

# **Best of en maladies infectieuses: dermatologie**

Eric Caumes

Département des maladies infectieuses et  
tropicales, parasitologie-mycologie

Hôpital Pitié-Salpêtrière

Université Pierre et Marie Curie (Paris)

## **Toxicité névirapine immunocompétent**

**41 non VIH**

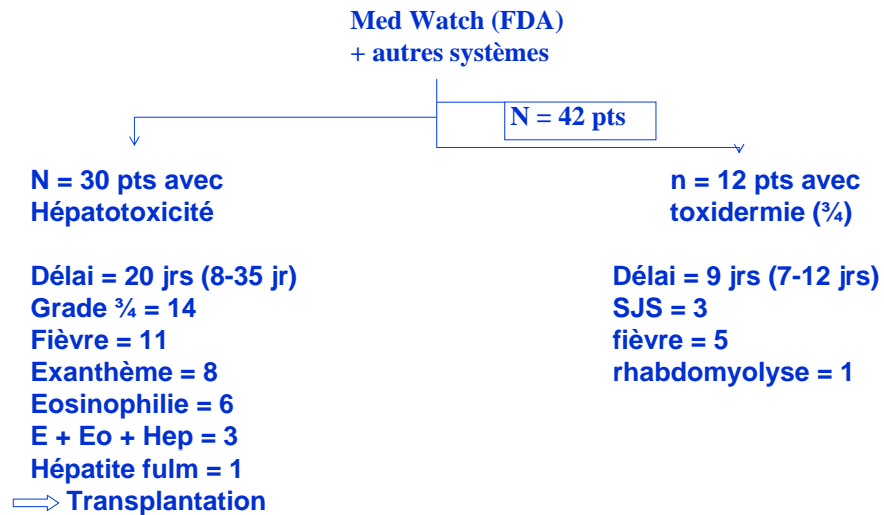
**NVP (AES)**



**4 (10 %) hépatites**

**4 (10 %) toxidermies**

## Toxicité névirapine immunocompétent



Patel S et al. JAIDS 2004;35:120 -125

## Cidofovir et maladie de Kaposi

---

- N = 7 : 5 VIH+ (214 CD4/mm<sup>3</sup> ; 4 HAART) + 2 «classiques».
- Cidofovir : 5 mg/kg/sem x 2; > 1 sem/2
- Progression KS : 7/7 (8 sem ; 5-27 sem)
- [HHV8] sg stable

(Little et al, CID 2003;187:149-153)



### **Sensibilité de 93 isolats de *S.pyogenes* isolés d'angine aigue à Paris en 2002**

---

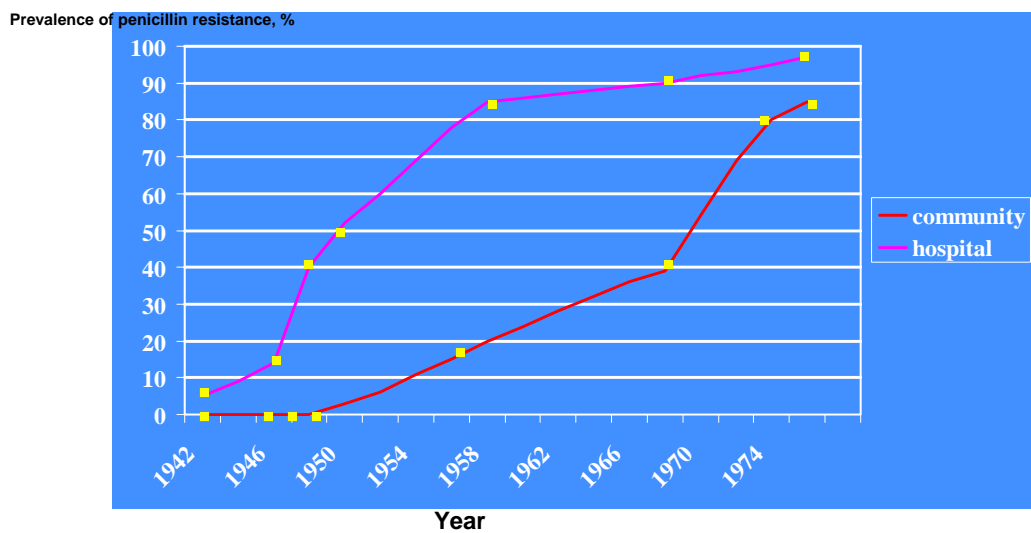
<b>Antibiotiques</b>	<b>CMI 90 (mg/l)</b>	<b>% R</b>
<b>amoxicilline</b>	<b>&lt; 0.032</b>	<b>0 %</b>
<b>cefaclor</b>	<b>0,25</b>	<b>0 %</b>
<b>erythromycine*</b>	<b>128</b>	<b>14%</b>
<b>clarythromycine*</b>	<b>32</b>	<b>14%</b>
<b>clindamycine*</b>	<b>128</b>	<b>13%</b>

\* gène ermB: 13%, mefA: 1,1%

*(P Mariani-Kurkdjian et al. Presse Med 2004;33:703-706)*



**Prévalence de la résistance à la pénicilline G dans les années 1940-1974 à l'hôpital et dans la communauté  
(in Salgado et al. Clin Inf Dis 2003;36:130-137)**



## Inf cut commun en France : Sensibilité de *Staphylococcus aureus*

	Pristinamycine	Ac fusidique	Mupirocine	Total
<b>PéniS</b>	32 (100)	31 (97)	32 (100)	<b>32(15%)</b>
<b>PéniR, MetiS</b>	165 (100)	148 (89,7)	165 (100)	<b>165(80%)</b>
<b>MetiR</b>	8 (100)	6 (75)	8 (100)	<b>8 (4%)</b>

*Lorette G et al. Ann Dermatol Venereol 2003;130:723-728*

## Inf cut commun à Fréjus : Sensibilité *Peni M* de *Staphylococcus aureus*

---

- 198 patients avec inf cut communautaires primaires ou secondaires à *S.aureus* inclus entre 1999 et 2003 à Fréjus St Raphael
- SAMR: 19 (10%); 2000: 4%; 2001, 2002: 8%; 2003: 15%
- Pas de FdR classiques (FdR+ vs FdR-): 2000: 4% vs 0%; 2002: 4% vs 4%; 2003: 8,5% vs 7%

(del Guidice; Abstract CL5-06; 5èmes Jées Nles d'Infectiologie; 2004)

# Epidémie *S. aureus* PVL +

Sept 1999 – Nov 2000

6/22 élèves = 13 infections cutanées  
(furoncles, abcès, cellulite)

Culture : *S. aureus* PVL+, méti S



22 élèves et 2 prof  
10/22 et 1/2 (46 %)  
*S. Aureus* +



35 membres familles  
élèves  
15/35 (45 %) + *S.a*

(Boubaker et al ; Emerg Inf Dis 2004; 10:121-122)

## Antibiotiques locaux

---

- **Soins d'hygiène:** savonnage (décolle bactéries), rinçage (élimine les bactéries)
- **Antisepsie** « souvent évoquée », « jamais réellement évaluée »
- **Indications AB locale** = Impétigo 1<sup>re</sup> et 2<sup>re</sup> peu sévères; éradication portage *S.aureus*
- **Intérêt non démontré** = Folliculite, furoncles, F. sévères d'impétigo, plaies récentes, plaies chroniques (ulcères de jambe,....), infections virales, fongiques

# Dermatite cercarienne

---

- Taux d'attaque moyen: 82 %;  
atcd dermatite cercar: 100 % (vs 71 % ; p = 0,001).
- Lésions diffuses chez 89 %, hémicorps chez 11 %.
- Durée moy S cliniques : 4.8 jours  
1 jour = 18 %, 2 à 7 jours =46 %, > 7 jours =36 %.
- Papules,prurit = 84 %.
- Participants 2ème course : signes plus précoces,  
plus diffus et plus prolongés / 1ère course



## **Tt LCL par le fluconazole : 200 mg/jr x 6 sem**

	<b>Fluco</b>	<b>Placebo</b>
<b>n (<i>L. major</i>)</b>	<b>106</b>	<b>103</b>
<b>suivi+</b>	<b>80</b>	<b>65</b>
<b>guérison (M3)*</b>	<b>63 (79%)</b>	<b>22 (34%)</b>
<b>tps de guérison**</b>	<b>8.5 sem</b>	<b>11.2 sem</b>

**\* OR = 2.33 (1.63-3.33) \*\* p < 0.001**

*(Alrajhi et al ; NEJM 2002;346:891-895)*

## **Tt LCL par miltefosine : 2.5 mg/kg/jr x 4 sem**

<b>Colombie (<i>L.panamensis</i>)</b>	<b>Miltefosine</b>	<b>Placebo</b>
<b>n =</b>	<b>49</b>	<b>24</b>
<b>suivi+</b>	<b>44</b>	<b>24</b>
<b>guérison ITT (M6)*</b>	<b>40/49 (82%)</b>	<b>9/24 (38%)</b>

**\* p < 0.001**

*(Soto J et al . Clin Infect Dis 2004; 38: 1266-1272)*



## Tt LCL par miltefosine : 2.5 mg/kg/jr x 4 sem

Guatemala (63% <i>L.braziliensis</i> )	Miltefosine	Placebo
n =	40	20
suivi+	38	23
guérison ITT (M6)*	20/40 (50%)	4/20 (20%)

\* p <= 0.025

(Soto J et al ; Clin Infect Dis 2004;38:1266- 1272)

## Tt LCL par DPA : 10 jrs vs 20 jrs

- 38 US «Military personel»
- 18/38 *L. panamensis* ; 6/38 *L. major*



SGS 20 mg SbV+/kg/jr 20 jr*	10 jr
n =	19
Guérison (M1)	100%

\* une rechute (M5 ; *L. braziliensis*)

( Wortmann G ; CID 2002;35:261-267)



## **Albendazole local et LMC : 2 cas**

---

- 2 enfants, 10 kgs, 2 ans
- Voyage tropical (Sénégal, Rep dominicaine)
- 1 sillon serpigneux/pt
- Ivermectine et Albendazole contre indiqués
- Thiabendazole plus commercialisé
- Albendazole pommade à 10% (3 cps soit 1,2 gr dans 12 gr de crotamiton) 2 fois/jr pdt 10 jrs

*(Caumes E ; Clin Inf Dis 2004; 38: 1647-1648)*

## **Résistance génotypique de *Treponema pallidum* aux macrolides chez 32/114 isolats**

---

<b>Site géographique</b>	<b>Période</b>	<b>Mutation +</b>
<b>San Francisco</b>	<b>99-00</b>	<b>1/25 (4 %)</b>
	<b>2003</b>	<b>11/30 (37%)</b>
<b>Seattle</b>	<b>01-03</b>	<b>3/23 (13%)</b>
<b>Baltimore</b>	<b>98-2000</b>	<b>2/19 (11%)</b>
<b>Dublin</b>	<b>2002</b>	<b>15/17 (88%)</b>

*(SA Lukehart et al. N Engl J Med 2004;351:154-158)*

## **Syphilis control; a continuing challenge**

---

- **12 Millions cas/an (90% PD)**
- **Aucun progrès dans le dg et le suivi depuis 1930**
- **Test de diagnostic rapide (n=4) en évaluation**
- **Pénicilline IM = Traitement de référence**
- **Macrolides à ne pas utiliser en l'absence de suivi**
- **Benzathine penicilline vs azithromycine en cours**
- **Avenir = combinaison d'un test diagnostic rapide et d'un traitement minute par voie orale**

*(EW Hook III et al . N Engl J Med 2004; 351:122-124)*