
**Collège Médical
Parasitologie et Mycologie Médicale**

**Facultés de Médecine de Lyon
Université Claude Bernard Lyon 1**

**Laboratoire de Parasitologie, Mycologie Médicale et
Pathologie Exotique
8 avenue Rockefeller, 69373, Lyon**

Les principales ordonnances en mycologie médicale

2006



Editeurs **François PEYRON & Stéphane PICOT**
Collège médical de Parasitologie et Mycologie Médicale
Facultés de Médecine de Lyon

Rédacteurs **Marie-Antoinette PIENS**
Collège médical de Parasitologie et Mycologie Médicale

Luc THOMAS
Service de Dermatologie - Hôtel Dieu Lyon

Mayada ALSADOUN
Médecin généraliste

Avertissement

L'objectif de cet aide-mémoire est de permettre au médecin généraliste de disposer des principales informations nécessaires à l'établissement de son diagnostic et à la mise en route d'un traitement des mycoses superficielles les plus courantes.

L'ordonnance proposée pour chaque pathologie doit être adaptée en fonction de chaque malade, en tenant compte de ses antécédents médicaux, des traitements en cours et après avoir consulté les informations légales concernant les médicaments (cf. Vidal).

D'autres solutions thérapeutiques existent et sont mentionnées dans la rubrique « alternatives thérapeutiques ».

Les informations contenues dans cet ouvrage ne sont pas exhaustives. Elles correspondent à celles qui nous paraissent indispensables pour une prise en charge et un suivi médical efficaces des patients atteints d'une infection d'origine fongique.

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêt avec les marques propriétaires des spécialités thérapeutiques mentionnées. Le financement de ce document a été assuré en totalité par les facultés de Médecine de Lyon Nord et Lyon Grange Blanche.

SOMMAIRE

Peau glabre

Epidermophytie	Page 3
Pityriasis versicolor	Page 5
Dermite séborrhéique de l'adulte	Page 7

Plis

Intertrigo candidosique	Page 9
Intertrigo dermatophytique des grands plis	Page 11
Intertrigo dermatophytique des petits plis	Page 13

Muqueuses

Candidose oropharyngée	Page 15
Vulvo-vaginite aiguë	Page 17
Vulvo-vaginite récidivante	Page 19
Balano-posthite	Page 21

Ongles

Candidose unguéale	Page 23
Onyxis dermatophytique	Page 25

Poils et cuir chevelu

Teignes tondantes sèches	Page 27
Teigne inflammatoire	Page 29

Epidermophytie

• Définition

Infection de la peau glabre due à des champignons kératinophiles de la famille des dermatophytes.

• Epidémiologie

Due à des dermatophytes cosmopolites, d'origine zoophile (*T. mentagrophytes*, *M. canis*) par contact avec un animal parasité (chat, lapin, chien) ou d'origine anthropophile (*T. rubrum*) par transmission interhumaine, parfois secondaire à une contamination des pieds. Atteint fréquemment les enfants et les femmes.

• Clinique

Lésion arrondie, prurigineuse, avec bordure nette érythémato-squameuse, s'étendant de façon centrifuge, alors que le centre tend à guérir.

Localisations : les zones découvertes (tronc, membres, visage).

Lésions uniques ou multiples formant des placards à contours polycycliques couvrant parfois de grandes surfaces corporelles.

Parfois aspect très inflammatoire et pustuleux.

Diagnostic différentiel : eczématides, pityriasis rosé de Gibert, psoriasis, lupus discoïde.

• Diagnostic

Clinique++. Si doute sur l'aspect clinique faire un prélèvement mycologique.

Epidermophytie du visage



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Epidermophytie du bras



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

Lésion unique au niveau du bras

Ordonnance

MYCOSTER® crème (lésion sèche) ou solution

Faire deux applications par jour sur la lésion pendant 3 semaines.

Alternatives thérapeutiques

ECONAZOLE, AMYCOR® (bifonazole), FAZOL® (isoconazole), FONGAMIL® (omoconazole) crème, solution

Cf. VIDAL.

Si échec du traitement local ou si atteinte palmo-plantaire ou unguéale associée à une atteinte diffuse de la peau glabre :

LAMISIL® (terbinafine) 250 mg chez l'adulte :

un comprimé par jour pendant 2 à 4 semaines. Cf. VIDAL.

GRISEFULINE® (griséofulvine) chez l'enfant : 20 mg /kg /jour.

NOTE : le traitement systémique est instauré en première intention chez les patients immunodéprimés.

• Prophylaxie

↳ Éviter le contact avec les animaux parasités et les faire traiter par le vétérinaire.

↳ Traiter le foyer primaire (pieds). Cf. intertrigo dermatophytique.

Pityriasis versicolor

Définition

Affection cutanée due à un champignon kératinophile et lipophile.

• Epidémiologie

Épidermomycose cosmopolite et bénigne, non contagieuse. Atteint l'adolescent et l'adulte jeune, avec une répartition égale entre les deux sexes.

Très fréquente dans les régions tropicales et en saison estivale dans les pays tempérés. L'agent responsable est *Malassezia sp*, levure commensale de la peau, qui devient pathogène dans certaines conditions : chaleur, humidité, terrain génétiquement prédisposé.

Après un traitement bien conduit, les récurrences sont très fréquentes et un traitement d'entretien est préconisé durant les saisons chaudes de l'année.

