Mycoses cutanées

Résumé

Les mycoses superficielles sont des infections très fréquentes de la peau, des muqueuses, des ongles et du cuir chevelu, provoquées par des champignons microscopiques. Ces affections sont généralement bénignes mais parfois chroniques ou récidivantes. Les manifestations varient selon la région du corps atteinte et selon le type de champignon en cause : Candida, Dermatophytes ou Malassezia.

I. Qu'est-ce que c'est ?

1. Les infections de la peau et des muqueuses à candida

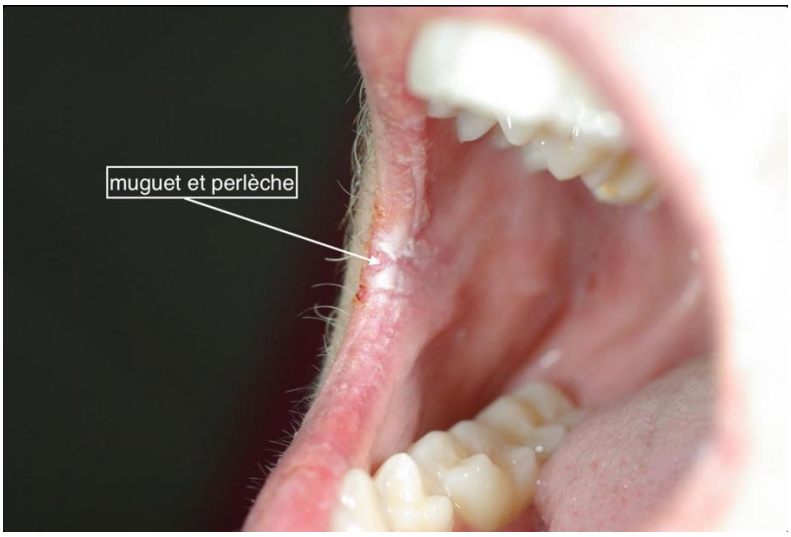
Les candidoses sont dues à des levures du genre Candida, le plus souvent Candida albicans. Elles peuvent toucher la bouche, les muqueuses génitales ou les plis cutanés.

Les candidoses de la bouche

Il peut s'agir de :

- Perlèche : cela correspond à une inflammation des commissures labiales (coins des lèvres), unilatérale ou bilatérale, avec une fissure rouge, macérée et douloureuse.
- D’atteinte, aiguë ou chronique, de la langue et de la muqueuse buccale (gencives et palais) avec une muqueuse rouge, lisse, dépapillée, brillante et douloureuse. Une sécheresse de la bouche est alors fréquente, avec sensation de cuisson et parfois d'un goût métallique dans la bouche.
- Du muguet buccal qui se présente sous forme de plaques rouges à l’intérieur des joues, recouvertes d’un enduit blanchâtre qui se détache facilement au raclage.

  Toutes ces anomalies peuvent être isolées ou associées.



1.1. Les candidoses génitales féminines

Les candidoses génitales touchent la vulve et le vagin. Elles sont fréquentes avant 50 ans, particulièrement courantes pendant la grossesse et plus rares après la ménopause. Les lésions sont classiquement rouges avec une muqueuse gonflée, recouverte d'un enduit blanchâtre, et des pertes blanc jaunâtre souvent abondantes, qui stagnent dans les plis de la muqueuse vulvo-vaginale.

Les démangeaisons sont souvent intenses, avec des douleurs pendant les rapports sexuels. Il peut y avoir une extension aux plis des cuisses et au pli fessier. Parfois la gêne ressentie est beaucoup plus discrète. La maladie évolue le plus souvent par épisodes aigus, mais des formes chroniques ou récidivantes sont possibles. La transmission sexuelle reste discutée. Chez l'enfant, la contamination peut résulter de l'extension d'une atteinte de la région anale ou fessière.

1.2. Les candidoses génitales masculines

Elles sont plus rares et souvent peu symptomatiques, sauf en présence de facteurs favorisants tels qu'un diabète ou une immunodépression. Elles se manifestent par des rougeurs, parfois des érosions ou de petites pustules, accompagnées de démangeaisons, de picotements ou d'une gêne après les rapports sexuels. La contamination peut être d'origine digestive ou sexuelle.

