

PARASITOLOGIE

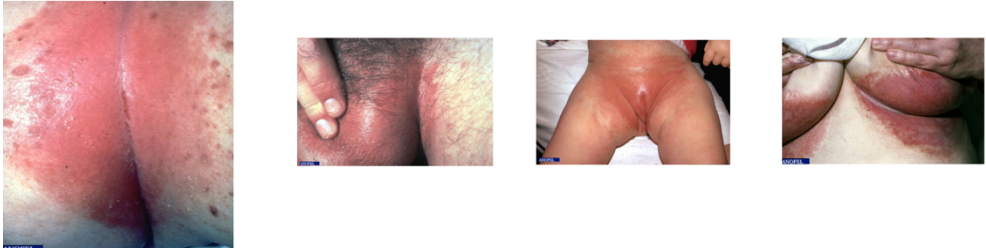
CANDIDOSES CUTANÉO- MUQUEUSES

I- Introduction

Généralités	- Infections superficielles, généralement bénignes - Très fréquentes en médecine générale Levures du genre Candida - Commensales des muqueuses digestives et génitales (<i>C.albicans</i>, <i>C.glabrata</i>). - Commensales de la peau (<i>C.parapsilosis</i>) <u>Pour rappel</u> : Commensalisme = nutrition sur un être vivant sans entrainer de troubles ou de spoliations. - Facteurs de risque → infection
Facteurs de risque	<u>Facteurs locaux</u> : - Microtraumatismes - Modification de la flore - Réduction des défenses locales <u>Facteurs généraux</u> : - Âges extrêmes - Immunodépression - Diabète déséquilibré - Grossesse - latrogénie Facteurs de risque → formes cliniques

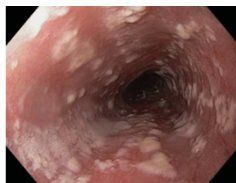
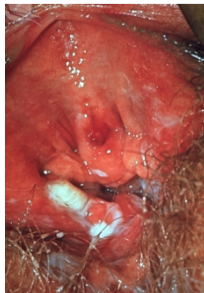
II- Candidose cutanée

Candidoses cutanées : facteurs de risque	- <u>Microtraumatismes</u> : macération, irritations, obésité - <u>Réduction des défenses locales</u> : corticoïdes topiques - <u>Âges extrêmes</u>
Atteinte	- Intertrigo : atteinte des plis - Érythème lisse suintant à bord irréguliers - Naissance dans les plis (fissuré) - Enduits blanchâtres - Papules et/ou pustules satellites souvent associées - Prurit fréquent  - Au niveau des grands plis : inguinal, axillaire, sous mammaire, interfessier - Grands plis - <u>Petits plis</u> : au niveau des mains, rare au niveau des pieds, commissures labiales = perlèche. 

Images	
Onychomycose	
Facteurs de risque	- Microtraumatismes : excès de manucure - Macération : produits d'entretien, port de gants
Onychomycoses	- Ongles des mains +++ - Périonyxis unguéale : tuméfaction tendue, érythémateuse +/- douloureuse de la tablette unguéale - Atteinte secondaire de l'ongle : invasion du bord proximal, décollement de la tablette unguéale, onycholyse totale. 

III- Candidoses muqueuses

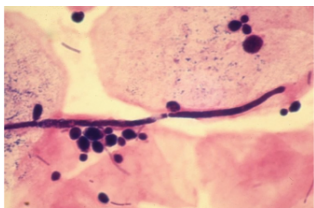
Candidoses oropharyngées	
Facteurs de risque	- Altération de la muqueuse : prothèse dentaire, cancer ORL, irritations - Immunosuppression : VIH, hémopathie, cancer solide - latrogénie : corticoïdes inhalés, antibiotiques large spectre, neuroleptiques - Hyposialie
Forme pseudomembraneuse	- = muguet - Muqueuse érythémateuse, lésions blanchâtres - Sensation de goût métallique, sécheresse 
Forme érythémateuse atrophique	- Muqueuse érythémateuse et luisante - Langue décapillée - Lésions multifocales 
Forme hyperplasique	- Plaques bourgeonnantes - Hyperkératosiques - Adhérentes 