• Clinique

Macules arrondies, peu prurigineuses et finement squameuses, « signe du copeau ». Parfois aspect de grandes nappes à contours géographiques ; de teinte variable du rose-chamois au brun foncé.

L'évolution est chronique et progressive sans traitement. Les lésions deviennent achromatiques et inesthétiques, visibles surtout après exposition solaire, et persistent longtemps après guérison.

Localisations typiques : haut du thorax, cou, bras, région sous-mammaire.

Diagnostic différentiel : eczématides achromiantes, vitiligo, érythrasma.

• Diagnostic

Clinique++. Si aspect clinique peu évocateur : prélèvement par scotch test pour examen direct. Fluorescence jaune-verdâtre sous lampe de Wood, permet d'apprécier l'étendue des lésions, parfois sous-estimée à l'œil nu.

Aspect « rose-chamois »



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Lésions achromatiques



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

Traitement

KETODERM® (kétoconazole) 2 % gel unidose :

Contre-indications : premier trimestre de la grossesse et allaitement.

Ordonnance

Traitement d'attaque : une application unique

KETODERM® 2 % gel unidose :

Appliquer la totalité du contenu du tube sur toute la surface du corps, en évitant le contact avec les yeux.

Faire mousser le gel et laisser agir 10 minutes puis rincer soigneusement.

Traitement d'entretien : lors des périodes chaudes de l'année

KETODERM® 2 % gel unidose

Une application par mois.

Alternatives thérapeutiques

AMYCOR® (bifonazole) 1 % solution :

Une application par jour pendant 2 semaines.

MYCOSTER® (ciclopiroxolamine) crème ou solution :

Deux applications par jour pendant 3 semaines.

Dermites séborrhéique de l'adulte

• Définition

Dermatose inflammatoire superficielle, chronique et bénigne.

• Epidémiologie

Fréquente (prévalence en France : 1 à 3 %), touchant le plus souvent les hommes adultes. D'évolution chronique avec poussées hivernales, améliorée par l'exposition solaire.

Facteurs favorisants

- locaux : présence d'une levure : *Malassezia sp.*
- généraux : maladie de Parkinson, immunodépression (VIH), alcoolisme.
- génétiques : antécédents familiaux.
- psychiques : aggravation par le stress ou une maladie intercurrente.

• Clinique

Plaques érythémato-squameuses mal limitées avec squames grasses disposées de façon bilatérale et symétrique dans les zones séborrhéiques du visage.

Localisations: liseré antérieur du cuir chevelu, sourcils et cils, sillons nasogéniens, oreilles et plis rétro-auriculaires, région médio-thoracique.

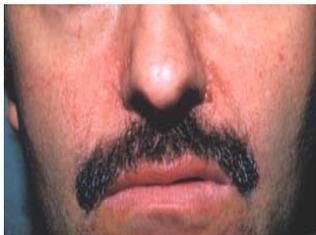
Très souvent associée à un état pelliculaire du cuir chevelu.

Diagnostic différentiel: rosacée, lupus érythémateux, psoriasis.

• Diagnostic

Clinique +++ . Une dermite séborrhéique intense ou résistante au traitement doit faire pratiquer une sérologie VIH.

Lésion modérée du visage



(Dermatologie, Hôtel-Dieu Lyon)

forme sévère



lésion médio-thoracique



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

KETODERM® (kétoconazole) gel en sachet-dose 2 % :

Contre-indications : premier trimestre de la grossesse et allaitement.

Ordonnance

KETODERM® sachet-dose 2 %

Application en lavage des zones atteintes. Eviter le contact avec les yeux. Faire mousser le gel et laisser agir 10 minutes puis rincer et renouveler l'opération.

Au début deux applications par semaine pendant 4 semaines puis une application par semaine pendant 4 à 8 semaines.

En entretien : une application par mois.

Alternatives thérapeutiques

Dermites séborrhéique légère à modérée du visage

MYCOSTER® (ciclopiroxolamine) 1 % crème :

Deux applications par jour sur le visage pendant 2 à 4 semaines puis une fois par jour pendant 4 semaines en entretien.

Dermites séborrhéique du cuir chevelu

SEBIPROX® 1,5 % Shampooing

- 2 fois par semaine pendant 4 semaines puis
- 1 fois par semaine pendant 4 à 8 semaines puis
- 1 fois par mois en entretien

Intertrigo candidosique

Définition

Infection opportuniste des plis cutanés par une levure du genre *Candida*.

Epidémiologie

Dû à *Candida albicans*, levure saprophyte de l'homme (muqueuses digestive et vaginale) qui devient pathogène sous l'influence de multiples facteurs :

- altération du revêtement cutané, humidité, macération, pH acide.
- grossesse, nouveaux-nés et personnes âgées.
- diabète, obésité, VIH, immunodépression, dénutrition, alcoolisme.
- corticoïdes, antibiotiques, contraception orale, immunosuppresseurs.

Clinique

Localisations : plis sous mammaires, inguinaux, axillaires, inter-fessier, abdominaux, plis interdigito-palmaires (3^{ème} espace) et plis inter-orteils.

