

Dossier thématique



CrossMark

Prise en charge des onychomycoses

Pauline Lecerf, Josette André, Bertrand Richert

CHU Brugmann, Saint-Pierre et hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola,
université Libre de Bruxelles, service de dermatologie, Bruxelles, Belgique

Correspondance :

Bertrand Richert, CHU Brugmann, service de dermatologie, 4, place Arthur-Van-
Gehuchten, 1020 Bruxelles, Belgique.
bertrand.richert@chu-brugmann.beDisponible sur internet le :
22 octobre 2014

■ Key points

*Onychomycosis accounts for half of all nail pathologies.
Never prescribe a local or a systemic antifungal without
confirmation of the diagnosis.**The quality of the sampling is the cornerstone of mycological
analysis.**If the results of the mycology are negative, do not hesitate to
harvest a new specimen if the clinical features are highly
suggestive. Otherwise, think to another cause.**Identify the clinical presentations at high risk of failure to
classical treatments (thick hyperkeratosis, onycholysis, lateral
disease, yellow spikes, moulds).**Always eradicate as much as possible of the infected keratin
(mechanically, chemically or surgically).**A mycologic cure means a return to a complete normal nail
with a negative culture.**Prevent recurrences.*

■ Points essentiels

Les onychomycoses représentent 50 % des pathologies
unguéales.Ne jamais prescrire de traitements locaux ou systémiques sans
confirmation du diagnostic.La qualité du prélèvement est la clé de voûte des analyses
mycologiques.En cas de négativité des résultats mycologiques, ne pas hésiter
à pratiquer un nouveau prélèvement si la présentation clinique
est hautement suspecte, sinon revoir son diagnostic.Identifier les formes à haut risque de résistance aux traitements
conventionnels (hyperkératosiques, onycholytiques, latérales,
fusées jaunâtres et moisissures).Toujours réduire la masse fongique locale (avulsion mécanique,
chimique, chirurgicale).La guérison se définit par le retour à un ongle d'aspect normal
et une culture négative.

Prévenir les récurrences.

Les onychomycoses affectent 2 à 4,7 % de la population
générale. Cette prévalence varie d'une population à l'autre
selon les habitudes de vie. Elles sont l'apanage des civilisations
qui portent des chaussures fermées [1–3]. Les facteurs de
risques sont rapportés dans l'encadré 1 [3]. Les dermatophytes

sont les agents pathogènes les plus fréquemment rencontrés et
parmi eux, le *Trichophyton rubrum* est observé dans 50 à 75 %
des cas [4,5]. Les ongles des orteils sont sept fois plus souvent
atteints que ceux des doigts [6]. Une étude française récente a
montré qu'en cas de suspicion d'onychomycose, seuls 3 % des
patients avaient un prélèvement de kératine unguéale

ENCADRÉ 1

Facteurs favorisant les onychomycoses

- Susceptibilité génétique
- Activités sportives
- Climat chaud
- Port de chaussures fermées
- Métiers à risque de traumatismes des extrémités
- Troubles vasculaires périphériques
- Diabète
- Pathologies unguéales (psoriasis, lichen...)
- Kératoses palmo-plantaires
- Immunosuppression

en médecine générale [7]. Ceci mène à la prescription de traitements inutiles, longs, coûteux pour la société, et non dénués d'effets secondaires.

Clinique

Il existe cinq grands types d'onychomycose, chacun caractérisé par la voie de pénétration du champignon dans la tablette. Reconnaître le type clinique guide le choix thérapeutique [8].

Onychomycose disto-latérale sous-unguéale

Le champignon pénètre sous l'extrémité disto-latérale de l'ongle (« coin de l'ongle ») et s'étend proximale. C'est la forme la plus fréquente. Elle s'accompagne d'une hyperkératose sous-unguéale, d'une onycholyse, et/ou d'une coloration jaune/brunâtre (figure 1a, b).

Onychomycose sous-unguéale proximale

Le champignon pénètre sous le repli unguéal proximal et se propage distalement et en profondeur de la lame unguéale. Cliniquement, cette infection se traduit par une leuconychie proximale, parfois accompagnée d'une paronychie. Ce mode d'invasion, fréquemment rencontré chez les patients immunodéprimés, impose de réaliser une sérologie HIV (figure 2a, b).

Onychomycose superficielle ou leuconychomycose

Le champignon attaque les couches superficielles de la face dorsale de la tablette unguéale ce qui se manifeste par des plages blanches crayeuses à bords nets qui disparaissent au grattage à la curette ou la lame de scalpel (figure 3a, b).

Onychomycose endonyx

Le dermatophyte pénètre directement dans l'épaisseur de la tablette à partir du bord libre, sans passer par le lit ou la surface de l'ongle. Il progresse proximale et réalise des plages laiteuses blanches sans hyperkératose sous-unguéale ni onycholyse. C'est une forme rare (figure 4).

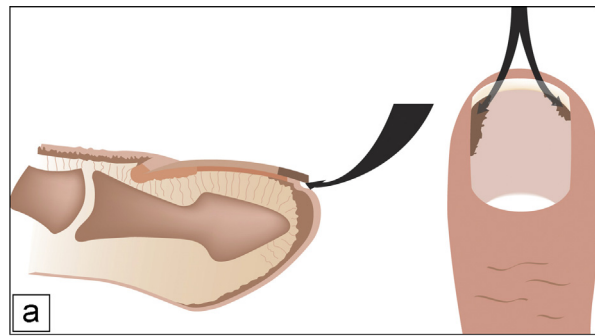


FIGURE 1

Onychomycose sous-unguéale disto-latérale

a : schéma du mode d'invasion du champignon ; b : atteinte du gros orteil.

Onychomycose dystrophique totale

Elle constitue l'aboutissement ultime d'une des variétés précédentes. L'ongle est épaissi, déformé, parfois très friable et disparaît complètement, laissant le lit à nu, parsemé de débris de kératine anormale (figure 5).

Prélèvement et diagnostic : examen direct, culture, histopathologie

Les traitements antifongiques sont souvent longs, fastidieux et peuvent, quoique très rarement, comporter des effets secondaires majeurs. Il est impératif de pratiquer un prélèvement mycologique correct et de savoir interpréter les résultats obtenus. Aucun traitement ne doit être entrepris sans confirmation d'une infection fongique par le laboratoire.

Techniques de prélèvement

Avant tout prélèvement, il faut s'assurer de l'arrêt des traitements antifongiques locaux (vernifs) depuis au moins deux mois, et des traitements antifongiques systémiques depuis

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6154582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6154582>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)