

Questions

ITEM 152 : Infections cutanéomuqueuses et des phanères

[2012 - Dossier 1, ECN 2008 - Dossier 5, ECN 2006 - Dossier 4]

QCM 1 : Concernant l'érysipèle, quelles sont les réponses exactes ?

- A. Dermo-épidermite aiguë bactérienne à Streptocoque B-hémolytique du groupe A
- B. Douloureux
- C. Doit faire rechercher une porte d'entrée
- D. Très contagieux
- E. Placard rouge œdématié avec bourrelet inflammatoire

QCM 2 : Quelles sont les lésions rencontrées dans l'érysipèle ?

- A. Bulle
- B. Purpura
- C. Hypoesthésie cutanée
- D. Crépitations sous cutanées
- E. Lymphangite

QCM 3 : Concernant la prise en charge de l'érysipèle, quelles réponses sont exactes ?

- A. Nécessite une hospitalisation
- B. Antibiothérapie IV puis relais per os après apyrexie par Augmentin en 1^{ère} intention
- C. Marquage des limites de l'érysipèle
- D. Repos
- E. Bandelette urinaire à 3 semaines à la recherche d'une glomérulonéphrite staphylococcique

QCM 4 : Concernant l'impétigo, quelles sont les réponses exactes ?

- A. Est synonyme d'impétiginisation
- B. Infection bactérienne à staphylocoque doré
- C. Peu contagieux
- D. La lésion élémentaire est une bulle superficielle
- E. Topographie préférentielle : les convexités

QCM 5 : Concernant le traitement de l'impétigo, quelles réponses sont exactes ?

- A. Dermocorticoïde de classe faible
- B. Nécessite une antibiothérapie générale quand multiples
- C. AINS
- D. Antibiothérapie topique
- E. Eviction scolaire

QCM 6 : Concernant l'onxyis dermatophytique, quelles sont les réponses correctes ?

- A. Un péri-onxyis est souvent associé
- B. Débute habituellement par le bord latérodistal
- C. Peut faire discuter un psoriasis
- D. Atteinte préférentielle des doigts
- E. Atteint toujours 1 seul ongle

QCM 7 : Concernant l'onxyis candidosique, quelles réponses sont exactes ?

- A. Périonxyis
- B. Onxyis est proximal
- C. Atteinte préférentielle des orteils
- D. Une surinfection à *Pseudomonas* est possible (couleur bleu-vert)
- E. Atteint toujours 1 seul ongle

QCM 8 : Concernant les candidoses, quelles réponses sont exactes ?

- A. Erythème des plis recouvert d'un enduit blanchâtre, à fond fissuraire
- B. Les antifongiques seuls suffisent en cas de candidose des plis
- C. Une dysphagie accompagnant une candidose buccale doit faire suspecter une atteinte œsophagienne associée
- D. Les antifongiques locaux seuls ne suffisent pas en cas d'atteinte œsophagienne
- E. Le diagnostic mycologique avec examen direct et culture sur milieu de Sabouraud s'avère souvent utile.

QCM 9 : Concernant les teignes tondantes, quelles sont les bonnes réponses ?

- A. Les cheveux sont cassés courts dans la teigne microsporique
- B. Plaques alopéciques de grandes tailles dans la teigne microsporique
- C. Fluorescence verte intense dans la dermatophytose microsporique
- D. Les cheveux sont cassés à ras dans la teigne trichophytique
- E. Petites plaques alopéciques multiples dans la teigne trichophytique

QCM 10 : Concernant la prise en charge des teignes, quelles sont les réponses correctes ?

- A. Prélèvement mycologique indispensable des squames et cheveux atteints avec culture sur milieu de Sabouraud
- B. Délai de réponse de 48H pour la culture sur milieu de Sabouraud
- C. Traitement local exclusif par dérivés imidazolés ou ciclopiroxolamine (crème/shampoing)
- D. Traitement local associé à un traitement antifongique général, type griséofulvine per os
- E. Traitement systématique et simultané de la famille

QCM 11 : Quand évoquer une dermatophytose ?

