

Skin Therapy Letter[©]

Volume 2 • Numéro 2 • Juillet 2006

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef : Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPC

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur de



nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de mono-graphies et de manuels. En plus d'être un médecin-consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 21 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

Dr Murray Awde, M.D., CCFP

CONSEILLER EN MÉDECINE FAMILIALE

Dr Murray Awde, M.D., CCFP, est professeur auxiliaire de médecine familiale à la University of Western Ontario et animateur clinique



des cours postuniversitaires de la McMaster University. Il est qualifié en Botox et en laser cosmétiques ainsi qu'en laser pour le soulagement de la douleur. Il est directeur médical du Meridian Health Group à London, Ontario (www.thelaserapproach.com).

Infections bactériennes courantes de la peau

Mark H. Lupin, B.Sc, M.D., FRCPC

Département de dermatologie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

Introduction

Les tissus internes des humains n'ont généralement pas de micro-organismes (excepté quelques virus) mais les tissus « externes », dont la peau et les intestins, ont une flore complexe. Le nombre des micro-organismes est de loin plus grand que celui des cellules humaines, avec plus de 200 espèces de bactéries ainsi que des champignons eucaryotiques et des protistes. Les virus herpétiques restent en nous à demeure et se logent dans nos nerfs ; le papillomavirus humain reste aussi en nous pour la vie et loge dans les cellules de notre peau. En général, la relation est commensale et mutualiste ; cependant, quand l'intégrité de notre peau est rompue ou que notre système immunitaire est compromis, il peut en résulter des infections.

Classification

	Lésions discrètes	Lésions diffuses
Infections superficielles	Impétigo Folliculite	Érysipèle
Infections profondes	Ecthyma Furoncles Anthrax (groupe des folliculites) Absès	Cellulite Cellulite gangreneuse (fasciite nécrosante)*

Ces infections peuvent se superposer chez un même individu.

*Bien que rare, nous nommons la fasciite nécrosante (ou cellulite gangreneuse), par souci d'exhaustivité.

Les pathogènes les plus courants

	Impétigo/Ecthyma		Folliculite/ Absès	Érysipèle /Cellulite	
	Non bulleux	Bulleux		Visage	Membres
<i>Staphylococcus aureus</i> (<i>Staphylocoque doré</i>)	+	+	+	+	+
<i>Streptococcus pyogenes</i>	+				+

Impétigo et ecthyma

- Croûte jaunâtre typique avec vésicules érythémateuses, papules, pustules et érosion ; se retrouve essentiellement autour du nez et sur le visage.
- Les enfants souffrant d'eczéma constitutionnel sont les plus susceptibles.
- Non bulleux : habituellement provoqué par *S. pyogenes* +/- *S. aureus* ; bulleux : habituellement provoqué par *S. aureus*.
- L'ecthyma est une variété d'impétigo plus profond apparaissant chez les patients souffrant de malnutrition et/ou de manque d'hygiène. Les vésicules et les bulles se

transforment en ulcères profonds recouverts de croûtes adhérentes, déshydratées et sérosanguines qui touchent souvent les jambes. La guérison laisse des cicatrices.

Traitement

- Non bulleux : acide fusinique (Fucidin® crème) trois fois par jour ou mupirocine (Bactroban® crème) trois fois par jour.
- Bulleux : cloxacilline (Cloxapen®) 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures ou céphalexine (Keflex®) 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures

Folliculite, furonculose, anthrax (groupe des folliculites)

- Un spectre d'infections qui touchent les follicules pileux (poils et cheveux)
- Caractérisées par des papules et des pustules érythémateuses d'un poil
- Souvent asymptomatiques et peu prurigineuses
- La folliculite des baignoires, moins courante, causée par *Pseudomonas aeruginosa*, disparaît généralement spontanément et se retrouve également distribuée sur le tronc, les fesses et les cuisses
- La furonculose est une infection plus profonde du follicule

pileux se manifestant par des nodules érythémateux et douloureux et un drainage suppuré

- Les furoncles anthracoides sont constitués par une agglomération de furoncles avec nodules inflammatoires, purulents, mobiles, douloureux et plus grands

Traitement

- On recommande l'acide fusidique, trois fois par jour, pour la folliculite bactérienne et le panaris superficiel périunguéal
- Cloxacilline 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures ; ou céphalexine 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures

Abcès

- Nodule kystique mobile ; peut avoir une pustule en pointe
- Peut être sensible et endolori
- Le staphylocoque doré est habituellement le coupable
- Incision et drainage sont très importants ainsi que la prise de cultures
- Ajouter un antibiotique systémique en cas de cellulite sur plus de 5 cm, d'abcès difficile à drainer situé sur le visage, ou en présence de symptômes systémiques (fièvre et frissons)

Traitement

- L'acide fusidique, trois fois par jour, est indiqué et peut être employé seul pour les lésions plus petites ou, la plupart du temps, en association
- Cloxacilline 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures ou céphalexine 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures

Érysipèle et cellulite

- L'érysipèle est une infection superficielle qui survient de préférence chez les jeunes enfants et les vieillards
- Parmi les facteurs prédisposants, on constate l'insuffisance veineuse, l'alcoolisme, le diabète sucré et les traumatismes
- L'érysipèle est caractérisé par un placard extensif douloureux, rouge et oedématié, limité par un bourrelet périphérique saillant, le plus souvent sur les jambes ou le visage
- La cellulite est un processus plus profond touchant l'hypoderme

Traitement

- Visage : Vancomycine (Vancocin®) 1 g, intraveineux, toutes les 12 heures
- Membres – maladie légère

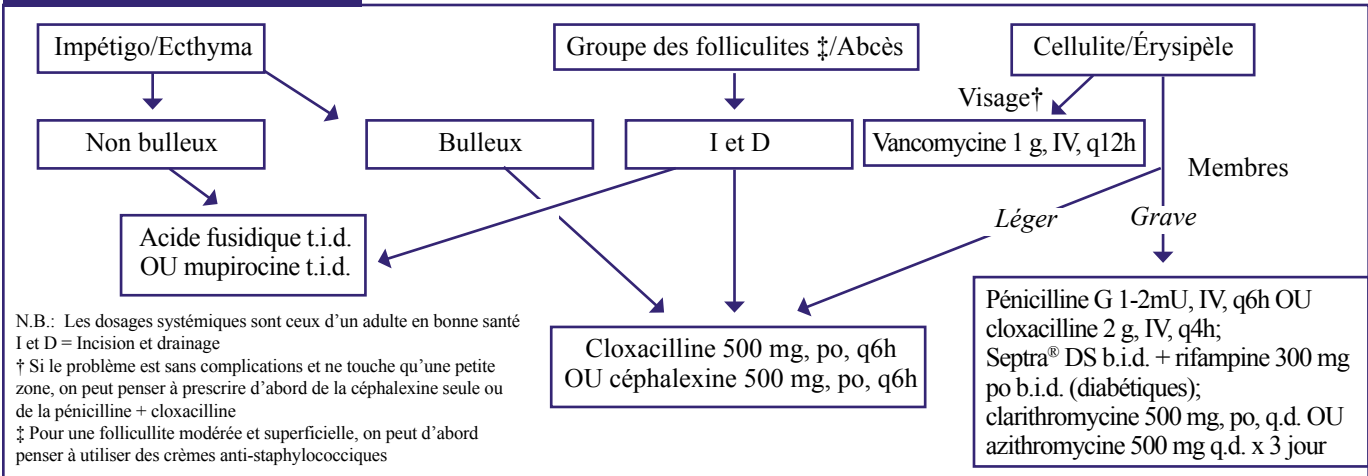
- Cloxacilline 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures OU céphalexine 500 mg, par voie orale, toutes les 6 heures

- Membres – maladie grave
 - Pénicilline G 1 à 2 millions d'unités, intraveineux, toutes les 6 heures OU cloxacilline 2 g, intraveineux, toutes les 4 heures
 - Triméthoprime/sulfaméthoxazole (Septra® DS) 2 fois par jour + rifampine 300 mg, par voie orale, 2 fois par jour (pour les diabétiques) OU
 - Clarithromycine (Biaxin XL®) 500 mg, par voie orale, quotidiennement, OU azithromycine (Zithromax®) 500 mg, quotidiennement pendant 3 jours

Soins personnels

- On peut utiliser des nettoyants antibactériens 2 à 3 fois par jour tels que le triclosan (Trisan®, Tersaseptic®) et le gluconate de chlorhexidine (Hibitane®)
- Faire des compresses chaudes pendant 15 à 20 minutes, 3 à 4 fois par jour
- Pour les furoncles plus gros, l'anthrax et le traitement de fond des abcès, il est important d'avoir recours à l'incision et le drainage

