

Comment gérer les teignes du cuir chevelu ?

How to cope with tinea capitis ?

N. Lateur

Service de Dermatologie, C.H.U. Saint-Pierre et Brugmann, H.U.D.E.R.F., U.L.B.

RESUME

A Bruxelles, comme dans les autres grandes villes où il existe une immigration importante, le nombre de teignes anthropophiles a augmenté. Leur aspect clinique est beaucoup plus discret et plus piégeant que celui des teignes zoophiles. Ceci permet d'expliquer les épidémies auxquelles nous avons été confrontés dans des crèches et des écoles en 2001-2002.

La griséofulvine a été retirée du marché belge en 1997, nous privant ainsi de notre traitement de choix. Le recours aux nouveaux antifongiques (fluconazole, itraconazole et terbinafine) nécessite d'identifier le pathogène, les dermatophytes montrant des sensibilités différentes à ces molécules.

La gestion d'une teigne anthropophile nécessite un réel plan stratégique et une collaboration étroite avec la famille et l'école. La façon dont nous procédons est décrite dans cet article.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : 148-52

ABSTRACT

In Brussels, as in the other European cities with a high rate of immigration, the cases of anthropophilic tinea capitis have risen. Their clinical aspect is more discrete than in zoophilic cases, and you could be easily fooled. This explains why, in 2001-2002, we had some epidemics in schools and creches.

Griseofulvin, the gold treatment, was withdrawn from the Belgian market in 1997. The identification of the pathogen when using the new antifungals (fluconazole, itraconazole and terbinafine) is mandatory, dermatophytes showing a different sensitivity to these drugs.

The management of an anthropophilic tinea capitis needs some good planning and the cooperation of the family and the school. We describe our procedures in this article.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : 148-52

Key words : tinea capitis, anthropophilic tinea

La modification récente de l'épidémiologie des teignes du cuir chevelu ainsi que le retrait en 1997 de la griséofulvine du marché belge imposent de revoir leur gestion¹. Celle-ci implique non seulement la connaissance du mode de transmission et des signes cliniques, mais également la réalisation d'examen complémentaires. L'identification du pathogène par la culture permet de cerner le mode de transmission et est indispensable d'un point de vue thérapeutique, tous les dermatophytes n'ayant pas la même sensibilité aux nouveaux antifongiques².

Confrontés au cours de la dernière année à des épidémies de teignes anthropophiles dans des crèches et des écoles, nous avons établi au sein de notre service une réelle stratégie que nous décrirons dans cet article.

DEFINITIONS³⁻⁷

Avant d'aborder l'épidémiologie, il convient de rappeler quelques définitions. Une teigne du cuir che-

velu apparaît lorsqu'un dermatophyte envahit le cheveu. Ce champignon se nourrit de kératine (kératinophilie) et est capable de la digérer (kératinolyse). Pour des raisons encore mal identifiées, les enfants paient le plus lourd tribut. Deux genres sont importants : le genre *Microsporum* (*M.*) *spp.* responsable cliniquement des **teignes microsporiques** et le genre *Trichophyton* (*T.*) *spp.* responsable des **teignes trichophytiques**.

Afin de limiter la contagion, il est essentiel de connaître les divers modes de transmission. Les dermatophytes **anthropophiles** se transmettent d'être humain à être humain, et les principaux pathogènes sont *M. langeronii* (variété africaine de *M. audouinii* qui sévissait au début du siècle passé), *T. soudanense*, *T. violaceum* et *T. tonsurans*. Les dermatophytes **zoophiles** sont transmis par l'animal à l'être humain. Leurs principaux représentants en Belgique sont : *M. canis* infectant le plus souvent les chats, *T. mentagrophytes* variété *mentagrophytes* transmis le plus souvent par les petits rongeurs et *T. verrucosum* atteignant le bétail.

Les dermatophytes **géophiles** vivant dans le sol, tel que *M. gypseum*, sont plus rarement incriminés.

Différents modes de parasitisme du cheveu peuvent être observés. On distingue dès lors des teignes **ectothrix** ou **endothrix**, selon que les spores sont présentes à l'extérieur ou à l'intérieur du cheveu. Dans les teignes microsporiques (*M. langeronii* et *M. canis*), un manchon de petites spores entoure la tige pileaire. L'image est donc similaire quel que soit le type de transmission. Dans les teignes trichophytiques, trois images différentes peuvent être observées. Les *Trichophyton* zoophiles (*T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes*, *T. verrucosum*) sont responsables de chaînettes de grandes spores qui entourent le cheveu. Les *Trichophyton* anthropophiles (*T. violaceum*, *T. soudanense* et *T. tonsurans*) sont responsables d'innombrables spores distendant le cheveu. Le favus est l'exclusivité de *T. schoenleinii* qui est devenu rare en Europe. Les filaments de ce champignon anthropophile se localisent à l'intérieur du cheveu et contiennent des bulles.

