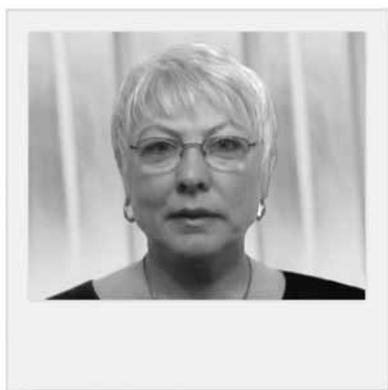


MISES AU POINT INTERACTIVES

Devant une infection fongique chez l'enfant, quels sont les pièges à éviter ?



→ M. FEUILHADE DE CHAUVIN
Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Louis,
PARIS.

Les dermatophytoses et les candidoses cutanées sont des infections fongiques qu'il faut savoir reconnaître en pratique dermatologique de ville chez le très jeune et le jeune enfant. A l'occasion des 6^{es} Journées Interactives de Réalités thérapeutiques en Dermatologie, nous avons voulu attirer l'attention sur quatre pathologies fongiques de l'enfant : les dermatophytoses du visage, les teignes inflammatoires, les onychomycoses à dermatophyte, ainsi que les candidoses cutanées et unguéales : savoir les reconnaître et les traiter.

Il faut noter que peu d'articles sont consacrés aux infections fongiques de l'enfant pour permettre d'en aborder les données épidémiologiques et la prise en charge.

Les dermatophytoses de l'enfant

En 1969, un article de G. Badillet [1] apportait un bon aperçu sur la localisation des dermatophytoses de l'enfant en fonction de l'âge. Ces données semblent toujours d'actualité même si les espèces de dermatophytes responsables ont un peu changé.

Les teignes du cuir chevelu et les lésions de la peau glabre résument la plupart des dermatophytoses de l'enfant jusqu'à 11 ans. Les dermatophytes responsables peuvent être anthropophiles mais souvent zoophiles.

A partir de 10-12 ans, les atteintes des pieds et parfois des plis inguinaux ou des ongles deviennent plus fréquentes (dues à des dermatophytes anthropophiles) et les teignes du cuir chevelu se raréfient, ainsi que les atteintes de la peau glabre dues à des dermatophytes zoophiles.

1. Les lésions du visage

L'enfant, même très jeune, est souvent attiré par un animal et l'animal est habituellement peu agressif envers l'enfant, permettant des contacts rapprochés qui facilitent la transmission de dermatophytes zoophiles. Les dermatophytoses zoophiles sont généralement inflammatoires érythémateuses, vésiculeuses (**fig. 1**) et trop souvent confondues avec un eczéma. Il faut y penser !

Les chatons, les lapins nains, les chiens, les hamsters, les cochons d'Inde, les ger-



FIG. 1.



FIG. 2.

billes, les poneys peuvent être infectés par des dermatophytes. Mais l'enfant est aussi très câlin avec ses petits amis ! Et quelques dermatophytes anthropophiles se transmettent ainsi ! Chercher la teigne ! (**fig. 2**).

Toute lésion du visage chez l'enfant, qu'elle soit inflammatoire ou érythémateuse à bordure circinée et prurigineuse, doit bénéficier d'un examen mycologique qui confirmera le diagnostic de dermatophytose et guidera l'enquête épidémiologique.

Le traitement est celui d'une dermatophytose: un antifongique local peut être suffisant pour une lésion circinée unique, la griséofulvine (20 mg/kg/j) pendant 2 semaines, associée avec un antifongique local pas trop puissant (éviter ciclopirox, kétoconazole, terbinafine) est utile dans les lésions inflammatoires.

2. L'onychomycose de l'enfant

Même si les onychomycoses à dermatophytes sont rares chez l'enfant [2-4], il faut y penser. L'onychomycose peut se présenter sous forme de leuconychies superficielles ou d'onychomycose latéro-distale avec hyperkératose sous-unguéale et onycholyse (fig. 3).

Comme chez l'adulte, elle représente l'extension à l'ongle d'une dermatophytose des pieds (espaces inter-orteils, plante) qu'il faut rechercher. L'examen mycologique est indispensable pour confirmer le diagnostic. Il n'y a pas de consensus pour le traitement des onychomycoses à dermatophyte de l'enfant (généralement "grand enfant") mais je partage la proposition d'A. Tosti et de l'équipe italienne [5]: "*Bien que la griséofulvine soit encore considérée comme le traitement de choix chez l'enfant, cela ne s'applique pas aux onychomycoses.*"



FIG. 3.

L'équipe propose comme traitement systémique: terbinafine (1 cp si poids > 40 kg; ½ cp si poids 20-40 kg; ¼ cp si poids < 20 kg), ou itraconazole, suspension buvable, 5 mg/kg/j en *pulse* 1 semaine par mois ou fluconazole, suspension buvable, 3-6 mg/kg x 1 jour par semaine. Rappelons qu'aucun de ces médicaments n'a d'AMM en France pour l'enfant.

La diminution de la zone infectée, voire l'application d'une solution filmogène doivent y être associées ainsi que le traitement de la dermatophytose du pied, les mesures de désinfection des sites de réinfection et les mesures préventives.

3. Les teignes inflammatoires ou kériions

Les teignes inflammatoires ou kériions sont provoquées primitivement par des dermatophytes zoophiles ou telluriques peu adaptés à l'Homme, et malheureusement par l'application prolongée de dermocorticoïdes prescrits par erreur pour une teigne banale microsporique ou endothrix.

