L'Année thérapeutique

Infectiologie cutanée : quoi de neuf ?

→ P. BERBIS
Service de Dermatologie,
Hopital Nord, CHU, MARSEILLE.

Infections virales

1. Co-infection HIV1 – herpès simplex (HSV) de type 2 : intérêt confirmé d'un traitement précoce par aciclovir, lorsque la charge virale VIH est forte

Plusieurs études ont mis en avant la fréquence de la co-infection HIV1 et HSV2 et le rôle délétère de la réplication d'HSV2 sur l'évolution de l'infection par le VIH. Reynolds *et al.* [1] confirment, par cet essai randomisé et contrôlé en double insu, ces données et l'intérêt d'un traitement précoce par aciclovir. 440 patients co-infectés par HIV1 et HSV2 ont été traités. 110 ont reçu aciclovir 400 mg per os deux fois par jour, 110 un placebo. La durée de l'essai était de 24 mois. Les patients n'étaient pas traités par antirétroviraux. Le critère d'évaluation était, au cours du suivi, la proportion de patients ayant moins de 250 lymphocytes CD4 par mm^3, ou la nécessité de l'initiation d'un traitement antirétroviral, ou le passage au stade 4 WHO. Les résultats étaient fonction de la charge virale initiale. Dans le groupe de patients ayant 50 000 copies virales VIH par mL ou plus, la progression de l'infection VIH était significativement réduite dans le groupe traité par aciclovir. Aucune différence n'était mise en évidence entre les deux groupes (aciclovir ou placebo) chez les patients présentant au départ une charge virale inférieure à 50 000 copies virales par mL.

2. Efficacité et tolérance au long cours d'un pansement contenant de la lidocaïne à 5 % dans le traitement des algies post-zostériennes (APZ) [2]

La prise en charge des APZ est toujours difficile. Plusieurs molécules administrées par voie générale ont fait la preuve d'une certaine efficacité, avec cependant des effets secondaires potentiels dans cette population de patients âgés. Les traitements topiques sont donc à privilégier.

102 patients présentant des APZ évoluant depuis au moins 3 mois, d'intensité minimale 4 sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10, ont été traités par l'application de pansements contenant de la lidocaïne à 5 % pendant 4 ans. 26,4 % des patients étaient encore suivis au terme des 4 ans de l'étude. Une réduction moyenne de 4,3 sur l'EVA était notée, avec une amélioration significative du CGIC (*Clinical Global Impression of Change*) et du PGIC (*Patient Global Impression of Change*) dans 80 % des cas. Au terme de l'étude, le traitement était jugé comme satisfaisant par 91 % des médecins et 89 % des patients. Les effets secondaires étaient rares (19/102), faits principalement de réactions inflammatoires modérées. Aucun échappement de l'effet bénéfique n'a été observé au cours de cette administration prolongée.

3. Prévention du zona par la vaccination anti-VZV (virus zona-varicelle) : méta-analyse

La mise sur le marché d'un vaccin anti-VZV est effective depuis plusieurs années dans l'indication prévention du zona chez le sujet âgé. Gagliardi *et al.* [3] publient dans la *Cochrane Database Revue* une méta-analyse regroupant les essais contrôlés, randomisés, évaluant l'intérêt de ce vaccin dans la prévention du zona chez des sujets âgés de plus de 60 ans. Huit essais, regroupant 52 269 sujets, ont été retenus dans cette méta-analyse dont 4 versus placebo. Au terme de périodes de suivi prolongées, le nombre de cas de zonas était significativement inférieur chez les patients vaccinés, comparativement à ceux ayant reçu le placebo, avec un *risk ratio* (RR) de 0,49. La tranche d'âge 60-69 ans est celle qui a eu le plus de bénéfices (RR : 0,36), avec cependant davantage d'effets secondaires. La tolérance a cependant été bonne dans l'ensemble.

4. Vaccination antivaricelleuse des adolescents : trop faible en France

En 2004, les recommandations françaises pour la vaccination antivaricelleuse étaient ciblées pour les professionnels de santé, les personnes travaillant à proxi-

L'Année thérapeutique

mité de très jeunes enfants, l'entourage de sujets immunodéprimés et les enfants en attente de greffe. En 2007, l'indication de la vaccination a été étendue aux adolescents entre 12 et 18 ans, sans antécédent de varicelle, aux femmes en âge de procréer sans antécédent connu de varicelle. L'étude rapportée par Blaizeau *et al.* [4] a évalué les attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes concernant l'application de la recommandation de 2007 concernant cette extension de vaccination antivaricelleuse. L'étude a été conduite entre novembre 2010 et janvier 2011. 130 questionnaires ont été analysés. Seulement trois adolescents étaient vaccinés, soit une couverture vaccinale de 2 % seulement. La cause principale était le manque d'informations des médecins généralistes.

