

# Infections cutanées fongiques

DPC bon usage des  
outils diagnostiques en microbiologie

**InfectioDPC**

**Sarah Dellière**



Hôpital  
Saint-Louis  
AP-HP

INSTITUT  
**pasteur** 

Jeudi 26 Mars 2026

MD PhD  
MCU-PH

## Pytiriasis versicolor



## Candidoses cutanées



## Dermatophytoses



## Infections à dématiés

Chromobla  
stomycose



Eumycétome



Phaeohypho-  
mycose





Dans quel cas faire un écouvillon ?



## Seul et unique place de l'écouvillon dans le diagnostic des infections fongiques cutanées



## Candidoses cutanées + bilan de colonisation



### Dépistage de portage de *Candida auris* :

- 1 écouvillon nasal
- 1 écouvillon inguinal/axillaire

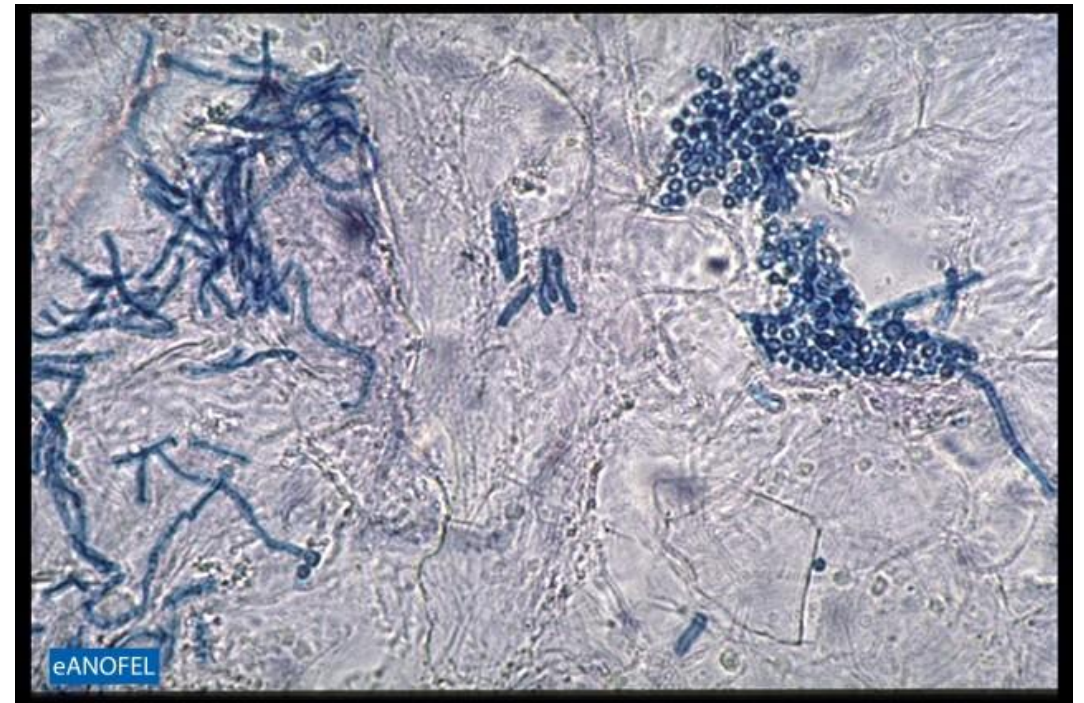
> Hospitalisation à l'étranger dans les 12 derniers mois

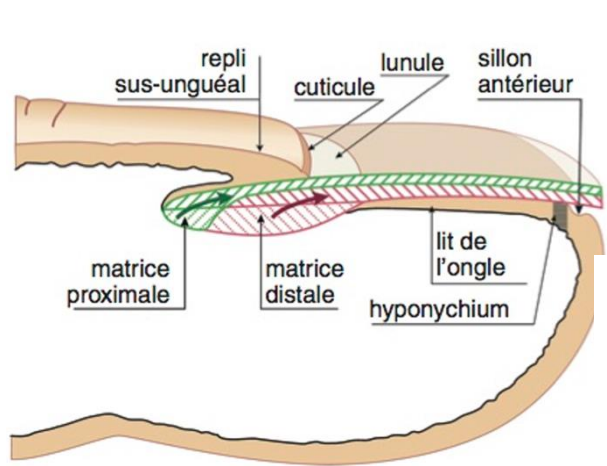
> Contact avec patient colonisé

# Pytiriasis versicolor

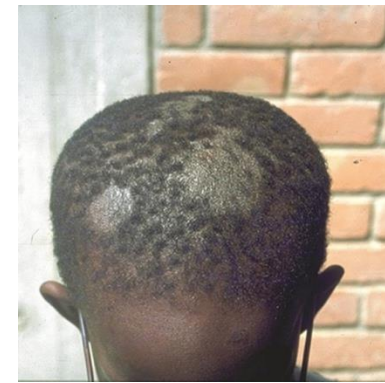


Transparent



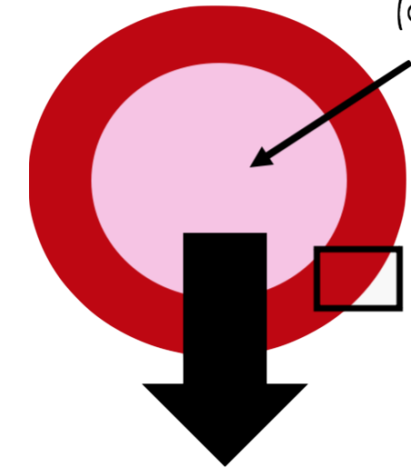


### Prélèvements de cheveux à la curette



### Dermatophytoses

Three clinical photographs illustrating dermatophytosis: onychomycosis on a toenail, alopecia on a scalp, and a circular red scaly lesion on the chest.



