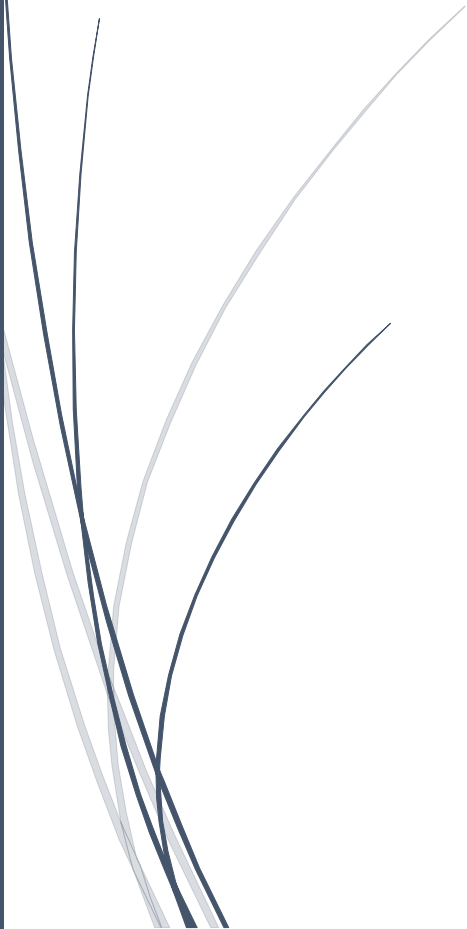


Annee 2024 -2025

Mycoses superficielles

Pr.M.RAIS



Plan du cours

I. Introduction

II. Agents pathogènes

III. Signes cliniques

1-Mycoses de la peau glabre

2-Mycoses des muqueuses

3. Périonyxis mycosiques et onychomycoses :

IV. Diagnostic

V. Traitement

Mycoses superficielles

I. Introduction :

Les mycoses superficielles sont des infections de la couche cornée de l'épiderme, des ongles, des muqueuses, des cheveux et des poils par des champignons. Cosmopolites, elles se caractérisent par leur fréquence et leur bénignité hormis les cas où elles sont la porte d'entrée de mycoses systémiques chez des patients immunodéprimés. Elles n'entraînent pas de signes cliniques généraux ni d'anomalies biologiques. Leur diagnostic est essentiellement clinique. Le prélèvement mycologique pour examen direct et culture est indispensable pour identifier l'espèce en cause et guider le traitement.

II. Agents pathogènes : Ce sont essentiellement :

Des levures saprophytes de la peau : *Malassezia furfur* responsable du pityriasis versicolor.

Des levures saprophytes des cavités naturelles de l'homme : *candida*,
Peuvent infecter la peau, les muqueuses, les ongles et devenir des agents opportunistes en cas d'immunodépression ou de rupture de l'équilibre microbien cutanéomuqueux.

Des dermatophytes responsables de dermatoses, d'onyxis et de teignes.

Certains sont

- zoophiles et se transmettent à l'homme par contact avec les animaux d'appartement : chat, chien, cobaye, hamster (*microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*) ou de ferme : bovins, lapins (*trichophyton verrucosum*, *T.mentagrophytes*)
- D'autres, anthropophiles, se sont adaptés à l'homme (*trichophyton rubrum*) et se transmettent par contact humain direct ou indirect (vêtements, chaussures, chapeaux parasités, squames humaines répandues sur les sols des lieux collectifs).

- Les dermatophytes géophiles se transmettent par contact avec le sol qui en est le réservoir (trichophyton mentagrophytes. Microsporum gypseum).

En cas de contact avec des dermatophytes, le développement d'une mycose n'est pas obligatoire : il est fonction de l'inoculum et des circonstances favorisantes.

Facteurs favorisants :

Les personnes âgées porteuses de prothèses dentaires et les nourrissons sont exposés aux candidoses buccales.

Les déficits immunitaires. Le diabète, l'antibiothérapie à large spectre favorisent les mycoses cutanées.

La promiscuité expose aux teignes en milieu familial ou scolaire.

III. Signes cliniques :

Il s'agit de plaques cutanées érythémateuses bordées par un liséré périphérique net, de macules cutanées dyschromiques.

Il peut s'agir d'un érythème suintant des plis, d'une alopecie en plaques squameuses avec des cheveux cassés courts.

Les ongles sont épaissis, friables, dyschromiques. Il peut s'agir de périonyxis. La cavité buccale peut être le siège d'un enduit brunâtre ou blanchâtre.

La femme peut présenter des leucorrhées prurigineuses et l'homme, des macules érythémateuses voire un enduit crémeux du gland.

