

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un peuple - Un but - Une foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2017 – 2018 N°...../

**Aspects cliniques de la Dermatophytie
des grands plis dans le service de
Dermatologie du CHU Gabriel TOURE
de Bamako (Mali)**

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2018
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par
Mlle Aicha DIALLO

Pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine
(Diplôme d'état)

JURY

Président: Pr agrégé Mahamadou Ali THERA

Co- Directeur: Dr Koureichi TALL

Membre: Dr N'DIAYE Hawa Thiam

Directeur: Pr agrégé Ousmane FAYE

Dédicaces

Je dédie ce travail :

- A ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux et à son prophète Mohamed (PSL), pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

- **A mon très cher père SIDY DIALLO**

Cher père, merci pour les sacrifices que tu a consenti de me donner une si bonne éducation. Tu m'as enseigné le sens de l'honneur, du devoir et de la dignité. Ton sens élevé du travail bien fait, ta rigueur et ta grande simplicité m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Puisses-tu trouver, dans ce travail le témoignage de mon éternelle reconnaissance et mon amour familial indéfectible. Que dieu te protège, te comble de santé, et te donne longue vie. Que la grâce de dieu t'accompagne.

- **A ma mère DIALLO KADIDIATOU TANGARA**

Tu es ma fierté et mon repère dans la vie.

Ce travail est le fruit de ton dévouement, de tes sages conseils, de tes ambitions et d'énormes sacrifices consentis durant ces longues années d'études.

Je suis fier d'avoir reçu de toi une éducation exemplaire. Trouve ici chère mère l'expression de ma profonde gratitude, que Dieu te garde aussi longtemps auprès de nous. AMEN

- **A mes frères ABOUBACAR SIDIKI, LAMINE, OUMAR et ISMAILA**

Ce travail est aussi le votre, il est le résultat de vos nombreux encouragements. Vous avez guidé mes pas tout le long de ce périple. Vous êtes le symbole de modestie, d'amour et de fraternité. Que ce travail soit le témoignage de mon estime et de mes sentiments d'affection les plus sincères. Je prie Dieu de vous réserver le bonheur et la santé tout le long de votre vie. AMEN

- **A mon oncle et ma tante SIDIKI DIALLO, DIALLO ASSITAN
DIARRA**

A travers ce travail, je vous exprime toute mon affection, mon attachement et mon amour éternel. Sans vous ma vie à Bamako n'aurait pas eu le même goût. Puisse l'amour et la reconnaissance nous unir à jamais. Que Dieu vous accorde une longue vie pleine de santé, de bonheur et de réussite dans votre vie.

- **A la famille TANGARA**

Je ne saurais trouver les mots pour témoigner ma reconnaissance. Je vous dois tout.

- **A mes professeurs et maîtres de stage.**

- **A tous ceux qui me sont cher et que j'ai omis de citer.**

REMERCIEMENT

- **Au professeur KONARE Habibatou DIAWARA**

Merci beaucoup de nous avoir encadrés tout au long de notre séjour dans le service.

Votre rigueur m'ont beaucoup impressionnés, j'ai également beaucoup appris à votre côté.

- **A mes camarades de promotion (promotion feu Pr TRAORE MOUSSA) et amis : MAIGA Salamata MAIGA, COULIBALY Bassara FOFANA, DIALLO Dama KONE, Mohamed kéou COULIBALY**

Pour tous ces moments de bonheur vécu grâce à vous, vous resterez le meilleur souvenir de ces études, merci pour votre amitié précieuse.

- **A tout le personnel du service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako : Dr THERA Tenin KARAMBE, COULIBALY Saran CAMARA, Drissa COULIBALY, Karidiatou DIARRA**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURIE

A notre Maître et président du jury :

Professeur agrégé Mahamadou Ali THERA

- **Maitre de Conférences Agrégé de Parasitologie-Mycologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali**
- **Directeur Scientifique du BMP (Bandiagara Malaria Project), Malaria Research and Training Center (MRTC), Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP),**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher Maître, Avec indulgence et gentillesse vous avez accepté de présider le jury de cette thèse, vous nous faites un grand honneur

Modèle d'un parasitologue exemplaire, votre travail, tant dans l'enseignement, que dans la formation post universitaire a largement contribué à la promotion de la parasitologie-mycologie au Mali

Recevez ici cher maitre nos sincères remerciements, et notre plus grand respect.

A notre Maître et co-directeur

Docteur Koureichi Tall

- **Spécialiste en dermato-lepro-vénérologie**
- **Praticien hospitalier au centre National d'Appuie et la Lutte contre la
Maladie(CNAM)**

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos cotés.

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait.

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Docteur N'Diaye Awa Thiam

- **Spécialiste en Dermato- lepro-vénérologie**
- **Maître assistant à la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- **Médecin du Centre de Santé de Référence de la commune trois (Csref CIII) du District de Bamako**

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi le jury. Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de ce travail.

Permettez nous, cher maître de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance

A notre maître et directeur

Professeur Ousmane FAYE

- **Maître de conférences agrégé à la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- **Vice doyen de la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- **Spécialiste en dermato-lépro-vénérologie et en anatomopathologie dermatologique**
- **Chef de service dermatologique au centre national d'appui à la lutte contre la maladie**
- **Ph D en Epidémiologie et science de l'information biomédicale de l'université Pierre et Marie Curie.**

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître admiré de tous

Vous avez cultivé à nous l'esprit de justice, d'humilité et du travail bien fait

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail

Cher maître aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard.

MERCI!!

SOMMAIRE

I. Introduction

II. Objectifs

1. Objectif général
2. Objectif spécifique

III. Généralité :

1. Structure de la peau

- 1.1. Epiderme
- 1.2. Derme
- 1.3. Hypoderme
- 1.4. Annexes

2. Fonctions de la peau

- 2.1. Protection
- 2.2. Thermorégulation
- 2.3. Information
- 2.4. Excrétion
- 2.5. Métabolisme
- 2.6. Absorption

3. CARACTERISTIQUES DE LA PEAU DES PLIS :

4. GENERALITE SUR LES DERMATOPHYTES :

- 4.1. Définition
- 4.2. Agent pathogène
- 4.3. Epidémiologie
 - 4.3.1. Origine humaine
 - 4.3.2. Origine animale
 - 4.3.3. Origine tellurique
- 4.5. Physiopathologie :
- 4.6. Facteurs favorisant la survenue des dermatophyties des plis

5. Signe :

- 5.1. Type de description
- 5.2. Evolution
- 5.3. Examen complémentaire
 - 5.3.1. Exploration par le microscope ordinaire
 - 5.3.2. Culture sur milieu de Sabouraud
- 5.4. Forme clinique :
 - 5.4.1. Dermatophytie des petits plis

5.4.2. Autres dermatophytie de la peau glabre

5.4.3. Dermatophytoses unguéal

5.4.4. Teigne du cuir chevelu

5.4.4.1. Teigne tondante microsporique

5.4.4.2. Teigne tondante trichophytique

5.4.4.3. Teigne favique

5.4.4.4. Kérion (Teigne inflammatoire)

6. Diagnostic :

6.1. Diagnostic positif

6.2. Diagnostic différentiel

7. Traitement

7.1. But

7.2. Moyens

7.3. Moyens non médicamenteux

7.4. Moyens médicamenteux

7.4.1. Antiseptiques

7.4.2. Kératolytiques

7.4.3. Antifongiques locaux

7.4.4. Antifongiques généraux

7.5. Indications

7.5.1. Peau glabre

7.5.2. Intertrigo inter-orteils

7.5.3. Intertrigo des grands plis

7.5.4. Lésions palmo-plantaire

7.5.5. Teignes

7.5.6. Onychomycoses dermatophytiques

IV. Méthodes et patients :

1. Lieu d'étude

2. Type d'étude

3. Durée d'étude

4. Population d'étude

5. Définition de cas

6. Critères d'inclusions

7. Critères de non inclusions

8. Variables étudiées

8.1. Données sociodémographiques ;

8.2. Antécédents médicaux chirurgicaux (pathologies associées) ;

8.3. Habitudes cosmétiques et vestimentaires ;

8.4. Les aspects cliniques des lésions ; leurs localisations et les signes fonctionnelle.

V. Résultats :

A. Aspects épidémiologiques :

B. Facteurs de risques

C. Aspects cliniques

VI. Commentaires et Discussions :

1. Méthodologiques

2. Epidémiologiques

3. Données cliniques

VII. Conclusion

VIII. Recommandations

IX. Références

I. INTRODUCTION :

Une dermatophytose est affection cutanéophanérianne superficielle, fréquente, due à des dermatophytes, champignons filamenteux kératinophyles.

L'humidité, les traumatismes locaux, l'occlusion des plis sont les facteurs favorisants. [1]

L'atteinte des grands plis est fréquente chez l'adulte. Elle est observée plus souvent chez l'homme que chez la femme. Et rare avant la puberté.

Cette dermatose est rarement primaire. Elle représente presque toujours la localisation secondaire par manu-portation d'une atteinte des pieds dont l'examen s'impose à la recherche du foyer primitif.

La contamination se fait par contact inter humain direct ou indirect par l'intermédiaire des vêtements ou du linge de toilettes.

Tout ce qui favorise la transpiration et la macération y joue un rôle primordial : le port de vêtements trop serrés de surcroît en matière synthétique ou leur superposition, la pratique intensive de sport, l'obésité, l'hygiène défectueuse sont autant de risque de développer une mycose des grands plis. [2, 3, 4, 5]

Au plan clinique la dermatophytose des grands plis est caractérisée par un prurit, d'intensité variable associé à des lésions vésiculeuses bordant un placard érythémateux d'extension centrifuge, siégeant au niveau de la face interne des cuisses mais aussi au niveau du scrotum. Le fond du pli apparaît normal, sans fissure, mais parfois prend une couleur grisâtre ou bistre et un aspect finement squameux. La bordure de l'intertrigo est nette, polycyclique ou circonscrite, surélevée. [6]

Elles constituent un motif de consultation fréquent du fait du prurit, de l'aspect inesthétique, mais surtout la localisation proche des parties intimes faisant penser à une infection sexuellement transmissible.

La dermatophytie des grands plis a été très peu étudiée de par le monde, alors que leurs tendances aux récurrences et le préjudice social qu'elles engendrent fait de ces mycoses cutanées un problème de santé non négligeable. Le but de ce travail était

de décrire les aspects cliniques de la dermatophytie des grands plis chez les sujets vus en consultation dans le service de Dermatovénérologie du CHU GABRIEL TOURE de Bamako (MALI).

II. OBJECTIFS :

1. Objectifs général :

- ✓ Décrire les aspects cliniques de la dermatophytie des grands plis observés dans le service de Dermatovénérologie du CHU TOURE de Bamako (MALI).

2. Objectifs spécifique :

- ✓ Déterminer la fréquence des dermatophyties des grands plis chez les patients consulté pendant notre période d'étude dans le service de dermatologie.
- ✓ Identifier les différents facteurs favorisant des dermatophyties au niveau des grands plis
- ✓ Décrire les aspects cliniques des cas observés.