Algorithme de traitement



La résistance bactérienne

- Suite à une résistance bactérienne accrue aux médicaments en général, il faut toujours faire des cultures et des épreuves de sensibilité aux médicaments
- On a relevé au Canada et aux États-Unis, une augmentation marquée du staphylocoque doré résistant à la méticilline, sa prévalence en 2005 ayant augmenté de 5 fois par rapport à 2003
- Cette année, en Colombie-Britannique, on a noté une augmentation spectaculaire des infections extra-hospitalières au staphylocoque doré résistant à la méticilline (SAMR)
- Lors d'un congrès récent de l'Association canadienne de la microbiologie clinique et des maladies infectieuses, il a été rapporté que la surveillance démontre que la sensibilité au SAMR est restée élevée (96 %) à l'acide fusidique topique
- Le Centre for Disease Control a recommandé que le SAMR soit une maladie à déclaration obligatoire
- Le SAMR extra-hospitalier est habituellement résistant in vitro aux bêta-lactamines (pénicilline et céphalosporines) ainsi qu'aux macrolides/azalides (érythromycine, clarithromycine, azithromycine)
- Le SAMR extra-hospitalier tend à être sensible aux sulfamides (triméthoprim et sulfaméthoxazole), aux tétracyclines (par exemple, doxycycline (Doryx®), minocycline (Minocin®) et clindamycine (Cleocin®), bien qu'une résistance puisse survenir
- Le SAMR hospitalier (acquis en milieu hospitalier) est habituellement résistant in vitro à de multiples classes d'antibiotiques

Précautions à prendre pour minimiser la résistance bactérienne

- Se laver les mains pendant 10 à 15 secondes avec un bon nettoyant antibactérien
- La polyvidone iodée est un bon désinfectant
- Bien faire comprendre aux patients l'importance de suivre la thérapie prescrite au complet
- Désinfecter régulièrement tous les meubles du bureau et les instruments, sans oublier les stéthoscopes
- Faire une culture pour toute infection de peau, si possible
- L'incision et le drainage seuls, avec des compresses chaudes, peuvent être suffisants pour les abcès sans complications (*vide supra*)
- Éviter l'usage routinier de produits d'hygiène antibactériens (savons, dentifrices, etc.)
- Le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques www.ccar-ccra.com est une bonne référence pour une information à jour sur les modalités de la résistance
- Certains antibiotiques font l'objet de programmes canadiens en cours sur la sensibilité afin de surveiller et confirmer la continuité de leur efficacité contre des pathogènes bactériens pertinents

Conseils éclairés

- Le microbisme latent du nez avec *Staphylococcus aureus* est de 20 à 30 % ; il est donc important de traiter le nez si l'on a affaire à des infections à répétition ou s'il y a une flambée dans la famille proche. La mupirocine en crème, autant que nécessaire, pendant 6 semaines, est utile. Si nécessaire, ajouter la rifampine. On ne conseille pas un traitement de routine pour le nez.
- La folliculite a un diagnostic différentiel de l'acné, de la folliculite par agent irritant, de la folliculite pityrosporum et de la folliculite à *Candida*.
- Le panaris superficiel périunguéal est une inflammation du pourtour de l'ongle et est couramment causé par *S. aureus* et parfois par *Candida albicans* ; il faut penser à utiliser un corticostéroïde topique avec une antibiothérapie.
- La mycose tinea pedis traitée de manière inappropriée avec des crèmes de corticostéroïdes peut passer pour une folliculite causée par une infection dermatophyte. Faire un prélèvement cutané par grattage et arracher des poils pour un colorant et une culture fongiques.
- Avant de prescrire une antibiothérapie quelconque, il est impératif d'établir l'histoire médicale complète ainsi que l'histoire familiale des allergies.
- Pour la cellulite des jambes, exclure et traiter le pied d'athlète qui est une porte d'entrée courante.

Conclusion

La reconnaissance et le traitement adéquat de ces infections courantes de la peau, bien que parfois difficiles, sont très enrichissants pour le médecin et son patient. Savoir choisir la bonne thérapie dès le début, devrait aider à minimiser les complications, réduire le nombre d'hospitalisations et peut aussi aider à réduire l'escalade de la résistance bactérienne.