1-Mycoses de la peau glabre :

1.1 Intertrigos des plis :

Il se traduit par une érosion linéaire, bordée de squames décollées, souvent suintante, fétide et prurigineuse due à des dermatophytes ou des candida.

L'intertrigo interdigital est extrêmement fréquent au niveau des pieds (« pieds d'athlète ») chez l'homme jeune qui se contamine à partir des sols souillés de squames (piscines, salles de bain, collectivités). Le port de chaussures synthétiques, l'humidité prolongée des pieds sont des facteurs favorisants. Il est plus rare au niveau des mains et s'observe chez les professionnels des services d'entretien. Le prélèvement à la curette permet d'identifier surtout des dermatophytes (trichophyton rubrum, trichophyton interdigitale) ou des candida (C.albicans) : l'intertrigo des pieds surinfectés peut être la porte d'entrée d'un érysipèle.

L'intertrigo des grands plis (axillaires, sous mammaires, inguinaux, interfessiers) mais aussi interdigital, rétro-auriculaire, péri-ombilical, est fréquent chez les obèses, les diabétiques, en cas de mauvaise hygiène, de macération. Candida sp. en est la principale étiologie. Il débute au fond d'un pli cutané et il est en général symétrique. Son évolution est centrifuge à partir du foyer initial (région vulvaire, anus). La lésion se présente comme une plaque érythémateuse allongée dans le sens du pli, bordée par une collerette squameuse avec des vésiculopustules au niveau de l'érythème et de la peau saine voisine. Elle est prurigineuse, souvent suintante, parfois surinfectée. La localisation périnéale est fréquente chez le nourrisson.

1.2. Pityriasis versicolor :

Il se produit par des macules individualisées puis confluentes en nappe, finement squameuses, de couleurs variées (rosées au début puis chamois, achromiques après exposition solaire), rarement prurigineuses, prédominant au niveau du cou, du thorax, des épaules, épargnant les paumes et les plantes.

Il est dû à *Malassezia* sp. Levure lipophile commensale dont la prolifération sur la peau grasse est favorisée par la sudation, l'humidité, la chaleur (fréquence en pays tropicaux). La transmission interhumaine directe ou indirecte est possible.

La lumière de Wood donne une luminescence verdâtre des lésions. Les squames se détachent facilement à la curette (« signe du copeau »).

L'examen microscopique des squames ou de cellophane adhésive appliquée sur les lésions puis collée sur une lame permet d'identifier des spores et des filaments courts. La culture est habituellement inutile.

Les récurrences après traitement sont fréquentes.

1.3. Herpes circiné :

Cette dermatophytie inflammatoire localisée siège avec prédilection au niveau des zones découvertes de la peau.

Les enfants et les professionnels exposés aux animaux domestiques et d'élevage sont surtout atteints.

La lésion typique est une macule érythémateuse arrondie, prurigineuse, à bord surélevé plus sombre que le centre, d'extension centrifuge. Des aspects vésiculeux, hyperkératosiques, polycycliques, en anneaux concentriques, peuvent se voir.

Le prélèvement à la curette de la zone périphérique active permet d'identifier *Microsporum canis* ou des trichophyton (*T. mentragrophytes*, *T. verrucosum*). *T. rubrum* et *E. floccosum* peuvent aussi être observés en cas de transmissions interhumaines.

1.4. Eczéma marginé de Hébra :

Cette dermatophytie inflammatoire fréquente touche surtout l'homme. La contamination est interhumaine directe ou indirecte.

Le début est unilatéral : une ou des macules érythémateuses prurigineuses se développent à la face interne de la cuisse, au dessous du pli inguinal. Puis elles s'étendent, confluent et peuvent atteindre le scrotum, le pénis et les plis fessiers. L'atteinte bilatérale est alors habituelle. Un bourrelet squameux borde la lésion.

Le prélèvement à la curette en périphérie de la lésion permet d'identifier essentiellement *Epidermophyton floccosum* ou *Trichophyton rubrum*.

2-Mycoses des muqueuses :

2.1. Candidoses digestives :

Bien que pouvant siéger tout le long du tube digestif, elles atteignent électivement ses deux extrémités : bouche et anus.

Le muguet (candidose buccale) s'observe surtout chez le nouveau-né et le nourrisson. Il ne doit pas être méconnu chez le sujet âgé et chez les porteurs de prothèse dentaire, en particulier au cours d'une antibiothérapie. L'infection VIH est devenue un des principaux facteurs favorisants.