Candidoses digestives	
Facteurs de risque	- Immunosuppression : VIH (CD4 < 150 / mm³) - Candidose œsophagienne chez VIH+ → marqueur du passage au stade SIDA
Forme	- Œsophagite : dysphagie, douleurs rétrosternales, association à une candidose oropharyngée - Endoscopie : enduits blanchâtres 
Candidoses génitales	
Candidoses génitales (femme)	Facteurs de risque : - <u>Facteurs hormonaux</u> : 2^e partie du cycle menstruel, 3^e trimestre de la grossesse - <u>Modifications de la flore</u> : douches vaginales, antibiotiques locaux - <u>Diabète</u> - Pas une IST - Récidive : 10% des cas, si 4 épisodes/ an → VIH - Très fréquente : 80% des femmes confrontées au cours de la vie - Vulvo-vaginite : >>> Prurit et brûlures valvulaires >>> Érythème et œdème de la vulve >>> leucorrhées blanchâtres grumeleuses >>> Dyspareunie 
Candidoses génitales (homme)	- <u>Facteurs de risque</u> : Pas une IST - Balanite : >>> érythème du gland et du prépuce (sillon balanopréputial) >>> vésicules, papules, plaques blanchâtres >>> Ulcérations >>> prurit fréquent 

IV- Candidoses cutanéomuqueuses

Facteurs de risque	Déficit congénital et sélectif de l'immunité cellulaire
Forme	- Affections rares - Jeunes enfants - Atteintes persistantes - Lésions de la peau, des muqueuses et des ongles : possible atteinte du cuir chevelu - Aspect crouteux, hyperkératosique 

V- Diagnostic mycologique

Diagnostic (1)	- Diagnostic principalement clinique - Doute diagnostic, récurrences, échec du traitement - Prélèvement : >>> avant la mise en route du traitement >>> écouvillon : lésions muqueuses et/ou suintantes >>> Grattage au vaccinostyle ou scalpel : lésions cutanées sèches et unguéales.
Diagnostic (2)	- Doute diagnostic, récurrences, échec du traitement - Prélèvement - 2 étapes indispensables : >>> examen microscopique direct : état frais, colorations spécifiques ou non, levures, pseudo-filaments. >>> culture : milieux spécifiques ou non, 48h à 37°C, résultat semi quantitatif - Identification de l'espèce. - Sensibilité aux antifongiques : → Non systématique : échec thérapeutique, traitement par voie générale. 
Traitement	- Correction des facteurs de risques +++ - Traitement antifongique : >>> antifongiques locaux +++ : → Nombreuses molécules : imidazolés, ciclopiroxolamine, amorolfine, amphotéricine B → Nombreuses formulations galéniques : ovules gynécologiques, poudre, crème, gel, solution filmogène, solution buvable (à adapter à la forme clinique). >>> antifongiques systémiques : → Après échec d'un traitement local → Formes sévères et/ou récidivantes → Patients immunodéprimés → Molécules : fluconazole en 1^{er} intention, autres antifongiques ou échinocandines en cas d'échec ou de résistance.

VI- Conclusion

Candidose cutanéomuqueuse sans facteur de risque évident = rechercher une immunodépression générale (VIH +++)

- **Levures commensales** : pathologie en cas de facteurs de risque (locaux et généraux)
- **Nombreuses formes cliniques** : orientées par les facteurs de risque, généralement bénignes
- **Diagnostic** : principalement clinique, diagnostic mycologique (examen direct + culture)
- **Traitement** : correction des facteurs de risque, antifongique local en 1^{er} intention.

PARASITOLOGIE

MALASSEZIOSES

I- Introduction

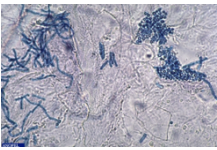
Généralités	- Infections superficielles fréquentes et bénignes : récides possibles - Infections profondes rares et gravissimes - Levures du genre <i>Malassezia</i> : commensales de la peau, lipophiles et kératinophiles. Pour rappel : commensalisme = nutrition sur un être vivant sans entrainer de troubles ou de spoliations. - Facteurs de risque → infection
Facteurs de risque	- Environnement propice à la prolifération des levures - Populations à risque : >>> Peau grasse (application de corps gras, naturellement) >>> Chaleur, humidité, sudation >>> Grossesse >>> Hypercorticisme >>> Immunodépression - Ne sont pas contagieuses - Plus fréquentes en été

