

CANDIDOSES

Plusieurs levures responsables : *Candida albicans* (+++), *tropicalis*, *krusei*, ou encore *glabrata*.

Toutes sont commensales ou saprophytes du tube digestif (*albicans*), de la peau, etc...

Morphologie :

- **En culture** (Sabouraud, repiquage sur RAT) :
 - *C. albicans* : levures, pseudomycélium et **chlamydospores**
 - **Autres espèces** : levures et pseudomycélium (sauf *C. glabrata*)
- **Dans les lésions** : **levure et pseudofilaments** (sauf *C. glabrata*)

Conditions de pathogénicité :

- **Pathologies** : diabète, cancer, SIDA, immunodépression
- **Âges extrêmes, grossesse**
- **Facteurs d'irritation** locale : humidité, obésité, brûlures, cathéters...
- **Iatrogénie** : antibiotiques, corticoïdes, immunodépresseurs, chirurgie, pillule

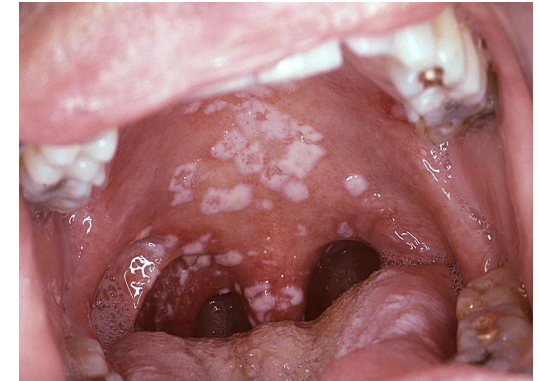
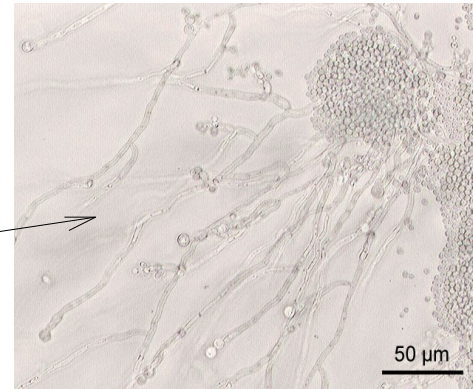
Clinique :

- Candidoses **cutanées** : **intertrigo** (candidose des plis), **onyxis**, périonyxis (candidose des ongles)
- Candidoses **digestives** : **perlèche** (commissure des lèvres), **muguet** (intérieur de la bouche)...
- Candidoses **génitales** : **balanite**, **vulvo-vaginite** (prurit, dyspareunie, écoulement blanchâtre)
- Candidoses **systémiques** : dissémination hématogène aux viscères (reins, foie, rate, peau, oeil). **Tableau septicémique** atypique avec fièvre résistante aux antibactériens.

Diagnostic :

- **Candidoses cutanéomuqueuses** :
 - **Examen direct** : levures et pseudofilaments
 - **Culture** : dénombrement des colonies
 - Identification à l'auxanogramme, antifongigramme
- **Candidoses systémiques** :
 - **Surveillance mycologique** : hémocultures, biopsies

Traitement : **Antifongiques** topiques ou systémiques le plus précocement possible (sujets immunodéprimés ++)

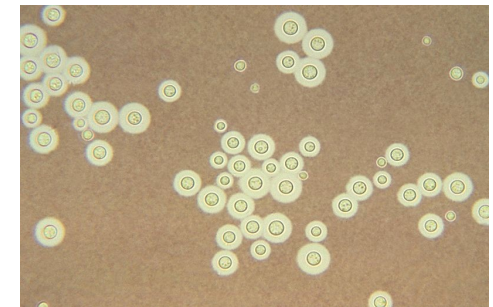


CRYPTOCOCCOSE

Causée par *Cryptococcus neoformans*, normalement saprophyte dans le milieu extérieur et retrouvé dans les déjections de pigeon.

Morphologie :

- **En culture** (Sabouraud, RAT) : colonies muqueuses et beiges, levures seulement
- **Dans les lésions** : levures encapsulées



Clinique :

L'inhalation de poussières contaminées donne une primo-infection pulmonaire souvent infraclinique. Chez l'immunodéprimé (SIDA +++), on constate une dissémination hématogène :

- **Méningite** (+++)
- Localisations plus inhabituelles : peau, poumon, os...

Diagnostic :

- **Examen direct** : levure encapsulée
- **Culture** (Sabouraud) : colonies en 2-3 jours, antifongigramme
- **Sérologie** : antigène capsulaire soluble

Traitement : **antifongiques systémiques**

PNEUMOCYSTOSE

Causée par *Pneumocystis jiroveci*, l'augmentation de sa fréquence a été révélatrice de l'épidémie de SIDA.

Morphologie :

Le parasite a deux formes principales dans l'alvéole pulmonaire :

- **Trophozoïtes** : extracellulaires, adhérents aux pneumocytes I
- **Kystes** : sphériques, contenant 8 corps intrakystiques qui donnent 8 trophozoïtes après rupture du kyste

Clinique :

La **pneumocystose** est très fréquente au cours du SIDA (jusqu'à 60%).

La localisation est essentiellement **pulmonaire** (alvéoles comblées par un exsudat infesté de parasites, modifications de la paroi alvéolaire) :

- Signes fonctionnels dominants d'installation progressive (toux, **dyspnée**, détresse respiratoire)
- **Fièvre**
- Imagerie (retardée par rapport aux signes fonctionnels) : infiltrats hilifuges réticulo-nodulaires, emphysème au niveau des bases
- Pneumothorax possible par rupture de bulles d'emphysème
- **Evolution mortelle si non traitée**

Diagnostic :

- **Hypoxie** (intérêt pronostic)
- **Recherche du parasite** : LBA (+++), biopsies

Traitement : **Bactrim®** (+++), corticoïdes en cas de détresse respiratoire