Lésion érythémateuse (rouge foncé), vernissée et suintante, débutant au fond du pli, formant une fissure recouverte d'un enduit blanchâtre qui s'étend symétriquement. La bordure est émiettée avec fine collerette épidermique desquamative. Sur la peau saine adjacente, présence d'îlots érythémato-pustuleux. Évolution subaiguë, source de brûlure ou de prurit.

Surinfection et «eczématisation» sont fréquentes.

Diagnostic différentiel : intertrigo dermatophytique ou bactérien, psoriasis inversé, eczéma de contact, dermite caustique.

Diagnostic

Clinique. Si aspect clinique peu évocateur ou si récurrences : faire prélèvement mycologique et rechercher un diabète ou une infection par le VIH.

Intertrigo sous mammaire bilatéral



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

Intertrigo interdigital



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

Topiques à usage local : le choix de la forme galénique se fait en fonction de l'aspect clinique des lésions.

Si lésion sèche, peu inflammatoire : crème.

Si lésion d'aspect macéré : gel, solution, émulsion fluide, poudre.

Lésion sous-mammaire inflammatoire

Ordonnance

Lavage au savon, rinçage, séchage soigneux puis

ECONAZOLE 1% émulsion fluide :

Faire deux applications par jour jusqu'à guérison des lésions.

QSP : 4 semaines

Si pas d'amélioration, consulter le médecin

Alternatives thérapeutiques

MYCOSTER® (ciclopiroxolamine), **DERMAZOL®** (éconazole), **AMYCOR®** (bifonazole), **MYK®** (sulconazole) crème, solution, poudre :
Cf. VIDAL.

Prophylaxie

- ↳ Se laver au savon et sécher méticuleusement les plis.
- ↳ Ne pas porter de sous-vêtements trop serrés, de maillots de bain humides.
- ↳ Éviter le port de gants ou chaussures favorisant l'occlusion, la macération.
- ↳ Traiter le foyer initial (vagin, tube digestif).
- ↳ Perdre du poids si obésité, équilibrer le diabète.

Intertrigo dermatophytique des grands plis

• Définition

Infection des grands plis cutanés due à des champignons dermatophytes anthropophiles du genre *T. rubrum* (90% des cas) ou *Epidermophyton floccosum*.

• Epidémiologie

Fréquent chez l'adulte de sexe masculin. Souvent secondaire à une dermatophytie du pied.

Circonstances favorisantes : humidité, macération, hygiène défectueuse, hyperhidrose, fréquentation des salles de sport.

• Clinique

Localisations : plis inguino-cruraux, axillaires.

Plus rarement : plis sous mammaires, inter-fessier et abdominaux.

La lésion la plus fréquente débute sur la face interne de la racine d'une cuisse sous forme d'un petit médaillon prurigineux, limité par une bordure érythémato-vésiculo-squameuse. Aspect de guérison centrale.

L'extension est centrifuge et asymétrique par rapport au fond du pli.

Débord possible sur le périnée et l'abdomen. Respect du scrotum en général.

Diagnostic différentiel : intertrigo candidosique, érythrasma, psoriasis inversé, dermite caustique, eczéma de contact.

• Diagnostic

Clinique. Si aspect clinique peu évocateur, faire prélèvement mycologique avant de mettre en route un traitement.

Intertrigo inguino-crural bilatéral



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

Traitement

Si lésion unique

ECONAZOLE 1 % émulsion, crème :

Deux applications par jour jusqu' à guérison des lésions (de 2 à 6 semaines).

Si lésion étendue ou récidivante ou associée a d'autres atteintes

LAMISIL® (terbinafine) 250 mg : un comprimé par jour pendant 4 à 6 semaines.

Contre-indications : hypersensibilité, insuffisance rénale ou hépatique sévère, allaitement, grossesse.

Effets indésirables : perte du goût, troubles digestifs, hépatite, réactions cutanées, neutropénie, agranulocytose.

Surveillance : fonctions hépatiques et NFS avant début du traitement et après 6 semaines.

Ordonnance

Lavage au savon, rinçage, séchage soigneux puis

ECONAZOLE 1 % crème :

Faire deux applications sur les lésions des plis par jour pendant 4 semaines.

Alternatives thérapeutiques

MYCOSTER® (ciclopiroxolamine), **FONGAMIL®** (omoconazole), **MYK®**, **FAZOL®** (isoconazole) crème, solution :

Cf. VIDAL.

Si lésion étendue ou récidivante ou associée à d'autres atteintes :

GRISEFULINE® (griseofulvine) comprimé : cf. VIDAL.

• Prophylaxie

↳ Se laver avec un savon à pH neutre et sécher méticuleusement les plis.

↳ Porter des vêtements et sous-vêtements amples et en coton (lavage à 60°C)

↳ Rechercher et traiter un foyer primaire au niveau des pieds.

Intertrigo dermatophytique des petits plis

• Définition

Infection des petits plis cutanés palmaires et plantaires due à des champignons dermatophytes anthropophiles du genre *T. rubrum*. (70% des cas) ou *T. interdigitale*.

• Epidémiologie

Constitue une pathologie masculine très fréquente : « le pied d'athlète ».

Transmission interhumaine au sein d'une même famille. L'atteinte des mains est plus rare, typiquement unilatérale.

Circonstances favorisantes : port de chaussures fermées (tennis, chaussures de sécurité), hyperhidrose, mauvaise hygiène, lieux humides (piscines, saunas, hammams), manipulation d'objets contaminés (raquettes, clubs de golf).

