

# Best of en dermatologie infectieuse et tropicale



Pr Eric Caumes,  
Service des Maladies  
Infectieuses et Tropicales  
Hopital Pitié Salpêtrière  
Paris, France



# FdR cellulite infectieuse

<b>100 cas vs 200 témoins</b>	<b>OR</b>	<b>CI 95 %</b>
Saphenectomie	8.5	1.6-44.5
Antécédent DHBA	31	4-232
Rupture barrière cutanée	11.8	2.4-56
IIDP dermatophytique	3.8	1.3-11.2
EIDP S.a et/ou S.p +	28.9	5.4-153

# Infections nosocomiales à streptocoque A

- En Ontario (Canada), 2351 infections invasives à streptocoque A, observées entre 1992 et 2000,
- 291 (12%) sont acquises à l'hôpital : 93 infections site opératoire, 86 infections du post partum, 109 « autres ».
- Parmi ces 109 « autres » : 33% DHBA (iatrogènes dans 90% des cas) et 6% de DHBA/FN nécrosante
- la mortalité est de 17%.

# Érysipèle vs cellulite infectieuse (DHBA)

## Érysipèle vs cellulite infectieuse

- Bordure périphérique
- Ligne de démarcation claire avec les tissus épargnés

Bisno AL. N Engl J Med 1996; 334:240-245

**« In practice, distinguishing between cellulitis and erysipelas clinically may be difficult.... »**

Stevens DL. Clin Infect Dis 2005; 41: 1373-1406



# De la dermohypodermite aigue non nécrosante à la DHBA nécrosante.....

- Absence de réponse à l'antibiothérapie
- Douleur sévère et constante
- Œdème cutané au delà de l'érythème
- Nécrose cutanée (de la lividité pré nécrotique à la nécrose constituée en carte de géographie)
- Gaz (crépitation, radio sans préparation)
- Anesthésie cutanée
- Syndrome de réponse inflammatoire systémique

# S.pyogenes macrolides R aux USA

	S. pyogenes	Macrolides R
<b>Total</b>	<b>1885</b>	<b>129 (6.8%)</b>
<b>Gorge</b>	<b>1598</b>	<b>99 (6.2%)</b>
<b>Peau</b>	<b>146</b>	<b>16 (10.9 %)*</b>
<b>Sang</b>	<b>66</b>	<b>6 (9%)</b>
<b>Poumons</b>	<b>32</b>	<b>7 (21.9%)**</b>

