



# Le fond du fungus : l'onychomycose de l'ongle d'orteil

Adrienne Lindblad ACPR PharmD Stacy Jardine BScPharm Michael R. Kolber MD CCFP MSC

## Question clinique

Dans quelle mesure les traitements pour l'onychomycose de l'ongle d'orteil chez l'adulte sont-ils efficaces?

## Résultats

De 45 à 60% des patients qui suivent des traitements par voie orale, de 6 à 23% de ceux qui utilisent des traitements topiques et moins de 10% de ceux qui prennent un placebo seront «guéris» après environ 1 an. Il faudrait réserver les traitements topiques aux cas qui présentent une lésion minimale de l'ongle ( $\leq 40\%$ ).

## Données probantes

- Agents oraux: Dans une méta-analyse de 43 ERC portant sur 9730 patients qui prenaient des agents oraux<sup>1</sup> (lésion touchant de 60 à 70% de l'ongle<sup>2</sup>, 12 à 16 semaines de traitement<sup>3</sup>), les taux de guérison clinique, après une période de 4 mois à 2 ans de suivi, étaient les suivants:
  - Dans 8 ERC, les taux se situaient à 48% pour la terbinafine et à 6% pour le placebo (nombre de sujets à traiter [NST] de 3).
  - Dans 9 ERC, les taux étaient de 31% pour les «azoles» (surtout l'itraconazole) et de 1,4% pour le placebo (NST=4).
  - Dans 15 ERC, les taux s'élevaient à 58% pour la terbinafine et de 46% pour les azoles (NST=9).
- Ciclopirox topique: Dans 3 ERC comptant un total de 928 patients (48 semaines de traitement et ongle affecté à environ 40%)<sup>4,5</sup>, les taux de «guérison» (guérison mycologique et clinique) étaient de 6 à 8% avec le ciclopirox topique et de 0 à 1% avec le placebo (NST= 15 à 23).
- Éfinaconazole topique: Dans 2 ERC identiques auprès de 1655 patients (48 semaines de traitement, évaluation après 52 semaines, ongle affecté à environ 40%)<sup>6</sup>, les taux de guérison étaient d'environ 16% et, avec un placebo, de 4% (NST d'environ 9).
  - Dans 1 ERC auprès de 135 patients, après 36 semaines de traitement et un suivi 4 semaines plus tard (ongle affecté à 40% environ)<sup>7</sup>, le taux de guérison était d'environ 22% (9% avec le placebo; NST=8).


## Contexte

- Des lignes directrices britanniques conseillent d'obtenir une confirmation en laboratoire avant d'entreprendre le traitement<sup>8</sup>, mais seulement la moitié des lignes directrices canadiennes le recommandent<sup>9</sup>. Il

peut falloir plusieurs semaines avant de recevoir les résultats des cultures, et leurs taux de faux-négatifs sont d'environ 35%<sup>10</sup>. Les colorations des mycoses à elles seules ont une faible sensibilité<sup>10</sup>.

- Les lignes directrices canadiennes suggèrent l'éfinaconazole topique (ongle affecté à <20%), l'éfinaconazole avec ou sans terbinafine par voie orale (ongle affecté entre 20 et 60% ou pour >3 ongles), et la terbinafine par voie orale (lésion de l'ongle de >60%)<sup>9</sup>.
- Le risque d'une lésion hépatique induite par la terbinafine est d'environ 1 sur 50000 à 120000 prescriptions<sup>11</sup>.
- Le traitement avec la terbinafine sans test de confirmation est probablement l'approche la plus rentable<sup>12</sup>.
- Même s'il n'y avait pas toujours de différence statistique, certaines ERC ont fait valoir une amélioration clinique avec un schéma thérapeutique par voie orale de 4 à 6 mois, par rapport à un de 3 mois<sup>3,13</sup>.

## Mise en pratique

Il est difficile de déterminer la durée optimale de la thérapie en raison de la lente croissance des ongles d'orteils et de la longue période de temps qu'il faut aux ongles pour repousser à leur état «normal». Une marque sur l'ongle au bord proximal de l'infection après une thérapie par voie orale de 3 à 4 mois permet d'évaluer la réussite. Demandez au patient de revenir si l'infection s'approche de la marque ou n'a pas disparu sous l'effet de la repousse après 12 à 18 mois<sup>14</sup>. Les patients dont l'infection persiste pourraient bénéficier d'un traitement prolongé. 

La **D<sup>re</sup> Lindblad** (PharmD) est coordonnatrice de la transposition des connaissances et des données probantes au Collège des médecins de famille de l'Alberta, et professeure agrégée de clinique au sein du Groupe PEER (Patients, Expérience, Évidence, Recherche) du Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta, à Edmonton. **M<sup>me</sup> Jardine** est pharmacienne à Peace River (Alberta). Le **D<sup>r</sup> Kolber** est professeur au sein du Groupe PEER du Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

### Références

- Kreijkamp-Kaspers S, Hawke K, Guo L, Kerin G, Bell-Syer SEM, Magin P et coll. Oral antifungal medication for toenail onychomycosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(7):CD010031.
- Evans EG, Sigurgeirsson B. Double blind, randomized study of continuous terbinafine compared with intermittent itraconazole in treatment of toenail onychomycosis. *BMJ* 1999;318(7190):1031-5.
- Drake LA, Shear NH, Arlette JP, Cloutier R, Danby FW, Elewski BE et coll. Oral terbinafine in the treatment of toenail onychomycosis: North American multicenter trial. *J Am Acad Dermatol* 1997;37(5 Pt 1):740-5.
- Gupta AK, Fleckman P, Baran R. Ciclopirox nail lacquer topical solution 8% in the treatment of toenail onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(4 Suppl):S70-80.
- Baran R, Tosti A, Hartmane I, Altmeyer P, Hercogova J, Koudelkova V et coll. An innovative water-soluble biopolymer improves efficacy of ciclopirox nail lacquer in the management of onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(7):773-81. Publ. en ligne du 4 mai 2009.

6. Elewski BE, Rich P, Pollak R, Pariser DM, Watanabe S, Senda H et coll. Efficacy of efinaconazole 10% solution in the treatment of toenail onychomycosis: two phase III multicenter, randomized, double-blind studies. *J Am Acad Dermatol* 2013;68(4):600-8. Publ. en ligne du 20 nov. 2012.
7. Tschen EH, Bucko AD, Oizumi N, Kawabata H, Olin JT, Pillai R. Efficacy of efinaconazole solution in the treatment of toenail onychomycosis: a phase 2, multicenter, randomized, double-blind study. *J Drugs Dermatol* 2013;12(2):186-92.
8. Ameen M, Lear JT, Madan V, Mohd Mustapa MF, Richardson M. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of onychomycosis 2014. *Br J Dermatol* 2014;171(5):937-58.
9. Gupta AK, Sibbald RG, Andriessen A, Belley R, Boroditsky A, Botros M et coll. Toenail onychomycosis—a Canadian approach with a new transungual treatment: development of a clinical pathway. *J Cutan Med Surg* 2015;19(5):440-9. Publ. en ligne du 9 avr. 2015.
10. Gupta AK, Versteeg SG, Shear NH. Onychomycosis in the 21st century: an update on diagnosis, epidemiology, and treatment. *J Cutan Med Surg* 2017;21(6):525-39. Publ. en ligne du 22 juin 2017.
11. Kramer ON, Albrecht J. Clinical presentation of terbinafine-induced severe liver injury and the value of laboratory monitoring: a critically appraised topic. *Br J Dermatol* 2017;177(5):1279-84. Publ. en ligne du 11 oct. 2017.
12. Mikailov A, Cohen J, Joyce C, Mostaghimi A. Cost-effectiveness of confirmatory testing before treatment of onychomycosis. *JAMA Dermatol* 2016;152(3):276-81.
13. Heikkilä H, Stubb S. Long-term results in patients with onychomycosis treated with terbinafine or itraconazole. *Br J Dermatol* 2002;146(2):250-3.
14. RxFiles. *Onychomycosis treatment and the antifungal drug chart*. Saskatoon, SK : Saskatoon Health Region; 2010.

---

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2019;65:e513-4.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the **December 2019** issue on **page 900**.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC) sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumant les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le MFC sont coordonnés par **Dr G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca).