

Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques

Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères

M. FEUILHADE (Paris, St Louis), J. BAZEX (Toulouse), A. CLAUDY (Lyon),
J.-C. ROUJEAU (Créteil)

Objectifs

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

Les dermatophytoses sont des motifs fréquents de consultation. Ces infections sont dues à des champignons filamenteux, à mycelium cloisonné, les dermatophytes. Ils appartiennent à 3 genres, *Epidermophyton*, *Microsporum* et *Trichophyton*. Ces champignons sont kératinophiles, c'est-à-dire qu'ils attaquent avec prédilection la kératine de la couche cornée de la peau, des poils, des cheveux et des ongles chez l'être humain, de la peau, des poils et des griffes chez l'animal. Ils sont donc responsables d'infections cutanées superficielles de la peau et des phanères mais ils respectent toujours les muqueuses. Absents de la flore commensale permanente ou transitoire de la peau, les dermatophytes sont toujours pathogènes.

Le parasitisme débute par l'adhérence aux cornéocytes d'une arthrospore qui germe. Grâce à la production d'enzymes protéolytiques, les filaments produits pénètrent puis se multiplient dans la couche cornée. Toute altération de cette barrière naturelle par l'humidité ou des traumatismes favorise le développement d'une dermatophytose. Antigènes, facteurs chimiotactiques, et cytokines libérés par le dermatophyte et les kératinocytes induisent une réponse inflammatoire et une réponse immunitaire cellulaire spécifique. La symptomatologie clinique exprime cette réaction immunologique de l'hôte face à ce parasitisme. Elle dépend donc du terrain immunitaire de l'hôte mais aussi de l'espèce du champignon : moins il est adapté à l'homme, plus la réaction inflammatoire est importante.

Les dermatophytes ont en général une répartition géographique ubiquitaire. Quelques espèces sont présentes seulement dans certaines régions du globe mais leur importation peut être responsable de cas autochtones.

Le mode de contamination dépend du réservoir habituel : la transmission est interhumaine pour les espèces anthrophiles (*Trichophyton rubrum*, *T. interdigitale*...), elle se fait de l'animal infecté à l'homme pour les espèces zoophiles (*Microsporum canis*...) et du sol à l'homme pour les espèces géophiles (= telluriques).

DERMATOPHYTOSES DES PLIS (ET DE LA PEAU GLABRE DE VOISINAGE)

Tous les plis peuvent être atteints mais avec une fréquence très différente selon leur localisation. Les plis interorteils sont de loin les plus souvent touchés suivis des plis inguinaux et interfessier. L'atteinte des autres petits plis (espace interdigitaux des mains) ou grands plis (abdominaux, sous mammaires et axillaires) est beaucoup plus rare.

L'humidité entretenue par l'occlusion et la chaleur des plis est un facteur commun à cette localisation.

Clinique

INTERTRIGO INTERORTEIL

L'intertrigo interorteil prend des aspects variés. Les 3^e et 4^e espaces sont préférentiellement atteints car physiologiquement les plus fermés. Les lésions se présentent sous l'aspect d'une simple desquamation sèche ou suintante, associée ou non à des fissures, des vésicules voire de petites bulles sur la face interne des orteils et au fond du pli. Le prurit est variable.

Cet intertrigo interorteil est une source potentielle de complications :

- porte d'entrée bactérienne par altération de la barrière cutanée qui peut être à l'origine d'érysipèle de jambe et de colonisation des espaces interorteils par des bactéries résidentes.

- source primaire d'extension de la dermatophytose à l'ensemble du pied (anciennement appelé « pied d'athlète »), voire à d'autres régions du corps. Sur le dessus du pied apparaît une lésion arciforme, d'extension centrifuge, prurigineuse, à cheval sur les espaces atteints. Sur la plante, le bord du pied et des talons se développent une desquamation ou une hyperkératose d'épaisseur variable (*T. rubrum*), parfois des lésions vésiculo-bulleuses (*T. interdigitale*). L'atteinte unilatérale est en faveur du diagnostic de dermatophytose.

