Ministère de l'Enseignement supérieure et de la Recherche Scientifique

Université Constantine 3
Faculté de Médecine

Docteur L. HASSANI
Service De Dermatologie
CHU Ben Badis. Constantine.

Module de Dermatologie

Les Mycoses Superficielles

Pour les étudiants inscrits en 6année de Médecine

Année Universitaire : 2019/2020

Docteur L. HASSANI

LES MYCOSES SUPERFICIELLES

I. Généralités :

- Les mycoses superficielles sont des infections causées par des champignons microscopiques vivant dans ou sur des organismes ; la plus part de ses champignons restent inoffensifs. Seuls quelques uns se comportent en pathogènes vrais, tandis que d'autres sont opportunistes, profitant d'une défaillance de la réaction immunologique, de troubles métaboliques (diabète), ou d'influences médicamenteuses (antibiothérapie, corticothérapie,…).
- Ces micro-organismes sont classés en 3 grands groupes responsables de 3 grands groupes d'affections :

- Les dermatophytes : champignons filamenteux, ils sont dits kératinophiles (se développent préférentiellement dans l'épiderme, très exceptionnellement dans les muqueuses et les tissus sous cutanés) et kératinolytiques (lèsent la peau). Ils sont responsables des dermatophytoses. Ils Regroupés en 3 genres (*Trichophyton, Microsporon, Epidermophyton)*.
- Les levures : représentées +++ par le genre Candida. Ils sont responsables des levuroses.
- Les moisissures : souvent impliquées dans des infections mixtes.

- Le diagnostique est essentiellement clinique. L'examen mycologique ne s'impose que :

- Si un traitement antifongique systémique est préconisé devant des lésions cutanées disséminées, une atteinte unguéale ou pilaire.
- Si échec du traitement ou une récidive.

II. Les dermatophytoses superficielles :

Comprennent :

* Les teignes du cuir chevelu ;
* Les dermatophyties de la peau glabre ;
* Onyxis à dermatophytes.

A. *Les teignes du cuir chevelu (TCC) :*

1-Définition **:** les TCC correspondent à l'infection des cheveux et du cuir chevelu par des dermatophytes anthropophiles ou zoophiles. Elles touchent essentiellement l'enfant et sont rarement observées chez l'adulte.

2-Formes cliniques **:** quatre formes cliniques caractérisent les TCC :

- Les teignes tondantes (TT) comportant :
  - -TT microsporiques (TTM) ;
  - -TT trichophytiques (TTT) ;
- Les teignes inflammatoires et suppuratives (TIS) ou Kérion de Celse.
- Le Favus ou teigne favique (TF).

a)-Teignes tondantes :

a1)- Teignes tondantes microsporiques (TTM) :

- ***Epidemiologie*** *:*
  - Age de survenue : 6-10 ans ;
  - Contagion interhumaine : faible ;
- ***Clinique*** *:* réalisent des lésions érythémato-squameuses, arrondies ou ovalaires, de 2-5 cm Ø, peu nombreuses. Les cheveux sur une plaque squameuse sont tous cassés à quelques mm des orifices folliculaires réalisant un aspect en brosse.
- ***Examen en lumière de Wood*** : fluorescence jaune-vert aux ultraviolets.
- ***Examen mycologique*** :
  - Examen direct : parasitisme de type microsporique (cheveu contenant des filaments mycéliens et engainés de microspores).
  - Culture : sur milieu de Sabouraud permet un diagnostic d'espèce.

a2)- Teignes tondantes trichophytiques (TTT) :

- ***Epidémiologie*** *:*
  - Age : 6 ans.
  - Contagion interhumaine : importante à l'origine d'épidémie dans les collectivités.
- ***Clinique*** : réalisent des plaques squameuses grisâtres, nombreuses, de forme irrégulière et leurs tailles sont de quelques mm. Les cheveux malades sont tondus à ras du cuir chevelu.
- ***Examen en lumière de Wood*** : pas de fluorescence aux ultraviolets.

- ***Examen mycologique :***

- Examen direct : parasitisme de type endothrix (cheveu bourré de microspores).
- Culture : permet, l'identification d'espèce.

b)- Kérion de Celse (TIS) :

- ***Epidémiologie*** :

- Age : grand enfant 8-14 ans.
- TIS : n'est pas contagieuse. Survient sous forme de cas sporadiques.

