

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  $\beta$ -hémolytique du groupe A).
- L'impétigo est une infection contagieuse de l'épiderme due à *S. aureus*, *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 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.
- 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 muqueuses et de la peau 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 en cas de teigne, d'onyxis à dermatophytes avec atteinte matricielle, et d'onyxis candidosique et de candidose buccale ou oesophagienne.

### CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- + **Recommandations de bonnes pratiques HAS. Prise en charge des infections bactériennes courantes (février 2019).**
- + **Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. SPILF et SFD. Janvier 2000.**

## 1 Bases pour comprendre

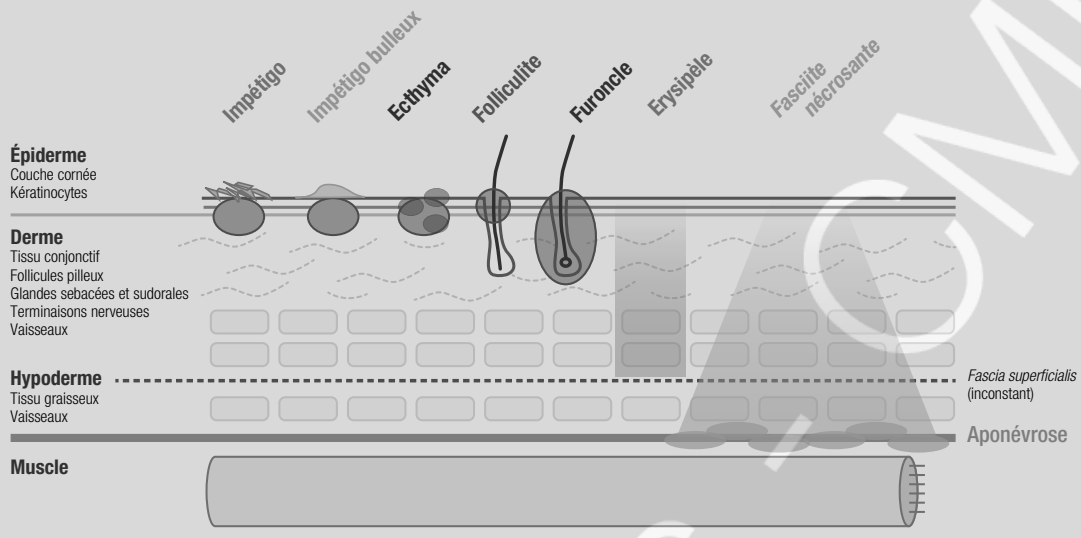
Les infections cutanées bactériennes (FUE6-152-1) sont essentiellement dues à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes* (streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A). En France, les staphylocoques dorés communautaires sont sensibles à la méticilline dans > 95 % des cas : l'antibiotique de référence est la pénicilline M (cloxacilline). *Streptococcus pyogenes* est sensible à la pénicilline dans 100 % des cas : l'antibiotique de référence est l'amoxicilline. En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines, dans les infections à staphylocoques ou streptocoques on utilise la pristinaïmycine ou la clindamycine. Les infections mycosiques sont essentiellement dues à *Candida spp.* et aux dermatophytes.

## 2 Infections bactériennes

### 1. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN IMPÉTIGO



## FUE6-152-1 : Niveaux d'atteinte en fonction de la pathologie

**Physiopathologie**

Infection de la couche cornée de l'épiderme.

Étiologie staphylococcique le plus souvent (70 %), ou streptococcique (30 %) ; parfois 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.

**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 «mélécérique») (PUE6-152-1, A).
- Regroupement des lésions en placards polycycliques (PUE6-152-1, B).
- 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** («pempigus épidémique des crèches») : étiologie staphylococcique, par macération dans les couches.