5. Photothérapie dynamique et infections par HPV : le point en 2012 [5]

L'intérêt de la photothérapie dynamique (PTD) dans la prise en charge des verrues et des condylomes génitaux a été résumé dans des guidelines européens. Plusieurs études versus placebo ont montré l'efficacité de la PTD dans la prise en charge des verrues palmoplantaires rebelles avec des taux de blanchiment variant selon les auteurs de 56 à 100 % (6 séances consécutives).

La PTD s'est montrée supérieure à la cryothérapie dans une étude randomisée. Son intérêt (2 séances) a été mis en évidence dans le traitement des verrues planes du visage profuses et des verrues périunguéales, particulièrement difficiles à traiter (4 à 5 séances consécutives, blanchiment dans 18 cas sur 20). L'efficacité de la PTD est également démontrée dans la prise en charge des condylomes génitaux, avec des taux de blanchiment variant, selon les études, de 66 à 73 % des cas.

L'intérêt semble particulièrement net dans le traitement des condylomes urétraux. La PTD donne des résultats comparables au laser CO_2, et offre un pourcentage de récurrence plus faible (6 % vs 19 %) et une meilleure tolérance. Il ne semble pas, en revanche, exister un intérêt à associer laser CO_2 et PTD. Rappelons cependant que les verrues et les condylomes ne font pas partie des indications de la PTD reconnues actuellement par l'AMM.

6. Intérêt de la PTD dans le traitement des condylomes méatiques et urétraux

Le traitement des condylomes méatiques et périméatiques ainsi que de l'urètre distal est très difficile avec un taux de récidives élevé. Sun *et al.* [6] rapportent leur expérience de la PTD dans 86 cas (117 lésions au total – 1 à 2 séances). L'acide 5 amino-lévulinique était préparé dans une solution à 19 % et appliqué sur les lésions méatiques et urétrales à l'aide d'un coton-tige. La lumière était ensuite délivrée à l'aide d'une fibre cylindrique adaptée. Trois séances espacées d'une semaine étaient effectuées par procédure. Au terme d'une procédure, un blanchiment a été observé dans 89 % des cas. Un blanchiment était observé dans 100 % des cas au terme d'une deuxième procédure de trois séances. Des effets secondaires, tolérables et transitoires, ont été notés dans 57 % des cas (douleurs, œdèmes muqueux, érosions).

7. Imiquimod crème à 3,75 % en application quotidienne : un progrès dans le traitement des condylomes anogénitaux [7]

L'imiquimod crème à 5 % (ALDARA) est approuvée depuis 1997 dans le traitement des condylomes des muqueuses génitales externes à raison de trois applications par semaine pendant 16 semaines au maximum. Si ce traitement a fait la preuve de son efficacité, sa tolérance est souvent moyenne, source d'arrêts de traitements relativement fréquents. Par ailleurs, le rythme d'applications de trois fois par semaine ne favorise pas la compliance selon certains auteurs.

Le développement de l'imiquimod topique à plus faible concentration (3,75 %) en applications quotidiennes sur une période maximale de 8 semaines a été approuvé aux Etats-Unis (Zyclara) et au Canada (Vyloma) pour le traitement des condylomes des muqueuses génitales externes et péri-anaux. Les études de développement (citées *in* [7]) ont montré que l'imiquimod 3,75 % en applications quotidiennes entraînait un blanchiment dans 19 % des cas chez l'homme et dans 37 % des cas chez la femme. A 12 semaines, il y a maintien du blanchiment dans 85 % des cas. La durée moyenne du traitement pour obtenir le blanchiment est de 57 jours. La tolérance est significativement meilleure qu'avec l'imiquimod à 5 % (prurit dans 3 % et irritations dans 6 % des cas).

