



Item152-Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant

Objectifs CNCI		
- 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 dermohypodermite bactérienne (DHB). - Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des infections cutanéomuqueuses à Candida, cutanée à Malassezia et des phanères (teignes, onychomycose). - Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- érysipèle / SPILF / 2000 - ABT infections cutanées / AFSSAPS / 2005 - Arrêt commercialisation oxacilline PO / AFSSAPS / 2011 - Arrêt commercialisation kétoconazole PO / AFSSAPS / 2011 - -	- Erysipèle : dermo-hypodermite aiguë - Placard infl. oedème / limites floues - Streptocoque SGA / porte d'entrée - Fasciite nécrosante streptococcique - PéniG IV puis/ou amoxicilline PO 15J - Impétigo : lésion vésico-bulleuse avec croûte jaunâtre - Staphylocoque doré - Péni M PO 10J + kératolytiques-AS - Furoncle : papulo-pustule centrée poil - Staphylococcie maligne de la face - Anthrax/furonculose: plt des gîtes - Si médio-facial: cloxacilline PO 10J - Candidose : lésion rouge vernissée - Enduit blanchâtre / ttes localisations - Onyxis des mains (≠ dermatophytes) - Dermatophytie : plaque érythémato-squameuse prurigineuse - Bordure active / guérison centrale - Plis = trichophyton = anthropophile - Peau glabre = microsporidie = zoophile - Teignes: fluo = tricho(-) / micro(+)	- Lésion élémentaire / topographie - Porte d'entrée: recherche / traitement - Gravité: sepsis / nécrose - Marquer les limites au feutre - AUCUN ex. complémentaire - AINS: rechercher / arrêter - Tétanos = SAT / VAT - Eviction scolaire - Dépistage / traitement des contacts - MHD: hygiène / éducation - Autres localisations - Facteurs favorisants - Candidose digestive = VIH

A. INFECTIONS CUTANÉO-MUQUEUSES BACTÉRIENNES

Erysipèle

Généralités

- **Définition**
 - un érysipèle = dermo-hypodermite aiguë bactérienne **non nécrosante** (≠ fasciite)
- **Epidémiologie**
 - Fréquent: incidence = 10-100 / 100 000 hab. / an
 - **Facteurs favorisants**
 - Facteurs généraux: obésité ++ / ID: diabète / éthylisme chronique, etc.
 - Facteurs loco-régionaux: stase veineuse (varices) / stase lymphatique / OMI
 - Facteurs locaux = **porte d'entrée**: à rechercher +++ (**A savoir !**)
- **Physiopathologie**
 - **Germe**: streptocoque β-hémolytique du groupe A (**SGA**)

- **Mécanisme:** toxi-infectieux: faible densité bactérienne / lésions superficielles ++
- **Porte d'entrée:** cutanée / loco-régionale
 - Membres inférieurs +++ : intertrigo inter-orteils / ulcère de jambe / plaie...
 - Visage: lésion cutanée / orificielle

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - Terrain = FdR: obésité / insuffisance veineuse chronique / ID
 - Prise médicamenteuse: **AINS** +++ (favorise la fasciite nécrosante)
 - **Diagnostic positif (érysipèle de jambe)**
 - **Lésion élémentaire**
 - **Placard inflammatoire** érythémateux / non nécrotique
 - **Oedémateux** = peau tendue / chaude / luisante / douloureuse
 - A **limites floues** / irrégulières / extension centrifuge
 - **Topographie**
 - Jambe: tracer les contours pour suivi de l'évolution +++
 - **Signes associés**
 - Début brutal avec fièvre élevée (39-40°C) et frissons
 - Rechercher ADP satellite / trainée de lymphangite (cordon)
 - **Evaluation de la gravité (A savoir !)**
 - **Signes locaux:**
 - **Douleur intense ou hypoesthésie**
 - **Nécrose:** taches cyaniques / froides +/- crépitation neigeuse
 - **Oedème:** induration diffuse et rapidement extensive +/- bulles hémorragiques
 - **Signes généraux:** sepsis (frissons, SRIS) +/- sévère (hypoTA) / altération importante état général
 - **Recherche de la porte d'entrée (A savoir !)**
 - Corps entier: examen des **orteils** / des plis / recherche de plaie
 - !! NPO devant toute plaie cutanée: vérification statut anti-tétanique
- **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - !! **AUCUN:** il est purement clinique (A savoir !)
 - **Remarque:** EchoD veineux des MI **ssi** doute avec TVP
 - **Pour évaluation du retentissement**
 - **NFS-CRP:** syndrome inflammatoire / hyperleucocytose à PNN
 - **Si sepsis → hémocultures:** mais le plus souvent négatives (cf toxi-infectieux)
 - **Remarque:** hémocultures surtout si ID (diabète): rechercher BGN et staph.
 - **Pour diagnostic étiologique**
 - **Si retrouvée: prélèvement de la porte d'entrée +++ :** ex. bactériologique + mycologique
 - **Glycémie:** recherche diabète (cf facteur favorisant)
- **Autre forme clinique: érysipèle du visage**
 - Terrain: typiquement enfant > adulte
 - Placards inflammatoires oedématisés similaires mais à **limites nettes**
 - **Bourrelet périphérique** caractéristique

