

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

Item n° 87 : Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques

Objectifs

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

Les dermatophytoses sont des motifs fréquents de consultation. Elles sont dues à des champignons filamenteux, les dermatophytes qui appartiennent à 3 genres :

- *Epidermophyton* ;
- *Microsporum* ;
- *Trichophyton*.

Ces champignons ont une affinité pour la kératine de la couche cornée de la peau, des poils, des cheveux et des ongles. Ils sont toujours pathogènes et sont responsables d'infections cutanées superficielles de la peau et des phanères et respectent toujours les muqueuses.

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 (*Microsporon canis*...) et du sol à l'homme pour les espèces géophiles (= telluriques).

DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE

En dehors du cas fréquent des intertrigos interorteils, il est indispensable compte-tenu du polymorphisme lésionnel, du recours à un traitement général et de la législation. 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 (fluorescence « jaune-verte » des poils dans une

dermatophytose microsporique) et précise l'extension des lésions ;

— le prélèvement de squames, de cheveux ou d'ongles atteints pour examen direct et culture sur milieu de Sabouraud :

- l'examen direct confirme immédiatement le parasitisme par des filaments septés du dermatophyte mais sans préciser sa nature ;
- la culture interprétable en 3 à 4 semaines précise le genre du champignon (exemple : *Trichophyton*) et l'espèce responsable (exemple : *T. rubrum*).

DERMATOPHYTOSES DES PLIS

Epidémiologie

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) ;
- *Epidermophyton floccosum* (5 p. 100 des cas).

Le principal facteur favorisant est la macération (chaussures de sécurité, sports aquatiques, obésité...).

Diagnostic

INTERTRIGO INTERORTEIL

Il touche préférentiellement les 3^e et 4^e espaces sous l'aspect d'une simple desquamation sèche ou suintante, associée ou non à des fissures, des vésico-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 à l'origine d'érysipèle de jambe ;

– diffusion à l'ensemble du pied, voire à d'autres régions du corps ; sur la plante, se développent une hyperkératose farineuse et parfois des lésions vésiculo-bulleuses.

Une atteinte unilatérale est en faveur du diagnostic de dermatophytose. Une contamination main-pied est possible en particulier avec *T. rubrum*. (« two feet, one hand »).

ATTEINTE DES GRANDS PLIS

Aux plis inguinaux l'atteinte réalise un placard érythémato-squameux prurigineux, géographique à contours circinés qui s'étend sur la face interne de la cuisse (anciennement appelé « eczéma marginé de Hébra »). La présence d'une bordure érythémato-vésiculo-squameuse d'évolution centrifuge est très évocatrice d'une dermatophytose. L'atteinte est uni- ou bilatérale.

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

Diagnostic différentiel

INTERTRIGO INTERORTEIL

Il faudra éliminer :

- une candidose à *Candida albicans* ;
- un eczéma dysidrosique ;
- un intertrigo à bacille gram négatif : lésions érosives, parfois verdâtres, résistantes au traitement antifongique.

ATTEINTES DES GRANDS PLIS

Il faudra principalement éliminer :

- une candidose : érythème, d'aspect vernissé et suintant, fissurée 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-coral en lumière ultraviolette (lampe de Wood) ;
- un psoriasis (psoriasis inversé) ;
- une dermite d'irritation ;
- un eczéma de contact d'aspect vésiculo-suintant.

DERMATOPHYTOSES DE LA PEAU GLABRE

Epidémiologie

Elles sont le plus souvent dues à des dermatophytes anthropophile des pieds ou zoophiles provenant d'un animal parasite (*M. Canis*). La contamination peut se faire par contact direct ou indirect.

Diagnostic

Les lésions réalisent des placards arrondis (anciennement appelées « herpès circiné »), ou à contours géographiques.

L'atteinte est unique ou multiple. Touchant préférentiellement les régions découvertes du corps, les lésions de la peau glabre ont en commun le prurit parfois intense et la présence d'une bordure très évocatrice, érythémato-vésiculo-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 réalisant un « kérion ». Cet aspect peut également être secondaire à l'application d'une corticothérapie locale erronée.