III. GENERALITES :

1. Structure de la Peau : [7]

La peau est l'un des organes les plus complexes du corps humain. Selon Katz et Poulsen un centimètre carré (1cm²) contient 3vaisseaux sanguins, 10poils, 12 nerfs ,15 glandes sébacées, 100glandes sudoripares et 3 millions de cellules [7]. La surface cutanée varie selon la taille et le poids du sujet et se situe aux environs de2 m² chez l'adulte normal. Son poids, d'environ 3 kg pour une personne de 75 kg, en fait l'organe le plus lourd du corps humain. La peau comporte, de l'extérieur vers l'intérieur, 3 zones distinctes : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

1.1. Epiderme :

L'épiderme est un épithélium stratifié dans lequel on distingue cinq couches cellulaires (kératinocytes) qui sont de l'intérieur vers l'extérieur :

- **Stratum germinativum (couche basale ou germinative) :** est formé d'une seule assise de cellules cubiques implantées sur les papilles du derme superficiel. Ces cellules contiennent les organites classiques à savoir le noyau, les mitochondries, les ribosomes et un appareil de golgi bien développé. Les kératinocytes représentent par leur nombre les éléments cellulaires dominants de l'épiderme avec fonction principale la kératinisation.

Entres les kératinocytes de la couche basale s'intercalent les mélanocytes responsables de la mélanogénèse.

Dispersés entres les kératinocytes, des cellules apparemment spécialisées, appelées cellules de Merkel. A cause de leur association avec certaines terminaisons nerveuses, ces cellules semblent agir comme des récepteurs ou transmetteurs sensoriels. Les cellules de Merkel sont plutôt rares, elles sont attachées par les desmosomes aux kératinocytes basaux, à proximité des terminaisons nerveuses du derme sous-jacent.

- **Stratum spinosum (corps muqueux)** : est formé de 3 à 4 couches de cellules polyédriques reposant sur la couche basale. Les cellules proviennent de la couche basale et migrent jusqu'à la couche granuleuse. Entre les cellules du corps muqueux de Malpighi se dispersent quelques grains de mélanine et des cellules de Langerhans qui représentent 3 à 4% de la population cellulaire épidermique. Les cellules de Langerhans possèdent des propriétés enzymatiques et ont des nombreuses fonctions dans la réponse immunitaire, en particulier dans la phagocytose
- **Stratum granulosum (couche granuleuse)** : comporte trois assises de cellules aplaties, fusiformes et parallèles. Située immédiatement sous le stratum corneum, là où le stratum lucidum est inexistant, les cellules subissent des modifications importantes. Les noyaux deviennent fortement indentés, la chromatine et les organites cytoplasmiques se raréfient.
- **Stratum lucidum (couche claire)** : au niveau de la pomme des mains et de la plante des pieds, il existe une couche continue constituée de 1 à 2 assises de cellules
- **Stratum corneum (couche cornée)** : est une superposition de cellules anucléées et complètement kératinisées formant des lamelles très allongées

1.2. Derme :

Le derme est un tissu conjonctif fibro-élastique composé de cellules (fibrocyte, histiocytes, mastocytes) et d'une matrice intercellulaire. Cette dernière est formée de protéines fibreuses (collagène ; élastine, réticuline) et d'un gel inter fibrillaire (protéoglycane, glycoprotéines, sels, eau). Le derme comprend aussi d'importantes ramifications vasculaires, un vaste réseau nerveux et des annexes cutanées. Il assure aussi à la peau nutrition, soutien et élasticité. Il est séparé de l'épiderme par la jonction dermo-épidermique qui occupe une position stratégique aux frontières de deux tissus (tissu épithélial et tissu conjonctif)

1.3. Hypoderme ou tissu sous cutané : est formé de tissu conjonctif lâche et différencié sauf dans certaines régions (paupière, scrotum) où il est constitué de tissus gras appelé pannicule adipeux.

1.4. Les annexes cutanées : comprennent l'appareil pilo-sébacé et les glandes sudorales. L'appareil pilo-sébacé est une structure complexe comprenant le follicule pileux (invagination de l'épiderme occupé par un poil) une ou plusieurs glandes sébacées et un muscle horripilateur.

Les glandes sudorales (apocrine et eccrine) secrètent la sueur.

2. Fonctions de la peau:[8]

2.1. Protection :

La peau protège l'organisme contre :

- les agressions mécaniques qui sont assurées par les fibres élastiques ; du derme, la couche cornée et le coussin gras de l'hypoderme ;
- les agressions chimiques par le sébum ;
- les microbes grâce à l'action de la couche cornée et des cellules de Langherans ; - les radiations solaires essentiellement assurées par l'activité des mélanocytes et accessoirement par les cheveux au cuir chevelu.

2.2. Thermorégulation :

La peau maintient la température corporelle. Pendant le froid, on note une vasoconstriction avec augmentation de température corporelle et pendant la chaleur une vasodilatation entraînant une diminution de la température corporelle.

2.3. Information:

Les terminaisons nerveuses et les récepteurs sensitifs présents dans la peau recueillent des informations sur le milieu extérieur (sensations tactiles, douloureuses, thermiques).

2.4. Excrétion :

La peau participe à l'élimination des déchets et produits toxiques grâce à la production de la sueur.

2.5. Métabolisme :

La peau participe à la synthèse de la vitamine D sous l'action des rayons lumineux ultraviolets.

2.6. Absorption :

Grâce à cette propriété, l'entretien de la peau est possible ainsi que les traitements locaux et les différents tests cutanés.

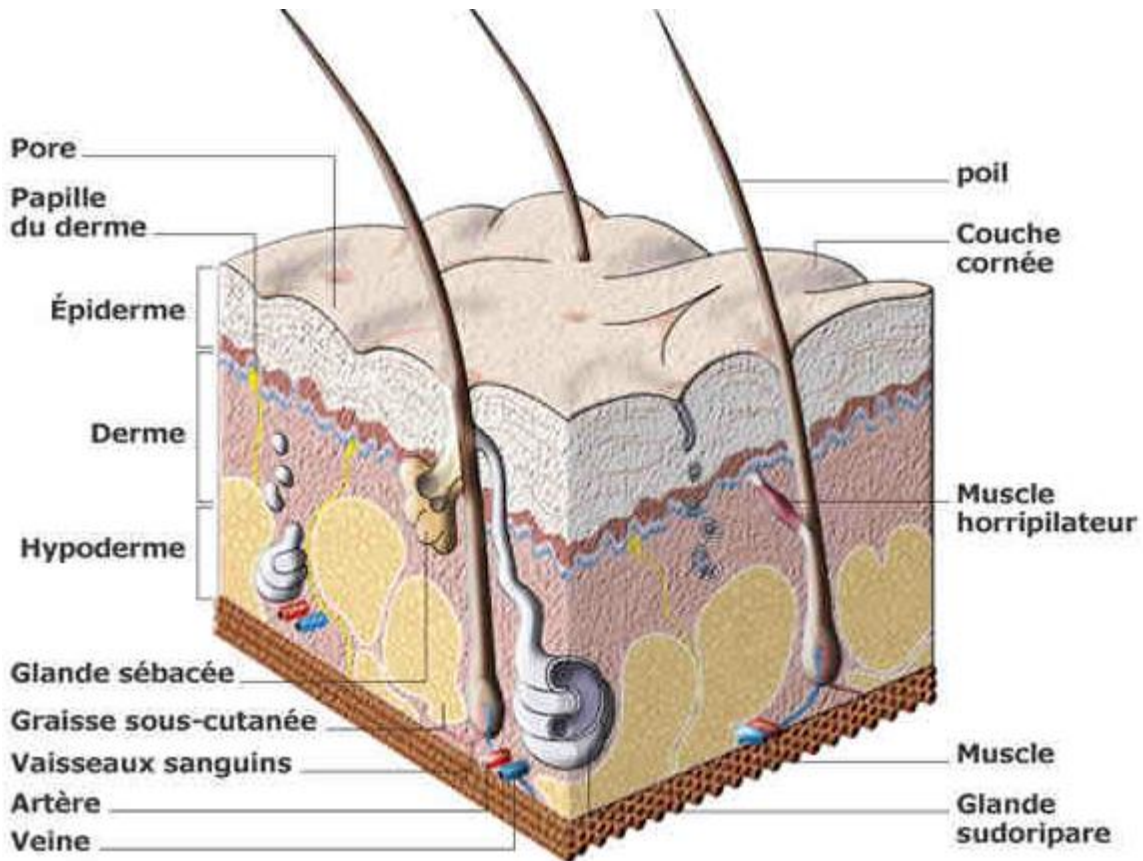


Figure 1 : structure de la peau vue tridimensionnelle (3)

3. CARACTERISTIQUES DE LA PEAU DES PLIS :

La peau au fond des grands plis présente une structure particulière et propriétés physiques différentes de celles du reste du corps.

Ces caractéristiques sont d'autant plus marquées que les versants des plis sont fermés par une adiposité excessive.

L'épiderme et sa couche cornée sont habituellement minces.

Les produits des sécrétions sudorales eccrines, apoecrine et apocrines y maintiennent un niveau accru d'hygrométrie et une valeur inhabituelle du PH cutané. [9]

Ce milieu est favorable au développement d'une biocénose (flore bactérienne et mycosique).

Par certains aspects, cet environnement ressemble à celui créé par les couches-culottes sur les régions fessières et périnéales des bébés. [10]

4. GENERALITE SUR LES DERMATOPHYTES : [11, 12, 13,14, 15]

4.1. Définition :

Les dermatophyties sont des affections causées par des champignons filamenteux microsporiques qui ont une affinité particulière pour la kératine (épiderme, poils, cheveux, ongle).

Ces parasites sont susceptibles de coloniser différentes structures anatomiques chez l'homme quel que soit le terrain immunitaire notamment :

- La peau glabre occasionnant des épidermophyties circinées ou des lésions des plis appelées intertrigos ;
- Les cheveux entraînant l'apparition de teignes ;
- Les poils générant des folliculites et des sycosis ;
- Les ongles engendrant des onychomycoses.

4.2. Agents pathogènes :

Les dermatophytes, champignons microscopiques, appartiennent aux genres *TRICHOPHYTON*, *MICROSPORUM* et *EPIDERMOPHYTON*. A partir des produits pathologiques, ils se reproduisent sur le milieu de Sabouraud en formant des filaments (mycélium) et des spores issues d'une reproduction asexuée appelée conidies (macro conidies et microconidies).

4.3. Epidémiologie : origines et mode de contaminations

L'origine de la contamination de l'homme peut être humaine (espèces anthropophiles), animales (espèces zoophiles) ou telluriques (espèces géophiles).

4.3.1. Origine humaine :

La plus fréquente, la contamination se fait habituellement par contact interhumain (lutteurs, judokas...) ou l'intermédiaire de sols souillés par squames issues de la peau parasitée (salle de bain, salles de sports, vêtements, chaussettes...) pouvant véhiculer les squames contenant les spores ou filaments infectés.

4.3.2. Origine animale :

La contamination se fait par le contact direct (caresses...) ou indirect (poils virulents laissés sur un fauteuil par exemple...) avec un animal de compagnie (chien, chat...), d'élevages (chevaux...) ou de rentes (bovins...). Ces animaux peuvent être porteurs de lésions (dartres chez les vaches) ou porteurs sains sans lésions apparentes, comme c'est souvent le cas chez les chiens ou des chats les poils sont fluorescents à la lampe de WOOD. Les petits rongeurs sauvages peuvent aussi véhiculer des spores.

