

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

Objectifs

- Diagnostiquer un impétigo, une folliculite, un furoncle, une dermo-hypodermite bactérienne (DHB) et ses signes de gravité.
- Connaître les principes du traitement de l'impétigo, de la folliculite, du furoncle, de la dermo-hypodermite bactérienne.
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des infections cutané-muqueuses à *Candida sp.*, cutanées à *Malassezia sp.*, et des phanères (teignes, onychomycoses).
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.

Points importants

Infections cutanées bactériennes

- Les infections cutanées à pyogènes sont dues principalement à *Staphylococcus aureus* et à *Streptococcus pyogenes* (également appelé Streptocoque β -hémolytique du groupe A).
- L'impétigo est une infection très contagieuse de l'épiderme due à *S. aureus*, ou *S. pyogenes*, ou aux deux. Un traitement local est le plus souvent suffisant.
- Folliculites et furoncles sont des infections du follicule pilo-sébacé. Une antibiothérapie générale est indiquée dans les furoncles de la face en raison du risque de staphylococcie maligne.
- L'abcès cutané est le plus souvent lié à *S. aureus*. Le traitement est essentiellement chirurgical.
- L'érysipèle est une dermo-hypodermite non nécrosante essentiellement due à *Streptococcus pyogenes*. Le diagnostic est clinique. Le traitement repose sur l'antibiothérapie (amoxicilline).
- La dermo-hypodermite bactérienne nécrosante est une infection rare mais gravissime, liée également à *S. pyogenes* en association avec d'autres bactéries. La distinction clinique précoce avec l'érysipèle est fondamentale, le pronostic étant lié à la rapidité de la prise en charge médico-chirurgicale. Sur le plan clinique, il existe des signes de sepsis grave associés à des lésions nécrotiques.

(Suite Points importants)

Mycoses superficielles

- Infections fréquentes et bénignes de l'épiderme et des phanères, dues à des champignons.
- Diagnostic essentiellement clinique, confirmé par les prélèvements mycologiques.
- Parmi les agents responsables, on distingue :
 - Les dermatophytes, champignons filamenteux kératinophiles, responsables de dermatoses, d'onyxis (atteintes unguéales) et de teignes ;
 - Les levures représentées par le genre *Candida*, saprophytes des cavités naturelles de l'homme, infectant la peau, les muqueuses et les ongles, et par *Malassezia furfur*, saprophyte fréquent de la peau, responsable du *pityriasis versicolor* et de la dermite séborrhéique.
- Traitement associant toujours la suppression des facteurs favorisants + un traitement antifongique local ou systémique.
- Traitement antifongique le plus souvent local, sauf en cas de teigne, d'onyxis à dermatophytes avec atteinte matricielle, et d'onyxis candidosique nécessitant un traitement systémique.

CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. SPILF et SFD. Janvier 2000.

1 Bases pour comprendre

Les infections bactériennes sont essentiellement dues à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes* (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A). En France, les staphylocoques dorés communautaires sont sensibles à la méticilline dans > 95 % des cas : l'antibiotique de référence est la pénicilline M (cloxacilline antibiotique par contre peu actif sur les streptocoques). *Streptococcus pyogenes* est sensible à la pénicilline dans 100 % des cas : l'antibiotique de référence est l'amoxicilline. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, dans les infections à staphylocoques ou streptocoques on utilise la pristinamycine ou la clindamycine.

Les infections mycosiques sont essentiellement dues à *Candida sp* et aux dermatophytes. Les traitements de référence sont les azolés en application locale, et la gri-séofulvine *per os* pour les teignes.

2 Infections bactériennes

1. Diagnostiquer et traiter un impétigo

▪ Physiopathologie

Infection de la couche cornée de l'épiderme.

Étiologie staphylococcique le plus souvent (70 %), ou streptococcique (30 %) parfois liée à l'association des deux.

Maladie non immunisante : récurrences possibles.

▪ Épidémiologie

Infection cutanée bactérienne la plus fréquente chez l'enfant, plus volontiers en milieu défavorisé. Très contagieuse par manuportage : épidémies intra-familiales ou scolaires.

