

Dr LAROUM.C  
Service de Dermatologie  
CHU Constantine

Chez Yacine  
**INESSMC**  
Bibliothèque Chalet  
Copy Service

## MYCOSES CUTANEO-MUQUEUSES

### I. Introduction :

Les mycoses sont des infections cutanées et/ou muqueuses causées par des champignons microscopiques.

Variétés : › Agents pathogènes vrais.

› Agents opportunistes : immunodépression, diabète, ..

02 grands groupes de micro-organismes :

**Les dermatophytes** : champignons filamenteux kératinophiles : tropisme préférentiel pour les phanères (poils et ongles) et la couche cornée.

**Les levures** : genre *Candida* et *Malassezia furfur* (*pityrosporum*).

› *Candida* = infection de la peau, des phanères et des muqueuses. +++

› *Malassezia furfur* = saprophyte fréquent de la peau surtout séborrhéique, l'agent du pityriasis versicolor.

### II. Dermatophyties :

#### A. Généralités :

Affections causées par les Dermatophytes : ce sont des champignons filamenteux.

03 genres: *Epidermophyton*, *Microsporum*, *Trichophyton*.

Responsables de lésions de la peau glabre, des plis, des ongles, des cheveux: teignes..

#### B. Physiopathologie :

\* Affinité pour la kératine de la couche cornée de la peau, des poils, des cheveux et ongles.

\* Toujours pathogènes, à l'origine d'infections cutanées superficielles de la peau et des phanères, mais respectent toujours les muqueuses.

\* Modes de contamination :

- Transmission inter-humaine pour les espèces anthropophiles (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale*...)

- Transmission de l'animal à l'homme pour les espèces zoophiles (*Microsporum canis*)

- Transmission du sol à l'homme pour les espèces géophiles (*Microsporum gypseum*).

#### C. Diagnostic mycologique :

\* Il est souvent indispensable et obligatoire dans les atteintes phanériennes.

\* Il comprend 2 temps :

› l'examen des lésions en lumière ultraviolette (lampe de Wood): recherche d'une fluorescence, variant selon l'agent pathogène (« jaune-vert » pour la dermatophytose microsporique) et précise l'étendue des lésions,

› le prélèvement (squames, cheveux, ongles) pour examen direct (filaments septés du dermatophyte) et culture sur milieu de Sabouraud (3- 4 semaines → genre et espèce).

↳ Dermatophyte  
72h → *Candida*

#### D. Teignes du cuir chevelu :

- \* Infections dermatophytiques dues à un parasitisme pileaire.
- \* Affections de l'enfant avant la puberté, rare chez l'adulte.
- \* Clinique : *qui rase les cheveux.*

##### \* a. Teignes tondantes microsporiques :

plaques alopeciques et squameuses, arrondies, quelques mm → quelques cm de taille, unique ou multiples (2-5), à extension centrifuge, les cheveux sont cassés à qlq mm des orifices folliculaires: aspect en brosse.

##### \* b. Teignes tondantes trichophytiques: petites lésions éparses squamo-croûteuses, parfois pustuleuse, très nombreuses, engluant les cheveux cassés à ras.

##### \* c. Teigne favique (exceptionnelle): plaques croûteuses, jaunes safran, friables, avec petites dépressions cupuliformes : « godets faviques ». les poils sont ternes et secs.

##### \* d. Teignes inflammatoires ou kérions : placards inflammatoires ponctués d'orifices pileaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés avec du pus, pas de fièvre. Souvent adénopathies satellites inflammatoires.

\* Diagnostic différentiel :

- › psoriasis du cuir chevelu,
- › dermite séborrhéique,
- › fausse teigne amiantacée..

#### E. Dermatophytie de la peau glabre : Herpes Circiné

##### 1- Diagnostic

Placard érythémateux, squameux, arrondi, d'extension centrifuge, à bordure érythémato vésiculo-squameuse, et un centre en voie de guérison : placard circiné.  
*Terne.*

unique ou multiple, touchant plutôt les zones découvertes du corps, prurigineux.

##### 2- Diagnostic différentiel :

eczéma nummulaire, psoriasis,...

#### F. Dermatophyties des plis :

Appelé intertrigo. de transmission inter-humaine.

##### → 1. Intertrigo des grands plis: ex : Eczéma marginé de Hebra

\* Les plis inguino-crural, axillaire et inter-fessier peuvent être touchés.

\* Au niveau inguino-crural :

Placard érythémato-squameux, à contours circinés, d'évolution centrifuge.

Bordure érythémato-vésiculo squameuse s'étendant à la face interne de la cuisse

Atteinte uni- ou bilatérale, prurigineux.

\* Diagnostic différentiel :

- candidose ;
- érythrasma à *Corynebacterium minutissimum* ( placard brun-chamois squameux, avec fluorescence rose-coral).
- psoriasis inversé, dermite d'irritation, eczéma de contact vésiculo-suintant.

##### → 2. Intertrigo des petits plis :

\* Les  pieds  sont plus souvent intéressés que les mains Le 3 et 4ème espace, unilatéral, *→ candida++*

✓ \* Aspect macéré blanchâtre avec une fissure centrale.