4.3.3. Origine tellurique :

La contamination peut se produire aussi à la suite d'un traumatisme d'origine tellurique, plaies souillées de terre car enrichis en kératine animale (plumes, poils, sabots, carapaces d'insectes, etc....) contenant le champignon en cause.

4.4. Physiopathologie :

Le dermatophyte pénètre dans l'épiderme à la faveur d'une excoriation cutanée parfois minime. De là le champignon (ou arthrospore) émet des filaments qui vont progresser de façon centrifuge dans l'épiderme et créent une lésion arrondie d'aspect érythémato-squameux avec une bordure nette appelée épidermophytie carcine.

Au niveau des plis le dermatophyte détermine un intertrigo fréquent au niveau du pied (intertrigo interdigito-plantaire).

Poils et cheveux peuvent être attaqués par un dermatophyte, l'envahissement se fait à partir de l'ostium folliculaire avec une propagation descendant vers le bulbe. Selon les espèces on distingue plusieurs types de parasitisme pileaire.

Les cheveux envahis se cassent facilement d'où la chute des cheveux (teignes). Pour les ongles le champignon pénètre le plus souvent par la partie distale et progresse vers la matrice par la tablette inférieure. Parfois l'attaque se limite au niveau de la tablette superficielle de l'ongle (leuconychie).

4.5. Facteurs favorisant la survenue des dermatoses des plis :

Plusieurs facteurs peuvent favoriser la survenue de la dermatophytie des grands plis :

- Les facteurs locaux sont : la transpiration, le manque d'hygiène, la macération, les vêtements serrés synthétiques, les soutiens gorges (synthétiques), les produits cosmétiques (dépigmentants), les traumatismes locaux.
- Les facteurs généraux sont : le diabète, l'obésité, le sida, les âges extrêmes de la vie, les médicaments par voie générale (corticoïdes, antibiotiques, immunosuppresseurs), la dénutrition [16,17].

5. SIGNE :

5.1. Type De Description : [4, 5, 18] Intertrigo inguino-crural « eczéma marginé de Hebra »

L'intertrigo des grands plis, correspond principalement à la région inguino-crurale, aux plis inter-fessiers, aux plis abdominaux, aux plis sous mammaires et aux plis axillaires.

L'atteinte des plis inguinaux (ancien « eczéma marginé de Hebra ») est appelée aussi « tinea cruris » ou « jack itch » par les anglo-saxons, elle est caractérisée par une lésion unilatérale ou le plus souvent symétrique. Elle débute à la face interne des cuisses sous forme de médaillon ou macules prurigineuses, rosées, à surface finement squameuse, rarement suintante, vésiculeuses en bordure, qui vont confluer pour donner un placard circiné s'étendant à partir du pli inguinal sur la cuisse et débordant parfois dans le pli inter-fessier. La bordure festonnée, polycyclique en « ailes de papillons » des plaques particulièrement nette à la face interne de la racine des cuisses. Progressivement, le centre pâlit et devient bistre alors que la bordure active reste inflammatoire, parfois exsudative. Il peut exister des lésions satellites identiques à distance : fesses, abdomen, pubis, etc.

5.2. Evolution Et Complication :

En l'absence de traitement, l'évolution est chronique, avec des améliorations hivernales et des exacerbations estivales. Peu à peu, les lésions peuvent se lichénifier et prendre un aspect de névrodermite sur lequel le prélèvement est négatif.

Si le patient à utiliser de lui-même un corticoïde local, la lésion peut avoir perdu son contour caractéristique et s'étendre. Le corticoïde réduit l'inflammation, ce qui

peut donner l'impression que la lésion est en voie d'amélioration, alors que le champignon est florissant grâce à l'immunosuppression locale obtenue par le corticoïde.

Dans les plis axillaires, les lésions se disposent volontiers en << feuillets de livres >> avec une bordure circinée bien dessinée à la face interne des bras et sur le thorax.

Des lésions comparables peuvent se voir au niveau abdominal ou au niveau sous-mammaire, généralement associées à une épidermophytie de l'aîne. Quelle que soit la localisation, ces lésions sont très prurigineuses.

5.3. Examens Complémentaires : [19, 20]

La lumière ultraviolette (lampe de Wood) :

La fluorescence est variable selon l'agent pathogène :

- ✓ Dermatophytose microsporiques : fluorescence « jaune-verte » des poils.
- ✓ Atteinte trichophytique : absence de fluorescence.

5.3.1. Exploration par le microscope ordinaire :

Il se fait par un prélèvement de squame (grattage), de cheveux ou d'ongle atteints. Ce prélèvement permet de mettre en évidence par le microscope ordinaire es dermatophytes ou es spores tout en précisant l'aspect du parasite endothrix ou ectothrix.

5.3.2. La culture sur milieu de Sabouraud :(long : 3 à 4 semaines) précise le genre du champignon et l'espèce responsable du dermatophytie.

5.4. Formes cliniques :

5.4.1. Dermatophyties des petits plis :

Les pieds sont plus souvent intéressés que les mains.

Le pli prend un aspect macéré blanchâtre avec une fissure centrale. Le 4^e espace inter orteil est le plus fréquemment atteint, les lésions débordent souvent sur la face plantaire et la face dorsale du pied et des orteils sous

forme d'un processus vésiculeux et desquamatif. Elles sont favorisées par la macération, la transpiration, l'humidité, le port de chaussures en caoutchouc.

5.4.2. Autres dermatophytoses de la peau glabre :[21]

Leurs aspects sont divers : plaque arrondie ou ovalaire, de taille variable, anciennement appelé herpès circiné ou placards géographiques limités par une bordure vésiculo-squameuse d'extension centrifuge tandis que le centre est en voie de guérison. Elle siège préférentiellement sur les régions découvertes.

5.4.3. Dermatophytoses unguéales (onyxis dermatophytique) :

Les ongles des orteils sont principalement atteints (80% des cas).

Les dermatophytes responsables sont avant tout *T. rubrum* (80%) et *T. mentagrophytes var. interdigitale* (20%). L'atteinte unguéale est presque toujours associée à celle des espaces interdigitaux ou des plantes. Elle débute généralement dans la partie distale et latérale de la tablette unguéale (leuconychie). Il en résulte une hyperkératose sous-unguéale, puis une onycholyse par décollement distal de la tablette unguéale.

5.4.4. Teignes du cuir chevelu : [19]

Le terme teigne désigne les infections dermatophytiques dues à un parasitisme pileux au niveau du cuir chevelu. Les teignes sont rares chez l'adulte, et surtout fréquentes chez les enfants. [19]

5.4.4.1. Teignes tondantes microsporiques : Elles donnent des plaques alopéciques arrondies de quelques centimètres, uniques ou multiples, d'extension centrifuge.

Sur un fond de squame, les cheveux sont cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau.

5.4.4.2. **Teignes tondantes trichophytiques** : Elles se traduisent par la présence de petites lésions éparses, squamo- crouteuses parfois pustuleuses engluant des cheveux cassés très court.

5.4.4.3. **Teigne favique (favus)** : Elle réalise des plaques alopéciques inflammatoires et cicatricielles par de petites dépressions cupuliformes remplies de croûtes (« godets faviques »).

5.4.4.4. **Kérion (teigne inflammatoire)** : Elle traduit une réaction immunitaire excessive au dermatophyte. Elle réalise des placards inflammatoires ponctués d'orifices pilaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés faisant sourdre du pus.

6. DIAGNOSTIC :

6.1. Diagnostic positif : clinique et paraclinique [21]

Au niveau des grands plis l'atteinte réalise un placard érythémato-squameux prurigineux à bordure saillante, vésiculo-squameuse, polycyclique, avec extension centrifuge. En cours d'évolution le centre guérit tandis que la bordure garde son caractère inflammatoire. Le diagnostic mycologique n'est pas toujours pratiqué en routine car la présentation clinique est souvent évidente et en raison de l'efficacité du traitement d'épreuve antifongique local.

6.2. Diagnostic différentiel : [3]

Il faut éliminer :

- ✓ Une candidose : érythème, d'aspect vernissé et suintant, fissuré au fond du pli qui est recouvert d'un enduit blanchâtre ; présence de pustules périphériques ;
- ✓ Un érythrasma dû à *Corynebacterium minutissimum* : placard brun chamois finement squameux avec fluorescence rose-corail en lumière ultraviolette (lampe de Wood) ;
- ✓ Un psoriasis (inversé) : placard érythémateux, plus ou moins suintant parfois croûteux, souvent fissuré et macéré au fond du pli.
- ✓ Une dermite caustique ou de frottement : érythème plu ou moins suintant, sans limite nette, respectant en général le fond du pli. Le patient se plaint de brûlure.
- ✓ Un eczéma : placard érythémateux plus ou moins vésiculeux, suintant et croûteux à limite émiettée.

7. TRAITEMENTS :

7.1. But :

- ✓ Guérir le malade
- ✓ Prévenir les récurrences (limiter la contagiosité personnelle et communautaire)
- ✓ Améliorer la qualité de vie du patient tant sur le plan esthétique, psychologique et fonctionnel [22, 23]

7.2. Moyens :

Elles peuvent être local ou générale toujours associées à des mesures additives

7.3. Moyens non médicamenteux :[24,25]

Il comporte d'abord la suppression des facteurs favorisant. La chaleur, l'humidité et l'occlusion sont les facteurs favorisant le développement des dermatophyties cutanées.

Leur suppression est donc indispensable pour l'obtention d'une guérison.

L'aération et le séchage soigneux des lésions cutanées feront donc partie intégrante du traitement.

Dans les cas de dermatophyties des cheveux et des ongles, la réduction mécanique du foyer fongique facilitera la pénétration des antifongiques systémique et locaux et accélèrera la guérison.

Enfin, et pour éviter toute récurrence, les foyers primaires d'infection seront recherchés et traités. Ils seront précisés dans la stratégie thérapeutique pour chaque localisation.

L'utilisation d'un *antiseptique* n'est pas indispensable, mais celui-ci peut agir sur la présence d'agents infectieux (levures ou bactéries Gram positif) fréquemment associés à celle du dermatophyte, en particulier dans les plis. L'antiseptique prévient aussi la survenue de surinfection dans les atteintes prurigineuses. Peuvent être utilisés.

7.4. Moyens médicamenteux :

7.4.1. Antiseptiques :

- ✓ permanganate de potassium dilués au 1 /20 000^{eme} ou de sulfate de cuivre (Métacuprol®, 1 cp /l d'eau) de la zone atteinte ;
- ✓ Des dérivés iodés : Bétadine® solution dermique ;
- ✓ Un savon acide (Alkènide®, Dermacide®) ou un carbanilide (Solubacter®, Septivon®)
- ✓ L'hexamidine (Hexomédine®, Cyteal®), chlorhexidine aqueuse à 0,02 ou 0,05 (Hibitane®, Hibidil®, Hibisrub®, Plurexid®, Diaseptyl®). Une solution aqueuse de *nitrate d'argent* à 0,5 p. 100 si les lésions sont très suintantes, vésiculo-bulleuses ou fissurées. Un *kératolytique* sera prescrit en cas d'hyperkératose, notamment palmo-plantaire ou de croûtes du cuir chevelu.