▪ Diagnostic clinique

Le diagnostic est clinique (PUE6-152-1). Prélèvement bactériologique réservé aux études épidémiologiques ou aux échecs de traitement : prélèvement d'une vésicule ou d'une bulle non rompue.

PUE6-152-1 : Impétigo



Photo B. Fouilloux - © CMMT - Alinéa Plus

▪ Forme habituelle

- Lésion élémentaire : vésico-bulle, sur peau inflammatoire.
- Lésion superficielle et fragile, se rompant rapidement pour laisser la place à une érosion suintante puis croûteuse, volontiers jaunâtre (croûte « mélicérique »).
- Regroupement des lésions en placards polycycliques.
- Classiquement régions péri-orificielles : surtout péri-buccales, mais aussi péri-anales ou péri-génitales chez le nourrisson. Toutes les zones de la peau peuvent être touchées.
- Parfois adénopathie satellite.
- Apyrexie.
- Guérit sans laisser de cicatrice.

▪ Formes particulières

- Impétigo péri-anal ou péri-génital des nourrissons (« pemphigus épidémique des crèches ») : étiologie staphylococcique, par macération dans les couches.
- Impétiginisation : surinfection d'une dermatose prurigineuse (eczéma, varicelle...). En dehors de ce contexte, évoquer systématiquement gale et pédiculose.
- Ecthyma : impétigo creusant nécrotique. Adultes, plus volontiers diabétiques ou éthyliques. Membres inférieurs. Étiologie streptococcique. D'abord épaisse croûte noi-

âtre entourée d'un halo inflammatoire, qui laisse une ulcération profonde dans le derme. Laisse une cicatrice.

▪ Complications

Affection bénigne qui pose surtout des problèmes de contagiosité, l'impétigo se complique très rarement.

- Locales (très rares) : abcès sous-cutané, lymphangites
- Systémiques : la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique est une complication exceptionnelle (< 300 cas/an en France), et survient surtout après une forme profuse. Sa rareté justifie l'absence de dépistage systématique après un impétigo. Elle n'est pas prévenue par l'antibiothérapie.

▪ Traitement

Mesures générales

- Éviction scolaire jusqu'à guérison complète.
- Hygiène : douche quotidienne, ongles coupés courts, lavage des mains.
- Antiseptiques locaux pluriquotidiens.
- Antibiothérapie :
Formes peu étendues (< 2 % de la surface corporelle et ≤ 5 sites lésionnels) : pommade antibiotique (acide fusidique ou mupirocine) 2-3 fois par jour pendant 5 j.
Formes plus étendues : antibiotiques *per os* (amoxicilline-acide clavulanique pour lequel existe une forme buvable, pristnamycine si allergie mais l'absence de forme buvable et le dosage du comprimé ne la rendent utilisable qu'à partir de 6 ans) pendant 7 j.

2. Diagnostiquer et traiter une folliculite

▪ Physiopathologie

- *S. aureus* est l'agent causal principal.
- Infection du follicule pilo-sébacé.
- Facteurs favorisants : macération, frottements, rasage

▪ Diagnostic clinique

- Lésions papuleuses érythémateuses centrées par des poils, évoluant vers des pustules.
- Pas de cicatrice.
- Sites préférentiels : zones de frottements (périnée, cuisses, dos).
- Apyrexie.
- Formes particulières : orgelet (centré par un cil), sycosis (poils durs : barbe et pubis) lié aux rasages répétés.
- Diagnostics différentiels :
Folliculites à bacilles Gram négatif.
Folliculites trichophytiques.
Acné.

▪ Traitement

- Hygiène : douche quotidienne, vêtements propres quotidiens, éviter sous-vêtements synthétiques pour limiter la macération.
- Antiseptiques pluriquotidiens.
- Sycosis : mousse à raser antiseptique, rasoirs jetables, espacer le rasage.
- Antibiotiques *per os* uniquement dans les formes profuses : amoxicilline-acide clavulanique, pristnamycine si allergie.

