

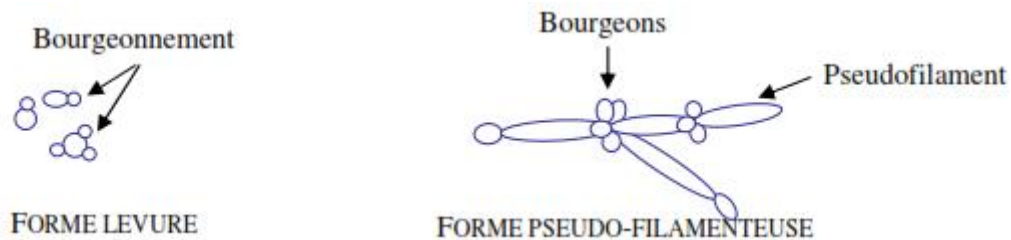
Les Candidoses

Introduction

Les candidoses sont des mycoses cosmopolites provoquées par des champignons levuriformes (Levures) commensaux appartenant au **genre *Candida***. L'espèce la plus courante est *Candida albicans*. Les aspects cliniques sont nombreux et de gravité variable.

1. Agent pathogène

Les levures du genre *Candida* mesurent 2 à 15 µm et se multiplient par bourgeonnement. Certaines espèces produisent des structures pseudo-filamenteuses.



Environ 20 espèces appartenant au genre *Candida* sont régulièrement isolées chez l'homme :

- *C. albicans* est l'espèce **la plus courante** et représente **70 à 80 %** des isoléments. C'est une levure **commensale** de la flore des **muqueuses (digestive surtout)** ;
- d'autres espèces sont des commensaux habituels de la peau ou des muqueuses (*C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*). Ces mêmes espèces sont retrouvées en pathologie.

2. Facteurs favorisant des candidoses

Les facteurs favorisant peuvent être décomposés en facteurs intrinsèques ou extrinsèques. Pour les candidoses cutanéomuqueuses, les facteurs locaux sont prédominants. Pour les infections invasives, les facteurs de risque sont plus nombreux et varient selon le terrain (immunodéprimés, chirurgie abdominale lourde, patients de réanimation...).

2.1. Facteurs intrinsèques (liés à l'hôte)

Les facteurs liés à l'hôte sont multiples. Ils peuvent être physiologiques (Nouveau-né, vieillard, surcharge pondérale, grossesse), locaux (transpiration, macération, irritations...) ou liés au terrain du patient (diabète, immunodépression en particulier au cours de l'infection à VIH, d'une hémopathie maligne ou d'un cancer...).

2.2. Facteurs extrinsèques (iatrogènes)

Les facteurs iatrogènes sont également très divers et comprennent l'usage de corticoïdes, immunosuppresseurs, l'antibiothérapie à large spectre et les antiseptiques, la toxicomanie intraveineuse, les gestes chirurgicaux (chirurgie digestive, cardiaque) ; la transplantation d'organes ou bien encore la pose de dispositifs intravasculaires (cathéters veineux centraux notamment).

3. Physiopathologie

L'infection est presque toujours d'origine **endogène**, à partir des levures commensales. Levures **opportunistes** : elles passent de l'état commensal à l'état pathogène sous l'**effet de facteurs favorisants (= facteurs de risque)**.

Les aspects cliniques des candidoses sont nombreux et variés, classés en deux groupes, les **candidoses superficielles** et les **candidoses profondes**, qui diffèrent par leurs localisations, leur gravité, leurs facteurs de risque et les espèces en cause.

	Candidoses superficielles	Candidoses profondes
Organes cibles	Muqueuses, peau, ongles	Sang et organes profonds
Espèces en cause	<i>C. albicans</i> > 95 %	- <i>C. albicans</i> 50 % ; - <i>C. non-albicans</i> 50 % (<i>C. glabrata</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. krusei</i>).
Patients à risque	- Immunocompétents (facteurs locaux ⁽¹⁾ et généraux ⁽²⁾) ; - Immunodéprimés ⁽³⁾ .	- Immunodéprimés (neutropénie) ⁽⁴⁾ ; - Chirurgie (digestive surtout) ; - Patients porteurs de voies veineuses ou autre matériel étranger ⁽⁵⁾
Pronostic	Bon	Grave Mortalité 40% (fongémies)

⁽¹⁾ humidité, macération, mauvais état bucco-dentaire, prothèse dentaire.