• Clinique

« Le pied d'athlète » débute par un discret érythème au niveau du 4^{ème} espace inter-orteil, souvent asymptomatique ; puis apparition de vésicules ou de bulles prurigineuses. Une plaque blanche, nacréée se forme, se fissure au fond du pli et macère. Le développement est centrifuge avec des limites érythémato-squameuses nettes et arciformes (souvent visibles sur le dos du pied). Peut être à l'origine d'un érysipèle. Parfois aspects de dyshidrose ou d'hyperkératose (aspect farineux des plis) visibles également sur les mains.

Diagnostic différentiel : intertrigo candidosique ou bactérien, eczéma de contact, dermatite caustique.

• Diagnostic

Clinique++.

Prélèvement mycologique indispensable si formes disséminées ou récidivantes.

Intertrigo inter-orteil et onyxis

Pied d'athlète



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

Ordonnance

Lavage des pieds deux fois par jour au savon, rinçage puis séchage soigneux entre les orteils.

ECONAZOLE crème :

Faire deux applications par jour sur les lésions sèches pendant 4 semaines.

ECONAZOLE émulsion fluide :

Faire deux applications par jour sur les lésions macérées entre les orteils pendant 4 semaines.

ECONAZOLE poudre : 1 flacon pour les chaussures.

Alternatives thérapeutiques

FAZOL® (isoconazole), **AMYCOR®** (bifonazole), **MYCOSTER®** (ciclopiroxolamine) solution, crème, poudre : cf. VIDAL

LAMISIL® (terbinafine) crème, gel, solution : une application par jour pendant 1 semaine.

Si lésions squameuses ou croûteuses : kératolytique (vaseline salicylée à 5 %).

Si atteinte de plusieurs plis, plantes des pieds ou ongles ou si échec du traitement local :

LAMISIL® (terbinafine) 250 mg : un comprimé par jour au cours du repas pendant 2 à 6 semaines (durée en fonction de l'atteinte associée). Cf. VIDAL.

• Prophylaxie

- ↳ Laver à 60°C les serviettes, chaussons, chaussettes et tapis de bain.
- ↳ Utiliser une poudre antifongique dans les chaussures et les bottes.
- ↳ Éviter de marcher pieds nus sur les sols humides. Porter des sandales.
- ↳ Laver les pieds et les sécher méticuleusement, surtout entre les orteils.
- ↳ Porter des chaussettes en coton et des chaussures bien aérées.
- ↳ Détecter et traiter les autres cas dans la famille.

Candidose oropharyngée

• Définition

Infection de la muqueuse buccale par des levures du genre *Candida*.

• Epidémiologie

Due à *C. albicans*, levure saprophyte du tube digestif de l'homme, qui devient pathogène sous l'influence de multiples facteurs :

- physiologiques* : nouveaux-nés et personnes âgées.
- pathologiques* : diabète, VIH, immunodépression, alcool-tabagisme.
- locaux* : port de prothèses dentaires, mauvais état bucco-dentaire.
- iatrogènes* : corticoïdes, antibiotiques, immunosuppresseurs, neuroleptiques diminuant la sialorrhée, radiothérapie.

• Clinique « Candidose pseudo-membraneuse ou muguet »

La muqueuse buccale (face interne des joues, palais, langue, gencives) est érythémateuse, brillante et couverte de petits dépôts blanchâtres grumeleux, +/- adhérents. Souvent associée à une perlèche (inflammation avec fissure de la commissure labiale, macérée, souvent bilatérale) ou à une chéilite (inflammation des lèvres). Les symptômes : brûlures, perte du goût, dysphagie. Se complique parfois d'une candidose oesophagienne.

Diagnostic différentiel : lichen plan, leucoplasie chevelue, langue géographique. Perlèche staphylococcique, syphilitique ou herpétique.

• Diagnostic

Clinique++. Si aspect clinique peu évocateur :

- faire des prélèvements pour examens mycologique et bactériologique.
- faire une glycémie à jeun et les sérologies VIH et syphilis.

Candidose pseudo-membraneuse

Perlèche



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)



(Parasitologie,
Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

DAKTARIN® (miconazole) 2 % gel buccal :

Posologie enfant et nourrisson : 1 cuillère mesure en application 4 fois par jour pendant 2 semaines.

Posologie adulte : 2 cuillères mesure 4 fois par jour pendant 2 semaines.

Contre-indications : insuffisance hépatique, prise de sulfamides hypoglycémisants, d'anticoagulants oraux, de cisapride.

Ordonnance pour un adulte

DAKTARIN® 2 % gel buccal

Prendre deux cuillères mesure à distance des repas 4 fois par jour pendant 7 à 14 jours. A conserver 3 minutes dans la bouche puis avaler.

[Si persistance des symptômes consulter le médecin.](#)

Alternatives thérapeutiques

FUNGIZONE® (amphotéricine B) 10 % suspension buvable :

Posologie enfant et nourrisson : une cuillère à café /10 kg /24h pendant 3 semaines (1 cc = 5 ml).

Posologie adulte : 3 à 4 cuillères à café pendant 3 semaines.

TRIFLUCAN® (fluconazole) suspension buvable 50 mg / 5ml:

Posologie adulte : 1 cuillère mesure par jour pendant 14 jours.