II- Infections superficielles

<i>Pytiriasis versicolor</i>	
Atteinte	Principalement thorax et cou : - Peut s'étendre à tout le corps (sauf paumes et plantes) - Zones exposées au soleil - Absence de prurit
Aspect dermatologique	Macules couleur chamois - Finement squameuses (signes de copeau) - Extension centrifuge - Pas de pigmentation au soleil (tâches dépigmentées)
Images	

<i>Dermite séborrhéique</i>	
Atteinte et aspect dermatologique	- Principalement sur le visage - Lésions érythémato-squameuses : sourcils, plis nasogéniens, pommettes, lisière du cuir chevelu - Prurit habituel - Favorisée par le stress et l'immunodépression (VIH)
Image	
<i>Pytiriasis capitis</i>	
Atteinte	- État pelliculaire du cuir chevelu : desquamation abondante - Favorisé par le stress et la séborrhée - Prurit fréquent
Image	
<i>Folliculite du tronc</i>	
Atteinte et aspect dermatologique	- Principalement sur le dos : thorax plus rarement - Lésions pustuleuses et papuleuses : simulation d'une acné - Homme jeune - Prurit
Image	

III- Diagnostic et traitement

Diagnostic mycologique	- Lumière de Wood : fluorescence jaunâtre des lésions - Prélèvement des lésions : grattage des squames, scotch test cutané +++ - Examen direct +++ : grappes de levures rondes + filaments courts - Culture : rarement réalisée, milieux enrichis en lipides. 
Traitement-Prévention	- Traitement antifongique : kétoconazole topique (2 applications à 1 semaine d'intervalle) - Décapage pour les formes très squameuses - Correction des facteurs favorisants : sudation, éviter les huiles solaires, traitement préventif possible avant l'été par kétoconazole.
Infections profondes	- Infections très rares - Prématurés, immunodéprimés - Retrait de cathéters → Nutrition parentérale de solutions lipidiques

IV- Conclusion

- <u>Infection superficielles bénignes :</u> Plusieurs formes cliniques : Pityriasis versicolor +++ Favorisées par des facteurs de risque Diagnostic : scotch test cutané Traitement : antifongique topique, correction des facteurs de risque - <u>Infections profondes rares :</u> perfusion d'intralipides.

PARASITOLOGIE

DERMATOPHYTOSES

I- Introduction

Dermatophytoses	- Épidémiologie : agents pathogènes, modes de contamination - Clinique : lésions de la peau glabre, lésions du cuir chevelu, lésion des poils, lésion des ongles - Diagnostic biologique - Traitement et prévention
Épidémiologie	- Agents pathogènes : dermatophytes → Champignons filamenteux parasites obligatoires → Affinité pour la kératine (épidermes, ongles, poils cheveux) - Principales espèces rencontrées en France métropolitaine : >>> Trichophyton : <i>T. rubrum</i> >>> Microsporum : <i>M. canis</i> >>> Epidermophyton : <i>E. floccosum</i>
Modes de contamination	- Origine humaine : >>> Contact interhumain (lutteurs, judokas...) >>> sols souillés par des squames parasitées (salles de bains, salles de sport) >>> Object divers (peignes, brosses, bonnets) - Origine animale : >>> Compagnie (chien, chat, cochon d'inde...) >>> D'élevage (chevaux, bovins...) >>> Porteurs de lésions ou porteurs sains sans lésion apparente - Origine tellurique : >>> Plaies souillées de terre enrichie en kératine animale (poils, plumes, sabots, carapaces d'insectes...) contenant le champignon.

II- Clinique

Lésions de la peau glabre	- Dermatophyties - Intertrigos
Images	• Dermatophyties  • Intertrigos 
Lésions du cuir chevelu : teignes	- Teignes tondantes : >>> Grandes plaques (teigne microscopique) >>> Petites plaques (teigne trichophytique) - Teignes suppurées : >>> teigne inflammatoire (kérion) >>> teignes faviques

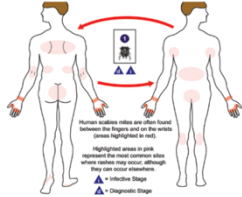
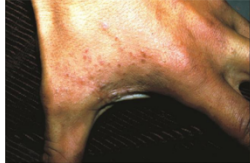
Images	• Teignes tondantes - Grandes plaques (teigne microsporique) - Petites plaques (teigne trichophytique) • Teignes suppurées - Teigne inflammatoire (kérion) - Teignes faviques
Lésions des poils	- Sycosis : moustache - Barbe
Images	• Sycosis - Moustache - Barbe
Lésions des ongles : onychomycoses	- Onychomycose : >>> Distolatérale >>> Leuconychie superficielle >>> Dystrophie totale
Images	• Distolatérale • Leuconychie superficielle • Dystrophie totale

III- Diagnostic biologique et traitement

Prélèvement	- Zone active des lésions (en périphérie) - Spécialiste (dermatologue ou mycologue) - A distance de toute thérapeutique locale ou générale - Lampe de Wood : teigne																
Diagnostic mycologique	- Examen direct - <u>Culture</u> : en macroscopie ou microscopie																
Traitement	<table><tr><th></th><th>Teigne</th><th>Lésions de la peau et des plis</th><th>Onychomycose</th></tr><tr><td>Traitement local</td><td>Antifongique imidazolé</td><td>Antifongiques azolés Terbinafine Cyclopiroxolamine</td><td>Sans atteinte matricielle : 1) Antifongique en vernis (amorolfine ou ciclopirox) repousse saine de l'ongle. 2) L'avulsion chimique peut être utile avec une association azolé (bifonazole) et urée.</td></tr><tr><td>Traitement systémique</td><td>Griséofulvine (15 à 20 mg/kg/ jour, 6 à 8 semaines)</td><td>Griséofulvine Terbinafine*</td><td>Avec atteinte matricielle : Traitement local associé à un traitement par Terbinafine * 1) Onyxis des mains : 250 mg/jour (3 mois) 2) Onyxis des pieds : 250mg/ jour (6 mois)</td></tr><tr><td>Prévention</td><td>Origine anthropophile : traiter la personne source de contamination. Origine zoophile : traiter l'animal source de contamination.</td><td>Origine anthropophile : Recherche de teigne ou onychomycose. Origine zoophile : traiter l'animal source de contamination.</td><td>Origine anthropophile = type de travail, pieds nus dans des endroits publics, infections dans l'entourage....</td></tr></table> * Une surveillance hépatique et hématologique est nécessaire. En cas d'intolérance ou de contre-indication (grossesse, allaitement), l'itraconazole et éventuellement le fluconazole, peuvent être utilisés		Teigne	Lésions de la peau et des plis	Onychomycose	Traitement local	Antifongique imidazolé	Antifongiques azolés Terbinafine Cyclopiroxolamine	Sans atteinte matricielle : 1) Antifongique en vernis (amorolfine ou ciclopirox) repousse saine de l'ongle. 2) L'avulsion chimique peut être utile avec une association azolé (bifonazole) et urée.	Traitement systémique	Griséofulvine (15 à 20 mg/kg/ jour, 6 à 8 semaines)	Griséofulvine Terbinafine*	Avec atteinte matricielle : Traitement local associé à un traitement par Terbinafine * 1) Onyxis des mains : 250 mg/jour (3 mois) 2) Onyxis des pieds : 250mg/ jour (6 mois)	Prévention	Origine anthropophile : traiter la personne source de contamination. Origine zoophile : traiter l'animal source de contamination.	Origine anthropophile : Recherche de teigne ou onychomycose. Origine zoophile : traiter l'animal source de contamination.	Origine anthropophile = type de travail, pieds nus dans des endroits publics, infections dans l'entourage....
	Teigne	Lésions de la peau et des plis	Onychomycose														
Traitement local	Antifongique imidazolé	Antifongiques azolés Terbinafine Cyclopiroxolamine	Sans atteinte matricielle : 1) Antifongique en vernis (amorolfine ou ciclopirox) repousse saine de l'ongle. 2) L'avulsion chimique peut être utile avec une association azolé (bifonazole) et urée.														
Traitement systémique	Griséofulvine (15 à 20 mg/kg/ jour, 6 à 8 semaines)	Griséofulvine Terbinafine*	Avec atteinte matricielle : Traitement local associé à un traitement par Terbinafine * 1) Onyxis des mains : 250 mg/jour (3 mois) 2) Onyxis des pieds : 250mg/ jour (6 mois)														
Prévention	Origine anthropophile : traiter la personne source de contamination. Origine zoophile : traiter l'animal source de contamination.	Origine anthropophile : Recherche de teigne ou onychomycose. Origine zoophile : traiter l'animal source de contamination.	Origine anthropophile = type de travail, pieds nus dans des endroits publics, infections dans l'entourage....														

PARASITOLOGIE

GALE

Épidémiologie	- Dermatose cosmopolite, prurigineuse et contagieuse - Acarien, <i>Sarcoptes scabiei</i>. - Dans le monde : 300 millions de cas - En France : en augmentation (3 cas/ 1000 habitants)
Cycle de vie	- Sarcopte : infestant de 24 à 48 heures - Mode de contamination : >>> Contact cutané direct : établissement de santé, transmise sexuellement >>> Contamination indirecte : vêtements ou de la literie, faible : gales communes, importance : gale hyperkératosique.
Clinique	
Clinique : Gale commune de l'adulte	- La période d'incubation 3 semaines - Le prurit est continu - Localisations : >>> Espaces interdigitaux palmaires >>> Poignets >>> Coudes >>> Aisselles >>> Mamelons >>> Plis abdominaux, inguinaux, fessiers >>> Fourreau de la verge (chancres scabieux)  Figure 3. Principales localisations chez l'homme (CDC)  Figure 4. Lésions interdigitales typiques de gale sarcoptique.
Clinique : Gale du nourrisson	- Agité - Pleure constamment - Lésions vésiculeuses : dos, aisselles, de l'ombilic et des fesses, bras, poitrine, cuisses, plante des pieds.  Figure 5. Gale du nourrisson
Clinique : gale hyperkératosique	- Sujet âgé ou à l'AEG amoindri - Formations croûteuses, squameuses, blanc-jaune soufré - Toute la surface cutanée : visage, le dos, la paume des mains et la plante des pieds.  Figure 6. Scabiose : gale hyperkératosique.
Clinique : gale profuse	- Sujet immunodéprimé. Les lésions diffuses ressemblent à celles du sujet âgé sans hyperkératose.
Diagnostic	Diagnostic clinique et épidémiologique : - Consulte pour un prurit - Plusieurs personnes d'une même collectivité atteintes. Diagnostic parasitologique : - Orienté grâce à un dermatoscope - Prélèvement : personne expérimentée : sillon scabieux, espaces interdigitaux ou sur les poignets.

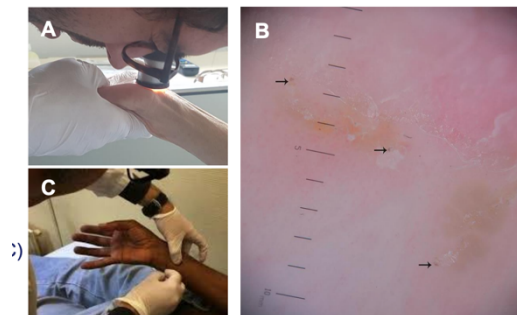


Figure 7. A. Dermatoscope. B. Image en « deltaplane » correspondant à la partie antérieure de l'acarien. C. Prélèvement parasitologique

Traitement et mesures environnementales

Traitement local	- Prendre une douche et réaliser un séchage doux - Application d'un produit antiscabieux - Prendre un bain ou une douche à la fin du traitement
Traitement oral	- Ivermectine (Stromectol) en une prise unique à renouveler 7 à 14 jours plus tard - Sécurité : enfants de moins de 15 kg et la femme enceinte ou allaitant - Il peut être associée à un traitement local.
Prévention	- Linges utilisés dans les 3J précédents doivent être lavés si possible à plus de 60° C - Fermés dans un sac plastique avec un scabicide de contact pendant 48-72 heures - Désinfection de l'environnement du malade