



Mycoses cutanées superficielles

FMC SOTODERM 2021

Pr Bayaki Saka

Introduction

- MCS: dermatoses causées par des champignons pathogènes ou saprophytes devenus pathogènes dans des circonstances favorables
- Trois grandes familles de MCS
 - Levures
 - Dermatophytes
 - Moisissures non dermatophytiques

Etiopathogénie

Levures: Elles se reproduisent par bourgeonnement ou forment des pseudofilaments.

- *Malassezia furfur* (*Pityrosporum orbicularae*)
- *Candida*: environ 150 espèces (dizaine peut se développer à 37°)

Le plus fréquent *Candida albicans*: endosaprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales (femmes), et peut passer de l'état saprophyte à l'état pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisants.

Il n'est jamais retrouvé à l'état normal sur la peau.

Etiopathogénie

Facteurs locaux : humidité, macération, PH acide, irritation chronique, xérostomie (sécheresse excessive de la bouche et langue).

Généraux

- Terrain : diabète, immunodépression congénitale, physiologique (grossesse, âges extrêmes de la vie), acquises (viro-induite, IS, corticothérapie)
- Médicaments : antibiotiques généraux, œstroprogestatifs, IS, corticoïdes

Etiopathogénie

Dermatophytes

- Les dermatophytes sont des champignons filamenteux qui se reproduisent par des arthroconidies (spores); appartiennent à trois genres :
 - *Microsporum*
 - *Trichophyton*
 - *Epidermophyton*
- Les dermatophytes
 - ne sont pas des saprophytes de la peau, des muqueuses et des phanères.
 - sont toujours pathogènes++++.
 - ont de l'affinité pour la kératine: couche cornée de l'épiderme, phanères (poils, cheveux, ongles).
 - Respectent toujours les muqueuses++++

Etiopathogénie

- La transmission se fait par des poils ou par des squames contaminés ; le facteur favorisant principal est une altération épidermique (traumatisme, ...).
- L'origine peut être :
 - **Interhumaine** (espèces anthropophiles) : *Trichophyton rubrum*, *interdigitale*, *violaceum*, *soudanense*, *tonsurans*, *Epidermophyton floccosum*...
 - **Animale, mammifères** (espèces zoophiles) : *Microsporum canis* ; *Trichophyton mentagrophytes*. Ces dermatophytes induisent souvent des lésions inflammatoires
 - **Tellurique** (espèces géophiles) : la transmission se fait directement par le sol (terre, sable) à l'occasion d'une minime effraction ou par un animal vecteur.

Etiopathogénie

Moisissures non dermatophytiques

rarement impliquées seules dans une infection de la couche cornée.

Certaines en revanche sont responsables d'onychomycoses (Alternaria, Aspergillus, Fusarium,).

Symptomatologie

1- Les atteintes de la peau glabre

- Les dermatophyties circinées
- Les intertrigos
- Le pityriasis versicolor

2. Les atteintes des muqueuses

- Les candidoses buccales et péribuccales
- Les candidoses péri-anales et génitales

3. Les atteintes des phanères

- Les teignes
- Les onychomycoses

Les atteintes de la peau glabre

1.1- Dermatophytoses de la peau glabre

Elles sont le plus souvent dues à des dermatophytes anthropophiles des pieds (*T. rubrum*), ou zoophiles (chat, chien (*M. canis*))

Forme typique : anciennement « herpès circiné ». Placards arrondis ou polycycliques (coalescents).

L'atteinte est unique ou multiple (macaron érythémato-squameux, prurigineux et parfois un peu saillant)

- Avec une bordure papulo-vésiculeuse
- Evolution centrifuge avec guérison centrale



Les atteintes de la peau glabre



Les atteintes de la peau glabre



- La dermatophytie circinée peut survenir à tout âge, en n'importe quel point du tégument.
- Les lésions peuvent confluer donnant un aspect en carte géographique

Les atteintes de la peau glabre

1.1- Dermatophytoses de la peau glabre (suite)

Kérion (lésions inflammatoires) : l'aspect des lésions est nodulaire et pustuleux (souches zoophiles et telluriques). Il est parfois secondaire à l'application d'une corticothérapie locale.

Kératodermie palmoplantaire : tableau stéréotypé d'une kératodermie palmaire unilatérale pas nécessairement prurigineuse, associé à une kératodermie des deux plantes (« *two feet, one hand* »). Aspect blanchâtre, farineux avec renforcement des plis palmoplantaires. Atteinte unguéale possible.

