

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

*Etude épidémiologique de la candidose
bucco-pharyngée au Centre National
d'Odonto Stomatologie (CNOS) de
Bamako à propos de 84 cas*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie

Par M. Amadou DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY :

Président : Pr. M.L.DIOMBANA
Directeur : Pr. Alhousseini AG MOHAMED
Membre : Dr. Boubacar BA
Co-Directeur : Dr. Tiemoko D. COULIBALY

DEDICACES

Nous dédions cette thèse à :

Allah, le Miséricordieux, le tout Puissant, pour nous avoir permis de réaliser ce modeste travail.

A nos chers parents : Sory DEMBELE et Kadiatou Néné DEMBELE

Que ce travail soit le témoignage de notre profonde reconnaissance et qu'ils trouvent à travers cette thèse toute notre gratitude pour les bénédictions et les conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer. Nous osons espérer que leurs efforts et sacrifices consentis, n'ont pas été vains, et que le bon dieu le leur rendra au centuple.

A notre oncle Boubacar M'Baye SECK et sa femme Ina TALL

Ainsi que toute la famille SECK de Dar-salam, vous avez été notre guide au cours de nos premiers pas dans cette école ; vos conseils quotidiens et vos soutiens moraux, spirituels, et matériels nous ont été d'un appui capital.

Nous vous en serons toujours reconnaissant.

A nos frères et sœurs :

Sachez que c'est à travers votre chaleur, votre amour,

Et votre aide que nous avons pu nous surpasser. Recevez à travers ce travail toute notre affection.

A notre grande mère Ami DRAME,

Arrachée à notre affection, tu as été pour nous plus qu'une grande mère. Nous ne saurons te remercier pour tout ce que tu as fait pour nous.

Qu'Allah le tout miséricordieux t'accueille dans son paradis.

A nos collègues de la Faculté de Médecine

En souvenir de nos années d'étude

A nos amis de la cabine de Dar-salam

En témoignage de notre profonde gratitude

A nos collègues et tout le personnel du C.N.O.S,

Vous avez été un soutien sans faille pour nous, recevez ici toute notre gratitude ;

A notre pays : le Mali à qui nous devons beaucoup.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître et Président du Jury, le Professeur
Mamadou Lamine DIOMBANA**

- Maître de conférence d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale.
- Directeur Général du Centre National d'Odonto-Stomatologie
- chef de service de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale du centre National d'Odonto-stomatologie.
- Ancien chef de service de Stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale de l'hôpital de Kati.
- Ancien vice-président du 1er Conseil National de l'Ordre des Médecin et Pharmaciens du Mali de 1986 à 1990.
- Membre du conseil National et du comité Exécutif de l'Ordre National des Médecins du Mali de 1990 à 1993.
- Membre du conseil d'administration de l'Hôpital de Kati de 1992 à 2006
 - Membre Bienfaiteur de l'Association Malienne Raoul Follereau.
 - Membre Bienfaiteur de l'Association Malienne Solidarité Sida.
- Membre du Comité de Gestion de l'Hôpital National de Kati à partir de 1992 à 2006.
- Membre de Comité de Rédaction du Journal Mali-Médical de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali (2è secrétaire) de 1993 à 1999.
- Président du comité Scientifique de l'Association des Odonto-stomatologistes du Mali (AOSMA) de 1993 à 1999.
- Membre de la première Assemblée de Faculté de l'Université du Mali 1998.
- Membre de la deuxième Assemblée de Faculté de l'Université du Mali 1999.
- Membre Fondateur et Titulaire de la Société Médicale du Mali depuis 1984.
 - Membre du Comité de Rédaction de Mali Médical (2ème secrétaire).
- Membre Fondateur et Titulaire de la Société de Chirurgie du Mali (1994).

Cher maître, dès notre arrivée dans votre service, nous avons été marqués par votre accueil et votre sens de la responsabilité. En acceptant de présider ce travail vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous avons su apprécier vos qualités humaines, d'homme de science pétri de grande connaissance de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. Nous ne saurons oublier toute

votre disponibilité, vos conseils si précieux ainsi que votre appui. Nous sommes fiers d'avoir appris auprès de vous. Recevez ici cher maître, l'expression de notre indéfectible attachement et surtout de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge, le Docteur Boubacar BA.

Spécialiste en Odonto-Stomatologie et Chirurgie Buccale.

Praticien au Centre National d'Odonto-Stomatologie.

L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire.

Permettez nous, cher maître de vous adresser ici nos sincères remerciements.

**A notre maître et co-directeur de thèse,
le Docteur Tiémoko Daniel COULIBALY.**

Spécialiste en Odonto-Stomatologie et en Chirurgie Maxillo-faciale, Assistant chef de clinique à la FMPOS

Votre rigueur intellectuelle, vos qualités scientifiques et humaines, suscitent l'admiration et forcent le respect.

La sagesse, l'esprit d'ouverture et de dialogue, la sérénité et l'humilité dont vous avez su faire preuve tout au long de notre séjour dans votre service témoignent des valeurs cardinales à rechercher et font de vous à n'en pas douter l'incarnation de la responsabilité. Qu'il nous soit permis aujourd'hui de dire combien de fois nous sommes fiers d'être votre élève.

Cher maître, nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance.

**A notre maître et Directeur de thèse, le Professeur
Alhousseini AG MOHAMED.**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.

Chef du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Gabriel Touré.

Ancien vice Doyen de la faculté de Médecine pharmacie et d'Odontostomatologie.

Président de l'ordre national des Médecins du Mali.

Chevalier de l'ordre national du Lion du Sénégal

Chevalier de l'ordre national du Mali

Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations de présider le jury de ce travail.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être l'un de vos élèves.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

SOMMAIRE

I. CHAPITRE I : INTRODUCTION	13
Préambule.....	14
Intérêt.....	16
GENERALITES	18
A. Définition	19
B. Rappel anatomique	20
C. Historique.....	26
D. Morphologie.....	26
E. Habitat.....	26
F. Pouvoir pathogène.....	27
G. Mécanisme et pathogénie du candida albicans.....	28
H. Facteur favorisant.....	29
I. Diagnostic.....	29
J. Traitement.....	33
OBJECTIFS	38
Objectif général.....	39
Objectifs spécifiques.....	39
CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES	40
1. Cadre d'étude et lieu d'étude.....	41
2. Type d'étude.....	42
3. Durée d'étude.....	42
4. Echantillonnage.....	42
5. Examen clinique	43
6. Support des données.....	44
7. Ethique.....	44
8. Saisie et l'analyse des données.....	44
CHAPITRE III. RESULTATS	45
CHAPITRE IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57

CHAPITRE V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....63

CHAPITRE VI. REFERENCES68

CHAPITRE VII. RESUME.....73

CHAPITRE VIII. ANNEXES.....74

- Fiche d'enquête.....75
- Fiche analytique76
- Serment d'Hippocrate.....77

INTRODUCTION

PREAMBULE

La candidose bucco-pharyngée est une des pathologies les plus fréquentes en consultations d'odontostomatologie. On rencontre des formes chroniques ou récidivantes.

La rigueur scientifique exigée, pour ce travail fait défaut à certaines étapes de la conception et de la réalisation pratique ce qui s'explique par des conditions pénibles dans lesquelles exercent les médecins spécialistes ou généralistes : Insuffisance des équipements, vétusté des locaux, coûts élevés des prestations sanitaires.

Au Mali la candidose bucco pharyngée se rencontre de façon irrégulière au cours des consultations au Centre National D'odontostomatologie de Bamako ; elle pose un problème de santé publique

La candidose est extrêmement fréquente au cours du sida puisqu'elle est observée chez environ 85% des patients. [14]

Les infections fongiques opportunistes systématiques sont devenues une cause importante de mortalité, de morbidité.

