

# Les onychomycoses : comment mettre le doigt dessus?

## Le diagnostic et le traitement



Par Catherine C. McCuaig, M.D., FRCPC,  
et Valérie Lemaine

### Dans cet article

- Les causes des onychomycoses
- Les types d'affections
- Le diagnostic différentiel
- Les traitements

### Le cas de monsieur Rubrum

Vous avez diagnostiqué une onychomycose du premier orteil du pied gauche de monsieur Rubrum, âgé de 72 ans. Malgré 12 semaines de traitement antifongique systémique, vous ne notez aucune amélioration de son ongle, qui demeure friable et épaissi. Que faites-vous pour l'aider? (Voir la discussion à la page 112.)

Pour l'omnipraticien, les infections de l'ongle chez l'adulte constituent des motifs fréquents de consultation. On estime qu'environ 50 % des personnes âgées de plus de 70 ans en sont atteintes. Les onychomycoses regroupent l'ensemble des infections de l'ongle, causées le plus souvent par les dermatophytes, mais aussi par les levures et les non-dermatophytes. Le *tinea unguium* réfère uniquement aux onychomycoses causées par les dermatophytes.

Ces infections peuvent toucher un ou plusieurs ongles des doigts ou des orteils, mais affectent rarement tous les ongles à la fois.

### Quelles sont les causes?

Les dermatophytes les plus souvent en cause dans le *tinea unguium* sont le *Trichophyton rubrum*, le *Trichophyton mentagrophytes variante interdigitale*,



La **Dre McCuaig** est dermatologiste pédiatre, Hôpital Sainte-Justine et professeur adjoint de clinique, Université de Montréal.



**Mme Lemaine** est étudiante en quatrième année de médecine, Université de Montréal.

# Les onychomycoses

## En bref :

### Les onychomycoses

Le principal facteur de risque d'onychomycose des orteils est le port de chaussures occlusives.

Les onychomycoses peuvent être classifiées cliniquement en quatre types :

1. L'onychomycose distale sous-unguéale
2. L'onychomycose blanche superficielle
3. L'onychomycose sous-unguéale proximale
4. L'onychomycose à *Candida*

et l'*Epidermophyton floccosum*. L'origine est souvent un *tinea pedis* qui peut affecter seulement un pied ou les deux.

Parmi les *fungi* non-dermatophytiques associés aux onychomycoses, on retrouve par exemple l'*Aspergillus niger*. Du côté des levures, on isole fréquemment le *Candida albicans* dans les ongles des patients atteints d'une candidiase mucocutanée chronique. De plus, des moisissures non-dermatophytiques ont fréquemment été isolées de cultures d'ongles qui semblaient cliniquement porteurs d'une onychomycose.

Le principal facteur de risque d'onychomycose des orteils est le port de chaussures occlusives.

Les onychomycoses secondaires aux dermatophytes se transmettent par contact d'une personne à l'autre, directement ou par les fomites. Certaines spores peuvent même demeurer viables et infectieuses dans l'environnement, pour une période pouvant aller jusqu'à cinq ans.

Règle générale, les diabétiques et les gens immunosupprimés courent un risque plus élevé de souffrir d'onychomycose.

## Quelles sont les manifestations cliniques?

Les onychomycoses peuvent être classifiées cliniquement en quatre types, selon leur site anatomique.

**L'onychomycose distale sous-unguéale** (figures 1 et 2) commence par une décoloration brune-jaunâtre distale de l'ongle, tel que son nom l'indique. L'infection progresse en direction proximale, le long de la face ventrale de l'ongle. On note une hyperkératose sous-unguéale, qui entraîne une séparation de l'ongle et de son lit. Cette hyperkératose constitue une réaction d'hyperprolifération de l'ongle en réponse à l'infection. À mesure que l'infection progresse, une dystrophie unguéale s'installe : l'ongle devient alors décoloré et friable.

**L'onychomycose blanche superficielle** se caractérise par un envahissement de la face dorsale de l'ongle par le pathogène. Elle n'affecte jamais les ongles des doigts. La surface de l'ongle est rugueuse et devient graduellement friable.

**L'onychomycose sous-unguéale proximale** est la forme la plus rare. Le pathogène pénètre par la portion proximale de l'ongle et migre distalement. Le premier signe de cette infection est l'apparition d'une zone blanche-brunâtre dans la partie proximale de l'ongle. Cette onychomycose est propre aux personnes immunosupprimées.

