



Auriez-vous prescrit un traitement antibiotique ?

Dr Roquet-Gravy PP

Dermatologue

Maître de stage UCL









Les pyodermites folliculaires folliculites, furoncles, anthrax, Abscès

Toutes ces infections ont en commun l'atteinte bactérienne du follicule pilo-sébacé,

Elles sont provoquées par des bactéries dites **Cocci Gram +** comme le **Staphylocoque Aureus** (SA), mais aussi certains **streptocoques**.

Dans 10% des cas, il existe une variété de staphylocoque résistant à la *Méticilline*, dit communautaire (**SARMC**) très redouté, car multi-résistant

On distingue par ordre de sévérité :

- la **folliculite** qui est une atteinte superficielle du follicule pilo-sébacé. C'est la forme la plus bénigne.
- le **furuncle** qui est une folliculite profonde et nécrosante et douloureuse.
- l'**anthrax** qui est un agglomérat de plusieurs furoncles, toujours dû au staphylocoque Aureus (SA).
- l'**abcès** qui désigne l'amas de pus collecté dans une cavité néoformée résultant de la nécrose de liquéfaction du tissu cutané



Diagnostic et bilan: Folliculites



une mauvaise hygiène, le port de vêtements serrés, l'humidité, le frottement peuvent favoriser leur apparition.

La « *folliculite du spa* » survenant de 8 à 72 h après un bain à bulles et due à *Pseudomonas aeruginosa* se résorbe d'elle-même dans les 7 à 10 jours simplement par une bonne hygiène.



bonne hygiène et l'utilisation de savon

Diagnostic et bilan: Furoncles et Anthrax

Clinique: lésion papulo-nodulaire très inflammatoire évoluant en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon).

Furoncle simple : pas de prélèvement bactériologique

Furoncle compliqué :

Conglomérat de furoncles : anthrax

Multiplication des lésions

Abcédation secondaire

Fièvre

Apparition d'une dermo-hypodermite péri-lésionnelle

➡ prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie





Patient de 48 ans , bonne santé, sans état fébrile
Deux nodules inflammatoires, ulcérés au centre, localisés
sur l'avant-bras droit
L'évolution clinique est défavorable malgré amoxicilline-
acide clavulanique depuis 1 semaine



Patient de 49 ans , bonne santé habituelle
Présence d'une ulcération nécrotique, purulente, d'environ 4 cm de
diamètre, et de trois nodules inflammatoires, suppuratifs et croûteux

 prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie, ET
recherche de la Leucocidine de Panton-Valentine (LPV)

La toxine de PANTON-VALENTINE est une leucotoxine produite par le *Staphylococcus aureus* principalement par la souche MRSA. Elle agit notamment par formation de pores sur les membranes cellulaires des neutrophiles avec libération d'enzymes et formations d'ions superoxydes
Elle est responsable d'infections cutanées et pulmonaires sévères avec une morbidité élevée

Facteur de risque principal: séjour touristique à l'étranger

Mais aussi

- utilisation de drogues i.v.
- activités sportives de groupe (contacts interhumains fréquents)
- séjour en prison ou camp militaire
- homosexualité
- contact rapproché avec des personnes présentant ces facteurs de risque.

Traitement du furoncle simple

- Soins locaux uniquement
 - Pas de manipulation du furoncle (limite le risque de complications)
 - Soins de toilette quotidiens (lavage à l'eau et au savon)
 - Incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux)
 - Protection de la lésion avec un pansement
- Pas d'antibiothérapie (locale ou générale)

Traitement du furoncle compliqué

- Antibiothérapie orale pendant 5j : Flucloxacilline, clindamycine.
Pas d'antibiothérapie locale
- Mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours)
- Chez l'enfant : avis spécialisé (pédiatre hospitalier) car les formes compliquées abcédées sont plus fréquentes

Furunculose



Furonculose

Diagnostic et bilan

- Répétition de furoncles pendant plusieurs mois, voire des années
- Prélèvement bactériologique d'un furoncle avant traitement
- Dépistage du portage de SA au niveau des gîtes bactériens (nez, gorge, anus, périnée)

Traitement

Lors d'une poussée :

antibiothérapie orale: flucloxacilline, clindamycine, mesures d'hygiène et protection des lésions par pansement, douches antiseptiques avec une solution moussante comme savon et comme shampoing (une fois par jour pendant 7 jours).