D'autre part les mycoses sont autant diversifiées que les autres infections allant de la simple mycose superficielle à la septicémie fongique, imposant une prudence dans la prescription des médicaments et une surveillance lors du traitement.[4]

Bien qu'à première vue une maladie bénigne, la candidose bucco pharyngée provoque de graves perturbations dans la vie du sujet qui en souffre.

La connaissance des facteurs de virulence, des mécanismes pathogènes, et de la résistance restent imprécises. [4]

INTERET

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- Peu de travaux ont été effectués sur des types isolés de candida.
- il s'agit d'une pathologie peu connue.
- cette pathologie se trouve aujourd'hui stigmatisée à travers sa cohésion avec le VIH-Sida et le diabète.
- le *Candida albicans* est l'espèce la plus pathogène
- il s'agit de souches pathogènes opportunistes qui ont besoin d'un changement d'immunité locale ou générale pour provoquer une inflammation
- Les infections fongiques opportunistes systématiques sont devenues une cause importante de mortalité, de morbidité. [4]

Face à cette situation il devient nécessaire que le monde scientifique en général, et malien en particulier, les spécialistes en odontostomatologie doivent élaborer une stratégie, pour une nette régression du *Candida albicans* en vue de son éradication.

GENERALITES

A. DEFINITION :

Les candidoses de la muqueuse buccale sont des infections opportunistes fréquentes.

La notion d'opportunisme est capitale à retenir. Elle aura une incidence thérapeutique.

En effet le candida ne sera jamais pathogène chez l'humain en bon équilibre physiologique, en bonne santé et aux systèmes de défenses intacts. Le candida saprophyte souvent présent dans la cavité buccale, ne proliférera et ne deviendra pathogène que lors de conditions favorables pour son développement. Il faudra donc des perturbations de l'écosystème buccal et ou de l'état général des modifications physiologiques et ou pathologiques de l'hôte, pour permettre au saprophyte qu'il était de devenir pathogène [11].

Néanmoins certaines candidoses, en particulier les formes localisées, affectent parfois des patients présentant des désordres locaux ou généraux mineurs. Toutes les candidoses ne touchent pas que des sujets hautement débilisés ! Mais il faudra toujours un minimum de déséquilibre au moins buccal. La pathogénicité du candida sera d'autant plus conséquente que le sujet présentera des désordres importants [11]

La survenue et le devenir d'une candidose reflètent bien souvent les conditions de santé du sujet. En ce qui concerne la muqueuse buccale, la candidose est une mycose superficielle ; mais il faut savoir et garder en mémoire que le candida peut pénétrer plus profondément dans les tissus et entraîner une candidose systémique. Cette dissémination viscérale rarissime et grave qui emprunte la voie hématogène peut suivre des extractions dentaires chez un patient présentant initialement des candidoses orales. La candidose buccale ou plutôt des candidoses buccales se déclinent, selon les modes aigus ou chroniques et se présentent sous de nombreuses formes cliniques, d'aspects très différents (pseudo-membraneux érythémateux, hyperkératosique). [11]

Les candidoses rencontrées sont dans la grande majorité des cas des lésions primaires et des entités pathologiques mais la surinfection fongique d'autres pathologies est fréquente. Nous devons en dermatologie orale ne pas oublier cette notion.

B. Rappel anatomique

B. 1 BOUCHE

Cavité de la face située en dessous des fosses nasales et constituant la partie initiale du tube digestif. Deux zones distinctes, la composent, séparée par des arcades dentaires supérieures et inférieures [10].

- le vestibule en avant limité sur les côtés par les joues et devant par les lèvres,
- la cavité buccale, plus en arrière, entre les dents, en avant et les piliers du voile du palais en arrière.

La bouche comporte trois organes essentiels :

- les dents, dont seule la couronne est visible à l'ouverture de la bouche, sont implantées sur le rebord maxillaire.
- la langue, fixe dans sa partie postérieure et mobile pour le reste, grâce à l'action de dix sept petits muscles, qui permettent la déglutition et la phonation. Les papilles qui recouvrent sa surface sont des récepteurs de la gustation.
- les glandes salivaires, au nombre de trois de chaque côté :
 - Les glandes parotides
 - Les glandes sous-maxillaires
 - Et les glandes sublinguales ;

Existe aussi des glandes salivaires accessoires

B. 2 Cavité buccale

Anatomie : La cavité buccale représente un conduit de forme et de volume variable selon, que ses parois et son contenu (la langue) soient au repos ou en fonction et particulièrement pendant la phonation. Ses parois sont constituées par des parties dures

(os et dents) et des parties molles (muscles). Il est habituel de lui décrire six parois (supérieure, inférieure, antérieure, postérieure et 2 latérales)[17]

- Sa paroi supérieure est formée par la voûte palatine.
- Sa paroi inférieure est constituée par le muscle mylo-hyoïdien.
- Sa paroi antérieure est formée lorsque les lèvres sont au contact, celles-ci forment un diaphragme antérieur dont, dépend le degré d'ouverture de l'orifice buccale.
- Sa paroi postérieure n'existe que lorsque le voile du palais est abaissé, relevé il forme un second orifice postérieur, cette fois qui le met en communication avec le pharynx.
- Ses deux parois latérales enfin sont essentiellement constituées par les muscles buccinateurs.

A l'intérieur de la cavité buccale soutenue par le mylo-hyoïdien, se trouve un organe musculéux complexe ; reste d'une sommité céphalique au même titre que les muscles moteurs de l'œil : La langue.

Entre la langue et les parois latérales et antérieures de la cavité buccale qui forment un « canal musculaire » (de Coster) en fer à cheval convexe en avant se trouve le système dentaire représenté par les procès alvéolaires et les dents.

Fonction

- Mécanique :

- Ingestion des aliments, broyage par la mastication dentaire, humidification par la salive
- Transport déglutition, le bol alimentaire, par l'action de la langue et des muscles pharyngés, est dirigé dans l'œsophage.

- Chimique :

Début de la dégradation des sucres par une enzyme salivaire.

Les canaux excréteurs des glandes salivaires s'ouvrent au niveau du plancher de la bouche. Les enzymes présentes dans la salive permettent une pré-digestion des aliments d'autant plus importante que la mastication est prolongée [10]

- Respiratoire (convectif) :

La cavité buccale permet également le passage de l'air de l'extérieur vers le pharynx puis vers le larynx.

- Phonatoire :

La position des mouvements, et les contractions de la langue interviennent sur l'émission des sons

- Gustative :

La langue est l'organe gustatif, les récepteurs étant les papilles linguales situées sur la partie fixe de la langue, en arrière du V lingual.

Histologie

- **Les lèvres** : Elles comportent :

- Une face extérieure (face antérieure) à la structure de la peau (épiderme rouge et derme vert sur la coupe) ;
- Une face interne (face postérieure) à la structure de la muqueuse buccale (épithélium pluristratifié pavimenteux rose et d'un tissu conjonctif vert sur la coupe) ;
- Muscle orbiculaire des lèvres qui permet l'ouverture et la fermeture de la bouche (rose clair sur la coupe) ;
- le vermillon, entre la face externe et la face interne dont la couleur rose est due à l'abondance des vaisseaux sanguins sous l'épithélium de la muqueuse buccale.
- Des petites glandes salivaires, à la face postérieure formées d'acini et de canaux excréteurs.

Acini salivaires sero- muqueux :

- Les cellules claires sont des cellules muqueuses
- Des cellules rouges soient isolées, soient regroupées en croissant, sont des cellules séreuses
- La langue : organe musculo-conjonctif comportant le muscle lingual et la muqueuse linguale qui s'enfonce entre les faisceaux musculaires et contient des glandes salivaires accessoires des vaisseaux et des nerfs.

