

# Item 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Candida albicans

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>5</b>
<b>I Diagnostique clinique.....</b>	<b>6</b>
<b>I.1 Candidoses buccales et digestives.....</b>	<b>6</b>
<b>I.1.1 Diagnostique clinique .....</b>	<b>7</b>
<b>I.1.1.1 Perlèche .....</b>	<b>7</b>
<b>I.1.1.2 Glossite .....</b>	<b>7</b>
<b>I.1.1.3 Stomatite .....</b>	<b>7</b>
<b>I.1.1.4 Muguet .....</b>	<b>7</b>
<b>I.1.1.5 Atteinte œsophagienne.....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.1.6 Candidoses gastro-intestinales.....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.1.7 Candidose anorectale.....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.2 Diagnostique différentiel .....</b>	<b>9</b>
<b>I.1.3 Atteinte périanale .....</b>	<b>9</b>
<b>I.1.4 Candidoses génitales.....</b>	<b>9</b>
<b>I.1.5 Diagnostique clinique : tableaux cliniques variés et polymorphes.....</b>	<b>9</b>
<b>I.1.5.1 Vulvovaginite candidosique .....</b>	<b>9</b>
<b>I.1.5.2 Candidoses génitales masculines.....</b>	<b>10</b>
<b>I.1.6 Diagnostique différentiel .....</b>	<b>10</b>
<b>I.1.6.1 Vulvovaginites .....</b>	<b>10</b>
<b>I.1.6.2 Balanites.....</b>	<b>10</b>
<b>I.2 Intertrigos candidosiques .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1 Diagnostique .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.2 Mécanisme.....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.3 Évolution .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.4 Formes cliniques .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.4.1 Intertrigo des grands plis (génito-crural, périanal et interfessier, sous-mammaire) .....</b>	<b>11</b>

I.2.4.2	Intertrigo des petits plis (interdigital des mains ou des pieds).....	12
I.2.5	Diagnostic différentiel .....	13
I.2.5.1	Intertrigos des grands plis.....	13
I.2.5.2	Intertrigo des petits plis.....	14
I.3	Candidoses des phanères.....	14
I.3.1	Formes cliniques .....	14
I.3.1.1	Folliculites candidosiques du cuir chevelu.....	14
I.3.1.2	Onychomycoses candidosiques .....	14
I.3.1.3	Diagnostic différentiel.....	15
I.4	Candidose cutanée congénitale .....	15
II	Diagnostic mycologique.....	16
II.1	Indications.....	16
II.2	Modalités (selon le type d'atteinte).....	16
II.3	Méthodes .....	16
II.3.1	Examen direct .....	16
II.3.2	Culture sur milieu de Sabouraud.....	16
III	Traitement.....	17
III.1	Principes.....	17
III.2	Moyens thérapeutiques .....	18
III.2.1	Antifongiques locaux .....	18
III.2.1.1	Molécules.....	18
III.2.1.2	Critères de choix.....	19
III.2.2	Antifongiques généraux.....	19
III.2.2.1	Kétoconazole (Nizoral) .....	19
III.2.2.2	Fluconazole (Triflucan) .....	19
III.2.2.3	Autres molécules utilisées exceptionnellement dans des infections systémiques et chez les immunodéprimés.....	19
III.2.2.4	Antibiotiques type polyènes.....	20
III.3	Indications.....	20

<b>III.3.1</b>	<b>Candidoses buccales .....</b>	<b>20</b>
<b>III.3.1.1</b>	<b>Chez l'immunocompétent.....</b>	<b>20</b>
<b>III.3.1.2</b>	<b>Chez l'immunodéprimé (en particulier : Sida) .....</b>	<b>20</b>
<b>III.3.2</b>	<b>Candidoses génitales .....</b>	<b>21</b>
<b>III.3.2.1</b>	<b>Vaginite simple .....</b>	<b>21</b>
<b>III.3.2.2</b>	<b>Vulvite .....</b>	<b>21</b>
<b>III.3.2.3</b>	<b>Vulvovaginite récidivante.....</b>	<b>21</b>
<b>III.3.2.4</b>	<b>Balanite .....</b>	<b>21</b>
<b>III.3.3</b>	<b>Candidoses des plis .....</b>	<b>21</b>
<b>III.3.4</b>	<b>Candidose unguéale .....</b>	<b>21</b>
<b>Points Essentiels .....</b>		<b>22</b>

## OBJECTIFS

ENC :

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

### Physiopathologie

*Candida albicans* :

- est un endosaprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales ;
- peut passer de l'état saprophyte à l'état pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisants ;
- n'est jamais trouvé à l'état normal sur la peau.