PUE6-152-1 : Impétigo



Photo T. Ferry - B. Fouilloux - © CMMT - Alinéa Plus

- **Impétiginisation** : surinfection d'une dermatose prurigineuse (eczéma, varicelle...). En dehors de ce contexte, évoquer systématiquement gale et pédiculose.
- **Ecthyma** : impétigo creusant nécrotique (PUE6-152-1, C). Adultes, plus volontiers diabétiques ou éthyliques. Membres inférieurs. Étiologie streptococcique. D'abord épaisse croûte noirâtre 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-cutanés, 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 seulement si les lésions ne sont pas protégeables par des pansements, pendant 3 jours après le début du traitement.
- Hygiène : lavage bi-quotidien au savon avec rinçage, ongles coupés courts, lavage des mains.
- Antibiothérapie :  
Formes peu étendues (< 2 % de la surface corporelle et ≤ 5 sites lésionnels) : pommade antibiotique (mupirocine) 2 fois par jour pendant 5 j.  
Formes plus étendues : antibiotiques *per os* pendant 7 j chez l'adulte, C1G (cefalexine), ou pristinamycine ; chez l'enfant, C1G (céfadroxil) ou amoxicilline-acide clavulanique.

## 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 (PUE6-152-2).
- Pas de cicatrice.
- Sites préférentiels : zones de frottements (périnée, cuisses, dos).
- Apyrexie.
- Formes particulières : orgelet (centré sur un cil), sycosis (poils durs : barbe et pubis) lié aux rasages répétés.
- Diagnostics différentiels :  
Folliculites à bacilles Gram négatif.  
Folliculites trichophytiques.  
Acné.

PUE6-152-2 : Folliculite superficielle



Photo T. Ferry - © CMIIT - Alinéa Plus

### 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, pristinamycine 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 furonculoses.
- 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

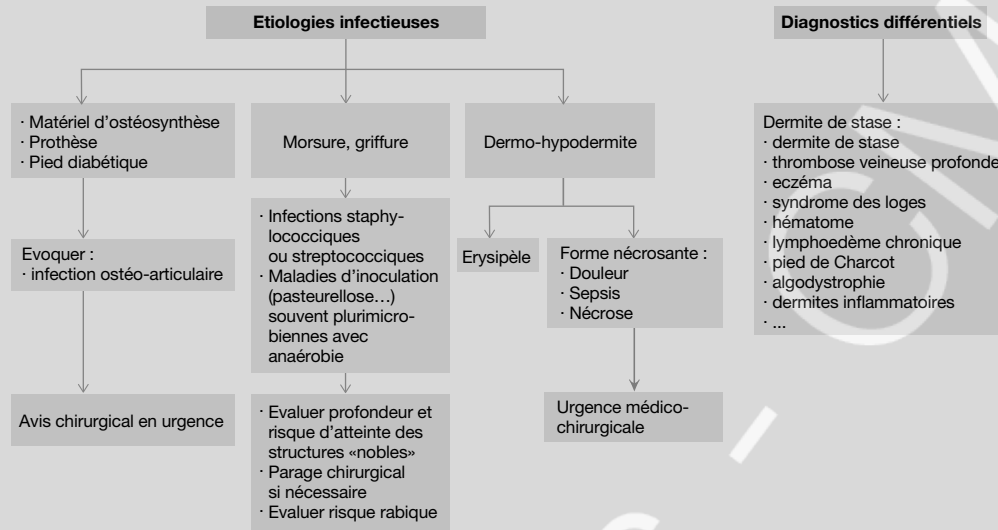
- Nodule inflammatoire, douloureux, constituant après quelques jours de maturation une zone nécrotique en son centre : le bourbillon (PUE6-152-3).
- Facteurs favorisants : macération, frottements.
- Cicatrice séquellaire.
- Apyrexie, sauf si forme profuse ou compliquée.

PUE6-152-3 : Furoncles



Photo T. Ferry - © CMIIT - Alinéa Plus

## FUE6-152-2 : Orientations diagnostiques devant une grosse jambe rouge aiguë

**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, carence martiale) est le plus souvent négative.

**Complications****Locorégionales**

- Abcès sous-cutané,
- Lymphangite,
- Dermohypodermite aiguë,
- Staphylococcie maligne de la face (PUE6-152-4) : 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. Hospitalisation et traitement antibiotique urgents, du fait du risque de thrombophlébite du sinus caverneux.