7.4.2. Kératolytiques :

- ✓ Acide salicylique dans un excipient couvrant : vaseline, onguent ou autre, à une concentration choisie en fonction de l'épaisseur des lésions, ou en préparation commercialisée comme la Cold-cream salicylée la Roche-Posay® ;
- ✓ Préparation à l'urée, soit en préparation magistrale ou commercialisée comme Kératosane® gel ou Xerial® 3, 10,30 ou 50mg. Chez le nourrisson, les dérivés iodés ne seront pas utilisés et les concentrations en acide salicylique et en AgNO₃ adaptées.

7.4.3. Antifongiques locaux :

les antifongiques les plus actifs sur les dermatophytes sont : la Ciclopiroxolamine (Mycoster®), l'amorolfine (Locéryl®), le tolnaftate (Sporiline®), le terbinafine (Lamisil®), et les dérivés imidazolés (le bifonazole [Amycor®], le miconazole [Daktarin®], l'isokonazole [Kétoderm®], le fenticonazole [Lomexin®], le sertaconazole [Monazol®], le sulconazole [Myk® 1 p.100], l'éconazole [Dermazol®, éconazol® GNR, éconazole-ratiopharm, Fongéryl®, Fongéryl, PEVARYL]).

Les applications sont : Biquotidiennes pour le tolnaftate (Sporiline), la Ciclopiroxolamine (Mycoster®), les imidazolés : l'éconazole (Pevaryl®), l'isokonazole (Fazol®), le miconazole (Daktarin®), le tioconazole (Trosyl®), et la terbinafine. Quotidienne pour le bifonazole (Amycor), l'omokonazole (Fongamyl®), l'oxikonazole (Fonx®), le Kétoconazole (Kétoderm®), le fenticonazole (Lomexin®), le sertaconazole (Monazol®), le sulconazole (Myk® 1p.100), et la terbinafine (Lamisil®).

Les associations imidazolé-corticoïdes estompent le prurit et les signes inflammatoires légèrement plus rapidement que l'imidazolé seul, mais leurs usages doivent être évité car le corticoïde contrarie l'effet de l'antifongique sur les agents infectieux.

Le choix des formes galéniques est fonction de la localisation à traiter. En pratique, nous réservons les lotions, les gels et les poudres au traitement des lésions suintantes et macérées ;

Les crèmes seront réservées au traitement des lésions sèches et desquamatives. Ces produits sont en généralement très tolérés.

L'aggravation possible des signes locaux en début de traitement, en particulier avec les antifongiques d'action plus rapide (Kétoderm, Amycor, Myk...) et d'avantage due à l'exacerbation des réactions immunitaires lors de la lyse du champignon qu'à une intolérance au produit. Elle nécessite l'arrêt du traitement dans un nombre faible de cas (<2%).

Aucune photo-allergie ou phototoxicité n'est décrits ; les cas d'allergie de contact sont exceptionnels et mériteraient de préciser le composant responsable par tests allergologiques.

Les passages systémiques, très faible ne provoquent aucun effet secondaire. Les antidermatophytiques topiques utilisable chez la femme enceinte sont le tolnaftate (Sporyl®), le miconazole (Daktarin®), l'isoconazole (Fazol®), l'omoconazole (Fongamyl®) et l'éconazole (éconazole GNR ; éconazole-ratiopharm®, Fongéryl®, Pevaryl®).

En cas d'échec thérapeutiques apparent, avant d'incriminer l'antifongique dont l'efficacité dans les dermatophyties de la peau glabre est généralement supérieure à 85% et souvent comprise entre 95 et 100% (selon les études), plusieurs questions doivent être posées :

L'indication d'une monothérapie est-elle appropriée ?

Le diagnostic de dermatophytie n'est pas erroné ?

N'y a-t-il pas persistance de facteurs favorisant ou foyer de réensemencement ?

La compliance est-elle bonne et la durée du traitement suffisante ?

7.4.4. Antifongiques systémiques : [24,25]

Les antifongiques systémiques ne doivent être proposés qu'avec un diagnostic prouvé d'infection à dermatophyte et lorsque le seul traitement local est insuffisant pour guérir le patient.

Tous antifongiques sont disponibles : la griséofulvine (griséfuline®, fulcine®) ; le Kétoconazole (Nizoral®) et la terbinafine (Lamisil).

Les contre- indications à leurs prescriptions, et les effets secondaires doivent être parfaitement connus ; la surveillance doit être respectée avec une grande rigueur, sous peine d'accidents parfois graves.

Elle consiste en une numération formule sanguine pour tout traitement par griséofulvine supérieur à deux mois et en une surveillance des fonctions hépatiques avant traitement, au 15^{ème} jour de prise de Kétoconazole puis toutes les quatre semaines jusqu'à la fin du traitement.

Aucune surveillance particulière n'est demandée lors d'un traitement par la terbinafine ; cependant, une surveillance des fonctions hépatiques ainsi qu'une numération formule sanguine complète avant le début du traitement et après six semaines, comme cela est pratiqué aux Etats-Unis et au Canada, est conseillée.

Ces antifongiques ont une bonne distribution cutanée et parviennent jusqu'à la couche cornée où se trouvent les dermatophytes. Compte tenu de leur mode de distribution, l'administration du produit doit être continue et non intermittente.

L'action de la griséofulvine est plus lente que celle du Kétoconazole et de la terbinafine, le choix de la molécule et le temps de prescription varieront en fonction de la localisation à traiter. L'action anti-inflammatoire et vasotrophique de la griséofulvine et l'action anti-inflammatoire du Kétoconazole sont complémentaires de l'action antifongique.

Aucun de ces trois produits n'agit sur les moisissures (*Scopulariopsis brevicaulis*, *Aspergillus sp.*, *Fusariumsp.*, *Scytalidium sp.*) qui peuvent être associées aux dermatophytes dans les lésions des pieds et des mains. Ils sont contre indiqués chez la femme en période d'activité génitale en dehors d'une contraception efficace car

la femme peut être enceinte, et même mécanisme pour la griséofulvine car ils sont très toxiques. Actuellement la terbinafine ne possède pas d'AMM pour une prescription chez l'enfant à cause de sa toxicité.

En raison de l'efficacité importante et de la bonne tolérance de la terbinafine, le Kétoconazole et la griséofulvine sont utilisés aujourd'hui comme des produits de deuxième intention pour le traitement d'une grande partie des dermatophyties, à l'exception les teignes du cuir chevelu. En cas d'échec, avant d'évoquer un problème de résistance, rare pour ces antifongiques systémiques, plusieurs questions doivent être envisagées :

Le patient a-t-il pris son traitement régulièrement ?

Ne prend-il aucun traitement interférant avec l'absorption ou l'action du médicament (par exemple, prise d'antiacides, de barbituriques...)?

L'absorption est-elle bonne ? N'existe-t-il pas, en particulier pour les onyxis, d'affection sous-jacente (trouble de la circulation, psoriasis, traumatisme...) ou d'autres agents infectieux associés (bactéries ou corunébactéris dans les intertrigos, moisissure dans les ongles...) gênant l'appréciation des résultats ?

N'existe-t-il pas de facteurs d'entretien ou de foyer de réinfection ?

7.5. Indications : [26, 27,28]

7.5.1. Peau glabre :

L'origine animale, humaine ou tellurique doit être précisée par le prélèvement mycologique. En cas de lésion unique, un *traitement antifongique local* est généralement suffisant (voir plus haut). Il n'y a pas, dans ce cas restriction de la forme galénique.

En cas de lésion extensive, d'atteintes multiples, d'atteinte des poils, de lésion inflammatoire, en particulier après une corticothérapie locale intempestive, ou si l'amélioration est insuffisante sous traitement local, un *traitement antifongique*

systémique est souvent nécessaire. Il est souvent recommandé d'utiliser soit la terbinafine (Lamisil) à la dose de 250mg/j pendant 1à2 semaines, soit la griséofulvine (Fulcine, Griséfuline), en particulier dans les lésions inflammatoires (1 g/j) pendant 3 à 4 semaines), soit le Kétoconazole (Nizoral) à la dose de 200mg/j pendant 2à 4 semaine. La durée du traitement peut être allongée dans les cas de dermatophyties très diffuses.

Concernant les *mesures additives* au traitement antifongique, si le champignon en cause anthropophile, il faut rechercher la source de contamination (foyer au niveau des pieds, le plus fréquent ; membre de la famille ou de l'entourage). Si le champignon est zoophile, il faut trouver l'animal en cause, le faire examiner et traiter par un vétérinaire.

7.5.2. Intertrigos inter-orteils :

Un *antifongique local* sera utilisé, de préférence, une lotion, un gel, une crème peu couvrante ou une poudre antifongique ont montré d'excellents résultats à elles seules, grâce à leur pouvoir asséchant au cours des études expérimentales (plus de 85% de guérison). L'expérience des études ont montré que l'utilisation volontiers d'une lotion, un gel ou une crème (à faire pénétrer par légers massages, ce qui paraît garantir la pénétration du principe actif) et une poudre (pour son pouvoir asséchant). Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la restitution ad integrum de la peau entre les orteils, ce qui demande de 2 à 8 semaines. La mise à disposition de la forme crème du Lamisil a réduit la durée du traitement des intertrigos dermatophytiques à une semaine (deux applications par jour).Le traitement d'un intertrigo inter-orteil sans autre localisation associée ne justifie pas la prescription d'un antifongique systémique.

Les *Mesures additives* au traitement antifongique jouent un rôle important dans l'obtention de la guérison définitive et dans la prévention de la transmission interhumaine de la dermatophytie, les espèces en cause étant anthropophiles.

Il est important d'obtenir la suppression des facteurs de macération par une bonne aération et un séchage soigneux (éventuellement avec un séchoir à cheveux) des espaces inter orteils. Un antiseptique peut être appliqué si la lésion est très macérée et, en cas de vésiculo-bulles, une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1% sera utilisée.

Les mesures prophylactiques sont indispensables. La désinfection des foyers réensemencement ne doit pas être omise : application de poudre antifongique (Daktarin®, Fazol®, Fonx®, Mycooster®, Myk®, Pevaryl®...) dans les chaussures mises pieds nus, sur les tapis de salle de bain, etc. ; lavage à l'eau de javel des bacs à douche et des carrelages ; traitement de tous les membres de la famille ayant une dermatophytie. Une hyperhydrose chronique doit être traitée. En cas de fréquentation usuelle de clubs sportifs ou de vestiaires et de douches collectifs, il sera recommandé le port de tongs ou de sandales ainsi qu'une hygiène et un séchage soigneux des pieds et l'application éventuelle d'antifongique (poudre par exemple.) ces jours-là.

7.5.3. Intertrigos des grands plis :

L'espèce fongique en cause est généralement anthropophile.