Une contamination main-pied est possible en particulier avec *T. rubrum*. (« two feet, one hand »). Dans ce cas, l'atteinte palmaire est unilatérale, siège d'une desquamation ou d'une hyperkératose d'aspect farineux dans les plis de flexion.

ATTEINTE DES GRANDS PLIS

Aux plis inguinaux l'atteinte débute dans la zone inguinoscrotales par une petite lésion arrondie, érythémateuse et squameuse très prurigineuse qui s'étend sur la face interne de la cuisse pour réaliser un placard géographique à contours circinés. La présence d'une bordure érythémato-vésiculoso-squameuse d'évolution centrifuge alors que le centre de la lésion est en voie de guérison est très évocatrice d'une dermatophytose. L'atteinte est uni ou bilatérale. Cette bordure évocatrice est toujours présente dans les autres atteintes des grands plis (interfessier, axillaires, abdominaux). Elle limite également les placards circinés de la peau glabre environnante (fesses, pubis, cuisses, flancs) dus à l'extension de la mycose par contiguïté à partir du pli.

L'atteinte dermatophytique des grands plis est rarement primaire et représente presque toujours la localisation secondaire par manu-portage d'une dermatophytose des pieds dont l'examen s'impose à la recherche du foyer primitif.

Épidémiologie

La contamination résulte sans doute d'une marche pieds nus sur un sol contaminé par les squames parasitées provenant d'un autre pied. Ainsi, les lieux collectifs chauds et humides favorisent la transmission.

Trois dermatophytes à transmission interhumaine sont responsables d'atteinte des plis : *Trichophyton rubrum* (70-80 p. 100 des cas), *Trichophyton interdigitale* (15-20 p. 100 des cas) et *Epidermophyton floccosum* (5 p. 100 des cas). Pour le premier la transmission semble plutôt familiale (salle de bain), elle est collective pour les deux derniers (piscines, douches collectives, salles de sports, casernes...).

Diagnostic différentiel

LÉSIONS INTERORTEILS

Il faudra éliminer :

- une candidose, qui atteint rarement les espaces interorteils mais plus volontiers d'autres plis comme les espaces interdigitaux, le pli interfessier ou les commissures labiales. La lésion est rouge vernissée, fissurée, macérée et suintante, souvent recouverte d'un enduit blanchâtre. *Candida albicans* est l'agent responsable.

- une dysidrose (due à un eczéma de contact, ou d'autre cause) peut provoquer des lésions vésiculeuses interorteils et d'autres zones du pied.

- un aspect couenneux blanchâtre, macéré souvent prédominant dans le dernier espace évoque plus une infection par moisissures (notion de séjour prolongé en pays tropical, résistance aux antifongiques) ou une infection bactérienne (corynébactéries).

- un intertrigo à bacille gram négatif : lésions érosives, suintantes et malodorantes, parfois verdâtres dues le plus souvent à un bacille pyocyanique.

LÉSIONS DES PAUMES ET PLANTES

Ces lésions sont à distinguer d'un eczéma de contact aigu si les lésions sont vésiculeuses, d'un psoriasis ou d'un eczéma chronique si les lésions sont squameuses ou hyperkératosiques.

LÉSIONS DES GRANDS PLIS

Seront surtout évoqués :

- une candidose dont la lésion débute au fond du pli et s'étend de part et d'autre sur les surfaces cutanées adjacentes. La peau est érythémateuse, d'aspect vernissé et suintant, fissurée au fond du pli qui est recouvert d'un enduit blanchâtre. Les contours irréguliers des lésions, limitées par une bordure « en collerette desquamative » et la présence de petites papulo-pustules satellites disséminées sur la peau saine environnante sont très évocateurs. L'évolution est sub-aigue et le patient se plaint plus de brûlure que de prurit. Les plis atteints sont les plis inguinaux, sous mammaires ou abdominaux, axillaires et interfessier.

- un érythrasma dû à *Corynebacterium minutissimum* dont la clinique se limite à un placard brun chamois à bords curvilignes finement squameux, non prurigineux mais récidivant. L'examen avec une lumière ultraviolette (lampe de Wood) montre une fluorescence rose-coral.