- A. Aspect squameux
- B. Bordure érythémato-vésiculo-squameuse de la peau glabre
- C. Extension centripète
- D. Atteinte des plis bilatérale
- E. Aspect blanchâtre

QCM 12 : Concernant la staphylococcie maligne de la face, quelles sont les bonnes réponses ?

- A. Vient compliquer un furoncle centrofacial
- B. Complication fréquente par manipulation de furoncle
- C. Une exophtalmie ou une ophtalmoplégie doit faire évoquer une thrombophlébite du sinus caverneux associée
- D. La bactérie le plus souvent en cause est le Staphylococcus aureus
- E. Antibiothérapie IV urgente type bêtalactamine ± aminoside.

Réponses

QCM 1 : Concernant l'érysipèle, quelles sont les réponses exactes ?

- A. Dermo-épidermite aiguë bactérienne à Streptocoque B-hémolytique du groupe A
- B. Dououreux
- C. Doit faire rechercher une porte d'entrée
- D. Très contagieux
- E. Placard rouge œdématié avec bourrelet inflammatoire

Réponses exactes : B, C, E

✓ A retenir :

Dermo-hypodermite bactérienne aiguë non nécrosante avec part lymphatique due à streptocoque bêtahémolytique du groupe A

Facteurs favorisants : plaie, intertrigo, diabète, surpoids, œdème

QCM 2 : Quelles sont les lésions rencontrées dans l'érysipèle ?

- A. Bulle
- B. Purpura
- C. Hypoesthésie cutanée
- D. Crépitations sous cutanées
- E. Lymphangite

Réponses exactes : A, B, E

✓ A retenir :

Hypoesthésie/anesthésie, nécrose, cyanose, crépitation sont des signes de fasciite nécrosante.

QCM 3 : Concernant la prise en charge de l'érysipèle, quelles réponses sont exactes ?

- A. Nécessite une hospitalisation
- B. Antibiothérapie IV puis relais per os après apyrexie par Augmentin en 1^{ère} intention
- C. Marquage des limites de l'érysipèle
- D. Repos
- E. Bandelette urinaire à 3 semaines à la recherche d'une glomérulonéphrite staphylococcique

Réponses exactes : C, D

✓ A retenir :

ATB par pénicilline G ou amoxicilline IV puis relais per os après l'apyrexie, 10-21 jours.

Ne pas oublier la mise à jour du vaccin antitétanique, traitement de la porte d'entrée, antalgie, repos avec surélévation de la jambe pour lutter contre l'œdème, prévention des complications de décubitus, bandes de contention, BU à 3 semaines (GN post-strepto).

QCM 4 : Concernant l'impétigo, quelles sont les réponses exactes ?

- A. Est synonyme d'impétiginisation
- B. Infection bactérienne à staphylocoque doré
- C. Peu contagieux
- D. La lésion élémentaire est une bulle superficielle
- E. Topographie préférentielle : les convexités

Réponses exactes : B, D

✓ A retenir :

Touche l'enfant, par épidémie.

Localisation péri-orificielle, dû au staphylocoque aureus ou streptocoque

L'impétiginisation est une surinfection (croûtes mélicériques) venant compliquer une dermatose prurigineuse le plus souvent.

QCM 5 : Concernant le traitement de l'impétigo, quelles réponses sont exactes ?

- A. Dermocorticoïde de classe faible
- B. Nécessite une antibiothérapie générale quand multiples
- C. AINS
- D. Antibiothérapie topique
- E. Eviction scolaire

Réponses exactes : B, D, E

✓ A retenir :

Hygiène (lavage eau/savon) + antiseptiques + antibiothérapie topique (acide fusidique) + isolement et éviction scolaire ± ATB générale si sévère. 10 jours.

QCM 6 : Concernant l'onxyis dermatophytique, quelles sont les réponses correctes ?