\* Peut déborder sur la face plantaire et dorsale du pied et des orteils : pied d'athlète. + *Primitif lésionnel.*

\* favorisé par : la macération, la transpiration, l'humidité.

*- Adans  
- Très contagieuse  
sycosis: Barbe.*

- \* Complications : risque d'érysipèle, de lymphangite,...
- \* Diagnostic différentiel :  
candidose, eczéma dysidrosique, intertrigo bactérien (lésions érosives, parfois verdâtres, résistantes au traitement antifongique).

### G. Dermatophyties des ongles : onychomycoses : *onyxis sans périonyxis -*

- \* Plus fréquentes aux ongles des pieds que des mains.
- \* L'atteinte unguéale est souvent associée à celle des espaces interdigitaux et des plantes.
- \* Elle débute sur la partie latéro-distale de l'ongle par une tache blanchâtre qui s'aggrandit progressivement: ongle jaunâtre, épaissi, friable, avec au maximum une onycholyse
- \* Diagnostic différentiel :  
candidose(début proximal et périonyxis), onychopathie post-traumatique, psoriasis..

### H. Traitement :

#### 1. Moyens :

##### a. Antifongiques locaux :

- › Dérivés imidazolés (Pevaryl®, Dermofix®, Ketoderm®...)
- › Ciclopiroxolamine (Mycoster®)
- › Terbinafine (Lamisil®)

##### b. Antifongiques généraux :

- › Griséofulvine (Griséfuline®): faible coût, dose: 1g chez l'adulte/20mg/kg/j enfant), photosensibilisante, nombreuses interactions médicamenteuses.
- › Terbinafine (Lamisil®) : fongicide, dose de 1cp à 250 mg/j.  
troubles digestifs, allergie cutanée,exceptionnellement: toxidermies graves, hépatites,
- › Fluconazol (diflucan): 3cp de 50mg/semaine  
troubles digestifs, allergie cutanée et rare atteinte hépatique.
- › Kétoconazole (Nizoral®): associé à une surveillance biologique en raison de possible hépatite médicamenteuse.

#### 2. Indications :

##### a. Dermatophytoses des plis et de la peau glabre :

- Atteinte isolée et/ou limitée: traitement local: 1-2 applications/jour pdt 1 à 8 semaines.
- Atteinte palmo-plantaire ou lésions multiples ou associées à une atteinte unguéale:  
voie systémique: 2 semaines à quelques mois (selon les sites atteints).

##### b. Traitement des teignes :

- A la fois local ; et systémique(Griséofulvine en 1ère intention) pendant 6 semaines.
- Désinfection des bonnets, capuches, brosses avec un antifongique en poudre.
- Examen de la famille : en cas d'agent anthropophile;
- Eviction scolaire de 3 semaines.

##### c. Traitement des dermatophytoses unguéales:

- Prolongé jusqu'à repousse de l'ongle(4-6 mois pour la main, 9-12 mois: orteils).
- Traitement local si atteinte distale, par solutions filmogènes (Locéryl® ou Mycoster®) associé à un traitement systémique si atteinte de la matrice, latérale ou de plusieurs ongles: Lamisil® en 1ère intention. */ si légère un vermi à ongle.*

- CTC et CI (sauf pt les teignes).
- CTC est prescrit sauf si l'inflammation est primitive
- un patient immunodéprimé ou ss CTC, risque d'avoir une extension  
*très importante,*

### III. Candidoses :

#### **A. Généralités :**

\* **Candida albicans** : champignon levuriforme, saprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales, pouvant passer à l'état pathogène sous l'influence de facteurs favorisants.

\* **Facteurs favorisants**:

**Locaux** : obésité, la macération, l'humidité, le contact de substances chimiques.

**Généraux** : soit physiologiques (grossesse, âges extrêmes), pathologiques (diabète) ou iatrogènes (corticoïdes, antibiotiques, immunosuppresseurs, oestro-progestatifs...).

#### **B. Candidoses muqueuses :**

\* **Perlèche** : intertrigo de la commissure labiale: le fond du pli est érythémateux, fissuraire, recouvert d'un enduit blanchâtre, uni ou bilatérale.

\* **Stomatite**: inflammation de la muqueuse buccale, avec sensation de sécheresse buccale, de cuisson, de goût métallique: + œdème

› Forme érythémateuse: muqueuse brillante, rouge, vernissée et douloureuse

› Forme pseudo-membraneuse: « muguet » : l'érythème est recouvert d'un enduit blanchâtre qui se détache au raclage.

\* **La vulvovaginite candidosique** : très fréquente chez la femme enceinte. se manifeste par un prurit, des brûlures et des leucorrhées. L'aspect est celui de muqueuse rouge, érosive macérée, recouverte de dépôts blanchâtres, les lésions peuvent déborder sur les plis inguinaux, le périnée et le pli interfessier.

\* **Les balanoposthites**: lésions érythémato-vésiculeuses ou pustuleuses qui laissent place à des érosions puis se couvrent d'un enduit blanchâtre du gland, du sillon balano-prépuce et/ou du prépuce.