- un psoriasis des plis réalisant un placard érythémateux, plus ou moins suintant, parfois croûteux, souvent fissuré et macéré au fond du pli. La lésion s'étend de part et d'autre du pli « en feuillet de livre », avec une limite nette mais sans bordure spécifique. Il n'y a pas de guérison centrale. Le prurit est variable.

Plus rarement, seront évoqués :

- une dermite caustique ou de frottement provoquant un érythème plus ou moins suintant, sans limite nette, respectant en général le fond du pli. Le patient se plaint de brûlure.

- un eczéma de contact donnant un placard érythémateux plus ou moins vésiculeux, suintant et croûteux à limites émiétées.

- une maladie de Hailey-Hailey s'il y a des rhagades dans le pli.

AUTRES DERMATOPHYTOSES DE LA PEAU GLABRE

Clinique

Elles réalisent des lésions arrondies (anciennement appelées « herpès circiné »), ou des placards à contour géographique. L'atteinte est unique ou multiloculaire. Quelque soit la localisation, tronc, membres ou visage, les lésions dermatophytiques de la peau glabre ont en commun le prurit souvent féroce et la présence d'une bordure très évocatrice, érythémato-vésiculoso-squameuse d'évolution centrifuge alors que le centre est en voie de guérison.

Lorsque le dermatophyte responsable est d'origine animale ou tellurique, les lésions peuvent prendre un aspect très inflammatoire et pustuleux avec pénétration dans les follicules pileux réalisant un « kérion ». Cet aspect peut également être secondaire à l'application d'une corticothérapie locale prescrite sur une erreur diagnostique.

Chez un patient immunodéprimé (SIDA, corticothérapie générale à haute dose, greffé d'organe...), la symptomatologie peut être atypique par l'absence de bordure évolutive et de prurit, par l'extension et la rapidité d'évolution.

Épidémiologie

Ces dermatophytoses peuvent témoigner d'une auto-inoculation à partir d'une dermatophytose antropophile des pieds, à rechercher de principe. Elles peuvent résulter de l'inoculation d'un dermatophyte zoophile provenant d'un animal parasite (*M. Canis*) ou d'un dermatophyte géophile. Touchant préférentiellement les régions découvertes du corps, la contamination peut se faire par contact direct ou indirect. Les symptômes apparaissent environ deux semaines plus tard.

Diagnostic différentiel

Des lésions annulaires ne sont pas synonymes de dermatophytoses dont le diagnostic est fait par excès surtout chez l'enfant. Il faut éliminer :

- Dermatite atopique ;
- Eczéma de contact ;
- Psoriasis (lésions évocatrices à distance) ;
- Pityriasis rosé de Gibert (maladie éruptive à lésions multiples).

DIAGNOSTIC DES DERMATOPHYTOSES DE LA PEAU GLABRE ET DES PLIS

Le diagnostic d'une dermatophytose repose sur plusieurs points.

Examen clinique

Un examen clinique de tout le tégument incluant les phanères pour apprécier l'ensemble des lésions.

Interrogatoire

Un interrogatoire orienté par la localisation qui recherche des facteurs favorisants.

- lésions des pieds : chaussures de sécurité, sports aquatiques, sports pieds nus dans un gymnase, fréquentation de hammam ou de sauna... ;
- lésions de la peau glabre : contact avec un animal, présence d'autres cas dans l'entourage... ;
- dans tous les cas, séjour à l'étranger, particulièrement en zone tropicale.

Examen en lumière ultraviolette

Un examen en lumière ultraviolette qui objective une fluorescence : « rose corail » d'un érythrasma, « jaune-verte » des poils d'une dermatophytose microsporique.