8. Verrucose étendue pseudo tumorale plantaire : intérêt d'un traitement par le vaccin quadrivalent anti-HPV

Landis *et al.* [8] rapportent le cas d'un homme de 59 ans, immunocompétent, présentant une verrucose plantaire pseudo tumorale évoluant depuis 5 ans, ayant résisté à de nombreux traitements (cryothérapie, imiquimod, laser, acide salicylique, cimétidine per os, injections intralésionnelles de bléomycine). Trois doses de vaccin quadrivalent (HPV 6, 11, 16, 18) ont été injectées au niveau du bras à m 0, 2 mois et 6 mois. Quatre mois après la dernière injection, le patient était totalement blanchi, le résultat se maintenant à 3 mois de recul. Cette procédure d'exception, spectaculaire dans ce cas, doit bien sûr faire l'objet d'essais contrôlés avant d'être recommandée comme traitement de dernier recours face à des verrucoses pseudo tumorales multirésistantes.

9. Verrues récidivantes : la vitamine A topique mériterait d'être mieux étudiée

C'est la suggestion faite par deux auteurs canadiens [9] à propos d'une observation

d'une verrucose de la main, évoluant depuis 9 ans, chez une femme immunocompétente âgée de 30 ans, ayant résisté à plusieurs séances de cryothérapie. L'application d'un topique contenant de la vitamine A entraîne un blanchiment après une application prolongée de plusieurs semaines. Ce traitement simple, parfaitement toléré, mérite, en effet, certainement, d'être évalué par des études contrôlées.

10. Cellulite à éosinophiles de Wells (CEW) : rôle du parvovirus B19 ?

La CEW est une dermatose rare, plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, caractérisée par des plaques inflammatoires infiltrées, spontanément résolutives, d'allure urticarienne, récidivantes et associées à une éosinophilie dermique. Au plan microscopique, des images en flammèches éosinophiles sont caractéristiques. L'étiopathogénie de la CEW est encore aujourd'hui inconnue.

Cherng *et al.* [10] rapportent l'observation d'une CEW typique chez un enfant de 5 ans, associée à une sérologie positive (Ig M + Ig G) pour le parvovirus B19. Ils relèvent un autre cas dans la littérature. D'autres observations sont bien sûr nécessaires pour confirmer la pertinence de cette association.

Infections parasitaires

1. Leishmaniose cutanée : des progrès dans le traitement

● ***Photothérapie dynamique (PTD)*** [5]

La PTD est efficace et bien tolérée dans cette indication avec un taux de blanchiment variant de 94 à 100 % des cas selon les études, avec une absence de récidive à 6 mois. La leishmaniose ne fait cependant pas partie des indications reconnues actuellement par l'AMM pour la PTD.

● ***Intérêt de l'amphotéricine B liposomale dans le traitement des leishmanioses du Nouveau Monde (LNM)***

Le traitement de référence des LNM, dues principalement à *L. brasiliensis,* repose sur l'administration systémique de molécules dérivées de l'antimoine pentavalent (stibogluconate de sodium ou STISO). Ce traitement entraîne une cure dans 70 à 77 % des cas seulement et est assorti d'effets secondaires dans un nombre de cas significatifs. Solomon *et al.* [11] rapportent les résultats d'une étude prospective observationnelle ayant comparé STISO 20 mg/kg IV pendant trois semaines (34 patients) et amphotéricine B liposomale (ABL) 3 mg/kg IV pendant cinq jours plus une sixième dose à J10 (34 patients). Une guérison complète a été observée dans 85 % des cas sous ABL et dans 70 % des cas sous STISO. Avec un recul de 29 mois, aucune récurrence n'est observée dans les deux groupes. Le traitement a dû être interrompu dans 65 % des cas traités par STISO, en raison d'effets secondaires. Tous les patients traités par ABL ont complété leur cure. L'ABL est donc aussi efficace et mieux toléré que le STISO dans le traitement des leishmanioses cutanées à *L. brasiliensis*.

● ***Association paromomycine – gentamicine en topique*** [12]

Cet essai randomisé, contrôlé, a inclus 375 patients présentant une leishmaniose cutanée ulcérée à *L. major*. Ils ont été randomisés en trois groupes :
– groupe 1 : traitement par un topique associant paromomycine 15 % et gentamicine 0,5 % ;
– groupe 2 : paromomycine 15 % ;
– groupe 3 : excipient.

Chaque lésion a été traitée une fois par jour pendant 20 jours. Une cure était définie par une réépidermisation complète à 98 jours et l'absence de récidive à 168 jours. Le pourcentage de cure était de 81 % dans le groupe 1, 82 % dans le groupe 2 et 58 % dans le groupe 3. La tolérance a été bonne.

2. Lotions anti-poux : une alternative aux pesticides

L'application de pesticides (lindane, malathion, perméthrines) est aujourd'hui le traitement de référence des poux de tête.