- A. Un péri-onxyis est souvent associé
- B. Débute habituellement par le bord latérodistal
- C. Peut faire discuter un psoriasis
- D. Atteinte préférentielle des doigts
- E. Atteint toujours 1 seul ongle

Réponses exactes : B, C

✓ A retenir :

Onxyis est latérodistal avec aspect d'hyperkératose sous unguéale et onycholyse des orteils, sans péri-onxyis.

QCM 7 : Concernant l'onxyis candidosique, quelles réponses sont exactes ?

- A. Périonxyis
- B. Onxyis est proximal
- C. Atteinte préférentielle des orteils
- D. Une surinfection à *Pseudomonas* est possible (couleur bleu-vert)
- E. Atteint toujours 1 seul ongle

Réponses exactes : A, B, D

✓ A retenir :

Onxyis est proximal avec aspect marron-verdâtre. Périonxyis associé, atteinte préférentielle des doigts.

Diagnostic clinique

Traitement : bains antiseptiques de doigts + antifongiques locaux type imidazolés si modéré ; sinon : antifongiques généraux (après identification) fluconazole + lutte contre la macération

QCM 8 : Concernant les candidoses, quelles réponses sont exactes ?

- A. Erythème des plis recouvert d'un enduit blanchâtre, à fond fissuraire
- B. Les antifongiques seuls suffisent en cas de candidose des plis
- C. Une dysphagie accompagnant une candidose buccale doit faire suspecter une atteinte œsophagienne associée
- D. Les antifongiques locaux seuls ne suffisent pas en cas d'atteinte œsophagienne
- E. Le diagnostic mycologique avec examen direct et culture sur milieu de Sabouraud s'avère souvent utile.

Réponses exactes : A, B, C, D

✓ A retenir :

Antifongiques locaux type imidazolé, 3 semaines. Associer un traitement général (fluconazole) en cas d'atteinte œsophagienne/immunodéprimé.

QCM 9 : Concernant les teignes tondantes, quelles sont les bonnes réponses ?

- A. Les cheveux sont cassés courts dans la teigne microsporique
- B. Plaques alopeciques de grandes tailles dans la teigne microsporique
- C. Fluorescence verte intense dans la dermatophytose microsporique
- D. Les cheveux sont cassés à ras dans la teigne trichophytique
- E. Petites plaques alopeciques multiples dans la teigne trichophytique

Réponses exactes : A, B, C, D, E

✓ A retenir :

Microsporique : cassés courts, plaque de grande taille, unique, fluo + / Trichophytique : cassés ras, petites plaques multiples, fluo -.

QCM 10 : Concernant la prise en charge des teignes, quelles sont les réponses correctes ?

- A. Prélèvement mycologique indispensable des squames et cheveux atteints avec culture sur milieu de Sabouraud
- B. Délai de réponse de 48H pour la culture sur milieu de Sabouraud
- C. Traitement local exclusif par dérivés imidazolés ou ciclopiroxolamine (crème/shampoing)
- D. Traitement local associé à un traitement antifongique général, type griséofulvine per os
- E. Traitement systématique et simultané de la famille

Réponses exactes : A, D

✓ A retenir :

Traitement par griséofulvine 6 semaines per os (+photoprotection) + traitement local par imidazolés + examen de la fratrie/animal (et traitement si nécessaire) + éviction scolaire.

Délai de réponse de 48H pour l'examen direct et de 3-4 semaines pour la culture.

QCM 11 : Quand évoquer une dermatophytose ?

- A. Aspect squameux
- B. Bordure érythémato-vésiculo-squameuse de la peau glabre
- C. Extension centripète
- D. Atteinte des plis bilatérale
- E. Aspect blanchâtre

Réponses exactes : A, B

✓ A retenir :

Peau glabre : lésion arrondie typique avec bordure érythémato-vésiculo-squameuse, d'évolution centrifuge avec guérison centrale

QCM 12 : Concernant la staphylococcie maligne de la face, quelles sont les bonnes réponses ?

- A. Vient compliquer un furoncle centrofacial
- B. Complication fréquente par manipulation de furoncle
- C. Une exophtalmie ou une ophtalmoplégie doit faire évoquer une thrombophlébite du sinus caverneux associée
- D. La bactérie le plus souvent en cause est le Staphylococcus aureus
- E. Antibiothérapie IV urgente type bêtalactamine ± aminoside.

Réponses exactes : A, C, D, E

✓ A retenir :

Réaliser une IRM cérébrale centrée sur le sinus caverneux en cas de suspicion de thrombophlébite !

INFECTIONS CUTANEO-MUQUEUSES ET DES PHANERES, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant

- Diagnostiquer un impétigo, une folliculite, un furoncle, une dermo hypodermite bactérienne (DHB) et ses signes de gravité.
- Connaître les principes du traitement de l'impétigo, de la folliculite, du furoncle, de la dermo-hypodermite bactérienne (DHB).
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des infections cutané-muqueuses à Candida, cutanée à Malassezia et des phanères (teignes, onychomycose)
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement des infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères.

IMPETIGO

- S aureus et strepto A
- Enfant
- Lésion élémentaire : bulle
- Croûtes jaunâtres mélicériques
- Formes : impétiginisation d'une dermatose, ecthyma (cicatrice), impétigo bulleux du nourrisson (risque d'épidermolyse staphylococcique)
- Traitement local et mesures d'hygiène
- Contagiosité ++ : **évicton scolaire**
- antibiothérapie : pénicilline M 10 jours
- Protéinurie à J21

1. Définition :

- Infection de l'épiderme due à Staphylocoque aureus ou Streptocoque β hémolytique A
- Touche surtout l'enfant d'âge scolaire
- Contagiosité avec auto- ou hétéro-inoculation et petites épidémies

2. Diagnostic positif :

Forme classique	- Lésion élémentaire = vésiculo-bulle à contenu trouble	
	- Evolution vers une croûte mélicérique à extension centrifuge	
	- Localisation péri-orificielle	
	- Adénopathie satellite	
	- Pas de signes généraux : état général conservé, pas de fièvre	
Formes cliniques	Ecthyma	- Impétigo nécrotique et creusant : ulcération profonde
	Impétiginisation d'une dermatose	- A évoquer devant tout impétigo non péri-orificiel - Surtout : Gale/pédiculose/eczéma/varicelle
Paraclinique	- Prélèvement si : Suspicion de SAMR (hospitalisation récente, épidémie) Doute diagnostique	
Complications	Aiguës	- Contagiosité : auto-inoculation et interhumaine - Locales : abcès, dermohypodermite, lymphangite - Générales : scarlatine et syndrome toxinique
	A distance	- Glomérulonéphrite aiguë post streptococcique (rare) - Récidives : recherche enfants non traités dans le foyer

3. Traitement :

En ambulatoire		
Traitement local	- Lavage biquotidien à l'eau et au savon - Antiseptie locale (Chlorhexidine)	
Traitement systémique	Indications	- Formes cliniques : lésions extensives, signes généraux - Terrain : Immunodépression Risque de mauvaise observance des soins locaux
	Modalités	- Pénicilline M (oxacilline) ou Augmentin® 10 jours
Mesures associées	- Lavage des mains, ongles coupés courts, changement fréquent du linge - Eviction scolaire de quelques jours - Recherche d'une protéinurie à la bandelette à J15	

FURONCLE/FURONCULOSE/ANTHRAX

- S. aureus
- Folliculite profonde centrée sur un poil, nécrose
- Complication : staphylococcie maligne de la face
- Pas de manipulation
- Traitement local et mesures d'hygiène
- Arrêt de travail si profession à risque

Diagnostic différentiel

- Sycosis
- Folliculite à Candida
- Maladie de Verneuil : syndrome suppuratif chronique
- Myase : larves de mouches
- Acné

1. Définition :

- **Folliculite** : inflammation d'un follicule pilo-sébacé
- **Ostio-folliculite** : inflammation limitée à l'ostium avec pustule superficielle vite rompue
- **Furoncle** : infection profonde du follicule due au staphylocoque doré

2. Clinique :

Furoncle	- Induration douloureuse centrée sur un follicule pilo-sébacé - Evolution vers la nécrose avec élimination du bourbillon , laissant un cratère
Anthrax	- Agglomérat de furoncles en placard inflammatoire hyperalgique
Furonculose	- Répétition de furoncle - Rechercher un facteur favorisant (diabète, ID) et un portage chronique de SA - Prélèvement bactériologique des gîtes : creux axillaire, narines, anus...