EPIDEMIOLOGIE

Dans une étude rétrospective de laboratoire réalisée par la Confédération Européenne de Mycologie Médicale, on constate une augmentation du nombre de teignes du cuir chevelu en Europe¹. Cette augmentation est due au fait que, entre 1987 et 1997, le nombre de teignes dues à des anthropophiles a quasi triplé, le nombre de cas dus à des zoophiles restant stable. Ce phénomène est surtout observé dans les grandes villes présentant une immigration importante. En 1997, *M. canis* demeure toujours le principal pathogène. La deuxième place est occupée par *T. tonsurans* qui n'était que rarement impliqué en Europe à la fin des années 80. Ils sont suivis par ordre décroissant de fréquence par : *M. langeronii/audouinii*, *T. soudanense*, *T. violaceum* et *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes*. Ce spectre n'est bien sûr pas homogène en Europe. Alors que le Royaume-Uni rapporte une augmentation fulgurante de *T. tonsurans*, celui-ci est rare en Belgique et en France où *M. langeronii* est le premier pathogène anthropophile⁸⁻¹¹. Le nombre et la proportion de *M. canis* sont les plus importants dans les pays du Sud de l'Europe.

De cette même étude, il ressortait qu'en Belgique, bien que le nombre de cas ait augmenté entre 1987 et 1997, la répartition entre zoophiles et anthropophiles était restée similaire, les zoophiles prédominant⁷. Nonante-sept pour cent des cas provenaient de Bruxelles, Anvers et Liège. En 1997, Bruxelles se singularisait déjà des autres villes par une proportion plus importantes de cas anthropophiles et ceci en raison d'une importante patientèle d'Afrique noire et du nord. Dans notre laboratoire, le nombre de cas a doublé entre 1997 et 2000, cette augmentation étant exclusivement due aux dermatophytes anthropophiles, le nombre de zoophiles étant resté identique. D'octobre 2001 à mars 2002, sur le site du C.H.U. Saint-Pierre seul, nous avons été confrontés à des épidémies dans une crèche et une école bruxelloises qui ont nécessité

la remise en question de nos stratégies thérapeutiques^{12,13}.

CLINIQUE

Limiter la transmission des teignes du cuir chevelu au sein des populations enfantines nécessite d'en connaître les signes cliniques. Classiquement, on peut distinguer quatre formes cliniques différentes en fonction du parasitisme^{3,6,7,14}.

Dans les teignes microsporiques, *M. canis* et *M. langeronii* sont responsables d'un parasitisme ectothrix à petites spores. Une ou plusieurs grandes plaques sont couvertes d'abondantes squames et de cheveux cassés en brosse. Dans les teignes zoophiles, on observe souvent une réaction inflammatoire. L'examen en lumière de Wood (lumière UV) montre une fluorescence bleu verdâtre. Ces signes évidents en peau blanche peuvent parfois être très piégeants en peau noire : aspect "de poulet plumé" (Figure 1) plutôt que véritable brosse, simple desquamation diffuse entre les tresses d'une fillette (Figure 2), image psoriasiforme, ...

Dans les teignes trichophytiques profondes dues aux zoophiles *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes* et *T. verrucosum*, le parasitisme ectothrix à chaînettes de spores plus ou moins grandes est responsable d'un

