

COMMENT JE TRAITE...

un intertrigo lié à l'embonpoint

F. HENRY (1, 2), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (3, 4), C. FLAGOTHIER (1), G.E. PIÉRARD (5)

RÉSUMÉ : L'intertrigo est une pathologie inflammatoire commune aux origines diverses. Il peut être isolé ou faire partie d'une maladie se manifestant ailleurs sur le corps. L'intertrigo peut donc n'être qu'un signe d'une affection particulière qui nécessite un traitement spécifique. Il peut aussi être le reflet d'une agression physico-chimique de la peau soumise à l'occlusion des grands plis fermés, particulièrement en cas d'embonpoint. Dans ce cas, un traitement similaire à celui de la dermite fessière des nourrissons peut être proposé. Une pâte contenant ou non du nitrate de miconazole est indiquée pour prévenir ou traiter la plupart des intertrigos.

MOTS-CLÉS : *Intertrigo - Obésité - Macération - Mycose - Candidose*

How I treat.... A stoutness-associated intertrigo
SUMMARY : Intertrigo is a common inflammatory disorder of various origins. It can represent a single skin manifestation or be part of a disorder possibly exhibiting specific manifestations on other parts of the body. Hence, intertrigo may represent a sign of a peculiar disease. It may also result from physicochemical aggressions of the skin following occlusion of the large skinfolds particularly in case of stoutness. In this instance, a treatment similar to that of diaper dermatitis can be offered. A paste enriched or not with miconazole nitrate is indicated to prevent or treat most presentations of intertrigo.

KEYWORDS : *Intertrigo - Obesity - Maceration - Mycosis - Candidosis*

INTRODUCTION

Un intertrigo est une atteinte inflammatoire des plis principalement reconnue par un érythème plus ou moins intense. Chez des sujets présentant un embonpoint, cette situation n'est pas rare, particulièrement au niveau des grands plis inguinaux, interfessier, axillaires et/ou sous-mammaires. Certaines maladies particulières peuvent prendre un aspect similaire. Les petits plis interdigitaux, ombilical, rétro-auriculaires ainsi que les commissures labiales peuvent également être affectés, de manière isolée ou associée à d'autres lésions sur le corps.

Le diagnostic étiologique d'un intertrigo est parfois difficile à établir. En effet, si celui-ci peut être évident, compte tenu du siège des lésions, de l'aspect clinique, des éventuelles lésions cutanées à distance et de l'anamnèse, il peut s'avérer être moins évident, notamment lorsque les lésions sont modifiées par la macération et le frottement. La reconnaissance d'une cause est toutefois utile et parfois indispensable pour le choix judicieux d'un traitement spécifique. Les origines d'un intertrigo sont nombreuses et dominées par les infections, en particulier mycosiques.

L'anamnèse du patient atteint d'un intertrigo devrait préciser en particulier les antécédents, le mode de vie et la prise de médicaments (Tableau I). L'examen clinique doit identifier les principales caractéristiques de l'intertrigo (Tableau II). D'éventuelles lésions cutanées associées doivent être recherchées telles qu'un autre intertrigo ou une atteinte du cuir chevelu, des ongles et des muqueuses. Une éventuelle hyperhidrose, une bromhidrose, un embonpoint et à *fortiori* une obésité sont des paramètres majeurs à considérer (1).

La liste des dermatoses pouvant se manifester par un intertrigo est longue (Tableau III). Leur identification peut nécessiter des prélèvements superficiels par biopsie de surface au cyanoacrylate pour examen microscopique et culture (2). Parfois, une biopsie cutanée standard est requise.

Le diabète est une affection qui peut favoriser le développement d'un intertrigo. En effet, le surpoids est un facteur de risque pour la forme acquise de diabète de type II. D'autre part, il est admis que l'hyperglycémie favorise la survenue d'une candidose, particulièrement au niveau des plis.

