

Item 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	3
I Diagnostic clinique.....	5
I.1 Dermatophytoses des plis	5
I.1.1 Épidémiologie.....	5
I.1.2 Diagnostic	5
I.1.2.1 Intertrigo interorteils.....	5
I.1.2.2 Atteinte des grands plis.....	6
I.1.3 Diagnostic différentiel	7
I.1.3.1 Intertrigo interorteils.....	7
I.1.3.2 Atteintes des grands plis	8
I.2 Dermatophytoses de la peau glabre	8
I.2.1 Épidémiologie.....	8
I.2.2 Diagnostic	8
I.2.2.1 Forme typique (anciennement appelée « herpès circiné »)	8
I.2.2.2 Kérion (forme inflammatoire)	9
I.2.2.3 Forme de l'immunodéprimé (Sida, corticothérapie générale à haute dose, greffé d'organe...).....	9
I.2.3 Diagnostic différentiel	9
I.3 Teignes	10
I.3.1 Diagnostic – Formes cliniques	10
I.3.1.1 Teignes du cuir chevelu	10
I.3.1.2 Teigne de la barbe	11
I.3.1.3 Aspects atypiques	11
I.3.2 Diagnostic différentiel	11
I.4 Dermatophytoses unguéales (onyxis dermatophytique).....	11
I.4.1 Ongles des orteils principalement (80 % des cas)	11
I.4.2 Ongles des doigts	12

II	Diagnostic mycologique.....	12
II.1	Examen des lésions en lumière ultraviolette (lampe de Wood).....	12
II.2	Prélèvement de squames (grattage), de cheveux ou d'ongles atteints.....	12
III	Traitement.....	13
III.1	Moyens thérapeutiques.....	13
III.1.1	Antifongiques locaux	13
III.1.2	Antifongiques généraux.....	14
III.1.2.1	Griséofulvine (Griséfuline).....	14
III.1.2.2	Terbinafine (Lamisil).....	14
III.1.2.3	Kétoconazole (Nizoral)	14
III.2	Dermatophytoses des plis et de la peau glabre	15
III.3	Teignes.....	15
III.3.1	Traitement local	15
III.3.2	Traitement systémique	16
III.4	Dermatophytoses unguéales	16
	Points Essentiels	16

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer et traiter une infection à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.

Épidémiologie et pouvoir pathogène

Les dermatophytoses (infections à dermatophytes) sont des motifs fréquents de consultation. Ce sont des mycoses superficielles.

Dermatophytes

- champignons filamenteux appartenant à 3 genres :
 - Epidermophyton,
 - Microsporum,
 - Trichophyton ;
- affinité pour la kératine : couche cornée de l'épiderme, poils, cheveux et ongles ;
- toujours pathogènes (+++) ;
- respectent toujours les muqueuses.

Transmission

Elle se fait par contact avec des poils ou des squames contaminés, et une adhérence des éléments fongiques à la couche cornée.

Le facteur favorisant principal est une altération épidermique quelle que soit sa nature (traumatique...).

L'origine peut être :

- interhumaine : espèces anthropophiles (*Trichophyton rubrum*, *T. interdigitale...*), avec une prédominance de la contamination en milieu sportif (piscine), douches collectives, vestiaire des écoles, favorisée par la macération (plis chez les obèses, séchage insuffisant, chaussure fermée ou de sécurité...) ;
- de l'animal (mammifère) à l'homme : espèces zoophiles (*Microsporum canis...*) ;
- du sol à l'homme : espèces géophiles (= telluriques).

I DIAGNOSTIC CLINIQUE

I.1 DERMATOPHYTOSES DES PLIS

I.1.1 Épidémiologie

Trois dermatophytes à transmission interhumaine sont responsables d'atteinte des plis :

- *Trichophyton rubrum* (70-80 % des cas) ;
- *Trichophyton interdigitale* (15-20 % des cas) ;
- *Epidermophyton floccosum* (5 % des cas).