Contre-indications : hypersensibilité, grossesse, allaitement, insuf. rénale.

Interactions médicamenteuses : anticoagulants oraux, sulfamides hypoglycémisants, cisapride.

Si candidose récidivante ou oesophagienne :

TRIFLUCAN® (fluconazole) 50 mg gélule :

1 gélule par jour pendant 14 jours. Cf. VIDAL.

• Prophylaxie

↳ Lutte contre les facteurs favorisants locaux et/ou généraux.

Vulvo-vaginite aiguë

- **Définition**

Infection opportuniste de la muqueuse vulvo-vaginale due à des levures du genre *Candida*.

- **Épidémiologie**

Première cause de vulvo-vaginite en Europe. Atteint 7 femmes sur 10 en période d'activité génitale. Due à *C. albicans* dans 80 % des cas, *C. glabrata* dans 12 % des cas et plus rarement *C. tropicalis*, et *C. krusei*.

Circonstances favorisantes: macération, hygiène excessive ou insuffisante, antibiothérapie, contraception orale, grossesse, port d'un stérilet, VIH, diabète, obésité, stress, rapports sexuels (oraux, génitaux, anaux).

- **Clinique**

Muqueuse vulvo-vaginale érythémato-oedémateuse, recouverte d'un enduit blanchâtre, présence de leucorrhées inodores et épaisses, d'aspect « lait caillé ». Symptômes : prurit, brûlure, dysurie, dyspareunie.

Diagnostic différentiel : vulvo-vaginite bactérienne ou à *Trichomonas vaginalis*, lichen scléro-atrophique.

- **Diagnostic**

Clinique++.

Faire des prélèvements si les signes cliniques sont peu évocateurs ou discrets.

Vulvo-vaginite aiguë : leucorrhées



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

Vulvo-vaginite : intertrigo inter-fessier



(Parasitologie, Fac. de Médecine, Lyon)

Traitement

Ordonnance

Toilette avec savon à pH neutre ou alcalin (Gynhydralin ®) et séchage soigneux.

MONAZOL® ovule:

Mettre un ovule le soir dans le vagin. Renouveler 7 jours plus tard si besoin.

MONAZOL® crème :

Une à deux applications par jour sur la région vulvaire pendant 1 à 2 semaines.

Si persistance des symptômes ou récurrence, consulter le médecin.

Alternatives thérapeutiques

ECONAZOLE LP 150, FAZOL G® (isoconazole), GYNO-DAKTARIN® (miconazole) ovules, MONAZOL® (sertaconazole), ECONAZOLE crème, émulsion fluide : autorisés pendant la grossesse.

FONGAREX® (omoconazole), LOMEXIN® (fenticonazole), GYNOMYK® (butoconazole) ovule:

Contre-indications : le premier trimestre de la grossesse.

Eventuellement, à la fin du traitement antifongique, prendre :

TROPHIGIL® gélule vaginale :

Une application le soir pendant 2 semaines.

Contre-indications : grossesse, allaitement, antécédents d'accidents thromboemboliques veineux.

- **Prophylaxie**

↳ Cf. Vulvo-vaginite récidivante.

Vulvo-vaginite récidivante

- **Définition**

Candidose vulvo-vaginale récurrente avec plus de quatre épisodes par an dont deux épisodes avec preuves mycologiques.

- **Epidémiologie**

Un des premiers motifs de consultation en gynécologie.

Concerne 5 à 10 % des femmes en période d'activité génitale et surtout pendant la grossesse (3ème trimestre).

80 à 90 % des VVR sont dues à l'espèce *C. albicans* mais *C. glabrata*, variété de levure volontiers résistante, est rencontrée dans 5 à 10 % des cas.

Certaines plus rares (*C. krusei* ou *C. tropicalis*), posent également des problèmes thérapeutiques par leur résistance aux antifongiques.

d'antifongiques locaux vendus sans ordonnances dans les officines.

- **Clinique**

Cf. Vulvo-vaginite aiguë.

- **Diagnostic**

Prélèvement vaginal indispensable.

À réaliser en dehors de toute antibiothérapie locale ou générale, en dehors de tout traitement antifongique, en l'absence de toilette vaginale dans les heures précédant l'examen et de préférence avant menstruation.

Existence d'un phénomène d'hypersensibilité locale.

Les VVR symptomatiques induisent une souffrance considérable avec un impact sur la sexualité et représentent une dépense de santé non négligeable.

Circonstances favorisantes : cf. vulvo-vaginite aiguë + facteurs psychologiques.

Facteur aggravant : l'emploi intempestif, par automédication, d'antiseptiques et Prélèvements par écouvillonnage au niveau du vagin, du col et du méat urétral.

Examen direct (résultats sous 24 h) et mise en culture sur milieu de Sabouraud (identification des levures en trois à 5 jours).

La présence de *C. albicans* est physiologique sur les muqueuses.

Le diagnostic de mycose ne peut être retenu si l'examen direct est négatif et la culture négative ou positive avec des colonies peu nombreuses (simple colonisation).

Traitement

Au moment des symptômes

Ordonnance

Toilette avec savon pH neutre ou alcalin (Myleuca ®) et séchage soigneux.

FLUCONAZOLE 150 mg gélule :

Prendre une gélule le soir puis une deuxième gélule 8 jours plus tard.