Les atteintes de la peau glabre

1.2. Le pityriasis versicolor

- Atteint exclusivement la peau glabre
- Macules hypo ou hyperchromiques, finement squameuses
- Signe de Copeau.
- L'examen à la lumière de Wood (fluorescence verte)



Les atteintes de la peau glabre



Les atteintes de la peau glabre

1.3. Les intertrigos

□ Les intertrigos des grands plis

- observé sur des terrains particuliers (obésité, diabète)
- favorisé par la macération
- Sièges (grands plis : inguino-cruraux, inter fessier....)
- érythème rouge vif, parfois érosif, bilatéral, grossièrement symétrique

Les atteintes de la peau glabre

En faveur du diagnostic de dermatophytose on retrouve :

- Bordure érythémato-vésiculo-squameuse bien limitée
- Extension centrifuge avec guérison centrale
- Atteinte unilatérale
- Le fond du pli n'est ni érythémateux, ni fissuré

En faveur des intertrigos candidosiques :

- Bordure pustuleuse ou collerette desquamative
- Recouvert d'un enduit crémeux malodorant
- Atteinte bilatérale et symétrique
- Le fond du pli est érythémateux et fissuré

Les atteintes de la peau glabre

Aux plis inguinaux: dermatophytie circinée
des plis inguino-cruraux : (ancien
eczéma marginé de Hébra)

Placard prurigineux s'étend à la face
interne de la cuisse de façon centrifuge,
donnant un aspect à contour circiné, en
carte de géographie



Les atteintes de la peau glabre

□ Les intertrigos des petits plis

- touchent les espaces interdigito-palmaires et plantaires.
- Le pied d'athlète : le plus fréquent et le plus banal des MCS
- Favorisé par la macération et l'hyperhidrose
- Dermatophytes ou candida

Les atteintes de la peau glabre

Intertrigos dermatophytiques:
interorteils concernent l'adulte et touche préférentiellement les 3^{ème} et 4^{ème} espaces sous l'aspect d'une simple desquamation sèche ou suintante.

Les complications potentielles sont :

- Porte d'entrée bactérienne à l'origine d'érysipèle de jambe
- Une contamination pied-main en particulier avec *T. rubrum* (« *two feet, one hand* »).



Les atteintes de la peau glabre

Intertrigo candidosiques:

interdigitaux des mains
beaucoup plus souvent que les
pieds, peri-ombilical, péri-anal,
rétroauriculaire) : les facteurs
favorisants sont le contact avec
l'eau, l'hyperhidrose, etc.



Les atteintes des muqueuses

2.1. Les candidoses buccales et péribuccales

□ Le muguet

➤ Forme typique:

- aspect de stomatite aiguë pseudo-membraneuse
- Survient surtout dans la première enfance.
- Débute par des taches érythémateuses à la partie postérieure de la muqueuse jugale

Les atteintes des muqueuses

- Siège: face interne des joues, érythème recouvert d'un enduit blanchâtre, qui se détache facilement au raclage et dont l'extension au pharynx est possible
- Signes fonctionnels: goût métallique, sensation de brûlure, douleur, dysphagie



Les atteintes des muqueuses

❑ Les perlèche ou chéilite angulaire

- atteinte des commissures labiales, en général tenace et récidivant.
- œdème des commissures avec érythème du versant cutané
- Les fissures au fond du pli (douleur)
- Parsemée de petits points blancs, réalisant une chéilite angulaire.



Les atteintes des muqueuses



Les atteintes des muqueuses

□ Les chéilites

- érythème des lèvres avec œdème et desquamation
- s'accompagnant de sensation de brûlure
- La présence de candida: surinfection levurique est fréquente dans cette zone
- chercher une cause préexistante (dermite de contact, lésions précancéreuses).

Les atteintes des muqueuses

2.1. Les candidoses péri anales et génitales

☐ Candidoses péri anales

- Fréquentes au décours d'antibiothérapie
- Prurit anal intense avec ou sans anite
- Sensation de brûlure exacerbée par la défécation
- Érythème du pourtour de l'anus s'étendant vers le périnée et le pli interfessier
- se prolonger par un intertrigo interfessier.

