

Dermatoses et onychoses infectieuses du pied

Le pied peut être le siège d'affections d'origine infectieuse. Bactéries, champignons et virus sont à même de traverser la barrière cutanée ou l'ongle pour pénétrer dans l'organisme. L'impact du mode de vie sur le développement des dermatoses infectieuses est important.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - dermatose infectieuse ; mycose ; panaris ; syndrome pieds-mains-bouche ; verrue

Infectious foot dermatoses and onychoses. The foot can be the site of various infectious conditions. Bacteria, fungi and viruses are able to cross the skin barrier or the nail to penetrate into the body. Lifestyle has a significant impact on the development of infectious dermatoses.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - hand, foot and mouth disease; infectious dermatosis; mycosis; paronychia; verruca

Pierre DALIBON
Docteur en pharmacie

c/o Elsevier Masson,
65 rue Camille-Desmoulin,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

Les dermatoses et onychoses infectieuses du pied sont un motif fréquent de demande de conseils au pharmacien ou de consultation médicale. Les dermatoses infectieuses sont représentées essentiellement par les verrues plantaires, les intertrigos interdigitoplantaires et le syndrome pieds-mains-bouche. L'infection de l'ongle est, quant à elle, soit fongique (onychomycose), soit bactérienne (panaris).

Verrues plantaires

Une verrue est une tumeur papillomateuse bénigne cutanée ou muqueuse, fréquente, contagieuse et auto-inoculable, due à un papillomavirus humain¹ (PVH) responsable d'une prolifération épidermique bénigne.

Morphologie

La verrue plantaire peut être de forme endophytique² profonde, douloureuse, unique ou réduite à quelques éléments. Elle est alors due au PVH de type 1 (myrmécie), qui touche essentiellement l'enfant. Les verrues peuvent également être superficielles, indolores, multiples et confluentes en placards kératosiques quand elles sont dues au PVH de type 2 (verruques en mosaïque) [1].



© Jean Klabben/stock.adobe.com

La verrue est contagieuse et auto-inoculable.

Transmission

La source de contagion est la lésion cutanée elle-même. La transmission interhumaine s'opère *via* un contact direct (peau à peau, auto-inoculation après grattage) ou indirect (surface ou objet ayant été en contact avec une peau infectée).

Après l'infection, l'acide désoxyribonucléique (ADN) viral persiste sous forme épisomique à l'état latent. Son expression est déclenchée à la faveur d'une baisse d'immunité, d'un stress, d'une fatigue ou d'un bouleversement hormonal.

Adresse e-mail :
dalibonpierre@gmail.com
(P. Dalibon).

Notes

¹ Genre de virus à ADN bicaténaire de la famille des *Papillomaviridae* dont plus de 100 génotypes sont connus chez l'homme, qui présente un tropisme épithélial et est responsable de lésions cutanées (verruves communes, épidermodysplasie verruciforme) et muqueuses (papillomes et condylomes du col utérin, du périnée et de l'anus...).

² Qualifie une tumeur qui bourgeonne vers l'intérieur.

³ Le terme "kératolytique", communément employé, est impropre car ces actifs n'agissent pas en détruisant la kératine, mais en éliminant les cellules cornées par destruction de leurs points d'union.

⁴ Atteinte chronique d'un ongle résultant d'une inflammation du derme sous-unguéal, s'étendant parfois au pourtour de l'ongle (périoronyxis).

⁵ L'urée est utilisée pour ses propriétés kératolytiques lorsqu'elle est incorporée dans les produits à une concentration supérieure à 10 % car elle peut rompre les liaisons hydrogène de ces chaînes protéiques et ainsi altérer leur configuration et leur agrégation.

⁶ Aussi connu sous la dénomination familière de "tournoie".

⁷ Décollement spontané de la tablette unguéale à sa partie proximale qui peut aboutir à la chute de l'ongle.

Facteurs environnementaux

Plusieurs facteurs de développement d'une verrue ont été clairement identifiés :

- les milieux humides (piscines, douches communes, tatamis, tapis de sport, transpiration des pieds) ;
- la taille de la famille car plus le nombre d'individus qui la compose est élevé, plus le risque est important ;
- la vie en collectivité ou en milieu rural.