GYNODAKTARIN ® 100 mg ovules :

Un ovule matin et soir pendant 14 jours.

ECONAZOLE émulsion fluide :

Une à deux applications par jour sur la région vulvaire pendant 2 semaines.

Traitement préventif pour éviter les récurrences

MONAZOL ® 300 mg ovule :

Un ovule 7 jours avant les règles, chaque mois pendant 6 mois.

Où

FLUCONAZOLE 150 mg gélule :

Une gélule 7 jours avant les règles, chaque mois pendant 6 mois.

Contre-indications : hypersensibilité, grossesse et allaitement.

- **Prophylaxie**

↳ Éviter les endroits chauds et humides (piscine, hammam, sauna, bain).

↳ Pas de douche vaginale. Se laver avec un savon au pH neutre (savon de Marseille). Pas de gel douche, ni déodorant.

↳ S'essuyer de l'avant vers l'arrière après la selle.

↳ Porter des sous-vêtements en coton lavables à 60°C.

↳ Éviter d'utiliser des tampons et surveiller les porteuses de stérilet.

↳ Traiter le partenaire si balanite candidosique clinique.

↳ Dépister et équilibrer un diabète. Traiter un foyer digestif

↳ Pas de rapports sexuels pendant la durée du traitement antifongique.

↳ Utiliser des préservatifs et/ou des pilules faiblement dosées en oestrogène, diminuer le climat progestatif.

↳ Prescrire un ovule antifongique à la fin d'un traitement par un antibiotique à large spectre si antécédent de mycose vaginale.

Balano-posthite

- **Définition**

Infection de la muqueuse balano-préputiale due à une levure du genre *Candida*.

- **Epidémiologie**

Due à *C. albicans*, survient chez des sujets non circoncis, souvent liée à une contamination lors des rapports sexuels (le ou la partenaire pouvant être ou non symptomatique).

Circonstances favorisantes : rapports sexuels (oraux, génitaux, anaux), hygiène excessive ou insuffisante, macération, VIH, diabète, corticothérapie.

- **Clinique**

Inflammation du gland et du prépuce débutant dans le sillon balano-préputial par un érythème, plus ou moins suintant, exulcéré, recouvert d'un enduit blanchâtre. Extension au prépuce et au gland qui sont parsemés de petites papules érythémateuses ou de pustules. Parfois aspect sec et desquamatif.

Extension possible au scrotum, au périnée, aux plis inguinaux et inter-fessier.

Symptômes : prurit et picotements.

La phase aiguë peut se compliquer d'oedèmes, de phimosis et d'une urétrite.

Diagnostic différentiel : balanite bactérienne, irritative, herpès, érythroplasie.

- **Diagnostic**

Clinique++.

Si aspect clinique peu évocateur : faire un prélèvement sur le gland et le sillon balano-préputial.

Si récurrences : faire glycémie à jeun et recherche de MST.

Balano-posthite

forme étendue



(Parasitologie, Fac. de Médecine, Lyon)



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

Traitement

Ordonnance

Toilette avec savon pH neutre, rinçage puis séchage

ECONAZOLE émulsion fluide :

Deux applications par jour sur les lésions pendant une à deux semaines.

Alternatives thérapeutiques

DERMAZOL® (éconazole), FONGAMIL® (omoconazole) émulsion fluide, LAMISIL® (terbinafine) crème :

Cf. VIDAL.

- **Prophylaxie**

↳ Traitement du ou de la partenaire.

↳ Améliorer l'hygiène intime, lutte contre l'humidité.

↳ Port de sous vêtements en coton amples et lavables à 60°C

↳ Rechercher et équilibrer un diabète.

↳ Pas de rapports sexuels pendant la durée du traitement antifongique.

↳ Posthectomie souhaitable si phimosis et/ou balano-posthite à répétition.

Candidose unguéale

- **Définition**

Infection de l'ongle et de la région péri-unguéale par une levure du genre *Candida* (*C. albicans*).

- **Epidémiologie**

Fréquente chez les femmes, atteint surtout les ongles des mains (rare aux pieds). **Circonstances favorisantes** : professions exposées (manucure, podologue, coiffeur, pâtissier, barman, femme de ménage), port de gants, peaux péri-unguéales arrachées avec les dents, modification de l'immunité (diabète, corticoïdes, immunosuppresseurs).

- **Clinique**

Début par une paronychie, tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus unguéal. La pression peut faire sourdre une sérosité. Les lésions débutent par la partie proximale puis gagnent les bords latéro-distaux de l'ongle. La tablette unguéale envahie se colore en jaune-verdâtre ou marron et se détruit progressivement. L'évolution est subaiguë ou chronique.

Des surinfections bactériennes (*Pseudomonas aeruginosa*) sont possibles.

Diagnostic différentiel: onyxis dermatophytique, psoriasis, panaris bactérien.

- **Diagnostic**

Prélèvement indispensable (examen direct et mise en culture) et attendre les résultats de la culture avant de débiter le traitement.

Paronychie et onyxis candidosique



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

Ordonnance

MYCOSTER® 8 % solution filmogène :

Une application par jour sur le ou les ongles atteints pendant 3 mois.

MYCOSTER® crème :

Deux applications quotidiennes sur la zone infectée autour de l'ongle pendant 6 semaines.