3. Complications :

- Porte d'entrée **septicémie** (rare)
- Staphylococcie maligne du visage avec thrombophlébite du sinus caverneux (furoncle centro-facial)
- Sécrétion de la toxine de Panton-Valentine avec risque viscéral

4. Traitement :

Furoncle	- Soins locaux : ne pas manipuler, ne pas inciser, antiseptie pluriquotidienne - Antibiothérapie locale : acide fusidique - Mesures d'hygiène : cf. impétigo - Antibiothérapie PO si : furoncle centro-facial/multiples ou terrains débilisés
Furonculose	- Idem + port de vêtements amples, hygiène rigoureuse - Décontamination prolongée des gîtes - Arrêt de travail profession en contact avec des aliments
Anthrax	- Antibiothérapie anti-staphylococcique et drainage chirurgical

ERYSIPELE

1. Définitions :

Erysipèle	- Dermohypodermite bactérienne (DHB) non nécrosante - Pas d'atteinte de l'aponévrose - Mécanisme toxi-infectieux, la charge bactérienne est faible - Streptocoque β hémolytique du groupe A
DHB nécrosante	- Nécrose tissu conjonctif/adipeux sans atteindre l'aponévrose superficielle
Fasciite nécrosante	- Nécrose tissu conjonctif/adipeux + nécrose de l'aponévrose superficielle

2. Facteurs de risque :

Locaux	Généraux
- Œdème chronique (veineux ou lymphatique) - Porte d'entrée (intertrigo, ulcère), - Antécédents d'érysipèle - Irradiation antérieure	- Obésité - Immunosuppression - Pas le diabète - Pas l'éthylisme chronique

3. Diagnostic :

Anamnèse	- Antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux - Recherche des facteurs de risque (antécédents d'érysipèle) - Prise d'AINS
Examen physique « grosse jambe rouge aiguë fébrile »	- Début brutal - Signes généraux : fièvre élevée, frisson, malaise - Signes locaux : Placard inflammatoire Bourrelet périphérique sans nécrose - Adénopathie satellite + lymphangite - Recherche de la porte d'entrée - Recherche de signes de gravité : cf. ci-contre - Atteinte de la face : placard inflammatoire unilatéral et très œdémateux
Paraclinique (non obligatoire)	Biologie - NFS-plaquettes, VS, CRP : syndrome infectieux biologique - Fonction rénale, ionogramme, glycémie : retentissement
	Imagerie - Echo-doppler veineux MI : doute sur une TVP - IRM si fasciite nécrosante
	Infectieux - Prélèvements locaux et porte d'entrée - Hémocultures aéro-anaérobies

4. Diagnostics différentiels :

Jeune enfant	- Cellulite faciale à <i>Haemophilus influenzae</i>
Adulte	- Au visage : eczéma aigu ; extension d'une staphylococcie maligne - Au membre : TVP, AOMI, lipodermatosclérose (poussée), œdème aigu, envenimation, DHBA non streptococcique, formes nécrosantes
Forme nécrosante	- Syndrome septique majeur : fièvre > 39°C, AEG, collapsus - Signes locaux : douleurs intenses ou hypoesthésie, zones cyaniques, crépitation

5. Evolution/Complications :

Favorable en 8 à 10 jours sous Antibiothérapie	
Locales	- Evolution vers fasciite nécrosante streptococcique (rare) - Abscess (nécessite parfois drainage) - Lymphoedème résistant - Récidive
Générales	- Sepsis sévère - Décompensation de tares (diabète, IC) et complications du décubitus - Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique

6. Traitement :

URGENCE THERAPEUTIQUE	
Orientation	- En ambulatoire : érysipèle simple sans comorbidités avec suivi possible - Hospitalisation : Clinique : Doute, signes généraux marqués, complications Terrain : Comorbidités , contexte social Evolution : Pas d'amélioration à 72h
Symptomatique	- Antalgiques, antipyrétiques - Repos au lit, arceau, jambe surélevée
Etiologique	- Traitement porte d'entrée (antifongique pour intertrigo, soins d'ulcère...) - β -lactamines : Pénicilline G ou Augmentin® IV puis relais PO
Mesures associées	- Lever précoce, contention élastique - Anticoagulation préventive si facteurs de risque thrombo-emboliques associés - SAT-VAT - Contre-indications des AINS - Hygiène cutanée, traitement IVC, lymphoedème,
Surveillance	- Clinique : T°C, signes généraux et locaux, EVA, décompensation tares - Protéinurie sur BU à J ₁₅

- Dermohypodermite non nécrosante
- Grosse jambe rouge aiguë fébrile de la femme obèse âgée
- Streptocoque pyogène
- Urgence thérapeutique
- Forme typique sans comorbidité : pas d'examen complémentaire
- Complications : fasciite nécrosante, urgence médico-chirurgicale
- ATB : pénicilline G ou amoxicilline 10 jours
- Traitement de la porte d'entrée
- Rechercher, prévenir et traiter décompensations de tares associées : diabète +++
- SAT VAT
- Réévaluation à 72h
- BU à 3 semaines
- Risques à long terme : récurrence, lymphoedème
- CI aux AINS
- Récidive multiple → antibioprofylaxie

Dermohypodermite bactérienne et fasciite nécrosante :

- Signes locaux :
 - o Douleur intense
 - o Hypoesthésie
 - o Bulles hémorragiques
 - o Nécrose focale
 - o Crépitations
- Signes généraux :
 - o Sepsis sévère ou choc septique
- Germes : *S. aureus*, streptocoque, bacille Gram – et anaérobies
- Recherche d'une prise d'AINS
- IRM
- Urgence vitale
- Prise en charge médico-chirurgicale :
 - o Antibiothérapie large spectre
 - o Exérèse chirurgicale des tissus nécrosés

Zéros

- Espèce zoophile et anthropophile : peau convexe : herpès circiné à guérison centrale

- Espèce anthropophile : plis inter-digito-plantaires (pieds d'athlète) et grands plis : eczéma marginé de Hébra (trichophyton)

- Pas d'atteinte muqueuse

- Teignes : tondantes/kériens/ faviques → éviction scolaire

- Onyxis sans périonyxis

- Lampe de Wood

- Prélèvement systématique : filaments + culture Sabouraud

- Traitement antifongique : local = imidazolé ; général = griséofulvine (enfant) ou terbinafine (adulte)

Diagnostics différentiels :

Petits plis :

- Candidose
- Intertrigo à BGN
- Eczéma dysidrosique

Grands plis :

- Candidoses
- Erythasma à Corynebactérium (placard brun-chamois, fluorescence rose corail)
- Psoriasis inversé
- Eczéma de contact
- Dermate caustique

Peau glabre :

- Dermate atopique
- Eczéma nummulaire
- Psoriasis annulaire
- Pytiriasis rosé de Gibert
- Lupus

Teignes :

- Psoriasis
- Dermate séborrhéique
- Lupus

DERMATOPHYTOSES

1. Mycologie :

- **Dermatophytes** : Champignons filamenteux, kératinophiles toujours pathogènes
3 types : *Trichophyton sp* : transmission inter-humaine
Microsporidium sp : zoophile
Epidermophyton sp
- **Atteinte** : Cutanée, cuir chevelu, unguéale, Mais **jamais muqueuse**
- **Contamination** : interhumaine, zoophile, sol (géophile)

