

XVIII^{EME} CONGRES NATIONAL D'INFECTIOLOGIE COMPTE-RENDU DE LA SESSION « MYCOSES SUPERFICIELLES » VENDREDI 25 AVRIL 2008

La session sur les mycoses superficielles a comporté cinq conférences

XVIIITH NATIONAL CONGRESS OF INFECTIOLOGY « SUPERFICIAL MYCOSIS » Conferences for the session of SUPERFICIAL MYCOSIS

K. KALLEL. LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE. EPS LA RABTA – TUNIS

La première a traité, après un bref rappel clinique, du diagnostic mycologique des mycoses superficielles qui reste souvent classique basé sur l'examen mycologique de routine (prélèvements de squames, cheveux, ongles... ; examen direct et culture avec identification macroscopique et microscopique du champignon isolé) en insistant essentiellement sur les espèces rencontrées en Tunisie (*Microsporum canis*, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*...)

La biologie moléculaire non encore appliquée en routine reste réservée à des situations particulières telles que le diagnostic d'espèce des *Malassezia* (11 espèces actuellement décrites) ou encore celui des onychomycoses surtout à contaminants.

La seconde conférence a porté sur un aspect particulier des mycoses superficielles qui est la « maladie dermatophytique ». Il s'agit d'une pathologie rare ; une cinquantaine d'observations publiées dans la littérature dont 37 d'origine maghrébine et plus particulièrement algérienne. En Tunisie, 9 cas sont diagnostiqués dont sept publiés.

Cette entité est définie comme « une extension au-delà de la surface cutanée du parasitisme dermatophytique ». C'est une maladie familiale à transmission autosomique récessive et de pathogénie encore mal connue. Elle survient sur un terrain particulier avec trouble de l'immunité cellulaire notamment de la fonction des lymphocytes T. Elle commence, en moyenne vers l'âge de 10-11 ans sous forme d'une dermatophytie superficielle extensive évoluant sur plusieurs années vers la localisation en profondeur avec atteinte multiviscérale et dermo-hypodermique constante. La confirmation diagnostique est apportée par l'isolement et l'identification du champignon qui est souvent *Trichophyton violaceum*. Le traitement reste décevant avec un effet uniquement suspenseur des antifongiques. L'inefficacité thérapeutique est secondaire à la production en excès de l'antigène trichophytique, ce qui aggrave d'avantage la maladie et génère encore plus d'antigène rendant le traitement de moins en moins efficace jusqu'à un échappement total du malade qui ne répond plus à aucun antifongique.

La troisième conférence a abordé une pathologie beaucoup plus fréquente posant parfois un véritable problème de prise en charge qui est la candidose vulvo-vaginale (CVV). En effet, 75% des femmes, entre 20 et 40 ans, présentent au moins un épisode de CVV au cours de leur vie. Cet épisode, qui peut être sporadique et facilement traité, est dû dans 80% des cas à *Candida albicans*, ou au contraire être le point de départ d'une succession de récurrences (4 épisodes ou plus par an définissant la candidose vulvo-vaginale récurrente), souvent dues à des *Candida non albicans*. La physiopathologie de cette affection a été particulièrement bien développée expliquant que la symptomatologie résultait de la relation entre *Candida* et l'hôte, à savoir :

- la virulence fongique basée sur la formation du mycélium, la production d'enzymes protéolytiques, de toxines...

- la réponse immunitaire de l'hôte avec incrimination de plus en plus importante de l'immunité innée locale basée essentiellement sur l'activité protectrice des cellules épithéliales et de l'action du Binding lectin Factor dont le taux, génétiquement déterminé, conditionne la susceptibilité ou non de l'hôte à l'infection.

La conférence s'est terminée par la prise en charge thérapeutique de ces CVV qui repose sur l'utilisation d'antifongiques topiques dans les CVV non compliquées et sur les antifongiques systémiques en traitement intensif et prolongé (6 mois).

La quatrième conférence a porté sur des mycoses superficielles bénignes, cosmopolites très fréquentes qui sont les pityrosporoses. Elles sont dues à des levures lipophiles, commensales du follicule pilo-sébacé, responsables de tableaux cliniques variés, dominés par le pityriasis versicolor et la dermatite séborrhéique.

- Le pityriasis versicolor : sa contagiosité est très peu ou pas démontrée du tout ; il n'y a en effet pas de cas conjugués. Le facteur favorisant majeur serait l'hyper séborrhée endogène ou exogène apportée par l'utilisation de crèmes grasses. La première lésion est folliculaire et le cuir chevelu peut être à l'origine d'une redissémination. L'enfant présente souvent des lésions achromiques du visage secondaires à la production par le

champignon de l'acide azélaïque, un inhibiteur de la synthèse de la mélanine. Son diagnostic est aisé et le diagnostic différentiel est posé avec des lésions d'érythrasma, de vitiligo et de dartre.

- La dermatite séborrhéique est fréquente caractérisée par une évolution chronique et récidivante. Elle est particulièrement fréquente chez l'adulte débilité (infecté par le VIH, dépressif). Elle touche la face, le cuir chevelu et le tronc et pose le diagnostic différentiel notamment avec le psoriasis ; la présence de blépharite est un argument en faveur de la dermatite séborrhéique.

Le traitement repose sur les antifongiques locaux ou généraux associés à la toilette avec un pain gras (savon au pyrithione de zinc).

Enfin, la cinquième conférence s'est intéressée à la prise en charge de ces mycoses superficielles. Depuis la griséofulvine, le grand médicament des champignons, une large panoplie d'antifongiques, en topique ou à utilisation systémique, s'est développée. Leurs indications dépendent de la localisation et de l'atteinte clinique.

Ainsi, le traitement de l'intertrigo inter-orteils, facteur de risque majeur de l'érysipèle de jambe (confirmé par une étude multicentrique tunisienne), est indispensable. Un imidazolé en topique est prescrit en première intention pendant 4 semaines

exposant au problème d'observance. L'allylamine est indiquée en deuxième intention. Les mesures d'hygiène adjuvantes sont nécessaires.

Dans les atteintes inguino-crurales et de la peau glabre, les corticoïdes peuvent améliorer dans un premier temps l'inflammation locale entraînant par la suite une exacerbation de la mycose d'où l'intérêt du prélèvement mycologique avant de débiter tout traitement.

Concernant le traitement des teignes du cuir chevelu par la griséofulvine, la durée de 12 semaines a été rapporté par l'orateur malgré la tendance anglo-saxonne à raccourcir ce traitement. Par contre, le traitement des onychomycoses n'est pas systématique ; il dépend du terrain sous-jacent (antécédent d'érysipèle+++) et des éventuelles interactions médicamenteuses. Il reposera souvent sur l'association d'un antifongique oral à une solution filmogène.

Le traitement des candidoses cutanéomuqueuses dépend de leur étendue, il sera local quand elles sont localisées et orale quand elles sont plus étendues.

Le traitement d'un premier épisode de pityriasis versicolor nécessitera une application de kétoconazole monodose suivie d'une autre à la première exposition au soleil. Par contre, en cas de récurrence, un traitement par voie orale est indiqué.