Alternatives thérapeutiques

Si ongle hyperkératosique :

AMYCOR ONYCHOSSET®® (bifonazole): avulsion chimique de l'ongle pathologique.

Puis, après lyse de l'ongle : **AMYCOR® (bifonazole) crème** : cf. VIDAL.

Si échec du traitement local ou si plusieurs ongles atteints :

Traitement hors AMM :

TRIFLUCAN® (fluconazole) 200 mg : 1 gélule par jour pendant 8 jours puis **TRIFLUCAN® (fluconazole) 100 mg** : 3 gélules par semaine jusqu'à guérison des lésions.

Contre-indications : hypersensibilité, grossesse et allaitement, insuf. rénale.

LAMISIL® (terbinafine) 250 mg : un comprimé par jour pendant 3 à 6 mois (ongle de la main) et 6 à 12 mois (ongle du pied). Cf. VIDAL.

Remarque : possibilité de déclarer en maladie professionnelle les atteintes unguéales d'étiologie fongique lorsque celles-ci sont liées à une activité professionnelle.

- ♦ **Prophylaxie**

↳ Lutte contre les facteurs favorisants.

Onyxis dermatophytique

• Définition

Infestation de l'ongle par un champignon dermatophyte anthropophile du genre *T. rubrum* (80 % des cas) ou *T. interdigitale* (20 % des cas).

• Epidémiologie

Représente la principale localisation des mycoses superficielles (30 à 40% de l'ensemble des dermatophyties).

Atteint surtout les ongles des orteils (80 % des cas). Très fréquent (prévalence 8 à 14 %), surtout chez les personnes âgées et rare chez l'enfant.

La transmission est interhumaine par contact direct ou indirect (sols, chaussures, linges contaminés). La guérison ne s'observe qu'après repousse d'un nouvel ongle (4 à 6 mois pour un ongle de la main et 9 à 12 mois pour un ongle du pied). Le meilleur critère de guérison est l'absence de rechute 6 mois après la fin du traitement.

• Clinique

Début par le bord latéro-distal de l'ongle, sans paronychie. Au début, l'ongle paraît décollé et la lame superficielle devient opaque, blanchâtre, s'épaissit. L'ongle se déforme, devient jaunâtre, friable et se détruit progressivement. Dans 2 à 5% des cas : aspect de leuconychie (taches blanches superficielles).
Diagnostic différentiel : psoriasis, eczéma, lichen, ongle pathologique d'origine traumatique.

• **Diagnostic** Prélèvement indispensable et systématique pour examen direct et mise en culture avant l'administration de tout traitement ou après 15 jours d'arrêt de celui-ci en cas d'antifongique topique, et 2 mois d'arrêt en cas de solution filmogène ou de traitement systémique.

Onyxis

Onyxis diffus

Leuconychie



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

(Parasito., Fac. Médecine, Lyon)

Traitement

Si un ou deux ongles sont atteints et si la matrice est conservée :

LOCERYL® (amorolfine) solution filmogène : une ou deux applications par semaine jusqu'à restitution totale de l'ongle.

Si échec du traitement local ou si hyperkératose sous-unguéale ou si plusieurs ongles atteints ou si la matrice est infectée :

LAMISIL® (terbinafine) 250mg : 1 cp /jour pendant 3 à 6 mois (main) et 6 à 12 mois (pied).

Contre-indications : hypersensibilité, insuffisance rénale ou hépatique sévère, allaitement, grossesse.

Effets indésirables : perte du goût, troubles digestifs, hépatite, réactions cutanées, neutropénie, agranulocytose.

Surveillance : fonctions hépatiques et NFS avant début du traitement et après 6 semaines.

Onychomycoses de plusieurs ongles des pieds avec atteinte matricielle

Ordonnance pour un adulte de 60kg

LAMISIL® 250 mg :

Prendre un comprimé par jour au cours du repas pendant 3 mois.

Après le début de la repousse de l'ongle l'associer à :

LOCERYL® solution filmogène :

Faire une application par semaine sur les ongles atteints pendant 6 mois.

Le traitement doit être poursuivi jusqu'à repousse totale de l'ongle.

Consulter le médecin au bout de 3 mois de traitement.

Alternatives thérapeutiques

MYCOSTER® (ciclopiroxolamine) 8 % solution filmogène : 1 application par jour pendant 6 mois.

GRISEFULINE® (griséofulvine) comprimé : cf. VIDAL.

• Prophylaxie

↳ Utiliser un matériel de pédicure-manucure à usage strictement personnel.

↳ Cf. intertrigo dermatophytique des petits plis.

Teignes tondantes sèches

- **Définition**

Infestation des cheveux par des champignons de la famille des dermatophytes.

- **Epidémiologie**

Atteignent les enfants et peuvent régresser à la puberté sans laisser de cicatrices. Les teignes de l'adulte existent mais sont exceptionnelles.

Teigne à grandes plaques : due à des dermatophytes du genre *Microsporum* d'origine animale (*M. canis*) ou d'origine humaine (*M. langeroni*).

Contagion par contact avec un animal parasité (chat, chien et nouveaux animaux de compagnie) ou avec des objets parasités (bonnets, peluches...).

Teigne à petites plaques : due à des dermatophytes du genre *Trichophyton* d'origine humaine (*T. violaceum*, *T. soudanense*). Nettement plus contagieux que les dermatophytes zoophiles.