3. Diagnostiquer et traiter un furoncle

■ Physiopathologie

- Folliculite profonde et nécrosante de l'ensemble du follicule pilo-sébacé.
- *S. aureus*, parfois sécréteur d'une toxine : la leucocidine de Panton-Valentine (PVL), dans les furunculoses.
- Les localisations médio-faciales peuvent se compliquer de staphylococcie maligne. Les furoncles peuvent également être à l'origine de bactériémies et localisations staphylococciques secondaires.

■ Diagnostic clinique

- Nodule inflammatoire, douloureux, constituant après quelques jours de maturation une zone nécrotique en son centre : le bourbillon.
- Facteurs favorisants : macération, frottements.
- Cicatrice séquellaire.
- Apyrexie, sauf si forme profuse ou compliquée.

■ Formes cliniques

- Anthrax : conglomérat de plusieurs furoncles.
- Furonculose : répétition de furoncles souvent multiples. Souvent liée au portage nasal persistant de staphylocoque doré, avec possibilité de dissémination dans l'entourage. La recherche de terrain favorisant (diabète, immunodépression) est le plus souvent négative.

■ Complications

Locorégionales

- Abscès sous-cutané,
- Lymphangite,
- Dermohypodermite aiguë,
- Staphylococcie maligne de la face : complication d'un furoncle centro-facial, le plus souvent suite à une manipulation intempestive. Survenue brutale d'un placard extensif du visage, associé à une fièvre et souvent des frissons. Hospitalisation et traitement antibiotique urgents, du fait du risque de thrombophlébite du sinus caverneux.

Systémiques

- Porte d'entrée de bactériémies à *Staphylococcus aureus*, avec risque de greffe secondaire : endocardites, infections ostéo-articulaires (arthrites aiguës, spondylodiscites, infections de prothèse)...

■ Bilan étiologique

Inutile pour une forme sporadique non compliquée.

Pour les furunculoses ou les formes compliquées :

- Numération formule sanguine (neutropénie, lymphopénie),
- Dépistage VIH,
- Électrophorèse des protéines plasmatiques,
- Glycémie à jeun,
- Recherche de portage nasal.

■ Traitement

- Hygiène : pas de manipulation intempestive, douches quotidiennes, vêtements propres quotidiens, éviter rasage, éviter les sous-vêtements synthétiques en cas d'atteintes périnéales ou fessières, éviter vêtements trop serrés si atteinte de zones de frottement (cuisses).
- Antiseptiques locaux
- Incision chirurgicale, si abcès
- Antibiotiques systémiques : réservés aux formes à risque

de complication (région centrofaciale, immunodéprimé) : amoxicilline-acide clavulanique *per os*, ou pristinamycine/clindamycine en cas d'allergie. Durée : 7 j.

- Furonculose : après prélèvement d'une lésion (en cas d'abcès) ou écouvillonnage nasal ou pharyngé (gîtes de portage avec le périnée, les aisselles, et l'anus), permettant l'obtention d'un antibiogramme et la recherche éventuelle d'une toxine PVL (examen non réalisé en routine), on associe :

- Mesures d'hygiène vues plus haut,
- Effets de toilette personnels (contagiosité),
- Antiseptiques locaux,
- Antibiothérapie antistaphylococcique *per os* pendant 7 jours en cas de lésions multiples actives, suivie d'une décontamination des sites de portage pendant 5 jours (douche antiseptique quotidienne, pommade antibiotique x 2/j (mupirocine) dans les vestibules nasaux).

4. Diagnostiquer et traiter une dermohypodermite bactérienne

Le point essentiel est de savoir différencier une dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante (érysipèle), qui est une maladie fréquente et d'évolution généralement favorable, d'une dermohypodermite aiguë bactérienne nécrosante, pathologie rare mais urgence médico-chirurgicale absolue (pronostic directement lié à la rapidité de prise en charge).

■ Dermohypodermite aiguë bactérienne non nécrosante : érysipèle

Physiopathologie

Dermohypodermite bactérienne aiguë, localisée, non nécrosante.

- *Streptococcus pyogenes* essentiellement, plus rarement streptocoque β -hémolytique des groupes B, C et G.
- La sensibilité de ces bactéries à la pénicilline est de 100 %.
- La symptomatologie inflammatoire bruyante est liée à un phénomène de superantigène responsable d'une réaction inflammatoire explosive.
- Contrastant avec cette clinique bruyante, la prolifération bactérienne est peu intense : positivité des hémocultures dans < 10 % des cas.

