

Best of en dermatologie infectieuse et VIH, 2005



Pr. Eric Caumes
**GH Pitié-
Salpêtrière**

Paris, octobre 2005

Complexes HLA et Sd hypersensibilité à l'abacavir

HLA	HSM +	HSM -	OR	VPP	VPN
HLA-B 5701	94 %	1,7 %	960	79 %	99 %
HLA-B 5701 + HLA-DRB1 0701 + HLA-DQ3	78 %	0 %	1405	100 %	98 %
HLA-B 5701 + Hsp70-Hom M493T	94%	0,4 %	3893	100%	99%

Martin AL et al. PNAS 2004;101:4180-4185

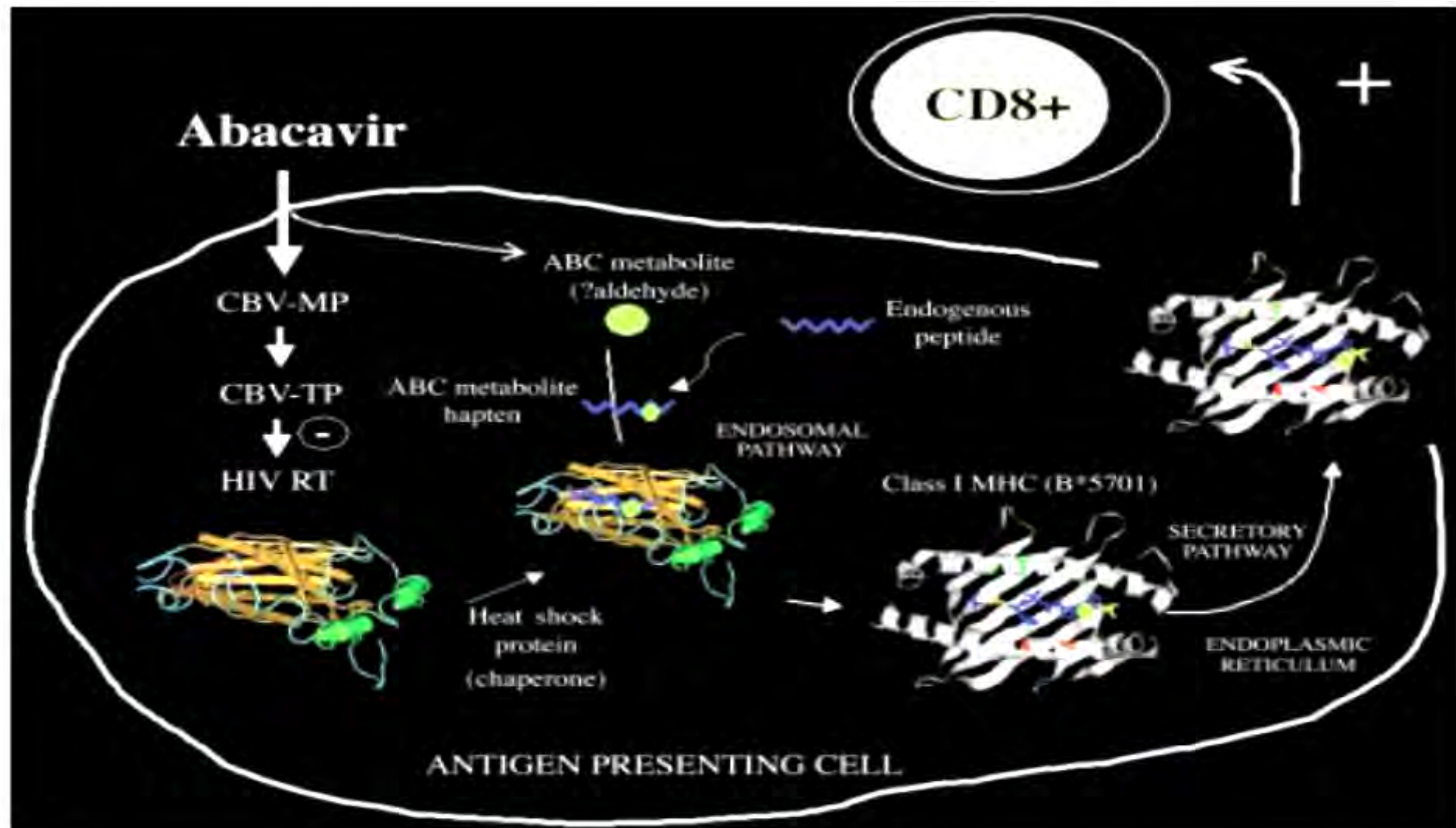


Fig. 4. Pathogenic model for the generation of a hypersensitive response to abacavir. Constitutively expressed (19) Hsp70-Hom molecules may facilitate loading of an abacavir haptened peptide onto *HLA-B*5701*. Abacavir undergoes sequential intracellular phosphorylation to carbovir monophosphate (CBV-MP) and carbovir triphosphate (CBV-TP) and subsequently inhibits HIV reverse transcriptase (HIV-RT).