Des résistances sont cependant rapportées, de plus en plus fréquemment, dans toutes les régions du monde [13], rendant nécessaire le développement de nouvelles molécules. Greive *et al.* [14] rapportent les résultats d'un essai ayant évalué l'intérêt d'un shampooing contenant des molécules végétales non pesticides, contenant de l'eucalyptol, du sarcosinate, du lauryl sodium, du cocamidopropyl bétaïne et du cocamide diéthanolamine. Ce shampooing était comparé à une lotion contenant 1 % de malathion. L'application se faisait à J0, J7 et J14. Le critère d'évaluation était l'absence de poux vivants à J21. 216 enfants ont été inclus. Le shampooing non pesticide a montré une efficacité significativement supérieure au malathion (62,3 % vs 40,4 % sans poux vivants à J21 - p = 0,002 en intention de traiter). La tolérance d'ensemble a été bonne avec quelques réactions prurigineuses. Les tests in vitro ont confirmé la nature pédiculicide et ovicide de cette formulation non pesticide. Le mécanisme d'action repose non sur un effet neurotoxique, comme les pesticides, mais sur une action dissolvante sur la cuticule lipidique protectrice et vitale du pou.

3. Gale : enfin un test diagnostique biologique ? [15]

Le diagnostic de gale repose sur la mise en évidence du parasite à l'examen direct au microscope. La rentabilité de cette recherche est relativement faible. C'est souvent le traitement d'épreuve qui confirme le diagnostic a posteriori. Une équipe australienne a évalué l'intérêt du

L'Année thérapeutique

dosage des IgE plasmatiques spécifiques des antigènes majeurs recombinants de sarcoptes (rSars14.3). Ce dosage a montré une sensibilité de 100 % et une spécificité de 93,7 % (analyse de 140 plasmas de patients infectés et de sujets contrôles).

4. Gale : épidémie actuelle en France

Bitar *et al.* [16] ainsi qu'un éditorial d'Olivier Chosidow dans le numéro de juin 2012 des *Annales de Dermatologie* attirent l'attention sur l'épidémie actuelle de gale dans notre pays, tant au plan institutionnel que communautaire. Entre 2005 et 2009, le nombre de flacons de benzoate de benzyle a augmenté de 10 % par an, 22 % pour l'ivermectine. L'incidence actuelle de la gale en France est de 328 cas pour 100 000 habitants.

Infections bactériennes

1. Erysipèles récidivants : facteurs prédisposants [17]

398 patients traités par benzathine-pénicilline pour érysipèles récidivants ont été comparés à une population contrôle de 8 000 sujets. En analyse multivariée, le psoriasis (OR : 3,69), les dermatoses chroniques non psoriasiques (OR : 4,14), étaient des facteurs de risques beaucoup plus importants que le diabète (OR : 1,06). Le facteur de risques principal était, dans cette étude, l'antécédent d'amygdalectomie (OR : 6,8).

2. Facteurs de risque de la formation d'abcès en cas d'érysipèle

L'abcédation est la complication locale la plus fréquente dans l'évolution défavorable des érysipèles. Au terme d'une étude rétrospective, Picard *et al.* [18] ont évalué les facteurs prédisposant à cette complication. 164 patients ont été analysés rétrospectivement au cours d'une période de trois ans. L'incidence des abcès dans cette série est de 8 %. En analyse multivariée, les facteurs prédisposant à la formation d'abcès étaient l'alcoolisme (OR : 4,3) et le retard à l'instauration d'une antibiothérapie (OR : 1,4).

3. Furonculose : intérêt d'une décontamination des gîtes microbiens par l'association antiseptique – antibiothérapie générale

Si l'intérêt de chercher un portage staphylococcique est établi dans la prise en charge des furonculoses, les modalités du traitement de ce portage restent mal définies. Tzermpos *et al.* [19] ont inclus 125 patients atteints de furonculose. 79 présentaient un portage staphylococcique (49 par un staphylocoque sensible à la méthicilline, 30 par un staphylocoque résistant à méthicilline). Les patients ont été traités par douches + shampooings antiseptiques quotidiens pendant 60 jours plus antibiothérapie per os adaptée à l'antibiogramme du staphylocoque retrouvé pendant 30 jours. La période de suivi a été de trois ans. Le taux d'éradication staphylococcique était de 83,7 % pour les patients colonisés par un staphylocoque doré sensible à la méticilline et de 90 % pour les patients colonisés par un staphylocoque résistant à la méticilline. Au cours du suivi de trois ans, 18 patients seulement sur les 79 ont présenté une récidive de furonculose.