Zone guérie  
(champignon mort)

Zone de  
prélèvement

Croissance  
fongique





Excrétion de grains par pression des sinus



Chromoblastomycose

Phaeohyphomycose



Eumycétome



### Infections à dématiés

Chromoblastomycose

Eumycétome

Phaeohyphomycose

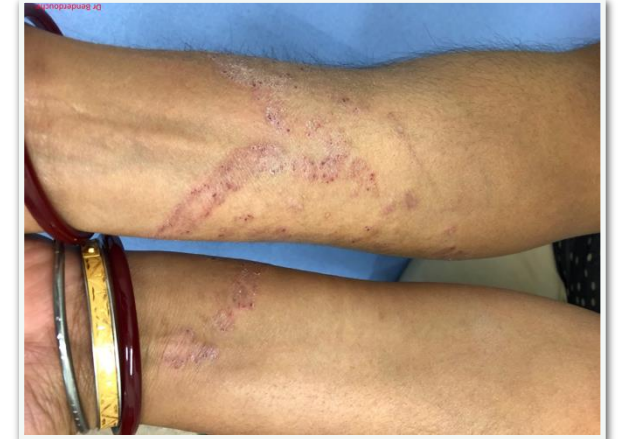




**Nouvelles présentations cliniques  
d'infections fongiques cutanées**

# Cas clinique – Mme S. 28 ans

- Originaire du **Bangladesh**
- Plaques erythémato-squameuses bras et tronc, très prurigineuses depuis 6 mois
  - Culture : Complexe *T. mentagrophytes*
- J0 – **Terbinafine** (250 mg/J)
- M2 – guérison partielle / culture POS
  - **Griseofulvine** (500 mg x2/J)
- M3 – Pas d'amélioration
  - **Itraconazole** (200 mg/J)
- M6 - Nette amélioration – arrêt itraconazole
- M9 – Lésion résiduelles / culture NEG
- M11 – **Rechute** / culture POS



**Quel est votre diagnostic ?**

# DERMATOPHYTOSE ETENDUE ET RECALCITRANTE

Complexe *Trichophyton mentagrophytes*

*Trichophyton interdigitale*

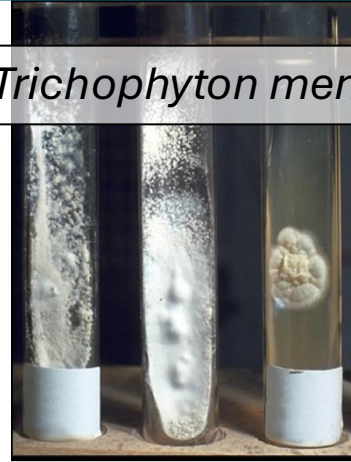
**Anthroponose**

Tinea pedis & onychomycoses

*Trichophyton mentagrophytes*

Zoonose

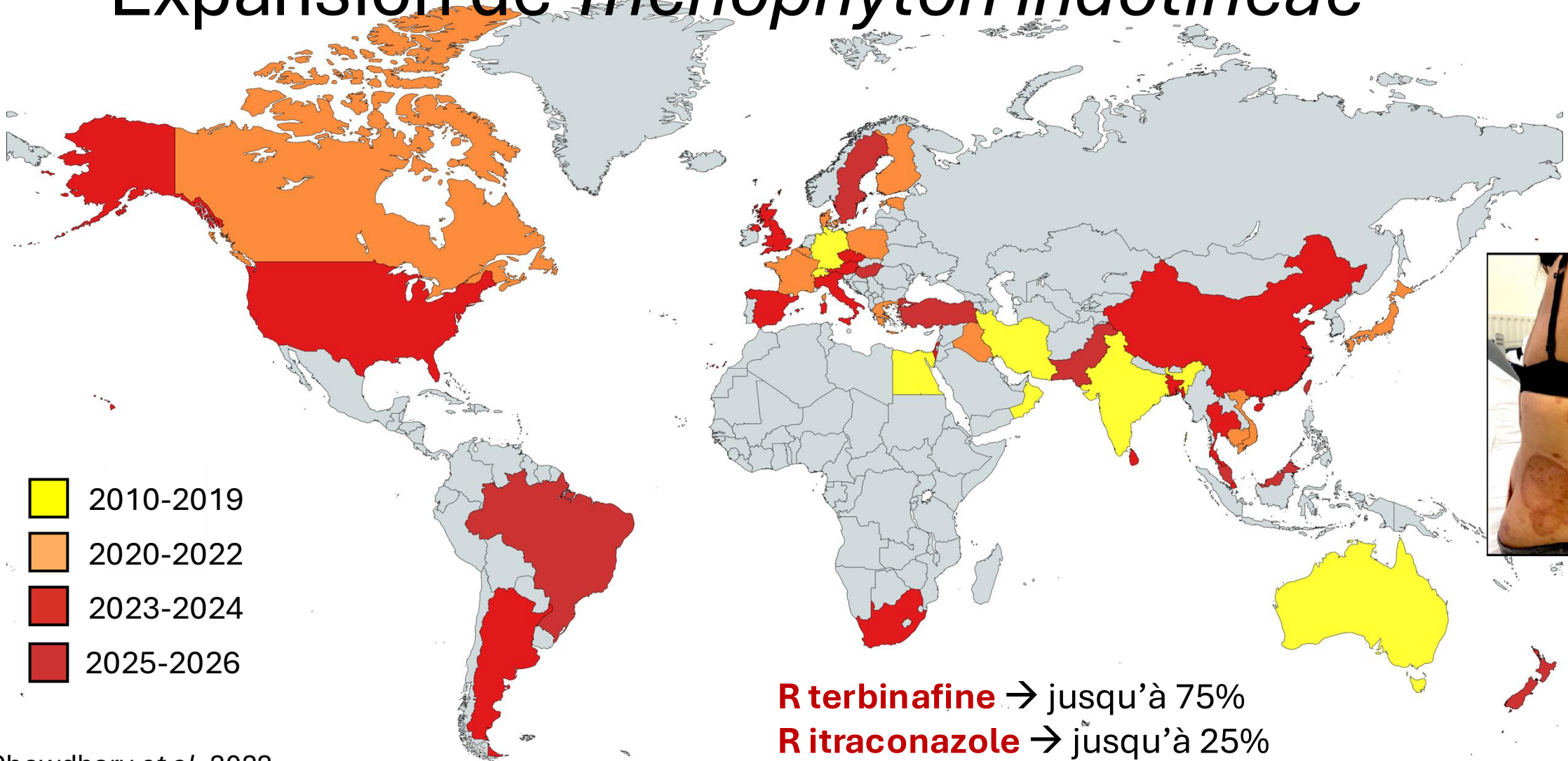
**Lésions inflammatoires**  
**Peau glabre / cuir chevelu**



**Génotype VIII**

***Trichophyton indotineae***

# Expansion de *Trichophyton indotineae*



# Pourquoi cette émergence ?

- Hypothèses à ce stade...



