

# Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques

## Infections cutanéomuqueuses à *Candida albicans*

B. CRICKX (Paris, Bichat), M. GÉNIAUX (Bordeaux), J.-J. BONERANDI (Marseille)

### Objectifs

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

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Les *Candida* font partie des levures, champignons se multipliant par bourgeonnement des cellules isolées. Cette levure produit du pseudo ou du vrai mycélium. Parmi les 35 espèces de *Candida* connues, seul le *Candida albicans* est un saprophyte exclusif des muqueuses (respiratoires, vaginales, digestives). Contrairement aux autres espèces qui peuvent se trouver normalement sur la peau et les muqueuses, il n'est jamais trouvé sur la peau saine. C'est sous l'influence de facteurs favorisants (tableau I) que la levure *Candida albicans* passe de l'état saprophyte à l'état parasitaire. La colonisation puis l'invasion de la peau et des muqueuses sont le résultat :

- d'une rupture d'équilibre entre la virulence fongique et les défenses de l'organisme, notamment phagocytose par les

polynucléaires neutrophiles et réponse immunitaire cellulaire à lymphocytes T ;

- le rôle de facteurs locaux créant un état de réceptivité favorable à leur développement, telle la macération des couches cornées par la transpiration, l'occlusion.

Les modalités d'infestation sont :

- rarement la voie exogène, telle la contamination du nouveau-né ou du nourrisson par la mère atteinte de vaginite candidosique ou les candidoses sexuellement transmissibles des adultes ;
- surtout la voie endogène par porte d'entrée digestive ou génitale.

Exceptionnellement, *Candida albicans* provoque des septicémies ou des lésions viscérales profondes.

Tableau I. – Facteurs favorisant les candidoses cutanéomuqueuses.

Facteurs locaux
Humidité, macération (occlusion, transpiration, obésité...) contacts répétés avec l'eau).
Irritations chroniques, Ph acide (prothèses dentaires)
Xérostomie, mucite post-radique.
Facteurs généraux
Terrain :
– immunosuppression : congénitale, acquise (thérapeutique, VIH)
– diabète
– grossesse
– âge : âges extrêmes de la vie
Médicaments :
– antibiotiques généraux
– œtospogestatifs
– corticoïdes

### DIAGNOSTIC

#### Diagnostic positif

Le diagnostic positif repose sur deux arguments :

- l'aspect clinique en règle très évocateur et suffisant au diagnostic, même si les manifestations cliniques réalisées revêtent des aspects très différents selon la topographie ;
- la confirmation biologique par l'examen mycologique de technique simple et de résultat rapide ;

Des manifestations cliniques peuvent revêtir des aspects différents : les formes localisées sont les plus fréquentes, touchant les grands plis, les espaces inter-digitaux, les demi-muqueuses et les phanères, notamment les ongles. Les formes diffuses sont beaucoup moins fréquentes et se rencontrent en règle chez le nourrisson et le jeune enfant. Les lésions profondes sont exceptionnelles et s'observent chez le petit enfant et surtout en contexte d'immunodépression. Quelle que soit la localisation, les candidoses réalisent un fond érythémateux recouvert d'un enduit crémeux malodo-

rant avec une évolution centrifuge sous forme d'une bordure pustuleuse ou d'une collerette desquamative.

### Candidoses buccales et digestives

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

- perlèche sous forme d'une fissure de la commissure labiale, avec un fond du pli rouge, macéré puis desquamatif ou croûteux et parfois débord sur la peau adjacente ;
- stomatite sous forme d'une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse buccale :
- stomatite érythémateuse avec rougeur congestive de la muqueuse qui devient brillante, vernissée et douloureuse ;
- muguet où la surface rouge se recouvre de taches blanchâtres dont le raclage léger permet de détacher les couches superficielles.

