



Clinical case

Stomatite Érythémateuse et Pseudomembraneuse à Candida chez un Immunocompétent: À Propos d'un Cas

Pseudomembranous erythematous stomatitis candida in an immunocompetent : a case report

Nokam Abena Marie Elvire¹, Bengondo Messanga Charles².

RÉSUMÉ

Les stomatites érythémateuses à Candida s'observent surtout dans le contexte d'immunodépression chez l'adulte. Les premiers signes révélateurs d'une immunodéficience apparaissent au niveau de la cavité buccale puisque l'affaiblissement des défenses immunitaires permet aux microbes saprophytes de proliférer.

Suspecté cliniquement chez un camerounais âgé de 35 ans, monsieur N.C. a été référé dans le service de stomatologie de l'hôpital de district de la cité verte à Yaoundé ; pour glossite d'origine bactérienne évoluant depuis trois semaines et ne répondant pas aux traitements à base d'Amoxicilline 2g+acide clavulanique 250 mg/jour pendant 7 jours suivi de Spiramycine 6 MUI+Metronidazole 1000 mg/jour pendant 10 jours. La numération formule sanguine n'a rien révélé, la sérologie du VIH était négative. La clinique avait montré des lésions érythémateuses avec des tâches blanchâtres sur la langue, la face interne des joues, de la lèvre inférieure et la commissure. La présence de plusieurs éléments fongiques lors du prélèvement buccal a orienté le diagnostic vers la candidose érythémateuse pseudomembraneuse de la cavité buccale. Nous avons voulu dans cet article, décrire et discuter ses aspects diagnostiques et la démarche thérapeutique pour une meilleure prise en charge de cette pathologie.

ABSTRACT

Candida erythematous stomatitis is observed mostly in the context of immune suppression in adults. The first signs of immunodeficiency appear at the level of the oral cavity since the weakening of the immune defenses allows saprophytic microbes to proliferate.

Suspected clinically in a 35 years old Cameroonian, Mr.N.C was referred to the stomatology department of the cité verte district hospital in Yaoundé; For oral lesion lasting three week and not responding to the prescribed treatment Amoxicilline 1 g + clavulanic acid 125 mg for 2 g per day for 7 days; after that, he took Spiramycin 6 MUI and Metronidazol 1000 mg per day for 10 days. Biological examinations (blood count, HIV serology) were non contributory. The clinical examination had shown erythematous lesion whitish spots on the tongue, the internal face of the cheeks, the inner face of the lower lip and the commissure. Cytological oral examination shown fungus elements. The diagnosis was pseudomembranous erythematous candidiasis of the oral cavity. We wanted in this article to describe and discuss its diagnostic aspects and the therapeutic approach for a better management of this pathology.

¹Service d'odontostomatologie, Hôpital de district de la cité verte de Yaoundé

²Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale CHU de Yaoundé

Adresse pour correspondance

Dr Nokam Taguenné Epse
Abéna Marie Elvire
Tel : (237)699975202
E-mail :
nokamabena@yahoo.fr

Mots-clés : Candida albicans, Stomatite érythémateuse, Candidose pseudo-membraneuse.

Keywords : candida albicans, erythematous stomatitis, pseudomembranous candidiasis.

INTRODUCTION

La candidose buccale est causée principalement par le Candida albicans. Un faible nombre de ces champignons vivent normalement dans la bouche, mais ils sont habituellement neutralisés par le système immunitaire. Une infection mycosique se développe quand l'organisme est affaibli et ne peut plus maîtriser l'invasion par le champignon [1, 2].

Les candidoses étant des infections opportunistes, les principaux facteurs prédisposant sont liés à une immunodépression et un déséquilibre de la flore normale [2,3].

L'infection à Candida n'est pas limitée à la bouche. Elle peut aussi se manifester dans d'autres parties du corps. Les manifestations cliniques peuvent revêtir des aspects différents. On distingue les formes aiguës, subaiguës et chroniques [4].

