

Atelier: Mycoses cutanéomuqueuses

Experte: Dre A.M. Thielen
Animateur: Dr. Y. Cottier

Colloque MPR
20 octobre 2010

1

Objectifs d'apprentissage

- Reconnaître la présentation clinique
- Identifier les méthodes diagnostiques
- Choisir le traitement approprié

Pour les:

- Onychomycoses
- Dermatophytoses

2

Vignette clinique 1

- H, 25 ans, footballeur professionnel
- Coloration brunâtre/épaississement des ongles orteils – début hallux droit
- Difficulté chaussage baskets/douleur marche
- Status :
Onychodystrophie, friabilité et coloration brunâtre jusqu'à la matrice de l'ongle

3



4

Vignette clinique 2

- Mme P.C, 25 ans, diabétique type I bien compensée, sportive, natation.
- Contrôle trimestriel de son diabète
- Taches blanches sur les ongles...
- Status : Taches blanchâtre, cotonneuses de la tablette unguéale

5



Leuconychie superficielle

6

Onychomycose

Quels sont les facteurs de risque?

7

Facteurs de risque Onychomycoses

- Onychodystrophie préexistante (mécanique, psoriasis...)
- Anomalies de la trophicité locale (insuffisance artérielle, diabète...)
- Intertrigo mycotique (pied d'athlète)
- Transpiration, vêtements, hygiène
- Age > 50 ans
- Génétique (immunité cellulaire...)
- Natation

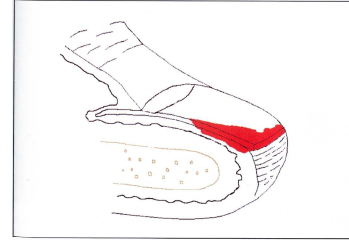
8

Onychomycose

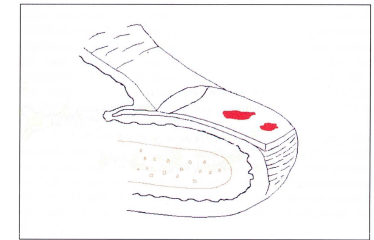
- Quelles sont les formes cliniques?

9

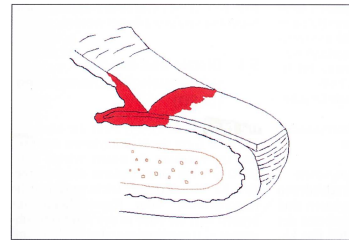
Onychomycose sous-unguéale distolatérale



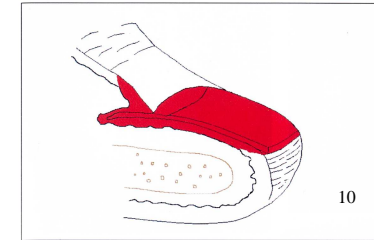
Onychomycose superficielle blanche



Onychomycose proximale sous-unguéale



Onychomycose totale dystrophique



10

Diagnostic

- Seulement 40% onychopathies = onychomycose chez personne âgée!

DD onychauxis/onychogryphose

Onychomycosis in the elderly AK Gupta Drugs and Aging 2000

- Examen direct/culture systématique si traitement systémique envisagé car:

1. Traitement longue durée
(main 2-4 mois/pied 3-6 mois)
2. Traitement coûteux
3. Effets secondaires

BL Hainer Dermatophyte infections Am Fam Phys 2003

11



12

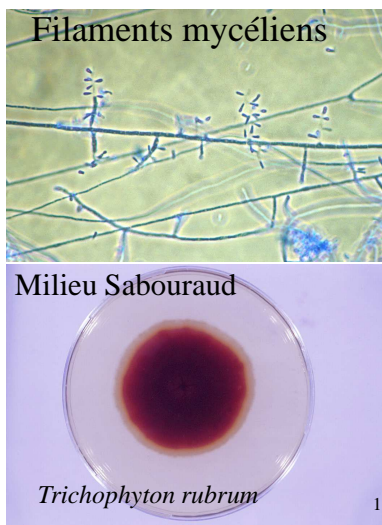
Diagnostic de laboratoire (1)