\* p = 0.06

\*\* p = 0.002

Richter S et al. Clin Inf Dis 2005 ; 41:599-658



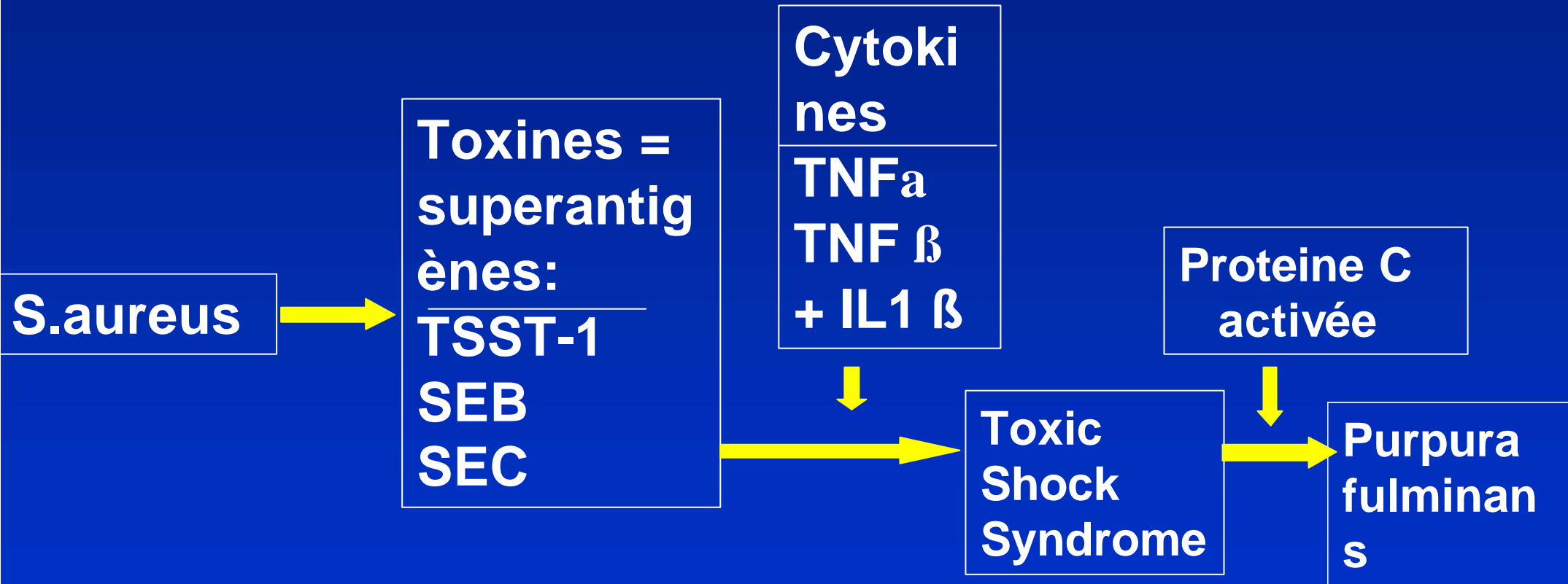


# **S.aureus → P. fulminans / TSS**

<b>Age, Sexe</b>	<b>S.aureus</b>	<b>Isolement de.....</b>	<b>Toxines (PCR)</b>	<b>Evolution</b>
<b>40/F</b>	<b>SaSM</b>	<b>Hc, ECBC</b>	<b>SEC, PVL</b>	<b>Décédée</b>
<b>56/F</b>	<b>SaSM</b>	<b>Hc</b>	<b>SEB</b>	<b>Guérie</b>
<b>34/F</b>	<b>SaSM</b>	<b>Hc, ECBU, PA</b>	<b>SEC, PVL</b>	<b>Décédée</b>
<b>21/M</b>	<b>SaRM</b>	<b>ECBC</b>	<b>SEC, PVL</b>	<b>Décédé</b>
<b>43/F</b>	<b>SaSM</b>	<b>ECBC</b>	<b>TSST-1</b>	<b>Amputation</b>

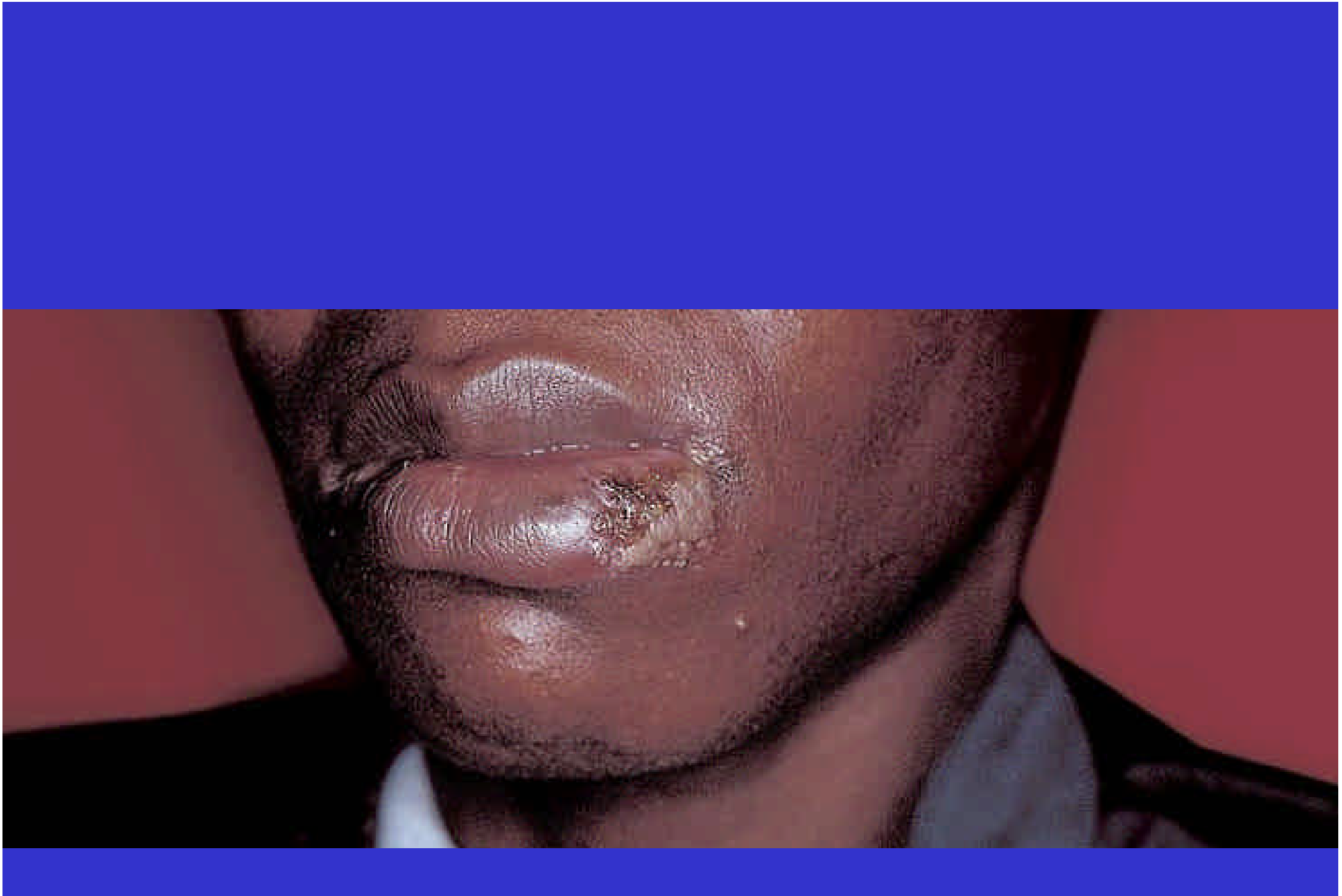
*Kravitz Gr et al. Clin. Inf Dis 2005 ; 40 : 941-7*