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 post-radique...);
- xérostomie.

Facteurs généraux :

- terrain :
  - immunosuppression : congénitale, acquise (thérapeutique, VIH) ;
  - diabète ;
  - grossesse ;
  - âges extrêmes de la vie.
- médicaments :

- antibiotiques généraux ;
- œstroprogestatifs ;
- corticoïdes.

## MODALITÉS D'INFESTATION

Voie endogène principalement (++) : porte d'entrée digestive ou génitale.

Voie exogène : rarement :

- nouveau-né : chorio-amniotite consécutive à une vaginite candidosique chez la mère (transmission materno-fœtale) ;
- adultes : candidoses sexuellement transmissibles.

Septicémies ou lésions viscérales profondes à *Candida albicans* :

- exceptionnelles ;
- contexte : immunosuppression, aplasie médullaire, nouveau-né prématuré.

## I DIAGNOSTIC CLINIQUE

---

Une infection à *Candida albicans* atteint :

- les muqueuses frontières orificielles du tube digestif (bouche, anus) ;
- les zones périphériques de ces muqueuses (génitales) ;
- les plis (intertrigos) ;
- les phanères (essentiellement les ongles, exceptionnellement les poils).

### I.1 CANDIDOSES BUCCALES ET DIGESTIVES

Elles touchent un ou plusieurs segments du tube digestif.

Elles sont fréquentes :

- aux âges extrêmes de la vie ;
- chez les sujets immunodéprimés.

## I.1.1 Diagnostic clinique

### I.1.1.1 Perlèche

C'est un intertrigo de la commissure labiale, uni- ou bilatéral, 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).

### I.1.1.2 Glossite

La langue est rouge (érythème) et dépapillée.

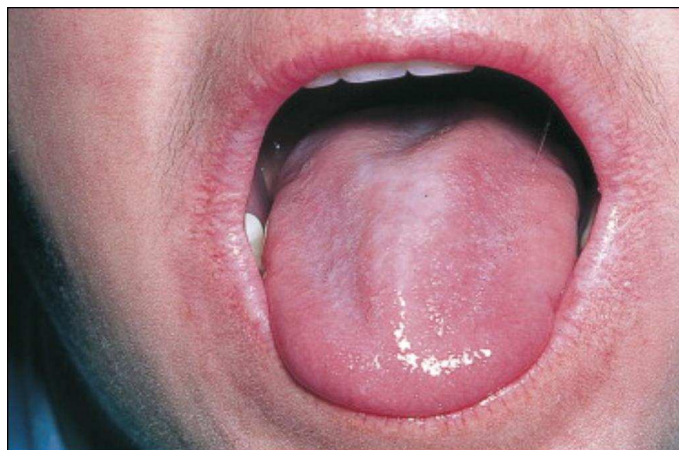
### I.1.1.3 Stomatite

Il s'agit d'une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse buccale. Se traduisant par :

- une sécheresse de la bouche (xérostomie) ;
- une sensation de cuisson, de goût métallique.

Elle peut se présenter sous la forme d'une stomatite érythémateuse (gencives et palais) : muqueuse brillante, rouge, vernissée et douloureuse (Figure 1).

**Figure 1 : Stomatite érythémateuse à Candida**



### I.1.1.4 Muguet

Son siège est la face interne des joues.

Il s'agit d'un érythème recouvert d'un enduit blanchâtre, qui se détache facilement au raclage et dont l'extension au pharynx est possible entraînant une dysphagie (Figure 2).

Figure 2 : Candidose buccale : muguet profus chez un patient immunodéprimé



#### I.1.1.5 Atteinte œsophagienne

L'atteinte œsophagienne est plus rare.

Elle provient le plus souvent d'une extension de la candidose buccale et doit faire rechercher une immunodépression (VIH).

#### I.1.1.6 Candidoses gastro-intestinales

Elles accompagnent généralement une candidose bucco-œsophagienne et peuvent être indirectement révélées par une diarrhée.

