

plus élevé chez les wallisiens : hommes 152,2, femmes 75,8. En France, les taux d'incidence sont de 52,6 pour les hommes et 8,8 pour les femmes ; dans le monde : hommes 35,5, femmes 12,1. Oro-pharynx : l'incidence est plus élevée chez les européens : hommes 23,3, femmes 7,2. Les taux sont plus importants qu'en France (hommes : 14,8, femmes : 2,7) et dans le reste du monde (hommes : 6,3, femmes : 3,2). Prostate : l'incidence vaut deux fois le taux français (59,3) et quatre fois celui du monde (25,3).

DISCUSSION

Le Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie a pour principal objectif la qualité. En 1995, l'ouverture d'un laboratoire privé d'anatomocytopathologie avait entraîné la non transmission d'une partie des données. Depuis 2002, la collaboration des médecins de ce laboratoire a permis au Registre d'améliorer son exhaustivité.

Les données montrent une constante progression des cancers. Cette augmentation peut être attribuée à une meilleure exhaustivité, à l'augmentation et au vieillissement de la population, à la modification du risque et à l'évolution des pratiques médicales. Les cancers sont diagnostiqués à un stade plus précoce : moins de 25 % ont été dépistés à un stade d'envahissement ganglionnaire ou métastatique en 2003, alors que les stades avancés constituaient près de 60 % de l'ensemble des cancers jusqu'en 1997 [4, 5].

Les risques de cancer sont différents selon les groupes ethnoculturels, probablement liés aux modes de vie (alimentation, tabac, habitat, accès aux soins ...) et à des facteurs génétiques. Le groupe européen est plus touché par les cancers de la prostate et les cancers cutanés. Les mélanésiens présentent les taux d'incidence les plus importants de cancers du poumon, de la thyroïde et de l'utérus. Le groupe wallisien se présente de façon intermédiaire avec une forte incidence des cancers digestifs.

Certains cancers sont liés à des facteurs locaux, tel le mésothéliome en Province Nord. Dans les Iles Loyautés, où les habitants possèdent souvent leurs propres plantations (tabac, voire cannabis), les cancers du poumon présentent la plus forte incidence. De même, les cancers de la thyroïde et les cancers de l'estomac sont plus incidents chez les Loyaltiens. La Province Sud, majoritairement habitée par les groupes non mélanésiens, est plus concernée par les cancers cutanés et les cancers du sein.

CONCLUSION

Les particularités ethniques et géographiques de la Nouvelle-Calédonie confèrent à son Registre un intérêt épidémiologique particulier. La mise en évidence des facteurs de risque environnementaux, ou liés au mode de vie, permet de mener des actions de santé publique : une étude épidémiologique sur l'étiologie des cancers de la thyroïde a été réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (analyses en cours).

Une étude de risque du mésothéliome menée en 1994 [3] a mis en évidence le rôle d'une chaux locale (le « Pö ») ; les autorités sanitaires ont lancé un programme de destruction des habitations concernées. En 2004 une étude cas-témoins de l'Institut Pasteur [6] a montré l'insuffisance du Pö à expliquer tous les cas, et la concentration de cette maladie dans certaines régions minières. Un projet de recherche sur ce sujet, mené conjointement par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, l'Institut de recherche pour le développement et le Bureau de recherche géologique et minière, est financé par le ministère de l'Outre-Mer.

RÉFÉRENCES

- [1] Ahmed-Michaux P et Roos W, Images de la population de la Nouvelle-Calédonie, Principaux résultats du recensement 1996, Démographie Société, 1997 ; 55.
- [2] Ferlay J, Bra F, Pisani P and Parkin DM, GLOBOCAN 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC 2003.
- [3] Luce D, Bugel I, Goldberg P, Goldberg M, Salomon C, Billon-Galland MA, Nicolau J, Quénel P, Faverotte J and Brochard P, Environmental Exposure to Tremolite and Respiratory Cancer in New Caledonia : A Case-Control Study, Am. J. Epidemiol., 2000, 151 : 259-65.
- [4] F. Baumann, Rapport 2003 du Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, 2004.
- [5] F. Baumann, Rapport 2004 du Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, 2005.
- [6] F. Baumann et Y. Rougier, Risk factors of Mesothelioma in New Caledonia : the role of environmental exposure to Tremolite, 26^e congrès de l'IARC (International Association of Cancer Registries), Pékin, 2004.

