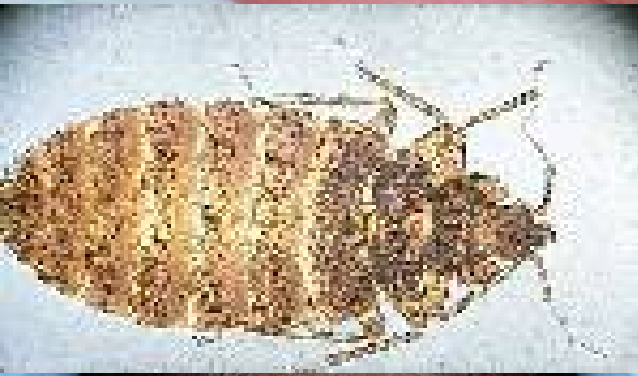
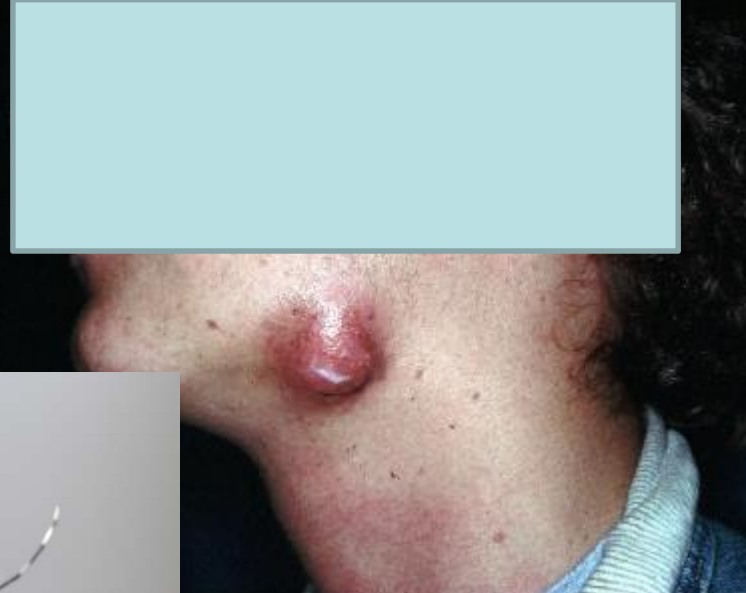


# Best of en dermatologie et maladies sexuellement transmissibles

Pr Eric Caumes

Service des Maladies Infectieuses et  
Tropicales; GH Pitié - Salpêtrière.  
Université Pierre et Marie Curie.

Paris





# Rougeole : contexte

- Vaccination rougeole
  - introduite dans le calendrier vaccinal français en 1983
  - En 1996 : 2<sup>nde</sup> dose recommandée à 11 -13 ans.
  - En 1998 : âge 2<sup>nde</sup> dose abaissé entre 3 -6 ans
  - En 2005 : age 2<sup>nde</sup> dose abaissé entre 13 et 24 mois
- Maladie ré-émergente ET
- **Maladie émergente (chez l'adulte)**

# Rougeole et personnel soignant

- 21 patients Hôp ile de France, janvier 2007 - avril 2009. < 35 ans. 6 (29 %) PdS [dont 5 (83 %) vaccinés : 2 deux doses, 3 une dose]. Cytolyse hépatique : 71 %.
- 14 cas (PdS), Hôp de Marseille, avril – novembre 2010. < 30 ans. 154 PdS : 93% immuns contre la rougeole et 88% contre les oreillons

**Monzel G et al. Ann Dermatol Venereol 2011; 138 : 107-111**  
**Botelho-Nevers E et al. Euro Surveill 2011; 16 : pii-19764**

# Vaccination Rougeole

- Augmenter la couverture vaccinale (< 95% a 2 ans)
- **Depuis 2010 : 2eme dose recommandée co PdS n'ayant reçu qu'une seule dose (HCSP. Calendrier .....2010... BEH 2010;14-15;121-171).**
- Rappels à faire chez les adultes non immuns?