L'épithélium lingual de la face dorsale de la langue est hérissé de papilles. Les papilles linguales sont de trois types :

- Les papilles filiformes réparties sur toute la face dorsale de la langue (plus précisément les deux tiers antérieurs de la langue, le tiers postérieur correspondant à l'emplacement de l'amygdale linguale est dépourvu de papilles; elles sont formées d'un axe conjonctif unique ou dédoublé recouvert par un épithélium pluristratifié pavimenteux desquamé et un peu kératinisé.

- Les papilles fungiformes sont beaucoup moins nombreuses.

Elles comportent un axe conjonctif ramifié recouvert par un épithélium de type buccal qui efface les saillies du chorion.

- Les papilles caliciformes, une dizaine situées au niveau du V lingual, sont volumineuses, enfoncées dans le chorion et entourées par un sillon ou vallum (papille circum vallae); elles possèdent des bourgeons du goût sur leurs faces latérales. [10]

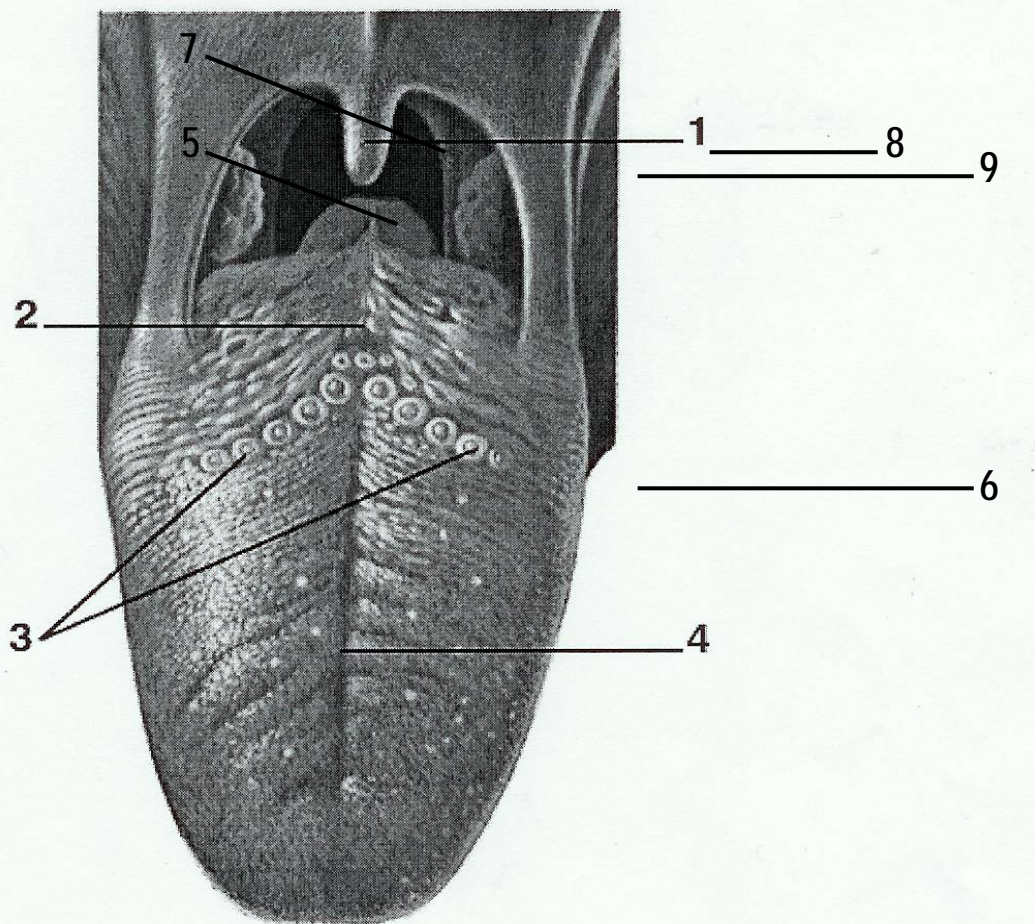


FIG. 1
Face supérieure de la langue.
[10]

1. Luvette
2. Amygdale linguale
3. Papilles caliciformes (V lingual)
4. Sillon médian.
5. Base de la langue
6. Langue mobile (en avant du v lingual)
7. Amygdale palatine
8. Pilier antérieur du voile
9. Pilier postérieur du voile

C. Historique

- En 1939 : le nom de candidose a été donné sur décision du congrès international de microbiologie à New York ;
- En 1946 et 1951 ont été décrits respectivement par GEIGER et Coll. et GASSEWITZ et Coll:Des cas de candidoses généralisées mortelles chez l'adulte [4];
- En 1956 à Dakar, CAMAIN et Coll. ont attribué au candida une perforation intestinale chez le Noir africain [4] ;
- En 1967 SATGE et Coll ont décrit les septicémies à candida [4] ;
- L'espèce la plus fréquemment rencontrée est le candida albicans,mais il existe d'autres espèces telles que : Le candida tropicalis, le candida krusei, Le candida guillermondi et le candida parakrusei [13] ;
- En 1967 SATGE et Coll. ont décrit les septicémies à candida

L'espèce la plus fréquemment rencontrée est le candida albicans [4].

D. Morphologie

Le candida se présente sous forme de petites levures (2-4 microns) rondes ou ovalaires bourgeonnant souvent accompagnées de filaments mycéliens ou de pseudo mycéliens ; Les cellules jeunes sont rondes et les cellules mûres allongées. Les champignons levuriformes se regroupent en grandes colonies crémeuses.

E. Habitat

La candidose est une maladie ubiquitaire.

Le *Candida albicans* se retrouve partout dans le monde quelques heures après la naissance.

Les champignons du genre *Candida* sont déjà découverts sur la muqueuse buccale et sont ensuite retrouvés tout le long de la vie.

Les agents de la candidose vivent des années sur la muqueuse buccale et vaginales et habitent l'intestin du sujet sain.

F. Pouvoir pathogène

Le *Candida albicans* est l'espèce la plus pathogène. Mais toutes les souches peuvent avoir un potentiel pathogène. La connaissance des facteurs de virulence, des mécanismes pathogènes et de la résistance à l'infection reste imprécise.

Le *Candida albicans* est un agent pathogène opportuniste qui a besoin d'un changement d'immunité local ou général pour provoquer une inflammation.

G. Mécanisme de la pathogénicité de Candida albicans

Le passage du stade de la colonisation asymptomatique à un stade de prolifération infectieuse relève de divers phénomènes. Certaines modifications de l'écosystème bucco-pharyngée accélèrent le processus (flore, pH, imprégnation hormonale) ; le candida possède une remarquable aptitude pour mettre à profit ce déséquilibre et devenir pathogène ; le candida possède différents facteurs de virulence qui sont :

- Le bourgeonnement du champignon (transformation dysmorphique) et l'apparition des tubes germinatifs favorisés par les oestrogènes. Cette transformation dysmorphique définie par le passage de la forme blastopore à la forme hyphale augmente l'adhérence du champignon et s'accompagne de la sécrétion d'enzyme protéolytique préalablement indispensable à l'invasion tissulaire.
- L'adhérence aux membranes épithéliales par l'intermédiaire de différentes molécules (adhesines et intégrines). Un climat progestatif prédominant favorise l'expression des récepteurs membranaires spécifiques à ses molécules d'adhésion.
- L'invasion tissulaire : l'action combinée résultant des tubes germinatifs et de la sécrétion d'enzyme protéolytique (protéases, phospholipases) va favoriser la désorganisation de l'architecture de la muqueuse bucco-pharyngée et de la création de brèche où vont s'insinuer ces filaments.

H. Facteurs favorisants

H. 1 Thérapeutique :

- L'antibiothérapie favorise la pullulation des candidas sur les muqueuses et responsable de la fréquence et la gravité des manifestations observées.

Parmi les divers mécanismes invoqués, on doit retenir :

La suppression de la flore microbienne compétitive qui fait place à la flore fongique endogène.

Le passage du candida de la levure à la forme mycélienne plus invasive.

- Les corticoïdes
- Les immunosuppresseurs
- Les cytostatiques

H. 2 Terrain prédisposant

La grossesse ; Elle est favorisée par le déséquilibre hormonal intervenant durant cette période qui entraîne des modifications de l'épithélium au niveau du vagin et facilite l'implantation des levures d'origine digestive. Le pH vaginal est bas, et il y a une forte imprégnation hormonale.

Les états pathologiques : diabète, maladie de Hodgkin, le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA) ;

La proximité des réservoirs pelviens et en particulier l'extrémité inférieure du tube digestif, les mauvaises conditions d'hygiène, les contraceptifs oraux [16]

I. Diagnostic

C'est avant tout l'examen clinique qui doit aboutir au diagnostic ; l'examen mycologique ne fera que confirmer la clinique ou dans les cas difficiles, établir ou orienter le diagnostic.

Une culture positive, mais sans symptomatologie clinique, ne signifie pas une infection fongique [2].

I.1 Diagnostic clinique

Le diagnostic est aisé à l'inspection de la cavité buccale laissant apercevoir un muguet : lésion caractéristique qui est un amas blanc crémeux sur fond érythémateux siégeant sur la langue, les joues, les lèvres, le palais, les commissures labiales.

I. 2 Diagnostic mycologique

Se fait de deux manières.

I.2.1 Examen direct : Examen microscopique direct ; on observe des levures bourgeonnantes.

I.2.2 Culture

La recherche par culture est facile à effectuer et reste la méthode de référence sur milieu PCB (pomme de terre, carotte, bile) on obtient des chlamydo sporés.

La détermination de la souche des levures isolées, mycogramme ou antifongigramme se révèle utile dans le cas des candidoses rebelles ou récidivantes

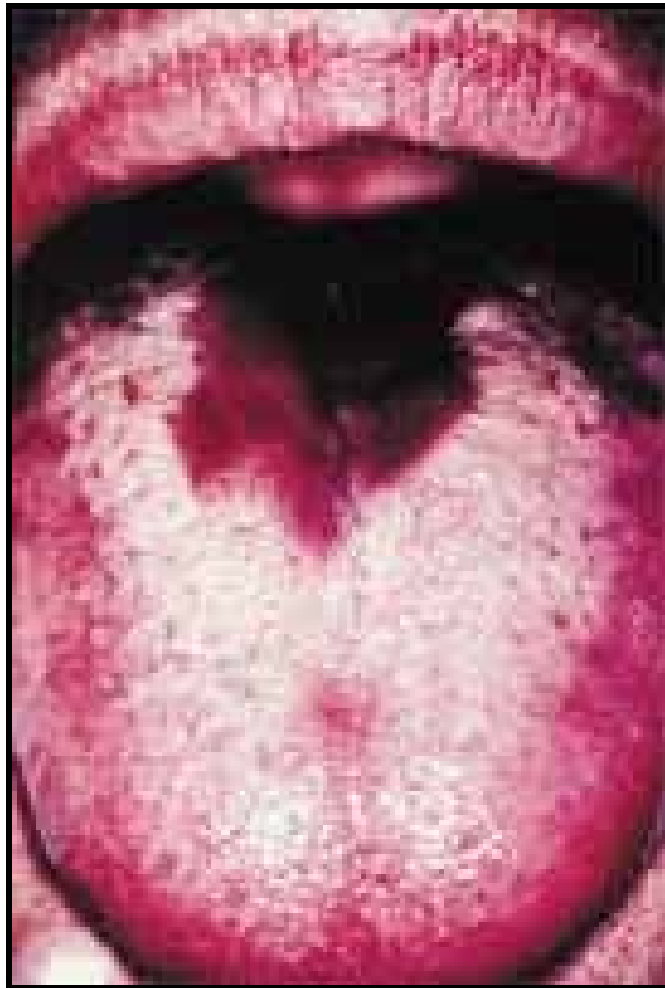


FIG.2
Candidose érythémateuse
au cours d'une infection HIV

[18]



FIG. 3
Candidose végétante hyperkératosique
retroangulaire.

[18]

J. Traitement

Le traitement doit être global, à la fois étiologique et symptomatique.

J.1. Règles générales

Arrêt du tabac et de la consommation excessive d'alcool.

- Hygiène bucco- dentaire parfaite, après chaque repas utiliser un dentifrice bicarbonate et en cas de glossite pseudo- membraneuse il faut brosser la langue.

Bain de bouche avec du bicarbonate de soude chaque soir, 1 cuillère à café dans un verre d'eau.

Et un bain de bouche à base de chlorhexidine

(excellent fongicide sur candida albicans) le matin et le midi.

- Mise en état dentaire (traiter les caries même provisoirement, détartrage...)

- Ne pas manger entre les repas et surtout pas de sucreries dans la journée (pour éviter d'augmenter la fréquence des phases acides orales).

Eviter les aliments acides, l'alcool et de manière générale toute alimentation irritante (épices etc.)

- Stabiliser les pathologies systémiques et de remplacer si possible les médicaments à effets sialoprives par d'autres ou du moins d'aménager au maximum l'utilisation de ces médicaments (par exemple au patient après inhalation de corticoïde de bien nettoyer et rincer la bouche afin d'éliminer les corticoïdes résiduels déposés sur les muqueuses) [15].

J. 2. Traitement antifongique

La liste des molécules, des spécialités pharmaceutiques et les formes galéniques ci-dessous, ne sont pas exhaustives. Dans la prescription on tiendra compte de l'efficacité et de la bonne tolérance du produit [3]

J. 2.1. Principes généraux

- Formes aiguës

Traitement topique local pendant 1 à 2 semaines

- Formes chroniques

- Traitement topique seul pour les formes en foyer unique et pour les candidoses post radiothérapies (du fait de la sclérose vasculaire et de l'absence de salive), pendant 3 semaines.

Les topiques sont plus efficaces que les traitements par voie générale dans le cas de xérostomie associée. En effet certains médicaments systémiques nécessitent une sécrétion salivaire normale pour bien agir.

- Traitement topique et général pour plusieurs foyers candidosiques pendant 2 à 3 semaines.

En cas de doute clinique un prélèvement de contrôle est parfois nécessaire (en particulier dans le sida) au décours du traitement pour vérifier son efficacité.

- Il faut en première intention et d'une manière générale privilégier les topiques.

Le produit devra être gardé en bouche en faisant une sorte de gargarisme buccal pour un bon contact muqueux pendant 3 minutes. Avaler ensuite le produit pour napper l'oropharynx et l'œsophage.

Ne pas boire ni manger pendant les 2 heures suivantes.

- on passera d'emblée au traitement systémique en cas de :

- mauvaise indication d'un traitement local
- si on pense que le traitement topique sera trop contraignant pour le patient.
- échec de traitement local (mauvaise coopération du patient, intolérance au goût, parfois résistance du candida au traitement topique).

- atteinte fongique étendue, en particulier chez l'immunodéprimé.
- candidoses cutanéomuqueuses chroniques

J. 3. Cas cliniques spécifiques

J. 3. 1. Traitement de la chéilite angulaire

Nettoyer au moyen d'un coton tige (matin et soir), la commissure labiale avec un antiseptique pur et sans rincer.

Sur l'ensemble de la lésion (peau et muqueuse) :

Appliquer après chaque repas et pendant 15 jours du gel buccal antifongique.

Faire le nécessaire sur le plan prothétique dentaire si cette étiologie est retenue, en particulier rétablir une hauteur d'occlusion normale [8].

J. 3. 2. Traitement de la candidose érythémateuse prothétique

- Désinfecter la prothèse en la brossant après chaque repas avec un dentifrice à base d'antiseptique.
- chaque soir la laisser tremper au moins 1 heure dans un bain de bouche à base d'antiseptique.
- Cette candidose, surtout si elle est atrophique et à fortiori si elle est associée à une chéilite ou une glossite nécessitera à la fois un traitement topique et un traitement systémique.
- En cas de problème prothétique la remise aux normes de la prothèse sera de rigueur.
- Ne pas porter la prothèse la nuit (d'autant plus que la salivation nocturne est réduite).

J. 3. 3. Traitement des formes végétantes hyperkératosique

Le traitement est chirurgical. Une exérèse large sera pratiquée avec analyse histologique de la pièce opératoire.

Une thérapeutique antifongique préventive sera instituée.

J. 3. 4. Traitement préventif des candidoses

En cas de traitement antibiotique à large spectre à prescrire pour une durée de plus de 7 jours, chez un patient à risque sur le plan mycosique (antécédent de candidose oropharyngée, personne âgée avec hyposialie, diabétique mal équilibré, séropositivité HIV) il faudra faire une prévention antifongique systématique.

- Prévention buccale alimentaire
- Bains de bouche de bicarbonate après chaque repas.
- Dentifrice bicarbonaté.
- Antifongique à faible dose pendant la durée de l'antibiothérapie plus 3 jours.

En cas d'extraction dentaire, à faire en urgence chez un patient qui présente une candidose oropharyngée, il faudra prescrire une thérapeutique antifongique préventive complémentaire.

J. 4. Traitement de l'hyposialie

Le traitement d'une candidose associée à une hyposialie pose souvent un problème thérapeutique.

En cas de xérostomie irréversible (radiothérapie cervico-faciale, maladie de Gougerot) le pronostic de ces candidoses est péjoratif.

- Stimuler mécaniquement la sécrétion salivaire pendant les repas en augmentant la mastication par une alimentation adéquate. En dehors des repas il faut consommer des chewing-gums sans sucre [6].

- Hydrater l'organisme en buvant au moins 1,5 litre d'eau non gazeuse par jour, de préférence entre les repas.

- Augmenter le PH du milieu buccal ;

- Boire de l'eau de Vichy (avec modération)
- Eviter toute alimentation acide
- Bains de bouche avec du bicarbonate de soude : 1 cuillerée à café dans un verre d'eau tiède après chaque repas.
- Utiliser un dentifrice bicarbonaté.

- Utilisation de salive artificielle ou substitut salivaire, mais plutôt devrait on dire humectant buccal tant que ces produits ne remplacent pas la salive.

Considérons-les seulement comme des adjuvants thérapeutiques utiles en particulier, juste avant de dormir, le pouvoir mouillant de ces humectants améliorant la qualité du sommeil (ceci surtout dans les hyposialies sévères le malade se réveillant plusieurs fois par nuit par manque de salive pour boire).

- En cas d'hyposialie liée à un traitement sialoprive. Il faut si possible faire prendre le médicament de telle sorte que son pic sérique arrive au moment d'un repas (moment où l'activité salivaire est maximale).

- Prescrire des sialagogues.

Mais il faut savoir qu'ils seront inefficaces en cas de radiothérapie (pour des doses supérieures à 40 grays) et dans certaines maladies systémiques comme le Gougerot Sjögren, par perte du parenchyme fonctionnel de la glande.

OBJECTIFS

Objectif général :

Sensibiliser la population, le personnel socio sanitaire et les étudiants sur une pathologie très peu connue dans son étiologie et évolution : candidose bucco-pharyngée

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de la candidose bucco pharyngée en fonction du sexe, l'âge, l'ethnie, la résidence, l'occupation des patients ;
- Décrire les aspects cliniques de la candidose bucco-pharyngée ;
- Rechercher les étiologies ou les possibles relations de la candidose bucco pharyngée avec d'autres pathologies
- Evaluer l'efficacité des antifongiques prescrits.

PATIENTS ET METHODES

PATIENTS

1. Cadre d'étude

Le Centre Hospitalier-Universitaire-CNOS (Centre National d'Odonto-Stomatologie) de BAMAKO nous a servi de cadre d'étude.

1.1 . Description de la ville de Bamako

- Présentation

Située à cheval sur le fleuve Niger en pleine zone soudanaise, Bamako, capitale de la République du Mali est un district selon le découpage administratif du pays.

Il compte 66 quartiers qui sont repartis entre 6 communes.

- Superficie

Couvrant une superficie de 267 Km- il s'étend sur 22 Km d'Est en Ouest et sur 12 km du nord au sud de part et d'autre du fleuve Niger [9].

- Population

La population est de 1 .167885 habitants répartis entre les 6 communes du district [9].

1. 2. Description du C.N.O.S

IL est situé au quartier du fleuve de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, en face de la Primature à l'est et de l'U.S.A.I.D au nord.

C'est un centre hospitalier spécialisé en OdontoStomatologie.

Centre de référence nationale, il a effectivement ouvert ses portes le 10 Février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par la loi n°92-026/AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu, Etablissement Hospitalier Public (EPH) par la loi n° 03-23/AN-RM du 14-07-03 [5].

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés, en matière d'odontostomatologie
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé ; en matière bucco-dentaire
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine d'odontostomatologie.

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale.

3. Durée d'étude

L'étude s'est déroulée de février à septembre 2005.

4. Population d'étude :

La population d'étude était constituée des patients se présentant en consultation d'odontostomatologie ou référés par l'extérieur.

5. Echantillonnage

Cette étude a concerné les patients ayant consulté pendant la période de février à septembre 2005 au CNOS pour candidose bucco-pharyngée

5.1. Critère d'inclusion : patients ayant fait l'objet d'une consultation avec un diagnostic positif de la candidose bucco-pharyngée

5.2. Critère d'exclusion : patients ayant consulté pour toutes autres causes que celle de la candidose bucco-pharyngée et ceux n'ayant pas souhaité faire partie de notre protocole

6. Examen clinique

Le recrutement

S'est fait de façon accidentelle ou par recommandation de tierces personnes .

On procédait par un interrogatoire et un examen clinique minutieux.

Les patients étaient examinés, confortablement installés dans un fauteuil dentaire, toujours muni d'un scialytique à bonne lumière, à l'aide de :

Un plateau métallique contenant : un miroir plan dentaire, une sonde dentaire ordinaire, une précelle, un abaisse langue métallique, une curette linguale.

Les patients qui présentaient les signes cliniques de candidose bucco-pharyngée étaient directement pris en charge.

En fonction de l'état de la gravité et /ou de l'étiologie un traitement médical était donné, à base d'anti-mycosique, anti-infectieux, antibiotique et anti-inflammatoire ;

Le traitement était par voie orale et pour 3 semaines ; et le malade était revu une fois par semaine.

En cas d'évolution favorable un autre rendez-vous était fixé pour voir s'il y'a réapparition ou récurrence.

Cet examen n'était pas indispensable, l'existence du candida albicans étant quasi-totale dans la candidose bucco-pharyngée. [17]

7. Support des données :

Les données étaient exploitées à l'aide des fiches d'enquête.

8. Ethique :

Le secret professionnel a été sauvegardé et le consentement du malade demandé et obtenu au préalable

9- Saisie et l'analyse des données :

Ont été effectuées sur le logiciel Epi-info. Le test de chi 2 et l'odds ratio (O R) ont été utilisés comme tests statistiques ; un risque alpha de 5% à été consenti.

RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la classe d'âge.

Classe d'âge (ans)	Effectif	Fréquence %
0 - 9	15	17,9
10 - 19	14	16,7
20 - 29	23	27,4
30 - 39	9	10,7
40 - 79	23	27,3
Total	84	100

La classe d'âge de 20 à 29 était la plus représentée avec 27,4% des cas, suivie de celle de 0 à 9 ans (17,90%). L'âge moyen était 40 49 ans avec des extrême de 0 à 79 ans

Tableau II : Répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Fréquence %
Masculin	48	57,10
Féminin	36	42,90
Total	84	100,00

Le sexe masculin était le plus représenté avec 57,10 % des cas, avec un sex-ratio de 1,33.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Etat civil	Effectif	Fréquence %
Marié(e)	40	47,60
Célibataire	43	51,20
Veuf	1	1,20
Total	84	100,00

Les célibataires étaient les plus représentés avec 51,20%

TABLEAU IV : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence %
Bamanan	28	33,3
Malinké	17	20,2
Peulh	14	16,7
Soninké	8	9,6
Autres	17	20,2
Total	84	100

Les bamanans étaient les plus représentés avec 33,3% suivis par les malinkés avec 20,2%. Les peulh 16,7%

Les autres groupes ethniques : Miniaka : 6,0% Senoufo 4,7%, Sonrhäi 3,6%, Dogon 2,4%, Bobo, Bozo, Maure avec 1,2% chacun.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'occupation

Occupation	Effectif	Fréquence %
Femmes au foyer	18	21,4
Elève-Etudiant	18	21,4
Sans occupation	14	16,7
Commerçant	11	13,1
Autres	23	27,4
Total	84	100

Les femmes au foyer et les élèves-étudiants étaient les plus représentés avec chacun 21,4%.

16,7% des patients n'avaient pas d'occupation.

Les autres patients étaient : Ouvrier : 13,1%, Fonctionnaire : 10,7%, Agriculteur : 3,6%

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	Fréquence %
Commune VI	26	31,0
Commune II	8	9,5
Commune III	10	11,9
Commune IV	14	16,6
Autres	26	31,0
Total	84	100

La commune VI était la plus représentée avec 31,0% suivie de la commune IV avec 16,6%, commune II : 9,5%, commune III : 11,9%

Les autres étaient : Comme I : 11,9%, Commune V : 13,0%

Bougouni, Djenné, Koulikoro, Kolokani, Ouélessébougou avec chacun 1,2%

TABLEAU VII : Répartition des patients en fonction de localisation

Localisations	Effectif	Fréquence %
Dos de la langue	60	71,4
Commissure labiale / Dos de la langue	11	13,1
Dos de la langue/face interne des joues	4	4,8
Commissure labiale	2	2,4
autres	7	8,3
Total	84	100

Le dos de la langue était la localisation la plus représentée avec 71,4% suivi de commissure labiale/dos de la langue : 13,1%

Les autres localisations étaient : dos de la langue/ voile du palais : 2,3%, face interne des joues, commissure labiale / face interne des joues / voile du palais, dos de la langue/face interne des joues / voile du palais, oropharynx avec chacune 1,2%.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la mycose incriminée

Mycose incriminée	Effectif	Fréquence %
Candida albicans	84	100
Autres	0	0
Total	84	100

Le candida albicans représentait la totalité avec 100% sur les 84 cas.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction des signes cliniques

Tableau IXA : Répartition des patients en fonction de la présence de broncho-pneumopathie

Broncho-pneumopathie	Effectif	Fréquence %
Oui	3	3.6
Non	81	96.4
Total	84	100

3.6% des patients présentaient une broncho-pneumopathie.

Tableau IXb : Répartition des patients en fonction de la présence d'un abcès dentaire

Abcès dentaire	Effectif	Fréquence %
Oui	26	31
Non	58	69
Total	84	100

31% des patients présentaient un abcès dentaire.

Tableau IXc : Répartition des patients en fonction de la présence de phlegmon péri-maxillaire

Phlegmon péri-maxillaire	Effectif	Fréquence %
Oui	21	25
Non	63	75
Total	84	100

25% des patients présentaient un phlegmon péri-maxillaire.

Tableau IXd: Répartition des patients en fonction de la présence d'une ostéite des maxillaires

Ostéite des maxillaires	Effectif	Fréquence %
Oui	6	7.1
Non	78	92.9
Total	84	100

7.1% des patients présentaient une ostéite des maxillaires.

Tableau IXe : Répartition des patients en fonction de la présence de traumatisme buccal

Traumatisme buccal	Effectif	Fréquence %
Oui	3	3.6
Non	81	96.4
Total	84	100

3.6% des patients présentaient un traumatisme buccal.

Tableau IXf : Répartition des patients en fonction de la présence d'une douleur dentaire

Douleur dentaire	Effectif	Fréquence %
Oui	63	75
Non	21	25
Total	84	100

75% des patients présentaient une douleur dentaire.

Tableau X : Répartition des patients en fonction de l'examen para clinique

Examen para clinique	Effectif	Fréquence %
Rx du crâne	2	2.4
Rx maxillaire F/P	2	2.4
Rx panoramique	3	3.5
Autres (NF)	77	91.7
Total	84	100

8.3% ont subi un examen radiologique.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen biologique

Tableau XIa : Répartition des patients en fonction de la présence de VIH

VIH	Effectif	Fréquence %
Positif	16	19
Négatif	1	1.2
Non fait	67	79.8
Total	84	100

Sur les 17 patients ayant fait un test VIH, 16 étaient positifs.

Tableau XIb : Répartition des patients en fonction du résultat de la goutte/épaisse (GE) à la recherche du paludisme

GE	Effectif	Fréquence %
Positif	31	36.9
Négatif	2	2.4
Non fait	51	60.7
Total	84	100

- La goutte épaisse était positive chez 36.9% des patients contre 2.4% des patients ;
- Absence de goutte épaisse chez 60.7% des patients

Tableau XIc : Répartition des patients en fonction de la présence de sérodiagnostic de Widal

Sérodiagnostic de Widal	Effectif	Fréquence %
Positif	3	3.6
Négatif	3	3.6
Non fait	78	92.8
Total	84	100

- Absence de sérodiagnostic de Widal chez 92.8% des patients.
- Le sérodiagnostic de Widal était positif chez 3.6% des patients.

Tableau XIId : Répartition des patients en fonction de l'examen de crachat Barr

Crachat Barr	Effectif	Fréquence %
Positif	0	0
Négatif	4	4.8
Non fait	80	95.2
Total	84	100

- Absence de crachat Barr chez 95.2% des patients ;
- Le crachat Barr était négatif chez 4.8% des patients ;
- Pas de positivité.

Tableau XII. Répartition des patients en fonction des produits prescrits

Prescriptions	Effectif	Fréquence %
Amph / Bicarb / Antib / Anti-I	22	26,2
Amph / Bicarb / Antib / Anti-t / Anti-I / Anti-py	7	8.2
Amph / Bicarb / Antib / Anti-t / Anti-I	5	6
Amph / Bicarb / Antib / Anti-I / Anti-py	4	4.8
Autres	46	54,8%
Total	84	100

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Amphotericine B (Amph) | 6. Anti-inflammatoire (Anti-i) |
| 2. Bicarbonate de sodium (Bicarb) | 7. Anti-palustre (Anti-p) |
| 3. Hexétidine suspension (Hex) | 8. Vitamines (Vitam) |
| 4. Antibiotique (Antib) | 9. Anti-parasitaire (Anti-p) |
| 5. Anti-tumoral (Anti-t) | 10. Anti-pyrétique (Anti-py) |

La combinaison de produit la plus utilisée était Amph / Bicarb / Antib / Anti-I était 26,2% suivie de Amph / Bicarb / Antib / Anti-t / Anti-I / Anti-py avec **8,2%**.

Les autres combinaisons de produit au nombre de 34 représentaient entre autre 3,5%, 2,4% à 1,2%

COMMENTAIRES & DISCUSSION

COMMENTAIRES ET. DISCUSSION

L'étude épidémiologique-clinique de la candidose bucco-pharyngée dans une communauté est une exigence prioritaire, tant il est vrai que c'est par l'analyse rigoureuse des causes et facteurs de risques de cette candidose qu'on parviendra à restaurer les bases d'une prophylaxie rationnelle et efficace. Les limites de notre étude sont celles d'une étude sans examens mycologiques. Cependant, on peut en tirer des renseignements précieux pour orienter la lutte contre la candidose bucco-pharyngée au Centre National d'Odontostomatologie de Bamako.

- **Méthodologie**

Ce type d'étude est la seule façon de suivre l'épidémiologie et la clinique de la candidose bucco-pharyngée au Centre National d'Odontostomatologie, à cause du problème de la gestion des cas de candidose au niveau des différents cabinets de l'odontologie. .

C'est seulement en stomatologie où nous avons recensé la quasi-totalité de nos cas que cette étude a pu être réalisée.

Au cours de cette étude, aucun examen mycologique n'a été fait parce que premièrement ce n'était pas une pratique de règle dans les lieux d'étude et deuxièmement nous n'avions pas de moyens financiers propres pour ce travail.

- **Diagnostic**

Le diagnostic des mycoses dans notre étude est basé sur les signes cliniques : symptomatologie, observation et le traitement est instauré directement après le diagnostic clinique; ce qui est pareil à l'étude de Ali A. [1] mais contraire aux analyses de Darty A. [7]. En effet selon cet auteur même si le diagnostic clinique des candidoses bucco-pharyngées est évident ; l'instauration d'un traitement doit toujours être précédé par un prélèvement mycologique car il existe de fausses stomatites fongiques : langue

saburrale, leucoplasie chevelue. Toujours selon Darty A. [7] l'examen direct de l'échantillon prélevé permet de préciser l'intensité de l'infestation (présence ou non de filaments mycéliens). Enfin la culture sur milieu de Sabouraud renseigne sur l'agent causal (qui n'est pas forcément *Candida albicans*).

- **Âge**

Nos malades étaient âgés de 0 à 79 ans ; La tranche d'âge (20-29) ans était la plus représentée avec 27,4% des cas ; chez Ali A.[1] la tranche d'âge 20-29 était 87,2% de la population étudiée. Et chez Tankoua Y. [20]42% à l'hôpital Gabriel Touré et 33% à l'hôpital du Point G.

.

- **Sexe**

Le sexe masculin était le plus représenté avec 57,1% et avec un sex -ratio de 1,33; Ali A. [1]a obtenu à l'hôpital du Point G 66,7% d'hommes et avec un sex-ratio de 2. Cependant Ali A. [1] a obtenu à l'hôpital Gabriel Touré 54,2% de femmes et un sex -ratio de 0,88%

- **Etat civil**

Dans notre étude les célibataires ont représenté 51,2%

- **Ethnie**

L'ethnie bamanan a représenté 33,3% des cas, cette constatation a été signalée par Ali A. [1] à l'hôpital Gabriel Touré et à l'hôpital du Point G ; TankouaY. [20] a trouvé aussi que l'ethnie bamanan était majoritaire

Cette prédominance est due sûrement à la représentation majoritaire de l'ethnie Bamanan à BAMAKO.

- **Occupation**

Les femmes au foyer et le groupe des élèves- étudiants ont été les plus représentés avec 21,4% chacun. Ali A. [1] a trouvé à l'hôpital Gabriel Touré ; à peu près le même pourcentage. Par contre chez Ali A à l'hôpital du Point G, les commerçants étaient les plus nombreux avec 25,6%.des cas.

- **Résidence**

La quasi-totalité de nos malades venait de Bamako avec 94% :

La Commune VI était la plus représentée avec 31% des cas, suivie de la Commune IV avec 16,7% des cas.

Ali A [1] a signalé que 71,8% des cas venaient de Bamako.

- **Localisation**

Le dos de la langue a été le plus touché avec 71,4% des cas, alors que les gencives sont généralement respectées dans l'étude de DELMARRE et COLL [8].

La sensibilité du dos de la langue au candida albicans est certainement due à sa composition physico-chimique et sa richesse en cellules réceptives pour le candida albicans.

- **Signes cliniques**

La douleur dentaire a été signalée dans 75% suivie respectivement de l'abcès dentaire 31%, de phlegmon péri maxillaire 25%, d'ostéites maxillaires dans 7,1% des cas, et des broncho-pneumopathies 3,6% des cas, de traumatisme buccal 3,6%

A l'hôpital Gabriel Touré Ali A. [1] a trouvé 8,5% de cas de candidoses buccales chez les cancéreux et cirrhotiques.

A l'hôpital du Point G il a trouvé 12,8% de cas chez les cancéreux et cirrhotiques, tandis que les diabétiques ont représenté 5,1% des cas. Cette association pathologique est due à la population d'étude au niveau d'un service de médecine interne.

La prédominance de la douleur dentaire peut s'expliquer par le fait que les malades ne viennent généralement en consultation dans le service que s'ils ont des douleurs dentaires, et des dysphagies (impossibilité de s'alimenter correctement)

- **Examen biologique**

Sur les 17 personnes ayant fait le test VIH, 16 ont présenté une sérologie VIH+, ces données sont comparables à l'étude de Ali A. [1] à l'hôpital Gabriel Touré et à l'hôpital du Point G ; dans celle de Darty A. [7] le candida albicans est l'agent causal des mycoses digestives, 95% des cas au cours de l'infection VIH.

La goutte épaisse chez 33 patients de l'échantillon, s'est révélée positive chez 31 patients. Le sérodiagnostic de Widal a été positif chez 3 patients sur les 6 testés, et le Crachat Barr négatif chez les 4 patients qui ont fait le test.

La prédominance de candida albicans chez les patients à sérologie VIH-SIDA positive pourrait être due à l'immunodépression.

- **Traitement**

Au CHU-CNOS, plus de la moitié des patients ont eu un traitement de moins de deux semaines.

Dans la littérature, la durée de traitement des candidoses dépasse trois semaines voire un mois [11], la courte durée de traitement chez nos patients pourrait s'expliquer d'une part de la mauvaise observance qui caractérise nos malades et d'autre part du fait que les prescriptions n'ont pas préconisé une durée suffisante, justifiée par une présomption de pauvreté des malades. Cette durée de traitement est semblable à celle d'Ali A. [1].

L'amphotéricine B est encore chez lui le plus utilisé à l'hôpital du Point G.

Cette amphotéricine B joue un rôle potentiel en topique dans le traitement d'une candidose orale résistante aux azolés [12].

L'extrait soluble de chitine est un moyen potentiel pour prévenir la candidose orale et pourrait être considéré comme une mesure prophylactique pour la prévention de la candidose orale [19].

Le miel a une action antifongique sur le *Candida albicans* [21].

CONCLUSION

CONCLUSION

Au Mali, peu d'études ont été menées sur le candida albicans. Notre étude, au CHU-CNOS de Bamako, a permis de constater que 84 patients présentaient une candidose bucco-pharyngée.

Le problème crucial qui se pose dans le traitement des mycoses est un problème de diagnostic. Au cours de cette étude, aucun examen mycologique n'a été demandé à cause du coût. On ne doit pas faire un diagnostic hâtif, basé sur les signes cliniques qui souvent ne sont même pas évidents.

Il est prioritaire d'avoir un plateau technique pour diagnostiquer les mycoses bucco-pharyngées. L'équipement à cet effet des laboratoires hospitaliers rendra faciles et efficaces le traitement et la surveillance des patients.

La posologie et la durée du traitement de l'amphotéricine B et bicarbonate de sodium sont souvent erronées.

Cette étude nous a aussi permis de connaître les principales causes de la candidose bucco-pharyngée au Centre National d'Odontostomatologie, il s'agit de :

- abcès dentaire
- phlegmon péri-maxillaire
- syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)
- toutes affections entraînant une dégradation du système immunitaire.

Notre étude nous a aussi permis de comprendre que la rationalisation de la prescription passe par le recyclage des prescripteurs.

Cette enquête pourrait être complétée par une étude comparée de l'efficacité des antifongiques utilisés dans le traitement des candidoses bucco-pharyngées.

La poursuite de pareilles enquêtes dans ce service ainsi que dans d'autres permettra de donner une approche intéressante de l'épidémiologie et la clinique de la candidose bucco-pharyngée.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Notre étude nous a permis de rencontrer des situations défavorables dans la prise en charge des patients. D'où l'intérêt de certaines recommandations et suggestions à savoir :

A l'intention des autorités socio sanitaires du Mali

- Etablir un plan de recherche sur le candida albicans ;
- améliorer le plateau technique pour la biopsie et le prélèvement pour ANAPATH des candidoses bucco-pharyngées
- favoriser suffisamment l'accès aux molécules sur les lieux de vente : molécules d'antifongiques en DCI pour celles qui peuvent l'être et en spécialités pour les autres et sous toutes les formes galéniques.

A l'intention du personnel de santé (CNOS) :

Aux médecins et assistants médicaux :

- assurer une prise en charge correcte des cas de candidose bucco-pharyngée ;
- informer et sensibiliser la population sur la fréquence et la gravité de la maladie ;
- placer les mycoses au même pied d'égalité que les autres maladies ;
- veiller à ce que le traitement des candidoses bucco-pharyngées soit reposé sur un diagnostic préalable qui unit les signes cliniques et les examens mycologiques ;
- rationaliser le traitement.

A la population :

- suivre correctement les conseils, indications thérapeutiques et les directives données par les prestataires de santé.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES

1. ALI A.

Etude du traitement médical des mycoses buccales profondes et systémiques en milieu hospitalier, Hôpital Gabriel TOURE et Hôpital Point G, Thèse médecine BAMAKO 2005, n°2

2. BIGUET J. ; ANDRIEUS

Généralités sur les mycoses

Encyclopédie mèd-chir maladie infectieuse 4.1994 – 1 8121 - A 10

3. BONNEFOY C. ; DEBOISE A. ; CUSSON C.

Les candidoses oropharyngées : conduite à tenir

Actualités odontologiques, paris n°200 décembre 1997

4. CANDEGA Y. S.

Contribution à l'étude de la candidose bucco pharyngée en milieu pédiatrique dakarois

Thèse Mèd. 1977 ; N°9 Dakar (Sénégal)

5.C.N.O.S

Conseil d'administration

Budget programme 2006

6. COUDERT J-L ; LAIR J-M ; FORTIN TH ; METROP D ; LISSAC M.

Hyposialie et bouche sèche provoquée par des médicaments sialoprives

Information dentaire, Paris. N°33 .30 septembre 1993

7. DARTY .A

Candidose digestive et infection VIH : actualité clinique et thérapeutique.

Journal de mycologie médicale, 1992, vol2 supplément 1 ,13,5-10

8. DELMARRE B. ;MARTET G. ; VERROT D.

Candidoses

Edition technique:Encyclopédie Méd-chir (Paris France)

Maladies infectieuses 4,8125A10 ,1991 9P 17

9. DIAKITE A.

Les facteurs de mortalité néonatale infantile et juvénile dans la commune III du district de BAMAKO

Thèse médecine 2005 N° 228 P 62

10. Ernest Heinen

Anatomie

File:/ /E:\\ histologie cavité buccale.html

11. GARNIER, DELAMARE

Dictionnaire des termes de médecine

Maloine-Paris-2000

**12. GRIM SHELLEE A.; SMITH KELLY M.; ROMANELLI F;
OFOTOKUN; IGHOVWERHA**

Treatment of azole resistant oropharyngeal candidosis with topical amphotericin B

Edition: Whitney; Cincinnati, OH Etats unis

The annals of pharmacotherapy (Ann. Pharmacother)

2002; Volume 36, N°9, PP. 1383 – 1386

1.3. KALIL J.

Candidose vulvo-vaginale et son traitement par le fluconazol à hôpital Gabriel Touré de Bamako

Thèse de méd. 1995, N°41

14. KOUYATE M.

Manifestations digestives du sida en milieu hospitalier

Thèse de méd Bamako 1999 N°80

15. KUFFER R., BADILLET G.

Mycoses bucco-faciales

Encyclopédie méd-chir, stomatologie-odontologie,(Paris-France)

22-045-M-10, 1995

16. LOMBARDI T., BUDTZ, JVINT E.

Candidoses buccales

Réalités Cliniques,Paris-Vol8, N°2, 1997

17. NATTER JC et BERNARDOUT

He-phonation, odontologie et stomatologie

Encyclopédie médico-chir (paris-France).stomatologieI

22008p10.2-1986,10P

18. PINDBORG JENS J.

Atlas des maladies de la muqueuse buccale

Masson – Paris 1995

19. SEGALE; BARATZ. T; SANDOVSKY-LOSICA H ; GOVY ; TEICHER S. ; DAYAN-D

Expérimental oral murine candidosis and attempts of prevention

Edition : Masson, Paris, France

Journal de mycologie médicale (Paris)

1999 ; Volume 9 ; N°1 ; PP. 10 – 15

20. TANKOUA YANKEU I.E.

Evaluation de l'antibiothérapie dans le service de médecine interne de l'hôpital national du PointG de Bamako (MALI)

Thèse Pharm 1992-P-14-36-37 ET 85 N°23

21. THEUNISSEN F, SIAS, GEDALIA I

The antifungal action of three south African honeys on Candida

Edition: EPD sciences, les ulis, France

Apidologie, 2001, Volume 32, N°4, PP. 371 –379

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE SUR L'EPIDEMIOLOGIE ET LA CLINIQUE DE LA CANDIDOSE BUCCO PHARYNGEE AU CNOS

Nom : Prénom : Age : Sexe : M F

Etat civil : Ethnie : Profession :

Lieu de résidence :

Localisation de la mycose :

Mycose incriminée :

Signes cliniques à l'interrogatoire et observation

Résultats des examens para cliniques :

Résultats des examens biologiques :

Prescription (y compris les autres médicaments non antifongiques)

Observation :

FICHE ANALYTIQUE

- Nom : Dembélé
- Prénom : Amadou
- Année Universitaire : 2006 - 2007
- Titre de la thèse : Etude épidémiologique de la candidose bucco-pharyngée au centre national d'odontologie de Bamako (MALI)
- Ville de soutenance : Bamako
- Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie
- Secteur d'intérêt : Odontologie –ORL - Santé publique.

RESUME

Une étude transversale sur les candidoses bucco pharyngées a été entreprise dans le service d'odontostomatologie du centre national d'odontostomatologie de Bamako entre le 1 Février et le 30 Septembre 2005. Il y avait 84 patients dont 57,1% d'hommes. L'âge moyen a été de 40-49 ans avec des extrêmes de 0 à 79 ans. La classe d'âge la plus représentée fut celle entre 20-29 ans (27,4%). Il y avait une légère prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,33. Les ethnies les plus représentées furent respectivement celles des Bamanans (33,3%) et des Malinkés (20,2%).

La majorité des patients était originaire de la commune VI (31%) et de la commune IV (16,6%). Les femmes au foyer et les élèves-étudiants étaient les groupes les plus représentés avec 21,4% chacun. Le dos de la langue était le plus touché (71,4%).

Les abcès dentaires et phlegmon peri-maxillaire étaient pratiquement des affections sous-jacentes avec respectivement 31% et 25%.

Amphotéricine B, bicarbonate de sodium, les antibiotiques et les, anti-inflammatoires ; étaient les produits les plus utilisés dans le traitement des cas avec 26,2%.

Au cours de cette étude il n'y a pas eu d'examen mycologique.

MOTS CLES : candidose, bucco pharyngée

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux, ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux de mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !