

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la teigne inflammatoire chez l'enfant

Epidemiological, clinical and therapeutic profile of inflammatory ringworm in children

Dicko AA^{1,2}, Kitha P^{1,3}, Traoré A^{1,2}, Gassama M^{1,2}, Tall K^{1,2}, Traoré B^{1,2}, Diallo Z^{1,2}, Touré H^{1,2}, Faye O^{1,2}

1. Hôpital de Dermatologie de Bamako

2. Faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako

3. Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi, RDC

***Auteur correspondant :** Adama A Dicko, adadicko66@yahoo.fr, Maître de Conférences Agrégé en Dermatologie – Vénérologie, Faculté de médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Résumé

Le kérion de Celse, ou teigne inflammatoire est une forme grave de teigne du cuir chevelu qui atteint le follicule pileux du cuir chevelu. Une pathologie très fréquente chez l'enfant qui peut être émaillée de complications infectieuses et d'un préjudice esthétique. Il s'agit d'une étude transversale et descriptive des cas de kérion de Celse qui ont consultés à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako du 1er mars au 30 juin 2024. Nous avons retenu et inclus tous les cas de kérion sur la base des arguments cliniques et tous les patients qui ont accepté de participer à l'étude. C'était un recrutement exhaustif. L'anonymat des patients a été respecté. Pendant la période, sur 13 527 patients consultés nous avons noté 25 cas de kérion de Celse, soit une fréquence hospitalière de 0,18 %. Le sexe masculin était majoritaire soit 80 % (20/25). L'âge moyen était de 6,0400 ans $\pm$ 2,9648 ; avec des extrêmes de 1 an à 12 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 mois à 39 mois (46,30 %). Le chat était l'animal domestique le plus présent en famille chez 20/25 patients. Une mauvaise hygiène corporelle était notée chez 20 cas soit 80 %. Le nombre de plaques variait d'une plaque chez 5/25 à 4 et plus chez 20/25. Sur le plan biologique les sérologies HTLV1 et VIH étaient positives, respectivement chez 5/25 (20%) et 4 (16%). Un traitement antifongique associé à une corticothérapie par voie orale de 5mg par jour pendant 5 jours a été instauré chez 22 (88%). Un traitement antiparasitaire a été administré avant la corticothérapie chez tous les cas. L'évolution sous traitement était favorable au bout de 7 jours chez 23 (92%). Le kérion de Celse est une teigne inflammatoire traitée à tort comme une pyodermite. Une corticothérapie à faible dose associée au traitement antifongique a permis d'éviter une alopecie cicatricielle.

Mots-clés : Teigne inflammatoire, épidémiologie, thérapeutique.

Abstract

Kerion of Celsus, or inflammatory ringworm, is a severe form of ringworm of the scalp that affects the hair follicle of the scalp. A very common pathology in children that can be peppered with infectious complications and aesthetic regicide. This is a cross-sectional and descriptive study of cases of Kerion of Celsus who consulted at the Dermatology Hospital of Bamako from March 1 to June 30, 2024. We selected and included all cases of Kerion for Kerion of Celsus based on clinical arguments and all patients who agreed to participate in the study. It was an exhaustive recruitment. The anonymity of the patients was respected. During the period, out of 13,527 patients consulted, we noted 25 cases of Kerion of Celsus, representing a hospital frequency of 0.18%. The male sex was the majority, i.e. 80% (20/25). The mean age was 6.0400 years $\pm$ 2.9648; with extremes from 1 year to 12 years. The most represented age range was 20 months to 39 months (46.30%). The cat was the most present domestic animal in the family in 20/25 patients. Poor personal hygiene was noted in 20 cases or 80%. The number of plaques ranged from one in 5/25 to four or more in 20/25. Laboratory tests for HTLV1 and HIV were positive in 5/25 (20%) and 4 (16%). Antifungal treatment combined with oral corticosteroid therapy of 5 mg daily for 5 days was initiated in 22 (88%) cases. Antiparasitic treatment was administered before corticosteroid therapy in all cases. Treatment progressed favorably after 7 days in 23 (92%) cases. Kerion of Celsus is an inflammatory tinea capitis that has been mistreated as pyoderma. Low-dose corticosteroid therapy combined with antifungal treatment prevented cicatricial alopecia.