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.

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 :

- une dermatite atopique ;
- un eczéma nummulaire ;
- un psoriasis annulaire ;
- un pityriasis rosé de Gibert (maladie éruptive à lésions multiples).

LES TEIGNES

Le terme de teigne désigne les infections dermatophytiques dues à un parasitisme pilaire. La teigne du cuir chevelu est une infection de l'enfant avant la puberté. Elle est rare chez l'adulte. Mais l'homme peut développer une teigne de la barbe.

Diagnostic

FORMES CLINIQUES

Teignes du cuir chevelu

Les teignes tondantes microsporiques donnent des plaques alopéciques 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.

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

La teigne favique est exceptionnelle en France, elle réalise des plaques alopéciques inflammatoires particulières par de petites dépressions cupuliformes remplies de croûtes (« godets faviques »).

Les teignes inflammatoires ou kériens traduisent une réaction immunitaire excessive au parasitisme ; elles réali-

sent des placards inflammatoires ponctués d'orifices pilaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule du pus, sans fièvre. Il y a souvent de petites adénopathies satellites inflammatoires.

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.

Aspects atypiques. Le diagnostic de teigne du cuir chevelu peut être difficile dans certains cas :

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

Diagnostic différentiel

- psoriasis du cuir chevelu ;
- dermite séborrhéique ;
- fausse teigne amiantacée ;
- lupus érythémateux chronique ;
- autres causes d'alopecies circonscrites.

LES DERMATOPHYTOSES UNGUÉALES

Diagnostic

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). Aux doigts, les agents responsables de parasitisme des ongles sont plus variés mais *T. rubrum* reste prédominant.

L'atteinte unguéale est presque toujours associée à celle des espaces interdigitaux et des plantes. Elle débute presque toujours dans la partie latérodistale de l'ongle. Il en résulte une hyperkératose sous-unguéale, puis une onycholyse par détachement de la tablette. Les principaux diagnostic différentiels sont l'onychopathie post-traumatique et le psoriasis.

TRAITEMENT

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 (ex : Amycor®, Ketoderm®, Myk®, Pevaryl®, etc.), la cyclopiroxolamine (Mycoster®) et la terbinafine (Lamisil®). 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. La fréquence d'utilisation varie selon la spécialité (1 à 2 applications/j).

ANTIFONGIQUES GÉNÉRAUX

— la griséofulvine (Griséfuline®, Fulcine®) est peu onéreuse, fongistatique sur les dermatophytes. La dose quotidienne est de 1 g chez l'adulte et 20 mg/Kg/jour chez l'enfant (seul antifongique per os ayant une AMM et une présentation adaptée chez l'enfant). Elle peut être photosensibilisante. Elle présente de nombreuses interactions médicamenteuses ;

— 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 ;

— 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*.

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

Dermatophytoses des plis et de la peau glabre

Le traitement peut être local ou général. 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.

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.

Teignes

Le traitement d'au moins six semaines doit être à la fois local et systémique jusqu'à guérison complète clinique et mycologique. Toute la famille doit être examinée en cas d'agent

anthropophile ; si l'agent est zoophile, l'animal doit être traité. La législation impose une « éviction scolaire jusqu'à un examen microscopique négatif » ainsi que le contrôle et traitement des sujets en contact.

TRAITEMENT LOCAL

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

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE

- en première intention : griséofulvine ;

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

Dermatophytoses unguéales

Le traitement ne peut être fait qu'après identification mycologique du dermatophyte responsable. Il 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 et distale.

Points clés

1. Une dermatophytose est une infection cutané-phanérienne superficielle, fréquente, due à des dermatophytes, champignons filamenteux kératinophiles, toujours pathogènes.
2. Humidité, traumatismes locaux, occlusion des plis sont des facteurs favorisants.
3. 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.
4. L'examen mycologique est indispensable dans les atteintes phanériennes (ongles, cuir chevelu).



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



Fig. 4. Intertrigo interorteil à dermatophytes.



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