- ***Clinique :*** la lésion débute par une tache érythémateuse, légèrement squameuse, de 2-5cm Ø, qui devient inflammatoire et congestive à partir de la 2ème semaine. La lésion se surélève et suppure par tous les orifices folliculaires entraînant la chute des cheveux. Ainsi est constitué l'aspect en macaron. Il n'y a pas de fièvre ni d'adénopathies satellites.
- ***Examen en lumière de Wood*** : pas de fluorescence aux ultraviolets.
- ***Examen mycologique :***

- Examen direct : 2 types de parasitisme :

*Ectomégaspores : cheveux contenant des filaments mycéliens et des spores de 4-8 µm Ø, disposées en chaînette à l'extérieur du cheveu.

*Microide : ayant le même aspect que le précédant mais les spores ont une taille de 2-4 µm Ø.

- Culture : permet un diagnostic d'espèce.

***c)- Favus* :** tés contagieux.

- ***Age*** : touche l'enfant mais également l'adulte.
- ***Clinique :*** aspect typique : godet favique. Il a une forme arrondie, de 5mm Ø, siégeant dans l'ostium folliculaire surmonté d'une croûte constituée de filaments mycéliens. Sa couleur jaune safran est caractéristique. Ce godet favique est traversé par un cheveu terne. L'évolution se fait vers une alopécie définitive.
- ***Examen en lumière de Wood*** : Positif. Les cheveux atteints sont fluorescents sur toute leur longueur.
- ***Examen mycologique :***

- Examen direct : parasitisme de type favique càd : un cheveu bourré de filaments mycéliens fuligineux, de bulles d'air, sans spores.
- Culture : permet un diagnostic d'espèce.

3- traitement :

a)- Mesures d'hygiène :

- Les peignes et les brosses du malade doivent être jetées.
- L'éviction scolaire n'est pas obligatoire dès lors que l'enfant est sous traitement antifongique adapté.

b)- Traitement local : antifongiques locaux, de préférence des dérivés azolés :

* Econazole : Solution, émulsion 1%, 1app/ 2fois/j.
* Sertaconazole : Crème dermique, 1app/j.

c)- Traitement per-os :

* Griséofulvine (cp à 250 et 500mg) : 20 mg/Kg/j pendant 4 à 6semaines.
* L'apport de corticoïdes est justifié sur une très courte durée (10j) en cas de TIS.

B- Les dermatophyties de la peau glabre :

L'expression clinique revêt 3 formes : l'herpes circiné, l'intertrigo inguino-crural et l'intertrigo inter-orteils.

1- Herpès circiné :

a- Clinique : une tache érythémato-squameuse d'évolution centrifuge avec 2 zones : une bordure érythémato-squameuse active et un centre légèrement fripé, en voie de guérison.

Il peut siéger en n'importe quel point du tégument sauf les plis.

b- Traitement :

- Lésion unique ou localisée : traitement local suffit pendant une durée de 3-4 semaines.

* Econazole : Solution, émulsion 1%, 1app/ 2fois/j.
* Sertaconazole : Crème dermique, 1app/j.
* Terbinafine : Crème 1%, 1app/j.

- Lésions multiples ou étendues :

*Terbinafine (cp à 250mg) : 1 cp/j pendant 2 semaines chez l'adulte.
* Griséofulvine : 20mg/kg/j pendant 4 semaine chez l'enfant.

2- <u>Intertrigo inguino-crural</u> :

* C'est une affection qui touche l'adulte avec une nette prédominance masculine.
* Certains facteurs prédisposant sont notés : le port de sous vêtements en synthétique, les ablutions, la chaleur et la sudation.
* Il se traduit par une nappe érythémato-squameuse à bordure polycyclique du plis inguino-crural. La lésion peut s'étendre en arrière vers le pli interfessier. Elle s'accompagne d'un prurit intense.
* traitement : idem à l'HC.

3- <u>Intertrigo inter-orteils</u> :

- Affection de l'adulte, avec une prédominance masculine.
- ***Facteurs favorisants*** : la natation en piscine, le port de chaussures fermées, les ablutions, la chaleur et la sudation.
- ***Clinique :*** Se traduit par une fissure du pli inter-orteil bordée de 2 lamelles de squames blanc nacré. Elle s'accompagne d'un prurit intense et dégage une odeur désagréable. Tous les espaces inter-orteils peuvent être touchés avec une prédominance sur les 2 derniers.
- ***Traitement*** : idem l'HC.

C- <u>Onyxis à dermatophytes</u> :

1- <u>Clinique</u> :

- Correspond à l'infection de l'ongle par un dermatophyte, souvent à partir d'un foyer à proximité, habituellement, un intertrigo inter-orteil ou inter-digito-plantaire.
- Rare chez l'enfant, la prévalence augmente avec l'âge.
- L'atteinte des ongles des pieds en particulier du gros orteil est la plus fréquente.