# S.aureus → P. fulminans / TSS



# Une revue +/- exhaustive sur l' « allergie » aux antibiotiques.

- Principaux antibiotiques : pénicillines, céphalosporines, sulfamides, macrolides, fluoroquinolones, tetracyclines et vancomycine.
- Clinique : 1 page (1/2: figure penicillines)
- Démarche diagnostique: tests épicutanés,...
- Réintroduction : désensibilisation (microgr), reprise graduée (milligr)
- Allergies croisées: péni-céphalo (<10%), sulfamides (>50% c%VIH).



# Herpès labial récurrent : imiquimod 5 % crème vs excipient (J1, J3, J5)

	Excipient	Imiquimod	p =
N =	17	30	
Durée < récurr	82 jours	84 jours	
Nb récurr/an	5	5	
Guéri (J6-J8)	76 %	10 %	< 0.001
<b>Effets indésir*</b>	<b>12 %</b>	<b>40 %</b>	<b>&lt; 0.001</b>
Time to récurrence	50 j	91 j	0.018

\* **El sévères c/o 5 pts → arrêt de l'étude**

*Bernstein et al. Clin Inf Dis  
2005 ; 41 : 808-814*

# HSV résistant au cidofovir

<b>H, 46ans</b>	<b>H, 43 ans</b>	<b>F, 48 ans</b>
<b>Lymphome/Transp</b>	<b>VIH, Lymphome</b>	<b>LLC/Transpl</b>
<b>IU adenovirus</b>	<b>Prophylaxie CMV</b>	<b>HSV-ACV-R</b>
<b>5 mg/kg/sem, 2 sem</b>	<b>5 mg/kg/2 sem</b>	<b>5 mg/kg/sem</b>
<b>Oesophagite HSV1</b>	<b>Fesse/génital HSV2</b>	<b>Mucite persistante</b>
<b>Foscarnet</b>	<b>Aciclovir</b>	<b>HSV toto resistant</b>
<b>Guérison</b>	<b>Guérison</b>	<b>Décès</b>

Erythrodermie

mie

Syndrome  
d'hypersensibilité  
médicamenteuse





# FdR. Toxidermie (HSM) Névirapine

	HSM+	HSM-	P=
N= /49 patients	13 (26%)	36	
Age, sexe, ethnologie, stade CDC, poids, Ag Hbs+, HCV+, CD4, CD4%, CD8, CD8%, atcd Tt ARTV, hépatite clin ou biol			NS
CV. VIH > 250	84 %	50 %	< 0,03
HLA CN8	23 %	2 %	0,004
HLA B14	23 %	2 %	0,004

# Pharmacogenetic screening decreases the incidence ... du Sd d'HSM-ABV

121 pts naifs

112 (92%) HLAB 5701-

42 Abacavir

0 toxidermie

178 pts abv naif

164 (92%) HLAB 5701 -

106 Abacavir

1 toxidermie

HLAB 5701+ : 7,7 %

genetic screening

Prévalence HSM : 8 % \ 2 %

# Genetic screening : prévalence HLA – B 5701

<b>USA</b>	<b>Blanc</b>	<b>8 %</b>
	<b>asiatique</b>	<b>1 %</b>
	<b>afro-américain</b>	<b>20 %</b>
	<b>hispanique</b>	<b>2 %</b>
<b>Afrique</b>		<b>&lt; 1 %</b>
<b>Europe</b>		<b>5 - 8 %</b>
<b>Moyen Orient</b>		<b>1 – 2 %</b>
<b>Asie</b>	<b>Inde</b>	<b>5 – 20 %</b>
	<b>Chine</b>	<b>0 %</b>
	<b>Japon</b>	<b>0 %</b>
	<b>Thaïlande</b>	<b>4 – 10 %</b>



# *Fasciola gigantica* (Vietnam)

- Femme, 40 ans, HCM ville
- Tuméfaction (« mass ») HCD (J moins 30-J15) puis vésicule (J-7) puis Douleur HCD et dermatite rampante (J0) : serpiginieuse, vésiculeuse, douloureuse, brûlures, 3-4 cms/jr (23 cms /J0), 4,5 mms large
- Eosinophilie nle; Sérodg + (1/12800); EPS < 0
- « living juvenile *Fasciola* appeared at one end »

**« Ce qu'on sait,  
savoir qu'on le sait,  
ce qu'on ne sait pas, savoir qu'on  
ne le sait pas,  
c'est savoir véritablement »**

**Confucius (551 – 479 avant JC)**