**SARM**

# Inf cut superficielles en France : Agents pathogènes (259) et sensibilité aux AB

	Peni G	Peni M	A fusidique*	Pristina mycine
<i>S.aureus</i> (56%)	15%	<b>96%</b>	90%	100%
<i>S.pyogenes</i> (6%)	100%	NT	I/	100%

\*CMI 50-90 S.a = 0,12-0,25 vs S.p = 8-8

Lorette G et al. EJ Acad Derm Vener 2009; 23: 1423-6



# Imported MRSA in Sweden, 2000-2003

- 1733 cases MRSA reported in Sweden
- 444 (25 %) imported cases (acquired abroad)
  - \* 292 (65 %) in Swedish travellers
  - \* 56 (12 %) in newly arrived immigrants
  - \* 40 (9 %) in internat adopted children
  - \* 30 (7 %) in foreign residents
  - \* 20 (4 %) in Swedish expatriates
- Including 246 (55 %) HA and 146 (33 %) CA

# **MRSA Imported by Swedish travelers 2000-2003 : countries at risk**

• Nordic	0.1 (0.01-0.6)
• Western Europe	Reference*
• Southern Europe	2.4 (1.0-5.8)
• Central and Eastern Europe	2.8 (1.0-8.1)
• UK and Ireland	10.3 (4.4-24.0)
• North America	10.6 (4.2-26.7)
• Northeastern Mediterranean	15.8 (7.0-35.6)
• South America	31.2 (10.0-97.6)
• East Asia	36.5 (16.2-82.0)
• Oceania and Pacific Islands	43.0 (15.5-119.4)
• Sub-Saharan Africa	46.3 (17.3-123.6)
• North Africa and Middle East	59.0 (25.1-138.9)

# Tt AB, Abscès, 149 enfants US

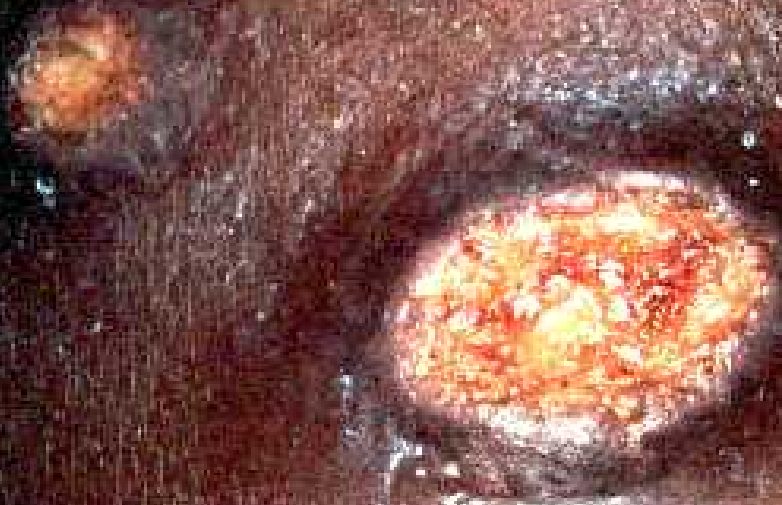
	Placebo	TMP-SMX	P =
N =	76	73	
CA-MRSA	81%	79%	NS
Echec J10	5.2%	4.1%	NS (1.1-6.8%)
Nelle J10	26%	12%	S (13-24%)
Nelle J 90	28%	28%	NS (0.5-15%)

# Tt AB, Abscès, 190 adultes US

	Placebo	TMP-SMX	P =
N =	102	88	
MRSA	47%	60%	NS
Echec J 7	17%	26%	9% (-2 -21%)
Nelle J 30	28%	9%	19% (4-34%)

Schmitz GR et al. Ann Emerg Med 2010: 56 : 283 - 287

**Leishmaniose, amphotericin B liposomale et miltefosine**



# ***L. major* (Afghanistan) et Miltefosine**

- 172 militaires Pays Bas + 3 civils (Mazar el Sharif)
- Tt par AM IL  $\pm$  cryotherapie c% 172 pts :
  - 141 guérison (81 %)
  - 31 échecs (19%)
- Tt par miltefosine 150 mg/jr x 28 jrs (31+3 = 34)
  - 30 succès (88 %)
  - 4 échecs (AM iL, AM iM)
- Diminution de l'éjaculat C% 21 pts (61 %)

# Ampho B liposomale et LCL

- N = 20 milit. US (10 AM/10 NM) (Lm, Lt / Lb, Lg, Lp)
- Ambisome : 3 mg/kg/jr (2 heures) (5-10 doses/pt, J1-5,J14,J21) [dose cumulée = 21 mg/kg (10-30)]
- Age : 29 ans ; 95 % M ; nb lesion/pt = 1 (1-11)
- 13 patients avec EI (65 %) : toxicité rénale : 9 (45 %), « infusion related toxicity » : 5 (25 %)
- 16/19 pts (84 %) : guérison
- 3/19 (16%) : échecs (guéris avec 2nd cure)
- Coût = 6500 US \$ / cure (median dose)

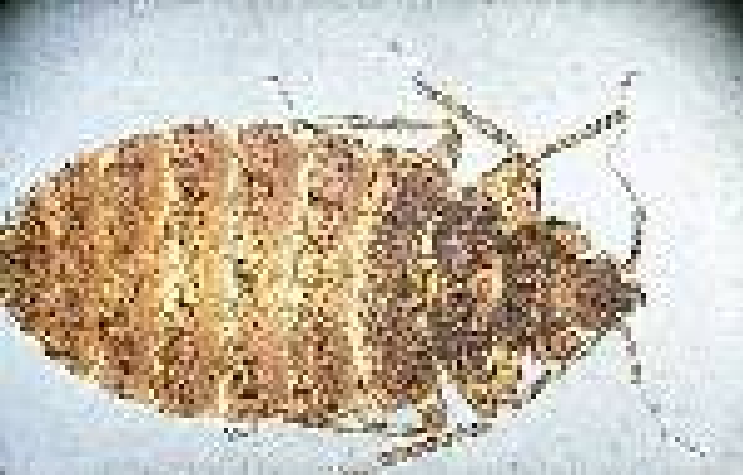
# Tt LCL : orienté par la clinique et l'espèce

- Lésions < 1 cm et *L. major* ou *L. mex* (guérison spontanée < 6 mois)
  - abstention Tt
  - Tt local : AM IL + cryothérapie, Fluromad<sup>R</sup>
- Lésions « cosmétique » ou *L. tropica* ou *L. braziliensis* (potentiel métastatique, pas de guérison spontanée)
  - AM IM ou Ambisome (3mg/kg à J1 - J5, J14, J21 = 20 mg/kg dose cumulée)



# Tt LCL : orienté par la clinique et l'espèce

- L.major : abstention OU AM IL + cryotherapie OU Ampho B Liposomale OU photothérapie OU fluconazole
- L.tropica ou L.infantum : AM IL + cryotherapie OU Ampho B Liposomale
- L.guyanensis ou L.panamensis : Isethionate de Pentamidine ou AM IM 20 jrs OU miltefosine
- L.braziliensis : AM IM 20 jrs OU Ampho B liposomale OU miltefosine



**Punaise de lits**



**Aedes albopictus  
= moustique tigre**



**Pou de tête**



# Arboviroses autochtones

- **Chikungunya** : septembre 2010, 2 cas (« young girls »), autochtones à Frejus (Var); cas index : fille de 7ans ayant voyagé en Inde (Rajasthan)

Grandadam M et al. Emerg Infect Dis 2011; 17 : 910-913

- **Dengue 1** : septembre 2010, 2 cas autochtone (H 60s, H 18 ans) à Nice (Alpes Maritimes); cas index ?

La Ruche G et al. Euro Surveill 2010; 15: pii 19676



# Recommandations de Bonne Pratique



## Protection personnelle antivectorielle à l'attention des voyageurs, des expatriés, des résidents et des nomades



PPAV group (including G. Duvallet, L. De Gentile, F. Legros). Personal Protection against biting insects and ticks. Parasite 2011; 18: 93-111

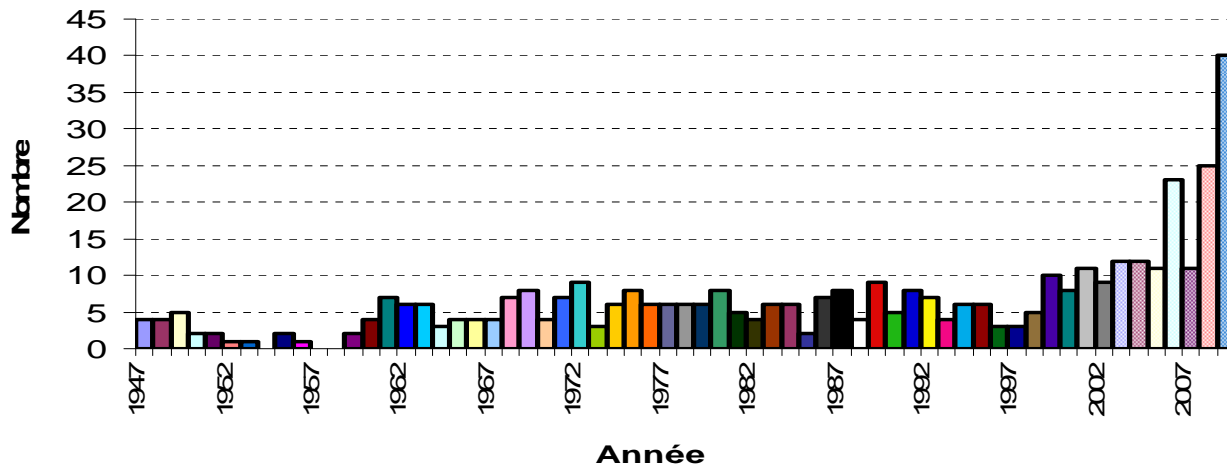




Punaises de lit  
*Cimex lectularius*  
*Cimex hemipterus*

Emerging pest

Nombre de références bibliographiques par année:  
 " Punaises - Bedbugs - Cimex "



**Delaunay P, et al. Bedbugs and infectious diseases. Clin Infect Dis. 2011;52:200-10**

# ***Punaise de lits (Cimex lectularius): Transmission d'agents pathogènes?***

**Bacteria:** *Bacillus anthracis, Bartonella quintana, Borrelia recurrentis, Borrelia duttoni, Brucella melitensis, Candidatus Midichloria mitochondrii, Coxiella burnetii, Francisella tularensis, Leptospira, Mycobacterium leprae, Mycobacterium tuberculosis, Rickettsia africae, Rickettsia conorii, Rickettsia prowazekii, Rickettsia rickettsii, Rickettsia typhi, Salmonella typhi, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Wolbachia, Yersinia pestis*

**Fungi:** *Aspergillus flavus, Penicillium, Scopulariopsis*

**Parasites :** *Brugia malayi, Wuchereria bancrofti, Mansonella ozzardi, Onchocerca volvulus, Leishmania braziliensis, Leishmania donovani, Leishmania tropica, Plasmodium spp., Trypanosoma gambiense, Trypanosoma cruzi,*

**Viruses :** *Hepatite B, Hepatite C, Hepatite E, VIH , Influenza, O'nyong-nyong, Polio, Rage, Reovirus, Variole, Fièvre Jaune*



# Punaises de lit NON vectrices

- 40 agents pathogènes sont considérées comme des « strong candidates »
- Mais il n'y a aucune évidence dans la littérature permettant de conclure que les punaises de lit transmettent des agents pathogènes
- Problème de NON compétence vectorielle et/ou de INcapacité vectorielle

# Ivermectine vs malathion c% Poux de tête (400 ùg/kg; J1- J8)

	Ive	Mal
N =	398	414
Household	185	191
Age	10	10
Sex F	96 %	87 %
Blanc	81 %	87 %
Cheveux longs	66 %	69 %
Poux vivants $\geq$ 12	33 %	35 %
Cured D15*	95 %	85 %
Cured D29**	96 %	87 %

\* *ITT* : 10 % (4-15)

\*\* *ITT* : 8 % (3-13)