**L'onychomycose à *Candida*** se rencontre chez les patients atteints d'une candidiase mucocutanée chronique. Elle peut affecter tant les ongles des doigts que ceux des orteils. Cliniquement, les ongles ont une apparence similaire à celle observée dans les cas d'onychomycoses distales sous-unguéales. Les erreurs de diagnostic sont donc fréquentes. La surface de l'ongle devient opaque, rayée et rugueuse. On retrouve souvent une paronychie concomitante.

# Les onychomycoses



Figure 1. Ongle du gros orteil opacifié avec hyperkératose sous-unguéale.



Figure 2. Onychomycose distale.

## Comment procéder à l'évaluation?

On peut tenter de confirmer le diagnostic par un examen à l'hydroxyde de potassium d'un prélèvement d'ongle. Cette technique présente cependant un taux élevé de faux-négatifs.

La meilleure façon de documenter une onychomycose est d'effectuer la culture d'un échantillon par la méthode du grattage (figure 3) ou de couper l'ongle en étant certain d'obtenir une quantité adéquate, incluant la portion friable de l'hyperkératose sous-ungéale. Une biopsie de l'ongle envoyée en pathologie pour coloration à l'acide périodique Schiff et

**Les infections de l'ongle sont fréquentes : on estime qu'environ 50 % des personnes âgées de plus de 70 ans en sont atteintes.**

Grocott peut également être utile pour mettre les hyphes et les spores en évidence (figure 4).

## Comment faire le diagnostic différentiel?

L'onychomycose peut être confondue avec de nombreuses maladies de l'ongle. Plusieurs onychodystrophies, telles que celles rencontrées dans les cas de psoriasis, d'eczéma, d'onychogryphose, de lichen plan, de trachyonychie et, chez l'enfant, de syndromes génétiques — incluant la dysplasie ectodermique —, peuvent être impossibles à différencier cliniquement d'une onychomycose.

L'onychomycose blanche superficielle est à distinguer des leuconychies congénitales ou acquises (traumatiques, par exemple).

## Quelle est l'évolution de l'onychomycose?

Lorsque non traitée, l'onychomycose évolue vers l'envahissement de plusieurs ongles. Elle peut aussi être une source de *Tinea corporis* ou de *Tinea cruris*.

# Les onychomycoses



Figure 3. Le prélèvement pour culture est essentiel.

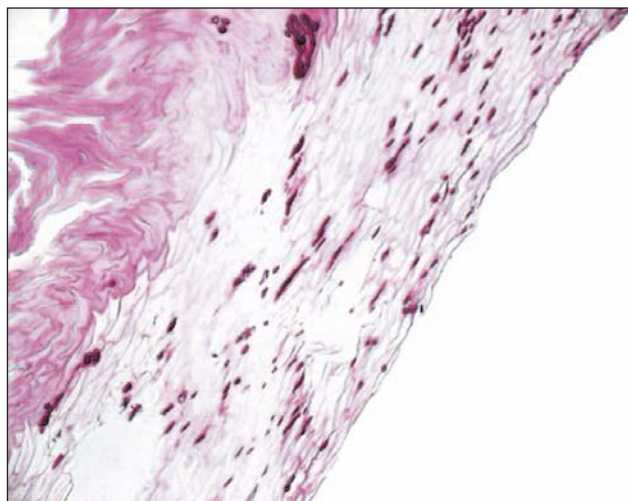


Figure 4. Histologie d'ongle révélant les spores et pseudohyphes caractéristiques d'une candidiase.

L'onychomycose distale sous-unguéale constitue de plus une porte d'entrée pour des infections bactériennes (*Staphylococcus aureus*, par exemple), pouvant mener à l'apparition de cellulite de la jambe. Cette complication survient d'ailleurs chez le tiers des diabétiques porteurs d'une onychomycose non traitée. De plus, l'onychomycose distale sous-unguéale peut aggraver de nombreux problèmes de pieds, tels que les ulcères, les cellulites, les ostéomyélites, les nécroses, pour ne nommer que ceux-là. On ne peut qu'insister sur l'importance d'un diagnostic précis au moyen d'une culture, et d'une intervention précoce, particulièrement chez les patients diabétiques.

## Quels sont les traitements?

Les agents topiques sont ici de peu d'intérêt, sauf chez le jeune enfant et dans les cas d'onychomycose blanche superficielle. Aussi, les thérapies par voie orale sont associées à des taux élevés d'échec et de récurrences. L'emploi d'antifongiques systémiques plus récents est néanmoins efficace et sûr. Il est toute-

fois important de rappeler qu'on ne peut conclure à l'échec d'un traitement tant que les ongles n'ont pas repoussé, ce qui peut prendre 6 mois pour les ongles des doigts et jusqu'à 12 mois pour ceux des orteils.