Cétirizine et Névirapine

	Cétirizine	Placebo	P =
N =	107	110	NS
Age	41	49	NS
CD4	410	423	NS
CV	3.8 log	3.8 log	NS
Exanthème	15 %	12 %	NS
Arrêt Tt	13 %	9 %	NS

Knobel H et al. JAIDS 2004;37:1276-1281

Cétirizine et Névirapine : multivariée

Variable	OR	95 % Ci
Cétirizine	1,31	0,60-2,88
Poids (+10 kgs)	0,58	0,38-0,90
Stade VIH (C vs A,B)	0,33	0,11-1
Névirapine > médiane	1,09	0,47-2,5

Knobel H et al. JAIDS 2004;37:1276-1281

HSV chez VIH : HAART vs no HAART

Variables	HAART +	HAART -	P=
N=	28	49	
CD4	307	322	NS
HSV PCR +	18%	29%	0,08
HSV PCR Qt	56.250 copies/ml	50.000 copies/ml	0,20
Recurrence HSV	2,8 %	11,3 %	0,001

Posavad CM et al. JID 2004;190:633-696

Valacyclovir, HSV, VIH

	ACV	VACV	Placebo	RR
Traitement (délai cicatrisation)	200 mgx5/jr	1 grx2/jr		1(0,8-1,2)
Prévention (time to 1st Recurrence)	400 mgx2/jr	1 gr/jr 500 mgx2/jr 500 mgx2/jr		0,5(0,4-0,8) 0,2(0,1-0,3)
			+	

Warren T et al. CID 2004;39(suppl 5):S258-S261

Néoplasies anales c° 92 patients VIH+

Variable	cytologie anormale n = 47 %	carcinome anal IE n = 40 %
RAI, + vs-	5,7 (1,1-29)	1,9 (0,04-8,9)
HAART, + vs-	0,06 (0,01-0,87)	0,09 (0,01-0,75)
Age, $\leq 40 \geq$	1,8 (0,5-7)	3,6 (0,9-13)
Nadir CD4	0,6 (0,3-1,1)	0,5 (0,3-0,9)

Wilkin TJ et al. JID 2004;190:1685-1691

Néoplasies anales c% 45 MSM-VIH-HAART

	CD4 > 250 (n=27)	CD4 < 250 (n=18)	P=
HPV +	78 %	83 %	0,7
High risk HPV (16,18,31,45,33..)	71 %	40 %	0,2
Anal SiL	74 %	67 %	0,7
High grad SiL	22 %	22 %	1

Piketty C et al. STD 2004;31:96-99

HAMLET et verrues récalcitrantes (Human Alpha-lactalbumine Made Lethal Tumor)

	Hamlet n=20	Placebo n=20	P=
% du volume initial	14(0-33)	81(0-740)	
> 75 % de réduction du volume	20/20pts 88/92 lésions	3/20 pts 15/74 lésions	<0,001 <0,001

Hamlet. 1 application/jour pendant 3 semaines.
Suivi 2 ans

Gustafsson L et al. N Engl J Med 2004;350:2663-2672

Vaccin VZV et Zona pers > 60 ans

	Vaccinés	Placebo	Efficacité (%)
N =	19254	19247	
VZV	315	642	
« burden of illness »	2.21	5.68	61 (51-69)
Incidence /00/an	5.42	11.12	51 (44-57)
PHN	27	80	
Incidence /00/an	0.46	1.38	66 (47-79)

HCoV – NH et maladie de Kawasaki

	cas	contrôles
N =	11	22
HCoV – NH +	8/11 (72,7%)	1/22 (4,5%)

OR = 16 (3,4 – 7,44) ; p = 0,0015

Histoire naturelle HHV6 c% 277 enfants (0-2 ans)

130 enfants/277 [40 % à M12; 77 % à M24]