A ce stade les troubles subjectifs sont caractérisés par la sécheresse de la bouche et des sensations discrètes de cuisson, enfin une légère dysphagie avec une sensation de corps étranger. Le muguet domine à la face interne des joues alors que les gencives sont plutôt atteintes dans les stomatites érythémateuses banales. En absence de traitement, le muguet peut s'étendre au pharynx responsable d'une dysphagie nette.

L'atteinte œsophagienne est plus rare que les stomatites dont elle n'est souvent qu'une extension, encore qu'elle puisse se développer en l'absence de lésions buccales cliniquement décelables. Elle doit faire rechercher une immuno-dépression, notamment une infection VIH.

Les candidoses gastro-intestinales accompagnent généralement une candidose bucco-œsophagienne et peuvent être indirectement révélées par une diarrhée.

La candidose ano-rectale est révélée par un prurit anal, tandis que l'examen découvre un érythème péri-anal sous forme d'une anite érythémateuse suintante ou érosive qui se prolonge par un intertrigo inter fessier.

### Candidose des plis

Elle réalise un intertrigo, c'est-à-dire une atteinte inflammatoire des plis cutanés avec comme caractères communs : un début au fond du pli, éventuellement fissuraire ; une lésion symétrique par rapport au fond du pli ; une collerette desquamative ou pustuleuse à quelque distance du foyer principal.

L'intertrigo candidosique survient à tout âge, mais prédomine chez le sujet obèse, diabétique et à partir d'un réservoir digestif ou vaginal.

L'intertrigo des grands plis (génito-crural, péri-anal et inter-fessier, sous mammaire) réalise l'aspect clinique sus-cité. Ils sont en général symétriques, et volontiers associés.

L'intertrigo des petits plis (interdigital des mains ou des pieds) siège électivement dans le troisième espace et atteint de préférence les individus en contact avec l'eau ou atteints d'hyperhidrose qui ont des facteurs professionnels favorisant l'occlusion (port de chaussures de sécurité, de bottes...). Le

prurit est fréquent et la surinfection à d'autres germes est possible avec risque de lymphangite.

### Candidoses génitales

Leur caractère sexuellement transmissible n'est pas constant ou admis par tous. Les tableaux cliniques sont variés et polymorphes. Si, dans certains cas, ils évoquent d'emblée une candidose (autre atteinte évocatrice associée), dans d'autres, ils prennent le masque d'une infection banale.

Le diagnostic de mycose génitale est d'ailleurs volontiers porté par excès.

#### VULVO-VAGINITE CANDIDOSIQUE

Cette atteinte prédomine chez les femmes jeunes et d'âge moyen, notamment pendant la grossesse. Chez la plupart des femmes, on note quelques épisodes aigus répondant à un traitement classique, mais chez d'autres la vulvo-vaginite est récidivante ou chronique avec véritable obsession de cette infection dont l'apparition paraît inexplicable. En fait, l'infection semble résulter davantage de l'activation d'une colonisation vaginale saprophyte que d'une véritable transmission sexuelle.

La vulvo-vaginite est d'abord érythémateuse et œdémateuse avec prurit, puis apparaît un enduit blanchâtre, des leucorrhées souvent abondantes, blanc-jaunâtre, qui stagnent dans les plis de la muqueuse vulvo-vaginale et sont responsables d'un prurit intense ou d'une dyspareunie. L'extension aux plis inguinaux et aux plis inter-fessiers est fréquente et facilite le diagnostic.

#### CANDIDOSES GÉNITALES MASCULINES

Il peut s'agir d'une méatite avec écoulement purulent blanc-verdâtre, associé à une dysurie et à un prurit ou d'une balanite et balanoposthite responsables d'une inflammation du gland, du sillon balano préputial et du prépuce. La contamination peut être sexuelle mais l'infection ne peut se développer durablement que sur un terrain prédisposé. L'aspect est peu spécifique, et mérite d'être authentifié par un prélèvement mycologique, car le diagnostic de balanite candidosique est souvent porté par excès.