# Mécanismes de résistance à la terbinafine

- Fréquence +
- Mutation ponctuelles dans le gène SQLE
    - ✓ • **F397L** → CMI hautes +++
    - ✓ • **L393S/L393F** → CMI intermédiaires
    - ✗ • **A448T** → CMI variables
    - ✓ • **F415C**
      - H440T
      - S395P
      - S443T
      - L335F
      - Q408L
      - Combinaisons...



Souches décrites avec SQLE *wild-type* et CMI hautes à la terbinafine...

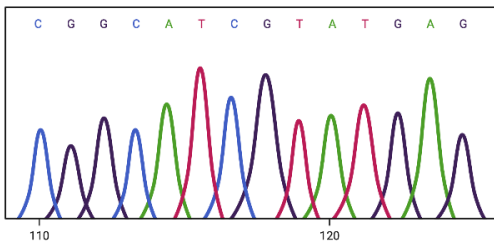
Autres mécanismes ?



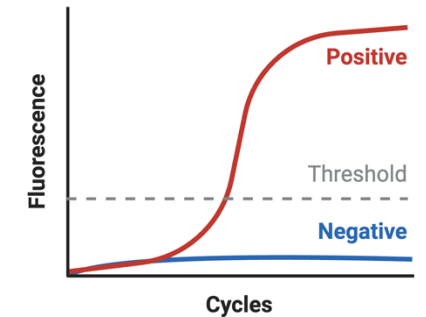
- ✓ Causalité de la résistance vérifiée par mutagénèse
- ✗ Non-causalité de la résistance vérifiée par mutagénèse

# Détecter la résistance par biologie moléculaire

- Séquençage du gène SQLE / kit PCR mutations ciblées



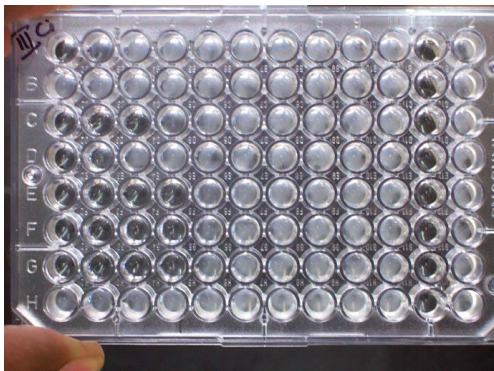
PROS	CONS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suffisant pour L397F et L393S</li><li>• Epidémiologie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Durée pour séquençage</li><li>• Quid si WT?</li><li>• Quid des mutations peu décrites ?</li><li>• Coût</li></ul>



# Détecter la résistance microbologique *in vitro*

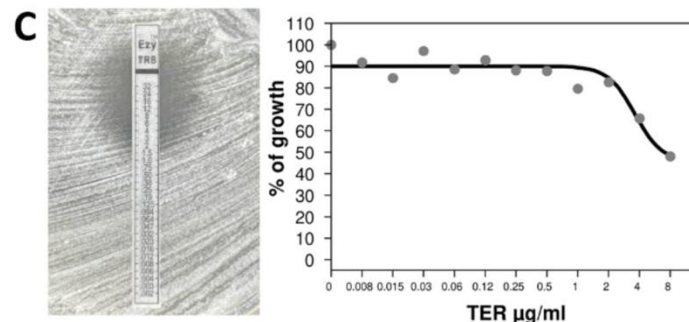
## Microdilution Technique EUCAST

- Référence ++
- Fastidieuse
- Difficile en routine



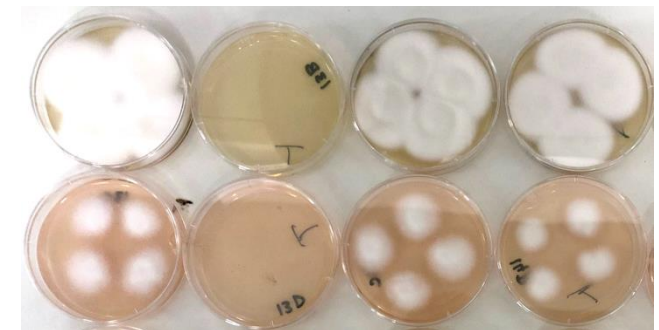
## Bandelettes avec gradient de concentration

- Problème de reproductibilité inter-batch pour la terbinafine
- Ok pour Itraconazole Etest®



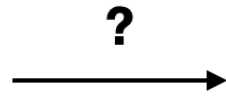
## Milieu TBF cut-off à 0.2 µg/mL

- Simple et rapide
- Reproductible
- Choix du cut-off ?

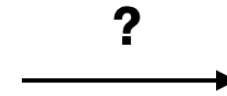


# En bref...

**Mutations /  
Mécanisme  
moléculaire**



**Résistance  
*in vitro***



Aucun  
breakpoint  
clinique

**Résistance  
*in vivo*  
clinique**

Gène SQLE WT  
mais CMI hautes  
(Rudramurthy, 2018  
Khurana, 2018)

Gène SQLE mutés  
mais CMI normales  
(Dellière, 2022)