Les infections cutanées dues à *Malassezia*

D. R. Thomas, M.D., FRCPC

Département de dermatologie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique,
Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

L'organisme

Les *Malassezia* sont des levures lipophiles, commensaux normaux à la surface de la peau, nommées d'après le microbiologiste français Louis Charles Malassez (1842-1909). Il existe 7 espèces de ces levures, appelées auparavant *Pityrosporum*. Elles forment en général des colonies dans la peau vers la fin de l'enfance et à l'âge adulte mais on peut les trouver chez quelques nouveaux-nés. Les affections décrites dans cet article sont causées, soit par l'agent *Malassezia* lui-même, soit par un genre de réaction immunologique ou toxique à cet organisme.

Les *Malassezia* peuvent causer:

- Les pellicules
- La dermatite séborrhéique des adultes
- Le pityriasis versicolor
- La folliculite à *Pityrosporum (Malassezia)*

Les recommandations pour établir un traitement s'appuient sur l'évidence médicale, l'expérience du médecin et les préférences du patient.

Les pellicules

Qu'est-ce?

- Aussi désignées sous le nom de pityriasis capitis simplex. Elles sont causées par *M.globosa* qui, par son action sur le sébum, produit de l'acide oléique qui est un irritant de la peau.
- Les pellicules consistent en la forme la plus légère de dermatite séborrhéique. Ces squames blanches sont très courantes sur le cuir chevelu mais elles n'entraînent pas de réaction inflammatoire comme c'est le cas dans une véritable dermatite séborrhéique.

Traitement

- Les shampoings actifs contre les levures *Malassezia* suffisent généralement pour régler ce problème. Ces shampoings peuvent être antifongiques, kératolytiques (acide salicylique) ou cytostatiques (goudron). On peut les employer quotidiennement, puis réduire la fréquence selon le besoin, soit 1 à 3 fois par

semaine.

- o Shampoings anti-levures
 - Spécialités pharmaceutiques grand public
 - Pyrithione de zinc (Head and Shoulders®)
 - Les shampoings au pyrithione de zinc sont récents et visent à ce que la molécule thérapeutique soit formulée pour avoir la taille, la forme et l'adhérence nécessaires pour une meilleure biodisponibilité et donc une plus grande efficacité. On produit maintenant des shampoings qui ont l'apparence de cosmétiques chics et qui sont bien acceptés par les consommateurs.
 - Sulfure de sélénium (Selsun®) à forte activité antifongique
 - Kétoconazole (Nizoral®)
 - Prescription
 - Shampoing de ciclopirox (Loprox®)

Dermatite séborrhéique

Qu'est-ce?

- Un rash récurrent chronique et courant (taux de prévalence de 5 %) chez les adultes
- Des lésions érythémateuses bien délimitées qui ne traversent pas la lisière des cheveux du cuir chevelu
- Accompagné d'un squame d'aspect gras
- Situé sur le cuir chevelu, les sourcils internes, à l'intérieur et autour des oreilles, au centre de la poitrine et dans le haut du dos. Se retrouve également dans les plis de flexion; mais est rarement généralisé
- On observe des formes plus étendues et plus inflammatoires chez un patient atteint du SIDA

Facteurs de risque

- Désordres neurologiques : par exemple, période après un accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson
- VIH-SIDA
- Médicaments antipsychotiques

Diagnostic différentiel

Cuir chevelu

Psoriasis du cuir chevelu

- Lésions bien délimitées qui peuvent dépasser la lisière des cheveux. Le squame est plus argenté que le squame gras

brun-jaunâtre de la dermatite séborrhéique. Il peut se retrouver dans d'autres zones du corps. Parfois, il est impossible de faire la différence.

Teigne tondante microsporique

- Se retrouve habituellement chez les enfants. Son aspect varie d'une desquamation légère à des plaques oedématisées.

Dermatite atopique

- Peut être aggravée sur le visage, le cou et le haut de la poitrine par la levure *Malassezia*.

Visage

Rosacée du visage

- Au centre du visage, il y a papules et pustules. Il y a toujours une rougeur. Les squames nasolabiaux et paranasaux sont habituellement absents, mais la blépharite se retrouve dans les deux conditions qui assez fréquemment co-existent. Le lupus aigu disséminé ne présente pas de papules ni de pustules.

Dermatite séborrhéique intertrigineuse

- Érythrasma, intertrigo, psoriasis

Traitement

Le choix de la thérapie pour cette affection chronique dépendra de l'efficacité, de la facilité d'emploi et de l'acceptation cosmétique des produits. Le visage, le cuir chevelu et le thorax sont les zones

Dermatique séborrhéique (suite)

les plus fréquemment touchées.