Examen mycologique

L'identification du dermatophyte aide l'enquête épidémiologique en fonction de l'espèce isolée (pour *T. rubrum*, le foyer initial est recherché au niveau des pieds, pour *M. canis*, il faut retrouver le petit chat infecté...) et guide les conseils préventifs des rechutes. L'examen mycologique, peu onéreux et peu traumatisant, est donc très précieux, il est indispensable dans les formes disséminées, récidivantes et en cas d'atteinte des phanères. Il faut impérativement pratiquer le prélèvement dans de bonnes conditions : à distance de toute application ou prise d'antifongiques locaux ou systémiques, après une toilette le matin de l'examen avec un savon neutre, par grattage des squames au niveau de la bordure active d'une lésion circinée... L'examen direct confirme immédiatement le parasitisme de la couche cornée par les filaments septés du dermatophyte mais sans préciser sa nature. La culture interprétable en 2 à 3 semaines précise le genre du champignon (exemple : *Trichophyton*) et l'espèce responsable (exemple : *T. rubrum*).

TRAITEMENT DES DERMATOPHYTOSES DE LA PEAU GLABRE ET DES PLIS

Moyens thérapeutiques

ANTIFONGIQUES LOCAUX

Les antifongiques locaux actifs sur les dermatophytes sont nombreux : les plus utilisés sont les dérivés imidazolés comportant un grand nombre de spécialités (Daktarin®, Fazol®, Pevaryl®, Trimysten®, Trosyd® d'application biquotidienne ; Amycor®, Fongamil®, Kétoderm®, Myk® d'application monoquotidienne) la cyclopiroxolamine (Mycoster®), la terbinafine (Lamisil®), la sporiline (Tolnaftate®). Il est important d'adapter la forme galénique à l'aspect clinique : gel, lotion, solution, émulsion, poudre en cas de lésions macérées ou suintantes et crème en cas de lésions sèches. Rappelons qu'il n'y a pas d'indication à associer un corticoïde topique et que l'amphotéricine (Fungizone®) n'est pas active sur les dermatophytes.

ANTIFONGIQUES GÉNÉRAUX

Les antifongiques per os ayant l'autorisation de mise sur le marché pour traiter les dermatophytoses sont limités : griséofulvine, kétoconazole, terbinafine. Ce dernier n'est pas autorisé chez l'enfant. Aucun n'est autorisé chez la femme enceinte.

Terbinafine

La terbinafine (Lamisil®) est actuellement le plus efficace (fongicide) sur les dermatophytes à la dose de 250 mg par

jour. Ses principaux effets secondaires sont : troubles digestifs, allergie cutanée et modification du goût. Exceptionnellement ont été rapportés des toxidermies graves, des hépatites, des cytopénies sévères. Aucune surveillance biologique n'est exigée. Il présente peu d'interactions médicamenteuses. Il est coûteux.

Griséofulvine

La griséofulvine (Griséfuline®, Fulcine®) peu onéreuse est intéressante par son action anti-inflammatoire, utile dans les formes vésiculo-bulleuses ou inflammatoires des dermatophytes. La dose quotidienne est de 1 g chez l'adulte et 20 mg/Kg/jour chez l'enfant. Elle est fongistatique sur les dermatophytes. Elle a peu d'effets secondaires graves mais est parfois mal tolérée chez l'adulte (troubles digestifs, céphalée, vertiges). Elle peut être photosensibilisante. Elle présente de nombreuses interactions médicamenteuses. Une surveillance de la numération formule sanguine se justifie dans les traitements prolongés pendant plusieurs mois (neutropénie).

Kétoconazole

Le kétoconazole (Nizoral®) est utilisé à la dose de 200 à 400 mg/jour. La survenue possible d'hépatite médicamenteuse, bien que rare, nécessite une surveillance biologique toutes les 2 semaines pendant les 6 premières semaines de traitement. Le kétoconazole présente de nombreuses interactions médicamenteuses. Il est moins régulièrement actif sur les dermatophytes que sur les levures du genre *Candida*.

Indications

Le traitement d'une dermatophytose des plis et de la peau glabre peut être local ou général. La décision thérapeutique et le choix des antifongiques tiennent 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.

Il n'y a pas de consensus thérapeutique. Dans tous les cas le traitement n'est curatif que s'il est poursuivi au-delà de l'obtention d'une guérison clinique et s'il est accompagné de mesures préventives pour éviter les rechutes.

