

Quoi de neuf en dermato-infectiologie ?

→ P. DEL GIUDICE

Infectiologie-Dermatologie,
Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-
Saint-Raphaël, FRÉJUS.

>>> L'année 2015 a été marquée par l'épidémie d'Ebola qui a sévi en Sierra Leone, au Libéria et en Guinée-Conakry. Cette épidémie s'est stabilisée pour être totalement contrôlée fin 2015. Ces nouvelles rassurantes ont pourtant fait place à d'autres informations surprenantes et parmi celles-ci la possibilité pour le virus d'une transmission sexuelle. Un article du *New England Journal of Medicine* [1] rapporte le cas d'un patient ayant survécu au virus Ebola qui avait transmis le virus à sa partenaire. Les virus isolés du sang et les sécrétions séminales du patient survivant étaient concordants avec une transmission directe. Le virus présentait des particularités au sein de son génome, absentes des autres virus. Cette transmission est survenue 179 jours ou plus après le début de la maladie chez le patient. Ainsi, bien que les nouvelles soient très rassurantes concernant l'évolution de l'épidémie d'Ebola, d'autres informations nous incitent à ne pas baisser la garde.

>>> La prise en charge des *Molluscum contagiosum* est discutée. Olsen *et al.* [2] ont étudié le temps de résolution, la transmission et la qualité de vie chez les enfants porteurs de *Molluscum contagiosum*. Pour ce faire, 306 enfants âgés de 4 à 15 ans ont été suivis. Le temps moyen de résolution spontanée était de 13,3 mois; 30 % n'avaient pas disparu à 18 mois et seulement 13 % étaient toujours présents à 24 mois. La transmission à d'autres enfants de la maison avait lieu dans 40 % des cas. La présence de

Molluscum contagiosum avait un effet modeste sur la qualité de vie de la plupart des enfants. Les auteurs concluent que, compte tenu de la bonne acceptation par les enfants des *Molluscum* et de leur résolution spontanée, les mesures les plus simples à recommander sont les suivantes : rassurer les parents et privilégier l'abstention thérapeutique.

>>> La babésiose est une maladie zoonotique émergente. Il s'agit d'une parasitose de type protozoose transmise par les tiques. *Babesia venatorum* est une nouvelle espèce de *Babesia*. Des auteurs chinois ont décrit 48 cas de cette infection [3]. La symptomatologie était principalement représentée par de la fièvre dans 2/3 des cas, des céphalées, des arthromyalgies, une fatigue et des nausées. Par ailleurs, 20 % des patients présentaient un érythème asymptomatique autour du site de la morsure de tique, parfois associé à une lymphadénopathie. Ainsi, la survenue d'un érythème autour d'une morsure de tique ne semble pas être l'exclusivité de la maladie de Lyme, mais peut *a priori* survenir au cours d'une infection par *Babesia*. Les auteurs de l'article ne montrent pas d'iconographie, ce qui ne permet donc pas d'avoir une idée précise de l'aspect clinique. Toutefois, cette information est importante dans des cas d'érythème après morsure de tique pour lesquels l'étiologie de la maladie de Lyme serait mise en défaut. Le diagnostic repose sur la PCR dans le sang à la recherche de *Babesia*.

>>> Le virus du Chikungunya, bien connu pour avoir été à l'origine d'une épidémie majeure à La Réunion, constitue un risque, en particulier dans le sud

de la France où est présent son vecteur, le moustique *Aedes albopictus*. Depuis plusieurs années, une surveillance est donc en place dans le Sud afin d'observer sa possible implantation ou une épidémie d'infection à Chikungunya pendant la période estivale, voire d'autres arboviroses comme la dengue ou le virus Zika. En septembre-octobre 2014, 12 cas confirmés d'infections autochtones au virus du Chikungunya ont été détectés dans la zone de Montpellier [4]. Un patient de retour du Cameroun et vivant dans cette zone semble avoir été à l'origine de cette épidémie. Cette affection se caractérisant par des arthralgies, de la fièvre et une éruption cutanée érythémateuse morbilliforme, il importe qu'elle soit également reconnue par les dermatologues. Ceux-ci seraient, en effet, en première ligne pour diagnostiquer le début d'une épidémie potentielle. L'épidémie survenue en 2014 confirme en tout cas le potentiel épidémique de ce virus dans le sud de la France en période estivale.