Les *antifongiques locaux* seront prescrits une à deux fois par jour pendant 2 à 4 semaines :

Ciclopiroxolamine (Mycooster) crème ou lotion ;

Imidazolés : miconazole(Daktarin) gel ou lotion ; isoconazole (Fazol) crème

Imiazolés : miconazole (Daktarin®) gel ou lotion ; isoconazole (Fazol®) crème ;

éconazole (Pevaryl®) crème, lotion ou poudre ; tioconazole (Trosyd®) crème ;

bifonazole (Amcor®) crème ; Kétoconazole (Kétoderm®) crème ; Sulconazole

(Myk®) crème ou lotion ;

Tolnaftate (Sporiline®) crème ou lotion ;

Terbinafine (Lamisil®) crème [26, 27,28]

Le choix de la forme galénique est, dans ce cas (intertrigo des grands plis), essentiel, car il faut éviter la macération source de récurrence, pour cela les gels, les poudres, ou les lotions sont privilégiés [29, 30,31].

Le traitement dépend des lésions ou de leurs caractères récurrent [31,32].

Traitement est local si les lésions sont localisées et récentes.

Traitement oral doit être uniquement réservé aux atteintes étendues et récurrentes.

Traitement local peut être prolongé une semaine après la guérison [33].

Les préparations topiques associant plusieurs médicaments d'actions différentes (antibiotiques, antimycosique, dermocorticoïdes, anesthésiques, ...), sont contre-indiquées. En effet, elles ne répondent à aucune logique, mais surtout, elles favorisent l'évolution chronique et récurrente des lésions tout en modifiant leur aspect initial, ce qui rend leur diagnostic ultérieur difficile. Ces formules exposent aussi à des effets indésirables tels qu'une sensibilisation aux antibiotiques ou anesthésiques locaux et à la dépendance ou surinfection due aux dermocorticoïdes. [28]

Il faut bien expliquer au patient que le traitement médicamenteux seul reste insuffisant pour une guérison complète et durable, s'il n'est pas associé à des mesures de prévention visant à supprimer les facteurs favorisants et si les foyers associés contaminés ne sont pas recherchés et traités [30].

7.5.4. Lésions palmo-plantaires :

Les lésions peuvent être hyperkératosiques sèches ou vésiculo-bulleuses. Le seul traitement local est généralement insuffisant et l'expérience montre qu'un traitement systémique est souvent bénéfique pour diminuer la réaction inflammatoire et surtout pour éviter les récurrences. Tous les *antifongiques locaux* précédemment cités sont utilisables. Le traitement sera appliqué une à deux fois par jour pendant 1 à 4 semaines selon le médicament choisi. Dans les atteintes vésiculo-bulleuses, les antifongiques d'action plus rapide peuvent entraîner une

aggravation des signes locaux les premiers jours, pouvant nécessiter leur arrêt et la prescription d'antifongiques d'action plus lente.

Pour les antifongiques utilisés par voie systémique, la durée du traitement dépend du médicament choisi. Elle est fonction de la restitution ad integrum de la peau des plantes et des paumes. En pratique, on utilisera la terbinafine pendant 2 à 6 semaines, le Kétoconazole pendant 1 à 2 mois ou la griséofulvine pendant 1 à 3 mois.

Comme *mesures additives* au traitement antifongique, dans les atteintes hyperkératosiques, nous utilisons un kératolytique en début de traitement. Dans les atteintes vésiculo-bulleuses, un antiseptique et une solution de nitrate d'argent pourront être appliqués. Un antiseptique sera utile dans les formes érosives et fissurées. Les mesures prophylactiques sont les mêmes que celles préconisées dans les intertrigos inter orteils.

7.5.5. Teignes du cuir chevelu et de la barbe :

Pour le traitement antifongique local, aux formes galéniques précédemment citées s'ajoute une forme shampooing (Pevaryl 1% lotion, Kétoderm sachets). Aux Etats-Unis, l'application de Kétoderm deux fois par semaine est généralement prescrite ; en France, l'utilisation de la Sporiline, lotion huileuse facilitant le coiffage des cheveux crépus, est recommandée. Concernant les *antifongiques systémiques*, dans les teignes du cuir chevelu chez l'enfant. La griséofulvine est le médicament de première intention. Elle est en générale bien tolérée chez l'enfant. Prescrit aux doses usuelles (20mg/kg/j), le traitement est actif en six semaines en moyenne, parfois plus. Sa durée est d'autant plus longue que l'enfant est plus jeune. Le Kétoconazole sera utilisé en deuxième intention à la dose de 4 à 7 mg/kg/j chez l'enfant, mais son action semble limitée sur les teignes ectothrix. En cas de teigne à *M.canis*, il est conseillé une dose 20 à 25 mg/kg/j (en deux prises) de griséofulvine ou 8 mg/kg/j de Kétoconazole (en une ou deux prises) car de nombreuses souches semblent avoir une sensibilité moindre aux produits, expliquant de « faut échecs »

thérapeutiques. Dans le cas de teignes inflammatoire ou kérion, nous proposons le même traitement que ci-dessus. D'emblée ou quelques jours d'utilisation de griséofulvine, le traitement local est parfaitement applicable. L'évolution est toujours rapidement favorable comme pour les autres types de teignes. Contrairement à la théorie qui voudrait que la réaction inflammatoire majeure permette le rejet spontané des cheveux parasités, la pratique justifie l'administration du traitement local et systémique qui évite l'

Extension, la persistance de foyers fongiques résiduels, écourte l'évolution et qui diminue la contagiosité dans certains cas. Nous ne partageons pas l'idée émise par certains auteurs d'utiliser une corticothérapie systémique ou même locale. C'est un principe toujours néfaste en pathologie infectieuse. Un certain nombre de kérions sont d'ailleurs la rançon d'une corticothérapie locale intempestive.

En cas de kérion fongique douloureux, des antalgiques, voire des anti-inflammatoires non stéroïdiens, peuvent être prescrits.

Le traitement d'une teigne chez le nourrisson de moins de 1an est moins bien établi. En effet la maturation des fonctions hépatiques n'étant pas atteinte avant l'âge de 1 an, devant la possibilité de toxicité hépatique de ces produits, nous préférons nous contenter d'un traitement local, bien qu'il n'y ait pas de contre-indication réelle selon les firmes pharmaceutiques. Le traitement local ne stérilise pas les lésions mais limite leur extension en attendant d'utiliser un antifongique systémique.

Chez la *femme enceinte ou allaitante*, il n'est pas possible d'utiliser un antifongique systémique. Un traitement local seul sera utilisé, il limitera les lésions sans les stériliser, en attendant de pouvoir utiliser un antifongique systémique.

D'autres molécules ont montré une certaine efficacité, mais ne possèdent pas, à ce jour, Autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans cette indication :

La terbinafine (Lamisil), bien tolérée chez l'enfant, a montré une bonne efficacité sur les teignes endothrix (3 à 6 mg/kg/j pendant 4 semaines). Elle paraît moins

efficace sur les teignes dues aux *Microsporum* et aux dermatophytes à parasitisme ectothrix, nécessitant alors un traitement de 6 à 8 semaines ;

L'itraconazole (Sporanox), donné à 3 à 5 mg/kg/j pendant 4 à 6 semaines, semble très efficace dans les teignes endothrix ;

Le fluconazole(Triflucan), prescrit à 6 mg/kg/j pendant 3 semaines, a montré une bonne efficacité dans le traitement des teignes endothrix essentiellement.

De nouveaux schémas en « pulses » d'une semaine séparée par des périodes de 1,2, ou 3 semaines selon les molécules (terbinafine, itraconazole) sont en cours d'évaluation.

Les mesures additives au traitement antifongique sont indispensables pour obtenir une guérison rapide et définitive. Elles consistent en :

Un dégagement aux ciseaux (mieux que le rasage) des zones infectées et de leur périphérie, surtout dans les cas de teignes microsporiques et de kériions ;

Un dépressage des nattes sur les cheveux crépus ;

L'utilisation d'un antiseptique dans les formes surinfectées et kératolytique dans les formes croûteuses ;

La désinfection des bonnets, cagoule, peigne, brosse, tondeuse (utiliser un rasoir à usage unique), etc., sources d'infestation, à l'aide d'une poudre antifongique.

Si l'agent est zoophile, l'animal doit être traité.

Les teignes étant souvent diagnostiquées dans des familles nombreuses peu favorisées économiquement, le coût du traitement doit aussi être pris en compte dans le choix thérapeutique. En France, l'arrêté du 3 mai 1989 stipule que l'enfant doit faire l'objet d'une *éviction scolaire* jusqu'à présentation d'un certificat attestant qu'un examen microscopique a montré la disparition de l'agent pathogènes.

Actuellement en France, la griséofulvine reste le médicament de choix dans le traitement des teignes du cuir chevelu, quelle que soit la présentation clinique.

7.5.6. Onychomycose dermatophytique :

Un traitement local semble suffisant dans les cas de leuconychie superficielle, généralement dues à *T. interdigitale*, et dans les atteintes unguéales très limitées. Cependant, dans la majorité des cas un traitement systémique est indispensable, en particulier si l'hyperkératose est très importante, s'il y a une onycholyse sévère, une atteinte latérale, un dermatophytome et chaque fois qu'il y a une atteinte matricielle.

✓ Traitement local :

Pour les leuconychies superficielles, la suppression de la zone envahie par grattage à la curette ou meulage, associées à l'application d'un antifongique topique durant 30 à 60 jours, est habituellement suffisante. Le MycoSter et certains imidazolés (Amcor[®], Kétoderm[®], Myk[®] 1%), utilisés en crème sous occlusion de préférence, semble bien pénétrer dans la kératine unguéale.

Mais surtout, deux solutions filmogènes sont aujourd'hui disponibles. Ce sont des formes galéniques bien tolérées qui sont bien adaptées au traitement de la tablette unguéale parasitée par un dermatophyte. Le ciclopirox acide (MycoSter solution filmogène 8%) s'applique quotidiennement, et l'amorolfine (Locéryl solution filmogène à 5%) une fois par semaine.

En monothérapie, le taux de guérison clinique est d'environ 40%.

Pour les autres types d'envahissement dermatophytique de l'ongle, onyxis latérodiscal ou proximal ou leuconychie à *T. rubrum*, un antifongique systémique est presque toujours nécessaires.

✓ Traitement systémique :

En France, trois antifongiques par voie systémique sont disponibles : la griséofulvine, le Kétoconazole et la terbinafine.

La *terbinafine* (Lamisil) s'utilise à la dose de 250 mg/j en une prise au cours du repas pour un adulte de taille normal. Un traitement de 6 semaines pour les ongles des mains et 3 mois pour les ongles des pieds a été retenu, ce schéma est d'une efficacité supérieure à celle d'un traitement par griséofulvine ou le Kétoconazole. Les taux de guérison clinique et mycologique sont de 100 et 80% six mois après l'arrêt du traitement alors qu'ils n'étaient que de 67 et 40% à l'arrêt du traitement. La guérison clinique ne s'observera donc qu'après repousse complète de l'ongle (9 à 12 mois pour les ongles des orteils, 4 à 6 mois pour les ongles des mains). Le patient doit être prévenu de ce « délai ».