#### **C. Intertrigos Candidosiques:**

\* L'atteinte intéresse aussi bien les grands plis : plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux, interfessiers, que les petits plis : interdigitaux, inter-orteils.

\* Lésion à fond érythémateux recouvert d'un enduit crémeux malodorant, et limitée par une bordure pustuleuse ou une collerette desquamative.

#### **D. Onyxis et perionyxis candidosique :**

\* Fréquents dans certaines professions : ménagères, pâtisseries, boulangers, ...

\* Les ongles des mains sont plus fréquemment atteints que les ongles des pieds.

\* Le début se fait par un périonyxis (paronychie: inflammation des replis sus et peri-inguéaux) douloureux, inflammatoire, la pression fait sourdre du pus.

\* l'ongle prend un aspect jaune ou jaune verdâtre, la tablette se déforme par des sillons transversaux ou de petites dépressions.

#### **E. Traitement :**

1- Moyens :

\* Traiter les facteurs favorisants.

\* Détecter tous les foyers, les traiter simultanément (éviter les récurrences).

\* Antifongiques locaux/Généraux :

› **Nystatine** (Mycostatine®), **Amphotéricine B** (Fungizone®)

› Dérivés **imidazolés** : Miconazole (Daktarin), éconazole (Pévaryl®), Kétoconazole (Ketoderm® crème, Nizoral cp), fluconazole (Diflucan)

› **Ciclopiroxolamine** (Mycoster®)

› **Terbinafine** (Lamisil®) en crème, spray, ovules, cp.

› Solutions filmogènes : amorolfine (Locéryl®),

## 2- Indications :

a. candidoses buccales: antifongiques locaux +/- bains de bouche à l'eau bicarbonatée.

b. candidoses génitales :

\* vaginite simple: Gyno-Pevaryl LP®, 1 ovule

\* vulvite: toilette avec savon alcalin + trt local par dérivé imidazolé (crème ou lait),

\* vulvo-vaginite récidivante: trt préventif par 1 ovule antifongique LP 1fois/mois : 20<sup>ème</sup> jour du cycle pendant plusieurs mois ; Fluconazole 150mg en dose unique.

\* Balanite: toilette au savon alcalin + crème antifongique 1 à 2 applications/jour

c. candidoses des pl : Traitements locaux à type de lotion ou crème.

d. candidoses unguéales :

\* Solutions filmogènes (Locéryl® 1/semaine) et si atteinte de la matrice unguéale :

\* Lamisil® : 1cp/jr ; ou Diflucan 3cp/sem: 3 à 6mois pour les mains, 6 à 12 mois/ pieds.

## IV. Pityriasis Versicolor :

### A. Généralités :

- \* C'est une mycose fréquente, touche les deux sexes et prédomine chez les sujets jeunes.
- \* Elle est due à *Malassezia furfur*, forme filamenteuse de *pityrosporum orbiculare* (levure lipophile).

### B. Clinique :

- \* Petites macules arrondies, de couleur jaune chamois, finement squameuses, pouvant confluer et fusionner pour donner des grandes nappes à bordure géographique.
- \* Le grattage à l'abaisse langue ou à la curette fait détacher les squames (signe du copeau).
- \* Topographie : zones séborrhéiques : haut du thorax, dos, épaules, bras, visage et cou.
- \* Forme achromiante : Cette achromie est surtout visible après exposition solaire et persiste longtemps après la guérison.

### C. Diagnostic positif :

- \* Clinique: Lésions hypo ou hyperpigmentées en macules avec squames furfuracées.  
Siège: sur les régions séborrhéiques du tronc.  
Evolution chronique ou récidivante.

\* Fluorescence: Jaune verdâtre pâle à la lumière de Wood, cet examen peut être négatif.

\* Examen direct : Scotch test :

On étale un adhésif sur la peau, on décolle la couche la plus superficielle et on examine au microscope : des amas de levures groupés en grappes de raisin.

### D. Diagnostic différentiel :

- \* Le pityriasis rosé de Gilbert :  
Se manifeste par des médaillons ovalaires érythémato-squameux et à centre fripé;
- \* la dermatite séborrhéique :  
Elle est plus squameuse et la topographie plutôt médio-thoracique.
- \* Les lésions achromiques ne doivent pas être confondues avec le vitiligo.

### E. Traitement :

\* Imidazolés : solution, de crème ou shampooings.

\* Le traitement peut être biquotidiens (pévaryl solution) pendant 15 à 20 jours, ou en monodose (kétoderm monodose : une seule application en douche).

\* Kétoconazole per os (Nizoral): 200 mg/jour pendant une dizaine de jours est également actif pour les formes résistantes au traitement local.

local

per os

**\* Prévention des rechutes :**

fait appel à l'application répétée d'un antifongique topique.

L'information du patient fait partie du traitement. Il doit être informé des points suivants, afin qu'il comprenne mieux sa maladie :

- c'est une infection bénigne simplement inesthétique ;
- elle est due à un champignon saprophyte;
- son développement à l'état pathogène est responsable des symptômes cliniques et lié à une modification des conditions cutanées locales propres au patient ;
- la maladie n'est pas contagieuse et ne « s'attrape pas sur les plages » ;