



DERMATOPHYTOSES ET AUTOMEDICATION : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

Douge R (1-2), Belaouni M (1), Merhari F (1-2), El Yadari M (1-3), Er-rami M (1-4)

1-Service de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail – Meknès.

2-Université Abdelmalek Essaâdi, Faculté de Médecine et de Pharmacie – Tanger.

3-Université Mohamed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie – Rabat.

4-Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire – Fès.



INTRODUCTION :

Les dermatophytoses sont des infections fongiques superficielles cosmopolites de la peau et des phanères, causées par des champignons filamenteux microscopiques kératinophiles. La pratique de l'automédication est très courante dans ce contexte.

OBJECTIFS :

Nous rapportons deux cas de dermatophytoses extensives suite à une utilisation irrationnelle de stéroïdes dans le cadre d'une automédication, diagnostiqués au laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, afin de mettre le point sur leurs aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques.

OBSERVATION 1 :

Un homme de 23 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a présenté depuis quelques mois des lésions pustulo-inflammatoires et squameuses au niveau du cuir chevelu avec des cheveux affaiblis et facilement pelables. A l'interrogatoire le patient a rapporté la notion de contact avec les ovins et les bovins. Il a rapporté également l'application, il y a deux mois, d'un corticostéroïde topique par automédication pour une petite plaque érythémateuse et prurigineuse au niveau de la région occipitale. L'évolution a été marquée par l'extension de la lésion au visage et au dos [Fig-1]. L'examen direct des squames prélevées a objectivé la présence de filaments mycéliens. Celui des poils a montré une forme de parasitisme pilaire ecto-endothrix de type mégasporique. La culture a permis d'obtenir à j16 des colonies peu étendues, légèrement ridées, glabres, de couleur ocre avec un centre verruqueux. L'examen microscopique de la culture a montré la présence de filaments mycéliens irréguliers et toruloïdes, des arthrospores avec des chlamydospores intercalaires et terminales [Fig-2]. Tous ces éléments étaient en faveur du *Tricophyton verrucosum* var. *ochraceum*. Notre patient a reçu un traitement à base de terbinafine par voie orale et topique pendant deux mois après arrêt du corticostéroïde. L'évolution était favorable avec une régression complète des lésions.

OBSERVATION 2 :

Elle s'agit d'une patiente de 54 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, Présentant depuis 02 ans une onychomycose bilatérale des pieds, non traitée, avec apparition depuis 04 mois de lésions érythémato-squameuses au niveau du pied et de la partie distale de la jambe du membre inférieur droit, associée à une dermatophytie plantaire, suite à l'utilisation d'un corticoïde topique dans le cadre d'une automédication [Fig-3]. L'examen direct des prélèvements des ongles et de l'éruption cutanée était positif, objectivant la présence de filaments mycéliens. A j7, les cultures étaient également positives, en faveur du *Tricophyton rubrum*, dont l'examen macroscopique a montré des colonies plissées d'aspect duveteux, de couleur blanchâtre en recto et brun-jaunâtre en verso et dont l'examen microscopique a objectivé des filaments fins septés et peu ramifiés, avec quelques microconidies piriformes et disposées en acladium [Fig-4]. L'évolution était favorable après arrêt du traitement en cours et initiation d'un traitement antifongique à base de terbinafine.



Figure1 : Lésions dermatophytiques de la peau glabre et du cuir chevelu causées par *Tricophyton verrucosum*

