



## Teigne favique

## Favus tinea

## مرض القراع

M. Rami , Z. Lemkhente , S. Benjelloun, H. Lahlou, M. El Haouri.

**الملخص : مقدمة :** أصبح مرض القراع يبدو نادراً في شمال أفريقيا بما في ذلك المغرب. إلا أن إهمال هذه الإصابات من طرف بعض المرضى، وخاصة الفقراء منهم، قد يؤدي إلى استمرار العدوى في محيطهم.

**الملاحظة السريرية :** نعرض حالة طفل ذكر يبلغ من العمر 13 سنة ينحدر من عائلة فقيرة تقدم إلى مصلحة الجلد، بعد طرده من الدراسة، بسعفة قراحية. وقد تطور هذا المرض الجلدي على مدى عدة سنوات. إضافة إلى هذا توجد إصابات بفروة الرأس للأُم وكذا لإحدى الأخوات. ولقد تم علاج هذا المريض بدواء تيربينافين (لاميزيل) عن طريق الفم بجرعة 150 مغ في اليوم لمدة أربعة أسابيع إضافة إلى مرهم الإيكونزول (بيفاريل) 1% مرتين في اليوم. هذا العلاج كان ناجحاً، إلا أنه بقيت هناك عدة ندوب وتساقط الشعر كان نهائياً.

**خاتمة :** هذه الحالة تظهر استمراراً وجود مرض القراع بالمغرب. إكتشاف الحالات من خلال الحملات التشخيصية النشيطة ومعالجتها، وكذا تحسين الظروف الوقائية يمكن أن يعجل بالقضاء على هذا المرض الفطري.

**الكلمات الأساسية :** القراع - سعفة قراحية - فروة الرأس.

**Résumé : Introduction :** Les teignes faviques commencent à devenir de plus en plus rares en Afrique du nord, notamment au Maroc. La négligence par certains patients, surtout les plus démunis, de ces lésions du cuir chevelu constitue un risque de contagion dans l'entourage et l'entretien de la transmission.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient de sexe masculin, âgé de 13 ans, issu d'une famille défavorisée, qui s'est présenté après éviction scolaire, avec une teigne favique. Cette affection dermatologique a évolué pendant plusieurs années avec notion de contamination chez sa mère et sa sœur. Ce patient a été traité par la terbinafine (Lamisil®) par voie orale à la dose de 125mg/jour en une prise quotidienne pendant quatre semaines, associée à l'econazole 1% crème (Pevaryl®) en deux applications par jour. Ce traitement a été efficace. Cependant, il y a eu persistance de grandes cicatrices et d'alopécie.

**Conclusion :** Ce cas montre la persistance des teignes faviques au Maroc. Le dépistage actif des cas et leur traitement ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène pourraient accélérer l'éradication de ce type de mycoses.

**Mots clés :** Teigne favique ; favus ; Trichophyton schoenleinii ; cuir chevelu.

**Abstract : Introduction :** Favus tinea is becoming increasingly rare in North Africa, including Morocco. Negligence of these scalp lesions by some patients, especially the poor cases, lead to a risk of contagion in the environment and maintenance of transmission.

**Case report :** We report the case of a 13 years old male patient, from a poor family, who presented after school eviction, with a favus. This scalp lesion has evolved over several years with notion of contamination to his mother and sister. This patient was treated with terbinafine (Lamisil®) orally at a dose of 125mg/jour once daily for four weeks, combined econazole cream 1% (Pevaryl®) in two applications per day. This treatment was effective. However, there was persistence of large scars and alopecia.

**Conclusion :** This case illustrates the persistence of favus tinea in Morocco. The active case detection, treatment and improving hygienic conditions can accelerate the eradication of this type of mycosis.

**Key Words :** Favus tinea; favus; Trichophyton schoenleinii; scalp.

*Tiré à part : M. Rami : Service de parasitologie mycologie, hôpital militaire Moulay Ismaïl – Meknès.*

## Introduction

La flore dermatophytique responsable des teignes du cuir chevelu a évolué ces dernières décennies dans plusieurs pays. En Europe, pendant les années 1950, ces affections dermatologiques étaient plus fréquentes et dues essentiellement à des espèces anthropophiles. Actuellement, elles sont devenues moins fréquentes et de plus en plus dues à des espèces zoophiles. La même tendance commence à être observée en Afrique du nord, mais avec un rythme ralenti. La disparition progressive, témoignée par le nombre de cas rapportés de plus en plus rares, de la teigne favique à *Trichophyton schœnleinii* paraît être un indicateur de cette évolution. Toutefois, la bénignité connue des teignes du cuir chevelu, entraîne la négligence par certains patients, surtout les plus démunis, de ces lésions. En plus du risque de contagion dans l'entourage et l'entretien de la transmission il y a risque d'extension de l'alopecie définitive.