Diagnostiques différentiels

- **de l'érysipèle de jambe**
 - **TVP +++ :** à éliminer par écho-doppler des MI au moindre doute
 - Autres causes de « grosse jambe rouge »: eczéma aigu / érythème noueux, etc (cf **Grosse jambe rouge aiguë**)
- **de l'érysipèle de visage**
 - Autres causes d'oedème de la face: eczéma / LED en poussée / zona, etc.

Complications

- **Dermo-hypodermite nécrosante +++**
 - = cellulite (atteinte au-dessus du fascia) +/- fasciite (si atteinte du fascia)
 - **Terrain**
 - Favorisé par **AINS** / sur érysipèle ou d'emblée
 - Pronostic selon terrain: mortalité globale = 30%...
 - **Signes généraux**
 - Fièvre élevée / polypnée / tachycardie (SRIS)
 - Signes de sepsis sévère: oligurie / hypoTA / marbrures
 - **Signes locaux**
 - Douleur intense / larges décollements bulleux
 - **Signes de nécrose cutanée +++**
 - coloration cyanique (bleuâtre) / **hypoesthésie** cutanée

- lésions nécrotiques (noirâtres) / "cartonnées"
- **Autres complications infectieuses**
 - **Abcès +/- sepsis**: rechercher s. de sepsis voire de choc
 - **Tétanos**: vérification du statut vaccinal systématique (**A savoir !**)
 - **GN post-streptococcique**: BU à J15 / SNA: cf **Néphropathie glomérulaire**.
- **Complications non infectieuses**
 - **Décompensation de tare +++** : OAP sur IVG / acido-cétose sur D2...
 - **Lymphoedème**: constitution ou aggravation
 - **Complications de décubitus**: TVP fréquentes car terrain favorisant
- **Récidives +++**
 - Surtout pour érysipèle de jambe
 - Rechercher porte d'entrée chronique (intertrigo fissuraire ++)

Traitement

- **Prise en charge**
 - Hospitalisation si: signes de gravité / complication / signes généraux marqués / échec à 72h / co-morbidités / NSE défavorable
 - Ambulatoire (le plus souvent) ssi: peu de signes généraux / terrain sain / contexte favorable
 - !! Arrêt des AINS le cas échéant (**A savoir !**)
- **Traitement curatif = antibiothérapie**
 - Probabiliste / en urgence / bactéricide / active contre **SGA** / durée totale: **15 jours**
 - Si hospitalisation: pénicilline G IV avec relais par amoxicilline à 48h d'apyréxie
 - Si ambulatoire: amoxicilline 1g x3 PO / si allergie aux pénicillines: pristinamycine ++
- **Traitement étiologique**
 - Rechercher et traiter la **porte d'entrée**: si intertrigo = antifongiques ++ (**A savoir !**)
- **Traitement symptomatique**
 - Antalgique-antipyrétique: paracétamol en IV ou PO
 - Repos / bas de contention pour drainage
- **Traitement des complications**
 - **Dermo-hypodermite nécrosante (cellulite ou fasciite)**
 - **PenC**: hospitalisation en REA: urgence médico-chirurgicale +++
 - **Traitement médical**: bi-ABT parentérale: péni G forte dose + clindamycine
 - **Traitement chirurgical**: débridement et excision des tissus nécrosés
- **Mesures associées**
 - **Contention élastique** des membre inférieurs +++ (OMI favorisant)
 - Vérification du statut vaccinal +/- **SAT-VAT** +++ (**A savoir !**)
 - Education du patient: contre-indication aux AINS (cf cellulite)
 - P° des C° de décubitus: bas de contention / lever précoce
 - !! Anticoagulation préventive = ssi facteurs de risque (**érysipèle / SPILF / 2000 +**)
- **Prévention de récurrences**
 - Traitement de la porte d'entrée +++
 - Hygiène cutanée: éducation du patient
 - Prise en charge des FdR: IVC = bas de contention
 - Si récurrences multiples: discuter ATB par Extencilline® IM
- **Surveillance**
 - **Clinique**: fièvre / extension locale (suivie au marqueur) / tolérance
 - !! **si ambulatoire**: consultation de contrôle à + 48-72h indispensable

