOI : 10.48327/mtsi.v2i1.2022.210 ;
 11. Messoudi A, Fnini S, El Andaloussi Y, Charafeddine A, Marouane S, Ouarab M et al. Le pied de Madura : pathologie rare au Maroc (à propos de 15 cas). Bull. Soc. Pathol. Exot. (2013) 106 :9-12. DOI 10.1007/s13149-012-0269-2 ;
 12. Kallel A, Briki S, Ayadi A, Ben Ayed M, Elleuch W, Karray F. Le mycétome actinomycosique agressif des maxillaires. J. TUN ORL. 2015 ;34 :63-5 ;
 13. Neelakantan S, Babu AAS, Anandarajan R. Dot in circle sign': a characteristic finding in ultrasound and MR imaging of soft tissue mycetomas. BMJ Case Rep 2016. doi:10.1136/bcr-2016-216502 ;
 14. Lawson ATD, Sidibé M, Bentefouet TF, Khalfallah F, Diousse P, Diop SA. Difficultés diagnostiques des mycétomes à l'hôpital régional De Thiès (Sénégal). Rev Mali Infect Microbiol. 2025, 20 (3) : 9-14.