#### I.1.1.7 Candidose anorectale

Il s'agit d'une anite érythémateuse, érosive et suintante, avec une atteinte périanale (prurit anal) qui peut se prolonger par un intertrigo interfessier.



## **I.1.2 Diagnostic différentiel**

### **Atteinte buccale**

Ce sont :

- les stomatites : autres inflammations de la muqueuse buccale, leucoplasies, lichen plan ;
- les glossites :
  - langue géographique,
  - langue noire villosité (simple oxydation des papilles du dos de la langue), glossites carencielles ou métaboliques ;
- les perlèches : streptococciques, syphilitiques, herpétiques, nutritionnelles.

## **I.1.3 Atteinte périanale**

Les atteintes périanales sont : anite streptococcique, macération, hémorroïdes.

## **I.1.4 Candidoses génitales**

Le caractère sexuellement transmissible est controversé.

Elles peuvent survenir chez l'enfant par extension d'une dermite fessière ou d'une anite candidosique.

## **I.1.5 Diagnostic clinique : tableaux cliniques variés et polymorphes**

### **I.1.5.1 Vulvovaginite candidosique**

Elle concerne les femmes jeunes et d'âge moyen, surtout pendant la grossesse.

Les lésions sont érythémateuses et œdémateuses avec prurit, puis il apparaît un enduit blanchâtre et des leucorrhées souvent abondantes, blanc-jaunâtre, qui stagnent dans les plis de la muqueuse vulvovaginale (prurit intense, dyspareunie).

Il y a :

- fréquemment une extension aux plis inguinaux et aux plis interfessiers ;
- de possibles cervicites érosives et une urétrite (dysurie, pollakiurie).

Sa fréquence est :

- généralement de quelques épisodes aigus au cours de la vie répondant à un traitement classique ;

- parfois vulvovaginite récidivante ou chronique avec retentissement psychique important. L'infection semble alors résulter davantage de la prolifération répétée et de l'activation d'une colonisation vaginale saprophyte que d'une véritable transmission sexuelle.

### I.1.5.2 Candidoses génitales masculines

On les retrouve uniquement sur un terrain prédisposé, avec un ensemencement par rapport sexuel ou à partir d'une candidose urétrale ou digestive.

#### **Méatite**

C'est un écoulement purulent blanc-verdâtre, avec dysurie et prurit.

#### **Balanite et balano-posthite**

L'aspect est peu spécifique : lésions érythémato-squameuses parfois pustuleuses du gland, du sillon balano-préputial et/ou du prépuce.

Elle doit être authentifiée par un prélèvement mycologique, car le diagnostic est souvent porté par excès (+++).

#### **Urétrite masculine**

Elle est exceptionnelle.

### I.1.6 Diagnostic différentiel

#### I.1.6.1 Vulvovaginites

Il s'agit :

- d'atteintes infectieuses : bactérienne, trichomonase ;
- d'atteinte inflammatoire : eczéma de contact, lichénification, lichen scléro-atrophique, psoriasis ;
- l'adénocarcinome intraépithélial (maladie de Paget).

#### I.1.6.2 Balanites

Il s'agit :

- d'atteintes infectieuses : syphilis secondaire, herpès génital ;
- d'une irritation : balanite de macération ;
- d'un carcinome intraépithélial (*in situ*) : érythroplasie de Queyrat, maladie de Bowen ;
- de psoriasis.

Au moindre doute, il faut pratiquer une biopsie (+++).

## **I.2 INTERTRIGOS CANDIDOSIQUES**

### **I.2.1 Diagnostic**

Il est généralement clinique.

C'est une lésion à fond érythémateux recouvert d'un enduit crémeux malodorant, avec une fissure fréquente du fond du pli, limitée par une bordure pustuleuse ou une collerette desquamative.

### **I.2.2 Mécanisme**

Il s'agit le plus souvent d'une auto-inoculation à partir d'un réservoir digestif ou vaginal.

Les facteurs favorisants sont :

- l'obésité ;
- la macération ;
- le diabète ;
- le manque d'hygiène.