1.3. Les candidoses des plis (intertrigo candidosique)

Elles concernent principalement les plis inguinaux, interfessiers, sous-mammaires ou abdominaux, surtout en cas de surpoids. Plus rarement, elles touchent les espaces entre les doigts, le pli rétro-auriculaire ou le nombril. L'intertrigo débute souvent par une fissure prurigineuse au fond du pli, touchant généralement les deux côtés. La rougeur s'étend de façon centrifuge, bordée de petites pustules et d'une fine desquamation. Un enduit crémeux, parfois malodorant, peut recouvrir la zone atteinte.

Chez le nourrisson, le port prolongé de couches est un facteur favorisant. Lorsque les rougeurs n'atteignent pas le fond du pli, il s'agit plus souvent d'une irritation que d'une infection fongique.

2. Les infections de la peau à dermatophytes

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux appartenant à trois genres principaux : Trichophyton, Epidermophyton et Microsporum. Ils se nourrissent de kératine, présente dans la peau, les ongles et les poils.

On distingue les dermatophytes à transmission anthropophile (d'homme à homme), zoophile (de l'animal à l'homme) et géophile (provenant du sol).

2.1. Les mycoses à dermatophytes des plis

Au niveau des espaces inter-orteils (le pied d'athlète) :

Cette affection touche surtout l'adulte, principalement entre le quatrième et le cinquième orteil. Le pli est fissuré, blanchâtre, sec ou suintant, avec une desquamation et des démangeaisons variables. Le champignon le plus souvent responsable est Trichophyton rubrum (dermatophyte anthropophile).

Au niveau des grands plis de l'aine et des cuisses :

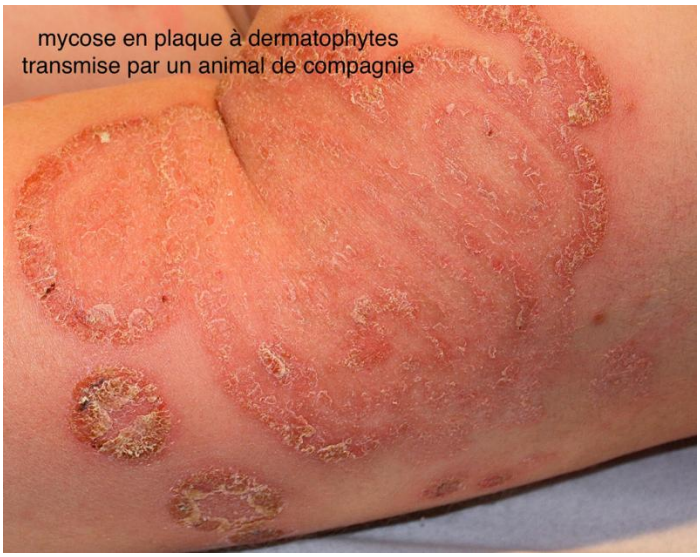
Les mycoses des grands plis, comme ceux de l'aine ou des cuisses, résultent souvent d'une auto-contamination à partir des pieds. Elles se présentent sous forme de plaques rouges ou brunâtres, bien limitées, à bordure active, rouge et légèrement squameuse, avec parfois de petites vésicules. Le centre de la plaque tend à s'éclaircir. Les démangeaisons sont fréquentes.

2.2. Les mycoses de la peau (hors plis et cuir chevelu)

Ces mycoses sont le plus souvent dues à des dermatophytes à transmission inter humaine (anthropophiles) soit par auto-contamination à partir d'un autre localisation (le plus souvent au niveau des pieds) soit par contagion inter humaine. Elles peuvent aussi être dues à une contamination via un animal infecté (dermatophytes zoophiles) : chat, chien, nouveaux animaux de compagnie, animaux d'élevage, par contact direct ou indirect.

Les lésions sont arrondies, nettement limitées, avec un bord rouge et finement squameux, contenant parfois des vésicules ou pustules. L'évolution est centrifuge (les lésions s'étendent par la périphérie) avec une guérison centrale. Il peut aussi s'agir de plaques sèches, toujours bien délimitées, et qui desquament. Les démangeaisons sont en général fortes.

Au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds, l'aspect est particulier, très desséché, blanchâtre, farineux, avec un renforcement des plis qui apparaissent plus visibles. La présentation asymétrique, une seule plante atteinte, ou bien 2 plantes et une seule paume atteintes, est très évocatrice de mycose à dermatophytes.