CARACTÉRISTIQUES DE LA PEAU DES GRANDS PLIS

La peau au fond des grands plis présente une structure particulière et des propriétés physiques

TABLEAU I ANAMNÈSE GUIDÉE POUR UN INTERTRIGO

Antécédents :

- Personnels dermatologiques (psoriasis, atopie...)
- Personnels non dermatologiques (diabète, immunodépression, ...)
- Familiaux (psoriasis, maladie de Hailey-Hailey, dermatite atopique,...)
- Collatéraux (cas similaires chez le conjoint)
- Ancienneté et extension des lésions

Mode de vie :

- Profession, activités sportives
- Nature et fréquence d'emploi des produits d'hygiène corporelle
- Macération, frottement
- Grossesse

Prise de médicaments :

- Antibiothérapie générale récente
- Corticothérapie générale, immunosuppresseurs
- Estro-progestatifs
- Topiques sensibilisants ou irritants

Symptômes fonctionnels :

- Prurit
- Brûlure, cuisson

(1) Dermatologue, (3) Chef de Service, CHR hutois, service de Dermatologie, Huy.

(2) Maître de Conférence, Assistant de Recherche,

(4) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire,

(5) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, Liège.

TABLEAU II : CRITÈRES CLINIQUES D'UN INTERTRIGO

- Siège bilatéral, symétrique ou unilatéral
- Lésions élémentaires (vésicules, micropustules, ...)
- Couleur
- Desquamation
- Extension centrifuge ou non
- Contours nets ou émiettés

différentes de celles du reste du corps. Ces caractéristiques sont d'autant plus marquées que les versants des plis sont fermés par une adiposité excessive. L'épiderme et sa couche cornée sont habituellement minces. La température cutanée y est plus élevée. Les produits des sécrétions sudorales eccrines, apoecrines et apocrines y maintiennent un niveau accru d'hygrométrie et une valeur inhabituelle du pH cutané (3). Ce milieu est favorable au développement d'une biocénose (flore bactérienne et mycosique) particulière par sa nature et son abundance. Par certains aspects, cet environnement ressemble à celui créé par les couches-culottes sur les régions fessières et péri-néales des bébés (4).

CONDUITE PRATIQUE À SUIVRE

Lorsque l'anamnèse et l'examen clinique n'ont pas révélé de dermatose particulière à type de psoriasis ou de dermatite atopique, un intertrigo des grands plis chez un individu atteint d'embonpoint doit évoquer en première ligne une origine par effet occlusif, compliquée ou non par l'intervention de bactéries ou de champignons.

INTERTRIGO NON INFECTIEUX

La phase non-infectieuse ne signifie pas un état stérile de la peau des plis qui, d'ailleurs, n'existe jamais, même en l'absence d'un intertrigo. Il existe en effet un état physiologique où la biocénose de nature bactérienne, voire même fongique (*Candida spp*) n'implique aucun dommage à la peau. La contamination et la colonisation sont en fait des situations distinctes de celle d'une infection. Cependant, une culture bactérienne ou fongique n'en fait pas la distinction. Cet examen n'a donc de valeur que s'il est confronté à un examen microscopique et à une présentation clinique suggestive.

Hygiène quotidienne

Nettoyer la peau des plis qui sont le siège d'un intertrigo est un geste qui a toute son importance. L'idéal est qu'il puisse exercer un contrôle de la biocénose en ne sélectionnant pas des germes résistants. Dans tous les cas, l'agent nettoyant ne doit pas entretenir l'inflammation par un potentiel irritant particulier. La povidone iodée (iso-

Betadine Uniwash®, Viatris) répond pleinement à cet objectif (5).

Traitement topique

En cas d'absence d'infection dans un intertrigo, un traitement cherchant à protéger le revêtement cutané est recommandé. Une pâte appliquée en très fine couche vise à normaliser les propriétés physiques de la peau. Par exemple, la préparation Zimybase® (Barrier Therapeutics) est indiquée à cet effet tout comme elle l'est dans la dermite fessière du nourrisson. Elle corrige les propriétés tribologiques (de frottement) de la peau, et elle efface les anomalies du pH et la macération des plis. Elle limite également l'adhérence de microorganismes sur la surface cutanée. La colonisation microbiologique des plis est ainsi combattue par un moyen thérapeutique simple et sans risque prévisible. Le Zimybase® est donc bien un «excipient à effet notoire» dans cette indication.

