



DERMATOPHYTOSE : ASPECTS THERAPEUTIQUES

Source : Extrait des Feuilletts de Biologie – Vol. liv. n°314 – Septembre 2013

Le choix du traitement (antifongiques, mesures d'accompagnement) dépend de la localisation et du type de dermatophyte isolé. Il faut souligner que **l'administration de corticoïdes est formellement à proscrire**, car ces produits favorisent le développement des dermatophytes dans les tissus profonds.

A. Dermatophytoses des zones pileuses.

Une atteinte pileaire nécessite toujours l'association d'un antifongique systémique et d'un traitement local.

La **griséofulvine *per os*** reste le **traitement de première intention des teignes infantiles**, à raison de 20 mg/kg/j pendant une durée de 6 à 8 semaines, associée à un traitement local. Les comprimés sont écrasés dans un peu de liquide et avalés avec un corps gras pour une meilleure absorption.

En cas de teigne à *M. canis*, de sensibilité moindre aux antifongiques, il est recommandé d'augmenter la dose de griséofulvine à 25 mg/kg/j (en 2 prises). De même, pour les teignes inflammatoires, une augmentation des doses permet un effet anti-inflammatoire.

Aucun antifongique systémique ne doit être prescrit chez la femme enceinte ou allaitant, ainsi que chez le nourrisson de moins de 1 an.

Quel que soit le type de teigne (tondante, inflammatoire, ou de type kérion), un traitement local doit compléter la prescription de griséofulvine, fongistatique, ce qui permet de limiter les risques de contamination en cas d'infection par des dermatophytes anthropophiles.

Des azolés locaux de type éconazole, isoconazole, sous forme de crème ou de lotion, sont recommandés en cas de teignes inflammatoires. Pour les lésions croûteuses, une solution huileuse de tolnaftate (Sporiline®) est particulièrement adaptée. Un shampoing antifongique (Ketoderm®gel) peut être appliqué deux fois par semaine en complément.

Pour accélérer la guérison, il convient de dégager aux ciseaux les zones infectées jusqu'à la zone saine (teigne microsporique ou kérion).

La désinfection des bonnets, cagoules par le lavage à 60°C, de matériels comme les peignes, brosses, etc., et de l'environnement à l'aide de poudre antifongique, est indispensable pour éviter les récives.

Une **enquête épidémiologique** permet la recherche et le traitement de sujets atteints dans l'entourage (porteurs sains dans le cas d'un dermatophyte anthropophile ou animal contaminateur dans le cas d'un dermatophyte zoophile).

Enfin, les **mesures d'éviction scolaire, en cas de teigne anthropophile**, définies par l'arrêté du 3 mai 1989 (JO du 31 mai 1989) ont été revues par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (séance du 14 mars 2003), qui stipule dans le « Guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants », que **cette éviction peut être levée sur présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté.**



B. Dermatophytes de la peau glabre et intertrigos

1. Peau glabre

Les lésions résultent de l'extension cutanée d'un autre foyer, situé préférentiellement au niveau du pied (dermatophyte anthropophile), soit d'une contamination directe ou indirecte, à partir d'un animal (dermatophyte zoophile) ou du sol (dermatophyte tellurique).

Pour une **lésion unique**, on préconise en première intention un **traitement par un topique antifongique**. La forme galénique (crème, lotion, ou gel) dépend de la localisation et de l'aspect (sec ou suintant) de la lésion.

L'application doit être quotidienne, et la durée dépend de l'importance de la lésion.

En cas de **lésions multiples ou inflammatoires**, un **traitement antifongique systémique** s'impose : la terbinafine à raison de 250 mg/j pendant 2 semaines chez l'adulte, ou la griséofulvine avec une posologie de 1g/j pendant 3 à 4 semaines, chez l'enfant ou en cas de pathologies inflammatoires.

2. Plis

Les lésions sont dues essentiellement à des dermatophytes anthropophiles.

Le **traitement est identique à celui de la peau glabre**, mais des conseils de prévention doivent être prodigués, en particulier pour les espaces inter-digito-plantaires, pour éviter les récives.

La prévention collective est du ressort des collectivités, bien qu'il n'existe pas de norme AFNOR pour la désinfection des sols des piscines, douches et vestiaires à l'eau de Javel diluée.

La prévention individuelle préconise, pour les utilisateurs de ces lieux de contamination potentielle (piscines, salles de bain, douches publiques, tatamis, etc.), un séchage soigneux des pieds et des espaces interdigitaux après la douche, une décontamination des chaussures (poudre antifongique), et une application régulière d'un topique selon un rythme hebdomadaire pour les azolés, et mensuel pour la terbinafine. Enfin, le lavage en machine à 60°C des vêtements de sport est préconisé.

3. Paumes et plantes

Si l'atteinte des plantes peut être primaire ou résultant de l'extension d'un intertrigo inter-digital, la dermatophytose des paumes provient souvent de la contamination de la main à partir du pied (grattage).

On associe un **traitement systémique** du type terbinafine pendant 2 semaines, et un **antifongique local**, terbinafine en crème (2 fois par jour pendant 2 semaines) ou ciclopiroxolamine sous forme de crème (2 fois par jour pendant 4 semaines), ainsi qu'un kératolytique.

Des mesures de prévention des récives doivent compléter le traitement médical.



C. Onychomycoses à dermatophytes

1. *Onyxis sans atteinte matricielle de l'ongle*

Un **traitement local** est suffisant dans ce cas.

Les formes galéniques à base de **verniss** sont principalement utilisées : ciclopirox solution filmogène à 8 % (Mycoster®) et amorolfine solution filmogène à 5 % (Locéryl®). Le premier s'applique de façon quotidienne, le second avec une fréquence hebdomadaire.

On peut leur adjoindre l'Amystore Onychoset®, qui permet de ramollir la partie infectée de l'ongle et de le découper plus facilement. Cette avulsion chimique se complète d'une élimination mécanique des zones unguéales atteintes (réalisée habituellement par un pédicure, ou éventuellement par le biologiste).

2. *Onyxis avec atteinte matricielle de l'ongle.*

Dans ce cas, une **association à un traitement par voie générale est indispensable**.

La **terbinafine constitue la thérapeutique de première intention**. Elle est prescrite à la dose de 250 mg/j pendant 6 semaines à 3 mois pour les ongles des mains, et pendant 3 à 6 mois pour les ongles des orteils.

Bien que ne possédant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France pour l'indication d'onychomycose, certains triazolés sont utilisés dans le traitement des onychomycoses à dermatophytes avec des schémas séquentiels d'administration : l'itraconazole administré en « pulses » de 400 mg /j 1 semaine par mois pendant 2, 3 ou 4 mois pour les ongles des orteils.

La guérison clinique ne s'observe qu'avec la repousse complète de l'ongle, ce qui peut prendre jusqu'à un an pour un orteil.

Les échecs thérapeutiques proviennent souvent d'une pénétration insuffisante des antifongiques, et donc d'une concentration trop faible de ceux-ci au niveau de l'ongle infecté.

Hyperkératose et onycholyse représentent les deux principaux facteurs limitants. Une lutte efficace consiste en une avulsion mécanique et chimique.

Par ailleurs, toute autre localisation doit être traitée de façon concomitante, en association avec des mesures de prophylaxie individuelle.

Pour conclure, il faut insister sur l'efficacité des traitements disponibles sur les dermatophytoses, dans la mesure où le diagnostic mycologique a été correctement posé, et l'observance respectée.