4. Dépistage du portage nasal en Staphylococcus aureus chez les participants d'un congrès d'infectiologie [20]

Cette étude originale a été conduite au cours du Congrès annuel des Journées nationales d'infectiologie 2010. Un double écouvillonnage (anonyme) puis une analyse par PCR étaient effectués chez des participants volontaires inscrits au congrès. 152 volontaires ont ainsi été inclus. 52 (34 %) ont été dépistés positifs pour *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline. Quatre ont été dépistés positifs pour *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (2 %). Aucun facteur favorisant n'a pu être identifié. Le portage en staphylocoque doré résistant à la méticilline est supérieur au niveau européen dans cette série. Au terme de ce travail, les auteurs soulignent la question du dépistage et de la décolonisation des soignants.

5. Efficacité de la ceftriaxone et de la doxycycline dans le traitement de la syphilis précoce [21]

Une recrudescence de cas de syphilis est observée depuis quelques années, particulièrement chez des patients infectés par le VIH. Le traitement de référence de la syphilis précoce est la benzathine-pénicilline, mais aux posologies recommandées les concentrations dans le LCR sont insuffisantes pour traiter une neurosyphilis débutante. D'autres molécules comme la ceftriaxone et la doxycycline pourraient avoir une activité simultanée dans des formes asymptomatiques de neuro-syphilis, fréquentes au cours de l'infection par le VIH. Peu de données objectives sur la syphilis au cours du VIH sont disponibles aujourd'hui, notamment quant à la conduite à tenir thérapeutique précise. L'équipe montpelliéraine de maladies infectieuses a rétrospectivement étudié 116 dossiers de syphilis primo-secondaire (dont 88 % des patients étaient infectés également par le VIH). Le délai de réponse sérologique était similaire chez les patients traités par benzathine-pénicilline, ceftriaxone ou doxycycline.

6. Azithromycine versus benzathine-pénicilline (BP) dans le traitement de la syphilis primo-secondaire : méta-analyse

Bai *et al.* [22] n'ont retenu que trois essais dans leur méta-analyse. Il n'y a pas de différences stastistiquement significatives entre BP et azithromycine (OR : 1,04) avec un recul sérologique de 9 mois. Rappelons à cet égard l'étude de phase III publiée en 2010 [23] ayant

inclus 517 patients et ayant montré l'équivalence d'une injection de 2,4 millions d'unités de BP intramusculaire et d'azithromycine per os (2 g en dose unique) au cours de la syphilis précoce (en dehors du VIH).

7. Effet délétère d'une co-infection syphilitique au cours de l'infection par le VIH

L'association syphilis-infection par le VIH est rapportée de plus en plus fréquemment. L'effet d'une syphilis précoce sur l'évolution sur l'infection par le VIH a été étudié au sein de la cohorte parisienne FHDH-ANRS – CO4 [24]. Cette étude a comparé 282 patients infectés par le VIH et ayant une syphilis primo-secondaire incidente avec 1233 patients infectés par le VIH n'ayant pas de co-infection syphilitique. Au cours des 6 mois de la période de suivi, une élévation de la charge virale VIH a été observée dans 27,3 % des cas chez les patients co-infectés (y compris chez des patients sous anti-rétroviraux) et dans 16,6 % seulement des cas dans le groupe non co-infecté par la syphilis. De manière corollaire, le taux des lymphocytes CD4 décroissait dans le groupe co-infecté par la syphilis. La co-infection par la syphilis semble donc augmenter les risques de transmission de l'infection par le VIH, ce qui implique une reconnaissance et un traitement précoces dans des formes pouvant être atypiques.

8. Maladie de Lyme de l'enfant : traitements

Un point complet a été effectué par Esposito *et al.* [25] sur la maladie de Lyme de l'enfant, notamment quant aux traitements. Au stade primaire (*Erythema migrans*), les traitements de première ligne reposent sur l'amoxicilline (50 mg/kg et par jour en trois prises quotidiennes pendant 14 jours) ou sur la doxycycline (patients âgés de plus de 8 ans) ou le céfuroxime (30 mg/kg et par jour en trois prises quotidiennes pendant 14 jours). Des études randomisées ont montré que l'azithromycine oral (20 mg/kg à J1, puis 10 mg/kg à J4) donnait des résultats comparables. En cas de neuroborelliose et d'atteinte cardiaque, le traitement de référence est la ceftriaxone 50 à 75 mg/kg/j pendant 10 à 30 jours (14 en moyenne). Le traitement de l'arthrite de Lyme repose sur l'amoxicilline per os (50 mg/kg/j en 3 prises) pendant 28 jours, ou le céfuroxime axetil per os (30 mg/kg/j en 2 prises) pendant 28 jours ou (enfants de plus de 8 ans) sur la doxycycline 4 mg/kg/j per os en 2 prises pendant 28 jours.