Toutefois, il faut reconnaître les signes cliniques d'une candidose buccale dans toutes ses formes (érythémateuse, pseudo-membraneuse, chéilite angulaire) pour avoir un traitement rapide et efficace afin de pallier aux problèmes fonctionnels (alimentation, mastication, déglutition, diction) [3, 4, 5].

Les voies de transmission sont soit exogène par exemple de la mère à l'enfant ou endogène par porte d'entrée digestive ou génitale. Le diagnostic positif tient compte de l'aspect clinique, sa localisation, de l'état général et de l'examen mycologique [4, 5].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2003 un bulletin sur les lésions buccales en tant qu'indicateurs d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et comme facteurs prédictifs de la progression de la maladie à VIH vers le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Il y apparaît que les manifestations buccales font partie des indicateurs les plus précoces et les plus importants d'infection à VIH [1, 4, 5].

Parmi ses lésions buccales, la candidose buccale est le premier marqueur de l'infection à VIH. Dans notre pratique quotidienne, en présence de stomatites érythémateuse et pseudo-membraneuse à *Candida*, il faut suspecter le SIDA. Le but de notre étude était de décrire et discuter les aspects diagnostiques et la démarche thérapeutique pour améliorer la qualité de vie du malade dans notre contexte.

OBSERVATION

Mr N.C. âgé de 35 ans, transporteur, a été référé en février 2016, au service de stomatologie de l'hôpital de district de la cite verte à Yaoundé (Cameroun), pour des lésions buccales évoluant depuis trois semaines. Le diagnostic de glossite bactérienne sans rémission avait été évoqué avant le transfert et le patient avait été soumis au traitement per os à base d'Amoxicilline 1g+Acide Clavulanique 125 mg 2g par jour et un bain de bouche à la Chlorhexidine pendant 7 jours ; n'ayant pas eu d'amélioration, il a été chez un autre praticien qui lui aurait prescrit un traitement à base de Spiramycine 1.5 MUI+Métronidazole 250 mg, 4 comprimés par jour pendant 10 jours ; un traitement symptomatologique à base d'Anétholtrithione (sulfalem) 25 mg 3 comprimés par jour pour la sécheresse buccale ; Paracétamol 1g 1 comprimé par prise pour palier la douleur. En application locale, il aurait utilisé un gel buccal constitué d'association de Rhubarbe et Acide Salicylique et un bain de bouche à la Chlorhexidine. Les résultats n'étaient pas probants.

La non-amélioration des symptômes malgré ce traitement à motivé la consultation dans notre service. Le patient s'était plaint de sensation de cuisson buccale, des difficultés à s'alimenter, à déglutir, à parler et de sécheresse buccale.

A l'anamnèse, le patient n'était pas diabétique, mais, aurait eu des migraines chroniques pendant plusieurs années et des lombalgies qu'il aurait traitées avec des décoctions à base de feuilles de papayer et de feuilles d'avocatier il y a plus de 6 mois.

A l'examen physique, Mr N.C. était affaibli, avec une asthénie, une dysphagie et une dyslexie. L'enquête des autres systèmes (digestif, respiratoire, circulatoire et locomoteur) étaient sans particularités. Le patient était non-alcoolique et n'avait aucune réaction allergique connue.

L'examen clinique a montré en exo-buccal, les articulations temporo-mandibulaires sans particularités, synchrones et sans bruit audible ; pas d'adénopathies cervicales palpables ; mais, on a objectivé la présence des fissures et d'ulcérations rectilignes angulaires et bilatérales de la commissure, accompagnées d'érythème inflammatoire plus ou moins intense en allant vers la muqueuse angulaire (Figure 1a). A l'ouverture buccale ont été observées de multiples plaques maculaires érythémateuses disséminées sur la muqueuse jugale, la commissure labiale inférieure, la gencive vestibulaire en regard des incisives et canines inférieures, sur le dos de la langue, dépapillée à des endroits, avec une tendance hémorragique lorsqu'on grattait la membrane blanchâtre (Figure 1 et 2). Le patient avait du mal à mouvoir sa bouche et sa langue.

Sur le plan biologique on notait la numération Formule Sanguine :

Globules rouges $5,12 \times 10^6 / \mu\text{l}$; Globules blancs $4,47 \times 10^3 / \mu\text{l}$; Hématocrite 42,1 % ; Hémoglobine 14,9 g/dl ; VGM 82,2 fl ; CCMH 35,4 g/dl ; TCMH 29,1 pg ; Plaquettes $223 \times 10^3 / \mu\text{l}$;

Formule Leucocytaire : Polynucléaires neutrophiles 39,7 % ; Polynucléaires éosinophiles 1,8 % ; Polynucléaires basophiles 0,2 % ; Lymphocytes 49,4 % ; Monocytes 8,9 %.

La sérologie VIH 1,2 et 0 selon la technique Elfa / Vidas était négative.

La glycémie à jeun était 0,91.

Le prélèvement à l'écouvillon des lésions muqueuses pour examen direct et mise en culture à la recherche des levures bourgeonnantes avec présence de filaments, était positif

Compte tenu des lésions précédemment décrites dans leur morphologie et leur topographie, nous avons retenu le diagnostic de stomatite érythémateuse et pseudo-membraneuse à *Candida*.

Le traitement a consisté en ambulatoire en une application buccale de la Xylocaïne 10% topic gel puis, un toilettage buccal à l'aide des compresses stériles trempées dans des solutions de bicarbonate de sodium et de Povidone iodée. La prescription était composée de Fluconazole 150 mg à raison d'un comprimé par prise pendant deux semaines ; Miconazole en gel buccal pour application locale 3 fois par jour, CaC 1000 1 comprimé par jour ; Bicarbonate de sodium en solution pour bain de bouche ; Povidone iodée 10% en solution pour bain de bouche ; Clotrimazole en solution pour application locale.

Le patient a été revu pour un contrôle deux jours après le début du traitement (Figure 3). Son état général était satisfaisant et l'évolution clinique était bonne, car les sensations de brûlure, la sécheresse buccale et les enduits blanchâtres avaient partiellement disparu.

Nous avons revu le malade successivement le cinquième, le neuvième (Figure 4) et le 12^{ème} jour du traitement (Figure 5) les symptômes avaient complètement disparu ; la muqueuse était redevenue rose pâle, humide avec une sécrétion salivaire normale.

DISCUSSION

Dans la littérature, plusieurs études ont mis en exergue la complexité de diagnostiquer les lésions buccales et par conséquent la difficulté dans sa prise en charge. Les glossites font partir des pathologies de la muqueuse orale et peuvent avoir des causes diverses ; partant des agressions bactériennes, passant par des carences vitaminiques et réactions allergiques, jusqu'aux attaques virales et mycosiques [7, 12]. Le diagnostic évoqué avait été une glossite d'origine bactérienne dans sa phase initiale. A l'interrogatoire, le patient aurait eu des lésions sur la langue, qui se seraient amplifiées progressivement pendant des semaines affectant aussi la muqueuse jugale, les gencives et la commissure labiale. Les signes fonctionnels étaient l'hyposialie et la sensation de douleur buccale à type de cuisson, qui ont conduit à une gêne à la mastication, une dysphagie et une dyslexie entraînant à leur tour à une anorexie et une asthénie.

Plusieurs études ont montré que le diagnostic de stomatite érythémateuse et pseudomembraneuse à *Candida* est basé essentiellement sur la clinique et la topographie des lésions. Le diagnostic positif est posé compte tenu des signes fonctionnels, généraux et lésionnels [6, 7, 8]. Chez Mr N.C., le diagnostic de candidose buccale avait été posé compte tenu de l'examen lésionnel endo-buccal qui avait montré des zones érythémateuses de la muqueuse au niveau du plancher buccal (la face dorsale de la langue, la gencive, les faces internes des joues, la commissure labiale) ; recouvertes à des endroits d'enduit blanchâtre à tendance hémorragique au grattage.

Selon l'OMS, la candidose orale est une infection opportuniste de la cavité buccale chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Au Cameroun, l'étude de Ndjidda Bakari et al. En 2014 a démontré qu'à l'hôpital du jour de l'hôpital central de Yaoundé 18,4% de PVVIH suivies dans ce centre présentaient une candidose orale. Le système immunitaire travaille pour éliminer les organismes invasifs et dangereux, comme les virus, les bactéries et les champignons, tout en respectant un équilibre entre les « bonnes » et les « mauvaises » bactéries qui résident normalement dans le corps. Parfois, ces mécanismes protecteurs ne fonctionnent pas. Cela peut faciliter l'apparition d'une candidose buccale [5, 9, 10]. Notre patient était immunocompétent. Sa sérologie VIH 1,2 et 0 avaient été négatif.

Une perlèche isolée doit faire évoquer une infection bactérienne ou une carence nutritionnelle. Notre patient avait une stomatite à *Candida* associée à une chéilite angulaire. Ceci pourrait s'expliquer par le tic de léchage qui serait à l'origine de la diffusion de l'infection sur la commissure angulaire, créant ainsi la perlèche [10, 11]. Toutefois, notre attitude thérapeutique a tenu compte de carences vitaminiques probables.

Le diabète peut également contribuer au développement de la candidose buccale. En cas de diabète non stabilisé, il est probable que le taux de sucre présent dans la salive soit élevé. Le champignon *Candida albicans* peut s'appuyer sur cet excès de sucre pour alimenter sa croissance dans la bouche [7, 10, 12].

Ce malade n'avait aucun antécédent diabétique et son taux de glycémie à jeun était de 0,91.

Dans la littérature, les manifestations orales dues aux médicaments sont surtout les candidoses dans différentes formes (muguet, langue géographique, perlèche). Les antibiotiques à large spectre rendent le corps plus vulnérable parce qu'ils altèrent l'équilibre naturel des micro-organismes. Ce traitement anti-infectieux qui détruit les bactéries, prévenant naturellement les infections, peut favoriser la démultiplication du champignon *Candida* [6, 7, 8, 10].

Le cas évoqué ici a été sous antibiothérapie à large spectre pendant une vingtaine de jours après sa première visite médicale. Pour traiter la glossite, il avait pris per os un traitement à base d'Amoxicilline 1g associé à l'acide clavulanique 125mg (un comprimé deux fois par jour) et localement un bain de bouche à la Chlorhexidine pendant une semaine, suivi deux semaines après toujours en per os par, la Spiramycine 1,5 MUI associée au Métronidazole 250mg (deux comprimés deux fois par jour). Cette prise en charge aurait favorisé une augmentation accrue du champignon *Candida albicans* dans sa cavité buccale. Les candidoses buccales sont une infection dont les différentes formes cliniques sont si souvent évocatrices qu'elles permettent d'envisager d'emblée le diagnostic [7, 8]. Le diagnostic de candidose repose sur l'examen clinique. La confirmation par l'examen mycologique est parfois nécessaire dans les cas atypiques ou certaines topographies inhabituelles [9]. Nous n'avons pas été obligés de refaire un prélèvement au niveau des lésions pour la culture des germes car l'examen clinique montrait l'évidence d'une stomatite érythémateuse à *Candida*. Néanmoins, la réponse clinique aux antifongiques locaux (le Clotrimazole en solution et le Miconazole gel buccal) et per os (fluconazole 150mg un comprimé par prise pendant 14 jours) a confirmé le diagnostic rétrospectif de candidose buccale.

CONCLUSION

Le but de notre étude était de discuter et décrire les aspects diagnostiques et la démarche thérapeutique d'une stomatite érythémateuse et pseudo-membraneuse à *Candida* chez un immunocompétent. Les lésions candidosiques ne sont pas toujours associées au VIH, contrairement aux observations de l'OMS. Les formes cliniques sont diverses et sont fonction de plusieurs paramètres incluant l'état général et l'état local. Le diagnostic clinique est basé sur la topographie et la morphologie des lésions, en tenant compte des signes fonctionnels, de l'état général et des facteurs locaux ; avec éventuellement un examen mycologique. Le traitement est local par badigeonnage avec des antimycosiques locaux. La prise en charge va tenir compte de l'état général de l'organisme qui était affaibli et traiter localement la cavité buccale pour favoriser une alimentation de qualité. Le traitement des candidoses buccales nécessite non seulement l'élimination des facteurs favorisants mais également une médication locale complétée en cas d'échec par un traitement systémique. La présence de lésions buccales peut avoir un impact important sur la qualité de vie.

REFERENCES

1. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010
http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_fr.pdf
2. B. CRICKX, M. GÉNIAUX, J.-J. BONERANDI
Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques - Infections cutané-muqueuses à *Candida albicans*. *Ann Dermatol Vénérol* 2002;129:2S53-2S57.
3. SAMSON NG,
Prise en charge des patients atteints de candidose buccale. *J Can Dent Asso* 2013; 79:d122
4. SANDRA L., MELNICK, RUTH NOWJACK, RAYMER DUSHANKA V., KLEINMAN PHILIP A., SWANGO.
Manifestations buccales de l'infection à VIH : Guide des études épidémiologiques. OMS Genève, 1994.
5. GASPARIN AB, FERREIRA FV, DANESI CC, MENDOZA-SASSI RA, SILVEIRA J, MARTINEZ AM, ZHANG L, CESAR JA.
Prevalence of oral lesions in persons with HIV and associated factors in a southern Brazilian city. *Cad Saude Publica*. 2009, 25(6):1307-15
6. S. CHEMLALI, J. KISSA, N. KHLIL, A. CHAKIB.
Manifestations parodontales du VIH. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale SIDA, 2012 ,07:19
7. KULAK Y., ARIKAN A., KAZAZOGLU E.
Existence of *Candida albicans* and microorganisms in denture stomatitis patients. *J. Oral. Rehabil.*, 1997,24:788-790
8. PIETTE E., REYCHLER H.
Lésions blanches de la muqueuse buccale et des lèvres. *Encycl Med Chir. Paris : stomatologie*, 22-045-k-10,1997 :11
PARRET.J, BOBILLON .G, LISSAC M.
Milieu buccal. *Encycl Med Chir. Paris* : 1982, 22008A10: 1-4
9. BAUDET POMMEL M., BERTON P. Candidoses et prothèses. *Actual.Odonto-Stomatol* 1993 ; 183 :431-437
10. PINDBORG J.J. Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Paris : Masson, 1995:106-156j
11. SZPIRGLAS H., BEN SALMA L. Pathologie de la muqueuse buccale. Paris : Flammarion, 1997: 226-244
12. NDJIDDA BAKARI W. , DEFO, ZOUNG-KANYI BISSEK AC,YANO IT, NANA AR, TAMOH FS, TSAGUE TN, BENGONDO MC.
Manifestations orales associées au VIH à l'Hôpital du jour de l'hôpital centrale de Yaoundé.



Figure 1 : Stomatite érythémateuse et pseudomembraneuse à *Candida* avec des lésions sur la langue, la face interne de joues, la commissure labiale et angulaire.



Figure 2 : Langue géographique avec des lésions érythémateuses et les plaques blanchâtres signes de candidose buccale



Figure 3 : Candidose buccale après deux jours de traitement.

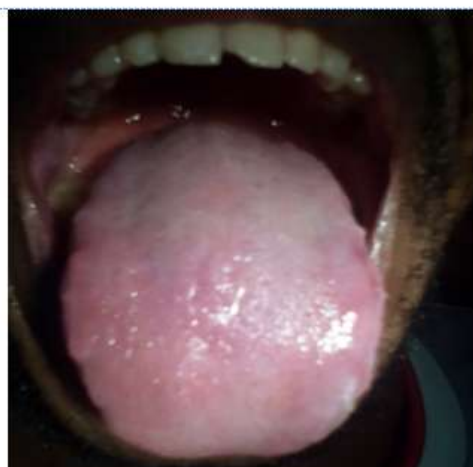


Figure 4 : disparition totale des lésions buccales au 12^{ème} jour