Impétigo

Généralités

- **Définition**
 - Infection épidermique aiguë bulleuse à staphylocoque aureus +/- SGA
- **Epidémiologie**
 - Très fréquente / chez l'enfant +++ / très **contagieuse** / auto-inoculable
 - **Facteurs favorisants**
 - Dermatose prurigineuse: eczéma / varicelle / gale / pédiculose
 - Contexte épidémique / mode de vie en collectivité
- **Physiopathologie**
 - **Etiologie**: 2 bactéries +/- en association
 - **Staphylocoque aureus** = 70-90% des cas
 - Strepto β-hémolytique du groupe A (SGA) = 10-30%
 - **Peut être primitif ou secondaire**:

- **Chez l'enfant:** primitif ++ / impétigo sur peau saine
- **Chez l'adulte:** secondaire ++ / impétiginisation d'une lésion de grattage
 - !! tout impétigo de l'adulte doit faire rechercher une gale ()

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Impétigo primitif de l'enfant**
 - **Lésion élémentaire**
 - **Lésion vésiculo-bulleuse** avec pustules se rompant rapidement
 - Erosion avec **croûte jaunâtre** « mélicérique » +/- confluentes
 - Puis placards à guérison centrale / lésions **d'âges différents** ++
 - **Topographie**
 - Visage / zones péri-orificielles ++ : nez / bouche
 - puis extension au reste du corps par auto-inoculation ++
 - **Signes associés**
 - Lésions modérément prurigineuses (d'où auto-inoculation)
 - ADP satellites (cervicales) / pas de signes généraux: **apyrétique**
 - **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif: AUCUN:** il est purement clinique (**A savoir !**)
 - **Autres formes cliniques**
 - **Impétiginisation**
 - = impétigo secondaire à une dermatose prurigineuse / chez l'adulte ++
 - Dermatoses prurigineuses: gale +++ / pédiculose / eczéma / varicelle / ulcère
 - **Impétigo bulleux du nourrisson**
 - = impétigo avec bulles de grande taille (1-2cm) / localisation: siège (≠ visage)
 - Chez nouveau-né et nourrisson / très contagieux: épidémie en crèche ++
 - **Ecthyma**
 - = impétigo nécrotique (croûte noirâtre) et creusant (atteinte du derme)
 - Terrain: sujets avec manque d'hygiène / éthyisme / diabète
 - Localisation préférentielle aux MI / guérison lente / cicatrices

Complications

- **Rares:** en général: évolution favorable sans cicatrice sous traitement
- Complications infectieuses = abcès / pyodermite (si ID surtout)
- GN aiguë post-streptococcique: rare / rechercher par BU à J15
- Syndrome toxinique post-streptococcique: scarlatine / SSS / épidermolyse (cf [Exanthème et érythrodermie de l'adulte et de l'enfant](#))

Traitement

- **Prise en charge:** en ambulatoire
- **Traitement curatif = antibiothérapie**
 - **ABT locale**
 - Acide fusidique (fucidine®): application locale quotidienne
 - Systématique quel que soit le nombre de lésion
 - **ABT générale**
 - Nécessaire si: lésions étendues / **≥ 6 lésions** / territoires différents / signes généraux majeurs / terrain immunocompromis / soins locaux incertains
 - Active contre staph. aureus et SGA
 - → pénicilline M (cloxacilline/Orbénine®) PO (gélule) pendant **10 jours**
 - Si allergie à la pénicilline: pristinamycine ou acide fusidique
 - !! retrait Oxacilline/Bristopen® PO du marché ([Arrêt commercialisation oxacilline PO / AFSSAPS / 2011](#))
- **Traitement symptomatique**
 - **Antiseptique ++** : antiseptique moussant et local (chlorhexidine: Septéal®)
 - **Lavage des lésions:** bi-quotidien / à l'eau et au savon
 - **Kératolytique:** vaseline en local pour ramollir les croûtes
- **Traitement étiologique**
 - Celui de la dermatose sous-jacente en cas d'impétiginisation secondaire
- **Mesures associées (3)**
 - **Education / hygiène:** ongles coupés court / lavage des mains...
 - **Eviction scolaire +++** : jusqu'à disparition des lésions (**A savoir !**)
 - **Dépistage +/- traitement:** de tous les sujets **contacts** (fratrie / collectivité) (**A savoir !**)
- **Surveillance**
 - **Clinique:** évolution des lésions / BU à J15 / rechercher complications
 - **Paraclinique:** prélèvement bactériologique pour adapter l'ABT si résistance