Épidémiologie

Les verrues sont très répandues puisqu'elles concernent 5 à 10 % de la population et que l'on considère que 20 à 30 % des enfants de 5 à 15 ans présenteront des verrues plantaires. Leur incidence augmente de nouveau après l'âge de 25 ans.

Traitement

Le traitement fait appel à l'application locale d'un agent desmolytique³ ou d'un gaz liquide (cryothérapie) dans le but de brûler la lésion (tableau 1).

Les verrues siégeant sur le visage, les oreilles et les organes génitaux ne peuvent être traités en automédication. Il est également conseillé de consulter un dermatologue lorsqu'elles se développent chez un enfant de moins de 36 mois, mais aussi si elles sont sensibles ou saignent.

♦ **Les agents desmolytiques** (acide formique, lactique, salicylique ou trichloracétique) ou autres dérivés (teinture de chélidoine, de thuya...) entrent dans la composition de solutions, crèmes ou pansements. La lyse des cellules dermiques est obtenue par dissolution de la kératine, ce qui facilite l'exfoliation du *stratum corneum* en dissociant les ponts d'union intercellulaire. Si la verrue est ancienne ou dure, il est conseillé de plonger au préalable la zone concernée dans l'eau chaude pendant 15 minutes. Par ailleurs, l'agent desmolytique ne différenciant pas une cellule saine d'une cellule infectée, il convient de protéger la peau saine adjacente à la verrue en appliquant un isolant cutané sur le pourtour de la lésion, soit un vernis neutre (vernis Cochon®, Verlim®), soit un feutre protecteur évidé en son

centre (Cochon®, Podorex®). La solution est appliquée une fois par jour, la lésion devant être ensuite recouverte d'un pansement adhésif occlusif. Le collodion contenu dans plusieurs de ces solutions forme, après séchage, une pellicule incolore et adhérente qui devra être retirée avec un peu d'alcool juste avant la prochaine application. Après plusieurs jours, des points noirs peuvent apparaître ; ils correspondent à la nécrose des vaisseaux sanguins alimentant la verrue. Dans un second temps, la peau morte doit être décapée à l'aide d'une lime en carton à usage unique, sans toutefois faire saigner la verrue. Ces traitements doivent être employés avec prudence chez les personnes présentant une cicatrisation plus lente au niveau des membres inférieurs (sujets diabétiques, artériologiques et souffrant de neuropathies).

♦ **La cryothérapie** vise à geler rapidement une lésion en cristallisant l'eau intracellulaire. Ce processus aboutit, après réchauffement lent (décongélation), à la destruction des membranes et structures cellulaires. Si une douleur brève peut être ressentie lors de l'application

Tableau 1. Spécialités verrucides¹.

Agents	Substances actives	Spécialités	Posologie
Cryogéniques	Diméthyl éther	Scholl Stop Verrues® Urgo Verrues Cryo® Wartner Cryopharma®	Traitement unique, à répéter 15 jours plus tard en cas d'échec
	Protoxyde d'azote	Objectif Zeroverruve Freeze®	
Desmolytiques	Acide formique	Clic&Go verrues® Objectif ZeroVerrue®	1 fois/semaine 1 fois/semaine
	Acide lactique	Duofilm®	1 fois/jour
	Acide salicylique	Kerafilm® (+ 6 rondelles protectrices) Verrufilm®	2 fois/jour 1 fois/jour
	Acide lactique Acide salicylique Teinture de thuya	Verrupan®	2 ou 3 fois/jour
	Acide salicylique	Feuille de saule® Pommade Cochon® Transvercid® Sanitos® (+ 6 rondelles protectrices)	3 fois/jour 1 fois/jour 1 fois/nuit 2 fois/jour
	Acide trichloracétique	Urgo Verrues persistantes® Wartner Pro stylo®	1 fois/jour 1 fois/semaine

¹ Liste non exhaustive.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8508342>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8508342>

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