

LES MYCOSES EN VILLE, L'ESSENTIEL

Partie 1/2

Motif fréquent de consultation, elles sont généralement sans gravité mais nécessitent un traitement adapté pour guérir.

Cette lettre d'actualités en deux parties, rédigée en collaboration avec le Dr Anne Joubert, dermatologue libérale, propose de revenir sur les différents diagnostics rencontrés en ville et leur prise en charge.



Quels sont les facteurs en cause ?

Certains facteurs favorisent le développement des champignons et donc l'apparition des mycoses de la peau :

- La **chaleur humide** et en particulier, la fréquentation des piscines, des saunas...
- Tous les facteurs responsables de **macération** de la peau :
 - Transpiration excessive
 - Séchage insuffisant après la toilette
 - Port de chaussures fermées
 - Surpoids ou obésité
 - Macération du siège chez le nourrisson...
- Les sports de contact (judo...)
- Les **plaies cutanées**, même minimes
- **Certains traitements** médicamenteux (antibiothérapie, corticothérapie, etc.)
- L'état de santé général : maladies endocrines (diabète), déficit immunitaire
- La grossesse



Sources :

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

Les mycoses de la peau glabre



DERMATOPHYTIES EN DEHORS DES PLIS

Lésions **érythématosquameuses** avec guérison centrale et extension périphérique à pourtour **annulaire**. Elles sont prurigineuses dans la majorité des cas, le caractère contagieux est variable (laver de principe le linge de toilette en début de traitement paraît raisonnable).



Dermatophytose plantaire



Dermatophytose sur épaule

La résistance ou l'aggravation sous dermocorticoïdes fait souvent redresser le diagnostic différentiel d'eczéma ou des autres dermatoses annulaires inflammatoires.



En cas de doute on peut réaliser un **prélèvement mycologique des squames** au laboratoire qui retrouvera des filaments/levures et identifiera le germe responsable en culture. Au niveau palmo-plantaire l'**atteinte érythématosquameuse « deux pieds/une main »** est évocatrice et ne doit pas être confondue avec une dyshidrose ou un eczéma de contact.



Un antifongique local pourra être appliqué pendant 3 semaines*.


Si l'atteinte est diffuse il faudra utiliser la terbinafine *per os* 15 jours.

INTERTRIGOS MYCOSIQUES

Asymptomatiques de découverte fortuite ou prurigineux, ils touchent les espaces inter-orteils, les plis inguinaux et les aisselles. Ils s'étendent volontiers sur les plantes, paumes et racines des membres.

DERMATOPHYTES

Leur **bordure** est **circinée, émiettée**, leur **fond fissuraire** ou macéré. Ils touchent les plis inter-orteils et inguinaux. Le diagnostic est clinique.

 Il ne faut **pas les confondre** avec l'**Intertrigo bilatéral vernissé** et bien limité rouge des **psoriasis inversés**.



Dermatophytose inter-orteil



Psoriasis inversé



Le traitement local par antifongique 1 à 2 fois/jour selon la spécialité*, doit être poursuivi 3 semaines et traiter l'ensemble des plis et espaces inter-orteils, plantes des 2 pieds.

Les chaussures sont à désinfecter avec une formulation poudre en début et fin de traitement ; un lavage à 60° suffit pour les chaussettes. Si l'atteinte est diffuse ou le patient immunodéprimé, on peut associer un traitement *per os* par terbinafine 15j.



Dermatophytose pli inguinal

CANDIDA ALBICANS

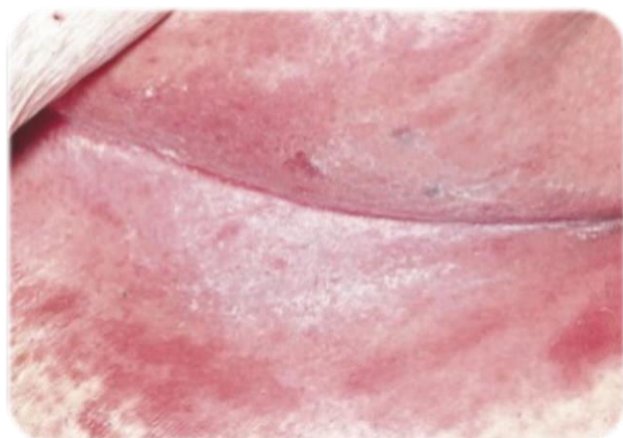


Candida interdigital

Atteinte des **grands plis** inguinaux, inter-fessier, sous mammaires, abdominaux ou des plis interdigitaux. Il est souvent responsable de la dermite fessière du nourrisson. Il faut **éviter l'usage du liniment** qui favorise la prolifération de la levure. Le fond du pli peut être le siège d'un **enduit blanchâtre** et les **bords** sont **mal limités**.



Un antifongique local en crème pourra être appliqué 3 semaines*.



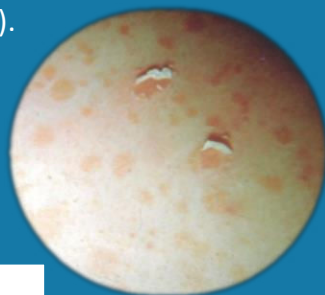
Candida sous-mammaire



PITYRIASIS VERSICOLOR

Le pityriasis versicolor, qui touche essentiellement le **tronc**, est bien connu et typique. Il donne des **plaques chamois** légèrement squameuses souvent asymptomatiques qui laissent transitoirement des hypo-pigmentations post inflammatoires. Il est **volontiers récidivant** et favorisé par la macération et la transpiration en été. Le germe responsable est *malassezia furfur* (levure commensale).

Pityriasis versicolor



Le traitement consiste en l'application de **Kétoconazole gel moussant** à laisser poser 5 min y compris sur le cuir chevelu et à renouveler 2 fois/semaine pendant un mois. En cas de récurrence chaque été, le même protocole peut être proposé en systématique en préventif au printemps.

L'hypo-pigmentation post-inflammatoire résiduelle repigmente au bronzage suivant et au débronzage de la peau périphérique et ne doit pas être confondue avec un vitiligo.



Candidose des muqueuses

Elles sont majoritairement causées par *Candida albicans*, levure qui développe une forme filamenteuse lorsqu'elle devient pathogène. Différents facteurs favorisants existent comme les antibiothérapies répétées, des traitements par corticothérapie prolongés, le diabète ...

CANDIDOSES BUCCALES

Elles se présentent sous forme de **muguet** souvent avec glossite, stomatite ou langue noire villose. Elles peuvent s'étendre par des **perlèches**. Concernant les symptômes, la candidose peut être asymptomatique ou entraîner des brûlures et des modifications du goût.

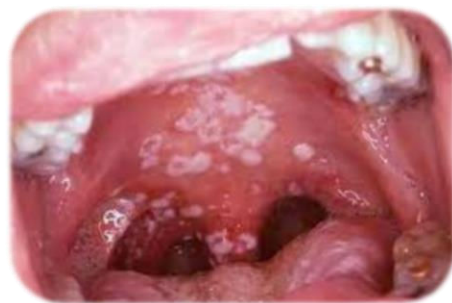


Le traitement proposé est local avec des bains de bouche **d'Amphotéricine B (Fungizone®)**, **3x/j pendant 10 à 21j**, en avalant la solution. En cas de développement local, type perlèche, un antifongique topique sera associé sous forme de crème, gel, lotion ... 1 à 2x/j pendant 14 à 21j*.

Si le patient ne répond pas au traitement par antifongique initial, une orientation vers un médecin spécialiste sera alors pertinent. Le traitement par voie générale sera réservé aux échecs : fluconazole (Triflucan®) 50 à 100 mg/j pendant 7 à 14 jours.



Pour les patients portant une prothèse dentaire, une attention particulière devra être portée sur la désinfection de cette dernière (Produits nettoyants spécifiques en pharmacie ou du commerce et brossage).



Candidoses buccales

CANDIDOSES GÉNITALES

Le diagnostic est majoritairement clinique. Un prélèvement biologique pourra être réalisé en cas de doute ou d'échappement thérapeutique. On doit pratiquer une culture chez la femme qui a des récurrences fréquentes pour confirmer le diagnostic et éliminer un *Candida non albicans*.

- Chez la **femme**, elle se caractérise au niveau vulvaire par une **muqueuse érythémateuse** avec **dépôts blanchâtres**, prurit et **pertes laiteuses**.
- Chez l'**homme**, elle entraîne une **balanite** et/ou une **méatite prurigineuse**.



Pour la **femme**, un traitement par antifongique local, sous forme de crème, émulsion, lait (...) pourra être proposé pour une durée de traitement de 3 semaines. Un ovule sera associé en cas de vaginite.

Chez l'**homme**, un traitement par antifongique local pendant 3 semaines sera aussi proposé.

Le traitement du ou de la partenaire devra être proposé.

*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
Dermatophyties en dehors des plis	1) Éconazole crème ou autre ⁽¹⁾ 2) Terbinafine <i>per os</i>	1) 2x/j ⁽¹⁾ 2) 250mg 1x/j pdt 15 à 21j max
Intertrigo mycosique	1) Éconazole crème ou autre ⁽¹⁾ 2) Terbinafine <i>per os</i>	1) 2x/j ⁽¹⁾ 2) 250mg 1x/j pdt 15 à 21j max
Pityriasis versicolor	Kétoconazole gel moussant	2x/semaine pdt 1 mois
<u>Candidose buccale</u>	1) Amphotéricine B (Fungizone® 10%) ou Miconazole (Daktarin® gel buccal 2% possible à partir de l'âge de 4 mois) 2) Antifongique systémique (réservé aux échecs)	1) 3x/j pdt 10 à 21j 4x/j pdt 7 à 14j 2) Fluconazole susp. buvable ou gélule pdt 7 à 14j
<u>Candidose génitale</u>	Antifongique topique 3 semaines en association avec ovule à renouveler si nécessaire. En cas d'atteinte chronique: traitement séquentiel par Fluconazole 150mg Orofluco® 1gel/sem pendant 4 semaines.	

(1): application biquotidienne: Econazole (PEVARYL®), Ciclopirox olamine (MYCOSTER®), Isoconazole (FAZOL®), Miconazole (DAKTARIN®)

: application 1x/j: Bifonazole (AMYCOR®), Omoconazole (FONGAMIL®), Oxiconazole (FONX®), Kétoconazole (KETODERM®), Fenticonazole (LOMEXIN®), Sertaconazole (MONAZOL®), Terbinafine (LAMISIL®), Sulconazole (MYK 1%®)



Vous n'êtes plus qu'à un cheveu de connaître sur le bout des ongles les pathologies mycosiques des phanères, rendez-vous au prochain numéro!