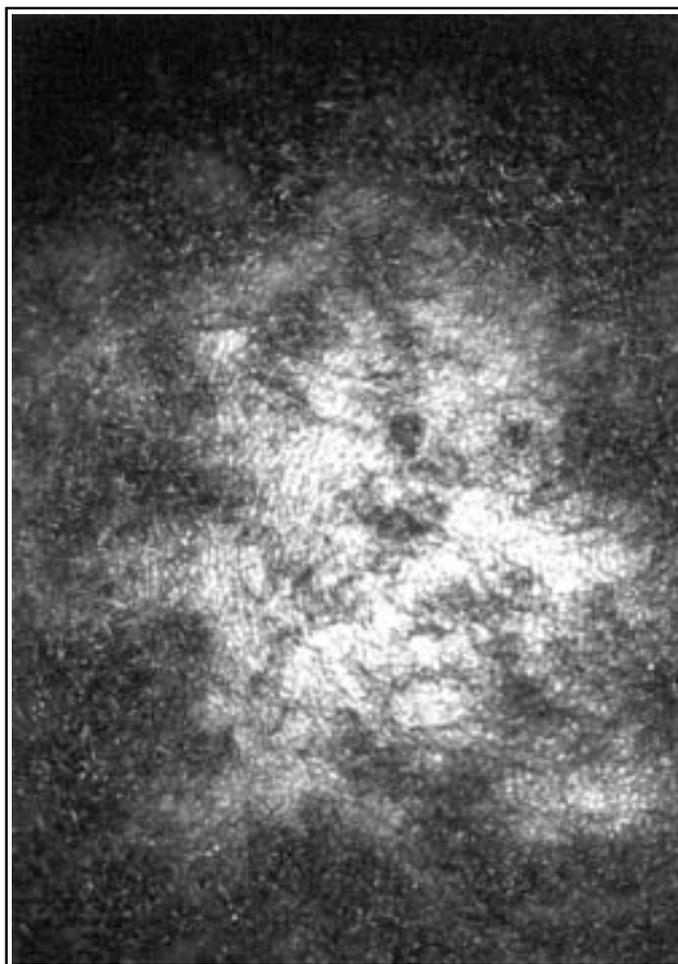


Figure 1 : Teigne ectothrix (*Microsporium langeronii*).

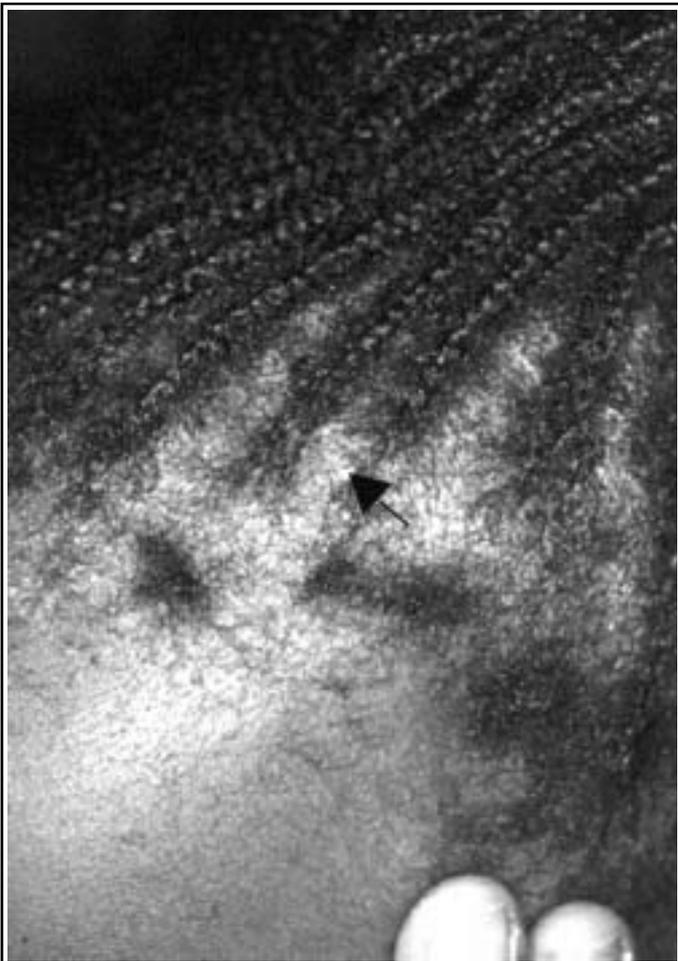


Figure 2 : Teigne ectothrix (*Microsporum langeronii*).