Après guérison de la poussée :

décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit, et personnes en contact proche).

Protocole de décolonisation

- Utilisation une fois par jour pendant 7 jours d'une solution moussante antiseptique comme savon et comme shampoing
- Mesures d'hygiène corporelle, porter des vêtements propres, changer fréquemment le linge de toilette, non partage du linge
- Application nasale de pommade de mupirocine deux fois par jour pendant 7 jours
- Bains de bouche antiseptiques biquotidiens (adulte et enfant à partir de 6 ans)



Abcès

- Les abcès cutanés primaires sont le plus souvent dus à *S. aureus* .
- Prélèvement bactériologique du pus de l'abcès

- **Traitement**

- Incision/drainage
- ET
 - Antibiothérapie (5 jours)
Flucloxacilline Clindamycine
- Renforcement des mesures d'hygiène



- **La glande mammaire accessoire ou tissu mammaire ectopique** correspond à la présence au niveau de l'aisselle de tissu glandulaire, pouvant ou non être associée à une aréole ou un mamelon.
- Elle peut être unilatérale ou bien bilatérale.
- La formation se fait au cours de l'embryogenèse et apparaît lors du développement de la glande mammaire pendant l'adolescence.
- La glande mammaire accessoire axillaire peut se modifier au cours de variations hormonales



