

LES MYCOSES EN VILLE, L'ESSENTIEL

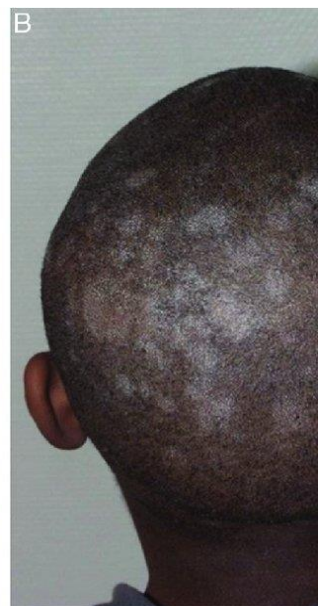
Partie 2/2

Les mycoses du cuir chevelu (teignes)

Ce sont des **dermatophyties** du cuir chevelu. Elles touchent quasi exclusivement les enfants et la contamination se fait souvent en collectivités ou à partir d'animaux contaminés.

Les teignes tondantes sont contagieuses et sont de 2 types :

- **Les teignes microsporiques** forment des **grandes plaques peu nombreuses**, squameuses avec des cheveux cassés courts et entourés d'un manchon grisé. Ce sont les dermatophytes les plus présents dans les cheveux. Les espèces responsables sont *Microsporum canis* (espèce zoophile) ou *M. langeronii* (espèce anthropophile).
- **Les teignes trichophytiques** se reconnaissent avec de **nombreuses plaques de petite taille** avec des cheveux cassés à ras du cuir chevelu, englués de squames. Ils font parties des dermatophytes les plus souvent retrouvés (*T. tonsurans*, *T. soudanense*...).



Le diagnostic doit être rapide et si possible s'appuyer sur un **prélèvement mycologique** pour identifier le dermatophyte en cause. Il permet d'ajuster au mieux le traitement.

Les traitements locaux sont à privilégier, notamment avant 2 ans.



- En cas de *Microsporum*, un traitement de 6 semaines par **itraconazole** est recommandé, ajusté au poids de l'enfant et nécessite une **prescription hospitalière**.
- En cas de *Trichophyton* ou si le prélèvement n'est pas possible, le traitement repose sur la terbinafine *per os* (à partir de 2 ans) pendant 4 semaines, la posologie étant adaptée au poids. Il faut également associer un traitement local par antifongique pendant 4 semaines. Pour plus de précision, voir [cet algorithme de prise en charge](#) de la SF Dermato de 2021 (annexes consultables ici : [Actu Teigne](#)).



Mesures d'hygiène et lavage à 60°C de tous les objets en contact avec les cheveux, dépistage et traitement des parents et de la fratrie sont à associer. En cas de dermatophyte zoophile, il est souhaitable de faire examiner et traiter les animaux par un vétérinaire.

Sources :

E.PILLY 2020, 27^{ème} Edition
Société Française de Dermatologie
Crédit photos: Dr Anne Joubert

Les onychomycoses



L'onychomycose est une infection fongique de l'ongle et/ou du lit de l'ongle (pieds et mains).

L'onychomycose typique se présente sous forme d'une **leucoxanthonychie** (ongle blanc et jaune) avec décollement et **hyperkératose** sous la tablette de l'ongle. S'y associent souvent des hématomes sous unguéaux et une **onycholyse** distale.



Il s'agit d'un spectre complexe **souvent surdiagnostiqué** car le recours à l'automédication peut fausser le prélèvement mycologique. En effet, l'ongle subit de nombreux frottements mécaniques dans les chaussures et se colore/s'épaissit volontiers sans qu'une mycose soit nécessairement en cause.

*Trichophyton
rubrum*



TRICHOPHYTON

Le trichophyton est le plus souvent en cause sur les orteils.

Le prélèvement mycologique au laboratoire **après au moins 3 mois d'arrêt des topiques antifongiques et des traitements par voie générale** est fortement conseillé surtout si la matrice ou les bords latéraux de l'ongle sont atteints.



Le traitement nécessite de la terbinafine par voie orale associée à une destruction chimique de la partie malade par voie locale et un vernis jusqu'à repousse saine*.

Le patient pourra découper la partie malade au fur et à mesure des repousses.