>>> Quelle stratégie de décolonisation pour des infections récurrentes à staphylocoque doré ? Un problème important et courant en pratique est celui des infections récurrentes, en particulier des furonculoses à staphylocoque doré. À ce jour, des recommandations ont été émises dans le but de réaliser une décolonisation : utilisation de chlorhexidine pour la toilette, de mupirocine en application nasale et renforcement des mesures d'hygiène (lavage des mains fréquent...). Toutefois, ces mesures n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Weintrob *et al.* [5] ont réalisé une étude randomisée en double aveugle contre

placebo sur une procédure de décolonisation chez des patients infectés par le VIH. Dans cette étude, 550 patients adultes étaient suivis de façon prospective. Un groupe était traité par l'application de mupirocine nasale 2 fois par jour et l'utilisation d'un savon antiseptique à base d'hexachlorophène pendant 7 jours; il était comparé à un groupe utilisant un placebo sans activité antibactérienne. L'objectif primaire était le taux de colonisation par des SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) à 6 mois et les objectifs secondaires étaient la survenue d'infections cutanées. Au total, 49 patients infectés par le VIH étaient colonisés et ont été randomisés; il n'y avait pas de différence entre les sujets traités ou non pour ce qui est de la recolonisation par les SARM ou la survenue d'infections cutanées. En conclusion, une fois de plus, cette étude ne permet pas d'établir l'efficacité des mesures habituellement préconisées pour la prévention de la colonisation et de la récurrence d'infections cutanées par des staphylocoques dorés.

>>> L'identification d'une bactérie au cours de la prise en charge d'une cellulite (dermohypodermite bactérienne aiguë) est rarement couronnée de succès. La majorité des cellulites sont ainsi traitées de façon empirique sur la base de la responsabilité possible des streptocoques. Crisp *et al.* [6] se sont attaqués à une recherche étiologique poussée pour répondre à ce problème. Ils ont utilisé diverses techniques biologiques modernes telles que le PCR, le pyroséquençage et la culture pour tenter d'identifier des bactéries responsables de cellulite. Ils ont, pour ce faire, évalué 50 malades. Les résultats sont plutôt décevants puisqu'ils ont pu identifier une bactérie – principalement *Staphylococcus aureus* et streptocoques – dans respectivement 22 et 30 % des cas, ce qui laisse un nombre important de cellulites sans germe documenté. Les techniques de biologie, même les plus

modernes, ne permettent toujours pas de prouver l'origine bactérienne et d'en identifier de façon non équivoque la responsabilité.

>>> Le Parechovirus de type 3 est un virus qui fait de plus en plus parler de lui. Il touche principalement les enfants. Khatami *et al.* [7] ont décrit cette infection chez 118 enfants en Australie. Le tableau clinique se présentait, dans la plupart des cas, comme un sepsis avec fièvre élevée et tachycardie. Mais le point le plus important pour le dermatologue était un érythème généralisé présent dans 70 % des cas. La conclusion de cet article est la suivante: chez un enfant présentant une éruption avec une présentation clinique de type sepsis, la possibilité d'une infection à *Parechovirus* doit être évoquée. Le diagnostic a été réalisé *via* la recherche du virus par PCR soit dans le liquide céphalorachidien, soit dans les selles, dans les urines, dans la gorge ou dans le sang.