I.1.2 Diagnostic

I.1.2.1 Intertrigo interorteils

Il concerne l'adulte surtout, et touche préférentiellement les 3e et 4e espaces, sous l'aspect d'une simple desquamation sèche ou suintante, associée ou non à des fissures ou des vésiculo-bulles sur la face interne des orteils et au fond du pli (Figure 1). Le prurit est variable.

Figure 1 : Dermatophytose : intertrigo interdigito-plantaire



Les complications potentielles sont :

- une porte d'entrée bactérienne à l'origine d'érysipèle de jambe ;
- une diffusion à l'ensemble du pied ou d'autres régions du corps ;
- une dermatophytose palmaire : atteinte unilatérale ;

- une contamination main-pied possible en particulier avec *T. rubrum* (« two feet, one hand ») (Figure 2 et Figure 3).

Figure 2 : Dermatophytose à *T. rubrum* de la main



Figure 3 : Dermatophytose à *T. rubrum* de la plante



I.1.2.2 Atteinte des grands plis

Aux plis inguinaux (anciennement appelé « eczéma marginé de Hébra »), l'atteinte réalise un placard érythémato-squameux prurigineux, géographique à contours circinés, qui s'étend sur la face interne de la cuisse (Figure 4).

Figure 4 : Dermatophytose : intertrigo inguinal (noter les bords polycycliques et la guérison centrale)



En faveur du diagnostic de dermatophytose, on retrouve :

- la bordure érythémato-vésiculo-squameuse ;
- l'extension centrifuge ;
- l'atteinte uni- ou bilatérale.

L'aspect est identique en cas d'atteinte des autres grands plis (interfessier, axillaires, abdominaux) qui est moins fréquente.

I.1.3 Diagnostic différentiel

I.1.3.1 Intertrigo interorteils

Il faut éliminer :

- une candidose à *Candida albicans* ;

- un eczéma dysidrosique ;
- un intertrigo à bacille gram- : lésions érosives, parfois verdâtres, résistantes au traitement antifongique.

I.1.3.2 Atteintes des grands plis

Il faut éliminer :

- une candidose : érythème, d'aspect vernissé et suintant, fissuré au fond du pli qui est recouvert d'un enduit blanchâtre ; présence de pustules périphériques ;
- un érythrasma dû à *Corynebacterium minutissimum* : placard brun chamois finement squameux avec fluorescence rose-coraïl en lumière ultraviolette (lampe de Wood) ;
- un psoriasis (inversé) ;
- une dermatite de contact par irritation ;
- un eczéma de contact, vésiculeux et suintant.

I.2 DERMATOPHYTOSES DE LA PEAU GLABRE

I.2.1 Épidémiologie

Elles sont le plus souvent dues à des dermatophytes anthropophiles des pieds ou zoophiles provenant d'un animal parasité : chat, chien (*M. canis*).

La contamination peut se faire par contact direct ou indirect.

I.2.2 Diagnostic

I.2.2.1 Forme typique (anciennement appelée « herpès circiné »)

Les lésions réalisent des placards arrondis ou polycycliques (coalescents). L'atteinte est unique ou multiple :

- avec une bordure très évocatrice érythémato-vésiculo-squameuse ;
- concernant les régions découvertes surtout ;
- avec un prurit parfois intense ;
- d'évolution centrifuge avec guérison centrale (+++) (Figure 5 et Figure 6).

Figure 5 : Dermatophytose de la peau glabre : lésion arrondie à bordure vésiculeuse



Figure 6 : Dermatophytose du genou : noter la bordure croûteuse (vésicules excoriées)



I.2.2.2 Kérion (forme inflammatoire)

Un dermatophyte d'origine animale ou tellurique entraîne une réaction inflammatoire majeure de l'hôte humain. L'aspect des lésions est nodulaire et pustuleux. Le kérion est parfois secondaire à l'application d'une corticothérapie locale erronée.

I.2.2.3 Forme de l'immunodéprimé (Sida, corticothérapie générale à haute dose, greffé d'organe...)

Elle présente une symptomatologie atypique : absence de bordure évolutive et de prurit, profusion des lésions, et rapidité d'extension.

I.2.3 Diagnostic différentiel

Des lésions annulaires ne sont pas synonymes de dermatophytoses, il faut éliminer :

- une dermatite atopique ;

- un eczéma nummulaire ;
- un psoriasis annulaire ;
- un pityriasis rosé de Gibert (maladie éruptive à lésions multiples) ;
- un lupus érythémateux.

I.3 TEIGNES

Le terme teigne désigne les infections dermatophytiques dues à un parasitisme pileaire.

Elles sont rares chez l'adulte (mais l'homme peut développer une teigne de la barbe).

I.3.1 Diagnostic - Formes cliniques

I.3.1.1 Teignes du cuir chevelu

Elles touchent l'enfant avant la puberté.

Teignes tondantes microsporiques

Les teignes tondantes microsporiques donnent des plaques alopeciques arrondies de quelques centimètres de diamètre, uniques ou multiples, d'extension centrifuge. Sur un fond de squames, les cheveux sont cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau.

Teignes tondantes trichophytiques

Les teignes tondantes trichophytiques se traduisent par la présence de petites lésions éparses, squamo-croûteuses parfois pustuleuses engluant des cheveux cassés très court.

Favus (teigne favique)

La teigne favique est exceptionnelle en France (immigration). Elle réalise des plaques alopeciques inflammatoires et cicatricielles par de petites dépressions cupuliformes remplies de croûtes (« godets faviques »).

Kérion (teigne inflammatoire)

La teigne inflammatoire ou kérion traduit une réaction immunitaire excessive au dermatophyte. Elle réalise des placards inflammatoires ponctués d'orifices pileaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule du pus.

Il y a souvent de petites adénopathies satellites inflammatoires mais pas de fièvre.

I.3.1.2 Teigne de la barbe

La teigne de la barbe se présente comme une folliculite aiguë suppurée :

- avec plages papuleuses inflammatoires, pustuleuses, parfois verruqueuses ;
- difficiles à distinguer cliniquement d'une folliculite bactérienne ;
- seul le prélèvement mycologique en fera la preuve.

I.3.1.3 Aspects atypiques

Le diagnostic de teigne du cuir chevelu est difficile dans certains cas :

- pityriasis (état pelliculaire) diffus ;
- teignes modifiées par l'application de topiques ;
- teignes des immunodéprimés, en particulier infection VIH, pouvant simuler une dermatite séborrhéique ou un psoriasis.

I.3.2 Diagnostic différentiel

- Psoriasis du cuir chevelu.
- Dermatite séborrhéique.
- Fausse teigne amiantacée.
- Lupus érythémateux chronique du cuir chevelu.
- Autres causes d'alopecies circonscrites.

I.4 DERMATOPHYTOSES UNGUEALES (ONYXIS DERMATOPHYTIQUE)

I.4.1 Ongles des orteils principalement (80 % des cas)

Les dermatophytes responsables sont avant tout *T. rubrum* (80 %) et *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* (20 %).

L'atteinte unguéale est presque toujours associée à celle des espaces interdigitaux ou des plantes.

Elle débute généralement dans la partie distale et latérale de la tablette unguéale (leuconychie). Il en résulte une hyperkératose sous-unguéale, puis une onycholyse par décollement distal de la tablette unguéale.

Les principaux diagnostics différentiels sont l'onychopathie post-traumatique et surtout le psoriasis (+++).

I.4.2 Ongles des doigts

Les agents sont plus variés mais *T. rubrum* reste prédominant.

II DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE

Il est indispensable (sauf pour les intertrigos interorteils) en raison de la faible valeur prédictive positive de l'examen clinique (polymorphisme lésionnel).

Il doit être fait avant toute prescription d'antifongique local ou systémique, après une fenêtre thérapeutique de 2 semaines au moins.

II.1 EXAMEN DES LESIONS EN LUMIERE ULTRAVIOLETTE (LAMPE DE WOOD)

La fluorescence est variable selon l'agent pathogène :

- dermatophytose microsporique : fluorescence « jaune-verte » des poils ;
- atteinte trichophytique : absence de fluorescence.

L'examen précise l'extension des lésions.