Age : 9 – 21 mois

81 patients avec primo-infections

- . 93 % symptomatique (39 % Cs med)**
- . 58 % fièvre**
- . 66 % rhinorrhée**
- . 31 % exanthème (24 % roséole)**

Facteurs de risque de cellulite inf

Variable	adjusted OR	FAR
Rupture barrière cut	22 (9,4-51)	48 %
Surpoids	2,8 (1,6-5)	40 %
iiDP (+)	3,2 (1,6-6,3)	22 %
Atcd cellulite	24 (7-81)	20 %
OMI chronique	4,5 (1,3-15)	13 %

Roujeau JC et al. Dermatology 2004;209:301-307

Sensibilité AB de *S. pyogenes* en France

93 souches isolées d'angines aiguës à Paris

Antibiotique	% Résistance
--------------	--------------

Penicilline	0 %
Amoxicilline	0 %
Érythromycine	14 %
Clarythromycine	14 %
Clindamycine	14 %

Sensibilité MLSK de *S. pyogenes*

322 *S. pyogenes*, angine aiguë en France, 2002-2003,
enfant 2 – 16 ans



72 (22 %) résistant à l'érythromycine

R	ermB	ermA	mefA
%	69 %	4 %	26 %
Clarythro	R	R	R
Clindamycine	R	S	S
Streptogr B	R	S	S
Kétolide	47%R	S	S

FdR Sa-MR communautaires 53/726 (7%) vs 119/726 (16%)

Antibiotiques < 3 mois	2.5 (1.2-5)
Hospitalisation < 12 mois	4 (2-8)
SSTI admission	3.4 (1.5-7.9)
Patients assistés medical	2 (0.9-4.2)
VIH +	13 (4.3-43)

***S. aureus* et leucocidine de Panton Valentine**

	Sa PVL+	Sa PVL-	P=
N =	16	24	
Age (ans)	20	48	< 0,01
« tare » +	0%	27 %	< 0,01
Furoncle unique	37 %	84 %	< 0,01
Furoncles	62 %	15 %	< 0,01
érythème (score)	2,66	1,33	<0,01

Purpura fulminans et S.aureus

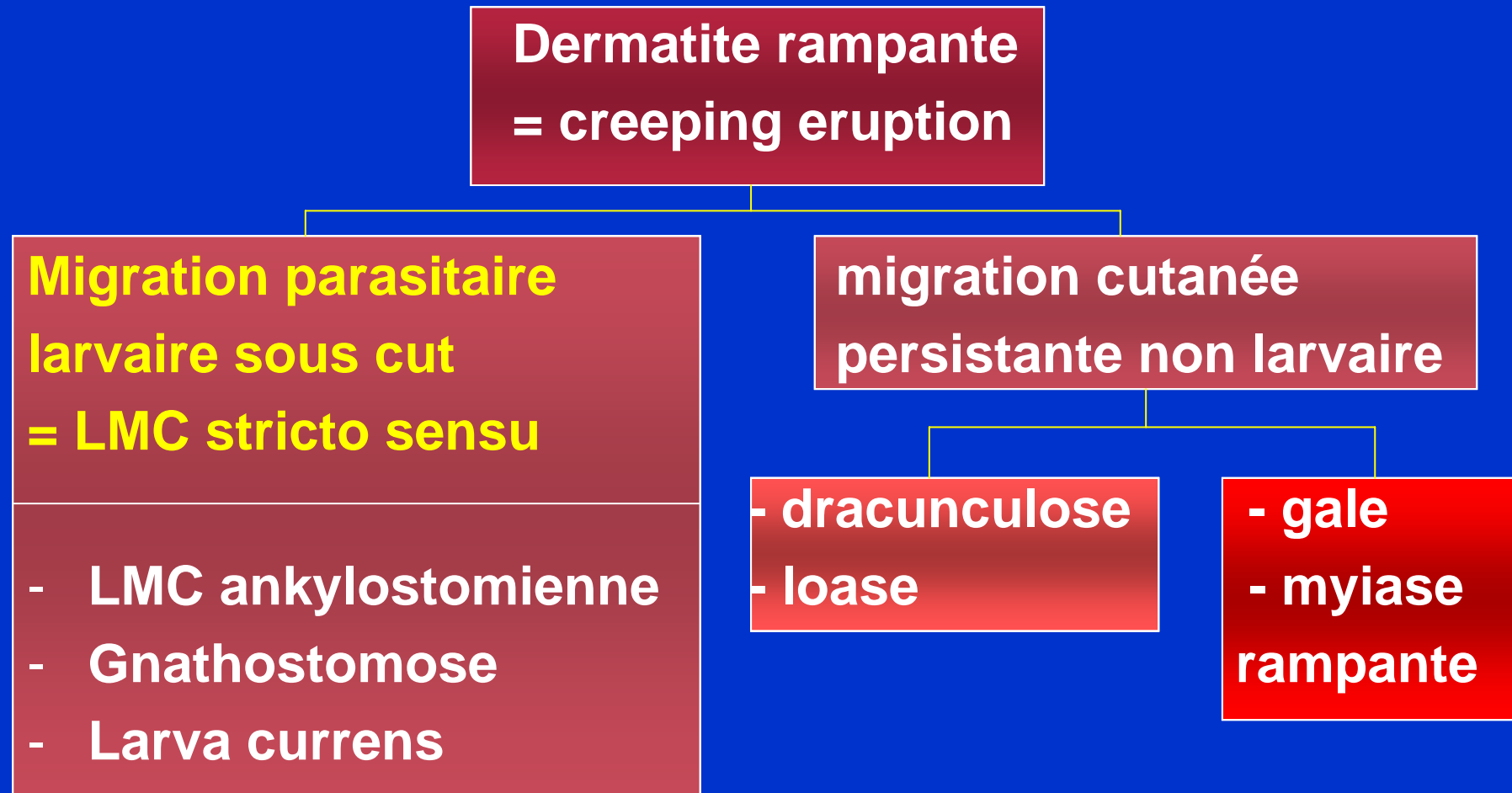
Age/sexe	Culture	Toxines	Devenir
40/F	MS Sa (hc, exp)	Sec, Pvl	Dcd
56/F	MS Sa (hc)	Seb	Ok
34/F	MS Sa (hc,)	Sec, Pvl	Dcd
21/M	MS Sa (exp)	Sec, Pvl	Dcd
43/F	MS Sa (exp)	TSST-1	Ok (amput)