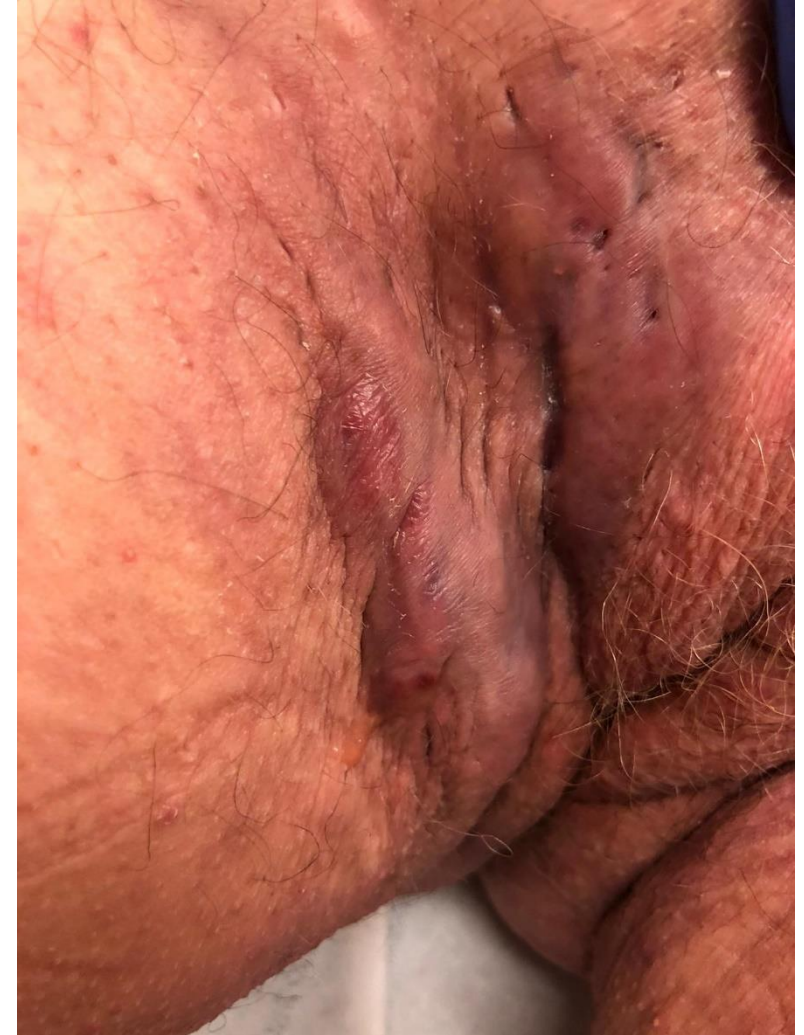












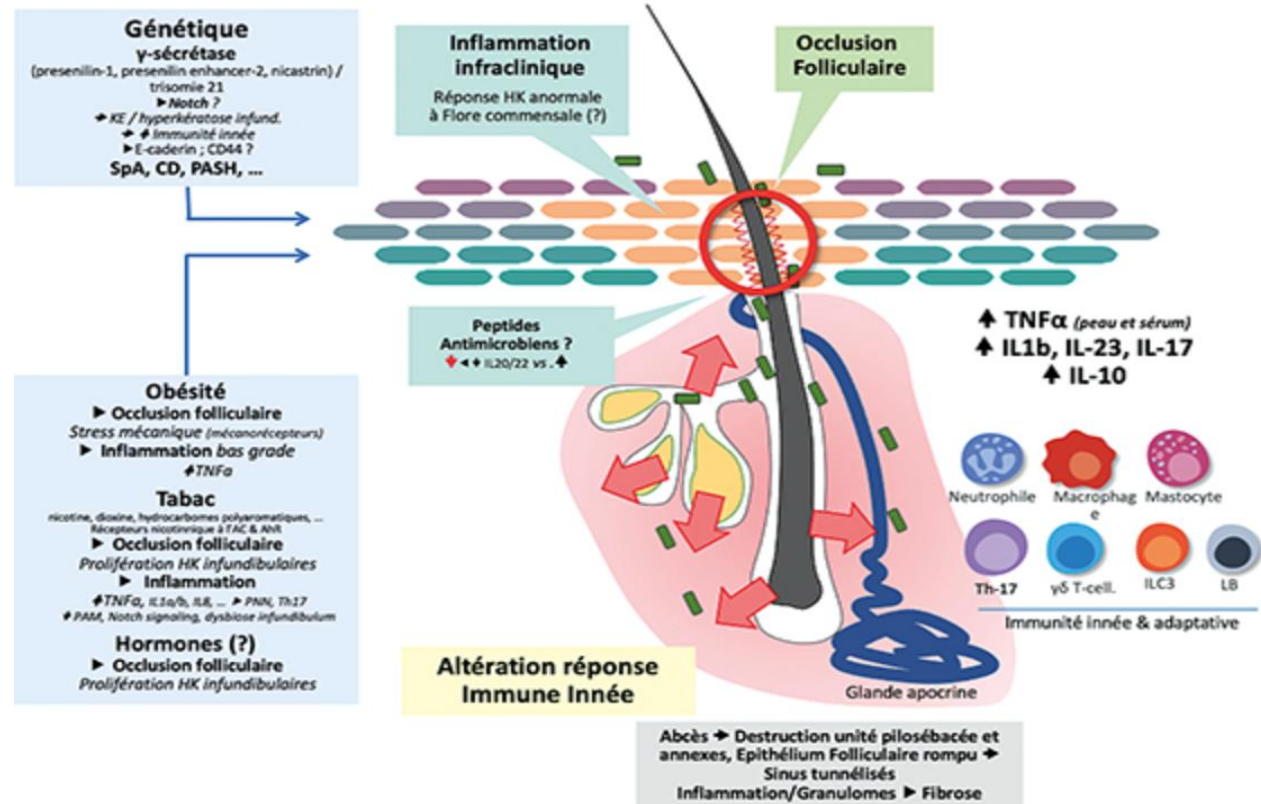
Maladie de Verneuil

- La maladie de Verneuil (MV) ou hidrosadénite suppurée (HS) est une affection commune dont la prévalence est estimée en Belgique à 1 % de la population âgée de plus de 15 ans (1) dont 10 % de formes sévères.
- Il ne s'agit donc pas d'une maladie rare mais elle reste encore mal connue.
- Dans la très grande majorité des cas, la maladie n'apparaît qu'après la puberté.
- Les femmes seraient plus touchées que les hommes avec un sex ratio de 4 pour 1 et une localisation préférentielle au niveau axillaire alors que la localisation ano-périnéale serait plus fréquente chez l'homme.
- La MV représente moins de 5 % de l'ensemble des suppurations ano-périnéales.