Furoncles

Généralités

- **Définitions**
 - Furoncle = folliculite suppurée profonde et nécrotique due à staph. aureus
 - Folliculite = inflammation du follicule pilo-sébacé (non nécrotique !)
- **Epidémiologie**
 - Terrain typique: adulte jeune ou adolescent / sexe masculin
 - **Facteurs favorisants**
 - **Facteurs généraux**: ID: diabète / éthyliste / corticoïdes (pas VIH)
 - **Facteurs locaux**: manque d'hygiène / macération / hypersudation
- **Physiopathologie**
 - **Germe**: **staphylocoque aureus** / portage narinaire ++
 - **Transmission**: par auto-inoculation ou contact direct

Diagnostic

- **Forme clinique typique**
 - **Lésion élémentaire**
 - **Papulo-pustule** érythémateuse **centrée sur le poil**
 - Puis évolution vers **nodule** inflammatoire douloureux / induré
 - Rupture: tissu nécrosé jaunâtre (« bourbillon ») / cratère puis cicatrice
 - **Topographie**
 - Localisations préférentielles = barbe / nuque / épaules / dos / périnée
 - Mais atteinte possible de toutes les zones sauf surface palmo-plantaire
 - **Signes associés**
 - Pas de signes généraux / apyrétique +++
- **Formes cliniques**
 - **Anthrax**
 - = **agglomération** de furoncles / à la nuque et partie supérieure du dos ++
 - Placard inflammatoire violacé / induré / douloureux / parsemé de pustules
 - **Furonculose**
 - = apparition **chronique** et récidivante de furoncles (mois ou années)
 - Lésion élémentaire typique / rechercher des **facteurs favorisants** ++
- **Examens complémentaires**
 - **Forme clinique typique**: AUCUN: le diagnostic est purement clinique (**A savoir !**)
 - **Si anthrax ou furunculose** = recherche d'un **portage** staphylococcique
 - → prélèvement et ex. bactériologique des **gîtes**: narines +++ / ombilic / périnée, etc

Diagnostics différentiels

- **du furoncle = folliculite**
 - → papulo-pustule centrée sur le poil mais non infiltrée
 - Peut être superficielle (limitée à l'ostium) ou profonde (tout le follicule)
- **de l'anthrax = sycosis**
 - = folliculites multiples de la barbe et de la moustache (rasage ++)
 - → placards irréguliers / inflammatoires / oedémateux / purulents / pustuleux
- **de la furunculose = acné nodulaire**
 - cf **Dermatoses faciales** : acné, rosacée, dermatite séborrhéique

Complications

- **Passage à la chronicité** +++
 - La furunculose est la principale complication d'un furoncle
- **Staphylococcie maligne de la face**
 - **Définition**: thrombophlébite septique (à staph aureus) de la veine faciale
 - **Mécanisme**: par manipulation d'un furoncle du visage: sillon naso-génien +++
 - **Clinique**:
 - **Signes généraux**: début brutal / fièvre élevée (40°C) / AEG
 - **Signes locaux**: placard inflammatoire couleur « lie-de-vin » / douleur intense
 - **Signe associé**: turgescence des veines faciales (++)
 - **Paraclinique**
 - **Hémocultures**: en urgence / positives le plus souvent
 - **Complication principale**
 - = thrombose veineuse cérébrale septique du sinus caverneux +++
- **Autres complications**
 - Extension et/ou apparition de nouvelles localisation (auto-inoculation ++)
 - Abscess / lymphangite / septicémie à staph. aureus / endocardite...

