



Article Original

Onychomycose chez les Enfants à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

Childhood onychomycosis at the Dermatology Hospital of Bamako

Diakité M^{1,*}, Guindo B¹, Cissé L¹, Simpara B¹, Tall K¹, Kanouté A¹, Dembélé F, Fofana Y³, Traoré B¹, Keita A¹, Savané M¹, Soumahoro NM¹, Gassama M^{1,2}, Thiam H^{1,2}, Dicko AA^{1,2}

RÉSUMÉ

¹. Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB)

². Faculté de médecine et d'Odontostomatologie de Bamako, Mali (FMOS)

³. Hôpital Régional Sominé Dolo de Mopti, Mali

***Auteur correspondant :**

Dr Mamoudou Diakité Hôpital de Dermatologie de Bamako.

E-mail :

moudou666177@gmail.com

Mots-clés : onychomycose, enfant, HDB, Bamako

Keywords: onychomycosis, children, HDB, Bamako

Introduction. L'onychomycose est rare chez l'enfant, sa prévalence chez les enfants de moins de 16 ans se situant entre 0,2 et 2,6 % en fonction des auteurs et des zones géographiques. En effet, la plupart des travaux réalisés en Afrique sub-Saharienne portent sur les adultes. Une fois le diagnostic établi, le traitement est un défi en raison de la toxicité des médicaments. Le but de ce travail est de décrire le profil de l'onychomycose chez l'enfant à Bamako. **Méthodes et patients.** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive d'une période de six mois à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Ont été inclus tous les enfants chez qui le diagnostic d'onychomycose était retenu sur le plan clinique et confirmé par le prélèvement mycologique. L'assentiment des parents était obtenu avant toute inclusion. **Résultats.** Parmi les 117 cas d'onychopathie, 15 enfants avaient un prélèvement positif, soit 12%. Le sexe féminin était majoritaire. Les ongles des mains étaient la localisation préférentielle. La dystrophie unguéale et la dyschromie étaient les anomalies les plus fréquentes. Les levures étaient le germe le plus retrouvé. La dermatophytie était l'association avec l'onychomycose la plus fréquente. **Conclusion.** Les aspects cliniques de l'onychomycose chez l'enfant se rapprochent des formes chez l'adulte. Une onychopathie chez un enfant doit faire pratiquer un prélèvement mycologique afin de débiter un traitement au plus tôt. D'autres études sont nécessaires pour évaluer les facteurs associés à la survenue de ces affections fongiques chez les enfants.

ABSTRACT

Background. Onychomycosis is rare in children, the reported prevalence in children under 16 years of age varying between 0.2 and 2.6%, depending on authors and geographical areas. Once diagnosed, treatment of children remains another challenge, due to drug toxicity. In sub-Saharan Africa, most studies on this domain were carried on adults and few data are available in Malian children. The aim of this study is to describe the profile of childhood onychomycosis in Bamako. **Methods and patients.** This was a descriptive cross-sectional study conducted over a period of six months at the dermatology hospital in Bamako. All children diagnosed with onychomycosis clinically and confirmed by mycological sampling were included. Parental consent was obtained before inclusion. **Results.** Among the 117 cases of onychomycosis, 15 children had a positive specimen (12%). Most cases were female. The nails of the hands were the most common location. Nail dystrophy and dyschromia were the most frequent abnormalities. Yeast was the most common germ. Dermatophytes were the most frequent association with onychomycosis. **Conclusion.** The clinical aspects of onychomycosis in children are similar to those in adults. When onychomycosis occurs in a child, a mycological sample should be taken in order to start treatment as soon as possible. Further studies are needed in order to determine the factors associated with the occurrence of nail fungal diseases in Malian children.

FAITS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

L'onychomycose est rare chez l'enfant dans le monde, mais sa prévalence est en augmentation. Elle a été peu décrite au Mali.

La question abordée dans cette étude

Le profil clinique et mycologique de l'onychomycose de l'enfant à Bamako.

Ce que cette étude apporte de nouveau

La présentation clinique de l'onychomycose chez l'enfant se rapproche de la forme adulte. Les ongles des mains sont la localisation préférentielle. La dystrophie unguéale et la dyschromie sont les anomalies les plus fréquentes. Les levures sont le germe le plus retrouvé. L'association avec une dermatophytie est fréquente.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures

Des études sur un plus grand nombre de cas sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires.

INTRODUCTION

L'onychomycose est l'infection fongique de l'ongle. Cette infection peut être due aux dermatophytes ou à *Candida albicans*. Les mécanismes de survenue de ces affections sont multiples. Des troubles de la microcirculation qui favorisent les dystrophies et un ralentissement de son développement. Les facteurs favorisant l'infection de l'ongle (1) sont, la mycose interdigitale, l'atteinte familiale, le climat tropical et la promiscuité. En pratique courante, les difficultés résident dans l'affirmation de l'origine fongique devant une affection de l'ongle. Les facteurs ci-dessus sont peu rapportés chez l'enfant. Néanmoins des cas d'onychomycose ont été décrits chez l'enfant [2,3]. La prévalence déclarée chez les enfants de moins de 16 ans se situe entre 0,2 et 2,6 %, ce qui ne révèle que de légères différences selon les différentes zones géographiques [4,5]. Une fois le diagnostic établi, le traitement chez l'enfant reste un autre défi, en raison de la toxicité des médicaments. Les travaux réalisés en Afrique Sub Saharienne portent sur les adultes. Une description de l'onychomycose de l'enfant permettra d'améliorer la prise en charge des cas. Le but de ce travail était de décrire le profil de l'onychomycose chez l'enfant à Bamako.

POPULATION ET MÉTHODES**Cadre et population d'étude**

Il s'agissait d'une étude de 6 mois à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Nous avons inclus les enfants de moins de 16 ans consultant pour une onychomycose. Les patients perdus de vue étaient exclus. L'assentiment des parents était obtenu avant toute inclusion. L'inclusion était volontaire. Tous les cas inclus étaient examinés sur le plan dermatologique et général. Un prélèvement mycologique était effectué.

Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques étaient recueillies sur une fiche d'enquête.

Modalités du prélèvement et techniques utilisées

Tous les prélèvements unguéaux ont été réalisés au laboratoire.

La technique de prélèvement : au préalable, désinfection à l'alcool, ensuite l'ongle altéré était coupé par une pince à ongles stérile jusqu'à la jonction avec l'ongle sain. Le prélèvement était réalisé par grattage des squames sous-unguéales à cette jonction ou dans la zone de leuconychie. Les squames étaient recueillies dans une boîte de Petri en verre stérile. Les échantillons ont été traités pour examen microscopique avec une solution d'hydroxyde de potassium à 30 % et cultivés dans le milieu de culture Sabouraud gentamicine chloramphénicol et Sabouraud Actidione. Les cultures ont été considérées comme négatives après observation à 3 semaines.

Le diagnostic d'onychomycose n'était retenu que si les résultats de l'examen direct et de la culture étaient concordants.

En cas de pousse, l'identification des colonies était basée sur l'étude des caractères macroscopiques et microscopiques des germes.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, nous avons consulté 1432 enfants dont 117 avaient une onychopathie soit 8,17 %. Parmi les 117 cas d'onychopathies, 15 enfants avaient un prélèvement positif soit 12%. Le sexe féminin représentait 12 cas soit 80% contre 3 cas pour le sexe masculin soit 20% avec un sex ratio de 0,2 (Figure 1 et 2).



Figure 1 : enfant de 12 ans avec atteinte des dix doigts de la main par onychomycose



Figure 2 : onychodystrophie et chrononychie chez une patiente de 10 ans atteints d'onychomycose

L'onychomycose était localisée au niveau des doigts de la main dans 9 cas (60%) et au niveau des ongles du pied dans 1 cas (6,6%); une double localisation (doigts et orteils) dans 7 cas (46,66%). Un enfant avait l'atteinte des dix doigts et des dix orteils.