2.3. Les mycoses à dermatophytes du cuir chevelu et des poils (teignes)

Les teignes touchent principalement les enfants avant la puberté, mais peuvent aussi atteindre l'adulte, notamment au niveau de la barbe. La transmission interhumaine est la règle en milieu urbain.

Les teignes provoquent des plaques squameuses, parfois croûteuses ou pustuleuses, avec des cheveux cassés ou clairsemés. Chez l'enfant, toute anomalie du cuir chevelu de ce type doit faire évoquer une teigne.

Les teignes se présentent sous différentes formes cliniques selon l'espèce de dermatophyte en cause :

Teignes trichophytiques (dues aux Trichophyton) :

- Teigne tondante : petites plaques arrondies, uniques ou multiples, bien délimitées, de 2-5 cm de diamètre, avec des cheveux cassés courts (2-3 mm), donnant un aspect tondu. La peau du cuir chevelu peut paraître normale ou légèrement squameuse. Les champignons les plus fréquemment responsables sont le Trichophyton (T. tonsurans, T. violaceum, T. soudanense) à transmission inter humaine.
- Teigne suppurée (kérion) : l'inflammation est intense, formant des plaques rouges, œdémateuses et douloureuses, recouvertes de pustules et de croûtes ; un écoulement de pus peut apparaître à la pression. Cette forme peut laisser une zone d'alopécie (perte des cheveux ou des poils sur une zone donnée) cicatricielle définitive. La transmission se fait généralement par un animal contaminé. L'examen sous la lumière de Wood est négatif (pas de fluorescence) .

Teignes microsporiques (dues aux Microsporum) :

- Forme typique : grandes plaques arrondies ou ovalaires (5-8 cm), peu nombreuses (1-3), bien délimitées, avec des cheveux cassés plus longs (5-8 mm) que dans les teignes trichophytiques. Les cheveux atteints deviennent ternes, grisâtres, et se cassent facilement. Les champignons responsables sont les Microsporum à transmission anthropophile ou zoophile. La présence d'une fluorescence vert-jaune sous lampe de

Wood est présente en cas d'infection par M. canis. Ces formes sont en général moins inflammatoires que les teignes trichophytiques.

Formes particulières :

- Teigne favique (Trichophyton schoenleinii), exceptionnelle en France, caractérisée par des croûtes jaunâtres en forme de cupules ("godets faviques") à odeur de souris, évoluant vers une une zone sans cheveux définitive cicatricielle.
- Sycosis de la barbe : forme de teigne du visage chez l'homme adulte, souvent très inflammatoire, avec des pustules autour des poils, le plus souvent d'origine zoophile.

2.4 Les mycoses à dermatophytes des ongles (onychomycoses)

Les onychomycoses représentent environ la moitié des maladies des ongles. Elles concernent près de 10 % des adultes, avec une fréquence qui augmente avec l'âge. Les champignons les plus souvent en cause sont Trichophyton rubrum et Trichophyton mentagrophytes (dermatophytes anthropophiles).

Aspects cliniques :

- Onychomycose sous-unguéale distale : la plus fréquente, débute par le bord libre de l'ongle avec un aspect jaunâtre, un épaississement et un décollement progressif de l'ongle
- Onychomycose sous-unguéale proximale : plus rare, débute au niveau de la matrice avec une tache blanchâtre près de la lunule (zone blanchâtre en demi-lune visible à la base de l'ongle)
- Onychomycose superficielle : atteinte de la surface de l'ongle avec des taches blanches poudreuses
- Onychomycose dystrophique totale : forme évoluée avec destruction complète de l'ongle qui devient épais, friable et déformé

Les ongles des orteils, notamment le gros orteil, sont plus fréquemment atteints que ceux des mains.

3. Les mycoses de la peau à malassezia, ou pityriasis versicolor

C'est une infection bénigne superficielle de la peau, très fréquente et récidivante, due à des champignons du genre Malassezia.

La personne atteinte est souvent un jeune adulte, homme ou femme, et présente de multiples petites taches sur le corps. Leur couleur est variable allant du rose, beige, jaune, au brun, les taches deviennent souvent blanches sur la peau pigmentée par le soleil (d'où le terme versicolor). Les lésions prédominent sur le tronc (très fréquemment le haut du thorax) et la racine des membres supérieurs, mais existent parfois sur la tête, le cou et les membres. Elles s'étendent progressivement et peuvent se rejoindre pour former de grandes plaques. Certaines zones de la peau sont parfois contaminées sans que cela soit visible à l'œil nu.