Diagnostic

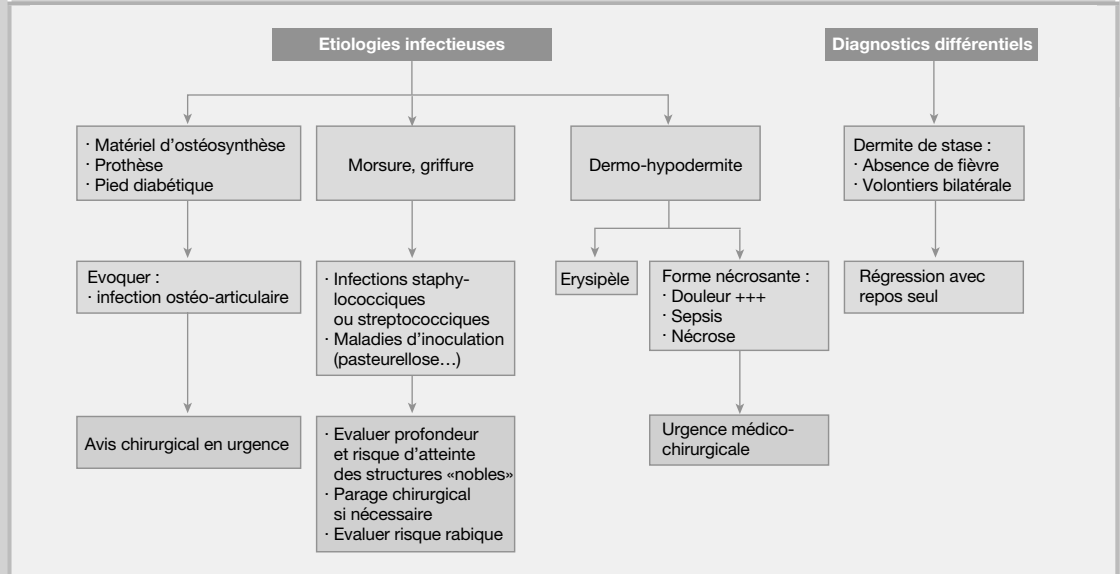


Photo Pierre Tattévin - © CMT - Allinea Plus

Notes

Notes

FUE6-152-1 : Orientations diagnostiques devant une grosse jambe rouge aiguë



Avant tout clinique (PUE6-152-2)

- Placard inflammatoire (rouge, chaud, douloureux), de début brutal, d'extension rapide, unilatéral.
- Bourrelet périphérique (limite nette et surélevée du placard inflammatoire) le plus souvent au visage.
- Décollement bulleux et purpura localisé possibles, sans être des critères de gravité.
- Fièvre, ± frissons.
- Adénopathie satellite et/ou lymphangite inconstantes.
- Localisation : membres inférieurs (90 %), visage (5-10 %), membres supérieurs (si antécédent de curage ganglionnaire axillaire), thorax (antécédents de thoracotomie).
- Porte d'entrée trouvée dans ¾ des cas, parfois minime : intertrigo, piqûre, plaie...
- Terrain favorisant : lymphoedème, insuffisance veineuse, obésité.

Signes négatifs

- Pas de signes de gravité du sepsis, pas de nécrose, qui doivent faire suspecter une dermo-hypodermite nécrosante

Diagnostiques différentiels (FUE6-152-1)

- Dermo-hypodermite de stase (sur insuffisance veineuse) : souvent bilatérale, d'évolution subaiguë/chronique, sans fièvre, régression avec le repos, pas de syndrome inflammatoire biologique
- Dermo-hypodermite nécrosante : signes de gravité du sepsis et douleur intense sont les signes qui doivent alerter précocement avant l'apparition des placards d'hypoesthésie superficielle et la nécrose.
- Dermo-hypodermite à *Staphylococcus aureus* : s'étendant à partir d'un mal perforant plantaire chez le diabétique, à partir d'un point d'injection (ex : toxicomanie IV). Présence fréquente de pus.
- Infection du site opératoire : infection de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse ostéo-articulaire.
- Morsure, griffure.

