

Onychomycoses : dans 80 % des cas une atteinte des orteils

Le traitement doit être adapté à l'agent mycosique en cause, qui peut être une levure, un dermatophyte ou une moisissure, et à l'importance de l'atteinte.

**DR PIERRE FRANCÈS*,
BANYULS-SUR-MER (66)**

1. La prévalence des onychomycoses est en hausse. Elles concernent 6 à 9 % de la population et surviennent dans 80 % des cas aux orteils. Ces infections sont généralement retrouvées chez des patients dont l'âge est compris entre 40 et 60 ans. Elles sont en rapport avec une infection fongique de l'appareil unguéal, et secondaires à une prolifération de levures, dermatophytes ou moisissures.

2. Les facteurs favorisants sont :
– la fréquentation de lieux comme les piscines, les salles de sport ;
– l'existence de comorbidités associées : immunosuppression, diabète ;
– le terrain du patient (dyshidrose, troubles circulatoires...).

3. On distingue plusieurs formes cliniques. Les onychomycoses sous-unguéales distolatérales sont les plus fréquentes, le plus souvent dues à un dermatophyte qui se multiplie au niveau du sillon latéral et envahit progressivement le lit de l'ongle. Le développement au niveau de la tablette unguéale conduit à la formation d'une hyperkératose, et dans certains cas favorise un détachement de la tablette unguéale.

4. Les onychomycoses superficielles sont plus rares, et secondaires à la prolifération prépondérante d'une variété de dermatophytes : *Trichophyton mentagrophytes*. Le développement de cette mycose est le plus souvent d'origine traumatique. Cliniquement, il existe une modification de la consistance de la tablette unguéale, qui devient plus molle. On note la présence d'une leuconychie



PHOTO: DR PIERRE FRANCÈS

L'onychomycose des orteils est due dans 90 % des cas à des dermatophytes.

(coloration blanche de l'ongle). Il existe souvent une onycholyse (décollement de la tablette unguéale).

5. Les onychomycoses sous-unguéales proximales sont peu fréquentes, et apparaissent comme une leuconychie profonde. Le dermatophyte le plus fréquemment retrouvé est *Trichophyton rubrum*. On observe souvent l'existence d'une hyperkératose. Cette forme est retrouvée chez les patients ayant une immunosuppression.

6. Les onychomycoses dues à *Candida albicans* prédominent aux mains. Elles sont fréquemment associées à une atteinte muqueuse et cutanée, et ne se rencontrent que rarement. Cliniquement, cette forme débute par une paronychie (inflammation des tissus mous qui entourent l'ongle). La tablette devient brune, irrégulière.

7. Les onychomycoses secondaires à des moisissures apparaissent au niveau de la tablette par le biais d'une lésion de la kératine. Cliniquement, on note une

hyperkératose sous-unguéale, et un décollement de la tablette unguéale. Des atteintes interdigitales ou palmoplantaires sont possibles.

8. Le prélèvement mycologique est indispensable en raison de la symptomatologie souvent trompeuse et de la longueur du traitement, jusqu'à 12-18 mois en cas d'atteinte importante. Les ongles doivent être nettoyés au savon neutre. Il nécessite une technique rigoureuse (formation du laboratoire).

9. Devant une atteinte sous-unguéale latérodistale, les deux principaux diagnostics à évoquer sont les dystrophies unguéales mécaniques qui siègent volontiers aux orteils et résultent de traumatismes locaux répétés (marche, activités sportives) et l'onychopathie psoriasique. Il faut alors rechercher d'autres lésions évocatrices de psoriasis, mais l'atteinte unguéale peut être isolée.

10. Le traitement doit être avant tout systémique. On fera le plus souvent appel aux allylamines ; les antifongiques azolés étant réservés aux candidoses. Ce traitement doit être séquentiel ou continu. Les traitements locaux sont réservés aux mycoses débutantes ou complètent le traitement par voie orale.

RÉFÉRENCES

- Bonnetbanc JM, et al. *Rev Part Med Gen* 2011; 25(859):273-4.
- Habif TB. *Maladies cutanées. Diagnostic et traitement*. Éd. Elsevier 2008.
- Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. Éd. Masson 2009.

* Le Dr Pierre Francès déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.