Les atteintes des muqueuses

□ Vulvo-vaginites candidosiques

- femmes jeunes, surtout pendant la grossesse, rare après 50 ans.
- Lésions érythémateuses et œdémateuses puis enduit blanchâtre, et leucorrhées souvent abondantes, blanc jaunâtre qui stagnent dans les plis de la muqueuse vulvovaginale.
- Prurit souvent intense et pouvant s'accompagner de dyspareunie
- Fréquente extension aux plis inguinaux et au pli inter fessier
- Possible cervicite érosive et urétrite (dysurie, pollakiurie)

Les atteintes des muqueuses

□ Balanites et balano-posthites

- prurit et rougeur apparaissant 48 heures après les rapports sexuels
- vésiculo-pustules sur le sillon balano-préputial
- gland prend un aspect érosif, tapissé d'un enduit blanchâtre
- La tuméfaction de l'anneau balano-préputial antérieur peut conduire à un phimosis

Les atteintes des phanères

Atteinte des ongles

Atteinte des poils

Atteintes des cheveux: surviennent chez l'enfant (sauf le favus)

Les atteintes des phanères

3.1- Les onychomycoses

□ Les onyxis candidosiques: mains

+++

- Débute par périonyxis (paronychie) : inflammation des replis sus et péri-unguéaux, chronique
- Adultes ayant fréquemment les mains dans l'eau (infirmière, ménagères, pêcheurs, restaurateurs).
- La tablette unguéale est envahie secondairement (onyxis), dans les régions proximales et latérales.
- Evolution chronique. Surinfection bactérienne fréquente surtout à pseudomonas.



Les atteintes des phanères

❑ Les onyxis à dermatophytes: *orteils* (80% des cas)

- Débute dans la partie distale et/ou latérale de la tablette unguéale par une leuconychie, suivie d'une hyperkératose sous-unguéale puis d'une onycholyse par décollement distale de la tablette unguéale
- Perte de l'aspect brillant (jaunâtre noirâtre ...)
- Pas de périonyxis
- L'atteinte des ongles est presque toujours associée à celle des espaces interdigitaux ou des plantes.
- Les dermatophytes responsables sont : *Trichophyton rubrum* (80%), *interdigitale* (20%).



Les atteintes des phanères

3.2. Atteinte des poils

- ❑ **Folliculites candidosiques du cuir chevelu** : inflammation et suppuration douloureuse du follicule pilosébacé par *C. albicans*.

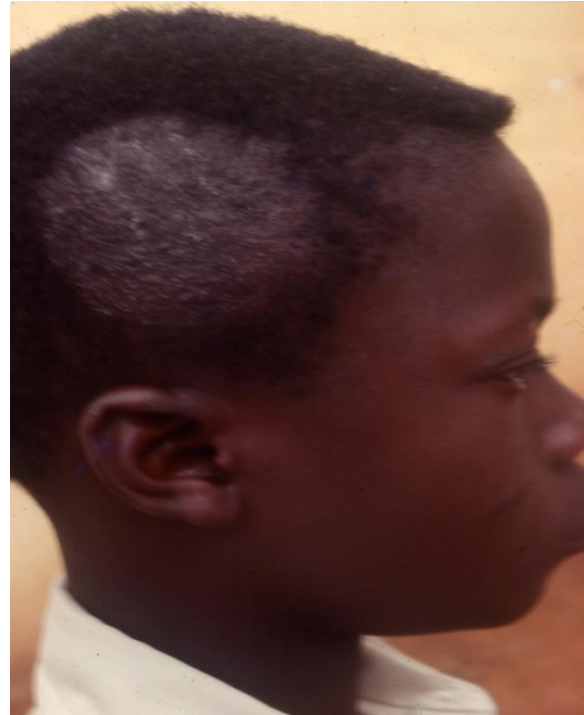
- ❑ **Folliculites trichophytiques**: rares
 - observées chez les femmes qui s'épilent.
 - chez l'enfant: teigne des duvets prend l'aspect trompeur d'une eczématide

- ❑ **Le sycosis trichophytique**
 - Teigne suppurée de la barbe
 - Peut évoquer une staphylococcie

Les atteintes des phanères

3.3. Atteinte des cheveux

- ❑ **Les teignes tondantes microsporiques**
 - Plaques alopéciques et squameuses de grande taille, unique ou peu nombreuses, arrondies, d'extension centrifuge.
 - Les cheveux sont régulièrement cassés à quelques mm de la peau
 - Dermatophytie circonée
 - *Miscrosporum canis*, un agent anthropozoonique.



Les atteintes des phanères



Les atteintes des phanères

□ Les teignes tondantes trichophytiques

- Multiples petites plaques éparses, alopéciques, squameuses, ou squamocroûteuses, parfois pustuleuses
- Cheveux sains ou cassés à différentes hauteurs et englués dans les squames
- Chez les enfants en Afrique
- Elles sont toutes anthropophiles:
Trichophyton violaceum ou *soudanense*



Les atteintes des phanères

❑ Les teignes suppurées ou Kérions ou teigne inflammatoire

- Réaction immunitaire excessive vis-à-vis d'un dermatophyte animal (milieu rural).
- Inflammatoire et suppuratif: placards inflammatoires, peu ou pas squameux, évoluant vers une tuméfaction ponctuée d'orifices pilaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule le pus
- Peut atteindre la barbe et les sourcils; Présence d'adénopathies et parfois de fièvre.
- L'évolution: alopecie cicatricielle définitive

Les atteintes des phanères

□ Les teignes faviques (favus)

- due à *T. Schönleini*.
- Elle réalise des plaques alopeciques, arrondies, recouvertes de squamocroûtes, à dépression cupuliforme (godets faviques),
- d'évolution cicatricielle (alopécie définitive).

