

**Candidose cutanée de présentation clinique inhabituelle : à propos de deux cas / Unusual clinical presentation of a cutaneous candidiasis: about two cases**

COUITCHÉRÉ Guéi Line; AKA Bossoma Guilaine; OUATTARA Gnényéri Joseph

Reçu pour publication en octobre 2021 - Accepté en novembre 2021

RÉSUMÉ

Introduction. Les présentations cliniques inhabituelles des candidoses cutanées sont source d'errance diagnostique. L'objectif de ce travail est de montrer l'intérêt d'élargir le bilan initial des lésions cutanées atypiques à l'examen mycologique.

Observation et conclusion. Nous rapportons le cas d'un garçon de 10 ans présentant une lésion ulcéro-bourgeonnante centro-faciale et celui d'une fillette de 8 ans ayant une infiltration des parties molles de la face. La recherche des causes tumorales, bactériennes et dégénératives était négative. La biopsie cutanée a permis d'orienter le diagnostic et la confirmation a été faite par l'examen mycologique qui a identifié l'espèce de *Candida*.

Mots clés :

- Infection cutanée;
- Diagnostic;
- Candida.

219

ABSTRACT

Introduction. Unusual clinical presentations of cutaneous candidiasis are a source of diagnostic error. The aim of this paper is to show the interest of extending the initial assessment of atypical skin lesions to mycological examination.

Observation and conclusion. We report the case of a 10-year-old boy with a centrofacial ulcerating lesion and that of an 8-year-old girl with a soft tissue infiltration of the face. The search for tumour, bacterial and degenerative causes was negative. Skin biopsy was used to orient the diagnosis and confirmation was made by mycological examination, which identified the *Candida* species.

Keywords:

- Skin infection;
- Diagnosis
- Candida.

INTRODUCTION

Les *Candidas* sont des levures commensales qui constituent une partie du microbiote physiologique colonisant les cavités naturelles de l'organisme. Ils se transforment en agents pathogènes opportunistes dans des conditions d'immunité de l'hôte inefficace^[1]. *C. albicans*, le plus étudié des *Candida spp* est retrouvé chez 70 % des individus sains^[2]. Les

levures provoquent des candidoses invasives sévères ou des candidoses superficielles de diagnostic aisé dans les formes classiques^[1]. Nous rapportons deux observations de candidose cutanée atypique pour souligner les difficultés diagnostiques rencontrées dans cette présentation.

OBSERVATION**Observation 1**

N.F, de sexe masculin, âgé de 10 ans vivant à Duékoué, a été admis pour une ulcération centro-faciale évoluant depuis 8 mois.

A l'admission, il avait une tuméfaction ulcéro-bourgeonnante centro-faciale avec nécrose de la pointe du nez (figure1). Différentes hypothèses ont été émises : noma, gommès syphilitiques, lèpre, tumeur des fosses nasales.



Fig. : à l'admission

Le bilan d'orientation a mis en évidence une hyperéosinophilie isolée à $662/\text{mm}^3$, une CRP élevée à 96mg/L . La sérologie syphilitique, la recherche d'une mycobactérie (tuberculose, lèpre) sont revenues négatives.

La biopsie cutanée a révélé une dermatite granulomateuse, mais la recherche de leishmanie est revenue négative et l'examen mycologique réalisée a mis en évidence le *Candida pelliculosa*.

La recherche d'une immunodépression (VIH-SIDA, diabète, hémopathie maligne...) est revenue négative.

L'évolution était favorable sous traitement à base de fluconazole, laissant en place une cicatrice inesthétique (figure 2).

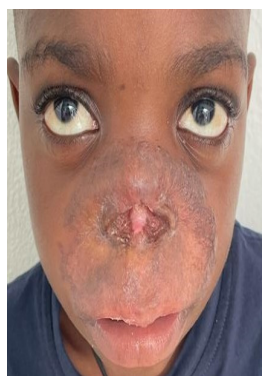


Fig. 2 : à 02 mois de traitement

Observation 2 :

M.E, 08 ans, de sexe féminin, résidant à Lakota, admise pour une tuméfaction de l'hémiface gauche évoluant depuis 8 mois.

A l'admission, elle avait un aspect « monstrueux » du visage du fait d'une infiltration non inflammatoire des parties molles fronto-jugolabiales avec un aspect induré de la lèvre inférieure ainsi que des sécrétions purulentes endobuccales.

Les hypothèses de cellulite génienne, lymphome de Burkitt, d'infection à mycobactéries et de staphylococcie maligne de la face ont été évoquées avec NFS : hyperleucocytose à $15\,000\text{GB}/\text{mm}^3$ avec polynucléose, anémie hypochrome microcytaire à 9g/dL .

Les hémocultures étaient stériles, la cytoponction à la recherche de cellules de burkitt était non contributive. La recherche de mycobactéries était négative.

La TDM faciale montrait une infiltration des parties molles de la face avec extension intra orbitaire gauche et sinusienne.

A l'histologie, l'épithélium était le siège d'une papillomatose et d'une acanthose. Le chorion était fibreux avec des lymphoplasmocytes.

L'examen mycologique de la biopsie cutanée a permis d'identifier un *Candida famata* sensible au kétoconazole. L'évolution sous traitement était favorable.

DISCUSSION

Les candidoses cutanées se manifestent classiquement par des intertrigos des grands et des petits plis ayant des caractères précis. La lésion est limitée par une bordure en « collerette desquamative » typique.

Dans ce cas, le diagnostic a été clinique^[3]. Les candidoses superficielles atypique sont rares^[4,5]. Elles se développent en dehors des plis et se présentent sous la forme de lésions ulcéro-bourgeonnantes ou sous la forme de lésions ulcéro-nécrosantes d'évolution chronique. La présence de pustules oriente d'abord vers une infection bactérienne à germe communautaire justifiant une antibiothérapie classique. Ces lésions évoquent aussi selon leur aspect une infection à mycobactéries (lèpre ou tuberculose), une syphilis, un eczéma ou une leishmaniose. Le bilan étiologique a constitué en des examens

spécifiques permettant la confirmation des hypothèses précitées, mais ce bilan n'était pas contributif^[4]. L'histologique de la biopsie cutanée réalisée après échec des traitements instaurés a orienté le diagnostic en révélant la présence de granulomes (fait de polynucléaires, d'histiocytes, de cellules géantes) dans l'épaisseur du corps muqueux de Malpighi et dans le derme sous-jacent. Au centre de ces granulomes, ont été trouvés des levures et des filaments^[3]. Le diagnostic mycologique indiqué dans l'atypie clinique, fait en général en deuxième intention, a confirmé le diagnostic en mettant en évidence le *Candida* et en précisant l'espèce^[3]. Les candidoses cutanées sont dues au *Candida albicans*, mais aussi aux espèces non-albicans^[4,5].

Le traitement a été aisé et la guérison a pu être obtenue avec des séquelles inesthétiques à cause du retard de prise en charge et diagnostic^[5].

CONCLUSION

Le bilan initial des lésions cutanées atypiques d'évolution chronique doit être élargi à l'examen mycologique pour permettre un diagnostic

précoce des candidoses et réduire le risque de séquelles disgracieuses dans les formes nécrosantes.

Adresses et rôles des auteurs

- **Couitchéré Guéi Line**
- Aka B. Guilaine : akaguilaine@yahoo.fr
- Ouattara Joseph : jgouattara@yahoo.fr

RÉFÉRENCES

1. **Kashem SW, Kaplan DH.** Skin Immunity to *Candida albicans*. Trends Immunol. 2016;37(7):440-450. doi: 10.1016/j.it.2016.04.007. Epub 2016 May 10. PMID: 27178391; PMCID: PMC4931795.
2. **Spampinato C, Leonardi D.** *Candida* infections, causes, targets, and resistance mechanisms: traditional and alternative antifungal agents. Biomed Res Int. 2013;2013:204237. doi: 10.1155/2013/204237. Epub 2013 Jun 26. PMID: 23878798; PMCID: PMC3708393.
3. **Bonnetblanc JM.** Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : *Candida albicans*. Annales de dermatologie et vénérologie 2008 ; 35 (11 suppl) : F35- F41. Disponible sur <https://confkhalifa.com/trainingkhalifa/wp-content/uploads/2014/2015/08/candida-cours.pdf>.
4. **Cucé LC, Belda Júnior W, Salebian A.** Candidose úlcero-vegetante da perna. Rev Inst Med trop S Paulo. 1986;28:364-7.
5. **Çipe F, Dogu F, Yildiran A, Yüksek M, Pekacar T, Güriz H, Saatci M, Sezer E, Düzenli F, İkinçiogullari A, Babacan E.** An Unusual Clinical Presentation: Invasive *Candida non-albicans* Infections in Ataxia Telangiectasia. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2008; 18 : 486-488.