CANDIDOSES

La candidose des ongles peut se manifester sur les doigts et débute par un **péri-onyxis** (inflammation du contour de l'ongle) avec atteinte secondaire des ongles ou une **onycholyse** brutale. Elle est souvent favorisée par des traumatismes chimiques ou mécaniques (détergents, manucures).



Si le tableau est typique, un traitement probabiliste par fluconazole associé à des applications locales de dermocorticoïdes forts en alternance avec un antifongique local jusqu'à repousse saine peut être envisagé*.

*Candidose sans
péri-onyxis*



Le *candida* sera mis en évidence sur les prélèvements, on considère qu'il est pathogène s'il est présent en quantité excessive (*candida sp.*) ou sur un site où il est normalement absent (*candida albicans*).

Parfois d'autres contaminants et des moisissures (*fusarium. sp*) sont impliqués, ils répondent peu aux traitements disponibles en ville. Une abstention thérapeutique peut être proposée pour l'atteinte des orteils, en l'absence de gêne esthétique majeure, de diabète ou d'artérite de jambe. Il faudra corriger un éventuel conflit mécanique de chaussage associé. Un échec du traitement doit faire éliminer une pathologie sous jacente mécanique ou inflammatoire non traitée.

*Tableau récapitulatif des indications et des posologies



A savoir: le cycle du champignon est long, **3 semaines** minimum sont recommandées pour tous les antifongiques.

Pathologie	Médicament(s), par ordre d'indication	Posologie
Teignes	Voir cet algorithme de prise en charge de la Société Française de Dermatologie (annexes consultables ici : Actu Teigne)	
Trichophyton unguéal (pieds++): - Atteinte non matricielle/non latérale - Atteinte matricielle et/ou envahissement latéral ET prélèvement positif	- Si nécessaire, destruction chimique de la partie malade par Bifonazole + urée (Amycor Onychoset®) - Vernis, solution filmogène (Amorolfine Loceryl® 5% ou Ciclopirox acide Mycoster® 8%) - Ajout de Terbinafine <i>per os</i>	1 application/j sous occlusion pdt 15j 1 application quotidienne ou hebdomadaire ⁽²⁾ pdt 9 à 12 mois jusqu'à repousse saine complète de l'ongle 250mg 1x/j pdt 3 mois à renouveler jusqu'à repousse saine complète de l'ongle
Candidose unguéale (mains++)	- Massage du pourtour de l'ongle avec une alternance antifongique crème le matin et dermocorticoïde très fort ⁽³⁾ le soir pdt 1 mois + traitement systémique par Fluconazole (Triflucan®), posologie variant selon les protocoles ⁽⁴⁾	

(2): application quotidienne pour Ciclopirox acide (MYCOSTER® 8%), application 1 fois par semaine pour Amorolfine (LOCERYL® 5%)

(3): application le matin de Bifonazole (AMYCOR®) ou Oxiconazole (FONX®) ou Kétoconazole (KETODERM®) ET application le soir de Clobétasol 0,05% (DERMOVAL®), Bétaméthasone 0,05% (DIPROLENE®)

(4): fluconazole (TRIFLUCAN®) 100mg matin et soir 6 sem ou 100mg/sem pendant 3 mois.



Le mot de l'expert

Dr Anne Joubert, dermatologue, Orvault

Les mycoses sont un motif fréquent de consultation, souvent sources d'inquiétude pour le patient quant à l'éventuelle contagiosité et le caractère récidivant. La présentation est parfois trompeuse pour le médecin ce qui peut engendrer un retard de prise en charge, un traitement inadapté voire des complications chez les sujets fragiles. Le dermatologue pourra être sollicité en cas de doute ou d'échec du traitement, avec si possible un prélèvement mycologique fait par le patient en amont. On retiendra que **le traitement *per os* d'une onychomycose n'est jamais une urgence et doit être argumenté par un prélèvement positif compte tenu de la potentielle toxicité de la terbinafine, qui doit être expliquée au patient (surveillance NFS et BH avant et à 1 mois de traitement[†]).**

[†] Surveillance biologique à réitérer mensuellement selon la durée traitement.



Toute candidose cutanéomuqueuse récidivante, en particulier buccale, doit faire évoquer une immunodépression et rechercher une infection par le VIH.