La dose de 200 mg/j peut être suffisante mais, le plus souvent, une dose de 400 mg est requise. Le traitement sera poursuivi jusqu'à guérison complète, soit de 4 à 6 mois pour l'ongle des doigts et de 9 à 12 mois pour l'ongle des orteils. Les facteurs limitant l'utilisation du Kétoconazole sont la durée du traitement le risque d'hépatite (idiosyncrasique non dose-dépendant), même s'il est rare.

La *griséofulvine* s'utilise à la dose de 1g/j en deux prises pour un adulte de taille et de poids normaux. Un ongle de main atteint nécessite 6 à 8 mois. Les facteurs limitants l'utilisation de la griséofulvine sont l'intolérance fréquente (troubles digestifs, céphalées, photosensibilité), la lenteur d'action et un pourcentage d'échec plus important qu'avec les autres antifongiques.

D'autres médicaments proposés avec des schémas séquentiels d'administration sont utilisés dans différents pays mais aucun ne possède d'AMM en France pour le traitement des onychomycoses.

L'itraconazole (Sporanox®) administré en « pulses » de 400 mg/j une semaine par mois pendant 2, 3 ou 4 mois pour les ongles des orteils.

Le fluconazole (Triflucan®), en prise hebdomadaire de 150 mg pendant 6 à 12 mois.

Ces médicaments montrent une efficacité intéressante, et ces schémas thérapeutiques d'administration séquentielle s'accompagnent en général d'une excellente tolérance.

Parmi les mesures additives au traitement antifongiques les réductions du foyer fongique unguéal est un acte complémentaire logique, car il facilite la pénétration des antifongiques systémiques et locaux et permet une repousse plus rapide de la tablette unguéale.

Le meulage, le découpage à la pince ou l'avulsion chirurgicale partielle permettent, par un geste simple, de diminuer totalement ou en grande partie la zone parasitée.

L'association bifonazole et urée à 40% (Amycor onychoset[®]), appliquée sous occlusion pendant plusieurs jours, permet de décoller sélectivement la portion pathologique de la tablette tout en respectant les attaches de l'ongle sain. Il suffit alors de découper cette zone parasitée et de nettoyer le lit de l'ongle. L'avulsion chirurgicale totale est tout à fait déconseillée.

L'association de la terbinafine et une solution filmogène semble améliorer les taux de succès et diminuer le pourcentage de rechutes. En France, une étude nationale associant un traitement oral de Lamisil[®] pendant 3 mois et une application hebdomadaire de Locéryl[®] pendant 15 mois versus Lamisil[®] en monothérapie pendant 3 mois dans le traitement des onychomycoses dermatophytiques avec atteinte matricielle a montrée un succès thérapeutique supérieur et un taux moindre de rechutes dans le groupe associatif. Aux Etats-Unis et au Canada l'association du Lamisil avec la solution filmogène MycoSter 8% est désormais recommandée (Locéryl[®] n'est pas actuellement commercialisé dans ces pays).

IV. PATIENS ET METHODES

1- Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako plus précisément au centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré. Hôpital situé en plein centre-ville limité à l'EST par le quartier Medina Coura à l'OUEST par l'ENI et le quartier Dars-Salam, au sud par la cité du chemin de fer et enfin au nord par la base militaire.

Le CHU est organisé en 7 (sept) départements comprenant 26 (vingt-six) services dont deux placés en staff à la direction.

Les départements sont les suivants :

- ✓ Le département de Médecine ;
- ✓ Le département de chirurgie ;
- ✓ Le département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence ;
- ✓ Le département de Gynécologie ;
- ✓ Le département des services Médicotechniques ;
- ✓ Le département de pédiatrie ;

Le service de Maintenance et le service social sont placés en staff à la Direction.

*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

Le service de Dermatologie est situé au premier étage entre les services de l'ORL et de la Chirurgie. Ce CHU comprend les anciens bâtiments, un nouveau bâtiment dont l'ouverture officielle a eu lieu le 10 février 2007. Ce bâtiment se compose de :

- ✓ Un sous-sol réservé pour le parking
- ✓ Rez de chaussée où nous avons le bureau des entrées, le box de consultation traumatologie et de médecine : gastroentérologie, cardiologie, diabétologie
- ✓ Le premier étage est réservé aux consultations : pédiatriques, ORL, dermatologie, gynécologie, chirurgicale.
- ✓ Au deuxième étage se trouvent les bureaux des médecins dont celui du dermatologue.
- ✓ Le troisième étage et le reste est réservé à l'administration. Récemment un service d'urgence chirurgical a été construit dont l'ouverture officielle a eu lieu le 26 mars 2008.

2- Méthodes :

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive de tous les cas de dermatophyties des grands plis dans le service

3- Durée de l'étude :

L'étude avait une durée de 22 mois soit du 01 janvier 2016 au 31 octobre 2017.

4- Population de l'étude :

Tous les patients vus en consultation dermatologique pendant notre période d'étude (du 01 janvier 2016 au 31 octobre 2017).

5- Définition de cas :

En faveur du diagnostic de dermatophytose tous patients présentant des lésions arrondies ou en forme de placards circonscrites limitées par une bordure érythémateuse,

vésiculeuse ou squameuse d'évolution centrifuge au niveau des plis axillaires, sous mammaires, inguinaux ou inter fessiers.

6- Critères d'inclusion :

Tous patients répondant aux critères de définition

7- Critère de non inclusion :

Tout patient ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

8- Variables étudiées :

Les variables étudiées étaient les suivantes :

8.1. Données sociodémographiques: âge, sexe, profession, statut matrimonial, provenance ;

8.2. Les antécédents médicaux et chirurgicaux (pathologies associées)

8.3. Les habitudes cosmétiques et vestimentaires ;

8.4. Les aspects cliniques des lésions ; leurs localisations et les signes fonctionnelles

9- Outils de collecte :

Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire préétabli comprenant les variables étudiées

10- Considération éthique et réglementaire :

: Les données seront recueillies dans l'anonymat total avec le consentement des patients, pour les mineurs celui des tuteurs.

11- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies dans le logiciel Microsoft Excel 2007 et l'exploitation statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 17.0.

V. RESULTATS :

Sur 2179 consultants vus pendant la période d'étude, nous avons colligé 48 cas de dermatophyties des grands plis, soit une fréquence de 2,20%.

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

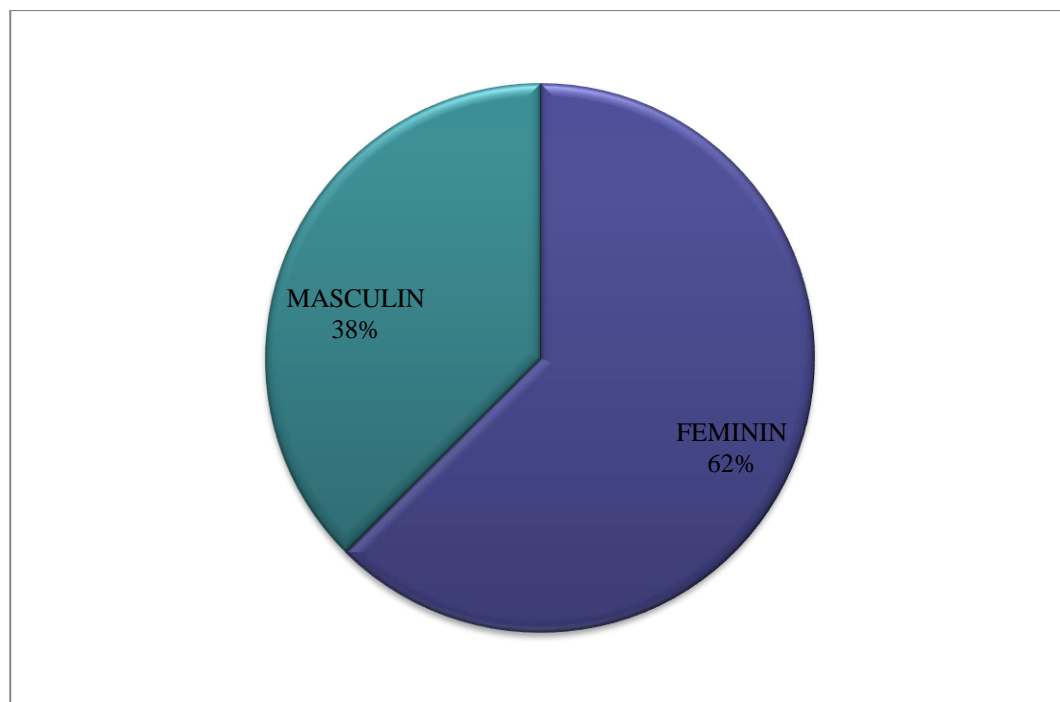
Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
0 - 20ans	4	8,3
21- 40ans	25	52,1
41ans a plus	19	39,6
TOTAL	48	100,0

L'âge des patients variait de **0 an à 80 ans**, avec un âge moyen de **40 ans**

La tranche d'âge **21-40 ans** représentait **52,1%**(**soit 25 cas**) et la tranche d'âge de **41 et plus** représentait **39,6%**(**soit 19 cas**).

Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe



*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

Le sexe masculin représentait **38%(18 cas)** et le sexe féminin représentait **62%(30 cas)** ; soit un sexe ratio de **0, 6** en faveur des femmes.

Tableau II: Répartition des patients selon leur provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bamako	39	81,3
Kati	4	8,3
Autres régions	5	10,4
Total	48	100,0

Trente-neuf (**39**) patients (**81,3%cas**) résidant à Bamako et **10,4%(5 cas)** provenaient d'autres régions et **8,3%(4 cas)** de Kati.

Tableau III : Répartition des patients selon leur profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
femmes au foyer	18	37,5
fonctionnaire	15	31,3
élève/étudiant	6	12,5

*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

cultivateur	6	12,5
Autres professions	3	6,3
TOTAL	48	100,0

Dix huit patients (**37,5%**) des patients étaient des femmes au foyer.

Tableau IV : Répartition des patients selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarise	16	33,3
Secondaire	12	25,0
Supérieur	12	25,0
Primaire	8	16,7
TOTAL	48	100,0

Les non scolaires représentaient (**33,3% des cas**).

Tableau V : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
marié	32	66,7
célibataire	9	18,8
Veuf /veuve	7	14,6
TOTAL	48	100,0

Trente-deux (**32**) malades (**66,7% des cas**) étaient mariés ; **9 patients (18,8%)** étaient célibataires.

Tableau VI : Répartition des patients selon la période de consultation

Période	Effectifs	Pourcentage
premier trimestre	10	20,8
deuxième trimestre	8	16,7
troisième trimestre	16	33,3
quatrième trimestre	14	29,2
Total	48	100,0

Trente-trois virgule trois pour cent (**33,3%**) des patients (**16 cas**) sont venu en consultation au cours du troisième trimestre.

2. Facteurs associés :

Tableau VII : Répartition des patients selon leurs habitudes cosmétiques

*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

Cosmétique utilise	Effectifs	Pourcentage
Carotone	13	27,1
perfect white	11	22,9
clairliss	10	20,8
Sivoderm	9	18,8
Autres cosmétiques	5	10,4
TOTAL	48	100,0

Treize (**13 patients (27,1% des cas)**) utilisaient Carotone, **30%(11 patients)** utilisaient perfect white.