Nous rapportons le cas d'un patient qui s'est présenté avec un favus ayant évolué pendant plusieurs années avec notion de contamination dans son entourage familial. A travers ce cas nous allons rappeler les particularités épidémiologiques, cliniques, mycologiques et thérapeutiques de cette affection.

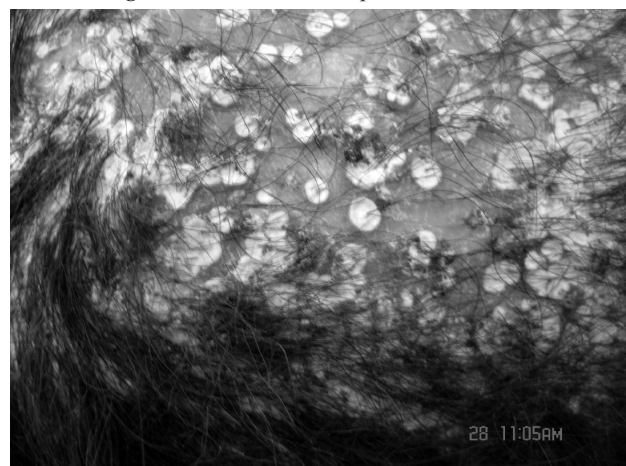
## Observation

M.Z, élève de sexe masculin, âgé de 13 ans et sans antécédent pathologique notable, issu d'une famille pauvre. Ce patient est hospitalisé pour une teigne du cuir chevelu suite à son éviction scolaire par le directeur du collège inquiet par l'odeur nauséabonde des lésions du cuir chevelu du patient. L'anamnèse montre l'ancienneté de ces lésions. Par ailleurs, le patient rapporte l'existence de lésions du cuir chevelu chez sa sœur et sa mère.

A l'examen clinique, le patient présente des lésions étendues sur les faces supérieures, latérales droites et gauche du cuir chevelu. Au milieu de ces lésions, les rares cheveux persistants sont ternes, rarement cassés. A leur base se trouve une dépression circulaire recouverte d'une masse croûteuse, de couleur jaunâtre (figure.1).

La lésion dégage l'odeur de nid de souris. A la lumière de Wood, certains cheveux présentent une fluorescence

**Figure 1 :** L'Examen clinique du cuir chevelu



*Présence d'une teigne favique caractérisée par la présence de godets faviques se présentant sous forme de dépressions circulaires recouvertes de croûtes blanc-jaunâtres centrées chacune par un cheveu.*

vert pâle sur toute leur longueur. A l'aide d'une pince à épiler, un prélèvement mycologique des cheveux atteints est réalisé au laboratoire de parasitologie mycologie. Après un éclaircissement dans la potasse à 30%, l'examen direct de ces cheveux, au grossissement x 400, a montré quelques filaments mycéliens en intra-pilaire. Une culture est réalisée sur milieu Sabouraud chloramphénicol et Sabouraud chloramphénicol + actidione. Après trois semaines d'incubation à 28°C, il y a apparition de colonies blanches légèrement grisâtres et "cérébriformes" (figure.2).

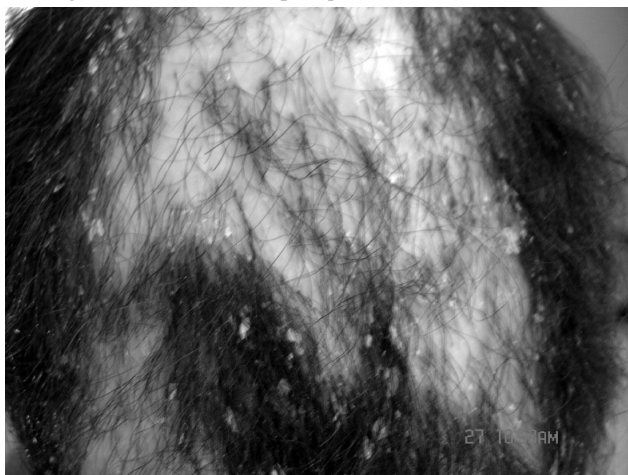
**Figure 2 :** Culture sur milieu Sabouraud chloramp hénical



*Aspect macroscopique de culture de Trichophyton Schœnleinii montrant des colonies jeunes, blanches légèrement grisâtres, "cérébriformes" s'inscrivant dans la gélose.*

L'examen entre lame et lamelle, au grossissement x400 d'un prélèvement de ces colonies montre des filaments mycéliens cloisonnés avec, à leur extrémités, des renflements en " tête de clou " et parfois des courtes ramifications en chandelier. Le diagnostic d'une teigne favique à *Trichophyton schoenleinii* est ainsi confirmé. Le malade est mis sous terbinafine (Lamisil®) 125mg/jour en une seule prise quotidienne par voie orale pendant quatre semaines associée à un traitement local par l'éconazole 1% crème (Pevaryl®) en deux applications par jour. Au bout d'un mois, un contrôle mycologique est réalisé. L'examen mycologique est négatif. Il y a eu disparition des lésions inflammatoires et persistance de grandes cicatrices et une alopécie (figure.3).