Les taches sont souvent légèrement squameuses et prédominent sur les zones séborrhéiques et moites de la peau (affinité du champignon pour les corps gras). Le pityriasis versicolor ne démange pas. Il n'est pas contagieux, et n'a aucun retentissement sur la santé.

Un examen de la peau dans une pièce sans lumière à l'aide d'une lampe de Wood (lampe à UV utilisée en dermatologie pour examiner la peau dans l'obscurité) peut aider au diagnostic en révélant une fluorescence verdâtre des taches. Aucun examen de laboratoire n'est, dans la très grande majorité des cas, nécessaire pour faire le diagnostic.

4. Diagnostic différentiel

Certaines affections peuvent imiter une mycose cutanée :

- L'eczéma qui se distingue par des lésions à contours flous, une évolution par poussées et une amélioration sous corticoïdes.

- Le psoriasis où les plaques sont cependant plus épaisses, bien limitées, avec des squames blanches-argentées.

- L'intertrigo bactérien qui évolue plus rapidement, dégage une odeur caractéristique et répond aux antibiotiques.

- L'érythrasma, infection bactérienne particulière, qui présente une fluorescence rouge corail sous lampe de Wood.

En cas de doute, un prélèvement mycologique est indispensable avant tout traitement antifongique.

5. Les complications possibles

Les mycoses superficielles sont bénignes mais peuvent se compliquer :

- Surinfection bactérienne secondaire, surtout dans les plis macérés, avec apparition de pus, fièvre et ganglions.
- Extension à d'autres zones par auto-contamination.
- Chronicité si les facteurs favorisants persistent.
- Candidoses disséminées chez les sujets immunodéprimés.
- Alopécie cicatricielle après certaines teignes non traitées.
- Impact psychologique important en cas d'atteintes visibles (cuir chevelu, ongles, visage).

II. Les causes

1. Les infections de la peau et des muqueuses à candida

Ces infections sont liées à la contamination de la peau par un champignon microscopique appelé Candida, (famille des levures) dont l'espèce Candida albicans est responsable de la plupart des manifestations pathologiques chez l'humain. Le Candida n'est jamais retrouvé à l'état normal sur la peau, en revanche il est présent à l'état normal au niveau du tube digestif, et des muqueuses génitales chez la femme.

Les candidoses (= infections de la peau à Candida) sont des maladies dites opportunistes, c'est-à-dire qu'elles sont liées à un micro-organisme normalement non agressif pour l'homme, mais qui le devient sous l'effet de facteurs favorisants.

Les facteurs favorisants locaux sont principalement l'humidité et la macération (liées à des contacts prolongés avec l'eau, la transpiration, le port de vêtements serrés ou de couches chez le nourrisson), un pH cutané acide, ou encore des irritations chroniques (prothèses dentaires, radiothérapie, frictions répétées). Une hygiène insuffisante ou au contraire excessive peut également fragiliser la barrière cutanée et favoriser la prolifération du champignon.

Les facteurs favorisants généraux incluent certaines maladies ou traitements :

- Le diabète, qui modifie la composition du sébum et favorise la croissance fongique.
- Les déficits immunitaires, qu'ils soient acquis (infection par le VIH, traitements immunosuppresseurs) ou d'origine génétique.
- La prise de certains médicaments : antibiotiques à large spectre (qui détruisent la flore bactérienne protectrice), contraceptifs oraux œstro-progestatifs, corticoïdes ou immunosuppresseurs.

2. Les infections de la peau à dermatophytes

Les dermatophytes sont des champignons microscopiques filamenteux appartenant à 3 genres : Trichophyton, Microsporum et Epidermophyton. Leur présence au niveau de la peau, des ongles ou des cheveux est toujours anormale, car ils ne font pas partie du microbiome cutané (micro-organismes présents à l'état normal sur la peau). On ne les retrouve jamais sur les muqueuses. Les dermatophytes ont de l'affinité pour la kératine qui est un composant de la couche cornée de l'épiderme, des ongles, des poils et des cheveux.