Tableau VIII: Répartition des patients selon leurs antécédents

Antécédents	Effectifs	Pourcentage
Dépigmentation	20	41,7
Surpoids/Obésité	15	31,3
autres	10	20,8
diabète	3	6,3
Total	48	100,0

Vingt (**20 patients (41 ,7% des cas)**) se dépigmentaient, **31%(15 patients)** étaient obèses.

Tableau IX : Répartition des patients pratiquant la dépigmentation selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
------	-----------	-------------

*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

femme se dépigmentant artificiellement	18	37,5
homme se dépigmentant artificiellement	2	4,2
pas de dépigmentation artificielle	28	58,3
Total	48	100,0

Trente sept virgule cinq pourcent (**37,5%**) de la dépigmentation artificielle était pratiqué par les femmes

Tableau X: Répartition des patients selon leurs habitudes vestimentaires

Habitudes vestimentaires	Effectifs	Pourcentage
Ports de sous-vêtements synthétiques	41	85,4
Ports de sous vêtement en coton	5	10,4
Ports de couche culotte	2	4,2
TOTAL	48	100,0

Quarante une(41) patients (**85,4% des cas**) utilisaient des vêtements synthétiques.

3. Aspects cliniques :

Tableau XI: Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie

Durée d'évolution	Effectifs	Pourcentage
moins d'un mois	34	70,8
plus d'un mois	14	29,2

*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

Durée d'évolution	Effectifs	Pourcentage
moins d'un mois	34	70,8
plus d'un mois	14	29,2
TOTAL	48	100,0

Le délai de consultation était de moins d'un mois chez **34** patients (**70,8% des cas**) et plus d'un mois chez **14** patients (**29,2%**).

Tableau XII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage
prurit	31	64,6
picotement	9	18,8
brulure	6	12,5
douleur	2	4,2
TOTAL	48	100,0

Soixante-quatre virgule six pourcent des patients (**64,6%**) soit (**31 cas**) se plaignaient de prurit.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du siège des lésions :

Localisation	Effectif	Pourcentage
--------------	----------	-------------

*Aspects cliniques de la Dermatophytie des grands plis dans le service de Dermatologie du
CHU Gabriel TOURE de Bamako(Mali)*

inguinale	16	33,3
inguinale et inter fessier	13	27,1
sous mammaires	8	16,7
inguinal et sous mammaire	2	4,2
tous les grands plis	4	8,3
inter fessier	3	6,3
axillaires	2	4,2
TOTAL	48	100,0

Trente-trois virgules trois pourcent (**33,3%**) des patients (**soit 16 cas**) présentaient une localisation inguinale et **27%**(**soit 13 cas**) une localisation inguino-inter fessière.

Tableau XIV: répartition des patients selon les types de lésion présente

Type de lésion	Effectifs	Pourcentage
macule érythémato-squameuse	32	66,7
macule érythémato-squameuse excoriée par endroit	11	22,9
macule squameuse à bordure papuleuse	5	10,4
Total	48	100,0

Trente deux patients présentaient des lésions maculo-érythémateuse squameuses.

VI. COMMENTAIRES ETDISCUSSION

1. Méthodologique :

Nous avons mené une enquête transversale descriptive des dermatophyties localisées au niveau des grands plis vus au cours de nos consultations dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré de Bamako. L'étude s'est déroulée du 01 JANVIER 2016 au 31 OCTOBRE 2017 soit une période de 22 mois.

La limite de notre étude était l'absence de confirmation du diagnostic positif étiologique par des examens complémentaires.

2. Epidémiologique :

2.1. Fréquence :

Sur 2179 consultants vus pendant la période d'étude, nous avons colligé 48 cas de dermatophyties des grands plis, soit une fréquence de 2,2%. En revanche une étude menée au Maroc en 2008 [34] trouve une fréquence de 4,3%. A travers notre étude

nous nous rendons compte que la dermatophytie des grands plis constitue une entité pathologique relativement rare dans la pratique dermatologique au CHU Gabriel Toure. Cette rareté s'explique par : la méconnaissance de l'existence du service de dermatologie du CHU Gabriel Touré par la population

Les biais de recrutements liés à la dénaturation des lésions par l'utilisation intempestives des produits cosmétiques irritantes ou contenant de dermocorticoïdes
Réticence de certains patients à se faire consulter par une personne de sexe opposé de surcroît de plus jeune âge qu'eux et de sexe opposé.

2.2. Age :

L'âge variait entre **03** mois à **80**ans avec une moyenne d'âge de **40**ans.

La fréquence était de **51%** chez les sujets dans la tranche d'âge **21- 40** ans, suivie de la tranche d'âge de **40** ans et plus. Comparable à d'autres études effectuées au Bénin en 2014 [39] et au Maroc [37] chez qui la tranche d'âge la plus touchée était de **41à60**ans.

Chez les enfants et les nourrissons (**4,2%**) ; le contact direct avec des parents infectés, les animaux de compagnie et le sol infestés favorise leurs contaminations en plus de l'immaturation immunitaire de leurs organismes d'où la survenue de la dermatophyties chez eux.

2.3. Sexe :

Une prédominance féminine a été retrouvée dans notre étude(**62%**) avec un sex-ratio H/F de **0,6**. Cette même tendance a été observée au Mali[35], en Tunisie[36], au Maroc[37, 38].

La prédominance féminine dans notre étude s'explique par la forte utilisation de cosmétiques contenant des dermocorticoïdes, d'hydroquinone ou de produits irritants pour s'éclaircir la peau (soit environ **44%** de nos patients dont **37,5%** sont des femmes).

2.4. Provenance :

La majorité de nos patients résidaient à Bamako avec une fréquence d'environ **83%**. Cette forte représentativité du district de Bamako a été observée en **2012** au Mali [35]. Ce qui s'explique l'existence d'autres aires de santé dans notre pays ayant des dermatologues ou des médecins généralistes pouvant prendre en charge les cas de dermatophyties. Surtout avec l'avènement de la télé dermatologie les médecins généralistes des centres de santé périphériques peuvent prendre en charge certaines dermatoses en prenant depuis leur localité.

2.5. Profession :

Les femmes au foyer ont été les plus touchées (**37,5%**) ; même constat fait par une étude menée en **2012** au Mali [35]. Cela est due au fait que la plus part des femmes aux foyers sont non instruite par conséquent utilise des cosmétiques fragilisant leurs peau ; en plus les pratiques sociales qui encouragent l'obésité féminine leurs touchent plus que les intellectuelles et enfin l'auto inoculation à partir d'un intertrigo dermatophytique des petits plis favorisé chez elles par les travaux ménagers .

3. Données cliniques :

3.1. Signes fonctionnels ;

Le prurit était prédominant parmi les signes fonctionnels observés **64 ,6%(31cas)**. Il est à l'origine de beaucoup de préjudices au cours de cette maladie notamment psychologique et esthétique, poussant le malade à consulter au plus vite.

3.2. Délai de consultation :

La majorité des patients sont venu consulter à moins d'un mois d'évolution de la maladie **70,8%(34 patients)**, face au gêne excessif du prurit le patient cherche le soulagement au plus rapide d'où le délai court de consultation.

3.3. Localisation :

La localisation inguinale a été la plus rencontrée **33,3%** ; suivie de la localisation inguinale associée à une localisation inter fessière **27,1%**. Ce constat est similaire à celui du Bénin (**21 /40** cas soit **52 ,5%**) [39] et de RABAT en 2015 (**54%**) [37],

la transpiration et l'humidité de cette région pourrait être une explication à cette proportion. Cette prédominance a été rapporté par certains auteurs [40].

3.4. Types de lésions :

La majorité des lésions étaient des macules érythémato-squameuses **66,7%** et **22,9%** présentaient des excoriations en plus des macule érythémato-squameuses résultant du grattage intensif des lésions. Dans tous les cas enregistré les lésions avaient tous une allure évolutive polycyclique.

VII. CONCLUSION :

Notre étude a porté sur l'aspect épidémiologique, clinique et la prise en charge des dermatophyties des grands plis qui a actuellement tendance à être une maladie de la jeune femme adulte avec un sexe ratio de **0,6** en faveur des femmes.

Elles constituent un motif rare de consultation en milieu dermatologique au CHU Gabriel Touré.

La tranche d'âge de **21-40 ans** a été la plus touchée avec **52,1%** de même que le sexe féminin avec **62%**.

Notre étude nous a permis de faire le constat que la dépigmentation étant l'un des facteurs de cette maladie, est pratiqué par plus de femmes que d'homme dans notre population.

Le siège inguinal a été le plus fréquent.

Lésions érythémato-squameuses à évolution centrifuge ont été les lésions élémentaires les plus représentées.

VIII. RECOMMANDATIONS

1- A la population :

- ✓ Consulter rapidement aux centres de santé.
- ✓ Eviter l'automédication.

2- Aux personnels de santé :

- ✓ Avoir le réflexe de référer les malades vers les spécialistes.
- ✓ Mettre en évidence les facteurs favorisant des dermatophyties pour mieux les combattre et éviter les rechutes et récurrences.
- ✓ Privilégier certaines formes galéniques (poudre, lotion, solution) par rapport à d'autres (crèmes, pommades) qui favorisent la macération.

3- Aux autorités sanitaires :

- ✓ Formation du personnel, séminaires et l'abonnement à des revues scientifiques
- ✓ Mise en place d'une unité de cosmetovigilance.
- ✓ Décentraliser et vulgariser les soins dermatologiques par la création d'unité spécialisée en dermatologie dans toutes les aires de santé du Mali.
- ✓ Optimiser le fonctionnement du service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré avec le démarrage effectif des salles d'hospitalisations, ainsi que l'amélioration du plateau technique.
- ✓ La promotion de la peau noire (notre peau) à travers les medias publiques ainsi que privées, par la promotion des produits cosmétiques de meilleures qualités et des bonnes habitudes d'entretien de la peau en accord avec les professionnels de santé.

4- Aux autorités universitaires :

L'instauration d'un stage obligatoire en dermatologie pour tous les étudiants de la FMOS, filière médecine générale.

IX. Références :

- 1- Item87 :** Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.
Collège national des enseignants de Dermatologie
Support de cours (version PDF)
Date de création du document 2010-2011
- 2- Buot G.** Dermatomycoses métropolitaines.
Encyclopédie Médico-chirurgicale, Dermatologie. 98-380-A-10. Paris : Edition Scientifique et médicale Elsevier SAS. **2007** : 1-16.
- 3- FEULLADE M, BAZEK J, CLAUDY A, ROUJEAU J.-C.**

- Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. *Ann Dermatol Venereol*.**129**: 2S58-2S64.
- 4- **ZAGNOLI A, CHEVALIER B, SASSOLAS B.** Dermatophyties et dermatophytes.*Encyclopédie Médico-chirurgicale, Pédiatrie.* Paris : Edition scientifique et médicale Elsevier SAS.**2005** : 96-1.
 - 5- **BARRY L, HAINER, M.D.** Dermatophytes infections. *American Family Physician*.**2003**; 67, 1: p 101-108.
 - 6- **Clere N.** Quelle prise en charge pour les mycoses ? *Actualités Pharmaceutiques*. **2009** ; 488 : 35-37.
 - 7- **ROUSSEAU C. L.** Les dermatophyties : *étude rétrospective d'un an au laboratoire de mycologie de CHU de Clermont- Ferrand.* Thèse. Clermont-Ferrand, France.**2007**, 99p.
 - 8- **F. Henry, C. Piérard-Franchimont, C. Flagothier, G.E. Piérard.** COMMENT JE TRAITE... un intrtrigo lié à l'embonpoint. *Rev Med Liège*2007 ; **62** : **2** : 67-70
 - 9- **De Graciansky P, Larrègue M.** Dermatologie Syphilis, 2^e édition. Paris : Flammarion Médecine ; 1980.P.23-36
 - 10- **Pafaltzgraft RE, Bryceson A.** Clinical leprosy. In: Leprosy. Hastings RC. Ed Medicine in the Tropics series 1985. Churchill Livingstone 1985:34-76
 - 11- **Parra JL, Paye M, Piérard GE, et al.**_EEMCOguidance for the in vivo assessment of skin surface Ph. *Skin Pharmacol App Skin Physiol*,2003, **16**, 188-202.
 - 12- **Henry F, Thirion L, Piérard-Franchimont C, et al.** _Comment je traite... une dermite des langes. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 212-216.
 - 13- **Dermatophytoses ou Dermatophyties**
Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL) 2014

©UMVF- Université Médicale Virtuelle Francophone

- 14- **Ripert C.** Mycologie médicale.
Paris : Tec & doc-Lavoisier ; 2013.
- 15- **Chabasse D,** Association Française des Enseignants et Praticiens Hospitaliers titulaires de parasitologie et mycologie médicale.
Parasitoses et mycoses tropicales.
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson 2007.
- 16- **Chabasse D, Guiguen C, Contet-Audonneau N.** Mycologie médicale.
Les abrégés. Paris : Masson ; 1999. 320p.
- 17- **Item87-** Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques : Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.
Annales de Dermatologie et vénéréologie.nov 2008 ; Vol.135 (11) : F49-53
- 18- **Aouatif BENASASSI.** *Prevalence, Facteurs favorisant et agents étiologiques des épidermophyties à l'hôpital militaire d'instruction MOPHAMEDV-RABAT.* Thèse. Université Mohammed V Faculté de Médecine et de Pharmacie-RABAT. **2008**, 95p.
- 19- **Aractingi S, Aubin F, Avril MF, Bachelez H, Bagot M, Barbaud A et al.** Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques : infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères. Ann Dermatol Venereol 2008 ;135S, F49-F53
- 20- **Develoux M.** Mycological examination. Ann Dermatol Venereol 2003 ;130 :487-488
- 21- **Halioua B, Malkin JE, Feuillade de chauvin M, Patey O, Picarddahan C.** Dermatologie infectieuse. Paris : Masson ;1997. p.221-232
- 22- **Belyayeva E, Gregoriou S, Chaliki Eas J, Kontochristopoulos G, Koumantaki E, Makris M, et al.** The impact of nail disorders on quality of life. European Journal of Dermatology EJD. Juin 2013; Vol.23(3):366-71.

- 23- **Drake L A, Patrick D L, Fleckman P, Andre J, Baran R, Haneke E, et al.** The impact of onychomycosis on quality of life: development of an international onychomycosis-specific questionnaire to measure patient quality of life. *Journal of American Academy Dermatology*. Août 1999; Vol 41(2Pt1): 189-96.
- 24- <http://www.theriaque.org>, accédé le 18 Novembre 2011
- 25- <http://www.vidalpro.net> accédé le 18 novembre 2011
- 26- **Recommandations et Pratique**, 125 stratégies thérapeutiques, Vidal Recos, Vidal 2007.
- 27- <http://dermatlas.med.jhmi.edu> accédé le 18 Novembre 2011
- 28- <http://dermatologie.free.fr> accédé le 18 Novembre 2011
- 29- **Kac G, Feuilhade de Chauvin M.** Dermatomycoses. *Encycl Méd. chir, AKOS Encyclopédie pratique de médecine*. 2002, 2 : 1-7
- 30- **Zagnoli A, Chevalier B, Sassolos B.** Dermatophyties et dermatophytes. *EMC-Pédiatrie*. 2005 ; 2 : 96-115.
- 31- **Lacroix C, Feuilhade de Chauvin M.** Traitement antifongiques. *EMC, Dermatologie*. 2008 ; 98 : 906-A-10.
- 32- **Hochedrez P, Datry A, Caumes E.** Mycoses superficielles. *EMC, traité de médecine AKOS*. 2007, 4 : 1-6.
- 33- **Habif T, Campbell J, Champman M, & al.** Infections fongiques IN<< Maladie cutanée : diagnostic et traitement >>. *Elsevier Masson*. 2008 ; 216-259
- 34- **Schimied E.** Dermatoses des plis. Dans : Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM, eds. *Dermatologie et maladie sexuellement transmissible*, 3^e édition. Paris : Masson ; 1999.p.797-800.
- 35- **Aboubacrine Ahmadou Traore.** Aspect épidémiologique et prise en charge des dermatoses des plis à Bamako (Mali). Thèse de Médecine : 12M211

- 36- **T. JaouadiTaha, N. Fakhfakh, A. Kallel**, Aspects épidémiologiques des mycoses superficielles observées dans la région de Tunis. *Journal de Mycologie Médicale*, Volume 24, Issue 3, Septembre 2014, page e128-e129
- 37- **Mme Nadia KAMIL**. Les mycoses superficielles selon une série de l'hôpital IBN SINA de RABAT (3ans, 2085 cas).
Université Mohammad V RABAT Faculté de Médecine et de Pharmacie RABAT. Thèse N°28 ; 94-95.
- 38- **M. Hicham**. Les mycoses cutanées superficielles à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat. MO452 2014
- 39- **Degboé B, Atadokpèdé F, Adégbidi Mélomè C, Sèmikenké S, Yédomon H, do-Ango Padonou F**. Profil épidémioclinique dans un service de dermatologie à Cotonou (Bénin). *Med Sante Trop* 2014 ; **24** ; 416-419.
doi : 10. 1684/ mst. 2014.0404
- 40- **P. Hochedrez, A. Datry, E. Caumes**. Mycoses superficielles. EMC. 4 -1380, traité de médecine AKOS. 2007 ;4 :1-6
- 41- **Crickx B, Geniaux M, Bonerandi JJ**. Infection cutaneo-muqueuse à candida. *Ann Dermatol Venereol* 2002 ;129 :2S53-2S57
- 42- **Morrand JJ, Koepfel MC, Sayag J et col**. Guide illustre de diagnostic en dermatologie, Tome I. Paris : ellipses ;1996. p.177-181.



Figure3 :Dermatophytie inter fessier chez une jeune dame.

Source : Photo Dr Konaré H.D



Figure4 :Intertrigo dermatophytique sous mammaire

Source : Photo Dr Konaré H.D



Figure5 :Dermite des langes chez un nourrisson de 03 mois

Source : Photo Dr Konaré H.D



Figure6 :Dermatophytie inguinal bilatéral

Source : Photo Dr Konaré H.D

Fiche d'enquête N° / _ / _ / _ / _ /

Aspects épidémio-cliniques et prises en charge des dermatophytoses des grands plis dans le service de Dermatovénérologie du CHU GT BAMAKO (MALI)

Q1 Date: /...../...../.....

DONNES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q2 Nom

Prénom.....

Q3 Age :

Q4 Ethnie :

Q5 Sexe :

Masculin/...../ Féminin/...../

Q6 profession :

Q7 Adresse à Bamako :

Commune I /..... /Commune II/..../Commune III/..../Commune IV/.../Commune V/.../Commune VI/.../

Q8 provenance :

Q9 Niveau d'instruction :

Q10 Statut matrimonial :

ANTECEDANTS

Q11 Personnels :

Q12 Familiaux :

MODE DE VIE:

Q13 Les habitudes vestimentaires:

- a) Ports de dessous en Coton/...../ En synthétique/...../
- b) Ports de soutien gorge en coton/..../ En synthétique/..../
- c) Ports de couche culotte en coton/...../ En synthétique/..../

Q14 Les habitudes cosmétiques(cosmétiques couramment utilisés) :

- a) Carotone /...../
- b) clairliss/...../
- c) Perfect white/..../

d) sivo derme/..../

ETUDES CLINIQUES

Q15 Localisation de L'intertrigo :

Aisselle/...../ sous mammaire/...../ inguinal/...../

Inter-fessier/...../

Q16 Signes fonctionnels :

prurit/..../ Douleur/...../ brûlure/...../

picotement/...../

Q17 Types de lésion :

Macule/ .../ excoriation/..../ Papules /...../ Vésicule/.../

pustule/..../ Croûtes /...../ squame/..../

Autres lésions.....

Q18 Durée d'évolution ou date d'apparition :

.....

Q19 Les examens complémentaires :

NFS/...../ glycémie/...../ créatininémie/...../Sérologie hiv/.../ autres examens
/...../

Q20 Diagnostic de certitude :

.....

TRAITEMENTS

Q21 Traitements antérieur :

.....

Q22 Traitements reçu :

Antiseptique /...../ antifongique/.....Antibiotiques/...../

Autres traitements/...../

Q23 Evolution sous traitement :

.....

Fiche signalétique

Nom : DIALLO

Prénom : AÏCHA

Tél : 78 61 89 27

Email : dr .dialloaicha@gmail.com

Pays d'origine : MALI

Année de soutenance : 2018

Ville : BAMAKO

Titre : Aspect épidémio-clinique et prise en charge des dermatophyties des grands plis dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : DERMATOLOGIE

Résumé :

La dermatophytie des grands plis est un motif de consultation fréquent notamment chez nous en Afrique où le climat chaud et humide, l'utilisation des dermocorticoïdes pour se dépigmenter, l'amour de l'obésité et le port de vêtement en fibre synthétique accru constituent des facteurs favorisants. Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques de la dermatophytie des grands plis chez sujets de toutes les couleurs de peau à Bamako(Mali).

Nous avons mené une enquête transversale descriptive des dermatophyties localisées aux grands plis en milieu dermatologique à Bamako.

Au total, 48 cas de dermatophyties des grands plis ont été identifiés : 30 sujets de sexe féminin (62,5%) et 18 de sexe masculin. L'âge des malades était entre 0-80 ans. La majorité des malades ont consulté en mois de juillet et de septembre ; 41,7% des patients avaient reçu un traitement avant la consultation, traitements à base de cosmétiques dépigmentant, de sivoderme et de décoction de plantes. Les lésions intéressaient les plis inguinaux 16 patients (33,3%), les plis inguinaux et inter fessiers 13 patients (27,1%).

L'intérêt de ce travail repose sur l'approche topographique qu'un dermatologue doit adopter pour conduire le diagnostic de certaines dermatoses. Dans un pays avec un climat particulier, des populations ayant des pratiques culturelles spécifiques, la prise en charge de cette affection nécessite outre une bonne connaissance de ces spécificités mais aussi l'abandon des attitudes et comportements néfastes.

Mots clés : Dermatophyties –Grands plis –Dermatophytoses- Intertrigo -
Afrique

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.