Examen direct

- KOH 20% sensibilité 75%
- Blankophor

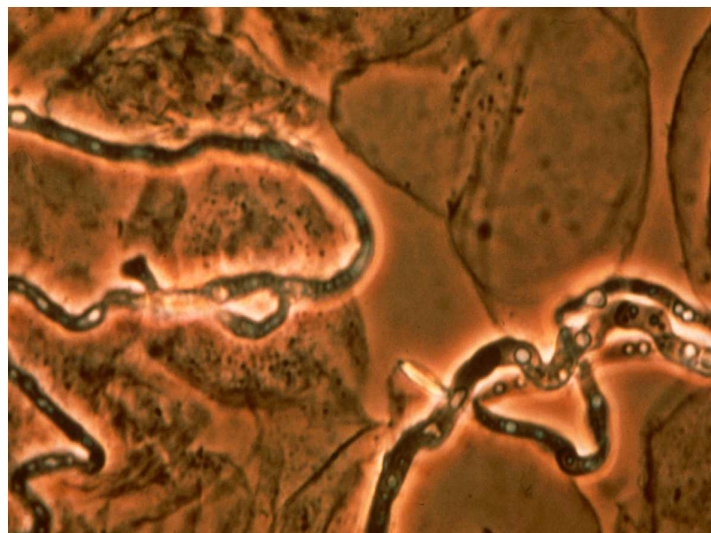
Cultures:15-21j

Surface
Couleur



Blankophor 0,1% dans 10% Na₂S: 1 min
Microscope à fluorescence

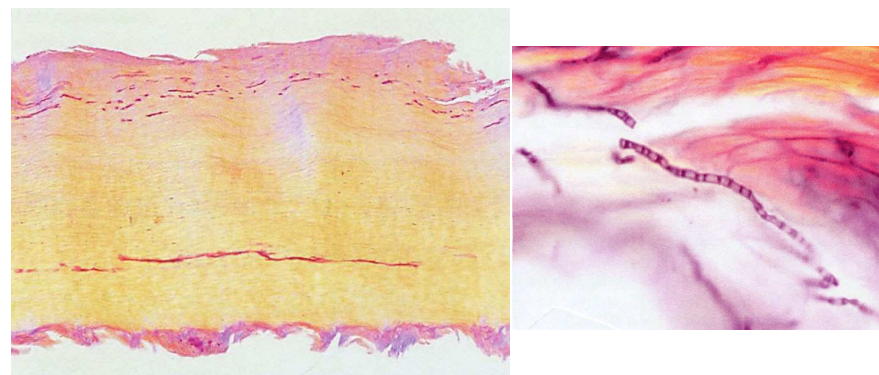
14



KOH

15

Diagnostic histologique



Coloration PAS : filaments dans la tablette unguéale

16

Onychomycose

Diagnostic différentiel?

17

Diagnostic différentiel

- Onychopathie bactérienne (pseudomonas - pyocyanine...)
- Onychodystrophie mécanique/onychogryphose
- Psoriasis des ongles
- Onychodystrophie médicamenteuse
- Eczéma atopique
- Lichen plan unguéal
- Alopecia areata
- Syndrome xanthonychique
- Pachyonychie congénitale

18

Onychodystrophie mécanique



Acrodermatite continue de Hallopeau/Pso



Lichen plan



Alopecia areata

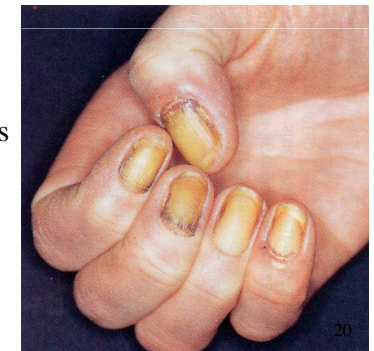


Pachyonychie congénitale



Maladie héréditaire
Enfance

Syndrome des ongles
xanthonychiques



20

Quand traiter?

- Discussion au cas par cas...
- Pas de demande du patient (majorité...)
- Traitement à visée cosmétique (doigts)
- Traitement en cas de symptomatologie (chaussures/marche douloureuse...)
- Traitement chez patients à risque (diabète, IS...) – risque ulcère/cellulite

Onychomycosis BE Elewski Am J Clin Dermatol 2000

21

Onychomycose

Traitement topique

vs

Traitement systémique?

22

Traitement combiné topique/systémique:

Formes sévères et étendues

Epaississement net tablette unguéale (plus de 4 mm)

Avantage:

Traitement systémique (matrice/lit unguéal)

Traitement topique (dos tablette unguéale)

Terbinafine ou Itraconazole?

Profil d'efficacité et d'effets secondaires semblable

Terbinafine moins onéreux que t continu itraconazole

moins d'interactions médicamenteuses

Onychomycosis BE Elewski Am J Clin Dermatol 2000

23

Traitements topiques onychomycoses

Vernis: p.ex.

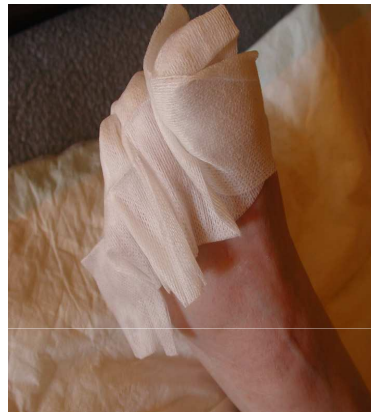
- Loceryl® (Amorolfine) vernis 1 fois/semaine
- Amycor onychoset® (bifonazole/urée) 1X/jour

Onycholyse chimique

- Ramollissement de la table unguéale par l'urée 40%
- Ablation mécanique de la partie atteinte
- Onyster® 1X/jour pdt 3 semaines

Avulsion chirurgicale

24



Pâte à l'urée 40% sur les ongles
Pâte de Zinc au pourtour
en protection

changer tous les 2j x 2

25



Résultat

Les ongles sont ramollis, désépaissis voire enlevés

26

Traitements

• Systémiques (guérison +/- 80%)

- **Terbinafine:** dermatophytes
 - Ongles 250 mg/j pdt 12 sem (orteils)/ 6 sem (mains)
 - Tinea corporis: 250 mg/j 2 semaines
- **Azolés:** action sur la membrane cellulaire
 - **itraconazole** = candida, dermatophytes, certaines moisissures
 - **fluconazole** = surtout candida sp 150mg 1X/sem 6-12 mois

Terbinafine (Lamisil®) - Dermatophytes

CI: hépatopathie préexistante/IR/ hypersensibilité

Effets secondaires graves (rares):

1. Hépatite médicamenteuse (ASAT/ALAT avant traitement + suivi si hépatopathie)
1. Toxidermie sévère (PEAG/SJ/Lyell)

Itraconazole (Sporanox®)

- Dermatophytes, candida, moisissures

Dosage:

- **Onychomycose:**
200mg/jour pdt 3 mois (orteils)/pdt 6 sem (doigts)
200mg 2X/jour 1sem/4 pdt 3 mois (orteils)/2 mois (doigts)
- **Tinea corporis:**
100mg/jour pdt 2 sem

CI: Hypersensibilité/IC/grossesse/allaitement

Effets secondaires:

- Hépatopathie
- CAVE: Interactions CYP3A4
(astemizole, simvastatin, lovastatin, midazolam, triazolam, cisapride, quinidine, pimozone, coumadin...)

Coût de 3 mois de traitement:

- Terbinafine: +/- 300 CHF
- Itraconazole traitement continu: +/- 600 CHF
- Itraconazole traitement intermittent: +/- 260 CHF

Compendium Suisse médicaments 2010

Quel est le taux de récurrence?

Taux de récurrence

- Taux de récurrence: 5% to 20%
- Réinfection / réexposition / prédisposition génétique
- Prévention réexposition/réinfection:
 - sandales espaces publics (piscine...)
 - poudres antifongiques chaussures
 - chaussettes en coton
 - chaussures adaptées
 - antifongiques 1 fois/semaine

Vignette clinique 3

- F, 54 ans, BMI à 32, deux lésions du tronc, apparues il y a trois semaines, croissance centrifuge
- Diabétique NIR sous traitement par metformine (Glucophage) 500 mg 2x/j
- HTA bien contrôlée sous Enalapril 10 mg le matin

33

Vignette clinique 3

Deux lésions érythémato-squameuses, annulaires avec impression de pseudoguérison centrale et une broderie inflammatoire (6 cm /10 cm sous le sein G)



34

Vignette clinique 3

- Quelles informations complémentaires recherchez-vous ?