On distingue les dermatophytes à caractère anthropophile qui sont responsables de contaminations interhumaines, ceux qui sont zoophiles et que l'on peut contracter d'un animal colonisé ou infecté, et les géophiles dont le réservoir est la terre mais dont l'animal est souvent le vecteur. Cette distinction est importante car une infection par un dermatophyte zoophile nécessite la prise en charge thérapeutique de l'animal atteint si l'on veut éliminer une recontamination. En cas d'infection géophile, il faut éviter tout contact avec le sol incriminé ou avec les animaux qui le fréquentent.

Pour les dermatophytes anthropophiles, la contagion est soit directe par contact avec un individu infecté, soit indirecte par l'intermédiaire de particules (squames ou petits débris de peau) présentes dans les vêtements, les chaussures, les brosses mais aussi sur les tapis de sport et le sol des douches, des piscines et des vestiaires collectifs. Elle est favorisée par l'humidité,

la chaleur et la macération (contacts répétés avec l'eau, chaussures fermées ou de sécurité, séchage insuffisant).

Pour les dermatophytes zoophiles, la transmission se fait par contact avec des poils ou des squames contaminés, et une adhérence des champignons dermatophytes à la couche cornée superficielle de la peau, la transmission est favorisée par une altération de la peau souvent très minime voire invisible (petite cassure ou brèche, traumatique ou non).

3. Les mycoses de la peau à Malassezia (pityriasis versicolor)

Il s'agit d'une infection dite « opportuniste », développée de par la multiplication anormale de levures habituellement présentes sur la peau, sous l'action de facteurs favorisants.

Le passage de la simple colonisation à l'infection clinique survient sous l'influence de divers facteurs favorisants :

- Une peau grasse (hyperséborrhée) ou une transpiration excessive (hyperhidrose) ;
- Un climat chaud et humide, qui favorise la prolifération fongique ;
- L'usage répété de cosmétiques gras ou d'huiles corporelles ;
- Une immunodépression (infection par le VIH, traitements immunosuppresseurs) ;
- Une malnutrition ;
- La prise prolongée de corticoïdes ;
- Et, dans certains cas, une prédisposition génétique familiale.

L'affection touche le plus souvent les adolescents et les jeunes adultes, période de la vie où l'activité des glandes sébacées est maximale.

III. Quels examens ?

1. La Candidose

Le diagnostic de candidose est le plus souvent clinique, c'est-à-dire établi lors de l'examen de la peau ou des muqueuses par le médecin. L'aspect typique des lésions permet généralement de poser le diagnostic sans examen complémentaire.

Cependant, un diagnostic mycologique (analyse de laboratoire) est nécessaire dans certaines situations :

- Lorsque les lésions présentent un aspect atypique ou douteux ;
- En cas de récidives fréquentes ;
- Lorsque les lésions résistent à un traitement antifongique approprié ;
- Ou chez les patients immunodéprimés, chez lesquels la dissémination est possible.

Le prélèvement est effectué à l'aide d'un écouvillon stérile (grand coton-tige), frotté sur la zone suspecte. Il doit être envoyé à un laboratoire spécialisé en mycologie médicale.
Le laboratoire procède à un examen direct au microscope (permettant de visualiser les levures ou les filaments de Candida) et à une culture sur milieu spécifique, afin d'identifier précisément l'espèce en cause et d'évaluer sa sensibilité aux antifongiques.

2. Dermatophytoses

L’examen mycologique n’est pas nécessaire pour les intertrigos inter orteils ou de l'aine classiques.

En revanche, le diagnostic de teigne du cuir chevelu doit être impérativement confirmé par un prélèvement et un examen mycologique au laboratoire.

Le recours au prélèvement mycologique est justifié non seulement pour confirmer le diagnostic, mais aussi pour orienter la prise en charge épidémiologique : identifier la source de contamination (humaine, animale ou environnementale), prévenir la diffusion à l’entourage, et ajuster la durée du traitement selon le champignon isolé.

Le prélèvement doit être réalisé avant tout traitement antifongique et à distance d’un traitement antérieur (au moins un mois après l’arrêt), afin d’éviter les faux négatifs.

L’analyse comprend deux temps :

- Un examen direct au microscope, qui peut donner un résultat en quelques heures et montre la présence de filaments mycéliens ou de spores ;
- Une culture, dont les résultats sont obtenus en deux à quatre semaines. Elle permet d’identifier le genre et l’espèce du dermatophyte, ainsi que de déterminer son origine (anthropophile, zoophile ou géophile).

IV. Quels traitements ?

1. Le traitement des infections de la peau et des muqueuses à candida

La prise en charge d’une candidose repose sur trois principes fondamentaux :
(1) l’élimination des facteurs favorisants,
(2) le traitement antifongique local et/ou général,
(3) et la prévention des récidives.

Le traitement des facteurs favorisants consiste à limiter l’humidité et la macération (séchage soigneux des plis, changement fréquent des couches chez le nourrisson, port de vêtements amples et respirants), à corriger un pH cutané trop acide (toilette douce, parfois avec un savon alcalin), et à rechercher une éventuelle cause sous-jacente : diabète, immunodépression, traitement antibiotique ou corticoïde prolongé.

Le traitement antifongique local est toujours nécessaire. Il repose sur l’application de crèmes, de gels, de lotions ou de solutions antifongiques contenant des imidazolés (éconazole, miconazole, kétoconazole), des polyènes (nystatine, amphotéricine B) ou de la ciclopirox olamine. Le choix du médicament dépend de la localisation : crèmes pour la peau, ovules ou crèmes vaginales pour les candidoses génitales, gels ou suspensions pour la bouche.

Dans les formes étendues, récidivantes ou résistantes, un traitement général par voie orale peut être prescrit (fluconazole ou itraconazole selon les cas). Il n’est jamais utilisé chez la femme enceinte. Chez l’enfant, les doses sont adaptées au poids corporel.

Le traitement doit être poursuivi jusqu’à disparition complète des lésions et encore quelques jours après la guérison apparente, afin d’éviter les rechutes. Un traitement interrompu trop tôt expose à la récidive.

2. Le traitement des infections de la peau à dermatophytes

2.1 Le traitement du pied d'athlète :

Le traitement est principalement local. Il repose sur l'application d'un antifongique sous forme de crème, gel, solution ou poudre, pendant plusieurs semaines. Le patient doit respecter rigoureusement la durée et la fréquence d'application, même après amélioration des symptômes.

Le traitement doit s'accompagner de mesures d'hygiène visant à éliminer les facteurs favorisants : séchage soigneux des pieds (notamment entre les orteils), port de chaussettes en fibres naturelles ou techniques respirantes, changement quotidien du linge, et désinfection ou lavage régulier des chaussures.

La prévention du pied d'athlète repose sur le port de sandales ou de tongs dans les lieux collectifs humides (piscines, douches, vestiaires). Les chaussettes imperméables, proposées pour la natation en piscine, ne peuvent être efficaces que si l'eau n'y entre pas et que les pieds restent secs, ce qui est rarement le cas. Après les activités sportives, l'application ponctuelle d'un antifongique local peut prévenir les récidives.

2.2 Le traitement des mycoses à dermatophytes de la peau hors cuir chevelu :

Le traitement antifongique peut être local en cas d'atteinte peu étendue. Les antifongiques oraux sont indiqués pour les atteintes plurifocales, étendues, chroniques ou récidivantes.

2.3 Le traitement des teignes du cuir chevelu :

Le traitement des teignes associe toujours un antifongique local à un traitement oral (sauf dans certaines situations spécifiques comme chez les nourrissons), car les champignons colonisent la tige pilaire, inaccessible aux médicaments topiques seuls. Il s'agit d'un traitement durant au moins 4 à 6 semaines.

Chez l'enfant de plus de 10 kg, le traitement probabiliste (c'est-à-dire débuté après le prélèvement mycologique, sans en attendre les résultats) repose sur la terbinafine orale pendant quatre semaines, prise au cours d'un repas, associée à un shampooing antifongique (éconazole, kétoconazole ou ciclopirox) une à deux fois par jour.

Après identification du champignon (grâce à l'examen direct ou à la culture mycologique), la durée du traitement ou la molécule utilisée peut être ajustée.

- Si le champignon est un Trichophyton, la terbinafine est poursuivie jusqu'à guérison ;
- Si le champignon est un Microsporum, la terbinafine est poursuivie deux semaines supplémentaires chez l'enfant de moins de 20 kg, ou possiblement remplacée par l'itraconazole pendant six semaines chez l'enfant de plus de 20 kg.