Parmi les médicaments offerts, la terbinafine est un agent fongicide très efficace contre les dermatophytes. Ce médicament s'administre par voie orale, à raison de 250 mg par jour pendant 6 semaines pour les ongles des doigts, et pendant 12 semaines pour une atteinte des ongles des orteils. Des taux thérapeutiques de terbinafine (fongicide) persistent dans l'ongle de six à neuf mois après l'arrêt du traitement, ce qui diminue les risques de récurrences et permet d'arrêter le traitement après trois mois. Ce médicament est généralement bien toléré. Pourtant, il comporte certains effets indésirables rares, notamment une hépatite, de la dysgueusie, une anémie, une leucopénie et de l'urticaire. On recommande quand même de faire une formule sanguine complète ainsi qu'un dosage des transaminases hépatiques avant d'amorcer le traitement et pendant celui-ci.

L'itraconazole et le fluconazole, des agents fongistatiques, sont des molécules à large spectre qui sont administrées en traitement continu (200 mg par voie

# Les onychomycoses

orale, une fois par jour), soit en traitement intermittent (400 mg par voie orale, une fois par jour, 1 semaine par mois). À noter : comme les triazoles sont fongistatiques, il faut maintenir le traitement tout le temps de la poussée d'ongle, soit de 6 à 12 mois. Certaines interactions médicamenteuses importantes ont été signalées avec ces agents. En effet, ces deux antifongiques ne devraient pas être prescrits aux patients traités avec la terfénadine et l'astémizole. L'itraconazole ne devrait pas être administré aux patients traités avec la simvastatine, la lovastatine, le triazolam et le cisapride. De plus, les patients prenant de la digoxine, de la cyclosporine, de la phénytoïne, de la warfarine orale et des hypoglycémifiants oraux requièrent une surveillance étroite lorsque traités avec l'itraconazole et le fluconazole. En effet, tous les antifongiques de la classe des azoles peuvent entraîner une hépatotoxicité.

Un nouvel antifongique topique devrait bientôt faire son apparition sur le marché canadien. Il s'agit du ciclopirox, un médicament vendu sous forme de laque que l'on applique directement sur l'ongle affecté. Déjà approuvé aux États-Unis, on l'emploie pour le traitement des onychomycoses légères à modérées. En dépit de son succès plutôt modeste, le ciclopirox demeure un traitement sûr et relativement peu coûteux. Il peut devenir une solution de rechange intéressante en tant que traitement adjuvant.

## Que conclure?

Les onychomycoses constituent des raisons de consultation fréquentes dans la pratique médicale générale. Les erreurs diagnostiques étant fréquentes,

## Et monsieur Rubrum?

Vous décidez de faire la culture d'un ongle de votre patient, et celle-ci s'avère négative. Les antifongiques n'étaient pas nécessaires. Un dermatologue à qui vous réferez votre patient diagnostique chez ce dernier une onychogryphose, une forme d'épaississement extrême des ongles que l'on retrouve chez les personnes âgées. Cette affection est probablement secondaire à une pression exercée sur les ongles par des chaussures trop serrées.

il est essentiel de prouver le diagnostic d'infection fongique de l'ongle au moyen d'une culture avant de commencer un traitement systémique. *Clin*

### Références

1. De Cuyper, C, Hindryckx, PH : Long-term outcomes in the treatment of toenail onychomycosis. *British Journal of Dermatology* 141(Suppl 56):15, 1999.
2. Fitzpatrick, TB, Freedberg, IM, Eisen, AZ, et coll. : *Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill Editions 5(2): 2351, 1994.
3. Fitzpatrick, TB, Johnson, RA, Wolff, K, et coll. : *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology: Common and Serious Diseases*. McGraw-Hill Editions, 1994.
4. Shapiro, LE, Shear, NH : Drug interactions: Proteins, Pumps, and P-450s. *Journal of the American Academy of Dermatology* 47(4):467, 2002.
5. Rook, A, Wilkinson, JD, Ebling, FJG : *Textbook of Dermatology*. Blackwell Science Editions. Champion, RH, Burton, JL, Burns, DA, Breathnach, SM Editors 6(2):1312.
6. Scher, RK : Onychomycosis: Therapeutic update. *Journal of the American Academy of Dermatology* 40:S21, 1999.