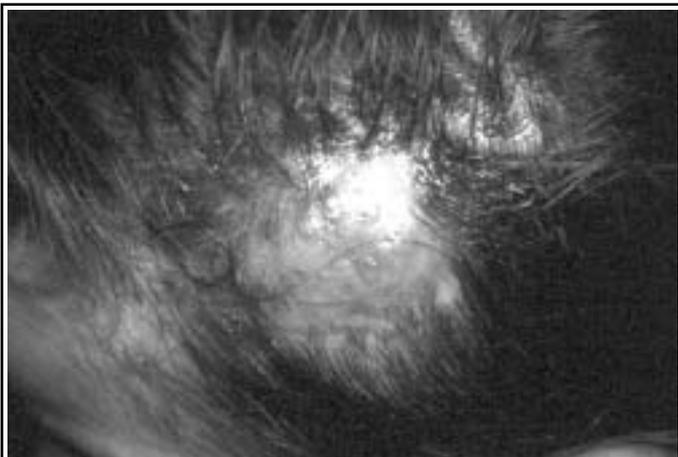


Figure 3 : Kérion.

kérion (Figure 3). Il s'agit d'un macaron inflammatoire posé sur le cuir chevelu et recouvert de pustules et de pertuis. Il s'accompagne souvent d'adénopathies et son examen en lumière de Wood est négatif.

Dans les teignes trichophytiques superficielles dues aux anthropophiles *T. violaceum*, *T. soudanense* et *T. tonsurans*, l'image la plus typique est celle de *black dots* ou points noirs, le cheveu étant cassé à

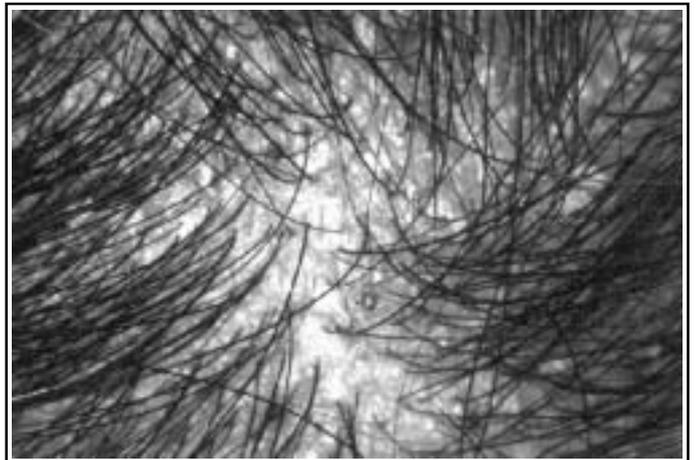


Figure 4 : Teigne endothrix : *black dots*.

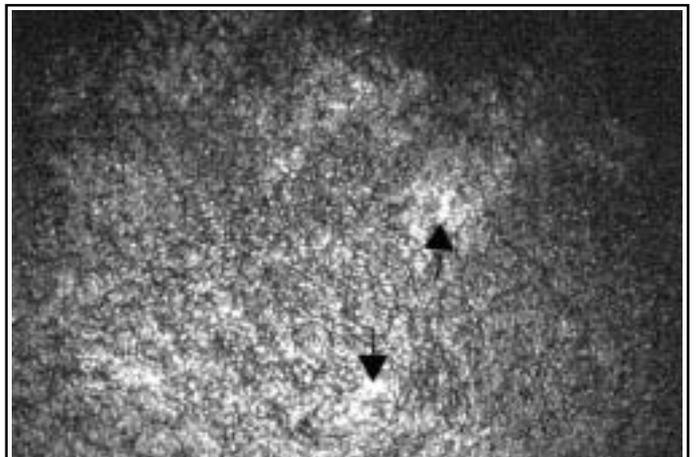


Figure 5 : Teigne endothrix mimant un eczéma séborrhéique.

l'émergence du poil (Figure 4). Elle ne pourra s'observer que si le cheveu est foncé. Plus souvent, on sera confronté à de toutes petites plaques alopéciques peu squameuses. Parfois il s'agira d'un aspect eczéma séborrhéique (Figure 5), d'une folliculite discrète, voire même d'abcès. L'examen en lumière de Wood est également négatif.

La dernière forme clinique, le favus, a quasi disparu en Europe. Elle est l'exclusivité de *T. schoenleinii*, champignon anthropophile. Elle se caractérise par les godets faviques, croûtes jaunâtres déprimées en cupules et qui dégagent une odeur de souris. Ils entourent des cheveux qui ne sont pas cassés et sont responsables d'une alopecie cicatricielle.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES^{3,6,7,14}

Les examens complémentaires sont indispensables pour diverses raisons. Tout d'abord, la clinique peut être très piégeante même pour un dermatologue expérimenté. Ensuite, afin de limiter la contagion, l'identification du pathogène et dès lors de son mode de transmission sont nécessaires. Et enfin, les différents

dermatophytes n'ont pas la même sensibilité aux nouveaux antifongiques disponibles.