Thérapie qui s'appuie sur l'évidence

1. Kétoconazole oral et topique ainsi que hydrocortisone sont les traitements de choix
2. Pommade de succinate de lithium (Efalith®), 15 % de propylène glycol dans de l'eau
3. Shampoings avec périthione de zinc

Suggestions de thérapies

1. Chercher à maîtriser la dermatite du visage avec une crème de kétoconazole topique. On peut ajouter une crème d'hydrocortisone à 1 %.
2. Médicaments en vente libre: On peut utiliser des shampoings anti-levures tels que ceux qui comportent du pyrithione de zinc (Zinc Ornadine®), sous la douche en mettre premièrement sur

le cuir chevelu puis faire pénétrer la mousse sur le visage et le thorax si nécessaire. Laisser en place 30 à 60 secondes avant de rincer. Si cela n'est pas efficace, se tourner vers d'autres shampoings anti-levures. En général, les patients préfèrent traiter ce problème sous la douche plutôt que d'avoir à appliquer des crèmes.

3. Si le cuir chevelu ne réagit pas à l'usage de lotions de stéroïdes topiques, on peut utiliser des gels et des shampoings tels que : lotions de valérate de bétaméthosone (par exemple Betnovate®); gels de fluocinonide; shampoing de clobétasone.
4. L'usage à titre expérimental dans une indication non-autorisée, des immunorégulateurs comme la crème de pimécrolimus (Elidel®) a permis la maîtrise de la dermatite séborrhéique du visage lorsque celle-ci ne répond à aucune autre thérapie. La pommade de tacrolimus (Protopic®) semble également aider.

Le pityriasis versicolor

Qu'est-ce?

- Une infection qui se limite au thorax et aux membres à proximité. La levure se transforme en filaments mycéliens. Les cheveux et les ongles ne sont jamais touchés.
- Tâches de squames superficielles de couleur variable: rouges, brunes et blanches. Elles se retrouvent habituellement chez les jeunes adultes sur le thorax, le cou, le haut des bras et parfois le cuir chevelu.
- Les tâches hypopigmentées provoquées par la levure produisent de l'acide azaléique, ce qui inhibe la production de mélanine. L'hypopigmentation peut persister des mois après que la prolifération de la levure ait été maîtrisée. Parfois, l'infection disparaît spontanément.
- Le diagnostic positif se fait par l'apparition de filaments mycéliens et d'amas de spores (spaghetti et boulettes de viande) à l'examen dans du KOH, du produit de grattage des lésions.

Facteurs de risque

- Exposition au soleil
- Grossesse
- Transpiration
- Syndrome de Cushing
- Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette infection n'est pas plus courante lors du VIH/SIDA

Diagnostic différentiel

On voit couramment du vitiligo sur le visage, les mains et les organes génitaux. Il n'y a pas de squames. La dépigmentation est plus complète. L'hyperpigmentation est fréquente à la limite des lésions qui souvent sont de grandeur variée. La dépigmentation des poils peut survenir.

- Penser aussi à tinea corporis et une hypopigmentation post-inflammatoire.

Traitement

- Les tâches érythémateuses et brunes répondent rapidement à une thérapie.
- Les lésions hypopigmentées sont lentes à répondre et persistent longtemps après que l'infection à levure ait disparu.

Il peut être nécessaire de s'exposer au soleil pour stimuler la repigmentation.

- Le taux de rechute est élevé particulièrement chez ceux qui font de l'exercice et qui transpirent régulièrement et il faut souvent un traitement d'entretien, surtout pendant les mois d'été.

Thérapie qui s'appuie sur l'évidence

1. Crèmes antifongiques topiques. Kétoconazole, clotrimazole et terbinafine ont démontré leur efficacité. Le shampoing de kétoconazole est aussi efficace.
2. Itraconazole oral (200 mg par jour pendant 1 semaine), kétoconazole (400 mg en une seule dose, répétition dans 1 semaine) et fluconazole (Diflucan®) (150 mg-300 mg par semaine pendant 1 mois) ont démontré leur efficacité.
3. Propylène glycol à 50 % dans de l'eau, 2 fois par jour, pendant 2 semaines.
4. Shampoing de pyrithione de zinc à 1 % appliqué dans la douche et laissé en place pendant 5 minutes.
5. Sulfure de sélénium en lotion à 2,5 % quotidiennement laissé en place pendant 10 minutes, pendant 1 semaine.
6. Le miel, l'huile d'olive et la cire d'abeille à parts égales utilisés trois fois par jour ont démontré leur efficacité.