Fréquente +++

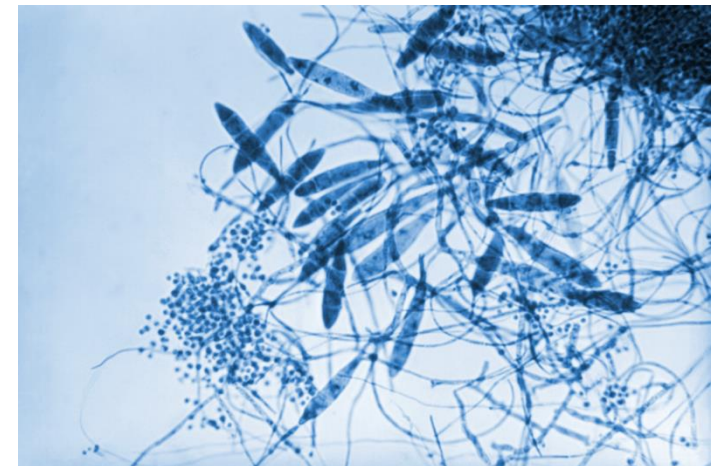
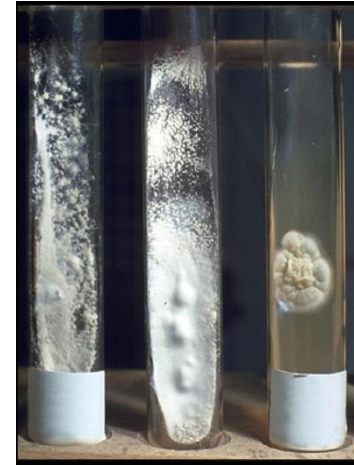


Identification de l'espèce

**TOP PRIORITY**

# Diagnostic

- Clinique ++
- Identification d'espèce précise
  - Culture insuffisante
  - En **2-3 jours** sur squames
    - qPCR *indotineae*/pan-dermatophytes
  - En **7-10 jours** sur culture +
    - MALDI-TOF
  - En **2-4 semaines**
    - Séquençage ITS sur souche
- Identification de la résistance si possible



# Une prise en charge consensuelle ?

- **Ni recommandations internationales, ni nationales**

- **Recommandations chinoises**

- Caractérisation de la susceptibilité *in vitro* pour les résistances après 4 semaines de ttt et adaptation
- En l'absence de caractérisation
  - Itraconazole 200-400mg/J 4-8 semaines

**Temps médian jusqu'à  
la guérison clinique  
= 12 semaines  
Rechutes = 19.7%**

- **Expérience Saint-Louis (n>150)**

- Itraconazole 400mg 4-8 semaines
- Association avec topique ++



**Médicament à  
prescription  
hospitalière  
initiale**

## Quelques messages clés ▲!

1. Résistance terbinafine >75%
2. Itraconazole en 1ère intention
3. Dépistage de l'entourage familial
4. Fréquence des **rechutes** après traitement  
→ Suivi prolongé +++
5. Répéter les prélèvements au moindre doute

# Défis and perspectives



- **Information médicale**
- **Surveillance épidémiologique**
- **Evaluer la résistance** des souches de façon standardisée, reproductible et accessible
- **Proposer un protocole de traitement optimal**

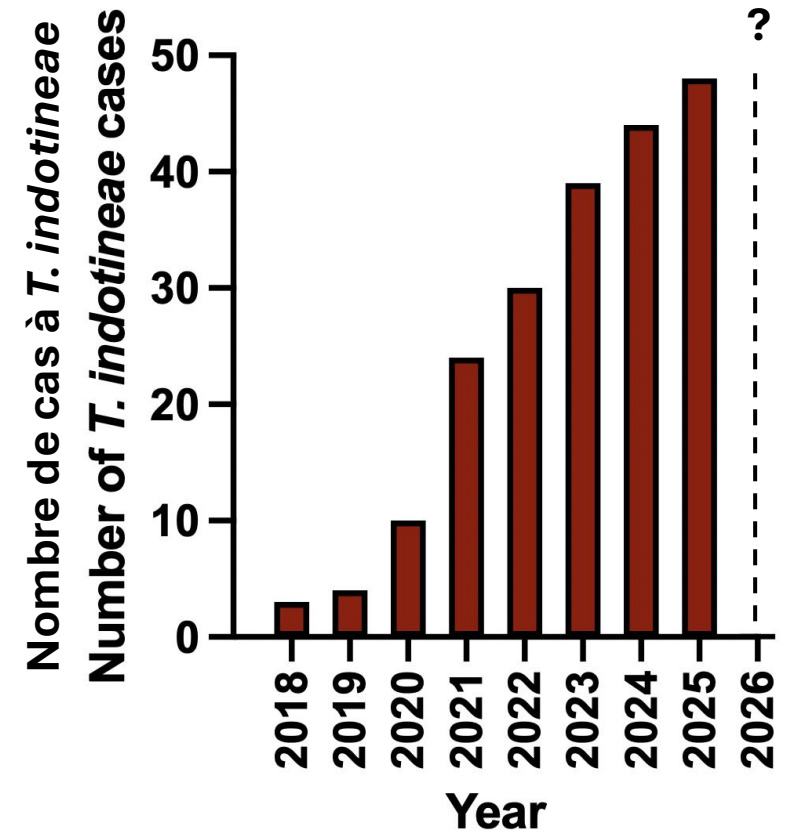


- Essai thérapeutique
- Nouvelles molécules antifongiques ?
- Quelle prise en charge de l'environnement ?



- **Problématique de santé publique**
  - Réfugiés, centre d'hébergement, dépistage et prise en charge ?
  - Isolement ?

Hôpital Saint-Louis  
Données personnelles



# DERMATOPHYTOSE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE



- Les dermatophytes peuvent-ils être transmis **sexuellement** ?
  - 2002 : tinea genitalis chez des travailleuses du sexe
  - Cas cliniques et séries de cas
  - Arguments en faveur de la transmission sexuelle
    - Localisation des lésions : périnée, fesses, visage
    - Identification de lésions similaires chez les partenaires
    - Facteurs de risque d'IST ± co-infection avec d'autres IST
    - Mode alternatif de contamination peu probable
  - Plusieurs espèces identifiées mais ***Trichophyton mentagrophytes*** ITS génotype VII +++

## *T. mentagrophytes* GVII

et clusters de dermatophytoses sexuellement transmissibles

- Epidémiologie
  - Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ++ (>90%)
  - Association avec d'autres IST: mpox, VIH, *N. gonorrhoeae*
  - Un cluster (n=17) avec comme cas index un masseur tantrique
- Caractéristiques cliniques
  - Temps d'incubation médian ~2 semaines
  - Très inflammatoire : kerions, nodules, ...
  - Atteintes multiples concomitantes chez 2/3 des patients
  - Délai diagnostique long
  - Séquelles fréquentes : cicatrices et hyperpigmentation post-inflammatoire
- Traitement → Pas de résistance
  - Terbinafine orale + antifongique topique
  - ± prolongation jusqu'à 12 semaines



# Quelques messages clés



1. Tinea genitalis ≠ toujours transmis sexuellement
2. *T. mentagropytes* GVII et potentiel épidémique



- Dépistage des partenaires sexuels
- Bilan d'IST
- Information adaptée du patients



3. Nécessité de sensibilisation



**Merci pour votre attention**



# Infections cutanées

DPC Bon usage des outils diagnostics en microbiologie  
26.03.2026

Dre Chloé BERTIN - PHC Infectiologue Dermatologue  
HDJ maladies infectieuses Hôpital Saint-André - C.H.U. Bordeaux  
Dermatologie - CH de Libourne



# Infections bactériennes

Infections peau et tissus mous



Qui suis-je ?