II.2 PRELEVEMENT DE SQUAMES (GRATTAGE), DE CHEVEUX OU D'ONGLES ATTEINTS

Ce prélèvement permet l'examen mycologique direct. Il confirme immédiatement l'existence d'un parasitisme en identifiant les filaments septés du dermatophyte, mais ne précise pas sa nature.

La culture sur milieu de Sabouraud (long délai : 3 à 4 semaines) précise le genre du champignon (ex : *Trichophyton*) et l'espèce responsable (ex : *T. rubrum*).

III TRAITEMENT

III.1 MOYENS THERAPEUTIQUES

III.1.1 Antifongiques locaux

Tableau 1 : Antifongiques locaux

DCI	Nom commercial	Galénique	Posologie
Produits actifs sur candidoses, dermatophytes, et pityriasis versicolor			
Imidazolés			
Bifonazole	<i>Amycor</i>	Cr, pou, sol	1/j
Éconazole	<i>Dermazol Pévaryl</i>	Cr, ému, pou, sol Cr, ému, pou, sol	2/j
Fenticonazole	<i>Lomexin</i>	Cr	1 à 2/j
Isoconazole	<i>Fazol</i>	Cr, ému	2/j
Kétoconazole	<i>Kétoderme</i>	Cr, unidose	1 à 2/j
Miconazole	<i>Daktarin</i>	Gel, pou, sol	2/j
Omoconazole	<i>Fongamil</i>	Cr, pou, sol	1/j
Oxiconazole	<i>Fonx</i>	Cr, pou, sol	1/j
Sertaconazole	<i>Monazol</i>	Cr	1/j
Sulconazole	<i>Myk</i>	Cr, pou, sol	1 à 2/j
Tioconazole	<i>Trosyd</i>	Cr	2/j
Pyridone			
Ciclopiroxolamine	<i>Mycoster</i>	Cr, pou, sol	2/j
Allylamine (dermatophytes ++)			
Terbinafine	<i>Lamisil</i>	Cr, gel, sol	1/j
Produits actifs sur candidoses cutanées			
Polyènes			
Amphotéricine B	<i>Fungizone</i>	Lotion	2 à 4/j
Produits pour onychomycose			
Imidazolés			
Bifonazole	<i>Amycor onychoset</i>	Cr	1/j
Morpholine			
Amorolfine	<i>Locéryl</i>	Sol filmogène	1 à 2/sem
Pyridone			
Ciclopirox	<i>Mycoster</i>	Sol filmogène	1/j
Produits pour candidoses vaginales			
Imidazolés			
Éconazole	<i>Gyno-Pevaryl Myleugyn</i>	Ovules	1/j 3 j 1
Fenticonazole	<i>Lomexin Terlomexin</i>	Capsules	1 1/j 3 j
Isoconazole	<i>Fazol</i>	Ovules	1/j 3 j
Miconazole	<i>Gyno-Daktarin</i>	Capsules	2/j 7 j ou 1/j 14 j
Omoconazole	<i>Fongarex</i>	Ovules	1
Sertaconazole	<i>Monazole</i>	Ovules	1
Tioconazole	<i>Gyno-Trosyd</i>	Ovules	1

Les indications cutanées et muqueuses varient d'un produit à l'autre : se rapporter au *Dictionnaire Vidal*. (cr : crème, emu : émulsion, gel : gel, pou : poudre, sol : solution) (à titre informatif).

Les classes pharmacologiques à prescrire sont :

- les imidazolés : nombreuses spécialités ;
- la ciclopiroxolamine (*Mycoster*) ;

- la terbinafine (*Lamisil*).

La forme galénique est adaptée à l'aspect clinique :

- gel, lotion, solution, émulsion, poudre en cas de lésions macérées ou suintantes ;
- crème en cas de lésions sèches.

La fréquence d'utilisation varie selon la spécialité (1 à 2 applications/j), pendant 1 à 8 semaines selon l'antifongique choisi.

III.1.2 Antifongiques généraux

La durée de prescription varie de 2 semaines à plusieurs mois selon les sites atteints.

Aucun antifongique *per os* n'est autorisé chez la femme enceinte.

III.1.2.1 Griséofulvine (Griséfuline)

La griséofulvine est peu onéreuse et fongistatique sur les dermatophytes.