Suggestions de thérapies

- On peut offrir aux patients le choix entre une thérapie orale ou topique. Les zones touchées étant grandes, l'application de crèmes antifongiques est difficile et coûteuse.
- La plupart des cas guérissent avec des shampoings achetés en vente libre comme ceux avec pyrithione de zinc, appliqués dans la douche et laissés en place quelques minutes avant d'être rincés.
- Les shampoings de sulfure de sélénium peuvent être irritants.
- Les individus affectés de taches de grandes dimensions et qui sont réfractaires peuvent opter pour un traitement systémique. Il faut noter que la terbinafine orale est inefficace pour cette infection. Un court traitement avec du kétoconazole ou du fluconazole aux dosages indiqués plus haut, peut être instauré. Le kétoconazole oral peut être hépatotoxique mais dans un traitement si court, cela ne devrait pas poser de problème.

Folliculite pitysporum (Malassezia)

Possibilités de trios scénarios

- Le dos et le haut du thorax peuvent être recouverts de papules et pustules qui démangent
- Elle peut être accompagnée d'une dermatite séborrhéique sur le haut du tronc
- Pustules multiples sur le visage et le tronc des individus VIH positifs

Traitement

- Traiter le problème de fond
- Les crèmes anti-levures topiques sont recommandées
- Si insensible aux antifongiques oraux, traiter comme pour la pityriasis versicolor

Les rashes squameux aux pieds, pourraient-ils être fongiques ?

R. Vender, M.D., FRCPC

Faculté de médecine, Université Mc Master, Hamilton, Ontario, Canada

Cet article traite du diagnostic et de la thérapeutique d'éruptions courantes des pieds. Ces éruptions comportent :

Zone du pied	Affection	Quelques examens de laboratoire utiles :
Plantes	<ul style="list-style-type: none"> • Pied d'athlète • Dysidrose (pompholyx) • Psoriasis • Dermatose plantaire juvénile 	
Espaces interdigitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Pied d'athlète • Dysidrose 	
Faces dorsales	<ul style="list-style-type: none"> • Eczéma de contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Montage des squames dans une solution de KOH (hydroxyde de potassium) pour identifier les filaments mycéliens sur la peau et les ongles - À l'aide d'un bistouri à petite lame courbe no 15, procéder au grattage périphérique des squames qu'on dépose sur du papier noir fourni par un laboratoire d'analyses médicales en vue de leur transport. • Prélèvement de culture bactériologique • Épidermotest

Dermatophytie des pieds et des ongles (pied d'athlète)

- Un des problèmes dermatologiques le plus courant
- Plus fréquente chez les hommes
- Touche presque toujours les espaces interdigitaux latéraux
- La plante des pieds est affectée et l'infection peut s'étendre aux faces dorsales de façon asymétrique
- Les ongles sont habituellement touchés, suite à une infection de la peau, ou vice versa
- Une fissure dans la peau peut être une voie d'entrée pour une infection bactérienne qui produira une cellulite secondaire
- Souvent asymptomatique mais peut produire une démangeaison
- Les pieds peuvent sentir mauvais
- Douleuruse s'il y a fissure

Examens de laboratoire

- L'examen des squames de la peau, des débris sous-unguéraux ou des coupures d'ongles dans une préparation de KOH confirme le diagnostic.
- La culture fongique détermine la variété exacte de champignons. Vérifier les squames sèches ou le pourtour surélevé de la lésion. La culture peut être négative s'il y a beaucoup d'inflammation.

Sous-types cliniques

- Les espaces interdigitaux sont blanchâtres et macérés et peuvent être fortement colonisés par des bactéries.
- Type sec. Les squames peuvent envahir le fond des espaces interdigitaux ou toute la plante du pied qui devient blanchâtre (type mocassin).
- Vésication aiguë. Souvent accompagnée de petites vésiculopustules sur le coup de pied.
- La peau est blanchâtre, macérée et fissurée.
- Les ongles peuvent être atteints et devenir un réservoir d'une réinfection.

Traitement

- Mesures générales :
 - changer de souliers en vue de réduire la chaleur et la transpiration
 - porter des chaussettes en coton ou absorbantes
- Avec n'importe quelle infection des pieds, les rechutes sont courantes. Il faut donc penser à un traitement d'entretien intermittent avec des antifongiques topiques, une fois la guérison obtenue. Les poudres antifongiques ne sont que des agents prophylactiques.