Tableau I : profils cliniques et paracliniques des enfants atteints d'onychomycose à l'HDB

Profil cliniques et paracliniques des patients		Effe ctif	Pource ntage
Motif de consultation	Douleur unguéale	10	66,67
	Dyschromie	12	80,00
	Anomalie de la tablette	15	100,00
Topographie	Ongles des mains	9	60,00
	Ongles des pieds	1	6,67
	Ongles pied/main	7	46,67
Coloration	Noirâtre	3	20,00
	Grisâtre	8	53,33
	Jaunâtre	1	6,67
	Normale	3	20,00
	Kératose unguéale	6	40,00
	Kératose sous-unguéale	9	60,00
Anomalie de la tablette unguéale	Ligne Beau	6	40,00
	Onychomad�se	1	6,67
	Dépression ponctiforme	1	6,67
	Onycholyse latéro-distale	14	93,33
	Paranochie	6	40,00
Germes retrouvés	Trichophyton soudanense	3	20,00
	Trichophyton rubrum	1	6,67
	Candida albicans	8	53,33
	C albicans / Trichophyton soudanense	3	20,00
	Teigne	1	6,67
	Dermatophytie	3	20,00
Dermatoses fongiques associées	Teigne/ Dermatophytie	1	6,67
	Intertrigo interdigital plantaire	3	20,00

Le motif de consultation était la dyschromie dans 12 cas (80%), la douleur unguéale dans 10 cas (66,66%) et l'anomalie de la tablette unguéale dans 15 cas (100%). Parmi les dyschromies : la coloration grisâtre dans 8 cas (53,33%), la coloration noirâtre dans 3 cas (25%), la coloration jaunâtre dans 1 cas (8,3%) et la coloration normale dans 3 cas (20%). On notait une kératose unguéale dans 6 cas (40%) et une kératose sous-unguéale dans 9 cas (60%). La présence de ligne Beau était retrouvée chez 6 cas (60%), une dépression ponctiforme dans 1 cas (6,6%), l'onycholyse latéro-distale dans 14 cas (93,3%) et 1 cas d'onychomad se (6,6%). La paronychie était présente chez 6 cas (40%). L'association avec une autre mycose : l'onychomycose était associée à la teigne chez 1 cas (6,6%), à une dermatophytie chez 3 cas (20%), à une dermatophytie et teigne dans 1 cas (6,6%) et un intertrigo interdigital plantaire dans 3 cas (20%) (tableau I)

Tous les cas étaient positifs en examen Direct et à la culture. Les germes retrouvés étaient : les dermatophytes chez 4 cas (26,6%) soit 3 cas de Trichophyton soudanense et 1 cas de Trichophyton rubrum, les levures dans 8 cas (53,3%) tous étaient de Candida albicans, une association de levure et dermatophyte dans 3 cas (20%) soit Candida albicans et Trichophyton soudanense.

DISCUSSION

Nous avons fait une étude transversale descriptive sur une période de six mois sur l'onychomycose chez les enfants. Les limites du travail étaient le recrutement non exhaustif confiné uniquement à l'hôpital de dermatologie de Bamako. La prévalence des infections fongiques au niveau des ongles chez les enfants est plus en plus décrite dans ces dernières décennies. Des auteurs rapportent de plus en plus de cas d'onychomycose [2,3,4], peu décrits par les auteurs africains [7,8,9]. Dans notre cohorte, nous avons retrouvé une fréquence hospitalière de 12%. Nos résultats étaient similaires à ceux du Sénégal [8]. Elles étaient supérieures aux données rapportées au Nigeria et en Tunisie [8,9]. En Europe, des auteurs Polonais décrivaient une prévalence de 20%. Les disparités entre les études Africaines et Européennes peuvent s'expliquer par le recrutement plus exhaustif en Europe. Les travaux en Afrique sont réalisés dans un seul centre, ce qui constitue un biais de sélection. On notait une prédominance féminine. Les ongles des doigts étaient les plus touchés. Cette tendance est en accord avec la littérature [8,9]. Cette prédominance féminine peut s'expliquer d'une part, par l'initiation précoce de la petite fille aux tâches ménagères en raison de spécificité culturelle. D'autre part, par une plus grande attention portée à l'esthétique, ce qui motive une consultation devant toute anomalie unguéale. Le motif de la consultation était en plus de l'anomalie de la tablette la dyschromie et la douleur unguéale. L'onycholyse disto-latérale et une hyperkératose unguéale et sous- unguéale étaient les principales anomalies de la tablette. Ces présentations cliniques chez les enfants étaient similaires à celles décrites par la littérature [2,10]. Cet aspect