PUE6-152-4 : Staphylococcie maligne de la face



Photo - © CEMIT - Aliméa Plus

**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,
- Prélèvement bactériologique du furoncle si furoncle compliqué ou à risque de complication,
- Pas d'indication à la recherche de toxine en routine.
- En cas d'échec de décolonisation, on recherche le portage de *S. aureus* dans les gites (narines, périnés, anus, cicatrices).

**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).
- Protéger le furoncle par un pansement
- Lavage à l'eau et au savon tous les jours
- Antiseptiques locaux
- Incision de l'extrémité du furoncle en cas de taille importante
- Antibiotiques systémiques : réservés aux formes à risque de complication (région centrofaciale, immunodéprimé) : pristinamycine ou clindamycine. Durée : 7 j.
- Furonculose : après prélèvement d'une lésion, permettant l'obtention d'un antibiogramme, on associe :
  - Mesures d'hygiène vues plus haut,

- Effets de toilette personnels (contagiosité),
- Antibiothérapie antistaphylococcique *per os* par clindamycine ou pristinamycine pendant 7 jours,
- suivie d'une décontamination des sites de portage pendant 7 jours (douche antiseptique quotidienne, pommade antibiotique x 2/j (mupirocine) dans les vestibules nasaux), du patient et de son entourage.

#### 4. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE DERMHYPODERMITE 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  $\beta$ -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 < 5 % des cas.

##### Diagnostic



##### Avant tout clinique (PUE6-152-5)

- 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,  $\pm$  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  $\frac{3}{4}$  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 dermohypodermite nécrosante

##### Diagnostiques différentiels (FUE6-152-2)

- 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, érythème migrant, érythème noueux, lymphangite, panniculite.

##### Évolution

- Le marquage des contours de l'érythème au feutre permet le suivi de l'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, souvent en 2 à 3 semaines).
- 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

- Aucun examen complémentaire en cas de forme typique non compliquée.
- NFS et CRP montrent un syndrome inflammatoire.
- Les prélèvements microbiologiques (prélèvement de la porte d'entrée et hémoculture) ne se font que si morsure animale ou humaine, voyage, survenue en milieu aquatique, post-traumatique, patient immunodéprimé, nosocomiale, signes de gravité locaux ou généraux.

##### Traitement

- Le traitement peut se faire en ambulatoire.
- Hospitalisation si :
  - Doute diagnostique,
  - Signes de gravité locaux ou généraux,

- Risque de décompensation de pathologie associée (diabète déséquilibré, insuffisance cardiaque...),
- Impossibilité de traitement ou de surveillance médicale à domicile, âge > 75 ans, obésité morbide, âge < 1 an
- 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<sup>re</sup> 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 j.
  - Pristinamycine *per os* si allergie (ou clindamycine en 2<sup>e</sup> intention, mais 6 % 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 3 semaines dès que possible, drainages, perte de poids...
  - Injections de benzathine benzylpénicilline toutes les 2 à 3 semaines, pendant au moins 6 mois si 2 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 cutané.
- 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 1/4 des cas (volontiers mal équilibré), artériopathie, mauvais état général.
- La prise d'AINS est fortement suspectée de favoriser l'évolution nécrosante.

#### Présentation clinique (PUE6-152-6)

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).
- 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.

PUE6-152-6 : Dermohypodermite bactérienne nécrosante du membre supérieur à streptocoque A



Photo F. Simon - © CIMIT - Alinéa 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 médicochirurgicale.

- 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) : l'IRM pourra être utile 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  $\beta$ -lactamine + inhibiteur de  $\beta$ -lactamases (amoxicilline + acide clavulanique) + clindamycine (effet anti-toxinique)
  - Formes abdomino-périnéales :  $\beta$ -lactamine à large spectre (pipéracilline + tazobactam).
  - usage de drogue IV : amoxicilline + acide clavulanique, ou pénicilline M,  $\pm$  couverture anti-staphylocoques résistants à la méticilline (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, la candidose buccale, les onyxis (infections unguéales) à dermatophytes avec atteinte matricielle et les onyxis candidosiques.