⁽²⁾ âges extrêmes de la vie, grossesse, diabète, antibiotiques.

⁽³⁾ VIH, hémopathie, chimiothérapie anticancéreuse, immunosuppresseurs, corticoïdes.

⁽⁴⁾ hémopathies, chimiothérapies anticancéreuses. Risque accru si association avec antibiotiques, corticoïdes, colonisation massive par *Candida* sp.

⁽⁵⁾ valve cardiaque, prothèse.

4. Cliniques

4.1. Candidoses superficielles

Elles sont très fréquentes, en majorité **bénignes**, faciles à diagnostiquer et à traiter. L'identification des facteurs de risque est importante pour éviter les récidives.

4.1.1. Candidoses digestives

a) Candidoses buccales

Signes majeurs : **érythème** puis **dépôts blanchâtres** traduisant la prolifération des levures. Signes fonctionnels modérés : bouche sèche, sensation de goût métallique, brûlures buccales avec ou sans douleur à la déglutition.

Formes cliniques :

- **Muguet buccal** : dépôts blanchâtres sur la langue, les gencives, la face interne des joues, le voile du palais et le pharynx. Muqueuse sous-jacente érythémateuse ;

- **Glossite** : langue érythémateuse, luisante, lisse, décapillée et douloureuse. Pas de dépôts blanchâtres;

- **Stomatite des dentiers** : inflammation douloureuse du palais touchant 30% des porteurs de dentiers. Souvent liée à un défaut d'hygiène buccale ou au mauvais ajustement de la prothèse ;

- **Perlèche** : fissuration bilatérale de la commissure des lèvres gênant l'ouverture de la bouche. Souvent associée à une atteinte buccale interne.

b) Candidose œsophagienne

Facteur de risque : **immunosuppression lymphocytaire T** (VIH, cancer). La candidose œsophagienne classe un patient infecté par le VIH en stade SIDA.

Signes cliniques : douleur à la déglutition et brûlures œsophagiennes (pyrosis) augmentées au passage des aliments. Candidose **buccale** souvent **associée**.

Fibroskopie : enduit blanchâtre caractéristique avec ou sans ulcérations.

c) Candidose anale

C'est au départ une **anite** entraînant un prurit intense au passage des selles. L'infection s'étend ensuite localement vers les plis (**intertrigo périanal**) et, chez le nourrisson, vers le siège (**érythème fessier du nourrisson**).

4.1.2. Candidoses génitales

a) Vaginite

Fréquente (75 % des femmes) et récidivante (1 fois sur 4).

Signes cliniques : **leucorrhées blanchâtres abondantes et prurit vulvaire intense**.

Examen au spéculum : muqueuse érythémateuse et oedémateuse recouverte d'un enduit blanchâtre caractéristique.

Origine **endogène** (levures commensales de la muqueuse vaginale ou digestive). Ce n'est pas une IST (infection sexuellement transmissible). Chez la femme non immunodéprimée, les principaux facteurs favorisants sont les antibiotiques, la grossesse, le diabète, la présence d'un stérilet.

b) Balanite

Elle est rare, c'est une IST.

Signes cliniques : érythème prurigineux de la muqueuse du gland, sans ulcération, avec ou sans enduit blanchâtre dans le sillon balano-préputial.

4.1.3. Candidoses cutanées et unguéales

a) Intertrigo = atteinte des plis

Caractérisé par un **érythème suintant** avec **enduit blanchâtre** au **fond d'un pli** souvent **crevassé**.

Les lésions sont prurigineuses, se surinfectent et s'eczématisent facilement :

- **intertrigo des grands plis** : inguinaux, abdominaux, sous-mammaire, inter fessier.

