



Infection oropharyngée à *Saprochaete capitata* chez un enfant immunodéprimé : à Propos d'un cas

N. KHARBOUCH *, S. KARRATI, M. BAIYA, I. MHIRIG, A. EL HAKKOUNI
Laboratoire de parasitologie-mycologie, Hôpital Arrazi CHU Mohammed VI

Introduction :

Les infections à *Saprochaete capitata* sont rares mais potentiellement graves. Elles sont souvent rencontrées chez les patients immunodéprimés, et elles sont pourvoyeuses essentiellement d'infections respiratoires. Nous rapportons à la lumière de la littérature un cas inhabituel d'un enfant immunodéprimé ayant présenté une lésion oropharyngée à *Saprochaete capitata*.

Observation :

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, suivi pour une maladie de Gaucher associée à une leucémie aiguë lymphoblastique sous traitement, et qui a présenté une lésion ulcéreuse au niveau jugal interne évoluant depuis une semaine, associée à une fièvre chiffrée à 38.7 C et sans autres signes cliniques.

A l'examen clinique, le patient était conscient, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, fébrile à 38.8°C, cachectique, avec une ulcération buccale et des dépôts blanchâtres au niveau jugale interne

L'examen mycologique a objectivé des fragments arthrosporés à l'état frais.

La culture sur milieu de Sabouraud – chloramphénicol, a permis l'isolement après 48h d'incubation à 37°C, de nombreuses colonies blanches, identifiées *Saprochaete capitata* par le système VITEK® 2 COMPACT.

Le patient a été mis sous fluconazole en IV à la dose de 120 mg/j pendant 14 jours, avec une bonne amélioration clinique.

Discussion :

Saprochaete capitata (téléomorphe *Magnusiomyces capitatus*) est un champignon ascomycète récemment reclassé dans le genre *Saprochaete* grâce à des avancées taxonomiques basées sur la structure ribosomique [1].



Figure 1 : Examen direct montrant des levures / fragments arthrosporés



Figure 2 : Culture sur milieu Sabouraud-chloramphénicol montrant des colonies blanches.



Figure 3 : lésion ulcéreuse au niveau jugal interne

Cette levure uréase-négative, non fermentative, se développe à 45 °C et en présence de cycloheximide [2].

Bien que rares, les infections fongiques invasives (IFI) à *S. capitata* sont graves et touchent principalement les patients neutropéniques ou atteints d'hémopathies malignes [3,4].

L'incidence des IFI parmi ces patients est de 4,6 %, avec une prévalence de 6,2 % pour *S. capitata* dans une cohorte multicentrique [5]. Les infections orales représentent un point d'entrée fréquent et peuvent évoluer vers des formes invasives, comme illustré par des cas de perforations linguales [4].

Conclusion :

Saprochaete capitata est rarement incriminée en pathologie humaine, les infections cutanées causées par cette levure sont encore plus rares. Ce cas souligne l'importance de la vigilance face aux infections opportunistes chez les patients immunodéprimés. Sur ce, un traitement antifongique précoce et approprié permet une bonne amélioration de l'état clinique et permet d'éviter les complications graves.

Références :

1. De Hoog GS, Smith MT. Ribosomal gene phylogeny and species delimitation in *Geotrichum* and its teleomorphs. *Stud Mycol* 2004;50:489–515.
2. Freydiere A-M, Guinet R, Boiron P. Yeast identification in the clinical microbiology laboratory: phenotypical methods. *Med Mycol* 2001;39:9–33.
3. Richardson M, Lass-Flörl C. Changing epidemiology of systemic fungal infections. *Clin Microbiol Infect* 2008;14:5–24.
4. Özdemir ZC, Bozkurt Turhan A, Düzenli Kar Y, Dinleyici ÇE, Bör Ö. Fatal course of *Saprochaete capitata* fungemia in children acute lymphoblastic leukemia. *Oncol* 2017;34:66–72.
5. Montagna MT, Giglio OD, Napoli C, Lovero G, Caggiano G, Delia M, et al. Invasive fungal infections in patients with hematologic malignancies (Aurora Project): lights and shadows during 18-months surveillance. *Int J Mol Sci* 2012;13:774–787.