

Dermatoses au retour voyage/tropicque

C.Strady, E.Caumes

JNI Nancy 2015

Dermatoses : variable selon les études et leur méthodologie

Fréquence relative des différents problèmes de santé au retour de voyage

	Hill [4]	Ansart <i>et al</i> [5]	Freedman <i>et al</i> [6]
Période d'étude	Juin 1989 - Mai 1991	Novembre 2002 - Mai 2003	Juin 1996 - Août 2004
Site	États-Unis	France	30 centres dans le monde
Type d'étude	Questionnaire	Prospective mono-centrique	Prospective multicentrique
Nombre de sujets inclus	202	622	17 353
Âge moyen	44 (\pm 17,5)	38 (15-76)	33 (26-45)
Sexe ratio (H/F)	0,79	1,43	1,08
Diarrhée aiguë	103 (51 %)	122 (19,1 %)	3 859 (22,2 %)
Symptômes respiratoires	75 (37,1 %)	73 (11,5 %)	1 336 (7,7 %)
Dermatoses	23 (11,4 %)	149 (23,4 %)	2 947 (17 %)
Fièvre isolée, « nue »	12 (5,9 %) dont 8 des 93 malades consultant au retour (8,6 %)	15 (2,4 %)	1 586 (9,1 %)
Fièvre (quelle qu'en soit l'origine)	ND 272 (43,7 %)	3 907 (22,5 %)	
Diarrhée chronique	ND	ND	1961 (11,3 %)

Hill DR, J Travel Med 2000 ; Ansart S, J Travel Med 2005 ; Freedman NEJM 2006

en médecine générale (Paris) :

patho cosmopolite +++

- Patho digestive : 30%
- Patho respiratoire : 18%
- **Dermatologie : 11%**
- Fièvre : 8%
- Patho d'importation tropicale : n=3 (3%)
 - 2 palu et une dengue
- Avis spécialisé n=8 (8%)
- Une hospitalisation

Cas clinique

- Homme 32 ans
- Militaire
- Retour Cote d'Ivoire
- Lésions cutanées récidivantes,
- Autres militaires de la caserne
- Femme et enfant idem au retour







Fille



Cas clinique

- Drainage
- Antibiothérapie par pyostacine*
- Prélèvement : SAMS
- Envoi de la souche au CNR: leucocidine de Panton Valentin +
- Description d'une épidémie sur ce casernement et sur autre régiment (Clermont Ferrand)

SA : Les toxines

Staphylocoques sécrètent nombreuses toxines:

- α -toxines, β -toxines, δ -toxines
- Enterotoxines
- Exfoliatines
- Toxine du choc toxique staphylococcique (TSST-1)
- Molécules à activité super antigénique (l'activation polyclonale des lymphocytes T $V\beta$)
- **Toxines synergohyménotropes (SHT)** dont la *Leucocidine de Panton Valentine*

SYNERGOHYMENOTROPIC TOXINS

Bicomponent toxins that act by cooperation of two components designated S and F (synergy), and which are directed (tropism) against cell membranes (hymen). They include *S aureus* Panton-Valentine leukocidin, γ haemolysin, and other toxins such as LukE-LukD.

Gillet et al, Lancet 2002

Présentation Clinique



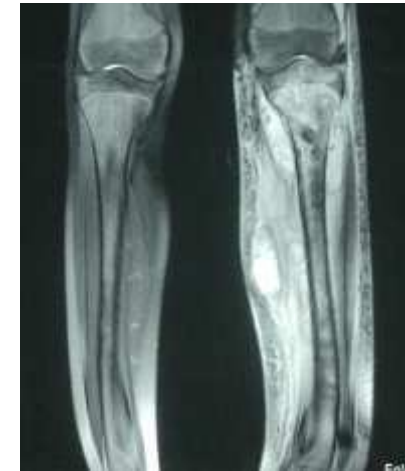
- Atteinte cutanée



- Cellulite extensive



- Ostéomyélite



- Pneumonie nécrosante

Traitement

- Pas d'intérêt de l'antibiothérapie dans la décolonisation
- Décolonisation
 - Bains d'antiseptique
 - Mupirocine
 - Toute la famille

Cas clinique

- Femme algérienne de 59 ans
- Diabétique, porteuse VHC, cytolyse 3N
- A séjourné à Biskra de fin août à fin septembre
- Deux lésions cutanées apparues trois semaines après le retour, évoluant depuis 2 mois
- Résistantes à un traitement antibiotique anti-staphylococcique





Hypothèse diagnostique ?

Recherche de leishmanies



Le coupable : le phlebotome



Ancien monde



LEISHMANIOSE CUTANEE

ancien monde



LEISHMANIOSE CUTANEE

nouveau monde



LEISHMANIOSE CUTANEE

nouveau monde



Histoire Clinique M C.

Patient de 23 ans

Trecking forêt Guyane française le 20/08/2011

Retour France le 27/08

Cs dermatologie le 30/08 pour 3 lésions inflammatoires des MI, traitement par corticoïdes locaux

Cs dans le service le 29/09/2011 : prescription de Pyostacine® mais vigilance...







Votre avis

Ver adressé au laboratoire de parasitologie

ver macaque = *Dermatobia hominis*



Myiases

Myiase = parasitisme d'un être vivant par une larve de diptère (larve de mouche = asticot)

Myiases sont cosmopolites, les + souvent rencontrées :

Origine Afrique = ver de Cayor (*Cordylobia anthropophaga*)

Origine Amérique du sud = ver macaque (*Dermatobia hominis*)

Origine européenne = *Hypoderma bovis*

Myiase furonculaire

Lésion inflammatoire douloureuse
avec sensation de mobilité à l'intérieur



Dr Strady

Larve L1 s'enfonce dans la peau

Papule inflammatoire qui évolue en 10j à plusieurs semaines
(larve respire par l'orifice de pénétration : pertuis visible)



Dr Strady



Dr A. Strady

Occlusion (patch Emla®), extraction larve

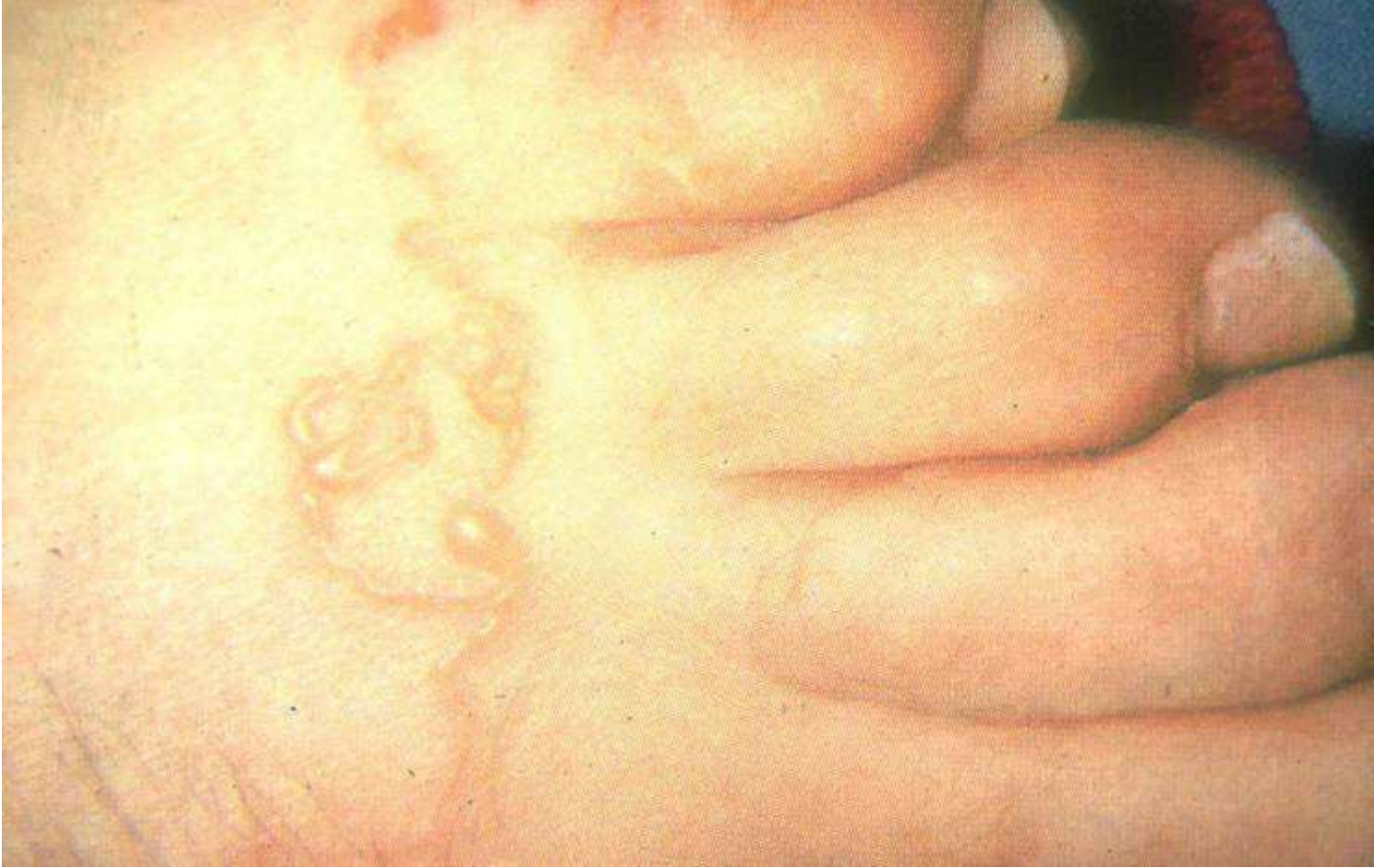


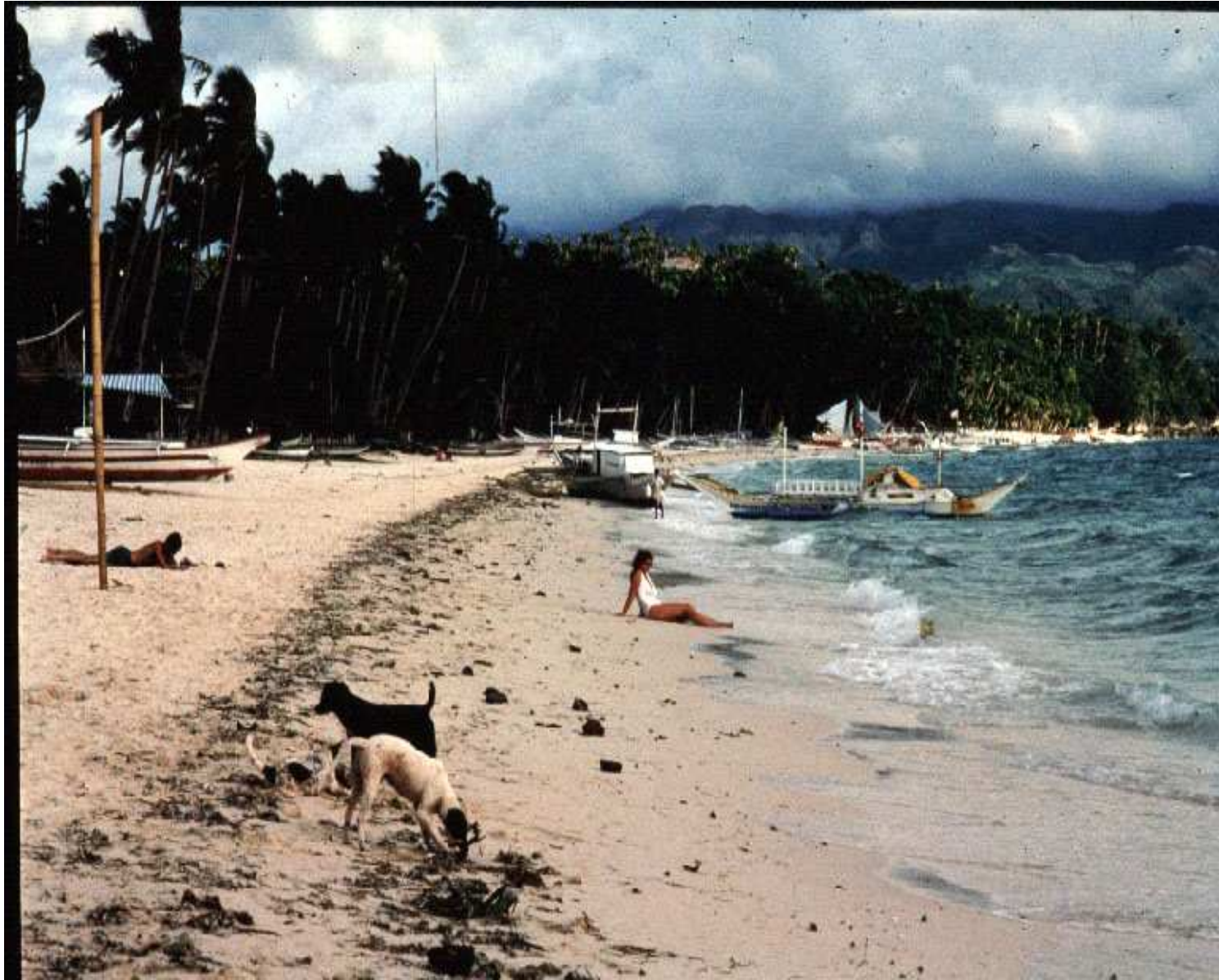
ver de Cayor (*Cordylobia anthropophaga*)