Traitement

- **Prise en charge**
 - En ambulatoire si furoncle simple / furonculose / folliculite
- **Education / mesures d'hygiène +++**
 - Lavage des mains / ongles courts / !! **ne pas manipuler le furoncle**
 - Vêtements larges en coton / changer fréquemment / lavage machine 90°C / douche quotidienne chlorhexidine
- **Traitement d'un furoncle simple**
 - **Pansement et antiseptique local**
 - Lavage bi-quotidien à l'eau et au savon ordinaire au préalable +++
 - Ex: clorexidine (Septéal®) / pansement alcoolique / !! pas d'incision
 - **Antibiothérapie**
 - !! furoncle isolé non compliqué = **pas** d'ABT (ni locale ni générale)
 - ABT **ssi**: furoncles multiples / anthrax / terrain, signes généraux ou localisation à risque (médio-faciale +++, péri-orificielle)
 - → pénicilline M (cloxacilline / Orbénine®) PO (gélule) pendant **10 jours**
 - Si allergie à la pénicilline: pristinamycine ou acide fusidique
 - !! retrait Oxacilline/Bristopen® PO du marché (**Arrêt commercialisation oxacilline PO / AFSSAPS / 2011**)
- **Traitement d'une furonculose**
 - **ABT générale**:
 - ponctuelle en cas de lésion centro-faciale
 - systématiques si formes hautement récidivantes (exemple : 10 jours/mois)
 - pénicilline M (cloxacilline / Orbénine®) PO (gélule) pendant **10 jours**
 - **Décontamination des gîtes microbiens +++**
 - ABT locale: acide fusidique (Fusidine®) 1x/j et 1S/M pendant 6M
- **Traitement d'une staphylococcie maligne de la face**
 - **PenC**: hospitalisation en urgence +++ / mise en jeu du pronostic vital !
 - **ABT**: anti-staphylococcique en parentérale = Pénic M (oxacilline) en IV 4g/24h
- **Mesures associées**
 - !! Arrêt de travail si profession à risque (ex: restauration...) (**A savoir !**)
- **Surveillance**
 - **Clinique**: évolution: guérison avec cicatrice en 2-3S
 - **Paraclinique**: contrôle éradication des gîtes microbiens si furonculose

B. INFECTIONS CUTANÉO-MUQUEUSES MYCOSIQUES

Candidoses

Généralités

- **Définition**
 - Candidose = infection par candida albicans (levure) sous sa forme pathogène
 - Passage de la forme saprophyte à pathogène du fait de **facteurs favorisants**
 - !! **Remarque**
 - Candida saprophyte des muqueuses (digestives et génitales)
 - mais est toujours pathologique si isolé sur une lésion cutanée
 - **Facteurs favorisants (3)**
 - **Facteurs généraux**: grossesse / âges extrêmes / obésité / diabète / ID (SIDA++)
 - **Facteurs locaux**: macération / chaleur / humidité / xérostomie / acidité / traumatismes
 - **Facteurs iatrogènes**: dermocorticoïdes / corticoïdes / ABT orale / oestro-progestatifs
 - **Physiopathologie**
 - Contamination endogène ++: auto-inoculation depuis tube digestif ou muqueuses
 - Forme commensale (blastopore) → forme pathogène = **pseudo-filamenteuse**
- Formes cliniques**
- Toute candidose doit systématiquement faire rechercher une autre localisation (**A savoir !**)
 - **Candidoses muqueuses**
 - **Digestives**
 - **Stomatite candidosique**
 - **Terrain**: ID (SIDA++) / nourrissons / prothèse dentaire / ABT récente
 - **Lésion**: muqueuse érythémateuse et vernissée +/- dépôts blanchâtres
 - **Topographie**: langue (glossite) / face interne des joues (muguet++)
 - **Signes associés**: sensation de cuisson / sécheresse / goût métallique

