

Les infections fongiques communes des pieds

Common fungal infections of the foot

P. Gheeraert

Service de Dermatologie, C.H.I.R.E.C., I.M. Edith Cavell

RESUME

Parmi les affections dermatologiques du pied, les infections fongiques retiennent l'attention par leur grande fréquence. Les traitements actuellement disponibles nous permettent de les contrôler aisément dans la plupart des cas. Néanmoins, certaines présentations cliniques peuvent se révéler trompeuses. De même, les agents fongiques responsables de ces infections sont multiples et, dans certains cas, moins maniables qu'il n'y paraît.

L'article reprend la description clinique des mycoses tant cutanées qu'unguéales, leur diagnostic différentiel ainsi que les modalités thérapeutiques les plus courantes.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 324-6

ABSTRACT

Among the dermatological diseases affecting the foot, fungal infections are frequent in a daily practice. Treatments now available allow us to control most of them. However, multiple different clinical manifestations and the variety of fungal agents may lead to inappropriate diagnosis and treatments.

The paper will consider cutaneous and nail manifestations of common fungal foot infections, their differential diagnosis and their local and systemic treatments.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 324-6

Key words : athlete's foot, onychomycosis

LES MYCOSES CUTANÉES

Seront envisagées, les mycoses interdigitales (les plus fréquentes) et les mycoses de la plante et du talon¹.

Les mycoses interdigitales ou pied d'athlète

Elles se caractérisent par une hyperkératose macérée des plis interdigitaux. Les 4^{èmes} et 5^{èmes} espaces interdigitaux sont les plus affectés. Asymptomatiques à leur début, elles peuvent devenir douloureuses lors de l'apparition de crevasses.

Ces mycoses sont parmi les plus courantes et sont favorisées par un milieu chaud et humide (hypersudation, chaussures fermées, piscines, douches, etc.).

Elles peuvent se compliquer de surinfections bactériennes (intertrigo localisé, érysipèle) ou d'une eczématisation responsable de prurit.

Le diagnostic est aisé vu le caractère stéréotypé des signes cliniques. A leur début, on peut confondre

ces mycoses avec des durillons interdigitaux. Dans leur phase d'eczématisation, il convient d'exclure une allergie de contact (chaussures, textiles, etc.). Dans ces cas, les plis interdigitaux sont généralement épargnés.

Le traitement local (imidazolés) s'avère suffisant dans la majorité des cas. Toutefois les antifongiques oraux peuvent être indiqués en cas d'infection aiguë ou plus étendue. Il est souhaitables d'identifier l'agent responsable dans ces cas profus afin d'adapter au mieux le traitement oral (Tableau 1).

Les mycoses plantaires

Elles se présentent soit sous forme de la classique "roue de Ste Catherine" soit sous forme d'une hyperkératose parfois très discrète des bords du pied ou du talon. La forme classique (lésion annulaire squameuse, bords érythémateux à extension centrifuge, prurit) est peu fréquente au niveau du pied. Elle est le plus souvent unilatérale et souvent confondue avec un eczéma chronique. D'autres lésions doivent être recherchées ailleurs sur le tégument (mains, plis inguinaux, etc.).

L'hyperkératose plantaire peut être facilement confondue avec une dermatose plantaire fissuraire (callosités crevassées des bords des pieds) ou une simple xérose cutanée. Dans les cas plus prononcés, le diagnostic de psoriasis doit être évoqué.

Le prélèvement mycologique (examen direct et culture) confirmera le diagnostic.

Le traitement est comparable au traitement des pieds d'athlète. Ces mycoses ont souvent un caractère plus chronique. La durée du traitement sera adaptée en fonction de l'évolution clinique des lésions (Tableau 1).

Molécules	Posologies	Durées
Itraconazole	4 x 100 mg/j	1 semaine
Fluconazole	50 mg/j	2 semaines
Terbinafine	250 mg/j	2 semaines

LES ONYCHOMYCOSES

Si les onychomycoses présentent le plus souvent une clinique très évocatrice, de nombreuses pathologies peuvent néanmoins brouiller les pistes, rendant l'identification du pathogène incontournable avant l'initiation de tout traitement.

L'aspect clinique des onychomycoses débutantes dépend de la partie de l'appareil unguéal affecté ainsi que du type de mycose².

Le plus souvent, ce sont les zones distales et latérales de l'ongle (normal ou déjà dystrophique) qui sont affectées. Une dyschromie jaunâtre orangée, s'étendant en plaque, permet de localiser l'infection. Dans la suite, on note une onycholyse progressive souvent associée à un épaissement (pachyonychie) de la tablette unguéale. L'onychomycose est le plus souvent asymptomatique et d'évolution lente. Le foyer peut progressivement s'étendre à d'autres ongles.

Ces onychomycoses peuvent être primaires ou secondaires à une atteinte plantaire préalable.

Plus rares sont les atteintes superficielles et proximales des ongles.

Les onychomycoses superficielles résultent de l'atteinte directe de la partie supérieure de la tablette unguéale. Elles se manifestent par des petites taches blanchâtres (leuconychie) pouvant progressivement confluer. Elles surviennent "spontanément" ou souvent en cas d'occlusion partielle lors de malposition des orteils (chevauchement).

Les atteintes proximales sont très rares au niveau des orteils, plus fréquentes aux ongles des mains. L'infection débute au niveau de la lunule sous forme d'une dyschromie blanchâtre et s'étend

progressivement vers l'extrémité distale. Elle peut être primitive mais dans bon nombre de cas elle peut résulter d'une irritation du repli unguéale proximal (paronychie d'origine bactérienne par exemple) ou d'une récurrence d'une ancienne onychomycose incomplètement traitée.