Le début est caractérisé par une inflammation diffuse de la muqueuse buccale se traduisant par un érythème. La langue est décapillée et vernissée, les muqueuses jugales et

vélopalatines sont sèches : c'est la forme érythémateuse atrophique. Des plaques blanchâtres apparaissent ensuite, pouvant constituer un véritable enduit. Les signes fonctionnels sont une impression de sécheresse de la bouche avec brûlure au contact alimentaire.

La perlèche est fréquemment associée au muguet elle a la forme d'une fissure commissurale érythémateuse souvent hyperkératosique, parfois associée à une chéilite.

L'oesophagite se manifeste par une dysphagie importante avec une gêne rétro sternale, parfois des vomissements (plus ou moins hémorragiques) et des douleurs thoraciques (odynophagie). L'endoscopie met en évidence un enduit ou des mottes blanchâtres sur un oesophage inflammatoire, avec parfois des ulcérations ou un rétrécissement.

L'anite à Candida associe un prurit et un érythème suintant cerné par une collerette desquamative. Elle complique généralement une antibiothérapie prolongée ou un diabète.

Pour toutes ces candidoses superficielles le diagnostic est surtout clinique. Le prélèvement met en évidence à l'examen direct des levures bourgeonnantes avec ou sans filaments. La culture sur milieu de sabouraud n'est utile qu'en cas de formes atypiques ou résistantes aux traitements (antifongogramme)

L'entérite candidosique est une cause de diarrhée surtout chez le nourrisson. Les colites à candida sont rares. Les colopathies chroniques favorisent la greffe candidosique. Le diagnostic est porté sur la présence de nombreuses colonies de candida à la coproculture sur milieu de Sabouraud, par la coexistence d'un facteur favorisant (antibiothérapie) et par la guérison de la diarrhée sous traitement antimycosique. 2.2. Candidoses génitales :

La vulvo-vaginite a candida est favorisée par le diabète, la grossesse, la contraception orale, l'antibiothérapie. Elle se manifeste par des brûlures, un prurit tenace et une dyspareunie. La vulve est érythémateuse, les leucorrhées blanchâtres, caillabottées. Des frustes sont fréquentes.

La balanite se traduit chez l'homme par une inflammation du gland ou une balanoposthite avec érythème et prurit.

L'aspect clinique suffit pour faire le diagnostic de la majorité des cas.

3. Périonyxis mycosiques et onychomycoses :

La survenue d'un bourrelet inflammatoire périunguéal pouvant suppurer évoque un périonyxis à Candida. Il s'observe le plus souvent aux mains chez les femmes exposées aux liquides de lavage et aux détergents. Les orteils sont plus rarement atteints. L'ongle peut être atteint secondairement à partir de son bord proximal et devient jaunâtre. Le pus du périonyxis est prélevé à l'écouvillon. Candida albicans est la levure la plus souvent identifiée.

Une hyperkératose sous-unguéale débutant par le bord libre de l'ongle sans périonyxis évoque plutôt un onyxis à dermatophytes. Les pieds (1^{er} et 5^{ème} orteil surtout) sont plus souvent atteints que les mains, l'ongle devient progressivement friable ou ramolli, strié, jaunâtre et cornu. Le prélèvement aux ciseaux ou à la curette permet d'identifier surtout des dermatophytes anthropophiles (trichophyton rubrum. T.interdigital, epidermophyton floccosum). Les dermatophytes zoophiles (trichophyton mentagrophytes) et géophiles (Microsporum gypseum) sont plus rares.

IV. Diagnostic : repose sur les prélèvements mycologiques qui doivent se faire au laboratoire avant tout traitement antifongique.

Sur peau glabre : prélèvement à la curette des squames du liséré périphérique des lésions (zone de progression active des champignons) sur boîte de pétri. Application de cellophane adhésive sur les macules de pityriasis (scotch test).

Sur les ongles : grattage à la curette ou au bistouri de la zone de jonction de l'ongle sain et pathologique et du sillon sus unguéal. Ecouvillonnage des péryonyxis suppurés.

Sur les muqueuses : Prélèvement à l'écouvillon stérile des lésions, de la face interne des joues et du dos de la langue.

Sur les cheveux : Prélèvement à la pince à épiler des cheveux cassés, engainés de squames, fluorescents en lumière de Wood (UV) pour certains parasitismes pilaires. Raclage des squames à la curette.

V. Traitement :

V. 1. Epidermomycoses

Dans tous les cas il est utile de supprimer les facteurs favorisants.

Intertrigo :

* Intertrigo à dermatophytes : application 2 fois par jour d'imidazolés pendant 1 à 3 semaines.

-Intertrigos génitaux ou cruraux, on peut utiliser la terbinafine (Lamisil 1% crème) ou le tolnaftate (Sporiline).

