

Dermatophytoses ou Dermatophyties (Evaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE

Scénario :

Mlle P... Françoise, 29 ans, vous consulte pour une lésion bilatérale des plis inguinaux prédominant à gauche . Cette lésion a débuté il y a 6 semaines environ par une rougeur à la face interne de la cuisse, puis elle s'est agrandie selon un mode centrifuge en formant un placard limité par une bordure érythémato-squameuse. La lésion est prurigineuse. Le reste de l'examen clinique du revêtement cutané est normal. L'interrogatoire vous précise que Mlle P... pratique de nombreux sports (cyclisme, gymnastique...). Elle n'a pas antécédents médicaux particuliers.

QUESTION 1/5 :

A quoi pensez-vous ?

Réponse attendue :

L'aspect des lésions, son évolution, le contexte épidémiologique (pratique sportive) fait évoquer une mycose à Dermatophytes : Intertrigo inguinal à Dermatophytes (anciennement appelé : Eczéma marginé de Hebra). Cette atteinte inguino-crurale est habituelle chez les sujets sportifs.

QUESTION 2/5 :

Comment confirmez-vous ce diagnostic ?

Réponse attendue :

Un prélèvement mycologique doit être réalisé avant toute mise en route d'un traitement spécifique.

QUESTION 3/5 :

Quelle est l'espèce la plus fréquemment en cause et comment la contracte-t-on ?

Réponse attendue :

Trichophyton rubrum.

Trichophyton rubrum est le dermatophyte anthropophile le plus répandu. Il parasite volontiers les plis des pieds, mais aussi inguino-cruraux et axillaires. Il peut aussi envahir l'ongle, mais n'attaque pas les poils et les cheveux. La contamination peut être directe par contact avec les porteurs de lésions, mais le plus souvent elle est indirecte par les squames virulentes issues du sol (moquettes, salles de sport, piscines), mais aussi des chaussures, chaussettes ou linges contaminés.

D'autres espèces de dermatophytes peuvent être aussi incriminées *Trichophyton mentagrophytes* et *Epidermophyton floccosum*.

QUESTION 4/5 :

Quel diagnostic différentiel ?

Réponse attendue :

- Intertrigo inguinal à levure principalement à *Candida albicans*. Les lésions prédominent au niveau des plis, la bordure périphérique est moins visible qu'avec les dermatophytes.
- Intertrigo inguinal d'origine bactérienne appelé érythrasma dû à des corynébactéries.
- Le psoriasis peut aussi entraîner des intertrigos des grands plis d'où l'intérêt d'un prélèvement mycologique qui permet d'éviter des traitements longs et inadaptés.

QUESTION 5/5 :

Quel traitement instituer ?

Réponse attendue :

En cas d'intertrigo isolé, un traitement local est suffisant. Beaucoup d'antifongiques topiques sont disponibles. La classe des azolés est la plus utilisée (Isoconazole, Ketoconazole, Bifonazole, Sulconazole) mais on peut aussi choisir parmi le ciclopiroxolamine ou la terbinafine. La forme galénique utilisée est importante, sur un intertrigo suintant il est préférable d'appliquer un gel ou une lotion plutôt qu'une crème qui aura tendance à provoquer une macération. L'application est quotidienne après une douche ou bain. Il faut compter entre 3 et 5 semaines pour obtenir une guérison complète. Une interruption prématurée du traitement est source de récurrence. En parallèle il faut lutter contre les facteurs favorisants (sudation,...).