### **I.2.3 Évolution**

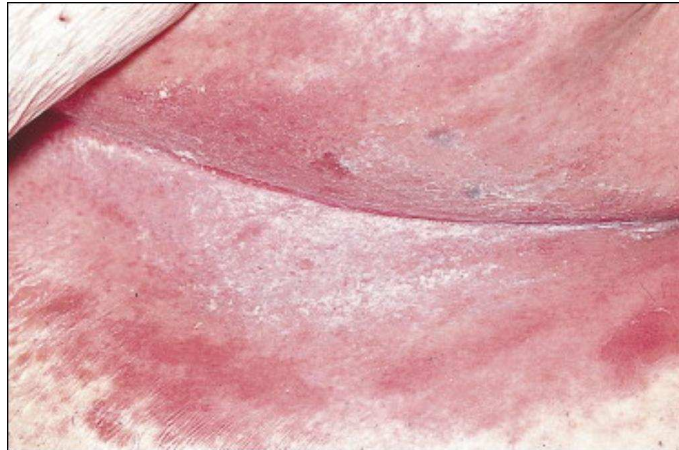
Elle est chronique et souvent récidivante.

### **I.2.4 Formes cliniques**

#### **I.2.4.1 Intertrigo des grands plis (génito-crural, périanal et interfessier, sous-mammaire)**

Ces intertrigos sont volontiers associés entre eux (Figure 3).

**Figure 3 : Intertrigo sous-mammaire à Candida : noter l'enduit blanchâtre au fond du pli et la bordure mal limitée**



L'intertrigo débute au fond du pli.

L'atteinte est fissuraire, bilatérale et symétrique.

#### I.2.4.2 Intertrigo des petits plis (interdigital des mains ou des pieds)

Les facteurs favorisants sont :

- le contact avec l'eau (plongeurs dans la restauration) ;
- l'hyperhidrose (transpiration excessive) ;
- les facteurs professionnels favorisant l'occlusion (port de chaussures de sécurité, bottes...)
- le prurit fréquent ;
- la surinfection possible par d'autres germes (risque de lymphangite) (Figure 4).

**Figure 4 : Intertrigo interdigital à Candida**



## **I.2.5 Diagnostic différentiel**

### **I.2.5.1 Intertrigos des grands plis**

#### **Dermatites de contact**

Elles sont allergiques : très prurigineuses, érythémato-vésiculeuses ou suintantes ou caustiques : érythémateuses, sèches et crevassées.

#### **Psoriasis inversé**

C'est un intertrigo vernissé, papuleux, bien limité.

Dont le diagnostic est à évoquer dès qu'un intertrigo candidosique résiste à un traitement bien conduit. La confirmation est possible par la mise en évidence d'une plaque psoriasique typique en dehors des plis (+++).

La situation est plus complexe lors d'un psoriasis colonisé par *Candida albicans*.

#### **Intertrigo microbien**

Le staphylocoque, le streptocoque ou le pyocyanique peuvent s'associer à des *Candida albicans* dans les plis.

Cela doit être évoqué devant un intertrigo douloureux, fissuraire, répondant mal à l'antifongique seul.

## **Intertrigo dermatophytique**

Il touche essentiellement les plis génito-cruraux ou les interdigito-plantaires (cf. « Dermatophytoses »).

## **Érythrasma (intertrigo à corynébactéries)**

C'est une tache brune, volontiers symétrique, de teinte homogène, s'étendant de la racine de la cuisse et asymptomatique.

### **I.2.5.2 Intertrigo des petits plis**

Il s'agit de : dyshidrose, dermatophytose, psoriasis.

## **I.3 CANDIDOSES DES PHANERES**

### **I.3.1 Formes cliniques**

#### **I.3.1.1 Folliculites candidosiques du cuir chevelu**

C'est une inflammation et une suppuration douloureuse du follicule pilosébacé par *C. albicans*.

Elles sont particulièrement associées à l'héroïnomanie intraveineuse et témoignent alors d'une septicémie.

#### **I.3.1.2 Onychomycoses candidosiques**

Les ongles des doigts sont atteints préférentiellement.

Elle débute par un périonyxis (ou paronychie) : inflammation des replis sus- et périunguéraux, chronique. Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus-unguéal. La pression peut faire sourdre du pus (Figure 5). Elle atteint les adultes ayant fréquemment les mains dans l'eau (ménagères, artisans pâtisseries).

**Figure 5 : Candidose unguéale avec périonyxis inflammatoire**



La tablette unguéale est envahie secondairement (onyxis), prenant une teinte marron verdâtre dans les régions proximales et latérales.

L'évolution est chronique, parsemée de poussées intermittentes. Lorsque l'examen mycologique isole *C. albicans*, son caractère pathogène est indiscutable.

Des surinfections bactériennes sont fréquentes, en particulier à *Pseudomonas* (teinte bleu-verte).

### I.3.1.3 Diagnostic différentiel

Il s'agit :

- de folliculites microbiennes, pityrosporiques ;
- d'atteinte unguéale :
  - paronychie : périonyxis bactérien,
  - onyxis : onyxis à dermatophytes, psoriasis, lichen, pelade, microtraumatismes.

## I.4 CANDIDOSE CUTANEE CONGENITALE

Elle est rare, consécutive à l'infection du placenta et du liquide amniotique (chorio-amnionite), à partir d'une vulvovaginite maternelle en fin de grossesse.

C'est la pustulose diffuse du nouveau-né, de très bon pronostic, à différencier des candidoses systémiques graves du nouveau-né prématuré de faible poids de naissance, gravissimes, à contamination postnatale.

## II DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE

---

Il n'est pas toujours pratiqué en routine :

- car la présentation clinique est souvent évidente ;
- en raison de l'efficacité du traitement d'épreuve antifongique local.

### II.1 INDICATIONS

Le diagnostic mycologique est à faire en cas :

- d'atypie clinique ou de doute diagnostique : à faire avant traitement (++) ;
- de lésions récidivantes ;
- de résistance à un traitement adapté.

### II.2 MODALITES (SELON LE TYPE D'ATTEINTE)

Le prélèvement des lésions cutané-muqueuses se fait à l'écouvillon.

Le prélèvement de l'ongle se fait par un découpage d'un fragment de tablette.

### II.3 METHODES

#### II.3.1 Examen direct

Il recherche les levures bourgeonnantes et la présence de pseudo-filaments ou de filaments qui signent le pouvoir pathogène de *C. albicans*.

#### II.3.2 Culture sur milieu de Sabouraud

La culture sur milieu de Sabouraud permet le développement des colonies en 48 heures.

Leur caractérisation permet de diagnostiquer l'espèce en cause.

L'isolement en culture de *Candida albicans* à partir de sites cutanés permet le diagnostic de candidose car il est normalement absent de la peau saine (+++).



## III TRAITEMENT

---

### III.1 PRINCIPES

Il comprend :

- le traitement des facteurs favorisants ;
- le traitement simultané de tous les foyers.

Le traitement des candidoses cutanéomuqueuses est local.

Le choix des antifongiques tient compte :

- de la localisation et de l'étendue des lésions ;
- du terrain (femme enceinte, immunodépression...);
- d'une atteinte phanérienne associée (poils, ongles) ;
- du risque d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses (traitement oral) ;
- du coût.

Un traitement général est prescrit si :

- l'atteinte est étendue ;
- l'atteinte est inaccessible à un traitement local simple ;
- dans un contexte de déficit immunitaire (génétique ou acquis).