Maladie de Verneuil

Sous l'influence de facteurs environnementaux (tabac, obésité notamment), chez des patients qui présentent une susceptibilité génétique, dans le territoire des glandes apocrines (oreilles, seins, zones axillaires, pubiennes, inguinales et ano-périnéales), on observe une hyperkératose des follicules pileux qui va aboutir à une obstruction dans le derme adjacent avec une surinfection. Ceci entraîne une dysrégulation des défenses immunitaires, s'autonomisant dans le derme et aboutissant aux phases successives inflammatoires et suppuratives de la maladie.

Etiopathogénie



Classification de Hurley

- Hurley 1 : abcès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux
- Hurley 2 : abcès récidivants avec fistules et cicatrices – unique ou multiples – lésions non coalescentes
- Hurley 3 : atteinte diffuse avec multiples abcédassions interconnectées et trajets fistuleux

1



2



3



Traitement

- Lors des poussées, on utilisera amoxicilline-acide clavulanique ou des cyclines sur plusieurs mois.
- En seconde ligne, association Clindamycine- Rifadine.
- En cas d'échec ou de formes très sévères, on aura recours aux anti-TNF.alpha ou aux anti-IL 17..
- Dans le cas de lésions suppurées ou de lésions cicatricielles rétractiles, la chirurgie est nécessaire et consiste en une résection ou mise à plat large des lésions. Une cicatrisation dirigée est préférée aux plasties, greffes ou lambeaux
- Mesures hygiéno-diététiques
- ! Association MICI



Hyperthermie persistante sans point d'appel infectieux

Bio:

- Hyperleucocytose neutrophile
- CRP: 60 mg/l
- Bilan hydro-électrolytique, fonction rénale et hépatique: correctes

■ *Evolution:*

Prélèvements microbiologiques: négatifs

Scanner TAP: Pas de foyer infectieux

Antibiothérapie orale prescrite (Amox-Ac Clav)









Pyoderma gangrenosum and Sweet syndrome: the prototypic neutrophilic dermatoses

D. Wallach¹ and M.-D. Vignon-Pennamen^{2,3,4}

¹Médecin (hon). des Hôpitaux, Paris, France

²Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, UMR-S 1165, F-75010 Paris, France

³INSERM, U1165, F-75010 Paris, France

⁴Laboratoire de Pathologie, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, F-75010 Paris, France

Summary

Correspondence

Daniel Wallach.

E-mail: dwallach@noos.fr

Accepted for publication

7 May 2015

Funding sources

None.

Conflicts of interest

None declared.

DOI 10.1111/bjd.13955

Pyoderma gangrenosum, a dramatic ulcerative skin disease, and Sweet syndrome, a papular dermatosis, were described independently. It was subsequently shown that they share many characteristics, including clinical overlap and the frequent association with multisystemic disorders. The group of the neutrophilic dermatoses encompasses these two dermatoses, as well as other conditions having in common an aseptic neutrophilic infiltrate predominating in the epidermis and/or the dermis and/or the subcutis. Some patients also experience neutrophilic infiltrates in other organs, defining the neutrophilic disease. Recent research suggests that the neutrophilic dermatoses could be considered as the cutaneous expression of the autoinflammation, an aberrant hyperproduction of interleukin-1. Autoinflammation is responsible for monogenic diseases, and is also involved in the mechanism of many polygenic conditions, including the neutrophilic dermatoses.

Le *Pyoderma gangrenosum* (PG) constitue une entité clinique méconnue, se présentant classiquement par des ulcérations cutanées inflammatoires et douloureuses, souvent prises à tort pour des lésions infectieuses ou ischémiques. Le diagnostic est de ce fait souvent tardif, après de multiples traitements antibiotiques et chirurgicaux mutilants, avec un risque de séquelles fonctionnelles et esthétiques non négligeable.