S'il s'agit d'une atteinte isolée des plis ou de lésions de la peau glabre limitées en nombre et en étendue, un traitement local est suffisant. L'application du médicament est de 1 à 2 fois par jour et la durée de prescription varie de 1 à 8 semaines selon l'antifongique choisi.

S'il y a une atteinte palmo-plantaire, si les lésions de la peau glabres sont multiples ou associées à un parasitisme unguéal ou pilaire, un traitement systémique doit être prescrit. La durée de prescription varie de 2 semaines à plusieurs mois selon les sites atteints.

Des mesures préventives doivent compléter le traitement curatif pour obtenir une guérison durable : désinfection des sources potentielles de recontamination (tapis de bain, chaussures, chaussures mises pieds nus) par des poudres ou lotions

antifongiques, traitement des personnes contaminées de l'entourage et des animaux infectés, conseils de lutte contre l'humidité (séchage attentif, poudre antitranspiration) et prévention par rinçage des pieds et application de poudre antifongique entre les orteils en cas de fréquentation de lieux contaminés (douches d'usines, piscines, saunas, salles de sports...).

LES TEIGNES

Le terme de teigne désigne les infections dermatophytiques comportant un parasitisme pilaire du cuir chevelu (*Tinea capitis*) ou de la barbe (*Tinea barbae*). La teigne du cuir chevelu est une infection de l'enfant avant la puberté et plus rarement de la femme. Elle est très rare chez l'homme adulte. Mais ce dernier peut avoir une teigne de la barbe. Une exception est la teigne favique qui peut débuter dans l'enfance et évoluer durant toute la vie quel que soit le sexe.

Agents pathogènes et aspects cliniques

Les dermatophytes responsables appartiennent aux genres *Microsporum* et *Trichophyton*. La contamination peut être interhumaine (anthropophile) ou animale (zoophile). Certains dermatophytes sont présents dans notre environnement, d'autres sont importés (favus). L'infection débute à la surface du cuir chevelu, se développe dans la couche cornée et pénètre dans le follicule pilaire en suivant le *stratum corneum* qui constitue la gaine externe du poil.

TEIGNES DU CUIR CHEVELU

On distingue quatre types de teignes du cuir chevelu : les teignes tondantes microsporiques et trichophytiques, les teignes inflammatoires ou kérion et la teigne favique.

Les teignes tondantes microsporiques

La consultation est motivée par l'apparition de plaques alopeciques arrondies de quelques centimètres de diamètre, uniques ou multiples d'extension centrifuge. Sur un fond de squames grisâtres, recouvrant la zone alopecique les cheveux sont cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau. Observés avec attention ils apparaissent « givrés » par la gaine de spores qui entoure la tige pilaire.

Les teignes tondantes trichophytiques

Elle se traduit par la présence de petites lésions éparses squamo-croûteuses parfois pustuleuses engluant des cheveux cassés très court. Parfois s'observe un aspect de « comédon » si le cheveu parasité se casse à la sortie du follicule.

La teigne favique

Le diagnostic de teigne favique est facile dans une forme évoluée typique. Sur un cuir chevelu inflammatoire, érythémateux et squameux, devenu alopecique par chute de mèches

entières de cheveux, s'observent de petites dépressions cupuliformes remplies de croûtelles molles jaunâtres. Ce sont les « godets faviques » constitués d'amas de filaments du champignon.

Teignes inflammatoires ou kérions

Les teignes inflammatoires ou kérions traduisent une réaction immunitaire violente au parasitisme, probablement parce qu'il s'agit d'une espèce peu adaptée à l'homme (dermatophytes d'origine animale ou tellurique). Rapidement, apparaît un placard inflammatoire en relief, de quelques centimètres de diamètre, ponctué d'orifices pilaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule du pus. La douleur est variable, il n'y a pas de fièvre. Il y a souvent de petites adénopathies satellites inflammatoires. Impressionnantes, ces teignes ne présentent aucune gravité particulière et ne laissent pas plus de zones cicatricielles que les autres types de teignes.

