

Dermatoses infectieuses graves:

Signes cutanés des dermatoses infectieuses graves (partie 2)

Camille Hua, Olivier Chosidow
Service de dermatologie, Hôpital Henri Mondor
Le 14/05/2019

Groupe Infectiologie Dermatologique et Infections Sexuellement Transmissibles - GRIDIST

Bureau :

- Président : Olivier Chosidow
- Vice-président : Michel Janier
- Trésoriers : Nicolas Dupin et Vincent Descamps
- Secrétaires : Anne-Claire Fougerousse et Sébastien Fouéré.

Conseillers :

- Eric Caumes
- Pierre Couppié
- Pascal del Giudice
- Mourad Mokni
- Annie Vermersch

Sous groupe « relation avec la jeunesse »

- Antoine Bertolotti
- Johan Chanal

Objectifs : *dans le domaine des dermatoses infectieuses-IST-SIDA*

- ***promouvoir les connaissances***
- ***soutenir les actions de FMC***
- ***représenter la SFD***
- ***promouvoir et mener des études scientifiques***
- ***promouvoir des actions de prévention et d'éducation***
- ***proposer des référentiels et des lignes de conduite***

Remerciements

- **Charlotte Bernigaud**
- **Gaëlle Hirsch**
- **Claire Hotz**
- **Emilie Sbidian**
- **Tu-anh Duong**
- **Françoise Foulet**
- **Nicolas de Prost**
- **Amandine Servy**
- **Nicolas Ortonne**
- **Francoise Botterel**
- **Saskia Oro**
- **Paul Louis Woerther**
- **Jean Winoc Decousser**



H 77 ans
ATCD : BPCO, HTA, SAS appareillé,
Diabète type 2, psoriasis sous DC
Avis pour dermatose prurigineuse
résistante au DC



Gale hyperkératosique

Gale

- Infection parasitaire liée à *sarcoptes scabiei var hominis*
- Prévalence mondiale de 300 millions de cas annuels
- Lésions:
 - Sillons scabieux
 - Vésicules perlées
 - Nodules scabieux
- Touche habituellement les plis des doigts, les autres plis, les fesses, les OGE, les seins.
- Gale hyperkératosique
 - Patients âgés, vivant en collectivité, ID
 - 2 sites de lésions hyperkératosiques



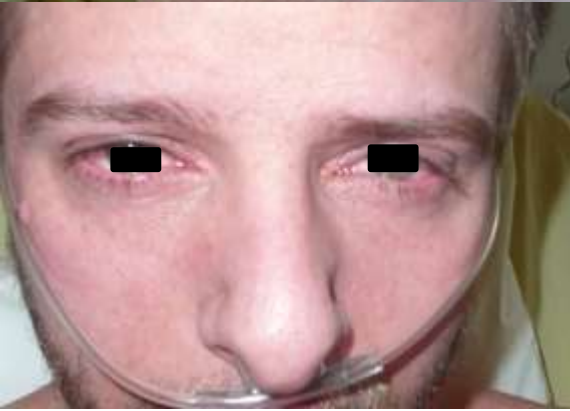
Foulet coll.

Essai contrôlé randomisé

- Gale profuse/hyperkératosique : essai **GALE CRUSTED** (G. Do-Pham *et al*), PHRC 2014 (IVM 2 doses 400 µg/kg vs 200 µg/kg, perméthrine 5% 2 appl dans les 2 groupes)

Pr Chosidow / Dr Bernigaud (01-49-81-21-11, DECT 36809)





