Journal de Mycologie Médicale (2014) 24, 247—260

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

DOSSIER ONYCHOMYCOSES/ONYCHOMYCOSIS

Nouvelle classification clinique des onychomycoses☆

New clinical classification for onychomycoses

R. Baran *,[1], **R.-J. Hay** [1]

Nail Disease Centre, 42, rue des Serbes, 06400 Cannes, France

Disponible sur Internet le 15 novembre 2014

MOTS CLÉS
Classification clinique ;
Onychomycoses

Résumé Une nouvelle classification clinique doit apporter des données nouvelles exploitables pour le clinicien. C'est le but que nous nous sommes assignés en complétant et simplifiant la dernière classification (2011). Son intérêt thérapeutique est évident, si l'on veut bien admettre, par exemple, que certaines onychomycoses superficielles sont le miroir de la forme sous-unguéale proximale et qu'elles doivent être traitées de façon identique, c'est-à-dire par voie systémique.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Clinical classification;
Onychomycoses

Summary We have updated our clinical classification on onychomycosis (2011) to render it of more practical value for the clinician. It should provide a better understanding of onychomycosis and facilitate an improved approach to treatment, taking into account, for example, the link between the proximal subungual variety and some superficial forms emerging from beneath the cuticle.
© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Pour réaliser une infection fongique sur l'appareil unguéal, un champignon peut emprunter différentes voies dont chacune définit un type particulier [43,14,25].

Onychomycoses sous-unguéales

Elles sont le plus souvent disto-latérales

Variété hyperkératosique

Elle est de très loin la plus commune des atteintes mycosiques aux pieds (Fig. 1 et 2). Elle est constamment précédée

DOIs des articles originaux : http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.007, http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.005, http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.006, http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.008, http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.009, http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.003.

☆ Cet article original fait suite au Symposium sur les onychomycoses (conférences) dans le cadre des journées scientifiques d'hiver de la Société française de mycologie médicale les 29 et 30 novembre 2013 à Paris (CHU Cochin-Port Royal).

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : baran.r@club-internet.fr, BARAN.R@wanadoo.fr (R. Baran).

[1] Contribution égale.

http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2014.10.004
1156-5233/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

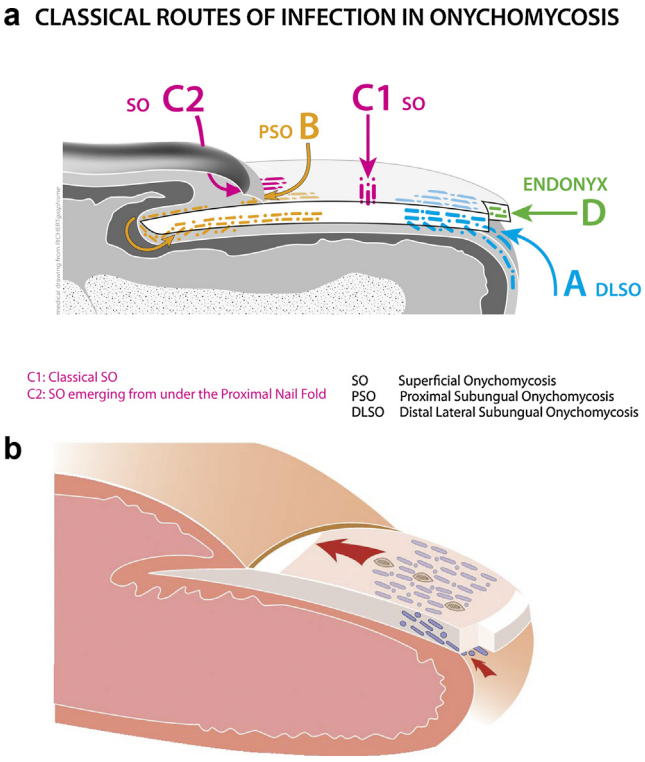

Figure 1 a : (schéma) voies de pénétration fongique dans l'appareil unguéal ; b : (schéma) onychomycose sous-unguéale disto-latérale (DLSO).
a: classical routes of nail fungal infection; b: diagram distal and lateral subungual onychomycosis (DLSO).

d'une atteinte fongique de la plante des pieds lorsque l'étiologie est dermatophytique, sauf chez l'enfant. Le champignon (*Trichophyton rubrum* dans 90 % des cas) produit parfois une ou plusieurs vésiculettes de 1—2 mm de diamètre qui laissent une collerette desquamative caractéristique [44]. Collerette et toit vésiculaire sont les sites de prédilection du prélèvement destiné à l'examen direct ainsi qu'à la culture. Une minorité de patients accusent une infection plantaire plus sérieuse manifestant l'atteinte dite en « mocassin », voire une extension aux 3e et 4e espaces inter-orteils. Quittant la plante pour la pulpe des orteils, le champignon envahit la couche cornée de l'hyponychium ou des gouttières latérales, puis du lit unguéal.

Il en résulte une dermite subaiguë dont la réaction inflammatoire est responsable de l'hyperkératose friable et poudreuse de la région avec élévation progressive de la tablette.

L'invasion fongique produit une orthokératose de l'épithélium du lit. Dans les formes avancées, la réaction inflammatoire s'intensifie avec la présence de leucocytes granuleux dans la kératose sous-unguéale, rappelant les micro-abcès de Munro. Des foyers parakératosiques contenant souvent du sérum condensé sont parfois visibles. Avec le temps, des tunnels produits par les dermatophytes et contenant de l'air représentent pour Alkiewicz [1] un réseau transversal en bande opaque que l'huile de cèdre permet d'observer sous la loupe.

L'hyperkératose, qui peut être diffuse ou limitée se comporte parfois comme un dermatophytome, masse de

Figure 2 DLSO avec hyperkératose sous-unguéale.
DLSO with subungual hyperkeratosis.

kératine contenant des cellules nécrotiques et d'importants amas de champignons pratiquement inaccessibles à la médication (Fig. 3), ou fusée longitudinale disto-proximale [36,23], leuco-xanthonychique, généralement solitaire (Fig. 4) ou à type de travées longitudinales (Fig. 5). Une atteinte uni- ou bilatérale du bord de la tablette (Fig. 6) s'accompagne d'un pronostic thérapeutique médiocre, les bords latéraux montrant une faible adhérence aux sillons latéraux homologues pour des raisons anatomiques [9].

À plus ou moins longue échéance, à la suite d'une rupture des attaches ventrales de la plaque unguéale, apparaît peu à peu un décollement de la tablette sous laquelle, hyperkératose et onycholyse voisinent souvent et logent essentiellement des dermatophytes, plus rarement des levures ou des moisissures. La tablette qui prend une coloration opaque ou blanchâtre se colore parfois en jaune orange (*Paecilomyces*) [17]. Une coloration profonde, jaune orangé, évoque une atteinte à *T. mentagrophytes* var. *nodulaire* ; une teinte cannelle, la présence de *Scopulariopsis brevicaulis*. Les

Figure 3 DLSO avec dermatophytome diffus.
DLSO with extensive dermatophytoma.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3219855

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3219855

Daneshyari.com