- **Oesophagite candidosique**
 - **Terrain:** ID: SIDA +++
 - **Lésion:** muqueuse érythémateuse avec dépôts blanchâtres
 - **Topographie:** oesophage / FOGD: prélèvements
 - **Signes associés:** dysphagie / pyrosis / douleur rétro-sternale
- **Génitales**
 - **Vulvo-vaginite**
 - **Terrain:** très fréquent / !! n'est pas une IST
 - **Lésion:** muqueuse érythémato-oedémateuse / érosive / blanchâtre
 - **Leucorrhée:** blanchâtre / « crémeuse » / inodore / abondante
 - **Signes associés:** prurit +++ / brûlures / dyspareunie
 - **Balanite**
 - **Terrain:** transmission sexuelle: c'est une IST (donc bilan IST: **A savoir !**)
 - **Lésion:** érythème érosif avec dépôts blanchâtres +/- écoulement (méatite)
 - **Topographie:** extension sur gland et sillon balano-préputial
 - **Signes associés:** prurit / brûlures mictionnelles et dysurie si méatite
- **Candidoses cutanées**
 - **Intertrigos**
 - !! terme non spécifique aux candidoses: désigne toute infection des plis
 - **des grand plis +++**
 - **Lésion élémentaire**
 - érythème vernissé / bordure **mal limitée** / collerette desquamative
 - fond **fissuraire** / suintant / +/- recouvert d'un enduit blanchâtre
 - débute au fond du pli / extension centrifuge et **symétrique** (≠ DP !)
 - **Topographie**
 - plis inguinaux / inter-fessiers / sous-mammaires (femme obèse ++)
 - **Diagnostics différentiels**
 - Psoriasis: rouge vif / lisse / bien limité ++ / peu ou pas de squames
 - Dermatophytie: bordure polycyclique active / évolution asymétrique
 - Autres: eczéma de contact / intertrigo microbien (staph - strepto)
 - **des petits plis**
 - plus rares / interdigitaux plantaires ou interdigitaux palmaires
 - **des commissures labiales = perlèche candidosique**
 - **Terrain:** associé à une stomatite candidosique / nourrisson ou prothèses
 - **Lésion:** fissure +/- blanchâtre à débord érythémato-squameux
 - **Génito-fessière infantile**
 - Chez nourrissons (« candidose des langes ») / lésions vésiculo-pustuleuses
 - Extension de l'anus (origine digestive) vers la région génito-fessière
- **Candidoses des phanères**
 - **Onychomycose candidosique**
 - Responsable de **90%** des atteintes des ongles des **mains**
 - **Péri-onyxis** initial: tuméfaction sus-unguéale douloureuse
 - Onyxis = onycholyse latéro-distale avec dépôt sans hyperkératose
 - +/- coloration bleue-verdâtre signant une surinfection par pseudomonas

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Examen mycologique**
 - **Indication:** **pas** systématique: si atypique / récurrence / résistance au traitement bien mené
 - **Prélèvement:**
 - **Lésions cutanéomuqueuse :** écouvillon
 - **Ongle:** découpage d'un fragment de tablette
 - **Examen direct:** levures bourgeonnantes / **pseudo-filaments** = pathogène
 - **Culture:** sur milieu de **Sabouraud** / colonies en 48h / diagnostic de certitude
- **Pour évaluation du terrain**
 - Sérologie **VIH** devant toute candidose digestive du patient jeune (**A savoir !**)
 - Balanite = bilan IST [sérologies-partenaires-éduP-préservatif-vaccin VHB]

Traitement

- **Prise en charge**
 - En ambulatoire hors formes compliquées (SIDA ++)
- **Principes généraux +++**
 - Rechercher et traiter simultanément **toutes les localisations** (**A savoir !**)
 - Rechercher et traiter simultanément tous les **facteurs favorisants** (**A savoir !**)

- **Traitement curatif = antifongiques**
 - **Antifongiques locaux (+++)**
 - !! Traitement local toujours en 1ère intention si candidose cutanée ou muqueuse limitée
 - **Stomatite**: amphotéricine B (Fungizone®) en suspension 4 cuillères à café en 2 prises quotidiennes pendant 1 à 3S
 - **Vulvo-vaginite**: ovule imidazolé (Gynopévaryl®) pendant 1 à 3 jours
 - **Intertrigo**: imidazolés: kétoconazole (Kétoderm®) en crème 1x/j pendant 2 à 4S
 - **Onychomycose**: crème sous occlusion (Bifonazole) pendant 1 à 3 S
 - **Antifongiques par voie générale**
 - **Indications**: oesophagite candidosique ou candidose étendue / résistante / immunodéprimé (SIDA)
 - **Modalités**: fluconazole (Triflucan®) PO
 - !! kétoconazole PO/Nizoral® = AMM suspendue car hépatotoxicité ([Arrêt commercialisation oxacilline PO / AFSSAPS / 2011](#))
 - **Remarque pour les onychopathies candidosiques**
 - Traitement local ne sera efficace que si atteinte modérée et distale
 - Si échec: prélèvement mycologique (+++) puis traitement PO (Triflucan® hors AMM)
 - Onyxis = 3-6M si mains (+++) / 6-12M si pieds
 - !! aucun antifongique PO autorisé chez la femme enceinte
- **Traitement symptomatique**
 - Antiseptique local (Chlorexidine® / Bétadine® si onyxis)
 - Bains de bouche au bicarbonate si stomatite candidosique
 - Savon gynécologique alcalin si vulvo-vaginite
- **Mesures associées**
 - **Mesures d'hygiène +++** : lavage / séchage minutieux (orteils) / coton...
 - Si balanite: bilan IST / information et éducation sur IST
 - Si stomatite: NPO de retirer et de faire tremper le dentier +++
- **Surveillance**
 - **Clinique**: évolution des lésions / examen dermatologique