35

Vignette clinique 3

- La patient à un chat
- Pas de notion de contagé avec une tierce personne
- Pas de notion de voyage

36

Points-clé Tinea corporis:

- **Localisation fréquentes:**

Tronc et bras - Rarement sur les membres inférieurs

- **Mode de transmission:**

Contact peau à peau (enfants, sport) ou avec un animal (chat, chien, cochon d'inde ...)

Transmission depuis un pied d'athlète

- **DD:**

Psoriasis? Eczéma nummulaire? ECM ? PRG ?
LEC/LESA ? Granulome annulaire ? PV? Syphilis 2^{aire}

37

Tinea corporis Diagnostic Différentiel:

Granulome annulaire:



LESA:



38

Tinea corporis Diagnostic Différentiel:

Erythème migrant:



Eczéma nummulaire:



39

Tinea corporis: diagnostic et traitement

- Recherche de mycélium à l'examen direct (Blankophor/KOH)
- Une culture n'est pas indispensable
- Traitement topique généralement suffisant:
ex. Terbinafine (Lamisil®) crème 1-2x/jr
- appliquer 2 cm autour de lésions
- Traitement systémique si infection sévère/réfractaire

40

Vignette clinique 4 M B 32 ans:

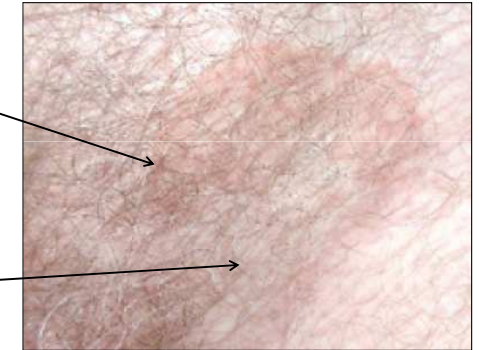
- 32 ans, BSH
- Très sportif, joue du Rugby 4x/sem, jogging tous les matin 30-60 min
- Lésions inguinales, apparues il y a un mois, qui s'étendent progressivement

41

Vignette clinique 4 M B 32 ans: Status

Lésion érythémateuse, légèrement squameuse, à bordure nette active

Pseudoguérison centrale



42

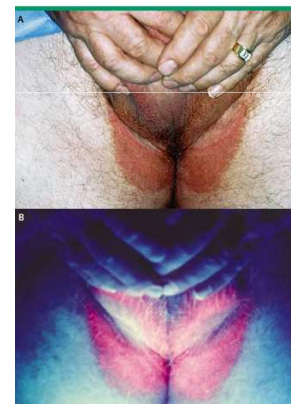
Tinea cruris:

- **Localisation:**
Plis inguinaux, scrotum
- **Facteur de risques:**
Port de vêtements serré, obésité, sport
- **Diagnostic différentiel:**
Psoriasis inversé, candidose, erythrasma... 43

Tinea cruris: diagnostic différentiel

Erythrasma: infection bactérienne à corynébactéries

Candidose:



Bord émiétté

Lésion pustuleuses satellites

44

Tinea cruris: diagnostic différentiel

Psoriasis inversé:



45

Tinea cruris - Traitement

- Diminution macération: ex. AgNO₃ 0.5% 1 fois/jour
- Traitement topique 1 fois/jour pdt 1-2 semaines – préférer poudres à excipients gras
- Traitements systémiques en cas de forme étendue/inflammatoire

46

Messages-clés

- Dermatophytoses = pathologie fréquente
- Diagnostic basé sur anamnèse, examen clinique et complémentaires
- Traitement topique généralement suffisant tinea corporis
- Traitement systémique réservé aux formes sévères tinea corporis, tinea capitis et onychomycose
- Culture systématique si traitement longue durée envisagé

47