Chosidow O et al. NEJM  
2010;362:896-905

# Ivermectine c° Poux de tête

- Mexique (Mexico)
- N = 44 patients; age : 9,8 ans (6-15 ans)
- Ivermectine : 200 µg/kg (J1)
  - Guérison : 59 % (26 patients)
- N = 18 (41 %) 2ème dose à J8 (présence de lentes vivantes)
  - Guérison c° tous les patients



# Ulcération génitale à Paris : 278 cas

- 1995 – 2005, Paris, Hôpital Saint-Louis
- Inclusion : UG (exclusion HSV typique)
- 244 M (88 %), 34 F (12 %)
- Etiologies (69%) : 98 syphilis 1ère (35 %); 74 HSV (27 %), (70 HSV+ : 26 HSV1, 44 HSV2) ; 8 Chancre mou (3 %), 12 autres infections (5 %)
- Etiologies inconnues : 91 (31 %)
- Infections associées : VIH (27 %) ; si syphilis (33 %)
- Associations significatives de la syphilis avec:
  - MSM : OR = 51(14-178)
  - diamètre UG > 1 cm : OR = 9 (3-30)
- HSV avec VIH c% MSW : OR = 24 (2-247)

# Syphilis 139 VIH- vs 140 VIH+ : épidémiologie

	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>	<b>p=</b>
<b>Male</b>	127 (91%)	140 (100%)	0.0002
<b>MSM</b>	98 (71%)	133 (95%)	<0.0001
<b>France</b>	95 (68%)	119 (85%)	0.001
<b>&gt; 20/an</b>	25 (19%)	49 (38%)	0.0009
<b>No Pres</b>	31 (23%)	18 (13%)	0.04
<b>Atcd IST</b>	82 (59%)	106 (75%)	0.003

# Syphilis 139 VIH- vs 140 VIH+ : clinique

	VIH-	VIH+	p =
$\Sigma$ Precoce	114 (82%)	127 (90%)	0.03
$\Sigma$ Lt	25 (18%)	13 (9%)	0.03
Chancre G*	42 (82%)	25 (61%)	0.02
Exanthème**	45 (77%)	70 (93%)	0.009

\*n=67 chancre G / 92 chancres (72%) ;

\*\* n=115 exanthème / 133  $\Sigma$  secondaires (86%)

# Echecs sérologiques c% 144 syphilis

- Définition : ↗ de 4 fois le titre du VDRL initial à 300-400 jrs ou absence de ↘ de 4 fois le titre du VDRL initial à 270-400 jours.
- **Tx echec serologique = 5.6 %**
- Facteurs prédictifs d'echec serologiques
  - Antécédents de  $\Sigma$  : 5.7 (1.1 -29.3) ;  $p < 0.05$
  - VIH+ [8 % (VIH+) vs 1.7 % (VIH-)] : 5.2 (0.6 – 43.5) ;  $p = 0.14$
  - c/o VIH+ (n=85) : pas d'influence du chiffre des CD4 ou de la CV - VIH



# *Mycoplasma genitalium*

- 20 à 35 % des UNG non *Chlamydia trachomatis*
- Dg par PCR (maison)
- Traitement difficile : taux de succès
  - \* doxycycline : < 50 %
  - \* azithromycine monodose : 80-85 %
  - \* azithromycine (500 mg J1, 250 mg/jr J2-J5) : > 95 % (mais 34 % si échec azithromycine monodose)
  - \* moxifloxacine (400 mg/jr x 7-10 j) : > 95 %

# Ceftriaxone R. *N. gonorrhoeae*, Kyoto, Japon

- Janvier-Mars 2009 ; surv FSW, Kyoto, Japon
- Femme, 31 ans, dépistage systématique MST  
→ *N. gonorrhoeae* pharynx +  
*N. gonorrhoeae* genital –

*N. gonorrhoeae* MIC : CEFT 2 µg/ml (r), CEFI : 8 µg/ml (r) ; Peni G : 4 µg/ml (r); LEVOFLO : 32 µg/ml (r), Spectinomycine : 16 µg/ml (s); AZITH : 0,5 µg/ml (I)

- Ceftriaxone 1 gr IV
- PCR < 0 avril 2009