-Intertrigo des orteils les imidazolés et le ciclopiroxolamine (Mycoster 1%) sont prescrits pendant trois à 4 semaines. La terbinafine peut être appliquée 2 fois par jour pendant 1 semaine.

La giséofulvine per os pendant 6 semaines est nécessaire si T.rubrum est en cause (dermatophyte le plus tenace) et en cas d'atteinte des zones pilaires.

-Intertrigo candidosique : application locale 2 fois par jour pendant 2 semaines d'antiseptiques (ammonium quaternaire, violet de gentiane), de topiques d'amphotéricine B ou d'azolés. Traitements d'un éventuel réservoir digestif par un polyène per os

* Pityriasis versicolor :

-Forme localisée : imidazolé en lotion, spray ou gel moussant en 2 applications par jour pendant 1 mois.

-Forme profuse : kétoconazole (Nizoral) per os pendant 5 jours.

* Herpes circiné et eczéma marginé de Hébra :

Application locale 2 fois par jours d'un imidazolé durant 2 semaines au niveau de la peau glabre ou durant 4 à 6 semaines en zone pileuse.

*Candidoses digestives :

Si cela est possible, arrêt des antibiotiques à large spectre, de la corticothérapie et de la thérapie immunosuppressive

-Candidose buccale et intestinale :

azolé per os (kétoconazole : Nizoral : 200 mg/jour ; fluconazole 100 à 200 mg/jour).

L'amphotéricine B par voie veineuse est réservée aux formes les plus graves

-Candidose œsophagienne : kétoconazole, fluconazole 100 à 200 mg/jour pendant 14 jours ou itraconazole solution per os ou amphotéricine B IV dans le formes rebelles.

La durée du traitement de ces candidoses est de 1 à 3 semaines, selon la localisation et la gravité.

La prophylaxie secondaire des candidoses buccales par les azolés au cours du SIDA favorisant l'émergence de souches de Candida résistantes, il est préférable de ne traiter qu'en cas de rechute.

* Candidoses génitales :

Application de nystatine (Mycostatine cp gynécologique) ou dimidazolés (Daktarin, Fazol, Gyno-Trosyd, Gyno-Prévaryl ou Gynomyk ovules) en topiques locaux durant 3 à 14 jours.

En cas d'échec de traitement local, traitement général par kétoconazole (Nizoral, 200 mg x 2/jour pendant v10 jours) ou fluconazole (Triflucan 100 mg/jour pendant 3 jours).

Traitement d'une candidose digestive associée.

Traitement des partenaires.

Recherche et équilibre d'un diabète.

* Périonyxis et onyxis candidosique :

- Suppression des facteurs favorisants.

- Application locale (Mycostatine pommade, Fungizone lotion) ou de crèmes d'azolés durant 2 semaines pour le périonyxis : imidazolés per os durant 1 à 2 mois pour l'atteinte unguéale.

* Onyxis à dermatophytes :

Le traitement est long car les antifongiques diffusent mal dans les ongles.

L'application de vernis d'amorolfine (Locéryl) ou de ciclopiroxolamine (Mycoster) ou d'imidazolés en topiques n'est efficace que sur les onyxis peu étendus sans atteinte matricielle : 1 application 1 à 2 fois par semaine pendant 3 à 6 mois pour les pieds.

-Onyxis avec atteinte matricielle :terbinafine per os (Lamisil cp) 250 mg par jour durant 3 mois (mains) à 6 mois (pieds) ou giséofulvine per os (Griséfuline) 10 à 20 mg/kg/jour en 2 prises/jour avec un corps gras durant 6 mois (mains) à 12 mois (pieds). En cas d'échec : onycholyse chimique ou association Lamisil per os + Locéryl local.

Dérivés imidazolés à usage local

Bifonazole	Amycor®	crème, solution, poudre
Butuoconazole	Gynomyk®	ovules
Econazole	Pévaryl®	crème, lait, spray, poudre,sol, lotion
	Gynopévaryl®	ovules
Isoconazole	Fazol®	crème, émulsion,ovules, poudre
Kétoconazole	Kétoderm®	crème, gel moussant
Miconazole	Daktarin®	gel dermique et gynécol, gel buccal
	Gynodaktarin®	ovules
Tioconazole	Trosyd®	crème
	Gyno-Trosyd®	ovules

Ciproproxaolamine Mycoster ®

crème, sol 1%, vernis 8%

Per os

Itracnazole

Sporanox®

200 – 400 mg / j

Kétoconazole

Nizoral ®

200- 400 mg / j