9. Neisseria gonorrhœæ : des résistances de plus en plus préoccupantes

Des résistances aux céphalosporines de troisième génération, recommandées en première ligne thérapeutique dans le traitement des infections à *N. gonorrhœæ* (ceftriaxone, céfixime), sont rapportées récemment dans plusieurs régions du monde. Unemo *et al.* [26] rapportent la deuxième observation européenne d'échec de la ceftriaxone (recommandations internationales) dans le traitement d'une gonococcie pharyngée. Allen *et al.* [27] ont rapporté les résultats d'une étude rétrospective de 291 cas de gonococcie traités par céfixime. Le taux d'échec était de 6,77 %. Des gonocoques résistants au céfixime et à la ceftriaxone ont été rapportés en France et au Japon [28]. L'*European STI Guidelines Editorial Board* recommande une bithérapie (ceftriaxone 500 mg + azithromycine 2 g) dans les infections à *N. gonorrhœæ* non compliquées (urétrites, cervicites, rectites, pharyngites) et le contrôle bactériologique impératif de l'efficacité du traitement [29].

10. Mycoplasma genitalium (MG) : un agent émergent dans les infections sexuellement transmissibles [30]

L'équipe bordelaise spécialisée dans les infections à mycoplasmes fait un point complet sur la question. MG a été isolé pour la première fois en 1980 chez deux patients présentant une urétrite non gonococcique. La place de ce germe dans les infections sexuellement transmissibles est encore mal connue. L'incidence dans la population générale des infections à MG est évaluée à 1 à 4 % chez l'homme, 1 à 6 % chez la femme. Au sein des centres spécialisés dans la prise en charge des IST, la prévalence des infections à MG varie entre 4 et 38 %. Chez l'homme, MG est responsable d'urétrites aiguës (12 % des urétrites aigües sur 34 études publiées de 1993 à 2010 colligées par les auteurs). MG est probablement la seconde cause, après *Chlamydia trachomatis*, des urétrites aiguës. MG peut également être responsable d'urétrites chroniques (prévalence estimée de 12 à 41 % des urétrites chroniques selon les études), beaucoup plus rarement de balanoposthites, prostatites, épididymites. Chez la femme, MG est responsable de cervicites, d'urétrites, mais aussi d'infections génitales hautes (endométrites, salpingites), principalement chez les patientes séropositives pour le VIH. La prévalence de MG est cependant plus faible que celle de *C. trachomatis*. Le diagnostic se fait par *polymerase chain reaction* (PCR) (analyse du premier jet urinaire, prélèvements cervico-vaginaux, prélèvement endo-cervical). MG est sensible aux tétracyclines avec cependant des cas d'échecs rapportés (en nombre significatif), aux macrolides (azithromycine), avec là aussi des cas de résistance rapportés, aux fluoroquinolones. Les recommandations sont les suivantes : azithromycine 1 gramme en première intention avec contrôle par PCR 3 semaines après. En cas d'échec, moxifloxacine 400 mg par jour pendant 7 à 10 jours avec contrôle de l'éradication par PCR.

11. Pustulose palmoplantaire d'origine infectieuse : la streptobacillose, une cause rare mais à connaître

Les causes infectieuses de pustulose palmoplantaire sont principalement les endocardites, les septicémies à gono-

L'Année thérapeutique

coque, les infections à coxackievirus. Danion *et al.* [31] rapportent une observation originale de streptobacillose à *S. moniliformis* (bacille Gram-) transmise par les morsures de rat, potentiellement grave (13 % de décès en l'absence de traitement). Parmi les signes cliniques de cette maladie infectieuse (fièvre, arthralgies, exanthème non spécifique), la pustulose palmoplantaire était au premier plan dermatologique dans cette observation. Le diagnostic a été confirmé par hémocultures et la symptomatologie a régressé sous amoxicilline (6 g/j pendant 6 semaines).

12. Tabac : facteur de perte d'efficacité du traitement anti-tuberculeux [32]

Cette étude rétrospective ayant inclus 302 patients a identifié en analyses multivariées les facteurs de risques de moindre efficacité des traitements anti-tuberculeux. Parmi ces facteurs, le tabac était identifié comme un facteur indépendant fort.