2. Facteurs favorisants :

Locaux	Généraux
<ul style="list-style-type: none"> - Macération occlusion - Altération épidermique ++ - Dermocorticoïdes locaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Immunodépression - Manque d'hygiène

3. Diagnostic clinique :

Atteinte des petits plis	<ul style="list-style-type: none"> - Plis interdigito-plantaire = Intertrigo inter-orteils - Atteinte des 3^{ème} et 4^{ème} espaces inter-orteils - Fissuration du fond du pli interdigital → pied d'athlète - Complications : surinfection bactérienne, porte d'entrée érysipèle... 	
Atteinte des grands plis	<ul style="list-style-type: none"> - Placard érythémato-squameux prurigineux - Forme géographique à contours circinés qui s'étend à la face interne de la cuisse 	
Atteinte peau glabre	<ul style="list-style-type: none"> - Placards arrondis ou polycycliques, bordure érythémato-vésiculo-squameuse - Prurit - Extension centrifuge avec guérison centrale - Kériorion : réaction inflammatoire majeure, lésions nodulaires et pustuleuses 	
Teignes : parasitisme pileaire	Tondantes microsporiques	<ul style="list-style-type: none"> - Plaques alopéciques arrondies, extension centrifuge - Sur fond de squames grisâtres, cheveux cassés régulièrement
	Trichophytiques	<ul style="list-style-type: none"> - Petites lésions éparses squamo-croûteuses
	Favique	<ul style="list-style-type: none"> - Exceptionnelle en France (immigration) - Plaques alopéciques inflammatoires et cicatricielles - Petites dépressions remplies de croûtes (godets faviques)
	Teignes inflammatoires ou kériorions	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction immunitaire violente au parasitisme - Placards inflammatoires ponctués d'orifices pileaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule du pus - Petites adénopathies satellites inflammatoires
Barbe	<ul style="list-style-type: none"> - Folliculite aiguë suppurée 	
Onyxis	<ul style="list-style-type: none"> - Ongles : hyperkératose sous-unguéale puis décollement unguéal 	

4. Diagnostic mycologique :

Lumière UV (lampe de Wood)	<ul style="list-style-type: none"> - Microsporique : fluorescence jaune-vert - Trichophytique : pas de fluorescence - Favus : fluorescence vert pâle
Prélèvements	<ul style="list-style-type: none"> - Systématique, sauf intertrigo typique - A réaliser après 2 semaines de fenêtre thérapeutique - Examen direct : présence de filaments - Milieu de Sabouraud : précise genre et espèce

5. Traitement :

Mesures générales	<ul style="list-style-type: none"> - Suppression des facteurs favorisants locaux - Prise en charge des facteurs favorisants généraux 	
Antifongiques	Locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Imidazolés, cyclopiroxilamine, terbinafine - Durée 1-8 semaines, adapter la forme galénique
	Généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Griséofulvine (photoprotection), Terbinafine, Tétéconazole - Contre-indiqué chez la femme enceinte - Durée : 2 semaines à plusieurs mois
Indications	Plis et peau glabres	<ul style="list-style-type: none"> - Local ou général - Atteinte isolée : local pendant 2-3 semaines - Atteinte palmo-plantaire/générale : traitement systémique
	Teignes	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 6 semaines jusqu'à guérison clinique et mycologique - Local et systémique - Examen de toute la famille + traiter l'animal - Eviction scolaire
	Unguéal	<ul style="list-style-type: none"> - Identification mycologique indispensable - Local si atteinte modérée et distale - Général si atteinte matricielle - Durée prolongée, guérison après repousse de l'ongle

CANDIDOSES

1. Mycologie :

- Candida albicans : endosaprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales

2. Facteurs favorisant :

Locaux	Généraux	
	Terrain	Médicaments
- Humidité , macération - pH acide - Irritations chroniques - Xérostomie	- Immunosuppression - Diabète - Grossesse - Ages extrêmes	- Antibiotiques généraux - Œstroprogestatifs - Corticoïdes