Keywords: Inflammatory tinea capitis, epidemiology, therapy.

INTRODUCTION

Le kérion de Celse, ou teigne inflammatoire est une forme grave de teigne du cuir chevelu qui atteint le follicule pileux du cuir chevelu. Les agents responsables sont des dermatophytes dans la majorité zoophiles [1]. Sur le plan clinique, il est caractérisé par des plaques arrondies inflammatoires parsemées de lésions pustuleuses localisées sur la tête. Il survient généralement chez les enfants, sans traitement il peut se compliquer de surinfections, de septicémie et souvent d'une alopecie cicatricielle [2]. C'est une dermatose beaucoup plus rapportée en chine chez les enfants [3], mais peu rapportée en Afrique subsaharienne. Le kérion représentait 7,81 % 2017 des cas en Tunisie, 5,3 % des cas au Sénégal en 2015. Au Mali dans un district sanitaire d'une région du Mali il représentait 2% des consultation en 2023 (4). L'objectif de la présente étude est de déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cas de kérion de Celse vus en consultation à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive a concernée tous les patients qui ont consulté l'Hôpital de Dermatologie de Bamako du 1er mars au 30 juin 2024. Nous avons retenu et inclus tous les cas de kérion Celse sur la base des arguments cliniques et tous les patients qui ont accepté de participer à l'étude. C'était un recrutement exhaustif. Les cas de teigne simple et les non consentants n'ont pas été inclus. Le diagnostic reposait sur la présence d'une plaque alopecique, arrondie, inflammatoire parsemée de lésions pustuleuses sur le cuir chevelu. Les données épidémiologiques et cliniques et thérapeutiques ont été recueillies sur une fiche d'enquête électronique puis saisies et analysées avec les logiciels Excel, EPIDATA et SPSS. L'anonymat des patients a été respecté. Les images ont été prises après l'obtention du consentement des patients. Les dispositions ont été prises pour que ces derniers ne soient pas reconnus sur les images. Aucun prélèvement n'était effectué, l'inclusion n'exposait pas les participants à une risque supplémentaire.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude, sur 13 527 patients consultés, nous avons noté 25 cas de kérion de celse, soit une fréquence hospitalière de 0,18 %. Le sexe masculin était majoritaire, soit 80 % (20/25). L'âge moyen était de 6,0400 ans $\pm$ 2,9648 ; avec des extrêmes de 1 an à 12 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 39 mois (46,30 %). La majorité des patients venaient du milieu urbain : 21/25, soit 84 % des cas. Le chat était l'animal domestique le plus présent en famille chez 20/25, et le chien chez 5/25 ; souvent, certains évoquaient la présence de deux à trois chats dans la même famille. Parmi nos patients, le rasage des cheveux était noté chez 19 cas (76 %), contre 4/25 (16 %) qui utilisaient la tondeuse. Il y avait des antécédents de diabète familial chez 15 cas (60 %) et d'HTA chez 6 cas (24 %). Au cours de la consultation, nous avons noté une malnutrition chez 13 cas, soit 52 % des patients. Une mauvaise hygiène corporelle a été notée chez 20 cas, soit 80 %. La principale symptomatologie était la douleur : 24/25, soit 96 %. Parmi eux, le prurit était présent chez 23/25, soit 92 %. La maladie avait évolué pendant environ 5 mois chez 19 enfants, soit 77 % des cas, et de plus de 5 mois chez 6 enfants, soit 23 %. Un traitement antérieur initié avant la consultation a échoué chez 16 patients sur 25 (64 %) avec les antifongiques, et chez 14 patients sur 25 (56 %) traités comme une pyodermite avec les antibiotiques oraux et topiques. Cliniquement, l'aspect des lésions est celui d'une plaque ovale inflammatoire recouverte de lésions pustuleuses (fig.1). Le nombre de plaques variait d'une chez 5/25 à plus de quatre chez 20/25. Le diamètre du grand axe des lésions était de $10,16 \pm 15,98$ cm, et celui du petit axe était de $3,59 \pm 1,4$ cm. Sur le plan biologique, la NFS était normale chez 20 (80 %) des patients. Les sérologies étaient positives pour le HTLV1 chez 5 (20 %) et le VIH chez 4/25 (16 %). La protidémie était élevée chez 10/25 (40 %) des patients. Ils ont tous reçu un traitement antiseptique et une antibiothérapie en présence de signes de surinfection. 22/25 (88 %) avaient reçu de la prednisolone par voie orale de 5 mg par jour pendant 5 jours (fig. 2). Un traitement antiparasitaire a été administré avant la corticothérapie chez tous les cas. L'évolution sous ce traitement était bonne au bout de 7 jours chez 23 (92 %) patients. 20 patients avaient suivi les contrôles jusqu'à 1 mois.