Les kériions, en particulier dus à *Trichophyton mentagrophytes*, peuvent s'accompagner d'"ides", réactions allergiques locales ou à distance, stériles pour le champignon, telles qu'un érythème noueux, une éruption érythémateuse plus ou moins diffuse, dans un contexte fébrile avec des adénopathies parfois douloureuses. La prise en charge d'un kériion demeure la griséofulvine à fortes doses (plutôt 30 mg/kg/j) pour bénéficier de son effet anti-inflammatoire et thérapeutique, associée au dégagement de la zone infectée avec épilation des cheveux impliqués dans le kériion, et aux mesures habituelles à prendre dans les teignes du cuir chevelu [6].

Même si le kériion s'accompagne d'"ides", il n'y a pas de justification à l'hospitalisation et à un bilan immunitaire. La ponction d'un abcès à dermato-



FIG. 4.

phyte du cuir chevelu est licite, mais **il ne faut jamais pratiquer l'excision chirurgicale d'un kériion**. Un kériion correctement traité ne laisse pas de zone d'alopécie cicatricielle, un kériion excisé expose à une alopécie cicatricielle (fig. 4).

Les kériions dus à des dermatophytes zoophiles ou telluriques sont peu fréquents, mais les kériions consécutifs à une corticothérapie locale, parfois systémique, intempestive, sont malheureusement trop fréquents. Tout état alopecique et squameux, croûteux, pustuleux, abcédé du cuir chevelu chez un enfant, quels que soient son âge et son origine géographique, évoque en premier une teigne du cuir chevelu et impose un examen mycologique.

Les candidoses cutanées de l'enfant

Les candidoses cutanées sont presque dues exclusivement à *Candida albicans*. Cette levure est un commensal de notre tube digestif, dès notre naissance semble-t-il. Toute modification de notre flore digestive, comme par exemple l'administration d'antibiotiques, peut aboutir à une colonisation, voire une candidose ("muguet") du tube digestif (cavité buccale jusqu'à l'anus).

Cette situation est fréquente chez les enfants lors du traitement d'infections ORL et d'autant plus que l'enfant est jeune (immaturité de la barrière digestive avant l'âge de 1 an). Ainsi, une candidose unguéale par succion d'un doigt

MISES AU POINT INTERACTIVES



FIG. 5.

peut compliquer un “muguet buccal” sans immunosuppression associée. Les lésions observées sont celles d’une onychomycose à *Candida* (fig. 5). De même, une candidose anale peut s’étendre à la peau environnante responsable d’une candidose fessière favorisée par l’humidité locale entretenue par le port de couches. Les érythèmes fessiers du nouveau-né sont fréquents, mais la symptomatologie clinique permet de porter le diagnostic de candidose en présence d’un érythème vernissé suintant atteignant le fond du pli, souligné par un enduit blanchâtre, limité par une bordure finement desquamative avec présence de papulo-pustules en peau saine (fig. 6).



FIG. 6.

Néanmoins, l’association d’une onychomycose à *Candida albicans* et d’un muguet survenant de manière anormalement récidivante doit faire évoquer la possibilité d’une candidose muco-cutanée chronique. Ce syndrome hétérogène, héréditaire, est très rare, mais il peut s’accompagner d’affections endocriniennes et inflammatoires auto-immunes qui en font la gravité [7].

L’examen mycologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic de candidose cutanée en montrant la présence de pseudo-filaments à l’examen direct et *Candida albicans* en culture. Le traitement d’une candidose cutanée comprend le séchage, la suppression des facteurs locaux favorisants (humidité), une toilette avec un savon doux et des rinçages à l’eau bicarbonatée, l’application d’antifongique en crème, lait ou lotion (imidazolé, ciclopiroxolamine). Le traitement

d’une onychomycose à *Candida* d’un doigt comporte le séchage et l’application de crème ou lotion antifongiques (imidazolé, ciclopiroxolamine) localement plusieurs fois par jour et si besoin du fluconazole suspension buvable (5 mg/kg/j) *per os*. La décolonisation du tube digestif par amphotéricine B Fungizone suspension buvable et capsules est nécessaire pour éviter les récives.

Bibliographie

1. BADILLET G. Les dermatophyties de l’enfant. *Ann Pediat*, 1969; 16 : 655-665.
2. PEREZ-GONZALES M, TORRES-RODRIGUEZ JM, SEGURA S *et al*. Prevalence of tinea pedis, tinea unguium of toenails and tinea capitis in school children from Barcelona. *Rev Iberoam Micol*, 2009; 26 : 228-232.
3. DE BERKER D. Childhood nail diseases. *Dermatol Clin*, 2006; 24 : 355-363.
4. HENNEQUIN C, BODEMER C, TEILLAC D *et al*. Onychomycosis in children. *J Mycol Med*, 1996; 6 : 186-189.
5. TOSTI A, PIRACCINI BM, IORIZZO M. Management of onychomycosis in children. *Dermatol Clin*, 2003; 21 : 507-509.
6. FEUILHADE DE CHAUVIN M. les teignes du cuir chevelu en 2006. *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*, 2006; 157 (cahier 3): 14-19.
7. LILIC D. New perspectives on the immunology of chronic mucocutaneous candidiasis. *Curr Opin Infect Dis*, 2002; 15 : 143-147.

L’auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d’intérêt concernant les données publiées dans cet article.