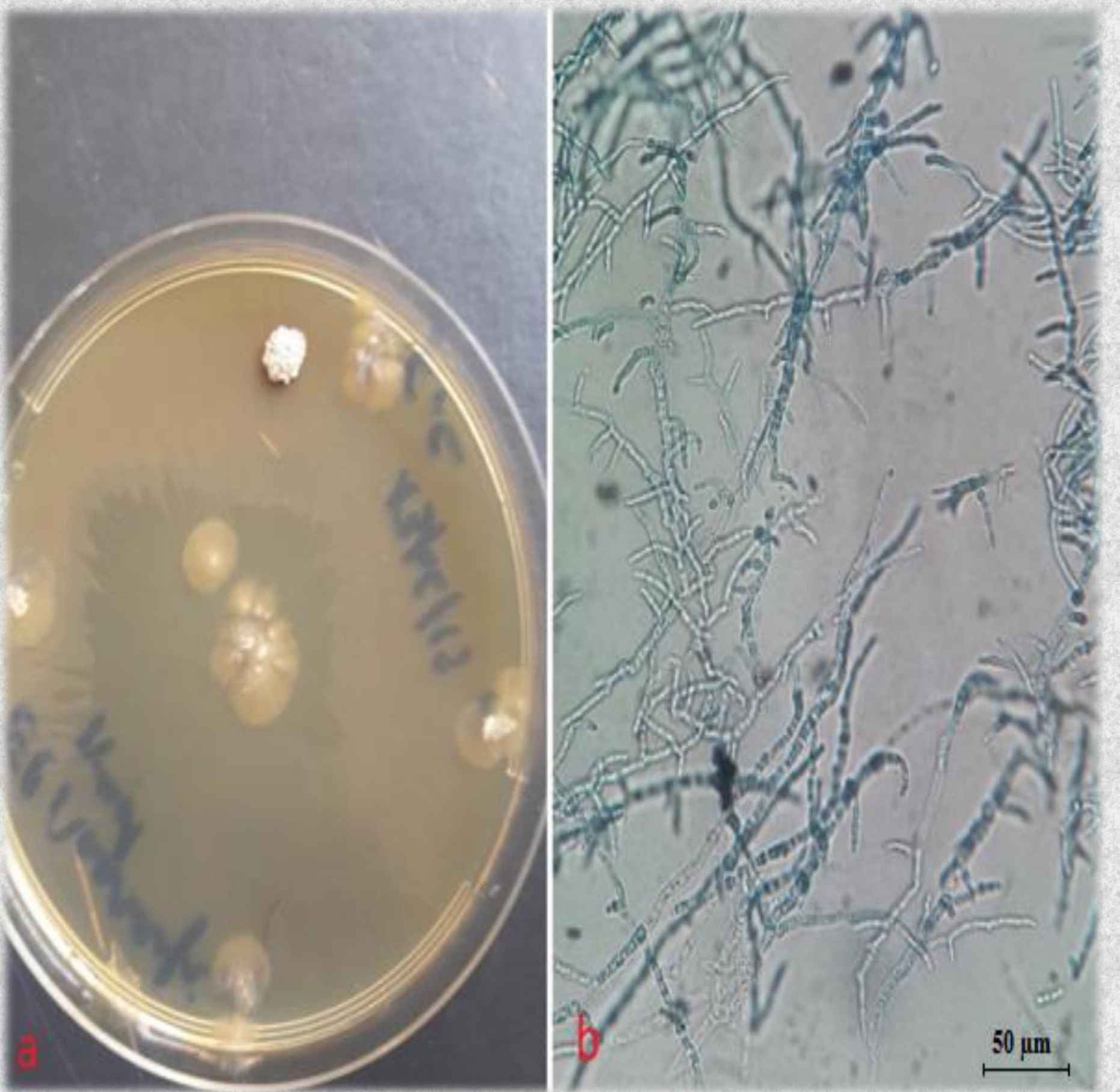


Figure2 : Aspect macroscopique et microscopique des colonies du *Tricophyton verrucosum*



Figure3 : Lésions dermatophytiques de la peau et des ongles causées par *Tricophyton rubrum*