DHBNN



Ecthyma



Impétigo



Anthrax



DHBN / FN



Furoncle

# Quand faire un écouvillon bactériologique ?

- **Jamais** sauf..



- DHBNN sur terrain spécifique
- Furoncle compliqué; sur terrain à risque de complication ; retour de voyage
- Furonculose avant antibiothérapie
- Impétigo creusant ; étendu ; évolution rapide



# DHBNN

## 1.6 Place des examens complémentaires

AE

En cas de DHBNN non compliquée, aucun examen complémentaire n'est recommandé pour le diagnostic et la prise en charge ambulatoire.

En cas de DHBNN, la réalisation de prélèvements microbiologiques (prélèvements locaux de la porte d'entrée et éventuellement hémocultures) n'est recommandée que dans les cas suivants :

- une morsure animale ou humaine ;
- survenue en milieu aquatique ;
- après un voyage en zone tropicale ;
- origine post-traumatique, liée aux soins (cathéters veineux périphériques) ou à une injection septique ;
- lésions suppuratives ;
- échec d'un traitement antibiotique présumé adapté (cf. recommandation n° 12) ;
- sujet immunodéprimé ;
- signes de gravité locaux ou généraux (faisant craindre une DHBN).

Pasteurellose; anaérobies

SARM, mélioidose, diphtérie...

*Aeromonas hydrophila*,  
*Shewanella* sp...

*Staphylococcus* spp



**Streptococcique +++**  
Streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A  
(SGA, *Streptococcus pyogenes*) ++



*Staphylococcus aureus*



Polymicrobien (entérobactéries)

Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
<b>DHBNN adulte</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour	<b>Pristinamycine</b> : 1g x 3 /jour ou <b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg	7 jours
<b>DHBNN enfant</b>	<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b> : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour)	<b>Clindamycine</b> : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) <b>Sulfaméthoxazole-triméthoprime</b> : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Après morsure</b>	<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b> : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Après exposition professionnelle</b> <b>Suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc)</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour (au maximum 6 g/jour)	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours

# DHN/Fasciite nécrosante



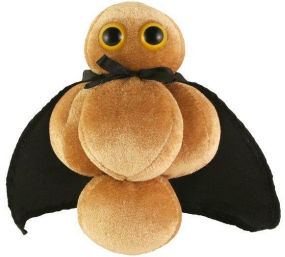
**URGENCE** diagnostic : nécessite un diagnostic **précoce**

retard diagnostic

retard chirurgical

Aggravation  
pronostic **vital** et  
**fonctionnel**

# Furoncle



PVL +



## Formes compliquées

- Anthrax
- DHBNN
- Abcédation
- Multiplication des lésions
- Fièvre

## Situations à risque de complication

- < 1 an
- Immunodépression
- Comorbidités (diabète, obésité, etc.)
- Localisations face, main, siège péri-orificiel
- Absence de réponse au traitement initial



anthrax



# Impétigo



Bulleux ++



Autres formes



- 6 lésions
- SC atteinte > 2 % de la surface corporelle totale
- Extension rapide des lésions
- Ecthyma

# Impétigo bulleux

## Formes graves d'impétigo

- Ecthyma (forme nécrotique creusante).
- Impétigo ayant plus de 6 lésions.
- Impétigo avec une surface cutanée atteinte > 2 % de la surface corporelle totale<sup>2</sup>.
- Extension rapide des lésions.

<b>Formes graves d'impétigo</b> Adulte	<b>Pristinamycine per os</b> : 1 g x 3 /jour <b>Céfalexine per os</b> : 2 à 4 g/jour <i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i>	<b>Pristinamycine per os</b> : 1 g x 3 /jour	7 jours
<b>Formes graves d'impétigo</b> Enfant	<b>Amoxicilline/acide clavulanique</b> : 80 mg/kg/ jour <b>Céfadroxil</b> : 100 mg/kg/ jour <i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i>	<b>Josamycine</b> : 50 mg/kg/ jour	7 jours



- *Staphylococcus aureus*
- Toxine **exfoliatine**
- 2 à 5 ans
- Épidémies communautaires

# Furonculose

- Prélèvement systématique du furoncle **avant** antibiothérapie
- Prélèvement des gîtes staphylococciques (nez; gorge; anus; périnée) **si** échec d'une première décolonisation des gîtes



# Infection de plaie chronique

Ulcère; escarre

Colonisation bactérienne  
systématique



Suspicion d'infection de plaie ?

Infection bactérienne peau et  
tissus mous en **périphérie** de la  
plaie type DHBNN, abcès