#### CANDIDOSES DES PHANÈRES

Des folliculites candidosiques peuvent être observées soit à proximité d'un foyer muco cutané soit plus à distance notamment dans des zones siège de macération ou de transpiration (tronc, cuir chevelu). La non réponse d'une folliculite à un traitement anti-staphylococcique doit faire pratiquer un prélèvement mycologique pour éliminer tout autant une candidose qu'une dermatophytie.

Il peut s'agir d'une onycholyse candidosique ou plus souvent d'une paronychie chronique atteignant fréquemment la femme adulte exposée à l'eau : l'infection débute toujours par l'atteinte du repli unguéal, qui se tuméfie, devient inflammatoire et dont la pression fait sourde une goutte séro-purulente ; la lame unguéale est ensuite envahie à partir de la paronychie, s'épaissit, devient verdâtre ou brun noir ; l'évolution est chronique, parsemée de poussées inter-

mittentes. Au rôle du *Candida albicans* s'ajoute le rôle d'autres germes et souvent un processus immuno-allergique, notamment par contact avec les produits alimentaires.

### Diagnostic biologique

La technique de diagnostic est simple avec un prélèvement par écouvillon de l'intertrigo, d'éventuelles pustules ou par découpage de l'ongle.

L'examen direct recherche des levures bourgeonnantes avec ou sans pseudo-filament.

La culture sur milieu de Sabouraud est additionnée d'antibiotiques pour limiter la pousse des bactéries ou d'actidione pour limiter la pousse des moisissures contaminantes. La levure pousse rapidement en deux à trois jours.

A partir de sites cutanés l'isolement en culture de *Candida albicans*, normalement absent de la peau saine avec de plus, à l'examen direct la présence de pseudo filaments ou de filaments qui signent sa pathogénicité conduit au diagnostic de candidose.

A partir de sites muqueux, normaux ou lésés, la culture de *Candida albicans* ne signifie pas nécessairement qu'il s'agit d'une candidose. Il faut alors prendre en compte le nombre des colonies isolées et la présence de pseudo-filaments ou de filaments.

L'examen mycologique n'est pas toujours pratiqué en routine, en raison d'un diagnostic clinique souvent évident et du fait que le traitement d'épreuve anti fongique local permet de traiter aisément les lésions candidosiques. Toutefois, dans les cas difficiles (aspect clinique atypique, diagnostic différentiel nécessaire, lésions récidivantes malgré un traitement adéquat...) le prélèvement mycologique est souhaitable.

### Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels sont envisagés par ordre de fréquence et selon la topographie (tableau II).

D'une façon générale, les principaux diagnostics différentiels sont :

- les dermites de contact : très prurigineuses, érythémato-vésiculeuses ou suintantes s'il s'agit d'une dermite de contact allergique ; ou érythémateuse, sèche et crevassée lorsqu'il s'agit d'une dermite de contact caustique ;

- le psoriasis inversé réalisant un intertrigo vernissé, papuleux, bien limité ; le diagnostic doit être évoqué dès qu'un intertrigo candidosique résiste à un traitement d'épreuve bien conduit ; l'examen clinique attentif permet éventuellement de dépister une plaque psoriasique plus typique en dehors des plis ; la situation se complique lorsque le psoriasis est colonisé par un *Candida albicans*.

- intertrigo microbien ou dermatophytique : les germes tels que le staphylocoque, le streptocoque ou le pyocyanique peuvent s'associer à des *Candida albicans* dans les plis : cette responsabilité doit être évoquée devant un intertrigo douloureux, fissuraire, répondant mal à l'antifongique seul. L'intertrigo dermatophytique touche essentiellement les plis génito-cruraux ou le quatrième espace interdigitoplantaire ; au niveau des aines, il est asymétrique, surtout marqué par une

Tableau II. – Principaux diagnostics différentiels des infections cutanéomuqueuses à *Candida albicans*.