## III.2 MOYENS THERAPEUTIQUES

### III.2.1 Antifongiques locaux

Tableau 1 : Antifongiques locaux

DCI	Nom commercial	Galénique	Posologie
<b>Produits actifs sur candidoses, dermatophytes, et pityriasis versicolor</b>			
<b>Imidazolés</b>			
Bifonazole	<i>Amycor</i>	Cr, pou, sol	1/j
Éconazole	<i>Dermazol Pévaryl</i>	Cr, ému, pou, solCr, ému, pou, sol	2/j
Fenticonazole	<i>Lomexin</i>	Cr	1 à 2/j
Isoconazole	<i>Fazol</i>	Cr, ému	2/j
Kétoconazole	<i>Kétoderme</i>	Cr, unidose	1 à 2/j
Miconazole	<i>Daktarin</i>	Gel, pou, sol	2/j
Omoconazole	<i>Fongamil</i>	Cr, pou, sol	1/j
Oxiconazole	<i>Fonx</i>	Cr, pou, sol	1/j
Sertaconazole	<i>Monazol</i>	Cr	1/j
Sulconazole	<i>Myk</i>	Cr, pou, sol	1 à 2/j
Tioconazole	<i>Trosyd</i>	Cr	2/j
<b>Pyridone</b>			
Ciclopiroxolamine	<i>Mycoster</i>	Cr, pou, sol	2/j
<b>Allylamine (dermatophytes ++)</b>			
Terbinafine	<i>Lamisil</i>	Cr, gel, sol	1/j
<b>Produits actifs sur candidoses cutanées</b>			
<b>Polyènes</b>			
Amphotéricine B	<i>Fungizone</i>	Lotion	2 à 4/j
<b>Produits pour onychomycose</b>			
<b>Imidazolés</b>			
Bifonazole	<i>Amycor onychoset</i>	Cr	1/j
<b>Morpholine</b>			
Amorolfine	<i>Locéryl</i>	Sol filmogène	1 à 2/sem
<b>Pyridone</b>			
Ciclopirox	<i>Mycoster</i>	Sol filmogène	1/j
<b>Produits pour candidoses vaginales</b>			
<b>Imidazolés</b>			
Éconazole	<i>Gyno-Pevaryl/Myleugyn</i>	Ovules	1/j 3 j 1
Fenticonazole	<i>Lomexin Terlomexin</i>	Capsules	1 1/j 3 j
Isoconazole	<i>Fazol</i>	Ovules	1/j 3 j
Miconazole	<i>Gyno-Daktarin</i>	Capsules	2/j 7 j ou 1/j 14 j
Omoconazole	<i>Fongarex</i>	Ovules	1
Sertaconazole	<i>Monazole</i>	Ovules	1
Tioconazole	<i>Gyno-Trosyd</i>	Ovules	1

Les indications cutanées et muqueuses varient d'un produit à l'autre : se rapporter au *Dictionnaire Vidal*. (cr : crème, emu : émulsion, gel : gel, pou : poudre, sol : solution) (à titre informatif).

#### III.2.1.1 Molécules

Il s'agit :

- d'antibiotiques de type polyènes : amphotéricine B (*Fungizone*) ;
- d'imidazolés : nombreuses molécules et formes galéniques ;
- de pyridones : ciclopiroxolamine (*Mycoster*) ;
- d'allylamines : terbinafine (*Lamisil*), d'efficacité moindre.

### III.2.1.2 Critères de choix

Les topiques imidazolés ont la préférence.

La forme galénique (crème, poudre, gel...) est adaptée à la localisation de la candidose.

Le rythme d'application (1 ou 2 applications quotidiennes) dépend de la molécule utilisée.

La durée du traitement est de 2 à 4 semaines.

Le traitement d'un foyer muqueux se fait par : suspension buccale, dragée ou ovule (formes à libération prolongée).

## III.2.2 Antifongiques généraux

Deux dérivés imidazolés constituent les molécules de référence.

### III.2.2.1 Kétoconazole (Nizoral)

Il est prescrit dans les candidoses cutané-muqueuses ou systémiques (200 à 400 mg/j).

La survenue possible d'hépatite médicamenteuse grave, bien que rare, impose une surveillance biologique toutes les 2 semaines pendant les 6 premières semaines de traitement.

Il présente de nombreuses interactions médicamenteuses.

Sa prescription est actuellement limitée.

### III.2.2.2 Fluconazole (Triflucan)

La voie intraveineuse est réservée aux candidoses systémiques, disséminées et profondes.

La voie orale est réservée aux candidoses oropharyngées au cours des états d'immunosuppression (Sida).

Il présente de nombreuses interactions médicamenteuses : anticoagulants oraux, sulfamides hypoglycémiantes...

### III.2.2.3 Autres molécules utilisées exceptionnellement dans des infections systémiques et chez les immunodéprimés

Ce sont :

- l'amphotéricine B (*Fungizone, Abelcet, Ambisome*) est le traitement de référence des mycoses systémiques ; sa toxicité rénale et hématologique limite son usage en réanimation et chez les transplantés ;
- l'itraconazole (*Sporanox*) ;

- la flucytosine (*Ancotil*) ;
- la terbinafine (*Lamisil*) : moins active sur *C. albicans*.

#### III.2.2.4 Antibiotiques type polyènes

La nystatine (*Mycostatine*), l'amphotéricine B (*Fungizone* oral) n'ont pas d'action systémique (pas d'absorption digestive).