#### 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 (PUE-152-7).

PUE6-152-7 : Candidose à *Candida albicans* du pli inguino-scrotal (intertrigo inguino-scrotal)

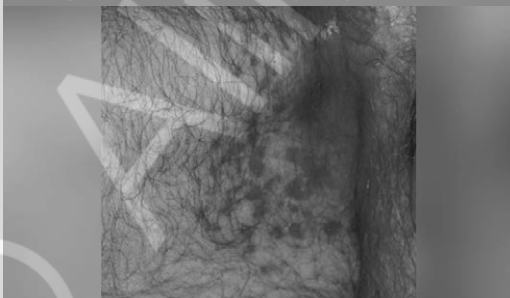


Photo E. Caumes - © CMIIT - Alinéa Plus

- Diagnostic clinique.
- Traitement : suppression des facteurs favorisants (éviter macération : sous-vêtements coton, séchage soigneux des plis après toilette). Traitement par topiques d'amphotéricine B ou azolés 2 fois par jour pendant 2 semaines.

##### Périonyxis (voire onyxis) à *Candida*

- Clinique : périonyxis, 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 périonyxis bactériens d'évolution aiguë) (PUE-152-8).

PUE6-152-8 : Candidose unguéale à *Candida albicans* associant onyxis et périonyxis dont l'un des deux diffère de l'autre par l'application d'une antiseptique à base de polyvidone iodée



Photo E. Caumes - © CMIIT - Alinéa Plus

- Localisation : mains, exceptionnellement les orteils.
- Facteur favorisant : 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 : périonyxis 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.
- Traitement : nystatine ou azolés en ovules gynécologiques. En cas de formes récidivantes, 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) (PUE-152-9).
- Perlèche fréquemment associée (fissure douloureuse de la commissure labiale).

- Facteurs favorisants : personnes âgées, prothèses dentaires, nourrisson, antibiothérapies systémiques, immunodépression.
- En l'absence de facteur favorisants ou sur forme récidivante : dépistage VIH.
- Diagnostic clinique
- Traitement : azolé (fluconazole) par voie générale pendant 7 à 14 j. S'assurer de l'absence de dysphagie évoquant une candidose œsophagienne nécessitant un traitement de 14 à 21 jours.

PUE6-152-9 : Candidose buccale à *Candida albicans* dans une forme pseudomembraneuse (muguet) chez un patient immunodéprimé



Photo E. Caumes - © CMIT - Alinéa Plus

### 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 à répéter à 48 heures.

#### *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, glabella, 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

- 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, traitement des chaussures par poudre antifongique, lavage des chaussettes, azolés locaux pendant 3 semaines ou terbinafine 1 semaine
- Principale porte d'entrée des érysipèles.

#### Intertrigo des grands plis

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

TUE6-152-1 : Clinique des intertrigos

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 (PUE6-152-10).

PUE6-152-10 : Dermatophytie à *Trichophyton rubrum* d'un doigt avec onyxis sans perionyxis



Photo E. Caumes - © CMIT - Alinéa Plus



- Réaliser un prélèvement pour recherche de dermatophyte par un laboratoire expérimenté.
- Traitement long et difficile si confirmation du diagnostic mycologique : 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 en association au vernis et au traitement des chaussures par poudre antifongique.

#### **Dermatophytie cutanée (anciennement appelée «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'alopecie du cuir chevelu : grandes plaques (teigne microsporique, PUE6-152-11) ou petites plaques (teigne trichophytique)
- Tout état squameux, crouteux, ou pustuleux du cuir chevelu est une teigne jusqu'à preuve du contraire

PUE6-152-11 : Teigne du cuir chevelu à *Microsporum canis* avec grande plaque d'alopecie du cuir chevelu unique



Photo E. Caumes - © CMT - Aliméa Plus

- Favorisé par les corticoïdes locaux
- Un prélèvement mycologique doit être fait systématiquement avec examen direct et culture. Le traitement peut être débuté dès l'examen direct positif.
- Traitement : local par dérivé azolé ou ciclopiroxolamine, + oral terbinafine 4 semaines, itraconazole 6 semaines ou par griséofulvine 8 semaines. Seule la griséofulvine est possible chez l'enfant. Pas d'éviction scolaire si le traitement est débuté.

#### **Teignes inflammatoires**

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



© Alinéa Plus - CMMIT