Les cheveux doivent être coupés autour des plaques pour améliorer l'efficacité du traitement local. Les bonnets, élastiques, brosses, peignes et taies d'oreiller doivent être lavés fréquemment et traités avec une poudre antifongique.

Les sujets de l’entourage doivent être examinés, car les teignes anthropophiles sont contagieuses. Si l’origine est zoophile, l’animal domestique ou d’élevage doit être examiné et traité par un vétérinaire.

La législation impose une éviction scolaire pour les enfants atteints de teigne anthropophile « sauf en cas de présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté » avec contrôle de la guérison et traitement des sujets contacts.

La durée du traitement varie de 4 à 8 semaines selon l’agent responsable. Les cheveux repoussent normalement après guérison, sauf dans les formes anciennes ou très inflammatoires (teigne favique ou kérion), où une alopécie cicatricielle (perte définitive de cheveux sur une zone de cicatrice) peut persister.

3. Traitement des onychomycoses

Le traitement des mycoses des ongles est long, en raison de la lente croissance de la tablette unguéale. Il peut être local, général ou combiné selon la forme clinique et l’étendue.

Les traitements locaux consistent en l’application de vernis antifongiques (amorolfine ou ciclopirox) pendant plusieurs mois, jusqu’à repousse complète d’un ongle sain. Avant chaque application, la partie malade doit être limée avec une lime à usage unique.

Les traitements oraux sont réservés aux formes étendues ou aux atteintes multiples. La terbinafine est le traitement de référence : 6 semaines pour les ongles des mains, 12 semaines pour les orteils (parfois aussi prescrite en traitement discontinu, dit pulse therapy). L’itraconazole est plus souvent prescrit en cures discontinues.

Une désinfection régulière des chaussures, chaussons et chaussettes est indispensable. Il faut également rechercher et traiter toute autre localisation fongique (notamment intertrigo des pieds), afin d’éviter la recontamination.

3. Le traitement des mycoses de la peau a malassezia, ou pityriasis versicolor

Le traitement repose sur des antifongiques locaux, car l’infection reste superficielle. Les molécules les plus utilisées sont les imidazolés, notamment le kétoconazole ou l’éconazole, sous forme de gel moussant, shampooing ou solution. Le produit doit être appliqué sur l’ensemble des zones atteintes (et souvent sur tout le tronc) avec un temps de contact d’au moins cinq minutes avant rinçage.

Les formes étendues ou récidivantes peuvent nécessiter un traitement oral par itraconazole ou fluconazole. Cependant, ces traitements généraux ne préviennent pas les récidives à long terme.

La repigmentation des zones dépigmentées peut nécessiter plusieurs mois après la guérison mycologique.

Prévention détaillée

La prévention des mycoses superficielles repose sur des mesures d'hygiène simples mais régulières.

- Sur le plan corporel : un séchage minutieux après la toilette, en particulier dans les plis cutanés, le port de sous-vêtements en coton changés quotidiennement, l'évitement des vêtements synthétiques ou trop serrés, et l'usage de chaussures aérées sont essentiels. Les chaussettes doivent être absorbantes et renouvelées chaque jour.
- En milieu collectif, il faut porter des sandales ou tongs dans les douches et piscines, ne pas partager les objets personnels (serviettes, brosses, chaussures, bonnets), et veiller à la propreté des sols et des surfaces communes.
- Chez les personnes à risque (diabétiques, immunodéprimées), une surveillance cutanée régulière est nécessaire. La consultation médicale doit être précoce dès l'apparition d'une rougeur persistante, d'une desquamation ou d'un épaississement unguéal.

L'essentiel à retenir

- Les mycoses superficielles sont des infections cutanées fréquentes, provoquées par des champignons microscopiques appartenant principalement aux genres Candida, Dermatophytes et Malassezia. Leur présentation varie selon la localisation et le type de champignon.
- Les traitements reposent sur des antifongiques locaux et/ou oraux, adaptés à chaque situation, et doivent être poursuivis jusqu'à la guérison complète.
- L'observance du traitement et la correction des facteurs favorisants sont essentielles pour prévenir les rechutes.
- La prévention repose sur des mesures d'hygiène adaptées et sur la détection précoce des foyers infectieux, tant chez l'homme que chez l'animal.