En cas de psoriasis inversé, de dermite séborrhéique ou de dermatite atopique des plis, un dermocorticoïde à faible risque d'atrophogénicité (eg butyrate d'hydrocortisone, Locoid®) peut être recommandé (6).

INTERTRIGO INFECTIEUX

Les intertrigos infectieux des grands plis les plus typiques sont les dermatophytoses, les candidoses et l'erythrasma. L'atteinte est souvent bilatérale et symétrique.

La présentation clinique de la dermatophytose des plis est caractérisée par un prurit, souvent net, accompagnant des lésions vésiculeuses, et un placard érythémateux, d'extension centrifuge, siégeant au niveau de la face interne des cuisses mais aussi au niveau du scrotum. La dermatose atteint le pli dont le fond apparaît normal, sans fissure, mais qui parfois prend une couleur bistre et un aspect finement squameux. La bordure de l'intertrigo est nette, polycyclique ou circinée, surélevée, vésiculeuse et squameuse.

L'aspect clinique d'une candidose des plis est celui d'un placard érythémateux, rouge sombre, lisse, vernissé et humide, débordant le pli de façon symétrique. Le fond est souvent fissuré, macéré et volontiers recouvert d'un enduit blanc crémeux. La bordure est émiettée avec une collerette épidermique décollée. Les lésions élémentaires sont à type de pustules ou de vésiculo-pustules. En peau saine avoisinante, de petits îlots érythémateux sont parfois présents avec pustules et collerette d'épiderme décollé. Le placard est prurigineux ou entraîne une sensation de brûlure ou de cuisson.

L'erythrasma est une dermatose bactérienne qui se présente comme un placard uniforme arrondi ou ovalaire non prurigineux, brun chamois ou bistre, uniforme, finement squameux,

TABLEAU III : NATURES PRINCIPALES DES INTERTRIGOS PAR ORDRE DÉCROISSANT DE FRÉQUENCE SELON LEURS LOCALISATIONS

Plis inguinaux
·Dermatophytose
·Candidose
·Eczéma de contact
·Dermite caustique
·Psoriasis
·Erythrasma et autres intertrigos microbiens
·Dermite séborrhéique (chez l'immunodéprimé)
·Dermatite atopique
·Maladie de Hailey-Hailey
Plis axillaires
·Eczéma de contact
·Dermite caustique
·Psoriasis
·Candidose
·Erythrasma et autres intertrigos microbiens
·Dermatophytose
·Dermite séborrhéique
·Maladie de Hailey-Hailey
·Dermatite atopique
Plis interfessier et sous-mammaires
·Candidose
·Eczéma de contact
·Dermite irritative
·Psoriasis
·Erythrasma et autres intertrigos microbiens
·Dermite séborrhéique
·Dermatite atopique
Plis interdigito-palmaires
·Candidose
·Eczéma de contact
·Dermite caustique
·Dermite bactérienne
·Dermatophytose
·Gale
Ombilic
·Candidose
·Psoriasis
·Dermite bactérienne
Commissures labiales
·Candidose
·Eczéma de contact
·Syphilis secondaire
·Maladie de Crohn

d'aspect velouté et non vésiculeux. La lésion atteint avec le temps plusieurs centimètres de diamètre. Elle est uni- ou bilatérale et ses bords sont nets et curvilignes. Un prélèvement de couche cornée révèle la présence d'un tapis bactérien formé par le *Corynebacterium minutissimum*.