La dose quotidienne de 1 g chez l'adulte et 10-20 mg/kg/j chez l'enfant. C'est le seul antifongique *per os* ayant une AMM et une présentation adaptée chez l'enfant.

Elle peut être photosensibilisante.

Elle présente de nombreuses interactions médicamenteuses.

III.1.2.2 Terbinafine (Lamisil)

La terbinafine est actuellement le plus efficace (fongicide) sur les dermatophytes (à la dose de 250 mg/j).

Ses principaux effets secondaires sont : troubles digestifs, modification du goût (les toxidermies graves, hépatites, cytopénies sévères sont exceptionnelles).

Aucune surveillance biologique n'est exigée.

Elle présente peu d'interactions médicamenteuses.

Il n'y a pas de forme galénique pour l'enfant.

III.1.2.3 Kétoconazole (Nizoral)

La dose quotidienne est de 200 à 400 mg/j.

Il présente de nombreux effets secondaires dont l'hépatite médicamenteuse.

Une surveillance biologique toutes les 2 semaines pendant les 6 premières semaines de traitement est nécessaire.

Il est moins régulièrement actif sur les dermatophytes que sur les levures du genre *Candida*.
Son utilisation est à limiter.

III.2 DERMATOPHYTOSES DES PLIS ET DE LA PEAU GLABRE

Le choix des antifongiques tient compte :

- de la localisation et de l'étendue des lésions ;
- d'une atteinte phanérienne associée (poils, ongles) ;
- du risque d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses d'un traitement oral ;
- du coût des traitements.

Le traitement peut être local ou général.

S'il s'agit d'une atteinte isolée des plis ou de lésions de la peau glabre limitées en nombre et en étendue, le traitement est local, pendant 2 à 3 semaines.

S'il s'agit d'une atteinte palmo-plantaire/d'atteintes multiples de peau glabre/d'association à un parasitisme unguéal ou pilaire, le traitement est systémique.

III.3 TEIGNES

Les modalités du traitement et de la prise en charge sont les suivantes :

- le traitement doit être au moins de 6 semaines ; jusqu'à la guérison complète clinique et mycologique ;
- il est local et systémique ;
- toute la famille doit être examinée en cas d'agent anthropophile ;
- si l'agent retrouvé est zoophile, l'animal doit être traité ;
- la législation impose une éviction scolaire « sauf en cas de présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté », avec contrôle et le traitement des sujets en contact.

III.3.1 Traitement local

Il comporte :

- les imidazolés ou ciclopiroxolamine dans une forme galénique adaptée au cuir chevelu (solution, crème, shampooing) ;
- la désinfection des bonnets, capuches, brosses avec un antifongique en poudre ;

- la coupe les cheveux infectés du pourtour des plaques.

III.3.2 Traitement systémique

En première intention : griséofulvine.

En seconde intention : kétoconazole ou terbinafine (sauf chez l'enfant).

III.4 DERMATOPHYTOSES UNGUEALES

Le traitement ne peut être fait qu'après identification mycologique du dermatophyte responsable. Sa durée doit être très prolongée. La guérison ne s'observe qu'après repousse de l'ongle (4 à 6 mois pour la main, 9 à 12 mois pour le gros orteil).

Les antifongiques locaux (solution « filmogène » ou crème sous occlusion) ne suffiront qu'en cas d'atteinte modérée et distale.

POINTS ESSENTIELS

- Une dermatophytose est une infection cutané-phanérienne superficielle, fréquente, due à des dermatophytes, champignons filamenteux kératinophiles, toujours pathogènes.
- Humidité, traumatismes locaux, occlusion des plis sont des facteurs favorisants.
- Les lésions cliniques sont squameuses, hyperkératosiques, vésiculo-bulleuses aux pieds et aux mains, arrondies ou sous forme de placards circinés limités par une bordure érythémato-vésiculo-squameuse d'évolution centrifuge au niveau de la peau glabre et alopéciques au cuir chevelu.
- L'examen mycologique est indispensable dans les atteintes phanériennes (ongles, cuir chevelu).