ASPECTS ATYPIQUES ET TEIGNES DE LA BARBE

Le diagnostic de teigne du cuir chevelu peut être difficile car les aspects atypiques sont nombreux :

- aspect fruste se limitant à un état pelliculaire diffus (*Trichophyton soudanense*) l'alopécie discrète d'une teigne est souvent difficile à percevoir sous les coiffures tressées des petites filles africaines d'autant plus qu'existe une alopécie de traction ;
- formes avec des squames épaisses engainant les cheveux sans alopécie associée (*M. canis*) ;
- formes modifiées par l'application de topiques. Bien des kérions surviennent après application intempestive de corticoïdes ;
- teignes des immunodéprimés, en particulier par infection VIH ; elles peuvent simuler une dermite séborrhéique ou un psoriasis.

Les teignes de la barbe se présentent dans la majorité des cas comme une folliculite aiguë suppurée : plages papuleuses inflammatoires, pustuleuses et parfois verruqueuses. Il est difficile de les distinguer cliniquement d'une folliculite bactérienne et seul le prélèvement mycologique en fera la preuve.

Examen mycologique

L'examen mycologique est indispensable compte tenu du polymorphisme, des aspects atypiques, et de la législation qui impose une « éviction scolaire jusqu'à un examen microscopique négatif » ainsi que le contrôle et traitement des sujets en contact. Il doit être fait avant toute prescription d'antifongique local ou systémique ou après une fenêtre thérapeutique de 2 semaines au moins.

L'examen mycologique comprend :

- l'examen des lésions en lumière ultraviolette (lampe de Wood) qui montre une fluorescence variable selon l'agent pathogène et précise l'extension des lésions ;
- le prélèvement de squames et cheveux parasités cassés. Sur ce prélèvement un examen direct au microscope montre en quelques heures le mode de parasitisme des cheveux ou

des poils et confirme le diagnostic de teigne. Le traitement peut alors être débuté. La culture identifie, en moins d'un mois l'agent fongique responsable. Son origine géographique et son mode de transmission anthropophile, zoophile ou tellurique, permettent de déterminer et traiter la source de contamination.

Traitement

Le traitement d'au moins six semaines doit être à la fois local et systémique jusqu'à guérison complète clinique et mycologique.

TRAITEMENT LOCAL

- Imidazolés ou ciclopiroxolamine dans une forme galénique adaptée au cuir chevelu (solution ou crème) ;
- Désinfecter bonnets, capuches, brosses avec un antifongique en poudre ;
- Couper les cheveux infectés du pourtour des plaques.

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

- En première intention griséofulvine (20 mg/kg/j) bien tolérée par les enfants ;
- Seconde intention kétoconazole ou terbinafine (pas d'AMM chez l'enfant).

LES MYCOSES UNGUÉALES

Les onychomycoses sont les maladies les plus fréquentes de l'ongle. Elles ne sont pas toujours un simple problème esthétique mais peuvent induire un handicap professionnel. Trois sortes d'agents sont responsables : les levures, les dermatophytes et plus rarement les moisissures. Différents facteurs favorisent la survenue d'onychomycoses (humidité, macération, traumatismes, diabète, immunosuppression). L'examen mycologique est indispensable, la thérapeutique étant différente selon ses résultats.

Onychomycoses à *Candida*

Les *Candida sp.* sont des levures saprophytes présentes dans le tube digestif. Certains sont également présents dans le tractus urogénital ou sur la peau. L'infection est opportuniste nous sommes notre propre source de *Candida*.

Les ongles des doigts sont atteints préférentiellement, l'atteinte des ongles des orteils est rare. Habituellement l'onychomycose à *Candida sp.* débute par un périonyxis. Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus-unguéal. La pression peut faire sourdre du pus. L'évolution est subaiguë ou chronique. La tablette unguéale est envahie secondairement prenant une teinte marron verdâtre en particulier dans les régions proximales et latérales. Dans plus de 90 p. 100 des cas, *Candida albicans* est isolé. Les autres espèces de *Candida* sont rarement en cause. Des

surinfections bactériennes en particulier à *Pseudomonas* sont possibles et donnent une teinte bleu foncé à l'ongle.