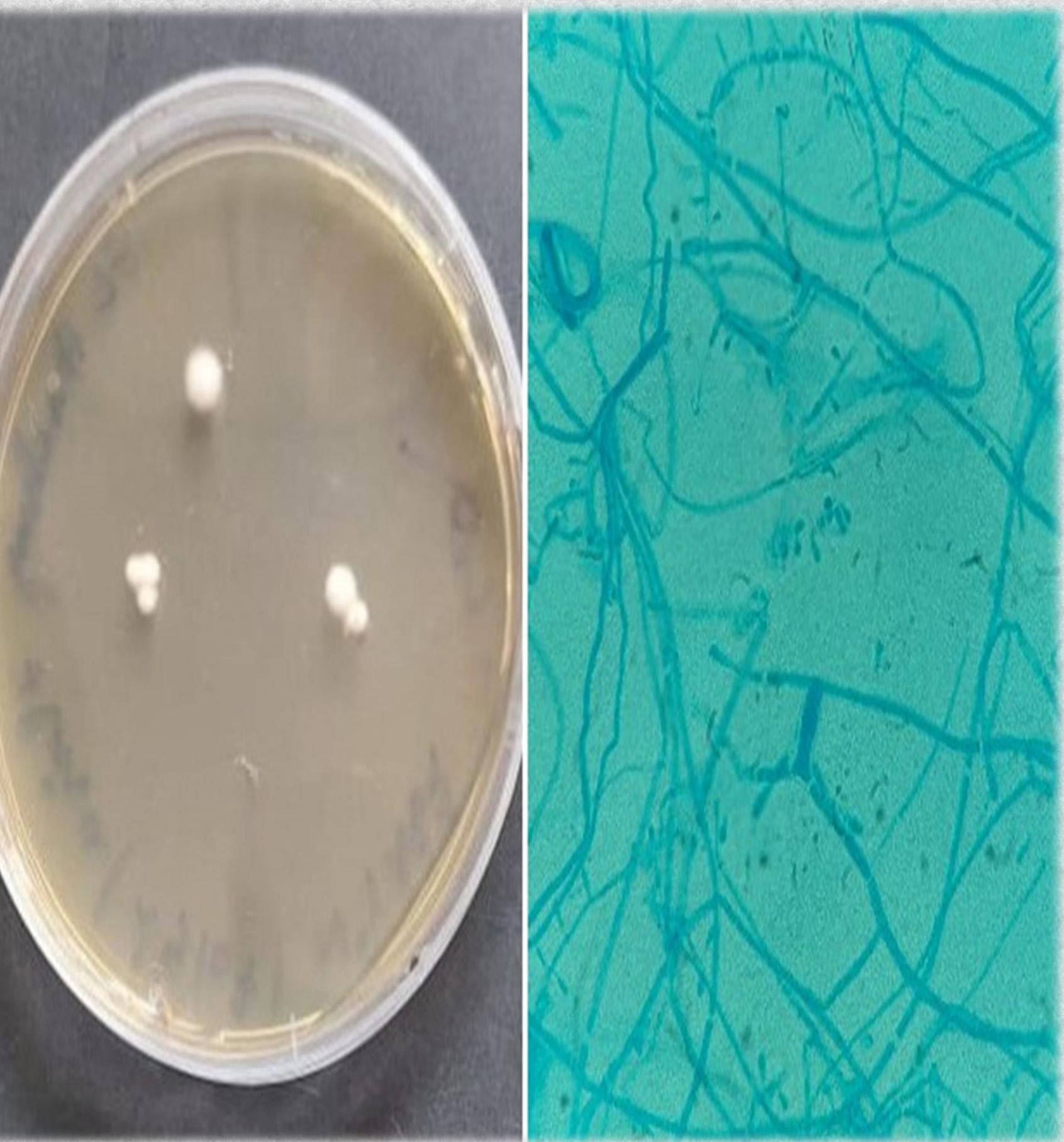


Figure4 : Aspect macroscopique et microscopique des colonies du *Tricophyton rubrum*

DISCUSSION :

Les mycoses cutanées superficielles, principalement causées par des champignons dermatophytes, font partie des infections fongiques les plus courantes dans le monde, en particulier dans les pays en développement. Les dermatophytoses étant l'infection la plus courante [1]. La préoccupation principale du patient affecté par une dermatophytose est de soulager rapidement l'inflammation et les démangeaisons, ce qui explique la pratique répandue de l'automédication dans ces atteintes. Bien que la prévalence de l'automédication dans ce contexte varie considérablement d'une étude à une autre, les médicaments les plus utilisés sont les stéroïdes topiques seuls ou associés à des antifongiques [2]. Les complications possibles de l'automédication au cours des dermatophytoses incluent le retard du diagnostic, la propagation de l'atteinte, la chronicité et la récurrence des lésions ainsi que la résistance au traitement [3]. Les formes extensives ou invasives des dermatophytoses rapportées dans la littérature concernaient surtout des patients traités par les corticoïdes systémiques et/ou locaux, suite à des erreurs diagnostiques initiales [4]. Les lésions présentées d'emblée par nos deux cas étaient relativement trompeuses dans leurs localisations et leurs aspects cliniques en simulant un eczéma. En raison de l'automédication et l'utilisation de stéroïdes topiques, l'infection s'est aggravée avec une extension des lésions. De telles présentations constituent souvent un piège diagnostique en consultation de médecine générale.. Il n'existe actuellement aucune recommandation pour le traitement des dermatophytoses étendues ou invasives, pourtant des cas de réussite ont été récemment rapportés avec un traitement au posaconazole, à l'itraconazole et à la terbinafine [4]. Chez nos cas, un traitement par terbinafine par voie topique et systémique pendant 8 semaines a été couronné de succès.

CONCLUSION :

La symptomatologie au cours des dermatophytoses n'est pas pathognomonique, conduisant certains patients à l'automédication et l'utilisation de médicaments inappropriés, ce qui peut être responsable d'une aggravation des lésions initiales. Un diagnostic mycologique est fortement recommandé avant toute thérapeutique.

REFERENCES :

1. Manickam N, Manimaran P T, Gopalan K, Somasundaram K, Vellaisamy S G. A Clinico-Epidemiological Study to Assess the Impact on Quality of Life and Financial Burden in Patients with Dermatophytosis. J Commun Dis. 2024;56(1):36-42.
2. Poudyal Y, Dutta Joshi S. Medication Practice of Patients with Dermatophytosis. J nepal Med assoc. 2016;55(203):7-10
3. Choudhary N, Panday D, Mishra D, et al. Over-the-Counter Medicine-Seeking Behavior in Patients With Dermatophyte Infections Across Various Socioeconomic Strata: A Cross-Sectional Study. Cureus 2024; 16(1): e51686.
4. Khosravi A R., Mansouri P, Nikaein D, Sharifzadeh A, et al. Severe tinea corporis due to Trichophyton verrucosum mimicking discoid lupus erythematosus. Journal de Mycologie Médicale 2012; 22(1): 92–5.