La littérature rapporte 45 à 75 % de pathologies associées au PG, avec en moyenne 20–65 % de MICI, 7–30 % de rhumatismes inflammatoires, 3–25 % d'hémopathies, 7–25 % de néoplasies et 25–30 % de diabète de type 2





Le diagnostic de PG doit être évoqué devant tout ulcère nécrotique d'aspect inhabituel, en particulier lorsque les médecins se penchent, perplexes, sur une plaie évoluant défavorablement, malgré des soins optimaux



Dermite/Panniculite de stase/ Lipodermatosclérose

Suspicion de colonisation de plaie chronique, en cas d'association de plusieurs signes suivants :

- une douleur inhabituelle au niveau ou en périphérie de la plaie,
- un arrêt de la cicatrisation, un tissu de granulation friable,
- l'aggravation de la plaie (augmentation rapide de la taille, de l'exsudat, caractère purulent ou nécrotique)
- des signes généraux d'infection

Pas de prélèvement bactériologique systématique

Sauf si suppuration franche ou abcédation : prélèvement du pus avant antibiothérapie

Soins locaux, pas d'antibiotiques, avis spécialisé





Dermo-hypodermites bactériennes

Le diagnostic est **clinique**.

Apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit associé à une fièvre

Rechercher une porte d'entrée cutanée loco-régionale (intertrigo inter orteils,...)

Délimiter au feutre les contours du placard inflammatoire ou réaliser une photographie.



Cellulite et érysipèle

Un traitement antibiotique est toujours recommandé.

En cas de signes systémiques importants d'infection, d'immunosuppression et chez les enfants de moins de 3 ans, l'hospitalisation pour antibiothérapie IV et monitoring est recommandée (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **flucloxacilline**

Enfant : 25-50 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 10 j.

Adulte : 2 g par jour en 4 prises pendant 10 j.

Etant donné la difficulté de faire une différence entre streptocoques et staphylocoques sur base de la clinique, les experts préfèrent recommander l'utilisation de la flucloxacilline. En cas de suspicion clinique d'infection à streptocoques, la pénicilline peut être utilisée. En cas d'amélioration insuffisante après 48 heures, un traitement par flucloxacilline sera initié.

En cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée

- **azithromycine**

Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.

Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 j.

- **clindamycine**

Enfant : 20 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 10 j.

Adulte : 1800 mg par jour en 3 à 4 prises pendant 10 j.







Varicelle de l'adulte

Si non compliquée traitement symptomatique

Si compliquée (pneumopathie ou encéphalopathie) ou sujet immunodéprimé
Aciclovir ou Valaciclovir







Tinea incognita



Impetigo

Impétigo

En cas de lésions limitées, un traitement avec un antibiotique topique (GRADE 1A) est suffisant. En cas de lésions étendues, d'échec du traitement local, d'adénopathies ou de symptômes systémiques, l'utilisation d'antibiotiques per os (GRADE 1C*) est impérative.

En cas d'infections récidivantes fréquentes ou résistantes au traitement ou si plusieurs membres de la famille sont concernés, un échantillon doit être prélevé pour la détection du SARM (staphylocoque doré résistant à la méthicilline) ou du *S. aureus* produisant de la leucocidine de Panton-Valentine (PVL+) (GRADE 1C*). Le choix de l'antibiotique se fait alors sur la base de l'antibiogramme.

En cas de portage du SARM ou de *S. aureus* PVL+, il peut être conseillé de décoloniser le patient et les membres de la famille. Pour plus de détails sur la politique à adopter, voir le chapitre sur *S. aureus* et le SARM.

Traitement antimicrobien local

Premier choix

- **acide fusidique 2%** 2 à 4 applications par jour pendant 7 j.

Si le patient est un porteur connu du SARM*

- **mupirocine 2%** 3 applications par jour pendant 7 j.

La mupirocine est réservée à la décontamination des porteurs de SARM dans les établissements de santé et n'est pas utilisée comme traitement de l'impétigo chez les patients qui ne sont pas connus comme porteurs de SARM.

Traitement antimicrobien oral

Premier choix

- **flucloxacilline**

Enfant : 25-50 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 7 j.