Facteur de risque majeur : obésité (favorise l'humidité et la macération des plis) ;

- **intertrigo des petits plis** : espaces interdigitaux palmaire (mains) et plantaires (pieds).

b) Atteinte des ongles

Touche surtout les mains :

- **onyxis** = atteinte de l'ongle. Débute au **bord proximal de l'ongle** et s'étend vers le bord libre de l'ongle qui devient jaunâtre et se détache de son lit ;

- **périonyxis** = tuméfaction rouge douloureuse entourant la base de l'ongle. **Porte d'entrée** de l'infection, il précède l'onyxis. Il n'existe pas dans les onyxis à champignons dermatophytes.

4.2. Candidoses profondes (Syn. viscérales, invasives, systémiques, disséminées)

Septicémie : fongémie (passage d'un champignon dans le sang). C'est la forme la plus fréquente. *C. albicans* est isolé dans **50 %** des cas. *C. glabrata*, *C. tropicalis* et *C. parapsilosis* sont couramment isolés et peuvent être plus pathogènes et plus difficiles à traiter que *C. albicans*.

Les portes d'entrées les plus fréquentes sont les muqueuses et les voies veineuses colonisées. La présentation clinique est peu spécifique : **fièvre résistante aux antibiotiques chez un patient présentant des facteurs de risque**. Mortalité **40 %**.

Localisations **secondaires** à une fongémie : Une fongémie, même très transitoire, peut entraîner des localisations secondaires en quelques jours à quelques semaines : œil (choriorétinite, endophtalmie), cœur (endocardite), os, articulations, foie, rate, rein et poumon (microabcès). Les localisations oculaires (fond d'œil) et cardiaques (échographie cardiaque) doivent toujours être recherchées après une fongémie.

Localisations **profondes primitives** : La plus fréquente est la péritonite candidosique post-chirurgicale ou chez les patients sous dialyse péritonéale. Les autres localisations sont rares.

5. Diagnostic

5.1. Prélèvements

Type de candidoses	Prélèvement
Candidoses buccales	Prélèvement des lésions buccales : frottis des lésions, lavage de bouche.
Candidose œsophagienne	Prélèvement buccal si lésions buccales associées ; Fibroscope et biopsie des lésions œsophagiennes si absence de candidose buccale.
Candidose anale	Frottis d'anus, frottis ou grattage des lésions des plis
Vaginite et Balanite	Frottis des dépôts blanchâtres
Candidose cutanée : Intertrigo = atteinte des plis	Frottis des dépôts blanchâtres, grattage des squames en bordure de lésion
Candidose cutanée : Atteinte des ongles	Grattage de l'ongle, pus de périonyxis
Candidoses profondes	- Hémocultures en périphérie et sur voie veineuse si présente ; - Sérologie : recherche des antigènes et anticorps ; - Recherche des portes d'entrées (sites de colonisation digestifs, urinaire et respiratoires, voies veineuses).

5.2. Examen mycologique

a) Examen direct au microscope

Permet de visualiser rapidement la présence de levures lorsque celles-ci sont abondantes dans l'échantillon.

b) Culture

La culture sur milieu fongique de type Sabouraud additionné d'antibiotiques permet d'isoler la souche en 2 à 5 jours pour :

- **quantifier** les levures présentes dans le prélèvement ;
- **identifier** l'espèce ;
- tester la **sensibilité aux antifongiques** (utile pour les candidoses profondes).

Points essentiels

- Les Candida spp., agents opportunistes, expriment leur pouvoir pathogène en fonction du terrain et/ou de la maladie sous-jacente. *Candida albicans* est le plus souvent impliqué.

- *C. albicans* est une levure commensale des muqueuses digestives et vaginales, et sa présence ne signe pas son caractère pathogène.
- Le spectre clinique des candidoses est particulièrement étendu, allant de l'infection superficielle à l'infection profonde.
- L'interprétation d'une culture positive doit toujours être intégrée à l'analyse complète du dossier médical, en particulier l'analyse des facteurs de risque.
- Le traitement repose, pour les formes localisées, sur l'éradication des facteurs favorisants et les topiques antifongiques.
- Pour les formes invasives, un traitement antifongique systémique est indispensable, mais la mortalité reste élevée malgré les progrès thérapeutiques.