Thérapie topique pour le pied d'athlète

Zone du pied	Thérapie topique
Espaces inter-orteils	<ul style="list-style-type: none"> • Le ciclopirox (Loprox®) et la crème terbinafine (Lamisil®) ont démontré une grande efficacité. • Le clotrimazole a également démontré une efficacité mais il est lent d'action. • Le ciclopirox peut être doublé d'une action antibactérienne.
Infection de type sec	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie topique comme ci-dessus. • Thérapie antifongique orale si la thérapie topique est inefficace. • Auparavant, confirmer le diagnostic avec la préparation de KOH et la culture fongique. • Surveiller les tests sanguins appropriés.
Type aigu	<ul style="list-style-type: none"> • Il est nécessaire de faire des compresses d'eau. Utiliser de l'eau du robinet ou de l'eau vinaigrée (30 g de vinaigre blanc dans 2 tasses d'eau) pendant 20 minutes quatre fois par jour dans le but d'assécher les vésicules. Cela peut prendre plusieurs jours. • Après les compresses, appliquer des antifongiques topiques. • Des antifongiques oraux sont souvent nécessaires. • Auparavant, confirmer le diagnostic avec la préparation de KOH et la culture fongique. • Surveiller les tests sanguins appropriés.
Atteinte des ongles	<ul style="list-style-type: none"> • Une infection précoce ou légère des ongles peut être traitée avec le vernis à ongles Penlac® (solution topique de ciclopirox 8 %), à appliquer une fois par jour pendant 48 semaines. Faire faire l'élimination des parties libres de l'ongle infecté par un professionnel de la santé. • On peut ajouter une thérapie systémique en cas d'infection plus grave.

Thérapie orale

Pied d'athlète (tinea pedis)

- Terbinafine, 250 mg par jour pendant 2 semaines
- Des études ont suggéré de prendre 400 mg d'itraconazole par jour pendant 1 semaine ou 100 à 200 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.
- Des études de comparaison entre la terbinafine et l'itraconazole (Sporanox®) à la dose de 100 mg, ont démontré que la terbinafine est beaucoup plus efficace. Cependant, on sait maintenant que l'itraconazole doit être donné à plus forte dose.
- Auparavant, confirmer le diagnostic avec la préparation de KOH et la culture fongique.
- Surveiller les tests sanguins appropriés.

Ongles

- Pour les infections plus légères, une solution topique de ciclopirox

à 8 % sous forme de vernis à ongles est efficace. Il y a guérisons mycologiques dans environ 52 % des cas. L'ajout du vernis à ongles avec ciclopirox à 8 % à la terbinafine augmente de façon significative les taux de guérison.

- On croit que le traitement de choix est la terbinafine à la dose de 250 mg par jour pendant 3 mois. On peut aussi et avec presque autant d'efficacité, utiliser ce médicament 1 semaine par mois sur une période de 3 ou 4 mois, ceci réduisant les coûts et les inquiétudes quant aux effets indésirables.
- Avant de commencer le traitement, confirmer le diagnostic par des examens de laboratoire: préparation de KOH et culture fongique. Surveiller les tests sanguins appropriés.

Dysidrose (Pompholyx)

- Une éruption récurrente qui touche les mains et les pieds principalement chez les jeunes adultes
- Accompagnée d'atopie, d'hyperhidrose, de stress et d'eczéma de contact
- Aiguë
- Démangeaisons intenses
- Petites vésicules qui peuvent devenir multiloculaires sous la plante des pieds et aux orteils
- Moins fréquente dans les espaces inter-orteils
- En présence de pustules, faire un prélèvement et rechercher s'il y a infection bactérienne staphylococcique
- L'éruption peut s'installer et s'accompagner d'un rash chronique avec fissures squameuses sèches

Traitement

Aiguë

- Faire des compresses sur les vésicules avec de l'eau salée ou de l'acétate d'aluminium à 10 % pendant 20 minutes 4 fois par jour.

Les grosses vésicules peuvent être drainées.

- Après les compresses, utiliser des crèmes de stéroïdes topiques de puissance moyenne à forte.
- Des études démontrent que l'on peut ajouter avec de bons résultats des immunorégulateurs comme le pimécrolimus (Elidel®) et le tacrolimus (Protopic®).
- Utiliser des antibiotiques oraux, s'il y a soupçon d'une infection bactérienne au staphylocoque ou au streptocoque.
- Des antihistaminiques oraux sont utiles dans les démangeaisons (sédation).
- Dans les cas graves, l'utilisation de la prednisone orale (Deltasone®) pour environ 2 semaines peut être nécessaire.

Chronique

- Plutôt qu'une crème, utiliser une pommade de stéroïdes topiques de puissance moyenne à forte.
- On a rapporté l'usage intermittent de corticostéroïdes topiques les week-ends seulement, et d'immunorégulateurs, les jours de semaine.

Dermatose plantaire juvénile

- Présente chez les enfants jusqu'à 15 ans
- Un érythème prurigineux sensible sur la partie antérieure du pied et les orteils qui supportent le poids du corps
- Non squameux mais parfois avec fissures
- Pas de vésicules visibles
- Aggravée par la sudation et une conséquence possible du port des chaussures de sport (sneakers) qui font tour à tour transpirer et assécher les pieds
- Éliminer une mycose par l'épreuve avec KOH
- 10 % des dermatoses sont positives au test épicutané

Traitement

- Éviter le port de chaussures fermées ; porter des chaussettes de coton ou absorbantes
- Pommades aux stéroïdes topiques faibles, deux fois par jour
- Des émollients comme la vaseline blanche peuvent être utiles
- Les onguents imperméables comme la pâte de zinc peuvent être utiles dans certains cas
- Les onguents avec goudron sont utiles (par exemple 10 % LCD dans du pétrole hydrophile)

Psoriasis pustuleux des paumes des mains et de la plante des pieds

- Pustules stériles d'un jaune crémeux sur une base d'érythème
- Les lésions sont à des stades différents et les pustules vieillissent en tournant au brun et en devenant squameuses
- 30 % des patients souffrent de psoriasis ailleurs sur le corps
- Des vésico-pustules sur la plante des pieds des enfants doivent faire penser à la gale

Traitement

- Les cas légers peuvent être traités avec des stéroïdes topiques de puissance modérée à forte.
- Risque d'atrophie à long terme. Certains répondent au calcipotriol associé à un corticostéroïde (Dovobet®).
- Pour certains, des UVB/PUVA topiques sont utiles.
- Pour les cas résistants, considérer l'acitrétine (Soriatane®) ou le méthotrexate (Trexall®).

Eczéma de contact

- Alors que l'agent irritant d'une dermatite peut être visible, un contact allergique pose un plus grave problème
- Un eczéma médicamenteux avec démangeaisons sur la face dorsale du pied laisse entrevoir la possibilité d'un eczéma de contact aux souliers
- Le rash peut être bien délimité au point de contact, par exemple, la languette. Le problème est aggravé par des conditions qui

augmentent l'humidité, et lors des mois d'été

Traitement

- Identifier et éviter l'allergène
- L'épidermotest est obligatoire en cas de doute
- Les corticostéroïdes topiques sont le traitement de choix, mais ils seront inefficaces s'il n'y a pas élimination de l'allergène

ABONNEMENT GRATUIT

Skin Therapy Letter[®]

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef : Dr Stuart Maddin

Visitez le www.SkinTherapyLetter.ca et abonnez-vous gratuitement!

Lisez en ligne cette nouvelle publication de dermatologie pour les médecins de famille :

- Contenu vérifié par des médecins
- Conseils pour l'éducation du patient
- Information sur les traitements actuels

Pour plus d'information, les professionnels de la médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à www.skincareguide.ca ou visiter directement :

Sites pour les patients :

AcneGuide.ca	EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	PsoriasisGuide.ca
Lice.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca	RosaceaGuide.ca	Sweating.ca
SkinCancerGuide.ca	HerpesGuide.ca	MildCleanser.ca	BotoxFacts.ca
ColdSores.ca	UnwantedFacialHair.ca	DermatologyCare.ca	MohsSurgery.ca

Sites pour les professionnels en médecine :

SkinTherapyLetter.ca	SkinPharmacies.ca	Dermatologists.ca
--	--	--

Faites-nous part de vos opinions !

Veillez nous faire parvenir commentaires et suggestions de thèmes à développer à l'adresse suivante : skinthrapyletter@skincareguide.com

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2006 :

<i>LEO Pharma Inc.</i>	<i>Procter & Gamble, Inc.</i>
<i>Allergan, Inc.</i>	<i>Hoffmann-La Roche Ltd.</i>
<i>Galderma Canada Inc.</i>	<i>Stiefel Canada</i>
<i>Berlex Canada Inc.</i>	<i>Barrier Therapeutics</i>
<i>GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada</i>	<i>Dermik, le département de dermatologie de sanofi-aventis Canada Inc.</i>