**Figure 3 :** Examen clinique après 1 mois de traitement



*Disparition des lésions inflammatoires avec persistance de cicatrices et d'une alopécie définitive.*

## Discussion

La nature parasitaire de l'agent étiologique des teignes faviques a été constatée grâce aux études microscopiques de Robert Remak en 1837, Johannas Lukas Schoenlein en 1839 et David Gruby en 1841. Ensuite, c'est Robert Remak, en 1845, qui a appelé ce champignon, *Ashorions Schoenleinii*, en hommage à son professeur Johannas Lukas Schoenleinii [1]. Cet agent fongique, appelé actuellement *Trichophyton schoenleinii*, est un dermatophyte, ascomycète appartenant à l'ordre des Onygenales et au Genre *Arthroderma* [2]. Son seul réservoir connu est l'homme et sa transmission est

interhumaine. Il touche essentiellement les enfants, mais aussi les adultes qui vivent dans des conditions d'hygiène précaires. Notre cas était un enfant issu d'une famille défavorisée. Le manque de moyens était vraisemblablement à l'origine du retard de consultation pour son favus et de l'absence de consultation pour les lésions du cuir chevelu de sa mère et sœur. Ceci serait à l'origine d'un grand risque de transmission aussi bien au collège où il poursuivait ses études qu'à la maison où il constituerait à côté de sa famille une source importante de contagion.

Au début du XXe siècle, la teigne favique était fréquente, aussi bien au Maghreb, qu'en Europe [3]. Depuis 1970, cette affection a disparu chez la population indigène de l'Europe, et les seuls cas rapportés étaient sporadiques chez les immigrés [4]. En Tunisie également, cette dermatomycose a connue une baisse spectaculaire et progressive au cours des dernières décennies, pour devenir exceptionnelle au début du XXIe siècle avec seulement 0,24% des teignes à Tunis [5] et 0,1% à Sfax [6]. Au centre Tunisien, entre 1990 et 2005, Mebazaa et coll. ont recensé 26 cas (2,5%) de favus parmi 1137 patients atteints de teignes. Vingt quatre cas étaient observés entre 1990 et 1995, un cas seulement en 1998 et le dernier cas en 2000, puis aucun cas pendant les cinq années suivantes. Les auteurs ont conclu à une quasi-disparition de ce type de teignes [7]. Au Maroc, la même tendance évolutive a été observée. En effet, à Rabat, Boumhil et coll. ont rapporté un seul cas (0,61%) parmi 162 cas de teignes du cuir chevelu enregistrés entre 2002 et 2008 alors qu'au début des années 1980, le favus représentait 8% des teignes du cuir chevelu au Maroc [8]. Dans une autre étude, toujours à Rabat, Oudaina et coll. ont recensé 30 cas (2,3%) parmi 1299 cas de teignes colligés entre 1993 et 2007. Leur dernier cas a été observé en 2004, puis aucun cas pendant les trois années suivantes [9].

Cliniquement, l'affection se manifeste par un cuir chevelu inflammatoire, avec des cheveux qui deviennent rares, ternes, grisâtres traversant des papules jaunâtres périfolliculaires déprimées en leur centre, de quelques millimètres de diamètre, formant les godets faviques. Ces godets sont constitués d'amas de croûtes épaisses de couleur jaune soufre, friables et d'odeur caractéristique de souris, ils sont formés de filaments mycéliens agglutinés les uns contre les autres. La lumière de Wood donne une fluorescence verdâtre du cheveu malade sur toute sa

longueur. Il ne casse pas car le parasitisme intra-pilaire est peu important, mais il finit par être expulsé avec son bulbe entraînant une alopecie définitive.

Le diagnostic mycologique se fait tout d'abord par examen direct du cheveu au grossissement x 400, après éclaircissement par la potasse à 30% ou le bleu de lactophénol. L'observation du cheveu atteint montre la présence en intra-pilaire, de rares filaments arthrospores.

La culture se fait sur milieu Sabouraud-chloramphénicol avec et sans actidione et l'incubation se fait entre 25°C et 30°C. Après un délai de pousse d'environ 15 jours, il y a apparition de petites colonies glabres, cireuses, grisâtres à centre surélevé et surface irrégulièrement plissée "aspect cérébriforme", s'incrétant dans la gélose.