Quelle que soit la présentation clinique initiale, toutes les onychomycoses évoluent en l'absence de traitement vers une dystrophie unguéale progressive, pouvant aller jusqu'à l'atteinte complète de un ou plusieurs ongles ("ongles en bois mort"), voire la destruction complète de la tablette unguéale.

Si dans certains cas l'agent infectieux peut être suspecté à l'examen clinique (*trichophyton rubrum* dans les atteintes latéro-distales, *trichophyton* interdigitale dans les atteintes superficielles, *candida parapsilosis* dans les dyschromies noirâtres, etc.), le prélèvement d'un fragment d'ongle supposé infecté reste indispensable afin de confirmer l'onychomycose d'une part et de l'identifier d'autre part. En effet nombre de dystrophies unguéales ne sont pas des onychomycoses et sont souvent en vain traitées comme telles. Par ailleurs, les différentes mycoses ne répondent pas toutes de la même manière aux traitements oraux.

Le prélèvement unguéal ne doit concerner exclusivement que la partie supposée infectée de l'ongle. Les examens direct et histologique (plus précis) permettront de confirmer la mycose. La culture permettra de l'identifier.

Diagnostic différentiel des onychomycoses^{2,3}

Plusieurs pathologies non fongiques peuvent induire le clinicien en erreur :

- Les *dystrophies d'origine traumatique ou micro-traumatique* évoquent souvent une mycose des ongles. Les antécédents traumatiques connus, les activités sportives (jogging, marche, etc.) mettent sur la voie. L'aspect est celui d'un ongle partiellement décollé (onycholyse), fréquemment symétrique (contrairement aux onychomycoses) et associé à de petits hématomes sous-unguéaux.
- Les "durillons" sous-unguéaux se présentent sous forme d'une petite zone décollée et très douloureuse au contact des chaussures.
- Les *hématomes sous-unguéaux* peuvent évoquer une mycose par la coloration brune des ongles. Le prélèvement permet d'identifier la nature hématique, fongique voire pigmentaire (naevus sous-unguéal) de la dyschromie.
- Les *surinfections bactériennes* peuvent causer une dyschromie parfois intense. Seul le prélèvement d'ongle (bactériologique et mycologique) aboutit au diagnostic de certitude.
- Le *psoriasis* peut n'affecter que l'appareil unguéal dans certains cas ; hyperkératose sous-unguéale, onycholyse, leuconychie, petites hémorragies sous l'ongle, dystrophie totale sont autant de signes évocateurs de psoriasis de l'ongle. La présence d'autres lésions cutanées ou arthritiques met sur la

voie. La recherche de mycose est négative. En cas de doute, une biopsie du lit de l'ongle permet de confirmer le diagnostic. La coexistence des deux pathologies doit être systématiquement envisagée.

- D'autres dermatoses (lichen plan, maladie de Darier) peuvent aboutir à des dystrophies unguéales majeures.

Traitement des onychomycoses⁴⁻⁶

La quasi totalité des onychomycoses ne seront éradiquées qu'au terme d'un traitement oral.

Le choix du traitement est conditionné par l'identification de l'agent fongique. Celle-ci est primordiale afin d'éviter au patient des traitements longs, inutiles et coûteux.

Les programmes thérapeutiques sont détaillés dans le Tableau 2. Ils sont théoriques et doivent souvent être adaptés à l'évolution clinique propre à chaque patient.

Molécules	Posologies	Durées
Itraconazole	400 mg/j 1 semaine	3 cures minimum à 1 mois d'intervalle
Fluconazole	150 mg/ semaine	jusqu'à repousse saine complète (6 à 12 mois)
Terbinafine	250 mg/j	4 mois

Les traitements mentionnés sont efficaces pour les dermatophytes en général. Les levures (*Candida albicans*) ne répondent pas à la terbinafine.

Les taux de cures mycologiques sont de l'ordre de 70 % à 85% en fonction des études et des molécules utilisées et en cas d'observance optimale du patient.

Les traitements antifongiques locaux (amorolfine) ne peuvent être envisagés en tant que tels que dans

les cas d'onychomycoses superficielles débutantes. Ils sont néanmoins reconnus pour améliorer l'efficacité des traitements antifongiques généraux y compris en cas d'atteinte sévère.

L'avulsion chimique (iodure de potassium 50 % dans vaseline) doit également être retenue en cas de dystrophies unguéales majeures chez des patients âgés (repousse lente).

L'avulsion chirurgicale complète ou partielle est à considérer dans les cas résistant aux traitements classiques ou dans l'éventualité de mycose tenace (exemple *scopulariopsis*).

BIBLIOGRAPHIE

1. Saurat, Grosshans *et al* : Dermatologie, 4ème éd. Paris, Masson, 2004
2. Baran, Dawber : Diseases of the Nails and their Managment, 3th ed. Blackwell Science, 2001
3. Duhard-Brohan E : La pathologie podologique de l'ongle. Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 : 767-73
4. Evans EG, Sigurgeirsson B : Double-blind randomised study of continuous terbinafine compared with intermittent itraconazole in treatment of toenail onychomycosis. BMJ 1999 ; 318 : 1031-5
5. Faergemann J, Laufen H : Levels of fluconazole in normal and diseased nails during and after the treatment of onychomycosis in toenails with fluconazole 150 mg once weekly. Acta Derm Venereol 1996 ; 76 : 129-221
6. Gupta AK, De Doncker P, Scher RK *et al* : Itraconazole for the treatment of onychomycosis. Int J Dermatol 1998 ; 37 : 303-8

Correspondance et tirés à part :

P. GHEERAERT
C.H.I.R.E.C., I.M. Edith Cavell
Service de Dermatologie
Rue Edith Cavell 32
1180 Bruxelles

Travail reçu le 29 juin 2006 ; accepté dans sa version définitive le 7 juillet 2006.