Elles sont à utiliser en prévention des candidoses des sujets immunodéprimés, ou en traitement complémentaire des candidoses vaginales et cutanées.

Aucun antifongique *per os* n'est autorisé chez la femme enceinte (+++).

### III.3 INDICATIONS

#### III.3.1 Candidoses buccales

##### III.3.1.1 Chez l'immunocompétent

On privilégie les traitements locaux (sans absorption systémique) :

- nystatine (*Mycostatine*) : 4 à 8cp/j à sucer ;
- amphotéricine B (*Fungizone*) en suspension : 4 cuillères à café en 2 prises quotidiennes ;
- miconazole (*Daktarin*), gel buccal : 2 cuillères-mesure 4 fois par jour, contre-indiqué chez les patients sous antivitamin K ou sous sulfamides hypoglycémiant.

Les produits doivent être maintenus en contact avec la muqueuse pendant quelques minutes et les soins doivent être réalisés à distance des repas.

Les traitements adjuvants sont : bains de bouche avec de l'*Eludril* ou avec du bicarbonate de sodium pour augmenter le pH endobuccal (1 cuillère à café dans un verre d'eau).

##### III.3.1.2 Chez l'immunodéprimé (en particulier : Sida)

On associe au traitement local, un traitement par voie générale, surtout s'il existe une atteinte œsophagienne.

La molécule de référence est le fluconazole (*Triflucan*) (100 à 200 mg/j).

Les cures sont courtes (15 jours) et discontinues pour éviter l'apparition de souches levuriques résistantes.

### III.3.2 Candidoses génitales

On privilégie les traitements locaux.

#### III.3.2.1 Vaginite simple

Imidazolés : 1 ovule pendant 1 à 3 jours.

#### III.3.2.2 Vulvite

La toilette se fait avec un savon alcalin (*Hydralin*) associé à un traitement antifongique local de type dérivé imidazolé.

#### III.3.2.3 Vulvovaginite récidivante

Un traitement préventif avec un ovule antifongique à libération prolongée une fois par mois vers le 20e jour du cycle pendant plusieurs mois (le *Triflucan* n'a pas d'AMM dans cette indication).

Au début d'un traitement antibiotique, un traitement prophylactique par 1 ovule d'imidazolé 150mg LP peut être préconisé en cas d'antécédent de vulvovaginite.

Il faut rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire.

#### III.3.2.4 Balanite

La toilette se fait avec un savon alcalin (*Hydralin*) associé à 1 à 2 applications quotidiennes d'une crème antifongique.

Il faut rechercher et traiter une éventuelle candidose chez la partenaire.

### III.3.3 Candidoses des plis

On utilise des traitements antifongiques locaux : lotion ou crème (ex : imidazolés, ciclopiroxolamine, pendant 2 à 3 semaines).

Il faut lutter contre la macération.

### III.3.4 Candidose unguéale

On lutte contre les facteurs locaux susceptibles d'entretenir les lésions (macération) : séchage des doigts.

On lutte également contre la surinfection : application de solution antiseptique (polyvinylpyrrolidone ou chlorhexidine).

Les antifongiques locaux (solution « filmogène » ou crème sous occlusion) ne suffiront qu'en cas d'atteinte modérée et distale.

Le traitement général ne peut être fait qu'après identification mycologique (+++) pour des atteintes de plusieurs doigts ou en cas d'échec des topiques :

- durée prolongée : *Nizoral per os* pendant 4 à 6 mois pour les ongles de la main, 9 à 12 mois pour les ongles de pied ;
- le traitement systémique des onychomycoses par *Triflucan* est une indication hors AMM.

## POINTS ESSENTIELS

---

- Les candidoses sont des infections opportunistes 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* existe à l'état saprophyte sur les muqueuses digestives et génitales. Un certain nombre de conditions favorisent le passage de la levure à un stade pathogène.
- Les infections candidosiques les plus fréquentes sont muqueuses, mais *C. albicans* est toujours pathogène lorsqu'il est isolé d'une lésion cutanée.
- 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.
- La prophylaxie et le traitement des candidoses ne se réduisent pas à leur seul traitement par voie locale ou générale mais doivent faire rechercher des facteurs favorisants, particulièrement en cas de formes récidivantes.