Epidémie de trichophyties cutanées chez les judokas, pôle France d'Orléans, octobre 2004 - avril 2005

Eric Estève¹, Defo Defo¹, Didier Rousseau², Didier Marc Poisson¹

¹ Centre hospitalier régional, Orléans ² Fédération française de judo, jujitsu, kendo et disciplines associées, Paris

INTRODUCTION

L'existence d'épidémies sporadiques de trichophyties cutanées chez les lutteurs (*tinea corporis gladiatorum*) est connue, en particulier depuis 1992. Celles-ci ont été décrites pour la plupart dans des équipes universitaires aux États-Unis [1,2]. En 2004 un article japonais a signalé l'existence de 11 cas au sein d'une équipe universitaire de judo [3]. En octobre 2004, le service de dermatologie du CHR d'Orléans a été saisi par l'encadrement du pôle France Judo d'Orléans pour la gestion d'une épidémie de trichophyties cutanées. Le nombre important d'athlètes atteints, la complexité de la prise en charge et la notion d'une très probable endémie nationale nous font rapporter notre expérience. Il s'agit de la plus grande série mondiale rapportée à ce jour, à notre connaissance, chez des judokas.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le pôle France judo d'Orléans est composé d'un pôle masculin cadet/junior (n=44), d'un pôle féminin cadet/junior (n=33), d'un pôle universitaire masculin (n=15), d'un pôle universitaire féminin (n=21) et d'un pôle technique (n=18).

Il s'agit d'une structure de type sport-étude et les lycéens sont logés en internat pour la plupart.

Les entraînements sont quotidiens sur quatre lieux différents et durent 2 à 3 heures du lundi au vendredi. Le mercredi un entraînement commun réunit l'ensemble des athlètes durant 2 heures. Les athlètes effectuent un à trois stages annuels, cinq à sept tournois annuels et cinq à sept compétitions officielles annuelles.

Deux visites de terrain et deux réunions avec l'encadrement du Pôle France ont permis de protocoliser la prise en charge à Orléans.

Du 6 octobre 2004 au 7 avril 2005 tous les nouveaux cas suspectés ont été examinés, le plus rapidement possible, dans le service de dermatologie du CHR d'Orléans, toujours par le même dermatologue (EE). Des prélèvements mycologiques ont été effectués lors

de chaque épisode cliniquement suspect, sur les lésions les plus typiques cliniquement.

La prise en charge thérapeutique a été codifiée (tableau I) et les lésions ont été cartographiées.

Un épisode de lésion cliniquement active a été défini comme un aspect clinique très évocateur de trichophytie cutanée pour le dermatologue référent (EE), dans un contexte épidémique, après exclusion d'une autre dermatose évolutive.

Une primo-contamination a été définie comme le premier épisode de lésion cliniquement active pour l'année 2004/2005. Une recontamination a été définie comme un épisode de lésion active survenant après une primo-contamination traitée et guérie.

Tableau 1

Trichophyties chez des judokas, protocole thérapeutique, Orléans, octobre 2004-avril 2005

Lésions	Protocole thérapeutique
Lésions cicatricielles ayant été traitées	Surveillance
Lésions actives < 5	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt de judo pendant 7 jours de traitement correct - Terbinafine per os (250 mg/jour pendant 1 mois) - Oxiconazole crème (1 application/jour pendant 1 mois) - Si lésions du cuir chevelu : kétoconazole gel moussant (1 application/jour pendant 15 jours)
Lésions actives ≥ 5	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt de judo pendant 14 jours de traitement correct - Terbinafine per os (250 mg/jour pendant 1 mois) - Oxiconazole crème (1 application/jour pendant 1 mois) - Kétoconazole gel moussant (1 application/jour pour le corps et le cuir chevelu pendant 15 jours)

RÉSULTATS

L'épidémie a donné lieu à 81 consultations chez les compétiteurs. Aucun entraîneur n'a consulté.

Nous avons relevé 68 épisodes de lésions cliniquement actives chez 45 garçons et 4 filles (âge moyen 17,3 ans ; extrêmes : 15,4 -23,9 ans). Il s'agissait de 49 primo-contaminations et de 19 recontaminations. Le nombre d'épisodes de contaminations par pôle a été le suivant : pôle cadet/junior masculin (57 épisodes dont 38 primo-contaminations et 19 recontaminations), pôle cadet junior/féminin (3 épisodes), pôle universitaire masculin (1 épisode), pôle universitaire féminin (1 épisode), pôle technique (6 épisodes).

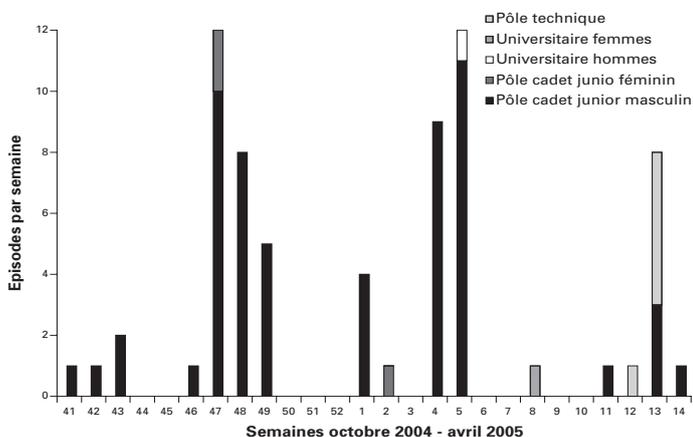
Le nombre moyen de lésions par malade était 1,97 (extrêmes : 1-15) L'évolution chronologique (figure 1) s'est faite schématiquement en 3 phases : semaines 42 à 52/2004 (prise en charge initiale), semaines 2 à 10/ 2005 et 11 à 14 2005 (nouvelles vagues épidémiques après des compétitions).

Les lésions élémentaires étaient des plaques érythémateuses inflammatoires, squameuses ou non, prenant inconstamment un aspect annulaire ou arrondi évocateur. Chez 4 malades différents ont été notés : un impétigo, une atteinte inflammatoire et pustuleuse de la barbe et du cuir chevelu, et deux cas de lésions très inflammatoires et oedémateuses.

La topographie de 142 lésions cartographiées était la suivante : avant-bras (31 cas), face antérieure du tronc (25 cas), cuir chevelu (24 cas), face et cou (23 cas), bras (14 cas), face postérieure du tronc (12 cas), jambes (6 cas), cuisses (3 cas), dos des pieds (2 cas), fesses (2 cas).

Figure 1

Courbe épidémique par pôle, Orléans, octobre 2004 - avril 2005



Des prélèvements mycologiques ont été effectués lors des 68 épisodes cliniquement suspects sur la ou les lésions les plus typiques cliniquement. Dans 48 cas le prélèvement a été positif à l'examen direct puis en culture pour *Trichophyton tonsurans* var *sulfureum*. Dans 20 cas les prélèvements sont restés négatifs, chez des patients déjà traités : 2 automédications non identifiées, 2 traitements par Griseofulvine, 16 traitements topiques antifongiques.

Dans les 13 cas de consultations sans lésion cutanée active de trichophytie, il s'agissait de dermatoses intercurrentes (8 cas) ou de cicatrices inflammatoires de trichophyties cutanées traitées (5 cas). La disparité selon les pôles, en particulier le nombre élevé de cas dans le pôle cadets/juniors masculins a motivé une enquête de terrain : 38/44 judokas (86 %) ont été atteints au moins une fois et la moitié (19/38) ont été recontaminés au moins une fois avant la semaine 14 (figure 1). La particulière mise en évidence, spécifique au pôle cadet/junior masculin, a été l'absence de douche après les entraînements pour deux raisons : vétusté des installations, manque de temps entre la fin des entraînements et les dîners servis à l'internat. Les installations ont été modifiées et la durée des entraînements a été réduite pour permettre une douche systématique après chaque entraînement.

Aucun effet indésirable imputé aux traitements prescrits n'a été observé.

DISCUSSION

Il existe une littérature documentée sur les épidémies de *tinea corporis gladiatorum* chez les lutteurs, pour lesquels une dizaine de courtes séries ont été rapportées depuis les années 1990 [1,2]. A

notre connaissance, seule une série japonaise récente a fait état de cette problématique chez des judokas [3]. La recherche bibliographique par Medline utilisant les mots-clés *tinea gladiatorum*, *Trichophyton tonsurans* AND *sport*, *judo* AND *skin disease* ne nous a pas permis de trouver d'autre série chez des judokas*.

Les aspects cliniques correspondent à ceux rapportés dans la littérature [1-3]. Les lésions sont fréquemment atypiques pour les raisons suivantes : traitements antérieurs, traumatismes cutanés, port de « strapping » pour occulter les lésions, consultation précoce [4]. La topographie de notre série ne concorde pas avec les données connues chez les lutteurs : si de nombreuses lésions ont été trouvées sur l'extrémité céphalique, comme chez les lutteurs, le site le plus fréquemment atteint dans notre série était les avant-bras. Ceci s'explique par l'importance de la saisie du kimono qui permet au judoka ayant bien positionné ses mains d'effectuer plus facilement ses mouvements d'attaque; dans cette phase les avant-bras sont en contact étroit, prolongé, et volontiers traumatique avec la nuque, le cou, voire le haut du thorax et le visage. L'épidémiologie et la clinique montrent donc clairement que le contact d'homme à homme est la source essentielle de transmission [4].

Si les tapis ont pu être incriminés comme facteur de contamination, la topographie des lésions montre que leur rôle est probablement mineur, deux lésions seulement ayant été relevées sur les pieds qui sont constamment dénudés et en contact avec le tapis.

L'atteinte fréquente du cuir chevelu est une donnée nouvelle car rare chez les lutteurs mais mentionnée pour 2/11 cas de la série de judokas de Shiraki [3] ; ce dernier a montré en particulier qu'on pouvait isoler du *T. tonsurans* sur les brosses à cheveux de judokas asymptomatiques.

La présence de *T. tonsurans* pour tous les prélèvements positifs est en accord avec les données de la littérature puisqu'il s'agit de l'agent retrouvé dans l'immense majorité des épidémies antérieurement rapportées chez les lutteurs ainsi que dans l'article de Shiraki [3].

Notre série diffère des données antérieurement publiées en raison de la spécificité du pôle France. A la différence d'un club, il s'agit d'une structure d'entraînement intensif de haut niveau. De multiples éléments y favorisent la contamination : l'intensité et la régularité des entraînements, l'existence d'entraînements communs entre les différents sous-pôles, la fréquence des tournois et des compétitions. La faible morbidité associée augmente la difficulté de la prise en charge car l'existence de lésions de trichophyties cutanées pour un judoka de haut niveau entraîne un risque d'absence à l'entraînement ou en compétition. Certaines compétitions nécessitant des mois d'entraînement, il existe un biais de dépistage évident.

La prise en charge thérapeutique de ce type d'épidémie n'est pas codifiée au vu de la littérature. Les épidémies de *tinea corporis gladiatorum* constituent clairement une circonstance clinique différente de la prise en charge des trichophyties cutanées en pratique ambulatoire courante ou des teignes en milieu scolaire. Les traitements locaux nous paraissent insuffisants en raison de l'existence démontrée de portage asymptomatique du cuir chevelu pour *T. tonsurans* chez les judokas et car les lésions actives dépistées lors de la consultation était fréquemment plus nombreuses que les lésions diagnostiquées par les sportifs. Enfin, nous avons relevé fréquemment au début de l'épidémie des lésions cliniquement actives et positives en culture chez des judokas traités par des topiques. Pour ces raisons nous avons associé traitement local et systémique, avec une éviction sportive systématique [5].

Cette série montre que les trichophyties cutanées sont un problème émergent de santé publique dans le Judo de haut niveau. Des actions de prévention et d'information seront développées dans les pôles France en septembre 2005 à la suite des réunions de travail entre les acteurs impliqués.

* Il existe depuis la soumission de cet article 5 publications japonaises faisant état de cette problématique.

RÉFÉRENCES

- [1] Stiller MJ, Klein WP, Dorman RI, Rosenthal S. Tinea corporis gladiatorum: an epidemic of Trichophyton tonsurans in student wrestlers. J Am Acad Dermatol 1992; 27:632-3.
- [2] Beller M, Gessner BD. An outbreak of tinea corporis gladiatorum on a high school wrestling team. J Am Acad Dermatol 1994; 31:197-201.
- [3] Shiraki Y, Soda N, Hirose N, Hiruma M. Screening examination and management of Dermatophytosis by Trichophyton tonsurans in the judo club of a university. Jpn J Med Mycol 2004; 45:7-12.
- [4] Khol TD, Lisney M. Tinea Gladiatorum. Wrestling's emerging foe. Sports Med 2000; 29:439-47.
- [5] Khol TD, Martin DC, Berger MS. Comparison of topical and oral treatments for Tinea gladiatorum. Clin J Sport Med. 1999; 9:161-6.