

Infections à Malassezia (Malassezioses)

Introduction

Les infections à *Malassezia* (Malassezioses) sont des mycoses superficielles, cosmopolites, fréquentes, bénignes, caractérisées par des récurrences.

Elles sont dues à des levures **lipophiles**, kératinophiles (absentes au niveau des muqueuses), faisant partie de la flore commensale cutanée de l'homme appartenant au genre *Malassezia*

Agents pathogènes: Actuellement, on distingue plusieurs espèces impliquées en pathologie humaine : *Malassezia furfur* (est le principal agent du pityriasis versicolor)

Chez l'homme, les *Malassezia* sont particulièrement abondants sur les régions du corps où la peau est grasse, riche en glandes sébacées (thorax, visage, cuir chevelu, racine des membres et oreille). Elles sont absentes des paumes des mains et plantes des pieds.

Morphologie :

Malassezia.sp sont des levures globuleuses, de petite taille se reproduisent par bourgeonnement unipolaire.

Facteurs favorisants :

Les levures du genre *Malassezia* sont commensales de la peau et le passage de la levure d'un état commensal à un état pathogène est à l'origine des mycoses observées. Les *Malassezia* prolifèrent sous l'influence de facteurs favorisants :

-Peau grasse ou application de corps gras sur la peau (cosmétiques ou huiles solaires).
transpiration, malnutrition.

-L'humidité et la chaleur: le pityriasis versicolor se voit surtout pendant la saison chaude (été).

-L'influence hormonale telle la grossesse, l'hypercorticisme, etc.

Clinique :

On décrit les entités cliniques suivantes : pityriasis versicolor, pityriasis capitis, dermatite séborrhéique

A)-Pityriasis versicolor :

C'est l'affection à *Malassezia* la plus répandue. Dans sa forme habituelle, il se présente comme une dermatose qui débute sur le thorax et le cou pour s'étendre ensuite sur tout le corps en respectant la paume des mains et la plante des pieds. La lésion élémentaire est constituée de macules de couleur chamois à brune, finement squameuses. Le prurit est le plus souvent absent. ***Malassezia furfur* est le principal agent de pityriasis versicolor.**

B)-Pityriasis capitis

C'est l'état pelliculaire du cuir chevelu. Il se manifeste par une desquamation abondante du cuir chevelu générant de nombreuses pellicules. Secondairement, des croûtes épaisses se forment sans provoquer de chute de cheveux. Le prurit est fréquent.

Le pityriasis capitis est favorisé par le stress et la séborrhée.

C)-Dermite séborrhéique :

C'est une affection fréquente aussi bien chez l'enfant et le nourrisson que chez l'adulte. Les lésions érythémato-squameuses et plus ou moins prurigineuses siègent au niveau du visage, des sourcils, des plis naso-géniens et à la base du cuir chevelu.

Chez le nourrisson, les lésions, sous formes de squames grasses, siègent sur les fesses et le cuir chevelu (« croûtes de lait » au niveau du cuir chevelu).

Elle est favorisée par le stress et l'immunodépression (SIDA).

Diagnostic biologique

A-Prélèvements

Dans le Pityriasis versicolor, le scotch-test cutané est le meilleur moyen de prélèvement: On colle fortement, sur la tache suspecte, un morceau de ruban adhésif transparent (scotch); puis on le détache et on l'applique sur une lame que l'on observe ensuite directement au microscope.

B)-Examen direct :

Dans le pityriasis versicolor : au scotch-test cutané, on observe au microscope des amas de levures rondes à ovales, très réfringentes, groupées donnant un aspect en grappe de raisin qui est pathognomonique.

Dans la dermatite séborrhéique et le pityriasis capitis, les *Malassezia* sont prélevés dans les squames et se présentent sous forme de levures ovales sans filaments.

C)-Culture et identification:

Dans le Pityriasis versicolor, la culture est rarement réalisée en pratique courante car elle n'est pas indispensable au diagnostic. Le diagnostic de certitude étant posé par l'examen direct (scotch tect cutané)

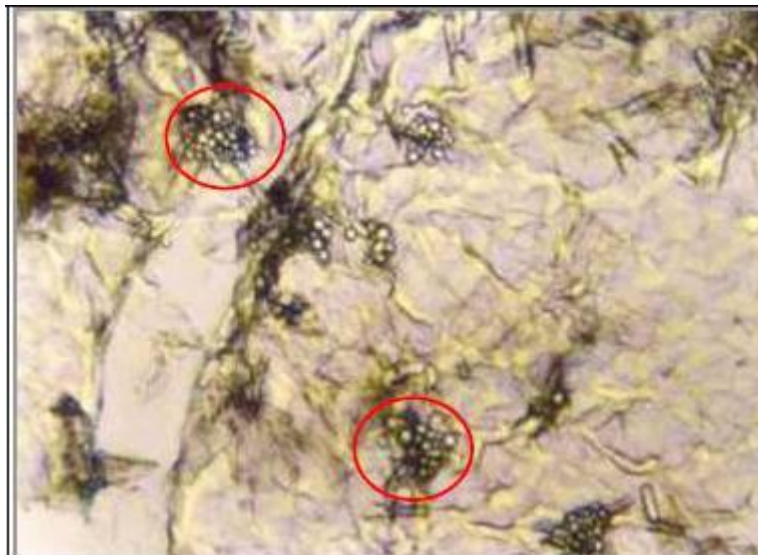
Traitement :

- Le pityriasis versicolor répond bien au sulfure de sélénium (sulsun): Après décapage de la peau au mercryl laurylé, on applique le Selsun sur tout le corps à l'aide d'un gant de toilette humide. Après avoir laissé en contact 15 à 20 mn on rince abondamment. Les applications sont bihebdomadaires pendant 2 à 4 semaines.

Dans les lésions étendues ou rebelles au traitement local, des azolés actifs par voie orale (kétoconazole (Nizoral®), itraconazole (sporanox), fluconazole) peuvent être prescrits

- Les autres formes cliniques (la dermatite séborrhéique, et le pityriasis capitis) se traitent de la même façon.

Pour éviter les récurrences, il convient de maîtriser les facteurs favorisants (sudation, application d'huile solaire). Une bonne hygiène de vie est nécessaire pour ramener la densité de la levure sur la peau à un état d'équilibre commensal



Scotch test cutané positif : Spores en « grappe de raisin »

Microsporidiose

Les microsporidies sont des champignons opportunistes très répandus chez les animaux, responsables de diarrhées chroniques, malabsorption et perte de poids sévère chez les sujets (VIH) avec un taux de CD4 inférieur à 100 cellules par mm³

Classification : Il ya plusieurs genres . Les plus connus chez l'homme :
Encéphalitozoon intestinalis et *Entérocytozoon bienewisi*

Morphologie

L'homme se contamine avec **les spores** présentes dans l'eau et les aliments souillés
Les spores ont la forme ovale et sont composées d'une paroi épaisse protégeant le sporoplasme (cytoplasme) dans lequel on trouve un noyau et un filament polaire enroulé en spirale

Cycle évolutif

1- injection du filament polaire à l'intérieur de la cellule cible (intestinale) , donc passage du noyau et du sporoplasme

2-Le sporoplasme injecté avec le noyau devient trophozoite à son entrée dans la cellule. Le noyau du trophozoite se divise et on a un méronte (schizonte de type I) contenant des mérozoïtes.

3- Les mérozoïtes restent en intra cellulaire, ils subissent un deuxième cycle de division nucléaire pour donner un sporonte (schizonte de type II)

Le sporonte contient des sporoblastes puis des spores ; libérées entraînant la mort de la cellule hôte

4- Les spores entourées de paroi épaisse résistent dans le milieu extérieur et sont d'emblée infestantes

Clinique

- La symptomatologie du sujet immunocompétent se limite le plus souvent à une diarrhée spontanément résolutive.

- Chez l'immuno déprimé: diarrhée chronique , nausées ,douleurs abdominales, perte de poids progressive et, dans les formes les plus graves, une déshydratation entraînant la cachexie.

La dissémination chez l'immunodéprimé s'accompagne de diverses manifestations pathologiques (sinusite, bronchite, kérato conjonctivite).L'extension aux voies biliaires et l'infection de l'arbre urinaire ont été rapportées.

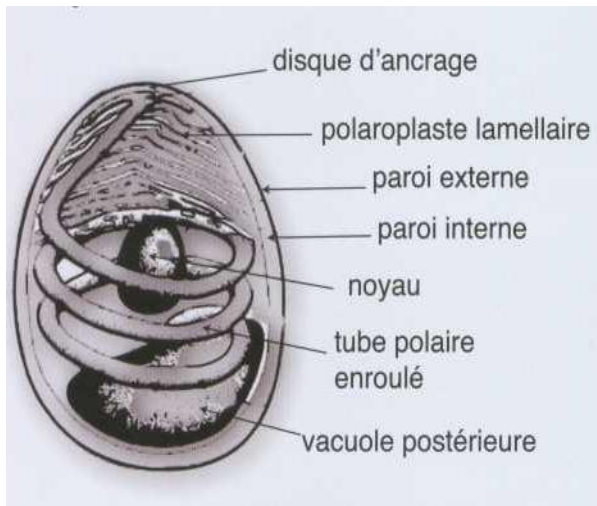
Diagnostic biologique

La mise en évidence du champignon se fait dans les selles, les urines, LBA, LCR.....

Coloration des frottis par plusieurs techniques pour visualiser le champignon, mais seule la microscopie électronique reste la technique de référence permettant l'identification de l'espèce.

Traitement :

L'albendazole et le Zentel sont des antiparasitaires efficaces dans le traitement des microsporidioses



Spore de microsporidie