Diagnostic mycologique: levures

Indications

- Atypie clinique ou doute diagnostic avant tout traitement
- Lésions récidivantes
- Résistance à un traitement adapté

Modalités

- Atteintes cutanéomuqueuses : prélèvement à l'écouvillon, scotch test
- Atteintes phanériennes : découpage d'un fragment de la tablette

Méthodes

Examen direct : recherche levures bourgeonnantes et filaments ou pseudo-filaments

Culture sur milieu de Saboureaud: pousse en 48 heures. L'isolement en culture de candida albicans à partir de :

- Sites cutanés : permet le diagnostic de candidose car absent de la peau saine++
- Sites muqueux : à interpréter en fonction de nombre de colonies car saprophytes des muqueuses digestives et génitales.

Diagnostic mycologique: dermatophytoses

Examen des lésions en lumière ultraviolette (lumière de Wood) : fluorescence variable selon l'agent pathogène

- Dermatophytose microsporique : fluorescence jaune-vert
- Dermatophytose trichophytique : absence de fluorescence
- Erythrasma : fluorescence rouge

Prélèvement des squames (grattage), des cheveux ou d'ongles atteints

- Examen direct : présence de filaments septés
- Culture sur milieu de Saboureaud (long délai : 3 à 4 semaines) : précise le champignon (Trichophyton) et l'espèce (T. rubrum)
- Biopsie (rares cas): la biopsie cutanée d'une dermatose inflammatoire qui retrouvera des filaments mycéliens par la coloration PAS.

Diagnostic

Diagnostic positif

- Clinique: arguments sémiologiques et épidémiologiques
- Confirmation: examen direct et culture (espèces)

Diagnostic différentiel

- ❑ **Dermatophytie:** eczéma annulaire, Psoriasis, PRG, Sjögren, Lupus subaigu
- ❑ **Pityriasis versicolor:** eczématides, vitiligo

Diagnostic

□ Intirtrigos:

Intertrigos des grands plis

- Psoriasis inversé : intertrigo vernissé, bien limité, pouvant être papuleux. Pas de pustules périphériques, ni de collerette desquamative.
- Eczéma de contact : très prurigineux, érythème, vésicules, suintement
- Intertrigo microbien : intertrigo douloureux, fissuraires (staphylo, strepto, pyocyanique)
- Erythrasma (intertrigo à corynébactéries) : fluorescence rouge à la lumière de Wood

Intertrigo des petits plis :

- Psoriasis, dysidrose, intertrigo à bacilles Gram négatif (intertrigo douloureux, répondant mal au traitement antifongique)

Diagnostic

Perlèches : syphilis des commissures labiales, dermatoses bulleuses, herpès

Atteinte peri-anale : anite streptococcique, macération, hémorroïdes

vulvovaginites

- Infectieuses : bactériennes, parasitaires (trichomonas)
- Inflammatoires : lichen scléreux (en particulier chez la femme ménopausée)
- Adénocarcinome intraépithélial (maladie de Paget)

Balanites :

- Infectieuses : syphilis secondaires, herpès génital
- Irritative (balanite de macération), inflammatoire (pso, balanite de Zoon, lichen scléreux)

Diagnostic

Onychomycoses

Onychomycoses dermatophytiques: Psoriasis ++++++; onychopathie post-traumatique (microtraumatismes de chaussures en particulier au niveau des gros orteils)

Onychomycoses candidosiques

- Périonyxis : périonyxis bactérien (staphylo), herpès
- Onyxis : psoriasis, lichen, eczéma, pelade, traumatisme, tumeur etc.

Teignes: Pelade, Psoriasis, DS, Fausses teignes amiantacées (ou les plaques du cuir chevelu ne sont pas alopéciques), Autres causes d'alopecie circonscrites cicatricielles ou non.

Sycosis trichophytique: pseudofolliculite de la barbe

Traitement

Principes : traitement des facteurs favorisants et traitement simultané de tous les foyers.

Le traitement des candidoses cutanéomuqueuses est local

Le traitement général est prescrit en cas d'atteinte

- étendue ;
- inaccessible à un traitement local simple ;
- associée à un contexte d'un déficit immunitaire (acquis ou congénital)

Traitement

Moyens

Antifongiques locaux : les topiques imidazolés sont la préférence. Application deux fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

- Imidazolés : clotrimazole, éconazole, fenticonazole ; isoconazole, kétoconazole, miconazole, fluconazole
- Pyridones : ciclopiroxolamine
- Allylamines : terbinafine, d'efficacité moindre.

Traitement

Antifongiques généraux : aucun n'est autorisé chez la femme enceinte

- Imidazolés : Fluconazole, Kétoconazole
- Polyènes : amphotéricine B (toxicité hématologique et rénale) ; nystatine (mycostatine suspension)
- Griséofulvine : fongistatique, et doit toujours être associé à un traitement local ; 1g/j chez l'adulte, 20mg/kg/j chez l'enfant; seul antifongique oral qui a une AMM chez l'enfant.
- Terbinafine : moins actives sur le candida
- Autres : itraconazole (sporanox)

Traitement

Indications

Candidoses buccales

- Chez l'immunocompétent : nystatine (Mycostatine, 4 à 8 comprimés à sucer) ; Fungizone suspension (4 CAC en deux prises quotidiennes) ; Daktarin gel buccal (deux cuillérées-mesure 4 fois par jours).

Les produits doivent être maintenus avec la muqueuse buccale pendant quelques minutes, et les soins doivent être réalisés à distance des repas. Durée du traitement : 1 à 3 semaines.

Traitements adjuvants : bains de bouche avec Eludril ou bicarbonate de sodium pour augmenter le PH buccal

Traitement

- Chez l'enfant et le NRS : Fungizone suspension (1 CAC/10kg/j en 2 à 3 prises ce qui équivaut à 50mg/kg/j) ; Daktarin gel buccal (une cuillérées-mesure (2,5ml) 4 fois/j).
- Chez l'immunodéprimé (Sida en particulier) : on associe à ce traitement local, un traitement par Trifulcan (100 à 200mg/j) ou Sporanox (200mg/j). Cures courtes de 5 à 15 jours

Traitement

Candidoses génitales :

Vulvovaginite simple : PEC Syndromique

- **1^{er} choix** : Métronidazole 2 g en PU le soir au cours des repas et Fluconazole 150 mg en prise unique par voie orale
- **2^{ème} choix**: Tinidazole 2 g en PU et Clotrimazole 500 mg un ovule le soir au coucher

Vulvovaginite et cervicite: PEC Syndromique

- **1^{er} choix** : Azithromycine 1g, par voie orale en PU; Ceftriaxone 500 mg en IM unique; Métronidazole 2 g en PU le soir
- **2^{ème} choix** : Azithromycine 1g, par voie orale en PU; Ceftriaxone 500 mg en IM unique; Tinidazole 2 g en PU par voie orale.

Balanite : crème d'antifongique pendant 1 à 3 semaines ; chercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire.

Traitement

Candidoses des plis : traitements antifongiques locaux (lotion, gel, poudre ou crèmes, pendant 2 à 4 semaines).

Dermatophytoses des plis

- Le traitement peut être local ou général.
- Atteintes isolées des plis, ou lésions de la peau glabre limitées en nombre et en étendue : traitement local pendant 2 à 3 semaines.
- Atteinte palmoplantaire, atteinte multiple de la peau glabre, associée à une atteinte unguéale ou pilaire : traitement systémique

Traitement

Candidoses unguéale :

- antifongiques locaux (solutions filmogènes ou crème sous occlusion ne suffiront qu'en cas d'atteinte modérée et distale.
- Le traitement général ne peut être fait qu'après identification mycologique (Trifulcan 150 à 300mg par jour pendant 6 semaines à 3 mois).

Dermatophytoses des ongles :

- Antifongiques locaux (solutions filmogènes ou crème sous occlusion ne suffiront qu'en cas d'atteinte modérée et distale.
- En cas d'atteinte matricielle, le traitement est systémique. Le traitement général ne peut être fait qu'après identification mycologique. La guérison ne s'observe qu'après la repousse de l'ongle : 4 à 6 mois pour les mains ; 9 à 12 mois pour les pieds.

Traitement

Teignes

- Traitement de 6 semaines jusqu'à guérison clinique et mycologique
- Il est impérativement local (imidazolés ou ciclopiroxolamine) et systémique (Griséo en première intention ; terbinafine en deuxième intention sauf chez l'enfant)
- Ne jamais exciser un kérion