Dermatophyties

Généralités

- **Définition**:
 - Dermatophytie = infection mycosique à dermatophytes
 - Dermatophytes = champignons de type filamenteux kératinophiles
- **Facteurs favorisants** (idem candidose)
 - **Facteurs généraux**: ID (SIDA++ ; diabète..) / contact avec animaux (chat ++)
 - **Facteurs locaux**: macération / chaleur / humidité
 - **Facteurs iatrogènes**: dermocorticoïdes / corticothérapie / traitement IS
- **Physiopathologie**
 - !! Dermatophytes toujours pathogènes / respectent toujours les muqueuses
 - **3 modes de contamination (et dermatophyte correspondant)**
 - Interhumaine = dermatophytes anthropophiles (**Trichophyton rubrum**)
 - A partir des animaux (chat ++) = dermatophytes zoophiles (**Microsporum canis**)
 - A partir du sol = dermatophytes géophiles (rares)
- **Lésion élémentaire +++ (quelle que soit la localisation)**
 - Plaque **érythémato-squameuse** prurigineuse
 - A **bordure** active vésiculo-érythémato-squameuse +/- polycyclique
 - A extension centrifuge: avec aspect de guérison centrale

Formes cliniques

- **Dermatophyties de la peau glabre**
 - **Germe**: dermatophyte **zoophile** (microsporis) → rechercher des animaux (chat ++)
 - **Lésion élémentaire** (ex- « herpès circiné »)
 - Plaque érythémato-squameuse +/- prurigineuse (parfois intense)
 - A bordure nette et active: érythémato-vésiculo-squameuse +++
 - Extension centrifuge avec **guérison centrale**: « aspect annulaire »
 - **Diagnostics différentiels**
 - Eczéma nummulaire (mais pas d'évolution centrifuge ni bordure active)
 - Psoriasis annulaire (mais squames plus épaisses et bordure bien nette)
- **Dermatophyties des plis (intertrigos)**
 - **Dermatophyties des grands plis**
 - **Germe**: dermatophyte **anthropophile** (trichophyton) → T^o interhumaine

- **Lésion (ex- « eczéma marginé de Hebra »)**
 - **Pli inguinal** +++ / homme jeune typiquement
 - Placard érythémato-squameux / prurigineux
 - A bordure nette / **polycyclique** / active (vésiculo-squameuse)
 - Extension centrifuge et **asymétrique** avec guérison centrale
- **Diagnostics différentiels**
 - Intertrigo candidosique: bords émiettés et évolution symétrique (cf supra)
 - Psoriasis des plis: pas de squames / limites nettes / non prurigineux
- **Dermatophyties des petits plis**
 - **Germe:** dermatophyte anthropophile (idem grands plis)
 - **Lésion**
 - Intertrigo **inter-orteil** +++ (4ème et 5ème espaces)
 - Forme limitée: fissure rouge vif squameuse au centre du 4ème pli
 - Forme profuse: érythème suintant +/- vésiculeux
 - Atteinte unguéale et hyperkératose plantaire souvent associés
- **Dermatophyties des phanères**
 - **Dermatophyties du cuir chevelu = teignes**
 - **Teignes tondantes**
 - Les plus fréquentes en France / **enfants** 4-10ans +++
 - Plaques arrondies érythémato-squameuses **pseudo-alopéciques**

Teigne microsporique	Teigne trichophytique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Microsporis canis ■ D. zoophile = non contagieux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trichophyton soudanense (africain) ■ D. anthropophile = très contagieux
<ul style="list-style-type: none"> ■ Plaque de grande taille / unique ■ Cheveux cassés courts donc: ■ Fluorescent en lumière de Wood 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plaques de petite taille / multiples ■ Cheveux cassés ras donc: ■ Non fluorescent en lumière de Wood

- **Autres types de teignes**
 - **Teignes inflammatoires (suppurées)**
 - Placards inflammatoires à bords nets / couverts de pustules
 - Pas de fluorescence en lumière de Wood / dermatophytes zoophiles
 - **Teignes faviques**
 - En Afrique du nord (exceptionnelles en France hors migrants)
 - Lésion en godet favique = cupuliforme / jaunâtre / malodorante
 - Alopécie cicatricielle / fluorescence vert pale en lumière de Wood
- **Dermatophyties des ongles = onychomycose dermatophytique**
 - **Germe:** Trichophyton interdigitale ou Trichophyton rubrum
 - **Lésion**
 - Atteinte **pieds** (gros orteil) >> mains (≠ onyxis candidosique)
 - Epaissement (hyperkératose) sous-unguéal jaunâtre (!! au psoriasis)
 - Débute au bord distal (libre) de l'ongle et progresse vers matrice
 - **Pas de péri-onyxis associé** (≠ onyxis candidosique)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Examen mycologique**
 - **Indication**
 - indispensable (sauf intertrigo interorteils)
 - → preuve mycologique avant de démarrer un antifongique général (**A savoir !**)
 - **Prélèvement:** local par grattage / en périphérie: sur bordure active
 - **Examen direct** (potasse) = **filaments** mycéliens
 - **Culture:** sur milieu de **Sabouraud**: identification en 3-4S

Traitement

- **Prise en charge:** en ambulatoire
- **Traitement curatif = antifongique**
 - **Antifongique local**
 - **Indications:** en 1ère intention pour D. de la **peau** glabre et des **plis** si limités
 - **Modalités:** imidazolé (kétokonazole: Ketoderm®) crème 1x/j pendant **3S**
 - **Antifongique par voie générale**
 - **Indications**
 - Dermatophyties des **phanères:** cuir chevelu (teignes) / des ongles (onyxis)
 - Dermatophyties de la peau glabre étendues ou résistantes
 - **Modalités**

- En 1ère intention = **griséofulvine** (Griséfuline®)
- Autre: Terbinafine/ Lamisil®
- En **association** avec antifongique **local** +++ (kétoconazole en lotion)
- **Durée traitement** par griséofulvine selon la localisation
 - Teignes \geq **6S** () / 6 à 8 semaines (RCP Griséofulvine)
 - Onyxis = prolongée () / 4 à 12 mois (RCP Griséofulvine)
 - Dermatophytie peau glabre étendue = 4 à 8 semaines ?
- !! aucun antifongique PO autorisé chez la femme enceinte
- **Traitement symptomatique / hygiène**
 - Antiseptique: toilette avec chlorhexidine moussante (Plurexid®)
 - Mesures d'hygiène: lavage fréquent / ongles courts / vêtements en coton
- **Mesures associées**
 - Recherche et suppression des facteurs favorisants (**A savoir !**)
 - Si D. zoophile: rechercher et éviction / traitement des **animaux** +++
 - Si D. anthropophile: dépistage +/- traitement des sujets **contacts** (famille)
 - Eviction scolaire si teigne trichophytique (T° interhumaine) (**A savoir !**)
- **Surveillance**
 - **Clinique**: évolution des lésions / recherche d'autres localisations

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 2 principaux germes des infections cutanées bactériennes ?
- Streptocoque β -hémolytique du groupe A - Staphylococcus aureus
Quel est le diagnostic à évoquer devant un impétigo chez l'adulte ?
- Gale
1 diagnostic différentiel à évoquer devant un patient amené pour des furoncles des plis axillaires, sous mammaires et anopérinéaux ?
- Maladie de Verneuil
A quelle température laver le linge d'un patient avec furonculose ?
- 90°C (staphylocoque résiste au lavage basse température)
2 complications mortelles des furoncles ?
- Staphylococcie maligne de la face - Sécrétion de la toxine de Panton-Valentine
Quel est le principal diagnostic différentiel à éliminer devant un érysipèle ?
- Dermo-hypodermite nécrosante