>>> L'année 2015 a marqué l'arrivée de l'ivermectine topique dans le traitement de la rosacée. Le principe repose sur l'efficacité supposée de cette molécule sur les *Demodex* bien qu'il n'existe pas de preuves formelles de son activité sur les *Demodex* humains. Taieb *et al.* [8] ont rapporté les résultats d'une étude d'efficacité de l'ivermectine comparée au métronidazole topique chez les sujets souffrant de rosacée. À cet effet, 962 sujets ont été randomisés. Les conclusions de l'étude étaient qu'à la 16^e semaine, l'ivermectine était supérieure de façon significative au métronidazole topique en termes de réduction des lésions inflammatoires (83 % *versus* 74 %). Le champ d'utilisation de cet antiparasitaire s'étend donc un peu plus, pour la rosacée en particulier mais aussi, par extension, probablement aux autres dermatites en rapport avec une démodécie.

>>> Le cotrimoxazole a été à l'honneur en 2015. Parmi les nombreux articles qui lui ont été consacrés, une étude surpre-

nante parue dans le *New England Journal of Medicine* le comparait à la clindamycine dans le traitement des pyodermes simples [9]. Cette étude menée aux États-Unis a inclus des patients présentant une infection cutanée superficielle ou une "cellulite". Tous les patients étaient randomisés et recevaient soit la clindamycine, soit du cotrimoxazole pendant 10 jours. Au total, 524 patients ont été inclus, dont 155 enfants. La proportion de sujets guéris était similaire dans les deux groupes, avec des pourcentages de succès de 90 % en per-protocole. La proportion d'événements indésirables était similaire dans les deux cas et très faible. Les auteurs de l'étude ont conclu à une efficacité similaire des deux traitements dans les infections cutanées non compliquées de la peau.

Un commentaire s'impose toutefois concernant cette étude. D'abord, l'utilisation surprenante de ces deux antibiotiques, d'ordinaire non utilisés en Europe et en France, s'explique par l'épidémiologie particulière et le problème tout à fait spécifique des infections cutanées aux États-Unis en grande partie causées par les staphylocoques dorés résistant à la méticilline, largement présents en milieu communautaire. Pour ces staphylocoques dorés, les traitements usuels comme les β -lactamines ne sont plus efficaces si bien que le recours à des antibiotiques pouvant être utilisés par voie orale s'avère compliqué aux États-Unis. La clindamycine et le cotrimoxazole répondent à cette problématique et c'est essentiellement la raison de cette étude. Il ne faut donc pas extrapoler les résultats de cette étude à nos pratiques européennes.

>>> L'oritavancine est un nouvel antibiotique de la famille des glycolipopptides actifs sur les cocci à Gram positif, en particulier *Staphylococcus aureus*. Cet antibiotique à longue demi-vie permet de traiter la majorité des infections cutanées à *Staphylococcus aureus* ou streptocoques par une injection unique.

ACTUALITÉS Infectiologie

Corey *et al.* [10] confirment ce point puisqu'une simple dose d'oritavancine était non inférieure à la vancomycine dans une étude randomisée ayant inclus 503 patients. Cette étude confirme les données déjà publiées dans le *New England Journal of Medicine* au cours de l'été 2014 et pourrait constituer une avancée décisive dans la prise en charge des cellulites et autres infections cutanées. Son utilisation parentérale ne semble pas être un frein dans la mesure où une seule dose est administrée. Par ailleurs, son profil de tolérance semble excellent.

>>> Parmi les maladies infectieuses potentiellement éradicables figurent les tréponématoses endémiques. Celles-ci sévissent dans des régions reculées du monde telles que l'Afrique centrale, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et quelques zones isolées d'Amérique du Sud. Ces bactéries sont très proches de la syphilis et très sensibles aux antibiotiques usuels tels que les β -lactamines ou les macrolides. La proposition d'un traitement de masse par azithromycine pourrait donc atteindre cet objectif d'éradication. L'étude de Mitjà *et al.* [11] démontre

ainsi que la prévalence de cette maladie a été considérablement diminuée grâce au traitement de masse en population par azithromycine.

Bibliographie

- MATE SE, KUGELMAN JR, NYENSWAH TG *et al.* Molecular Evidence of Sexual Transmission of Ebola Virus. *N Engl J Med*, 2015;373:2448-2454.
- OLSEN JR, GALLACHER J, FINLAY AY *et al.* Time to resolution and effect on quality of life of molluscum contagiosum in children in the UK: a prospective community cohort study. *Lancet Infect Dis*, 2015;15:190-195.
- JIANG JF, ZHENG YC, JIANG RR *et al.* Epidemiological, clinical, and laboratory characteristics of 48 cases of "Babesia venatorum" infection in China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis*, 2015;15:196-203.
- DELISLE E, ROUSSEAU C, BROCHE B *et al.* Chikungunya outbreak in Montpellier, France. September to October 2014. *Euro Surveill*, 2015;20:pii=21108.
- WEINTROB A, BEBU I, AGAN B *et al.* Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study on Decolonization Procedures for Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) among HIV-Infected Adults. *PLoS ONE*, 2015;105:e0128071.
- CRISP JG, TAKHAR SS, MORAN GJ *et al.* Inability of Polymerase Chain Reaction, Pyrosequencing, and Culture of Infected and Uninfected Site Skin Biopsy Specimens to Identify the Cause of Cellulitis. *Clin Infect Dis*, 2015; 61:1679-1687.
- KHATAMI A, McMULLAN BJ, WEBBER M *et al.* Sepsis-like disease in infants due to human parechovirus type 3 during an outbreak in Australia. *Clin Infect Dis*, 2015;60:228-236.
- TAIEB A, ORTONNE JP, RUZICKA T *et al.* Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. *Br J Dermatol*, 2015;172:1103-1110.
- MILLER LG, DAUM RS, CREECH CB *et al.* Clindamycin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin infections. *N Engl J Med*, 2015;372:1093-2103.
- COREY GR, GOOD S, JIANG H *et al.* Single-dose oritavancin Versus 7-10 days of vancomycin in the treatment of gram-positive acute bacterial skin and skin structure infections: The SOLO II noninferiority study. *Clin Infect Dis*, 2015; 60:254-262.
- MITJÀ O, HOUINEI W, MOSES P *et al.* Mass treatment with single-dose azithromycin for yaws. *N Engl J Med*, 2015;372:703-710.

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

Baume Lèvres Nourrissant Apaisac

La sécheresse cutanée n'est pas uniquement le fait des peaux sensibles ou atopiques quand le vent et le froid s'installent et se combinent à l'action desséchante du chauffage... Très vite, sans que l'on s'en aperçoive, les lèvres se marquent, des craquelures apparaissent, les gerçures se forment, pouvant provoquer des saignements. Certains traitements médicamenteux comme les antiacnéiques ont également comme conséquence de dessécher non seulement la peau mais aussi les muqueuses comme les lèvres.

Pour répondre aux besoins des patients, les laboratoires Bailleul ont développé, au sein de leur gamme de soins Apaisac Biorga sécheresses intenses, un produit ayant un haut pouvoir hydratant, le Baume Lèvres Nourrissant. Sa composition répare les lèvres très rapidement grâce à une hydratation qui dure jusqu'à 24 heures après une seule application.

J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires Bailleul.

Stelara : remboursement dans le psoriasis de l'adolescent

Depuis le 12 juillet dernier, Stelara (ustekinumab) peut être prescrit à partir de l'âge de 12 ans, dans le traitement du psoriasis en plaques chronique sévère, pour les adolescents en échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie, et lorsque le patient est atteint d'une forme étendue de psoriasis et/ou d'un retentissement psychosocial important.

Ce remboursement fait suite à une extension d'indication obtenue en juin 2015 dans le traitement des adolescents atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère, et à un avis de la Commission de la Transparence du 16 mars 2016 donnant à Stelara un SMR (service médical rendu) important et une ASMR (amélioration du service médical rendu).

J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires Janssen.