Topographie	Diagnostics différentiels
Perlèche	P. à streptocoques (+++), syphilis II, herpès.
Muguet/stomatite érythémateuse	Lichen plan buccal Langue géographique Langue noire idiopathique Leucoplasie Glossodynie
Intertrigo des grands plis	Psoriasis inversé Dermite de contact Intertrigo bactérien Intertrigo dermatophytique
Intertrigo des petits plis	Psoriasis Dermatophytie Dyshidrose
Vulvo vaginite	Vulvo-vaginite bactérienne ou à trichomonas Vulvites allergiques Lichénification liée à prurit vulvaire Lichen scléro-atrophique
Balanite	Herpès Psoriasis Balanite aspécifique Maladie de Bowen
Onyxis	Psoriasis Onyxis dermatophytique

bordure périphérique et respecte relativement le fond du pli ; au niveau du quatrième espace inter orteil, il s'agit simplement d'une desquamation asymptomatique ;

- l'intertrigo à corynébactérie (érythrasma) réalise une tache brune, volontiers symétrique, de teinte homogène, s'étendant de la racine de la cuisse et asymptomatique.

## TRAITEMENT

### Principes

Il est nécessaire de rechercher les facteurs favorisant et, dans la mesure du possible, de les éradiquer (tableau I).

L'examen clinique doit détecter tous les foyers à traiter simultanément pour éviter les récidives.

Le traitement des candidoses cutanéomuqueuses est en règle local, excepté dans certaines formes graves ou étendues qui nécessitent l'utilisation d'un antifongique systémique.

### Molécules disponibles

Les antifongiques locaux actifs sont de trois types : antibiotiques telle la nystatine (Mycostatine®), l'amphotéricine B

(Fungizone®) ou les dérivés imidazolés ou encore le ciclopiroxolamine (Mycoster®). On donne actuellement la préférence aux topiques imidazolés, plus modernes, et très nombreux à être commercialisés. La forme galénique (crème, poudre, gel, lait...) est adaptée en fonction de la localisation. Il est en de même pour le rythme d'applications (une ou deux applications quotidiennes) selon la molécule utilisée. En raison de l'excellente activité antifongique, des traitements courts de 15 jours sont habituellement suffisants.

Certaines molécules sont disponibles sous forme de suspension buccale, dragée ou encore ovule pour traiter le foyer muqueux associé.

## Indications

Les candidoses cutanées localisées sont toujours accessibles à un traitement local ; on y associe le traitement du foyer muqueux : foyer digestif, foyer génital avec traitement par ovules gynécologiques ; traitement simultané d'un partenaire si la contamination sexuelle est avérée.

Les candidoses cutané-muqueuses, inaccessibles à un traitement local simple ou survenant dans un contexte de déficit immunitaire génétique ou acquis justifient le recours à un traitement antifongique systémique oral : ketoconazole (Nizoral®) avec surveillance du bilan hépatique ou fluconazole (Triflucan®).

## Points clés

1. Les candidoses sont des infections opportunistes dues à des champignons levuriformes, genre *Candida* dont l'espèce *albicans* est responsable de la plupart des manifestations pathologiques chez l'homme.
2. *Candida albicans* existe à l'état saprophytique sur les muqueuses digestives et génitales. Les candidoses à *Candida albicans* sont donc presque toujours muqueuses avant que d'être cutanées.
3. Le diagnostic de candidose repose sur l'examen clinique. La confirmation par l'examen mycologique dont les résultats sont rapides est utile dans les cas atypiques ou certaines topographies.
4. L'examen clinique doit rechercher tous les foyers candidosiques pour éviter récurrence ou pérennisation de la candidose.
5. La prophylaxie et le traitement des candidoses ne se réduit pas au seul traitement de celles-ci par voie locale ou générale mais s'associe à une enquête étiologique à la recherche des facteurs favorisants.



Fig. 1. Stomatite érythémateuse à candida.



Fig. 4. Intertrigo interdigital à candida.



Fig. 2. Muguet profus chez un patient immuno-déprimé.



Fig. 5. Intertrigo à candida sous mammaire, noter l'enduit blanchâtre au fond du pli et la bordure mal limitée.



Fig. 3. Candidose unguéale avec périonyxis inflammatoire.