Résistance in vivo et in vitro à l'ivermectine de *Sarcoptes scabiei*

Cas 1	Cas 2
<p>F, 36 ans 1995 – 2000 : 30 doses S. scabiei + : J26 Tt In vitro testing : R+ → 5 % permethrine 1 jr sur 2 pdt 30 jrs</p>	<p>H, 47 ans 1996 – 2000 : 58 doses S. scabiei + : J12,19, 26 in vitro testing : R+ → 25 % BdB + 5 % huile theier 11 applicat pdt 4 sem</p>

Currie SJ et al. CID 2004;39:e8-e12

Diagnostique étiologique et différentiel du syndrome de LMC



CLM, Fasciola gigantica (Vietnam)

- Femme, 40 ans, HCM ville
- DI HCD et dermatite rampante précédée par tumefaction (« mass ») HCD (J 30-J15) puis par une vésicule (J7)
- Dermatite rampante: serpigineuse, vésiculeuse, douloureuse, brulures, 3-4 cms/jr (23 cms J0), 4,5 mms large
- Eosinophilie normale
- Sérologie + (1/12800); EPS < 0
- « living juvenile Fasciola appeared at one end »

Gnathostomose cutanée: alb vs iver

	Albendazole 400mgx2x21	Ivermectine 200µg/kgx2	P=
N=	14	17	
Récurrences	3.21	4.18	NS
PEx100/mm ³	10 (6-40)	14 (6-42)	NS
Réponse	13 (92%)	13 (76%)	0.21
Echec	1 (7%)	1 (5%)	0.57
Rechute	0	3 (17%)	0.09

Thermotherapy in LCL (L.tropica)

	DPA Intralésion	DPA Intramuscul	Thermotherapie 50°C, 30 sec
PP	70/93 = 75%	26/58 = 44%	75/108 = 69%
ITT	70/146 =47%	26/117 = 22%	75/138 = 69%
OR (itt)	0.7 (0.4-1.2) vs thermo 3.2 (1.8-5.7) vs DPA IM	0.7 (0.4-1.2) vs thermo	

Traitement LCL

- DPA (antimoine) IM (NM) ou IL (AM)
- Pentamidine IM (NM; *L.guyanensis*)
- Fluconazole oral (AM; *L.major*)
- Ketoconazole oral (NM; *L.mexicana*)
- Miltefosine oral (NM; sauf *L.braziliensis* complex)
- Paromomycin topique (NM)
- Thermothérapie (AM; *L.tropica*)

Merci pour votre
attention