- Quatre formes cliniques peuvent être individualisées :
  *Onychomycose sous unguéale distale : tache jaune ou brune du bord latérodistal de la tablette unguéale
  *Onychomycose sous unguéale proximale: atteinte proximale de l'ongle au niveau de la lunule.
  *Les leuconychies : tache blanchatre de la tablette unguéale.
  *L'onycho-myco-dystrophie totale : ongle totalement détruit par le dermatophyte.

2- <u>Traitement</u> :

a- Absence d'atteinte matricielle : traitement local suffit, pendant 3-6 mois.

* Amorolfine, solution filmogène à 5% : 1app/semaine, sur l'ongle atteint.
* Ciclopirox, solution filmogène à 8% : 1app/j sur l'ongle atteint.

b- Présence d'atteinte matricielle :

- Traitement local sus cité doit être associé à un traitement systémique.
- Traitement général : terbinafine 250mg/j.
- Durée du traitement :
  * 6 semaines à 3mois si atteinte des ongles des mains.
  * 3 à 6 mois si atteinte des ongles des pieds.

III. <u>LES LEVUROSES (Pityriasis versicolor et Candidoses) :</u>

A- <u>Pityriasis versicolor (PV)</u> :

1- <u>Epidémiologie</u> :

* C'est une affection de l'adulte jeune.
* Le PV n'est pas contagieux, mais il existe une prédisposition familiale de type génétique.

2- <u>Clinique</u> : réalise des taches squameuses, de couleur brun chamois, arrondies ou ovalaires, parfois polycycliques dessinant de véritables cartes géographiques. Les lésions siègent essentiellement sur le visage, le cou, le haut du thorax et le dos.

3- <u>Traitement</u> : local suffit.

* Kétoconazole gel moussant : 1app/semaine/2semaines.
* Terbinafine spray : 1app/j pendant une semaine.

B- <u>Les candidoses</u> :

Ce sont des affections cutanées, muqueuses et phanériennes dues au Candida. Plusieurs tableaux cliniques, sont décrits :

- Les candidoses oro-pharygées.
- Les intertrigos.
- Les candidoses ano-génitales.
- Péri-onyxis et onyxis.

1- <u>Les candidoses oropharyngées</u> : se sont la perlèche, la chéilite et la stomatite.

a)- Clinique :

- La perlèche : se traduit par une fissure douloureuse du fond de la commissure labiale recouverte d'un enduit blanchâtre avec érythème triangulaire du coté cutané. Elle est contagieuse.
- La chéilite candidosique : c'est une inflammation du vermillon des lèvres avec desquamation et parfois fissures.
- La stomatite candidosique : c'est une inflammation de la muqueuse buccale, diffuse ou localisée se présentant sous trois formes cliniques : érythémateuse, pseudo-membraneuse ou muguet et hyperplasique. Elles s'accompagnent de sensation de soif et de sécheresse dans la bouche. Elles provoquent des sensations de cuisson lors de l'ingestion d'aliments acides.

b)-Traitement :

***** Amphotéricine B pendant 3semaines.

* En cas d'échec, on préconisera le Fluconazole pendant la même durée.

2- <u>Les intertrigos</u> :

****Clinique*** : l'aspect est stéréotypé : l'infection s'étend symétriquement en miroir sur les berges du pli réalisant des nappes rouges et vernissées ; le fond du pli est fissuré.

****Traitement*** : local par un antifongique imidazolé suffit. En cas d'échec, un traitement per-os est requis.

3- <u>Les candidoses ano-génitales</u> :

Se sont l'anite, la vulvite, la vulvo-vaginite et la balano-posthite.

Les muqueuses atteintes sont rouges et vernissées, parcourues d'érosions liées au prurit intense. A la longue, elles se lichénifient. L'origine de l'infection peut être digestive ou sexuelle.

4- <u>Périonyxis et onyxis</u> :

- ***Epidemiologie*** : touche plus souvent la femme. Les ongles des mains sont les plus atteints.
- ***Clinique :*** l'affection débute par un périonyxis douloureux et suppurant. L'atteinte unguéale est secondaire et se traduit par des taches blanchâtres, jaunâtres, verdâtres ou noirâtres. La lame unguéale est épaissie.
- ***Traitement*** : pendant 3-6 mois selon la molécule utilisée:

☛ Traitement local : Idem à l'onyxis dermatophytique.

☛ Traitement per os :

* Fluconazole cp 50 et 150 mg: 150mg/semaine.

*Terbinafine cp 250 mg: 1cp/j.