

Item n° 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : *Candida albicans*

Objectif pédagogique

- Diagnostiquer et traiter une infection cutanéomuqueuse à *Candida albicans*.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les candidoses sont des infections dues à des champignons levuriformes, du genre *Candida* dont l'espèce *albicans* est responsable de la plupart des manifestations pathologiques chez l'homme.

Candida albicans est un endosaprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales, mais il peut passer de l'état saprophyte à un état parasitaire pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisant (tableau I). À l'inverse, *Candida albicans* n'est jamais trouvé à l'état normal sur la peau.

Modalités d'infestation

Rarement, l'infestation a lieu par la voie exogène : contamination du nouveau-né ou du nourrisson par la mère atteinte de vaginite candidosique, candidoses sexuellement transmissibles des adultes par exemple.

Tableau I. – Facteurs favorisant le développement d'une candidose cutanée ou muqueuse.

Facteurs locaux

Humidité, macération (contacts répétés avec l'eau, occlusion, transpiration, obésité...), pH acide
Irritations chroniques (prothèses dentaires, mucite postradique...)
Xérostomie

Facteurs généraux

Terrain :

Immunosuppression : congénitale, acquise (thérapeutique, VIH)
Diabète
Grossesse
Âges extrêmes de la vie

Médicaments :

Antibiotiques généraux
Œstrogènes
Corticoïdes

Elle a lieu principalement par la voie endogène à partir d'une porte d'entrée digestive ou génitale. Exceptionnellement, *Candida albicans* provoque des septicémies ou des lésions viscérales profondes dans un contexte d'immunosuppression ou chez les patients en aplasie médullaire.

DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE

L'examen mycologique n'est pas toujours pratiqué en routine, en raison d'une présentation clinique souvent évidente et de l'efficacité du traitement d'épreuve antifongique local. Il devient souhaitable lorsque l'aspect clinique est atypique, que les lésions récidivent ou résistent à un traitement adapté. Il comprend :

- le prélèvement à l'écouvillon des lésions cutanéomuqueuses ou le découpage d'un fragment d'ongle pour examen direct et mise en culture ;
- l'examen direct qui recherche des levures bourgeonnantes avec présence de pseudofilaments ou de filaments qui signent le pouvoir pathogène de *C. albicans* ;
- la culture sur milieu de Sabouraud qui permet le développement en 48 h des colonies dont la caractérisation permet de diagnostiquer l'espèce en cause.

À partir de sites cutanés, l'isolement en culture de *Candida albicans*, normalement absent de la peau saine, conduit au diagnostic de candidose.

FORMES CLINIQUES

Candidoses buccales et digestives

Elles atteignent un ou plusieurs des segments du tube digestif. Elles sont particulièrement fréquentes aux âges extrêmes de la vie et chez les sujets immunodéprimés.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Perlèche uni- ou bilatérale : intertrigo de la commissure labiale où le fond du pli est érythémateux, fissuraire et macéré ; la lésion peut s'étendre à la peau adjacente et au reste de la lèvre (chéilite).

Glossite : érythème, langue décapillée.

Stomatite : inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse buccale ; les troubles subjectifs sont identiques : sécheresse de la bouche, sensation de cuisson, de goût métallique ; elle peut se présenter sous plusieurs formes :

– stomatite érythémateuse : au niveau des gencives et du palais, la muqueuse devient brillante, rouge, vernissée et douloureuse (fig. 1) ;

– muguet : à la face interne des joues, l'érythème est recouvert d'un enduit blanchâtre qui se détache facilement au raclage ; en l'absence de traitement, le muguet peut s'étendre au pharynx et être responsable d'une dysphagie nette (fig. 2).

L'atteinte œsophagienne, plus rare, est souvent une extension de la candidose buccale ; elle doit faire rechercher une immunodépression, notamment une infection VIH.