L'examen en lumière de Wood (UV) est d'une utilité relative. Son résultat n'est souvent valable qu'entre les mains d'une personne expérimentée, une fluorescence faussement positive pouvant s'observer en présence de topiques médicamenteux ou de crèmes capillaires. Une fluorescence bleu verdâtre, en l'absence de signes inflammatoires, doit faire soupçonner *M. langeronii* et dès lors une source de contamination humaine. L'absence de fluorescence est de règle pour les *Trichophyton spp.*, et doit aboutir à une même conclusion.

L'examen direct et la culture sont incontournables et nécessitent un échantillonnage correct. Les lésions seront nettoyées à l'alcool pour ôter les contaminants. Une pince à épiler stérile permettra d'arracher les cheveux cassés et de gratter les squames et les points noirs. Le pus du kérion sera récolté par un écouvillon. Si le prélèvement n'est pas envoyé au laboratoire par la poste, les cheveux et les squames seront préférentiellement placés entre deux lames porte-objet. Dans le cas contraire, on utilisera une enveloppe philatélique.

L'examen direct identifiant le type de parasitisme nous permet de faire un pari thérapeutique ; l'identification du pathogène par la culture pouvant prendre jusqu'à 3 semaines selon la vitesse de croissance du dermatophyte.

TRAITEMENT ET PREVENTION^{6,7,13,14}

Nos épidémies récentes nous ont fait établir le plan stratégique suivant : instaurer le traitement le plus rapidement possible, impliquer la famille dans la détection et le traitement des sources infectieuses, planifier l'éviction scolaire et contacter les responsables des crèches ou des écoles.

Première consultation

La griséofulvine ayant disparu du marché belge il y a plusieurs années, nous instaurons le traitement en nous basant sur l'examen en lumière de Wood, l'examen direct et l'âge du patient.

Chez les enfants de plus de 2 ans ou de plus de 15 kg, s'il s'agit d'une teigne ectothrix, nous prescrivons l'itraconazole (Sporanox®) à la dose de 3-5 mg/kg/j. Pour une teigne endothrix, nous donnons de la terbinafine (Lamisil®) à la dose de 62,5 mg/j en dessous de 20 kg de poids corporel, de 125 mg/j entre 20 et 40 kg, et de 250 mg/j au-dessus de 40 kg.

Si l'enfant a moins de 2 ans, pèse moins de 15 kg ou ne sait pas avaler des gélules ou des comprimés, quel que soit le type de parasitisme, il reçoit du fluconazole (Diflucan®) sirop à la dose de 4-6 mg/j.

Nous préconisons en outre l'usage d'un shampooing Isobétadine® ou Nizoral®, ainsi qu'une crème

imidazolée quotidiennement.

En nous basant sur la démonstration que la transmission intrafamiliale est plus importante que la transmission intrascolaire, nous impliquons la famille dans l'arrêt de cette transmission¹¹. Chaque personne dormira dans son propre lit, disposera de ses propres peigne et essuie, et n'empruntera pas le couvre-chef d'autrui. Chez les sujets africains, il faudra aussi songer aux perruques. Les garçons africains étant régulièrement rasés, on insistera sur l'usage de rasoirs à usage unique. L'eau de javel est recommandée pour le nettoyage d'objets tels jouets, peignes et brosses. Le dépistage de tous les membres de la famille permettra de repérer les porteurs sains. Dans notre expérience 1 mère sur 16 est porteuse tandis qu'à Paris 50 % des mères étaient porteuses. Pour limiter le portage, on pourra recommander l'usage hebdomadaire d'un shampooing antimycosique chez l'ensemble des membres de la famille.

L'enfant sera interdit d'école ou de crèche pendant minimum 3 semaines, temps nécessaire pour identifier les cultures à croissance plus lentes telles que *T. violaceum*. Si un dermatophyte zoophile est identifié, passé ce délai, l'enfant pourra retourner à l'école en portant un bonnet. S'il s'agit d'un anthropophile, l'idéal serait une éviction scolaire jusqu'à la guérison mycologique (c'est-à-dire négativité des prélèvements). Ceci étant souvent difficile pour les parents et risquant de compromettre la scolarité de l'enfant, nous avons adopté un compromis basé sur un risque de transmission plus élevé chez le petit enfant. Pour les enfants en gardiennat, l'éviction sera stricte jusqu'à la guérison mycologique. Les enfants d'école primaire seront autorisés à fréquenter à nouveau l'école dès la guérison clinique. Ils devront toutefois porter un bonnet jusqu'à obtention d'une guérison mycologique.