L'examen microscopique au grossissement x 400 d'un prélèvement de colonie montre des filaments septés, ramifiés à extrémités en " tête de clou " ou se terminant en " chandelier favique ". Des chlamydospores peuvent être présentes, cependant il y a absence de conidies.

Pour notre patient, l'aspect clinique des lésions du cuir chevelu et les caractères culturels et microscopiques du champignon isolé étaient typiques de *T. schoenleinii*.

Comme pour les autres types de teignes du cuir chevelu, le traitement peut se faire par la griséofulvine par voie orale à la dose de 20 à 25mg/kg/jour en deux prises

pendant 6 à 8 semaines [10]. Un traitement local par des topiques antifongiques (imidazolés, ciclopiroxolamine ou tolnaftate) est indispensable pour compléter l'action fongistatique de la griséofulvine [3]. La terbinafine est un nouvel antifongique qui commence de plus en plus à être utilisé pour le traitement des teignes du cuir chevelu [11,12]. Son AMM a été obtenu pour les patients âgés de plus de 15 ans. Cependant, certaines études ont montré une bonne tolérance de ce médicament chez des enfants moins âgés [10]. La terbinafine, utilisée à la dose de 4 à 5mg/kg/jour en une prise quotidienne par voie orale pendant une durée moyenne de quatre semaines, serait plus efficace que la griséofulvine sur les teignes du cuir chevelu dues aux champignons du genre *Trichophyton* [11]. Ce médicament s'est révélé efficace chez notre patient.

## Conclusion

Le cas rapporté montre la persistance des teignes faviques au Maroc. L'évolution des lésions pendant longtemps et la notion de contagion familiale augmenteraient le risque de transmission. Le dépistage actif des cas et leur traitement ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène pourraient accélérer l'éradication de ce type de teignes.

## Références

1. Negróni R. Historical aspects of dermatomycoses. *Clinics in Dermatology* 2010 ; 28 : 125-132.
2. Maslin J, Morand JJ, Soler C. Les teignes tropicales. *Med Trop* 2005 ; 65 : 313-316.
3. Contet-Audonnet N. Les teignes du cuir chevelu. *J Pédiatr Puériculture* 2002 ; 15 : 440-447.
4. Romano C, De Aloe G, Calcaterra R, Gianni C. Tinea capitis due to *Trichophyton soudanense* and *Trichophyton schoenleinii*. *Mycoses* 2002 ; 45 : 518-521.
5. Belhadj S, Jeguirim H, Anane S, Kaouech E, Kallel K, Chaker E. Evolution des teignes du cuir chevelu à *Microporum canis* et à *Trichophyton violaceum* à Tunis. *J Mycol Med* 2007 ; 17 : 54-57.
6. Makni F, Néji S, Sellami A, Cheikrouhou F, Sellami H, Marrekchi S, et al. Les teignes du cuir chevelu dans la région de Sfax (Tunisie). *J Mycol Med* 2008 ; 18 : 162-165.
7. Mebazaa A, Fathallah A, El Aouamri K, Gaied Meksi S, Ghariania N, Belajouza C, et al. Profil épidémiologique des teignes du cuir chevelu dans le centre tunisien. Bilan d'une étude rétrospective de 16 années (1990-2005). *J Mycol Med* 2010 ; 20 : 91-96.
8. Boumhil L, Hjjira N, Naoui H, Zerrouk A, Bhirich N, Sedrati O, et al. Les teignes du cuir chevelu à l'hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V (Maroc). *J Mycol Med* 2010 ; 20 : 97-100.
9. Oudaina W, Biougnach H, Riane S, El Yaagoubi I, Tangi R, Ajdae L, et al. Epidémiologie des teignes du cuir chevelu chez les consultants externes à l'hôpital d'enfants de Rabat (Maroc). *J Mycol Med* 2011 ; 21 : 1-5.
10. Kakourou TD, Uksal U. Guidelines for the management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol* 2010 ; 27 : 226-228.
11. Tey HL, Tan AS, Chan YC. Meta-analysis of randomized, controlled trials comparing griseofulvin and terbinafin in the treatment of tinea capitis. *J Am Dermatol* 2011 ; 64 : 663-670.
12. Elewski BE, Cáceres HW, De Leon L, EL Shimy S, Hunter JA, Kotkiy N, et al. Terbinafine hydrochloride oral granules versus oral griseofulvin suspension in children with tinea capitis: results of two randomized, investigator-blinded, multicenter, international, controlled trials. *J Am Acad Dermatol* 2008 ; 59 : 41-54.