Infections mycosiques

1. Efficacité des topiques anti-mycosiques : méta-analyse

Rotta *et al.* [33] ont colligé 104 essais randomisés et contrôlés ayant évalué l'efficacité des anti-mycosiques topiques (azolés, terbinafine, allylamines, buténafine, ciclopiroxolamine, tolciclate tonalfate) versus placebo, ainsi qu'entre eux. L'analyse poolée a confirmé la supériorité significative des anti-mycosiques sur le placebo et la comparabilité de l'ensemble des molécules entre elles tant au plan de l'efficacité que de la tolérance.

2. Griséofulvine et terbinafine dans le traitement des teignes : méta-analyse

Gupta *et al.* [34] ont colligé dans cette méta-analyse des essais randomisés et contrôlés comparant griséofulvine pendant huit semaines et terbinafine pendant quatre semaines dans le traitement des teignes de l'enfant. L'analyse globale n'a pas montré de différence significative entre les deux molécules, mais il semble exister une différence significative selon l'espèce du dermatophyte en cause (supériorité de la griséofulvine pour les *Microsporum*, supériorité de la terbinafine pour les *Trichophyton*). Les auteurs notent cependant que les posologies utilisées pour les deux molécules sont plus faibles et les durées de traitement moins longues (environ de la moitié) de ce qui est préconisé en pratique courante, ce qui fait perdre de la puissance à ces études. Rappelons enfin que le terbinafine n'a pas l'AMM en France dans le traitement des teignes de l'enfant.

Bibliographie

1. Reynolds SJ, Makumbi F, Newell K *et al.* Effect of daily aciclovir on HIV disease progression in individuals in Rakai, Uganda, co-infected with HIV-1 and herpes simplex virus type 2 : a randomised, double-blind placebo-controlled trial. *Lancet Infect Dis*, 2012 ; 12 : 441-448.
2. Sabatowski R, Hans G, Tacken I *et al.* Safety and efficacy outcomes of long-term treatment up to 4 years with 5 % lidocaine medicated plaster in patients with post-herpetic neuralgia. *Curr Med Res Opin*, 2012 ; 28 : 1337-1346.
3. Gagliardi AM, Gomes Silva BN, Torloni MR *et al.* Vaccines for preventing herpes zoster in older adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012 ; 10 : CD008858.
4. Blaizeau F, Lasserre A, Rossignol L *et al.* Practices of French family physicians concerning varicella vaccination for teenagers. *Med Mal Infect*, 2012 ; 42 : 429-434.
5. Morton CA, Szeimies RM, Sidoroff A *et al.* European guidelines for topical photodynamic therapy part 2 : emerging indications – field cancerization, photorejuvenation and inflammatory/infective dermatoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012 Nov 26. [Epub ahead of print].
6. Sun Y, Ma YP, Wu Y *et al.* Topical photodynamic therapy with 5-aminolaevulinic acid for condylomata acuminata on the distal urethra. *Clin Exp Dermatol*, 2012 ; 37 : 302-303.
7. Berman B, Wolf J. The role of imiquimod 3.75 % cream in the treatment of external genital warts. *Skin Therapy Lett*, 2012 ; 17 : 5-7.
8. Landis MN, Lookingbill DP, Sluzevich JC. Recalcitrant plantar warts treated with recombinant quadrivalent human papillomavirus vaccine. *J Am Acad Dermatol*, 2012 ; 67 : e73-74.
9. Gaston A, Garry RF. Topical vitamin A treatment of recalcitrant common warts. *Virol J*, 2012 ; 9 : 21.
10. Cherng E, McClung AA, Rosenthal HM *et al.* Wells'syndrome associated with parvovirus in a 5-year old boy. *Pediatr Dermatol*, 2012 ; 29 : 762-764.
11. Solomon M, Pavlotzky F, Barzilai A *et al.* Liposomal amphotericin B in comparison to sodium stibogluconate for Leishmania braziliensis cutaneous leishmaniasis in travelers. *J Am Acad Dermatol*, 2013 ; 68 : 284-289.
12. Ben Salah A, Ben Messaoud N, Guedri E *et al.* Topical paromomycin with or without gentamicin for cutaneous leishmaniasis. *N Engl J Med*, 2013 ; 368 : 524-532.
13. Downs AM, Stafford KA, Hunt LP *et al.* Widespread insecticide resistance in head lice to the over-the-counter pediculocides in England, and the emergence of carbaryl resistance. *Br J Dermatol*, 2002 ; 146 : 88-93.
14. Greive KA, Lui AH, Barnes TM *et al.* Safety and efficacy of a non-pesticide-based head lice treatment : results of a randomised comparative trial in children. *Australas J Dermatol*, 2012 ; 53 : 255-263.
15. Jayaraj R, Hales B, Viberg L *et al.* A diagnostic test for scabies : IgE specificity for a recombinant allergen of Sarcoptes scabiei. *Diagn Microbiol Infect Dis*, 2011 ; 71 : 403-407.
16. Bitar D, Thiolet JM, Haeghebaert S *et al.* Increasing incidence of scabies in France, 1999-2010, and public health implications. *Ann Dermatol Venereol,* 2012 ; 139 : 428-434.
17. Karppelin M, Siljander T, Huhtala H *et al.* Recurrent cellulitis with benzathine penicillin prophylaxis is associated with diabetes and psoriasis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2013 ; 32 : 369-72.
18. Picard D, Klein A, Grigioni S *et al.* Risk factors for abscess formation in patients with superficial cellulitis (erysipelas) of the leg. *Br J Dermatol*, 2012 Dec 4. [Epub ahead of print].
19. Tzermpos F, Kanni T, Tzanetakou V *et al.* An algorithm for the management of Staphylococcus aureus carriage within patients with recurrent staphylococcal skin infections. *J Infect Chemother*, 2013 Feb 3. [Epub ahead of print].
20. Boisseau D, Alfandari S, Gauzit R *et al.* Staphylococcus aureus nasal carriage during the infectious diseases national