Le traitement topique de ces intertrigos doit comporter un agent anti-infectieux approprié délivré dans une préparation topique adaptée au territoire cutané concerné. Le nitrate de miconazole est indiqué car il possède des propriétés antifongiques et antibactériennes adéquates (7, 8). Il exerce aussi des propriétés anti-inflammatoires et il aide à la réparation de la fonction barrière de la peau (7, 9-12). Le Zimycan®

(Barrier Therapeutics) répond à ces exigences thérapeutiques, et ceci peut être mis à profit, particulièrement chez les patients souffrant d'un embonpoint. D'autres choix thérapeutiques sont également possibles selon les habitudes du prescripteur. La durée d'un traitement est de l'ordre de 3 à 4 semaines. Des durées plus brèves sont grevées d'un risque d'échec et de récidives.

Les préparations topiques associant plusieurs médicaments d'actions différentes (antibiotiques, antimycosiques, dermocorticoïdes, anesthésiques, ...), sont contre-indiquées. En effet, elles ne répondent à aucune logique, mais surtout, elles favorisent l'évolution chronique et récidivante des lésions tout en modifiant leur aspect initial, ce qui rend leur diagnostic ultérieur difficile. Ces formulations exposent aussi à des effets indésirables tels qu'une sensibilisation aux antibiotiques ou anesthésiques locaux et à la dépendance ou surinfection due aux dermocorticoïdes.

CONCLUSION

L'intertrigo requiert une enquête clinique précise à la recherche d'une étiologie. Des examens paracliniques orientés permettent en règle générale de préciser le diagnostic. Un traitement étiologique doit être proposé. Cependant, dans tous les cas un traitement antiseptique ainsi que l'adoption de mesures hygiéno-diététiques visant à diminuer la macération sont bénéfiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Xhauflaire-Uhoda E, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— De la pomme d'amour au bouquet de la peau humaine... et si elle exhalait aussi des phéromones ? *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 946-948.
2. Arrese JE, Quatresooz P, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Indications diagnostiques de la biopsie de surface au cyanoacrylate. L'avènement du 3S-Biokit. *Dermatol Actual*, 2004, **83**, 5-13.
3. Parra JL, Paye M, Piérard GE, et al.— EEMCO guidance for the *in vivo* assessment of skin surface pH. *Skin Pharmacol Appl Skin Physiol*, 2003, **16**, 188-202.
4. Henry F, Thirion L, Piérard-Franchimont C, et al.— Comment je traite... une dermatite des langes. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 212-216.
5. Piérard-Franchimont C, Goffin V, Piérard GE.— Comparative stratum corneum tolerance to antiseptic cleaning products. *J Derm Treat*, 1999, **10**, 195-198.
6. Piérard GE.— Le 17-butyratate d'hydrocortisone (Locoid®), un trentenaire toujours innovateur. *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 128-130.
7. Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Vroome V, Borgers M.— Le miconazole sous le kaleïdoscope. *Dermatol Actual*, 2006, **96**, 18-22.
8. Spraker MK, Gisoldi EM, Siegfried EC, et al.— Topical miconazole nitrate ointment in the treatment of diaper dermatitis complicated by candidiasis. *Cutis*, 2006, **77**, 113-120.

9. Piérard-Franchimont C, Letawe C, Piérard GE.— Triologic and mycologic consequences of the use of a miconazole nitrate-containing paste for the prevention of diaper dermatitis : an open pilot study. *Eur J Ped*, 1996, **155**, 576-578.
10. Petit L, Piérard-Franchimont C, Xhaufflaire-Uhoda E, et al.— Coping with mild inflammatory catamenial acne. A clinical and bioinstrumental split-face assessment. *Skin Res Technol*, 2004, **10**, 278-282.
11. Flagothier C, Vroome V, Borgers M, et al.— Effect of a single overnight topical application of miconazole nitrate paste on acne papules. *Int J Dermatol*, 2006, **45**, 316-319.
12. Xhaufflaire-Uhoda E, Vroome V, Cauwenbergh G, Piérard GE.— Dynamics of skin barrier repair following topical applications of miconazole nitrate. *Skin Pharmacol Physiol*, 2006, **19**, 290-294.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique. E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be