Pratique clinique

Ceci n'est pas une mycose !

M. BELLAKEHAL[(1)], P.-N. LANG[(2)], J.-B. DE LAMBERTERIE[(3)]

(1) 12e Centre Médical des Armées, 178e Antenne Médicale, Agen
(2) 7e Centre Médical des Armées, 76e Antenne Médicale, Varces
(3) 7e Centre Médical des Armées, 67e Antenne Médicale, Cran-Gevrier

Auteur correspondant : matt.bellak69@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.8883

Reçu
le 21 avril 2023

Accepté
le 11 juin 2024

Publié
le 5 septembre 2024

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
La kératolyse ponctuée plantaire est une pathologie liée à la prolifération de *Corynebacterium spp.* au niveau des pieds. Elle est favorisée par l'hyperhidrose et le manque d'hygiène. Sous-évaluée, car souvent méconnue et confondue avec une mycose, elle est pourtant fréquente dans nos armées et nécessite des antibiotiques topiques en première intention.

Mots-clés : Kératolyse ponctuée plantaire.
Infections à *Corynebacterium*. Hyperhidrose.
Médecine d'Armée.

Abstract:
THIS IS NOT MYCOSIS !
Plantar punctate keratolysis is a pathology linked to the proliferation of *Corynebacterium spp.* on the feet. It is favored by hyperhidrosis and lack of hygiene. Underestimated because it is often misunderstood and confused with a mycosis, it is nevertheless frequent in our armies, and requires topical antibiotics as first intention treatment.

Keywords: Plantar punctate keratolysis.
Corynebacterium infections. Hyperidrosis. Military medicine.

1 Exposé de la situation

Après deux semaines d'opération extérieure au Niger, un militaire de 28 ans consulte devant l'apparition de lésions plantaires bilatérales associées à un prurit.
L'équipe soignante évoque initialement une mycose.
Cliniquement, il n'y a pas d'intertrigo, ni de lésion inflammatoire. On constate au niveau de l'avant-pied, sur le talon et en interdigital des lésions punctiformes, comme des puits, bien limitées, parfois confluentes, intéressant la couche superficielle de l'épiderme (figures 1 et 2). Les pieds sont malodorants.
Le diagnostic de kératolyse ponctuée plantaire est finalement retenu.



Fig. 1 : Lésions punctiformes de l'avant-pied @Bellakehal



Fig. 2 : Lésions punctiformes du talon @Bellakehal

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

2 Discussion

La kératolyse ponctuée plantaire est secondaire à la proliferation de *Corynebacterium spp.* au niveau de la couche cornée. Elle touche fréquemment les hommes jeunes, elle est favorisée par une hyperhidrose plantaire, le port prolongé de chaussures fermées, des conditions climatiques favorisant la transpiration et l'humidité. Ces éléments sont souvent rencontrés dans le milieu militaire, en particulier en opération extérieure.

Le diagnostic est clinique, caractérisé par une couche cornée blanche avec de nombreuses dépressions punctiformes au niveau des points de pression (où elles sont parfois confondues avec des verrues en mosaïque) et des espaces interdigitaux. Ces lésions sont exsudatives, malodorantes avec possible sensation de brûlure (1).
Le traitement de la kératolyse ponctuée recommandé par les experts de dermatologie (hors Autorisation de mise sur le marché [AMM]) repose sur des antibiotiques topiques : acide fusidique, érythromycine, clindamycine, mupirocine ou les azolés. Les plus utlisés sont : l'acide fusidique crème ou pommade 2 % en trois ou quatre applications par jour pendant une semaine et l'érythomycine 2 % en deux applications par jour pendant dix jours. Il n'existe aucune étude comparative de bonne qualité comparant l'efficacité de ces traitements.

Si l'affection est sévère ou résistante, l'érythromycine *per os* est indiquée à la posologie de 250 mg, quatre fois par jour pendant sept jours (2-4).

En parallèle, l'hygiène des pieds est indispensable : nettoyage quotidien des pieds, séchage soigneux ensuite ; changement régulier de chaussures et de chaussettes et l'aération ou l'alternance entre les paires de chaussures. De même, la lutte contre l'hyperhidrose fait partie intégrante du traitement : utlisation de chaussettes en coton, port de chaussures peu occluses dès que possible et en cas d'hyperhidrose majeure, des tamponnements avec une solution aqueuse de chlorure d'aluminium à 20 % sont recommandés (à appliquer la nuit, puis laisser sécher et laver le lendemain ; à utiliser quotidiennement jusqu'à ce que l'hyperhidrose soit maîtrisée puis une à deux fois par semaine). La ionophérèse ou des injections de toxine botulique sont également efficaces et recommandées (2-4).

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc.

Références bibliographiques

1. Blaise G, Nikkels AF, Hermanns-Lê T, Nikkels-Tassoudji N, Piérard GE. Corynebacterium-associated skin infections. Int J Dermatol. 2008 Sep ; 47(9) :884-90.
2. Lachapelle J-M, Borradori L. Pathologie cutanée spécifique de la main et du pied. Dans : Saurat J-H, Lipsker D, Thomas L *et al.* Dermatologie et infections sexuellement transmissibles (6e éd.). Issy-Les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson ; 2017. p. 963-73.
3. Madden C, Putukian M, McCarty E *et al.* Skin Problems in the Athlete. In Netter's Sports Medicine (3e éd). Philadelphie (PA) : Elsevier ; 2023. p. 305-17.
4. Tan E, Berth-Jones Pitted and ringed keratolysis (keratolysis plantare sulcatum). Dans :Lebwohl M G, Heymann W R, Berth-Jones J and al. Treatment of skin disease : comprehensive therapeutic strategies (5e éd.). Philadephie (PA) : Elsevier ; 2018. p. 626-28.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533