DISCUSSION

Le kérion de Celse (KC) est une infection fongique inflammatoire profonde du cuir chevelu rare chez les nouveau-nés, plus fréquente chez les enfants d'environ 3 ans et plus [5, 6, 7, 8]. Il est la résultante d'une réaction d'hypersensibilité locale aux antigènes des dermatophytes responsables [2], médiée par les lymphocytes T plutôt que par des bactéries. Les espèces zoophiles (*Microsporum canis* +++) sont les plus citées [3]. En plus de la réaction d'hypersensibilité locale due aux antigènes des dermatophytes responsables du kérion, certains auteurs ont rapporté aussi une possibilité d'hypersensibilité immunitaire à distance déclenchée par les dermatophytes, telle que : l'érythème noueux (le plus rapporté) et certaines maladies auto-immunes bulleuses chez l'enfant [6]. Nous n'avons pas rapporté de cas dans notre série, probablement dû à sa petite taille. Parmi nos cas, les moins âgés avaient 1 an et les plus âgés avaient 12 ans, par rapport aux cas tunisiens qui avaient moins de 10 ans [9]. Cela peut s'expliquer par l'immaturation du follicule pilosébacé à produire le sébum ayant des propriétés fongistatiques [10]. L'animal de compagnie le plus cité est le chat, porteur du *T. canis*, rapporté par plusieurs auteurs [11]. Comme cité dans notre étude, le chat est l'animal domestique rencontré chez nos cas. Cependant, pour l'identification de l'espèce, l'examen mycologique n'a pas pu être réalisé pour des raisons techniques et financières [12]. Le diagnostic reposait sur la clinique et la confirmation de l'agent étiologique par microscopie, culture fongique et procédures moléculaires. En revanche, le traitement d'épreuve a permis une guérison complète de tous les cas. Le retard du traitement chez nos cas est le plus souvent dû à une errance diagnostique de la maladie, prise pour une pyodermite traitée par des antibiotiques antibactériens, comme cité dans plusieurs études [2]. Le traitement est médical avec des antifongiques systémiques et topiques, complétés par des antibiotiques systémiques si nécessaire, tandis que la chirurgie doit être évitée. Dans notre étude, le rasage, notamment par l'usage de lames de rasoir, a constitué un facteur déclencheur. Le traumatisme infligé aux follicules pileux et à la peau périfolliculaire lors de la repousse favorise une réaction inflammatoire, souvent caractérisée par un prurit, un érythème et, dans certains cas, une douleur. Ces observations soutiennent

l'hypothèse selon laquelle le kérion s'inscrit dans un continuum de manifestations cliniques liées à ces agressions cutanées [13]. Devant l'inflammation, un traitement à base d'antiseptiques, une corticothérapie par voie orale à faible dose (5 mg) pendant 5 jours, avec un déparasitage systématique préalable, a donné de bons résultats chez tous nos patients. Ceci montre l'importance de la corticothérapie dans la rupture des états inflammatoires aigus [14, 15, 16]. Certains facteurs ont été notés dans notre étude, à savoir l'état nutritionnel, le statut VIH et la sérologie HTLV1, qui méritent d'être analysés sur un grand nombre d'échantillons. Le kérion de Celse reste une dermatose très courante en dermatologie. Sa connaissance et, surtout, sa prise en charge sont à bien maîtriser. La petite taille de notre échantillon, la courte période de collecte sur 4 mois et la non réalisation de l'examen mycologique n'ont pas permis de faire une analyse plus approfondie de nos résultats. Une étude multicentrique est souhaitable pour approfondir nos connaissances.

CONCLUSION

Le kérion de Celse est une teigne inflammatoire rencontrée beaucoup plus chez l'enfant. Le sexe masculin est le plus touché. Le chat était principalement l'animal de compagnie des cas. La pathologie est traitée à tort comme une pyodermite. Une corticothérapie à faible dose associée aux antifongiques permet d'éviter une alopécie cicatricielle. Une sensibilisation des parents sur les facteurs étiologiques et les prescripteurs dans la prise en charge correcte est nécessaire. D'autres études plus étendues sont nécessaires pour étayer les facteurs de risque de la maladie et la mise en évidence de l'espèce responsable.

Conflits d'intérêts : aucun conflit d'intérêt à déclarer



Fig.1 : plaque parsemée de lésions pustuleuses chez un garçon



Fig. 2 : Plaques alopéciques après 5 jours de traitement prednisone 5mg chez une fille

REFERENCES

1. Chirac A, Diaconeasa A, Voicu C, Ivaniciuc M, Miulescu R, Chiriac AE, et al. Kerion Celsi in infants and children-A narrative review 2010-2023. *Mycoses*. 2024 ;67(1):e13675.
2. Wei S, Wang H, Li A, Yuan C. Kerion Celsi caused by *Microsporum gypseum* in a Chinese child, a case report. *Medicine*. 2022 ;101(13):e28936.
3. R. Deng, X. Chen, D. Zheng, et al., Epidemiologic features and therapeutic strategies of kerion: a nationwide multicenter study, *Mycoses* 2024; doi.org/10.1111/myc.13751.
4. Kanoute A, Cisse L, Fofana R. Epidemiological Profile of Inflammatory Ringworm in Children at the Koulikoro Reference Health Centre (Csref). *Ann Dermatol Res*. 2024; 8: 012-014.
5. Aguirre Sotelo JP, Tarango Martinez VM, Vera Cabrera L. Kerion Celsi caused by *Trichophyton tonsurans* in an adult. *An Bras Dermatol*. 2022 ;97(5):637-40.
6. Trapani S, Rubino C, Lodi L, Resti M, Indolfi G. Erythema Nodosum in Children: A Narrative Review and a Practical Approach. *Children*. 2022, 9, 511. <https://doi.org/10.3390/children9040511>.
7. Gómez-Moyano E, Fernández-Sánchez AM, Crespo-Erchiga V, Martínez-Pilar L. Kerion Celsi caused by *Trichophyton tonsurans* with dermatophytid reaction. *Rev Iberoam Micol*. 2021 ;38(3):151-2.
8. Lefranc M, Fourmond S, Jabet A, Normand AC, Girard D, Accoceberry I, et al. Severe Kerion Celsi caused by *Trichophyton quinckeanum* : Severe Kerion Celsi due to *Trichophyton quinckeanum*. *J Mycol Med*. 2024 ;34(1):101453.
9. Chaabouni R, Boudaya S, Fickra F, Masmoudi A, Turki H. Le profil épidémioclinique du kérion chez les enfants dans le centre tunisien. *Ann dermatol venereal*. 2018; 145: A61
10. Zaraa I, Trojjet S, El Guellali N, El Euch D, Chelly I, Mokni M, et al. Childhood erythema nodosum associated with kerion celsi: a case report and review of literature. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(4):479-82.
11. Litaïem N, Jabeur K, Kaabi W, El Khalifa J, Dhaoui MR, Youssef S, et al. Epidemiology of tinea capitis in northern Tunisia. *J Mycol Med*. 2014;24(2):175-6.
12. Leung AKC, Hon KL, Leong KF, Barankin B, Lam JM. Tinea Capitis: An Update Review. *Récent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2020 ;14(1):58-68.
13. Shemer A, Lyakhovitsky A, Kaplan B, Kassem R, Daniel R, Caspi T, et al. Diagnostic approach to tinea capitis with kerion: A retrospective study. *Pediatr Dermatol*. 2022 ;39(5) :708-12.
14. Maslin J, Morand JJ, Soler C. Les teignes tropicales. *Med Trop* 2005 ; 65 : 313-320
15. Jacqueline Paulina Aguirre Sotelo, Víctor Manuel Tarango Martinez, Lucio Vera Cabrera. Kerion celsi caused by *Trichophyton tonsurans* in an adult. *Anais Bra Dermatol* 2022; 97(5):637-640
16. Hill RC, Gold JAW, Lipner SR. Comprehensive Review of Tinea Capitis in Adults: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Presentations, and Management. *J Fungi Basel Switz* 2024 ;10(5) :35.