L'école ou la crèche sera contactée afin d'éviter que les parents ne dissimulent le certificat d'éviction, d'expliquer la nécessité éventuelle d'examiner les autres enfants et de préciser les conditions de réintégration.

Seconde consultation

Lors de la seconde consultation qui a lieu 3 semaines plus tard, le pathogène étant identifié, le médecin scolaire, ou à défaut le directeur scolaire sera informé du résultat et des conditions subséquentes de réintégration de l'enfant.

Un prélèvement de contrôle sera réalisé. En l'absence de lésions visibles, un frottis sera passé sur l'ensemble du cuir chevelu et mis en culture. Même dans les cas où la guérison clinique est acquise, le traitement sera poursuivi pendant 3 semaines, date de la prochaine visite.

Consultations suivantes

Aussi longtemps que la culture demeure positive, de nouvelles consultations seront prévues toutes les

3 semaines. Les étapes suivantes seront répétées : prélèvement, renouvellement de l'éviction scolaire, nouvelle prescription thérapeutique pour 3 semaines. Bien sûr dans certains cas, le choix thérapeutique pourra être révisé.

Dès que la guérison mycologique est confirmée, un certificat de réintégration sera délivré.

CONCLUSION

La gestion des teignes dues aux dermatophytes anthropophiles nécessite une collaboration étroite entre le médecin, le laboratoire, la famille et l'école. La qualité du médecin responsable ainsi que la compétence du laboratoire constituent des atouts indispensables dans la lutte contre les épidémies.

Remerciements

Nous remercions le Dr A. Kolivras (dermatologue) et Mme L. Wiame (†) (laborantine) de leur excellente collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hay RJ, Robles W, Midgley G, Moore MK : Tinea capitis in Europe : new perspective on an old problem. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001 ; 15 : 229-33
2. Mock M, Monod M, Baudraz-Rosselet F, Panizzon RG : Tinea capitis dermatophytes : susceptibility to antifungal drugs tested *in vitro* and *in vivo*. *Dermatology* 1998 ; 197 : 361-7
3. Hay RJ, Moore M : Superficial and cutaneous mycoses. In : Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Textbook of Dermatology*. London, Blackwell Science Ltd, 1998 ; 2 : 1277-350
4. Vanbreuseghem R, Devroey Ch, Takashio M : Dermatophyties et teignes. In : Guide pratique de mycologie médicale et vétérinaire. Paris, Masson, 1978 : 75-144
5. Koenig H : Les dermatophytes. In : Guide de Mycologie Médicale. Paris, Ellipses, 1995 : 97-134

6. Elewski BE : Tinea capitis : a current perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 : 1-23
7. Lateur N : Tinea capitis chez l'enfant : diagnostic, étiologie et traitement. *Perceptile* 2000 ; 5 : 100-3
8. Viguie-Vallanet C, Savaglio N, Piat C, Tourte-Schaefer C : Epidémiologie des teignes à *Microsporum langeronii* en région parisienne. *Ann Dermatol Venereol* 1997 ; 124 : 696-9
9. Feuilhade M, Lacroix C : Epidémiologie des teignes du cuir chevelu. *Presse Med* 2001 ; 30 : 499-504
10. Le Guyadec T, Le Guyadec J, Che D et al : Les teignes en milieu scolaire : une étude prospective dans le département des Hauts-de-Seine. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128 : 3S15
11. Le Guyadec T, Le Guyadec J, Hervé V et al : Prise en charge des teignes : enquête auprès des médecins scolaires et de dermatologues franciliens. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128 : 725-7
12. Detandt M, Planard C, Verstraeten C, Nolard N : Tinea capitis in nurseries and schools : an epidemiological survey. *Mycoses* 2002 ; 45 : 11-2
13. Kolivras A, Lateur N, De Maubeuge J, Scheers C, Wiame L, Song M : Tinea capitis in Brussels : epidemiology and new management strategy. *Dermatology* 2003 ; 206 : 384-7
14. Gupta AK, Hofstader S, Adam P, Summerbell R : Tinea capitis an overview with emphasis on management. *Pediatr Dermatol* 1999 ; 16 : 171-89

Correspondance et tirés à part :

N. LATEUR
C.H.U. Saint-Pierre
Service de Dermatologie
Boulevard de Waterloo 129
1000 Bruxelles

Travail reçu le 16 février 2004 ; accepté dans sa version définitive le 20 avril 2004.