congress in France. *Med Mal Infect*, 2012 ; 42 : 435-439.
21. Psomas KC, Brun M, Causse A *et al.* Efficacy of ceftriaxone and doxycycline in the treatment of early syphilis. *Med Mal Infect*, 2012 ; 42 : 15-19.
22. Bai ZG, Wang B, Yang K *et al.* Azithromycin versus penicillin G benzathine for early syphilis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012 Jun 13 ; 6 : CD007270.
23. Hook EW, Behets F, Van Damme K *et al.* A phase III equivalence trial of azithromycin versus benzathine penicillin for treatment of early syphilis. *J Infect Dis*, 2010 ; 201 : 1 729-1 735.
24. Jarzebowski W, Caumes E, Dupin N *et al.* Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virus-infected men : results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. *Arch Intern Med*, 2012 ; 172 : 1 237-1 243.
25. Esposito S, Bosis S, Sabatini C *et al.* Borrelia burgdorferi infection and Lyme disease in children. *Int J Infect Dis*, 2013 ; 17 : e153-158.
26. Unemo M, Golparian D, Potocnik M *et al.* Treatment failure of pharyngeal gonorrhoea with internationally recommended first-line ceftriaxone verified in Slovenia, September 2011. *Euro Surveill*, 2012 ; 17 (25).
27. Allen VG, Mitterni L, Seah C *et al.* Neisseria gonorrhoeae treatment failure and susceptibility to cefixime in Toronto, Canada. *JAMA*, 2013 ; 309 : 163-170.
28. Unemo M, Golparian D, Nicholas R *et al.* High-level cefixime- and ceftriaxone-resistant Neisseria gonorrhoeae in France : novel penA mosaic allele in a successful international clone causes treatment failure. *Antimicrob Agents Chemother*, 2012 ; 56 : 1 273-1 280.
29. Unemo M. European STI Guidelines Editorial Board. The 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults recommends dual antimicrobial therapy. *Euro Surveill*, 2012 ; 17 (47).
30. Cazanave C, Manhart LE, Bebear C. Mycoplasma genitalium, an emerging sexually transmitted pathogen. *Med Mal Infect*, 2012 ; 42 : 381-392.
31. Danion F, Bui E, Riegel P *et al.* Streptobacillosis characterised by palmoplantar pustulosis. *Lancet Infect Dis*, 2013 ; 13 : 96.
32. Chiang YC, Lin YM, Lee JA *et al.* Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy. *Int J Infect Dis*, 2012 ; 16 : e130-135.
33. Rotta I, Sanchez A, Gonçalves PR *et al.* Efficacy and safety of topical antifungals in the treatment of dermatomycosis : a systematic review. *Br J Dermatol*, 2012 ; 166 : 927-933.
34. Gupta AK, Drummond-Main C. Meta-analysis of randomized, controlled trials comparing particular doses of griseofulvin and terbinafine for the treatment of tinea capitis. *Pediatr Dermatol*, 2013 ; 30 : 1-6.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.