Évolution

- Disparition de la fièvre et amélioration de la douleur sous traitement antibiotique en général dans les 48-72 h. Le placard inflammatoire et l'œdème régressent plus lentement, d'autant plus lentement qu'ils sont intenses au départ (en une à deux semaines en général).
- L'absence d'amélioration doit faire suspecter un abcès sous-cutané ou une forme nécrosante évoluant à bas bruit, et une étiologie non streptococcique (après avoir éliminé un sous-dosage antibiotique)
- Mortalité < 1 %, liée essentiellement à la décompensation de comorbidités.

Examens complémentaires

- Non pratiqués en routine en cas de diagnostic évident, avec une forme typique non compliquée.
- NFS et CRP montrent un syndrome inflammatoire.
- Hémocultures positives dans < 10 % des cas.
- Prélèvements locaux : sans intérêt pour l'érysipèle.

Traitement

- Le traitement peut se faire en ambulatoire.
- Hospitalisation si :
 - Doute diagnostique,
 - Signes généraux importants ou mal supportés,
 - Risque de décompensation de pathologie associée (diabète, insuffisance cardiaque...),
 - Contexte social difficile (isolement) et/ou doutes sur l'observance (alcoolisme, démence...),
 - Pas d'amélioration dans les 72 h, ou extension sous traitement (d'où l'intérêt de délimiter la zone inflammatoire au feutre).
- Antibiothérapie
 - Amoxicilline en 1^{re} intention : *per os* si possible, à posologie suffisante adaptée au poids (sous-dosage = risque d'échec, diffusion médiocre de l'amoxicilline dans les tissus mous).
 - Durée 7-10 j.
 - Pristinamycine *per os* si allergie (ou clindamycine en

2^e intention, mais 15 % de résistance des streptocoques du groupe A).

- Traitement symptomatique
 - Antalgiques,
 - Repos au lit avec surélévation du membre inférieur jusqu'à régression des phénomènes inflammatoires,
 - Anticoagulation préventive uniquement si facteurs de risque de thrombose.
- Traitement de la porte d'entrée (intertrigo inter-orteil),
- Prévention antitétanique si nécessaire,
- Prévention des récidives (30 % des cas) :
 - Traitement de la porte d'entrée et des facteurs favorisants (intertrigo inter-orteil, macération, hygiène)
 - Traitement de l'insuffisance veino-lymphatique après l'épisode aigu : contention, drainages, perte de poids...
 - Injections de benzathine benzylpénicilline toutes les 2 à 3 semaines, pendant au moins 6 mois si > 4 épisodes/an et échec des mesures précédentes.

▪ Dermohypodermite bactérienne aiguë nécrosante et fasciite nécrosante

Physiopathologie

- Contrairement à l'érysipèle, prolifération bactérienne intense avec nécrose.
- La nécrose évolue de la profondeur (hypoderme) vers la superficie : lésions profondes beaucoup plus sévères que ce qu'on peut visualiser à l'examen clinique.
- Urgence médico-chirurgicale.
- Rare, 100 fois moins fréquente que l'érysipèle, mais grave : 30 % de mortalité.
- Bactéries responsables : *Streptococcus pyogenes* le plus souvent, en association avec d'autres bactéries (variant selon les sites atteints).
- Terrain favorisant : diabète présent dans ¼ des cas (volontiers mal équilibré), artériopathie, mauvais état général.
- La prise d'AINS est fortement suspectée de favoriser l'évolution nécrosante.

Présentation clinique (PUE6-152-3)

La présentation initiale est celle d'un érysipèle, mais certains signes doivent faire suspecter une forme nécrosante :

- Signes de gravité du sepsis.
- Douleur intense, non soulagée par des antalgiques de palier 1 ou 2, s'étendant au-delà des zones inflammatoires
- Induration des tissus au-delà des lésions visibles (difficile à percevoir si terrain de lymphoedème).
- Évolution défavorable malgré antibiothérapie adaptée au diagnostic initial d'érysipèle
- Extension rapide (entourer les zones inflammatoires au crayon).
- À un stade plus tardif : apparition de placards grisâtres hypoesthésiques au toucher (ce qui contraste avec la douleur spontanée, l'hypoesthésie étant liée à la nécrose des récepteurs de la sensibilité superficielle), évoluant vers la nécrose.
- Crépitation possible en cas d'association à des bactéries anaérobies.

PUE6-152-3 : Dermohypodermite bactérienne nécrosante du membre supérieur à streptocoque A



Photo F. Simon - © CMT - Alléa Plus

Topographie :

- Membres inférieurs le plus souvent
- Formes cervico-faciales, plutôt après chirurgie ORL (risque de médiastinite).
- Formes thoraco-abdominales : après chirurgie thoracique ou digestive.
- Formes périnéales (gangrène de Fournier) : chirurgie ou procédure digestive ou urologique.

Diagnostic

Dès le diagnostic suspecté, il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale.

- Bilan préopératoire
- Bactériologie : hémocultures en urgence, prélèvements per-opératoires (aéro-anaérobies) +++
- L'imagerie n'a pas d'intérêt à ce stade (va retarder la prise en charge) : la TDM ou l'IRM pourront être utiles pour guider les chirurgiens dans les chirurgies de reprise après la prise en charge initiale.

Traitement

- Urgence médico-chirurgicale
- Débridement chirurgical large de l'ensemble des tissus nécrosés, avec reprise si besoin à plusieurs reprises les jours suivants tant que réapparaissent des zones de nécrose. Amputation parfois nécessaire. Dérivation digestive (colostomie de décharge) et/ou urinaire dans les formes périnéales.
- Antibiothérapie intraveineuse à fortes doses :
 - Formes des membres ou région cervico-faciale : association β -lactamine + inhibiteur de β -lactamase (amoxicilline + acide clavulanique) + clindamycine (effet anti-toxinique, diffusion)
 - Formes abdomino-périnéales : β -lactamine à large spectre (pipéracilline + tazobactam, ou imipénème) + métronidazole (pour son action anti-*Clostridium*).
 - Toxicomane : amoxicilline + acide clavulanique, ou pénicilline M, \pm couverture anti-SARM (vancomycine par exemple).
- Adaptation de l'antibiothérapie aux prélèvements per-opératoires,
- La durée du traitement antibiotique est de 14 à 21 jours,
- Réanimation,
- Prise en charge des défaillances d'organe(s),
- Prise en charge des comorbidités,
- Traitement de la porte d'entrée,
- Prévention antitétanique si nécessaire,
- Dans un second temps, si nécessaire, chirurgie reconstructrice (lambeaux, greffes...).

3 Mycoses superficielles

Infections de la couche cornée de l'épiderme, des muqueuses et des phanères (ongles, cheveux et poils), par des champignons. Fréquentes, bénignes, n'entraînant ni fièvre ni anomalie biologique, leur diagnostic orienté par la clinique est confirmé par le prélèvement mycologique avec examen direct et culture. Exceptionnellement, elles peuvent être la porte d'entrée de mycoses systémiques chez les sujets fortement immunodéprimés.

1. Bases communes de prise en charge

- Supprimer les facteurs favorisants.
- Diagnostic clinique, confirmé par les prélèvements mycologiques locaux, notamment pour les infections à dermatophytes et/ou les formes résistantes au traitement.
- Traitement local sauf pour les teignes, les onyxis (infections unguéales) à dermatophytes avec atteinte matricielle et les onyxis candidosiques (TUE6-152-2).