prélèvement bactériologique du  
pus

Infection osseuse sous-  
jacente

avis spécialisé

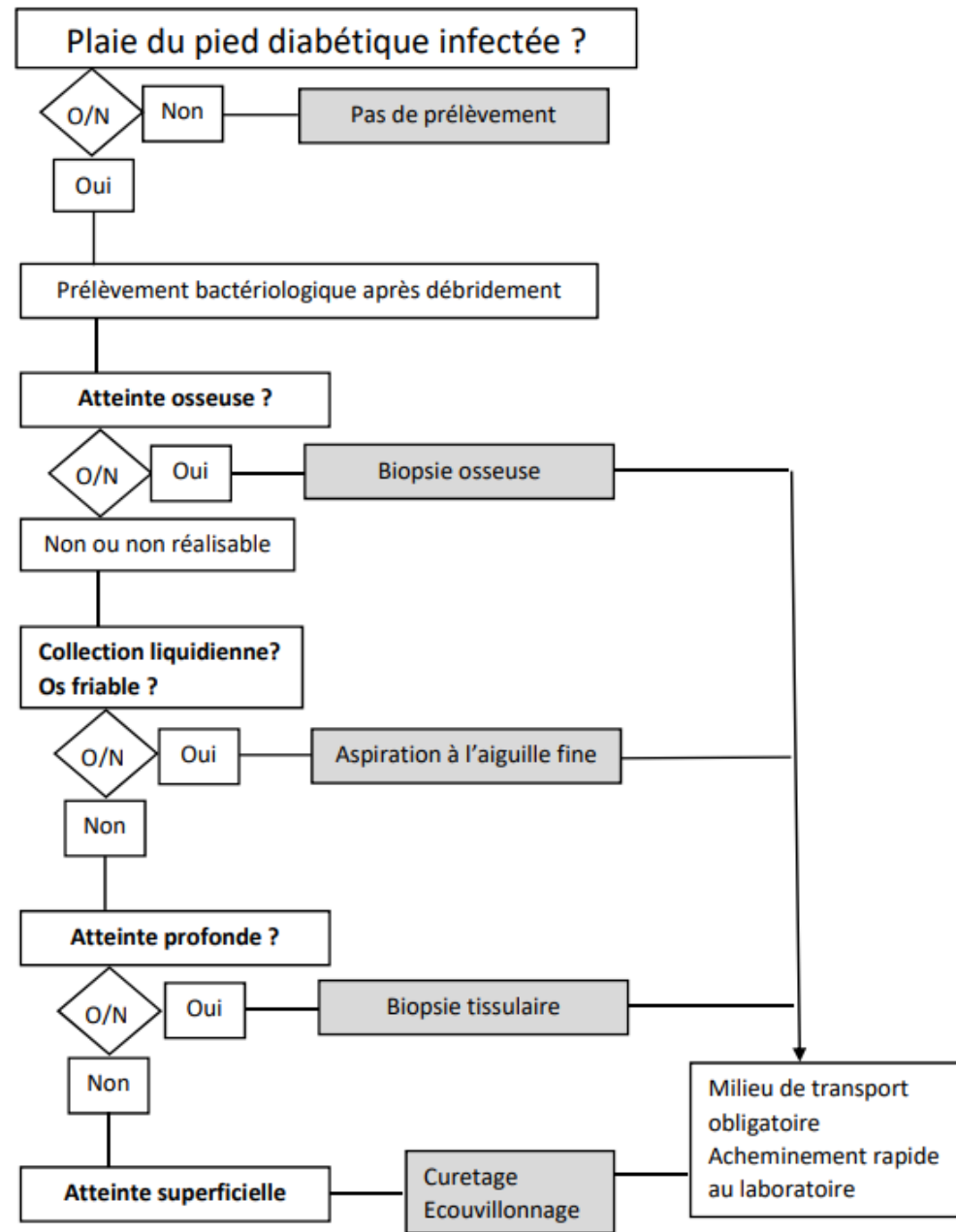
# Infection de plaie du pied chez le patient diabétique (IPPPD)

## Diagnostic microbiologique et histologique



Il est recommandé :

- De prélever uniquement en présence de signes cliniques évocateurs d'une infection de plaie (grade 2, 3 ou 4) en respectant les modalités de prélèvement suivantes:
  - Débrider avant tout prélèvement
  - En cas d'infection superficielle : prélever par curetage-écouvillonnage
  - En cas d'infection profonde: réaliser une biopsie tissulaire sur le versant cutané des berges de la plaie (punch à biopsie)
  - En cas de collection cutanée ou sous-cutanée: réaliser une aspiration à l'aide d'une aiguille fine ou d'un cathéter long
- De prélever des hémocultures dans le grade 4
- D'effectuer une biopsie osseuse en cas de suspicion d'ostéite



	DHBNN	Furoncle	Furonculose	Abcès	Impétigo	Plaies chroniques
Type de prélèvement	Ecouvillon +/- hémocultures	Ecouvillon	Ecouvillon	Prélèvement pus	Écouvillon Liquide bulles	PAS de prélèvement
Indication	<b>Si :</b> Morsure Milieu aquatique Tropical Lié aux soins, UDIV Échec TTT ID Lésions suppuratives Signes gravités	<b>Si :</b> Forme compliquée Retour de voyage Terrain à risque de complications	Systematique  (dépistage des gîtes si échec d'une première décolonisation )	Systematique	<b>Si :</b> - ecthyma - >6lésions - SC > 2% - extension rapide	Si abcès Si ostéite
Germes	Streptocoque	<i>S.aureus</i> PVL+	<i>S.aureus</i> PVL +		<i>S.aureus</i> (bulleux++) SGA	A documenter
Traitement	ATB (amox; pristina) 7 jours	Soins locaux ATB (clinda; pristina 5j) <b>si</b> compliqué	Ttt poussée puis décolonisation des gîtes	Chirurgie + ATB (clinda, cloxa IV) 5j	Soins hygiène Mupirocine 5j ; ATB PO (pristina, augmentin 7j) <b>si</b> grave	Chirurgie ATB adaptée



# Infections virales

Mpox

HSV

VZV



# Cas clinique

- PVVIH sous DELSTRIGO
- HSH, en couple mais...
  
- Depuis 7 jours :
  - Fièvre
  - asthénie intense
  - lésions du pénis douloureuses et prurigineuses
  - adénopathies inguinales
  - lésions cutanées diffuses

# Quelles sont vos hypothèses à ce stade ?

- Syphilis
- Arbovirose
- Rickettsiose
- Molluscum contagiosum
- Mpox
- HSV
- Gonococcémie disséminée

# Quelles sont vos hypothèses à ce stade ?

- Syphilis
- Arbovirose
- Rickettsiose
- Molluscum contagiosum
- Mpox
- HSV
- Gonococcémie disséminée



Pas d'atteinte génitale

Pas de signes systémiques

Pas de lésions extra-génitales

Atteinte articulaire

Phimosis douloureux  
Adénopathies inflammatoires  
Vésicule du prépuce

## Lésions initiales

# Mpox – diagnostic

- PCR Mpox (vésicule; gorge; anale ; sanguine)