H 32 ans, pas d'ATCD

Pas de prise médicamenteuse récente

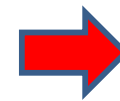
J0 : prurit oculaire + rhinite

J1 : éruption visage puis tronc

J3 : extension de l'exanthème, toux, AEG, 40°C

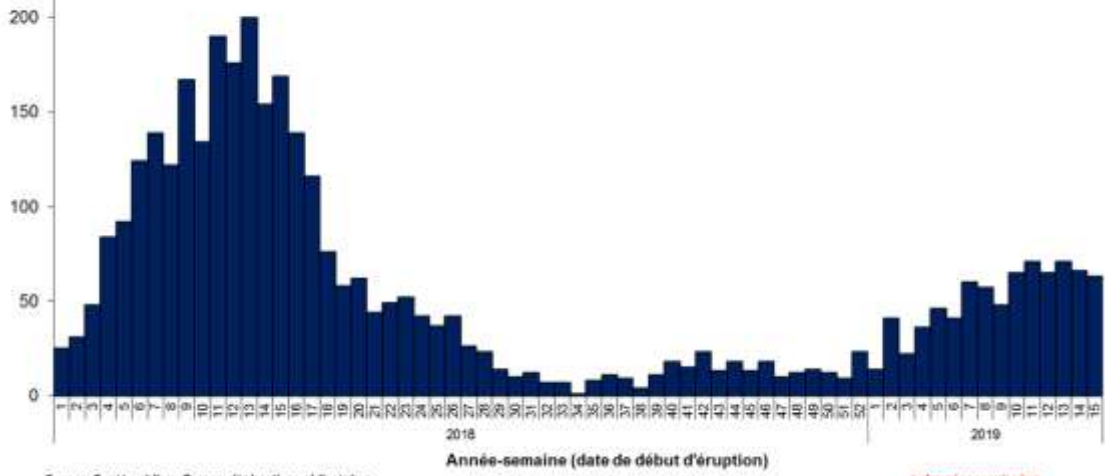
Lymphocytes 190/mm³

ASAT 119, ALAT 93



Rougeole

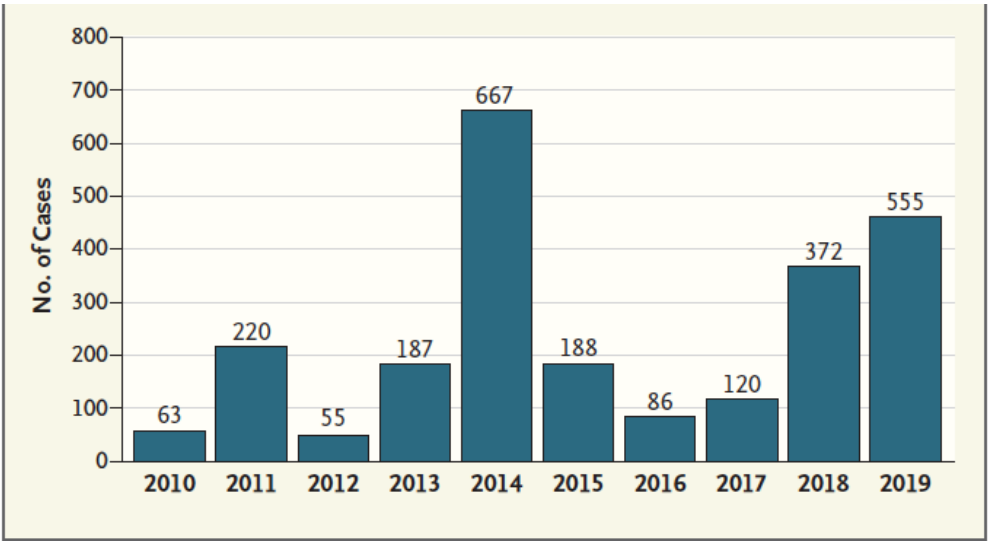
Nombre de cas



Source: Santé publique France, déclarations obligatoires

* données provisoires

*780 cas de rougeole déclarés depuis début 2019
***90 % des cas de rougeole sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés**



Measles Cases in the United States since 2010.

Rougeole

- **Transmission aérienne**
- **Contagiosité+++ (veille des premiers symptômes jusqu'à 5 j après le début de l'éruption)**
- **1ère cause mortalité infantile monde**
- **Clinique**
 - Incubation 10 à 12 j
 - Invasion catarrhe oculo-nasal, fièvre, signes de Köplik
 - Exanthème descendant
- **Complications respiratoires (SDRA) et neurologiques**
- **Diagnostic**
 - Sérologie (IgM et IgG) (délai min 3j)
 - Test salivaire rapide
 - Détection IgM dans la salive ou PCR ARN viral



Rougeole

Vaccination (vaccin vivant atténué)

- 1^{ère} dose à l'âge de 12 mois
- 2^{ème} dose entre 13 et 24 mois
- Si sujets non vaccinés à faire dans les 72 h du contagé

IGIV

- **Dans les 6 jours suivant le contagé**
 - Nourrissons <6 mois nés de mères non immunes
 - Nourrissons de 6 à 11 mois n'ayant pu être vaccinés dans les délais
 - Immunodéprimés et femmes enceintes ne pouvant être vaccinés



H 35 ans

Eruption descendante

Lésions vésiculeuses ombiliquées sur base érythémateuse

Éléments d'âges différents

Atteinte muqueuse

 **Varicelle**

Traitement: ACV IV 10mg/kg toutes les 8 heures

- **Femme enceinte 8 à 10 j avant terme**
- **Nouveau né**
- **ID**
- **Complications viscérales (pneumopathie, hépatite)**

Varicelle

- **Primo-infection VZV**
- **Contage direct : gouttelettes de salive mais également cutané**
- **Incubation 14 jours**

- **Plus sévère chez l'immunodéprimé et l'adulte**
- **Complications**
 - **Enfant : impétiginisation, DHBN-FN, SSSS,**
 - **Adulte : Pneumopathie (>50ans ++, 30% des décès)**

 - **Manifestations neurologiques : ataxie cérébelleuse, méningo-encéphalite, polyradiculonévrite, syndrome de Reye (encéphalopathie, stéatose hépatique, décès dans 80%, favorisé par l'aspirine)**





25 ans
ATCD : 0
Eruption fébrile douloureuse



**Zona-Varicelle révélateur d'une
infection par le VIH**



H, 31 ans

DA depuis l'enfance

Le 08/08 : Apparition de lésions prurigineuses sur le visage.

Le 10/08 : TTT par Prednisone 40mg/j et Tridésnit 2x/jour.

Le 13/08 : Consultation aux urgences pour éruption douloureuse du visage + fièvre.



Kaposi-Juliusberg

Kaposi-Juliusberg

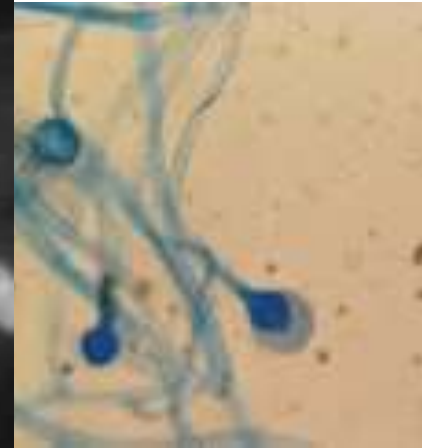
- **Surinfection herpétique d'une dermatose (classiquement DA)**
- **HSV1 ou 2, primo-infection ou récurrence**
- **Clinique:**
 - **AEG, fièvre**
 - **Eruption vésiculo-pustuleuse**
 - **Evolution nécrotique prédominant sur le visage**
- **Confirmation virologique nécessaire**
- **Traitement Aciclovir IV 5 mg/kg x3/j**
- **Traitement de la dermatose sous jacente à distance**

Arboviroses



- **Y penser en cas de symptôme survenant dans les 15 jours d'un retour de voyage d'une zone endémique**

	Zika	Chikungunya	Dengue	West Nile
Infection asymptomatique	75% (d'après les données de l'épidémie de l'île de Yap; à confirmer)	5%	35-50%	60-80%
Fièvre	+	+++	++	+++
Céphalée	+	++	++	++
Arthralgies	++ (petites articulations)	+++ (petites articulations des mains et des pieds)	++	+ (lombalgies)
Eruption cutanée	+++	++	++	++
Conjonctivite	+++	+	+	-
Leucopénie	+	++	+++	±
Thrombopénie	±	+	+++	+
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • Rares syndromes de Guillain-Barré • Suspicion d'association avec une microcéphalie congénitale lors d'infection pendant la grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Rares syndromes de Guillain-Barré, méningoencéphalites, décompensations cardiaque et respiratoire • Arthralgies chroniques dans 30-65% des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dengue sévère avec choc sur fuite plasmatique ou hémorragie sévère 2-4% • Mortalité de 1% 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme neuro-invasive (méningite, encéphalite, paralysie) <1% • Mortalité de <0,1%
Facteurs de risque de complications	Grossesse	Personnes âgées, présence de comorbidités	Infection secondaire par un autre sérotype, enfants	Immunosuppression, diabète, présence de comorbidités



H 52 ans, psoriasis

Hospitalisé en réanimation pour toxicité au MTX (érosions cutanées, pancytopénie, toxicité hépatique et rénale)

J30 apparition de lésions nécrotiques sur zones érosives

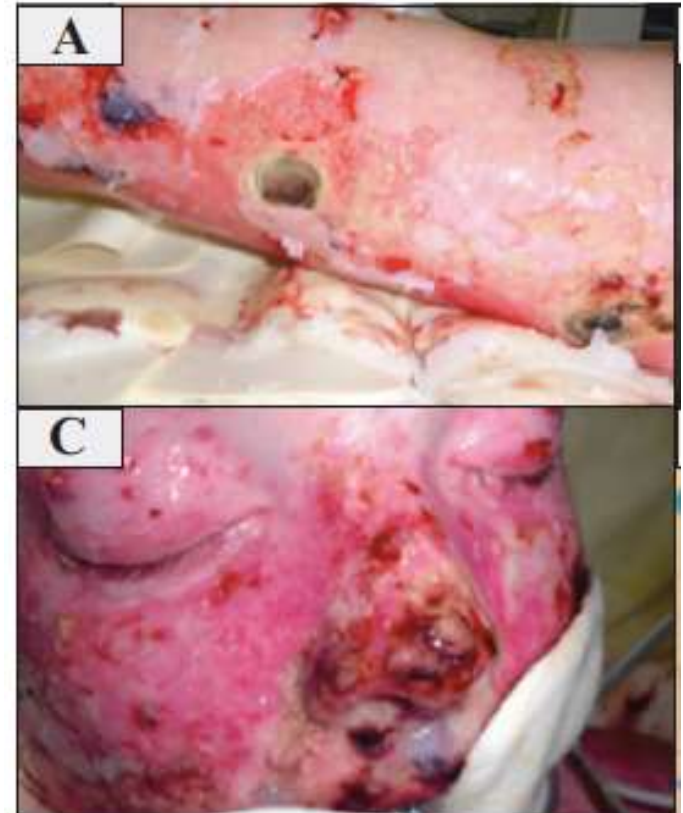
Examen direct biopsie cutanée: filaments rubanés, non septés, irréguliers grandes tailles

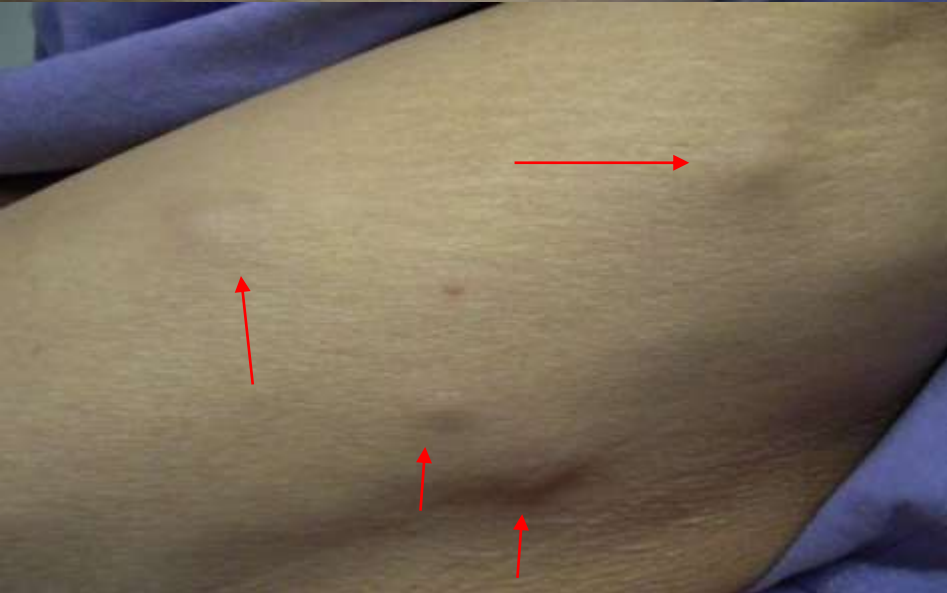


Mucormycose

Mucormycose

- **Formes primitives cutanées :**
 - Immunocompétents
 - peaux lésées (post traumatiques, brûlures, dermatoses érosives)
- **Formes pulmonaires et rhinocérébrales :**
 - Immunodéprimés
 - Mauvais pronostic +++
- **Diagnostic:**
 - Biopsie cutanée: direct, culture et PCR mucorales
 - PCR mucorales sang
- **Traitement :** Chirurgie d'exérèse des tissus nécrosés + amphotéricine B ou isavuconazole





F 58 ans

ATCD:

BPCO

Tri-tronculaire

**Greffe rénale pour
polykystose**

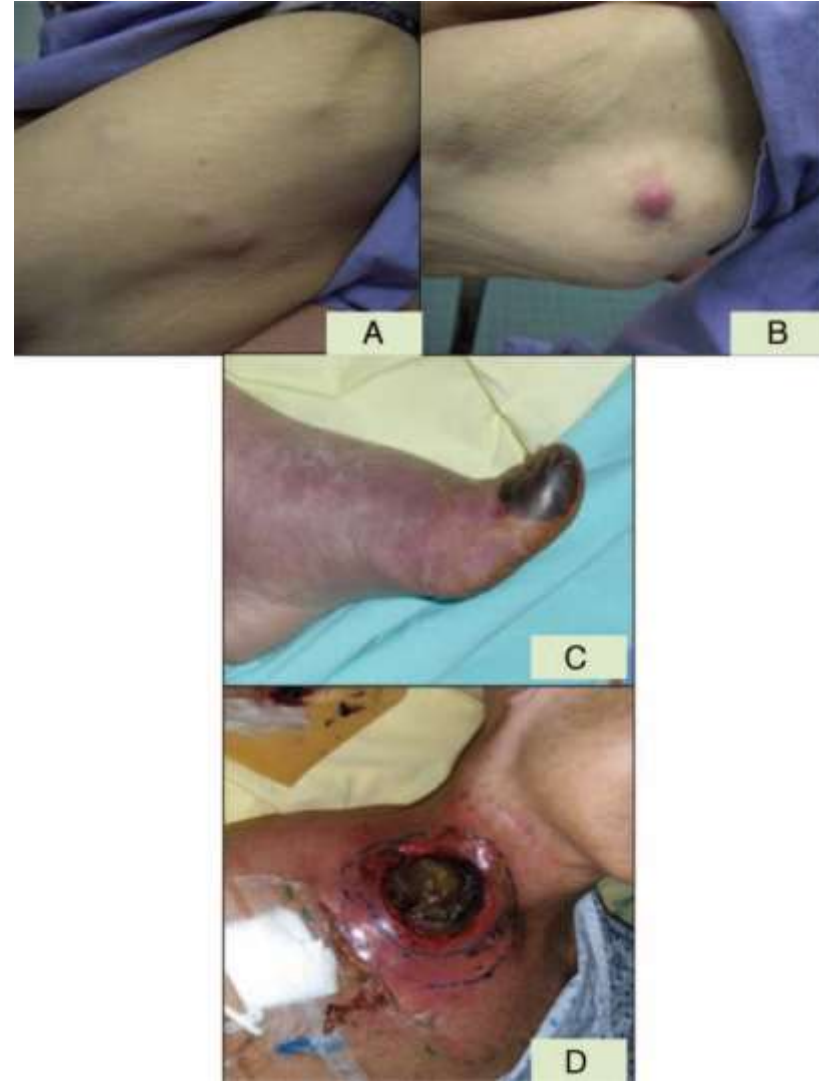
**TT: Cellcept 2 g, Prograf 8 mg/j, CT
15 mg**

**Adressée pour avis sur des nodules
sous-cutanés évoluant depuis les
suites immédiates de la greffe.**

➡ Aspergillose cutanée secondaire

Aspergillose

- Atteinte cutanée rare (1% des AI), souvent inaugural
- Papulo-nodules si aspergillose cutanée secondaire (*A. fumigatus*) (A ET B)/ mauvais pronostic+++
- Plaques nécrotiques si aspergillose cutanée primitive (*A. flavus*) (C et D)
- Biopsie cutanée pour examen mycologique direct (filaments fins, septés), culture et PCR sur biopsie cutanée
- TTT: Chirurgie d'exérèse des tissus nécrosés + voriconazole



Fusariose

- **Terrain:** Immunosuppression profonde
- **Clinique**
 - nodules douloureux ou vésiculo-pustules nécrotique
 - Porte d'entrée cutanée fréquente
 - Rechercher onyxis, périonyxis
- **Pronostic sombre**
 - mortalité : 50% forme disséminée /40% forme cutanée
- **Prévention** : traitement des onyxis chez immunodéprimés



Septicémie à Candida

- **Terrain** : immunosuppression profonde (neutropéniques)
 - Nodules douloureux ou vésiculo-pustules nécrotique
 - Porte d'entrée cutanée fréquente
 - Rechercher onyxis, périonyxis

- **Pronostic sombre mortalité :**

50% forme disséminée

40% forme cutanée

Prévention : traitement des onyxis chez immunodéprimés



- **Biopsie cutanée** pour direct (levures) et mise en culture
- **Hémocultures** (fongémie)