2. Infections cutanéomuqueuses à *Candida*

- **Intertrigo des grands plis**
 - Localisations possibles : plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux, interfessier.
 - Facteurs favorisants : macération, diabète, obésité, manque d'hygiène, antibiothérapie systémique.
 - Aspect clinique : érosion linéaire érythémateuse, bordée par une collerette squameuse avec vésiculopustules, souvent suintante, malodorante et prurigineuse.
 - Diagnostic clinique. Si doute ou résistance au traitement, prélèvement mycologique local : à l'examen direct, présence de levures bourgeonnantes avec ou sans pseudofilaments.
 - Traitement : suppression des facteurs favorisants (éviter macération +++ : sous-vêtements coton, séchage soigneux des plis après toilette). Traitement par topiques d'amphotéricine B ou azolés.
- **Périorionyx et onyxis à *Candida***
 - Clinique : périorionyx, avec bourrelet inflammatoire péri-unguéal pouvant suppurer. L'ongle peut être secondairement atteint à partir du bord proximal et prend une teinte jaunâtre. Evolution chronique (par opposition aux périorionyx bactériens d'évolution aiguë).
 - Localisation : mains, exceptionnellement les orteils.
 - Facteur favorisants : exposition des mains à l'humidité et aux détergents (femmes de ménage +++).
 - Diagnostic : prélèvement du pus à l'écouvillon pour examen direct et culture.
 - Diagnostic différentiel : périorionyx bactérien (staphylocoque doré, streptocoque), onyxis à dermatophytes.
 - Traitement : port de gants, antifongique azolé systémique (fluconazole).
- **Vulvo-vaginite à *Candida***
 - Clinique : érythème et œdème vulvo-vaginal, prurit, brûlures vaginales, dyspareunie, leucorrhées blanchâtres.
 - Facteurs favorisants : antibiothérapie systémique, diabète, grossesse.
 - Prélèvement local pour examen direct et culture.

- Traitement : savon alcalin, nystatine ou azolés en ovules gynécologiques. En cas d'échec, fluconazole *per os*.

- **Balanite et balano-posthite**

- Inflammation du gland et du prépuce.
- Enduit blanchâtre dans le sillon balano-préputial, prurit.
- Prélèvement local pour examen direct et culture.
- Traitement local par dérivé azolé pendant 1 semaine. En cas d'échec, fluconazole *per os*.

- **Candidose buccale**

- Langue et muqueuses jugales inflammatoires avec sensation de brûlure (forme érythémateuse), puis apparition d'un enduit blanchâtre plus ou moins confluent (muguet).
- Perlèche fréquemment associée : fissure douloureuse de la commissure labiale.
- Facteurs favorisants : personnes âgées, prothèses dentaires, nourrisson, antibiothérapies systémiques.
- En l'absence de facteur favorisants ou sur forme récidivante : dépistage VIH +++.
- Diagnostic clinique. Prélèvement local pour examen direct et culture, si doute diagnostique, échec du traitement local, ou récurrence
- Traitement local : Amphotéricine B ou nystatine en solution buvable, ou miconazole en comprimé muco-adhésif. Durée de traitement : 7 j.
- Azolé (fluconazole) par voie générale pour les formes profuses et/ou résistantes et/ou de l'immunodéprimé, pendant 7 à 14 j.

3. Infections cutanées à *Malassezia furfur*

Malassezia furfur est une levure lipophile commensale dont la prolifération sur la peau grasse est favorisée par la sudation, l'humidité, la chaleur : manifestations fréquentes l'été ou lors de voyages sous les tropiques.

- **Pityriasis versicolor**

- Macules individualisées puis confluentes, rosées puis chamois, achromiques après exposition solaire.
- Non prurigineuses.
- Cou et partie supérieure du tronc (zones riches en glandes sébacées).
- Diagnostic : «scotch test cutané» et examen microscopique (spores et filaments courts). Culture inutile.
- Traitement : gel moussant kétoconazole.

- **Dermite séborrhéique**

- Dermatose chronique fréquente (prévalence 1-3 % de la population).
- Localisation la plus fréquente : le visage.
- Clinique : plaques plus ou moins érythémateuses, recouvertes de petites squames grasses blanchâtres dans les zones où prédomine la séborrhée : sillons naso-labiaux, sourcils, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu. Prurit possible.
- Terrain : surtout hommes adultes.
- Formes cliniques : formes du cuir chevelu (pityriasis capitis) fréquentes chez le nourrisson («croûtes de lait»), formes érythrodermiques étendues.
- Facteurs favorisants : VIH, maladie de Parkinson et syndromes extrapyramidaux iatrogènes, alcoolisme chronique.