Précautions complémentaires contact  
Port d'un masque de soins  
(et si risque d'aérosolisation → FFP2)



Triple emballage  
En laboratoire P3 (puis CNR)  
PAS d'autres prélèvements concomitants



Procédure opérationnelle de prélèvement MPXV  
Version 24 octobre 2024

## Infection au Mpox virus : procédure opérationnelle de prélèvement

*Depuis mai 2022, des cas de mpox (MPXV) « variole du singe » (orthopoxvirus / poxviridae) autochtones sont identifiés en France, correspondant à un clade II.*

*Depuis 2023, l'émergence en Afrique centrale d'un clade Ib rend essentielle la vigilance des soignants de 1<sup>ère</sup> ligne et le diagnostic via la confirmation microbiologique rapide, dont la procédure opérationnelle de prélèvement est proposée ci-après.*

<b>Biologie</b>											
	Nature du prélèvement - (Echantillon)		SANG	AUTRE	GENITAL	AUTRE	AUTRE	AUTRE	AUTRE	INFO	URINES
	Origine - Localisation			Ecouvillonnag...	Ecouvillonnag...	Vésicule -...	Ecouvillonnage - Gorge	Ecouvillonnage - Pénis			Urines 1er jet -...
Virologie	+ - Biologie moléculaire virale										
Virologie	+ - - Virus de l'immunodéficience humai...										
Virologie	ARN HIV-1 (plasma)		copie...								
Virologie	Inter recherche d'ARN VIH-1										
Virologie	+ - - Virus herpes simplex (HSV-1 + HSV...										
Virologie	ADN HSV-1 (écouvillon)			Non détecté							
Virologie	ADN HSV-2 (écouvillon)			Non détecté							
Virologie	+ - - Virus monkeypox (MPV)										
Virologie	ADN MPV (écouvillon)					Positif(ve)	Positif(ve)	Positif(ve)			
<b>Bactériologie</b>	<b>+ Bactériologie</b>										
Bactériologie	+ - Biologie moléculaire										
Bactériologie	+ - - Recherche de Chlamydia trachomat...										
Bactériologie	Rech Chlamydia trachomatis										
Bactériologie	+ - - Recherche de Chlamydia trachomat...										
Bactériologie	Rech Chlamydia trachomatis				Négatif(ve)						
Bactériologie	+ - - Recherche de Chlamydia trachomat...										
Bactériologie	Rech Chlamydia trachomatis										
Bactériologie	+ - - Recherche de Chlamydia trachomat...										
Bactériologie	Rech Chlamydia trachomatis										Négatif(ve)
Bactériologie	+ - - Recherche de Neisseria gonorrhoea...										
Bactériologie	Rech Neisseria gonorrhoeae										
Bactériologie	+ - - Recherche de Neisseria gonorrhoea...										
Bactériologie	Rech Neisseria gonorrhoeae				Négatif(ve)						
Bactériologie	+ - - Recherche de Neisseria gonorrhoea...										
Bactériologie	Rech Neisseria gonorrhoeae										Négatif(ve)
Bactériologie	+ - - Recherche de Neisseria gonorrhoea...										
Bactériologie	Rech Neisseria gonorrhoeae										Négatif(ve)
Bactériologie	+ - - Recherche de Mycoplasma genitaliu...										
Bactériologie	Rech Mycoplasma genitalium				Négatif(ve)						

Clade IIb

# HSV

- Primo-infection ou récurrence
- ➔ diagnostic clinique
  - écouvillon pour PCR virale sur vésicules si atypies



# VZV

- Varicelle : diagnostic **clinique**
  - PCR VZV uniquement si complications



# VZV

- Varicelle : diagnostic **clinique**
  - PCR VZV uniquement si complications
- Zona : diagnostic **clinique**
  - PCR VZV si atypies



# Cas clinique

2022  
PVVIH de 30 ans

lésions papulovésiculocroûteuses  
fièvre  
atteinte du visage puis tronc

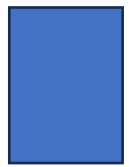


J1

J7

PCR Mpox –  
PCR VZV +  
Sérologie VZV -

J1



J7



# Quel traitement proposez-vous ?

- Isolement
- Cytéal
- Aeries
- Augmentin
- Valaciclovir per os
- Aciclovir IV
- Aspirine

# Quel traitement proposez-vous ?

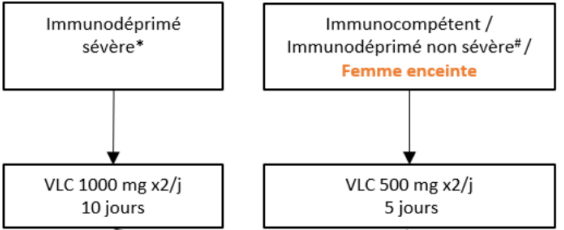
- Isolement : contagiosité maximale 2 jours avant et 6 jours après le début de l'éruption
- Cytéal
- Aeries
- Augmentin : non car pas de surinfection visible
- Valaciclovir per os 1g x 3/j pendant 5-7 jours
- Aciclovir IV : si forme sévère ou atteinte viscérale
- Aspirine : contre indiquée car risque de syndrome de Reye

Traitement – recos

# Recos HSV 2024



## Primo-infection non sévère



**Résistance à l'ACL ?**  
génométypage et/ou phénotypage

oui

**Traitement IV<sup>S</sup>**

**1<sup>ère</sup> intention**  
Foscarnet  
40 mg/kg/12H à 40 mg/kg/8H

**2<sup>ème</sup> intention**  
Cidofovir  
5 mg/kg/1H, 1x/semaine  
2 à 3 semaines, jusqu'à guérison

Prolonger le traitement pendant 10 jours

Ou

Substituer/associer au traitement per os :  
- Imiquimod 5%\*\*\*  
ou  
- Aloe vera 0,5%\*\*\*