- **Clinique : 2 aspects**

Teignes à grandes plaques : plaque alopécique arrondie, de quelques cm de diamètre, unique ou multiple, d'extension centrifuge, recouverte de squames grisâtres et ne contenant pas de cheveux sains. Les cheveux sont cassés régulièrement à quelques mm du cuir chevelu.

Diagnostic différentiel : fausse teigne amiantacée, pelade, psoriasis, trichotillomanie.

Teignes à petites plaques : petites lésions éparses squameuses, engluant des cheveux cassés très court et des cheveux sains. Parfois aspect de comédons.

- **Diagnostic Prélèvement mycologique indispensable.**

- l'examen direct précise le genre du champignon : résultat en 24 à 48h.

- la mise en culture précise l'espèce : résultat entre 10 et 21 jours.

Lampe de Wood : fluorescence verte si teigne microsporique.

Teigne trichophytique



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Teigne microsporique



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Traitement

Au moins 6 semaines jusqu'à guérison complète clinique et mycologique.

GRISEFULINE® (griséofulvine) 250 mg ou 500 mg comprimés sécables.

Posologie enfant : 20 mg /kg par jour. *Posologie adulte* : 1 g /jour

Effets indésirables : photosensibilisation, urticaire, troubles digestifs.

Surveillance : transaminases et NFS à J0 et après 6 semaines de traitement.

Si lésion hyperkératosique ou croûteuse : kératolytique (Kélual® émulsion)

Ordonnance type pour un enfant de 30 kg

Couper les cheveux infectés du pourtour des plaques et enlever les croûtes.

GRISEFULINE® 250 mg :

Prendre un comprimé matin et soir au cours d'un repas gras pendant 1 mois.

Faire pratiquer un prélèvement mycologique au niveau des lésions dans 1 mois puis consulter le médecin.

Conduite à tenir

Recommandation du conseil supérieur d'hygiène publique (14 mars 2003) :

Éviction scolaire des enfants contaminés sauf si présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté.

Alternatives thérapeutiques

- **LAMISIL® (terbinafine) 250 mg** chez l'adulte. Pas d'AMM en France chez l'enfant.

- **Prophylaxie**

↳ Éviter le contact avec les patients porteurs de teigne et ne pas utiliser leurs effets personnels (brosses, peignes, bonnets).

↳ Éviter le contact avec les animaux contaminés et les soigner (vétérinaire).

↳ Laver à 60°C les serviettes, bonnets, peluches.

↳ Dépister les familles à risque (migrants en provenance de zones d'endémie).

Teigne inflammatoire

- **Définition**

Infestation du cuir chevelu chez l'enfant ou la femme (kérion), des poils de barbe (sycosis) ou de la moustache chez l'homme, provoquée par des champignons kératinophiles de la famille des dermatophytes.

- **Epidémiologie**

Due à des dermatophytes zoophiles du genre *Trichophyton* (*T. mentagrophytes* *T. ochraceum*), fréquente en milieu rural. Contamination par contact avec un animal parasité (bovidés, chevaux, chiens, souris blanches, cobayes...).

- **Clinique**

Plaque érythémato-squameuse circulaire formant un placard inflammatoire saillant de quelques cm de diamètre, ponctué d'orifices pilaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule du pus. Surinfection fréquente avec fièvre modérée et présence d'adénopathies satellites douloureuses.

En général, ne laisse pas de zone cicatricielle après guérison.

Diagnostic différentiel : sycosis staphylococcique.

- **Diagnostic**

Prélèvements mycologique et bactériologique indispensables des cheveux et/ou du pus.

Kérion



(Parasitologie, Faculté de Médecine, Lyon)

Sycosis



(Dermatologie, Hôtel-Dieu, Lyon)

Traitement

LAMISIL® 250 mg (terbinafine)

Posologie adulte : un comprimé par jour pendant 4 semaines.

Contre-indications : hypersensibilité, insuffisance rénale ou hépatique sévère, allaitement, grossesse.

Effets indésirables : perte du goût, troubles digestifs, hépatite, réactions cutanées, neutropénie, agranulocytose.

Surveillance : transaminases et NFS à J0 et après 6 semaines de traitement.

Si surinfection bactérienne : antibiothérapie *per os*

Ex : PYOSTACINE® (pristinamycine) 500 mg ou ORBENINE® (cloxacilline) 500 mg. Cf. VIDAL.

Ordonnance type pour un adulte de 60kg

LAMISIL® 250 mg :

Prendre un comprimé par jour au cours d'un repas pendant 4 semaines.

Alternatives thérapeutiques

GRISEFULINE® (griséofulvine) 250 mg ou 500mg comprimés sécables.

Posologie enfant : 20mg / kg par jour ; *posologie adulte* : 1g / jour.

Effets indésirables : photosensibilisation, urticaire, troubles digestifs.

Contre-indications : Grossesse, lupus, association aux contraceptifs oraux.

NOTE : possibilité de déclarer en maladie professionnelle les teignes inflammatoires d'origine animale contractées au cours d'une activité professionnelle en milieu rural (agriculteurs, éleveurs, vétérinaires...).

- **Prophylaxie**

↳ Éviter le contact avec les animaux parasités et/ou les matériaux et objets contaminés par leurs poils (paille, barrière...).