- Diagnostic : clinique
- Traitement : kétoconazole en gel moussant ou ciclopiroxolamine en topique ± dermocorticoïdes dans les formes très inflammatoires.

4. Infections à dermatophytes

- Trois genres de dermatophytes : *Microsporum sp*, *Epidermophyton sp*, *Trichophyton sp*.
- Trois types de réservoir : tellurique, humain, animal.
- Absence d'atteinte muqueuse.
- Diagnostic confirmé par les prélèvements mycologiques (examen direct, culture).
- Recherche de cas dans l'entourage.
- Traitement : suppression ou traitement des facteurs favorisants, traitement médicamenteux toujours local et parfois général.
- **Intertrigo des petits plis**
 - Principale porte d'entrée des érysipèles
 - Contamination par sols souillés de squames (piscines, tatamis)
 - Facteurs favorisants : macération (chaussures synthétiques)
 - Clinique : fissuration ± prurigineuse du fond du pli interdigital au niveau des pieds («pied d'athlète»).
 - Traitement : correction des facteurs favorisants, bien sécher les espaces inter-orteils après la toilette, azolés locaux pendant 1 à 2 semaines.

▪ Intertrigo des grands plis

Les différences cliniques entre intertrigo à dermatophytes et intertrigo candidosique sont résumées dans le tableau TUE6-152-1 :

Intertrigo à dermatophytes	Intertrigo candidosique
Fond sec	Fond fissuré, enduit blanchâtre
Extension à distance du pli	Pas d'extension à distance du pli
Bords polycycliques	Bords émiettés avec fine collerette desquamative ou pustuleuse

- Traitement : bien sécher les plis après la toilette, azolés locaux pendant 3 semaines, ou terbinafine locale 1 semaine.
- **Onyxis dermatophytique (onychomycose)**
 - Ongle progressivement friable et jaunâtre, sans périonyxis
 - Traitement long et difficile : meulage de l'ongle, vernis antifongique pour les formes peu étendues sans atteinte matricielle pendant 3-6 mois pour les mains et 6-9 mois pour les pieds, terbinafine orale pendant 3 mois (mains) à 6 mois (orteils) en cas d'atteinte étendue et/ou matricielle.
- **Dermatophytie cutanée («herpès circiné»)**
 - Enfants et professionnels exposés aux animaux domestiques et d'élevage
 - Petites plaques érythémato-squameuses, arrondies, à

- limites nettes, prurigineuses, d'extension centrifuge, en peau découverte
- Traitement : azolé local pendant 2 semaines.

▪ Teignes tondantes

- Enfants (contamination interhumaine ou à partir d'animaux)
- Plaques d'alopécie du cuir chevelu : grandes plaques (teigne microsporique) ou petites plaques (teigne trichophytique)
- Traitement : local par dérivé azolé ou ciclopiroxolamine, + oral par griséofulvine. Durée 6 à 8 semaines.

▪ Teignes suppurées

- Enfants et adultes
- Non contagieuses
- Macaron inflammatoire suppurant du cuir chevelu, chute provisoire des cheveux
- Traitement : idem teignes tondantes

TUE6-152-2 : Principaux antifongiques utilisés dans les mycoses superficielles

Nom générique	Présentation
Topiques actifs seulement sur <i>Candida</i> Indications : candidoses cutanées, buccales et vaginales	
Amphotéricine B Nystatine	Lotion, gélules et suspension Suspension, dragées, comprimés gynécologiques
Topiques à large spectre Indications : infections à <i>Candida</i> , dermatophytoses, <i>Pityriasis versicolor</i>	
Dérivés imidazolés	
Bifonazole	Crème, solution, poudre
Econazole	Crème, lait, spray, poudre et solution, lotion Ovules gynécologiques
Isoconazole	Crème, émulsion, ovules, poudre
Kétoconazole	Crème, gel moussant
Miconazole	Comprimé gingival muco-adhésif Gel dermique et gynécologique, gel buccal
Ciclopiroxolamine	Crème, solution 1 %, vernis 8 %
Topiques actifs électivement sur dermatophytes	
Amorolfine	Vernis 5 %
Terbinafine	Crème

Notes

Notes

Alinéa Plus - CMTT