clinique se rapproche des observations faites chez les adultes. Les germes rencontrés chez nos cas étaient les levures et les dermatophytes. Les levures étaient prédominantes. Les germes rencontrés étaient ceux décrits chez les cas adultes [10]. Parmi les dermatophytes, le trychopyton Soudanense étaient majoritaires avec plus de 70% des cas. Par contre dans les séries africaines et européennes, les trichophyton rubrum sont les germes les plus isolés dans le prélèvement. Cette contamination est favorisée par l'humidité, le climat, les conditions socio-économiques et le contact des parents contaminés.

CONCLUSION

Les aspects cliniques de l'onychomycose chez l'enfant se rapprochent des formes chez l'adulte. Une onychopathie chez un enfant doit faire pratiquer un prélèvement mycologique afin de débuter un traitement au plus tôt. Des études sur un plus grand échantillon sont nécessaires pour évaluer les facteurs associés à la survenue de ces affections fongiques chez les enfants maliens.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout le personnel de l'hôpital de dermatologie de Bamako et le corps professoral de la faculté de médecine pour leur apport dans ce travail.

REFERENCES

1. Rodriguez-Pazos L et al. Onychomycosis observed in children over 20-year period. *Mycose*: 2011; 54:450-453
2. Gupta AK, Sibbald RG, Lynde CW et coll. Onychomycose chez les enfants – prévalence et stratégies de traitement. *J Am Acad Dermatol*. 1972 ;36:395–402
3. Wilkowska A, Nowicki R, Sadowska E et coll. Dermatophytose des enfants. *Przegl Dermatol*. 1994 ;81 :46–58. 8 Schwartz RA, Janniger CK. Onychomycose. *Cutis* 1996 ; 57:67–81
4. Gupta AK, Sibbald RG, Lynde CW, et coll. Onychomycose dans enfants : prévalence et stratégies de traitement. *J Am Acad Dermatol* 1997 ;36:395–402
5. Vasquez-Del Mercado E, Arenas R. Onychomycose chez les enfants. Une étude rétrospective de 233 cas mexicains. *Gac Med Mex*. 2008 ;144 :7–10
6. Lange M, Roszkiewicz J, Szczerkowska-Dobosz A. L'onychomycose n'est plus une découverte rare chez les enfants. 2006 ; 49 (1):55-59.
7. Dhib I, Fathallah A, Yaacoub A, Zemni R, Gaha R, Said MB. Clinical and mycological features of onychomycosis in central Tunisia: a 22 years' retrospective study (1986-2007): Clinical and mycological features. *Mycoses*. Mai 2013 ;56 (3) :273- 80.
8. Seck MC, Ndiaye D, Diongue K, Ndiaye M, Badiame AS, Sow D, Sylla K et al. Profil mycologique des onychomycoses   Dakar (S n gal). 2014 ;24 (2) :124-128.
9. El Fekih N, Belghith I, Trabelsi S, Skhiri-Aounallah H, Khaled S, Fazaa B. Epidemiological and Etiological Study of Foot Mycosis in Tunisia. *Actas Dermo-Sifiliogr ficas*. Juill 2012;103(6):520- 4.
10. Chabasse D, Baran R, Feuilhade de Chauvin M. Les onychomycoses : Epid miologie-Etiologie. *Journal of Medical Mycology*. 2000 ; 10 (4) :177–90.