3. Clinique :

Candidoses buccales et digestives	Perlèche	- Intertrigo de la commissure labiale, uni- ou bilatéral - Fond érythémateux, fissuraire et macéré
	Glossite	- Langue rouge et dépapillée
	Stomatite	- Inflammation aiguë ou chronique de la bouche - Xérostomie, sensation de cuisson, goût métallique
	Muguet	- Face interne des joues - Erythème recouvert d'un enduit blanchâtre
	Œsophage	- Extension candidose buccale → rechercher VIH
	Gastro-intestinales	- Accompagnent une candidose bucco-œsophagienne - Indirectement révélées par une diarrhée
	Ano-rectale	- Anite érythémateuse, érosive et suintante avec prurit anal
Candidoses génitales	Femme	- Vulvo-vaginite - Lésions érythémateuses et œdémateuses avec prurit - Leucorrhées abondantes, aspect de « lait caillé » - Association intertrigo et/ou signes urinaires
	Homme	- Méatite : Ecoulement purulent blanc-verdâtre Dysurie et prurit - Balanite : lésions érythémato-squameuses du gland - Urétrite exceptionnelle
Intertrigos candidosiques		- Lésion à fond érythémateux recouvert d'un enduit crémeux malodorant avec fissure fréquente au fond du pli, bordure pustuleuse. - Atteinte des grands plis (souvent associés) et petits plis (contact avec l'eau)
Phanères	Folliculite	- Inflammation + suppuration douloureuse du follicule pilo-sébacé - Association ++ toxicomanie IV.
	Ongles	- Début par un perionyxis, la pression fait soudre du pus - Onyxis secondaire : tablette unguéale marron-verdâtre

4. Diagnostic mycologique :

- Examen direct : levures bourgeonnantes et de **pseudo-filaments ou filaments**.
- Culture sur **milieu de Sabouraud**

5. Traitement

Principes		- Traitement des facteurs favorisants - Traitement simultané de tous les foyers - Local - Général si : atteinte diffuse ou immunodépression
Moyens	Local	- Fungizone, imidazolés, pyridones, allylamine (Lamisil) - Imidazolés en première intention
	Général	- Kétoconazole : surveillance BHC/2 semaines pendant 6 semaines - Fluconazole : PO pour candidose buccale, IV si systémique Inducteur enzymatique - Aucun antifongique PO chez la femme enceinte
Indications	Buccales	- Miconazole gel buccal (inducteur enzymatique) - Bains de bouche et NaHCO ₃
	Génitales	- Vaginite simple : imidazolés en ovule - Vulvite : imidazolés en local + toilette avec un savon alcalin - Forme récidivante : traitement préventif par ovule antifongique - Balanite : crème antifongique + toilette avec un savon alcalin
	Plis	- Antifongiques locaux + lutte contre la macération
	Ongles	- Séchage + antiseptique + antifongique

6. Infections à Malassezia furfur : cf. item 109

- Stomatite : muguet + perlèche
- +/- œsophagite
- Vulvo-vaginite
- Intertrigos des grands plis

- Onyxis + périonyxis

- Prélèvements mycologiques systématiques : filaments + Sabouraud

- Traitement antifongique : local : imidazolé ; général : amphotéricine B

Diagnostics différentiels :

Buccal :

- Stomatite, leucoplasie
- Lichen plan
- Glossite
- Perlèche herpétique, streptococcique, syphilitique

Génital :

- Vulvo-vaginite : bactériennes, inflammatoire
- Balanite : syphilis IIaire, herpès génital, irritation, psoriasis, carcinome intra-épithélial

Intertrigos :

- Intertrigo dermatophytique, bactérien, érythrasma (corynébactéries)
- Dermatitis de contact, psoriasis inversé

Phanères :

- Folliculites bactériennes, pytirosporiques
- Paronychie bactérienne
- Onyxis : psoriasis, dermatophyte, lichen, pelade, microtraumatismes