Plus rarement, il s'agit d'une onycholyse latérodistale : la tablette unguéale n'adhère plus au lit de l'ongle sur une surface variable. Lorsque l'examen mycologique isole *Candida albicans* celui-ci peut être incriminé comme responsable. Si une autre espèce de *Candida* est isolée, il est difficile de statuer sur son rôle pathogène. Il peut s'agir d'une simple colonisation cutanée après onycholyse relevant d'une autre affection dermatologique (traumatisme, psoriasis...).

Onychomycoses à dermatophytes

Les ongles des orteils sont les plus souvent atteints (80 p. 100 des cas).

Les dermatophytes responsables sont avant tout *T. rubrum* (80 p. 100) et *T. mentagrophytes var. interdigitale* (20 p. 100). Leur transmission est interhumaine et l'atteinte unguéale est presque toujours associée à celle des espaces interdigitaux et des plantes. Aux doigts, les agents responsables de parasitisme des ongles sont plus variés mais *T. rubrum* reste prédominant.

L'envahissement par le dermatophyte débute presque toujours dans la zone jonctionnelle entre la kératine pulpaire et le lit unguéal (atteinte latérodistale). Il en résulte une hyperkératose sousunguéale, puis une onycholyse par détachement de la tablette de son lit, la tablette est ensuite progressivement envahie.

Le principal diagnostic différentiel est l'orychopathie post-traumatique.

Onychomycoses à moisissures

Les onychomycoses à moisissures sont rares, le diagnostic mycologique est d'interprétation difficile (levures saprophytes) et elles résistent aux antifongiques.

Traitement

ONYCHOMYCOSSES À *CANDIDA* AVEC PÉRIONYXIS

Si un seul ongle est atteint

Un traitement local peut être tenté, associant antiseptique (Betadine® solution dermique, Hexomédine® transcutanée par exemple) et un antifongique (dérivés imidazolés, ciclopiroxilamine, amphotéricine).

Si plusieurs ongles sont atteints

Le traitement associe d'emblée du ketoconazole per os (Nizoral®) ou le fluconazole (mais pas d'AMM) et un traitement local, poursuivis jusqu'à guérison complète.

ONYCHOMYCOSSES À DERMATOPHYTES

Les propositions thérapeutiques restent très discutées. Le traitement doit être très prolongé, la guérison ne s'observant 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 (notamment absence d'hyperkératose sous-unguéale), non matricielle et d'un petit nombre d'ongles (1 à 3 au maximum).

Dans les autres cas un traitement oral prolongé est nécessaire (3 à 6 mois pour la terbinafine). Les indications devront être soigneusement pesées en fonction de la gêne causée, des risques et des coûts des traitements et après avoir confirmé le diagnostic par un prélèvement mycologique. Des traitements discontinus (quelques jours chaque mois) sont en cours d'évaluation.

Points clés

1. Une dermatophytose est une infection fongique due à des dermatophytes, champignons filamenteux kératinophiles.
2. C'est une infection cutanée superficielle, fréquente.
3. L'infection résulte d'une contamination ; la transmission est anthropophile, zoophile ou géophile ; les dermatophytes sont toujours pathogènes.
4. Humidité, traumatismes locaux, occlusion des plis sont des facteurs favorisants.
5. L'interrogatoire est un élément important du diagnostic.
6. 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.
7. Le prurit est habituel.
8. L'examen mycologique est souvent indispensable.
9. Les antifongiques locaux sont nombreux : dérivés imidazolés, ciclopiroxilamine, tolnaftate, terbinafine.
10. Les antifongiques per os sont limités : terbinafine, griséofulvine.
11. La prévention des récurrences par des mesures d'hygiène est souhaitable.



Fig. 1. Intertrigo inguinal à dermatophytes (noter les bords polycycliques et la guérison centrale).



Fig. 2. Dermatophytose à *T. rubrum* de la main.



Fig. 3. Dermatophytose à *T. rubrum* de la plante.



Fig. 4. Intertrigo interorteil à dermatophytes.



Fig. 5. Lésion arrondie et prurigineuse d'un membre à *M. Canis*.



Fig. 6. Dermatophytose du genou, noter la bordure croûteuse (vésicules excoriées).