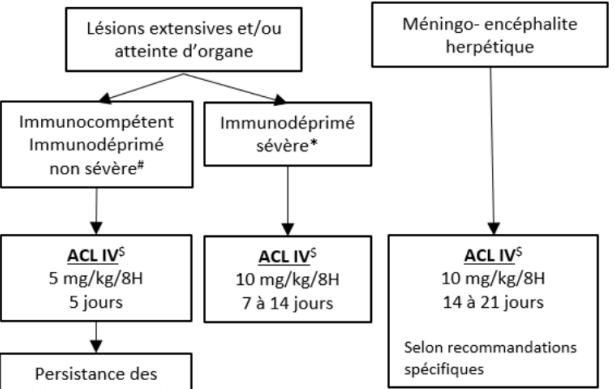
**Traitement topique\*\*\***  
Imiquimod 5%, cidofovir 0,3% et 1%, foscarnet 1%  
- Contre-indication aux traitements IV  
- Lésions cliniquement accessibles  
- En attente de la recherche de résistance

\* VIH avec CD4 ≤200/mm3, greffé d'organe, hémopathie, certains cancers solides  
# VIH avec CD4 >200/mm3  
\*\* Rechercher une immunodépression  
\*\*\* précaution d'emploi, topiques non recommandés chez la FE  
\*\*\*\* 32 SA si grossesse gémellaire ou risque d'accouchement prématuré  
\$ néphrotoxicité

L'ACL topique, la trifluridine +/- interféron topique, ne sont pas recommandés

**Abréviations :** ACL, aciclovir ; FLC, famciclovir ; H, heure ; IV, intra-veineux ; SA, semaine d'aménorrhée ; VLC, valaciclovir

## Primo-infection sévère



## Récurrence

### Traitement curatif de l'épisode##

Femme enceinte	Immunocompétent / Immunodéprimé non sévère#	Immunodéprimé sévère*
<b>Thérapie « courte »</b> VLC 500 mg x2/j 3 jours ACL 200 mg x 5/j – 5 jours	<b>Thérapie « courte »</b> <b>1<sup>ère</sup> intention</b> VLC 2000 mg x2 – 1 jour <b>2<sup>ème</sup> intention</b> FLC 1000 mg x2 – 1 jour ACL 800 mg x3/j – 2 jours VLC 500 mg x2/j – 3 jours	<b>1<sup>ère</sup> intention</b> VLC 1000 mg x2/j <b>2<sup>ème</sup> intention</b> ACL 400 mg x 5/j FLC 500 mg x2/j au moins 5 jours

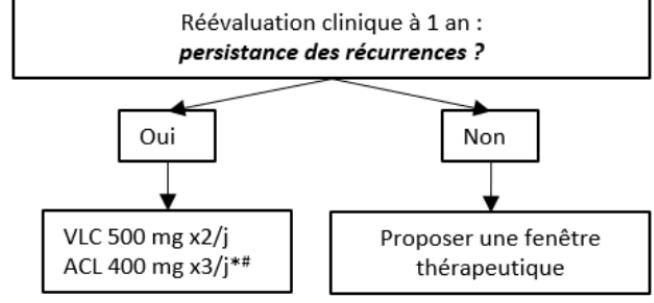
### Traitement préventif/suppressif###

Prophylaxie dès 36 SA**	Immunocompétent	Immunodéprimé non sévère# et sévère*
VLC 500 mg x2/j Jusqu'à l'accouchement	<b>1<sup>ère</sup> intention</b> VLC 500 mg x1/j <b>2<sup>ème</sup> intention</b> ACL 400 mg x2/j 12 mois	VLC 500 mg x2/j ACL 400 mg x2/j 12 mois

- Lésions cliniques à l'accouchement : césarienne

- Lésions cliniques dans les semaines précédant le terme : selon recommandations spécifiques

- Dépistage +/- traitement de l'herpès néonatal : selon recommandations spécifiques



\* VIH avec CD4 ≤200/mm3, greffé d'organe, hémopathie, certains cancers solides  
# VIH avec CD4 >200/mm3  
\*\* 32 SA si grossesse gémellaire ou risque d'accouchement prématuré  
## à initier dans les 48H du début des symptômes  
### indications : épisodes fréquents (≥ 4 par an), retentissement sur la qualité de vie, risque de transmission aux partenaires (couples sérodiscordants / multiples partenaires)

# Recos PVVIH 2024

Tableau 5 : Indications et modalités thérapeutiques des infections à HSV et VZV chez les PVVIH

		Indications	Modalités thérapeutiques
HSV	Primo-infection	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localisation génitale</li> <li>- Localisation labiale avec atteinte sévère ou CD4 &lt;350/μL</li> <li>- Atteinte viscérale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valaciclovir 500 mg x 2/j 5 j</li> <li>- valaciclovir 1000 mg x 2/j 10 j si CD4 &lt;350/μL</li> <li>- Atteinte cutané-muqueuse sévère : aciclovir IV 5 mg/kg/8h puis valaciclovir 1000 mg x2/j 10j</li> <li>- Atteinte viscérale : aciclovir IV 10 mg/kg/8h 14j (21j si encéphalite)</li> </ul>
	Récurrence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localisation génitale</li> <li>- Localisation labiale sévère</li> <li>- Atteinte viscérale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valaciclovir 500 mg x 2/j 5 j</li> <li>- Atteinte cutané-muqueuse sévère : aciclovir IV 5 mg/kg/ 8h puis valaciclovir 1000 mg x2/j 10j</li> <li>- Atteinte viscérale : aciclovir IV 10 mg/kg/8h 14j (21j si encéphalite)</li> </ul>
	Prophylaxie secondaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;4 récurrences/an</li> <li>- Lésions extensives avec CD4 &lt;100/μL</li> <li>- Lésions chroniques</li> </ul>	valaciclovir 500 mg x 2/j à réévaluer à 6 mois

VZV	Varicelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immunodépression</li> <li>- Atteinte sévère</li> <li>- Atteinte viscérale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valaciclovir 1 g x 3/j 5-7 j</li> <li>- aciclovir IV 10 mg/kg/8h 10-14j (15 mg/kg/8h et 14-21j si encéphalite)</li> </ul>
	Zona	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout zona cutané</li> <li>- Atteinte viscérale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valaciclovir 1 g x 3/j 7-10 j</li> <li>- aciclovir IV 10 mg/kg/8h 10-14j (15 mg/kg/8h 21j en cas d'atteinte méningée ou rétinienne)</li> </ul>
	Prophylaxie secondaire	CD4 <200/μL	valaciclovir 500 mg x 2/j