Dr Strady

Cas clinique

- 42 ans, retour Hôtel club sénégal il y a 1mois









Larva migrans cutané

= sillon serpiginieux sous cutané mobile

- LMC ankylostomienne

- anguillulose (larva currens)

- gnathostomose

= loase (*Loa loa*) (filaire adulte)

= myiase rampante (asticot de mouche)

⊥
= gale (sarcopte adulte)

(Caumes E ; Lancet Inf Dis 2005)

Quel est votre diagnostic ?

Prurit +++



PIQÛRES D'INSECTE

prurigo secondaire



Prurit (généralisé/localisé)

- Dermatose sous jacente et contexte
 - Urticaire
 - Toxidermie médicamenteuse
 - Prurigo parasitaire
 - Gale
 - Onchocercose
 - Acariens
 - VIH
 - Insectes

Neuf dermatoses chez 114/149 voyageurs *

- **Cellulite infectieuse** : 21 (14%)
- **Gale** : 17 (11%)
- **Reaction prurit arthropode** : 15 (10 %)
- **Pyodermites** : 14 (9%)
- **Myiases** : 12 (8%)
- **Dermatophyties** : 10 (6%)
- **Filarioses** : 9 (6%)
- **Larva migrans cutanée** : 8 (5%)
- **Urticaire** : 8 (5%)

* 76 % des diagnostics dermatologiques

Pied tropical

- Mme M 76 ans hospitalisée pour une lésion pied droit
- Originaire de Mayotte
- Pas antécédents notable par ailleurs
- Lésion évoluant depuis plus de 1 an
- Odeur nauséabonde





Finalemment...Kaposi endémique

- Après une antibiothérapie et 9 cures de Taxotere a 3 semaines d'intervalle , l' évolution est favorable



Cas clinique

- Patient Soudanais en situation irrégulière
- En France depuis 6mois
- VIH+, CD4 à 30/mm³ (8%), CV= 250 000 cop/ml
- Trithérapie depuis 3 mois, CD4 remonté à 150/mm³
- Polyarthrite des articulations périphériques avec oedème



Lèpre chez un patient soudanais VIH+ : IRIS

Cas clinique

- Expatrié vivant au Gabon, consultant à Paris
- Fièvre depuis 15j, AEG
- Adénopathies
- Hépto-Splénomégalie



trypanosomiase

Éric caumes

Conclusions

- Expérience personnelle :
 - beaucoup d'erreurs au début en voulant faire un diagnostic en un coup d'œil rapide
- Analyse sémiologique rigoureuse :
 - Lésions primaires
 - Signes associés
 - Contexte de voyage et circonstances d'apparition