Les candidoses gastro-intestinales accompagnent généralement une candidose bucco-œsophagienne et peuvent être indirectement révélées par une diarrhée. La candidose anorectale est révélée par un prurit anal ; l'examen découvre d'une anite érythémateuse, érosive et suintante périanale qui peut se prolonger par un intertrigo interfessier.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Atteinte buccale :

– stomatites : autres affections inflammatoires de la muqueuse buccale, les leucoplasies, le lichen plan ;

– glossites : langue géographique, langue noire villeuse (simple oxydation des papilles du dos de la langue), carencielles ou métaboliques ;

– perlèches : streptococciques, syphilitiques, herpétiques, nutritionnelles.

Atteinte périanale : anite streptococcique, macération, hémorroïdes.

Candidoses génitales

Leur caractère sexuellement transmissible n'est pas constant ou admis par tous. Elles peuvent survenir chez l'enfant par extension d'une dermite fessière ou d'une anite candidosique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les tableaux cliniques sont variés et polymorphes, mais le diagnostic de mycose génitale est d'ailleurs volontiers porté par excès :

– vulvovaginite candidosique ;
– atteinte prédominante chez les femmes jeunes et d'âge moyen, notamment pendant la grossesse :

• lésions d'abord érythémateuses et œdémateuses avec prurit, puis apparaît un enduit blanchâtre, des leucorrhées souvent abondantes, blanc-jaunâtre, qui stagnent dans les

plis de la muqueuse vulvo-vaginale, responsables d'un prurit intense ou d'une dyspareunie ;

• l'extension aux plis inguinaux et aux plis interfessiers est fréquente et facilite le diagnostic ;

• une cervicite érosive ou une urétrite (dysurie, pollakiurie) peuvent compléter le tableau ;

• chez la plupart des femmes : quelques épisodes aigus au cours de la vie répondant à un traitement classique ; chez d'autres, la vulvovaginite est récidivante ou chronique et son retentissement psychique est important. Chez ces femmes, l'infection semble résulter d'avantage de la prolifération répétée et de l'activation d'une colonisation vaginale saprophyte que d'une véritable transmission sexuelle ;

– candidoses génitales masculines : ensemencement à l'occasion d'un rapport sexuel ou à partir d'une candidose urétrale ou digestive mais l'infection ne peut se développer durablement que sur un terrain prédisposé ; plusieurs tableaux sont parfois intriqués :

• méatite avec écoulement purulent blanc-verdâtre, associé à une dysurie et à un prurit ;

• balanite et balano-posthiste : aspect peu spécifique (lésions érythémato-squameuses parfois pustuleuses du gland, du sillon balano-préputial et/ou du prépuce), qui mérite d'être authentifié par un prélèvement mycologique, car le diagnostic est souvent porté par excès ; exceptionnellement, *Candida albicans* a pu être retrouvé comme agent causal d'urétrite masculine.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Vulvo-vaginites : bactérienne, trichomonase, allergique, lichénification, lichen sclérotrophique, carcinome intraépithélial (maladie de Paget), psoriasis.

Balanites : syphilis secondaire, herpès génital, balanite de macération, carcinome intraépithélial (érythroplasie de Queyrat, maladie de Bowen), psoriasis.

Au moindre doute, pratiquer une biopsie.

Intertrigos candidosiques

L'aspect clinique est, en règle générale, suffisamment évocateur pour poser le diagnostic : les candidoses réalisent une lésion à fond érythémateux recouvert d'un enduit crémeux malodorant et limité par une bordure pustuleuse ou une colerette desquamative.

Mécanisme : le plus souvent auto-inoculation à partir d'un réservoir digestif ou vaginal.

Facteurs favorisants : obésité, macération, diabète, manque d'hygiène.

Évolution : chronique et souvent récidivante.

FORMES CLINIQUES

L'intertrigo des grands plis (génito-crural, périanal et interfessier, sous-mammaire) : débute au fond du pli, l'atteinte est fissuraire ; l'atteinte des plis est en général bilatérale et symétrique et les intertrigos sont volontiers associés entre eux (fig. 3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9223727>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9223727>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)