Adulte : 1-2 g par jour en 3 ou 4 prises pendant 7 j.

Alternative

- **céfadroxil**

Enfant : 30 mg/kg par jour en 2 ou 3 prises pendant 7 j.

Adulte : 2 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

- **céfalexine**

Adulte : 1-4 g par jour en 2 à 4 prises pendant 7 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée ou si le patient est un porteur connu du SARM (choix en fonction de l'antibiogramme)

- **azithromycine**

Enfant : 10 mg/kg le premier jour,
puis 5 mg/kg par jour pendant 4 j.

Adulte : 500 mg par jour pendant 3 j.

- **clindamycine**

Enfant : 20 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 7 j.

Adulte : 1800 mg par jour en 3 à 4 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Impétigo. Mesures d'hygiène et souvent mupirocine cutanée. La Revue Prescrire, Février 2018, Tome 38 N° 421
2. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus - 2 juin 2016. Rapport du jury. Texte complet (version longue) https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. Edge, R. and C. Argaez, CADTH Rapid Response Reports, in Topical Antibiotics for Impetigo: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines. 2017, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Copyright (c) 2017 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.: Ottawa (ON).
4. MRSA colonisation (eradicating colonisation in people without active/invasive infection. Bralder, S.F. BMJ Clin Evid, 2011, 2011 : 0923. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217659/>
5. MRSA: treating people with infection. Nathwani D., Davey P. G., and Marwick C. A. BMJ Clin Evid, 2011, 2010 :0922. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217712/>



Tinea incognita

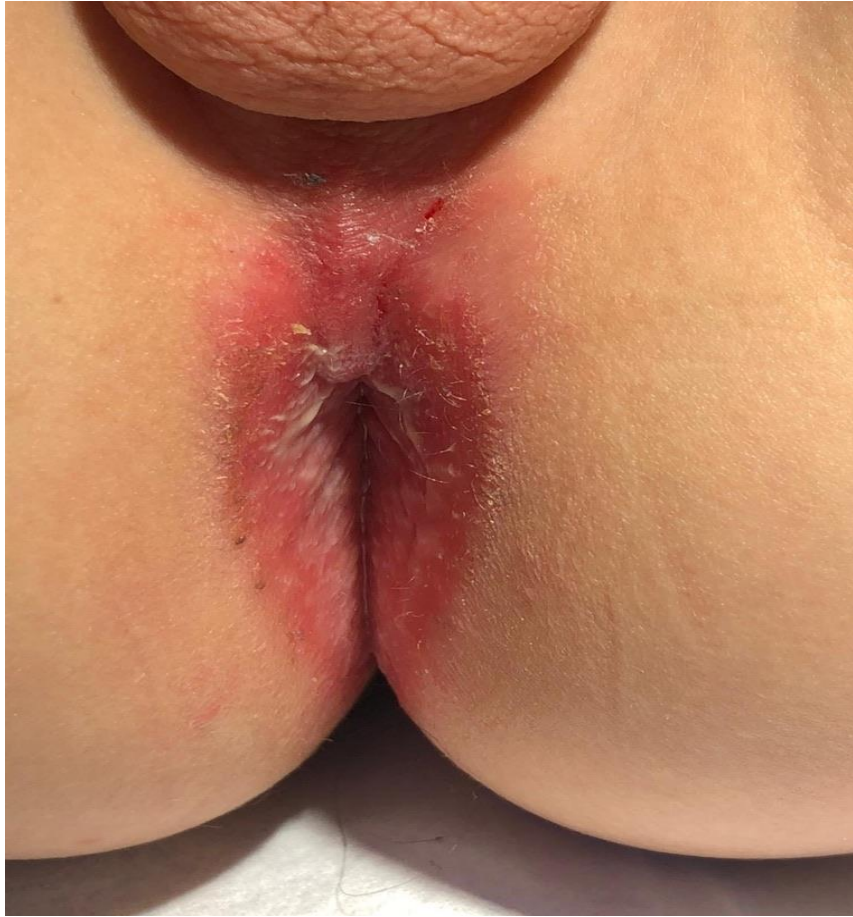
Terbinafine

10-20 kg : 62,5 mg/j

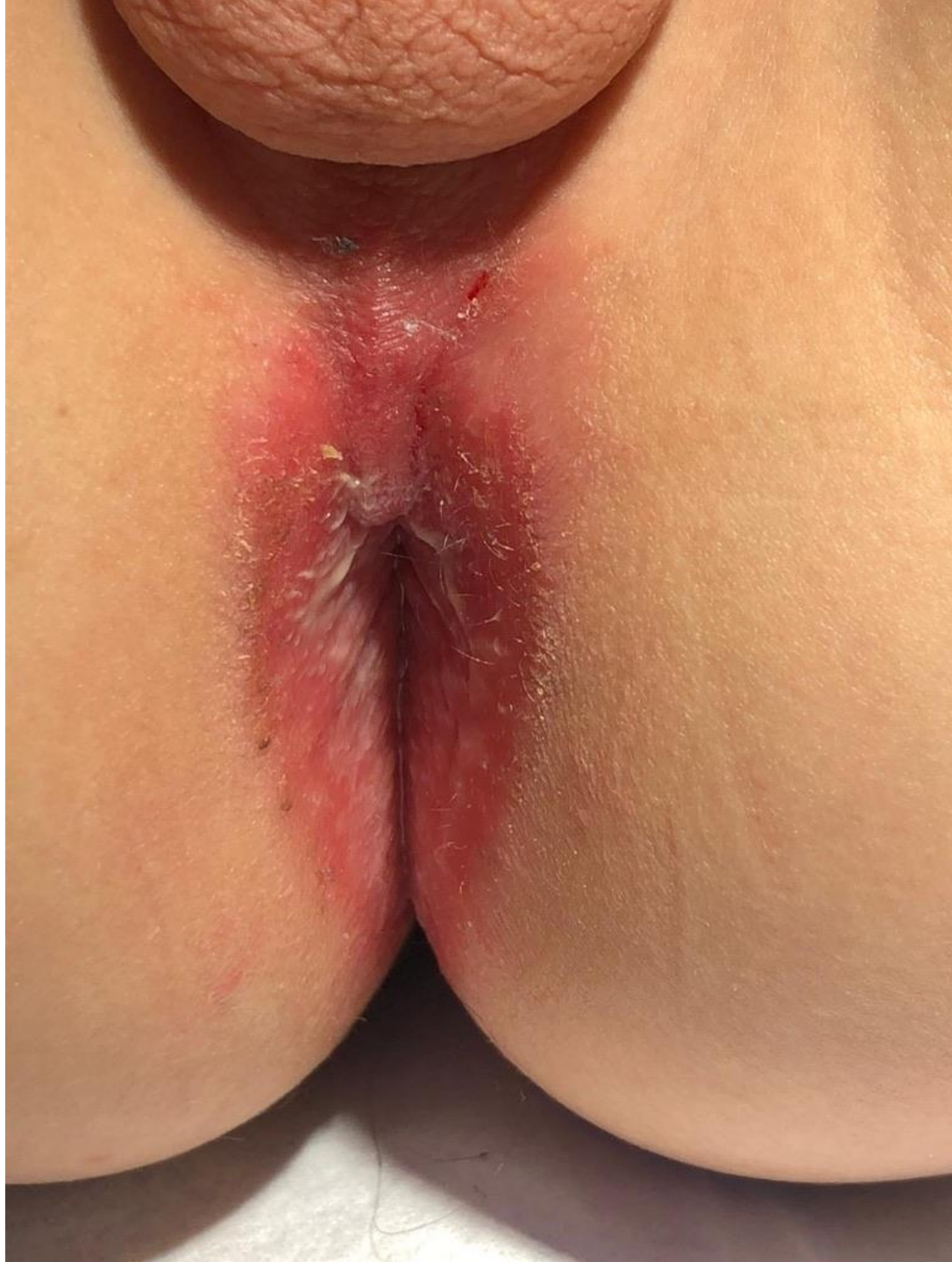
21-40 kg : 125 mg/j

> 40 kg : 250 mg/j





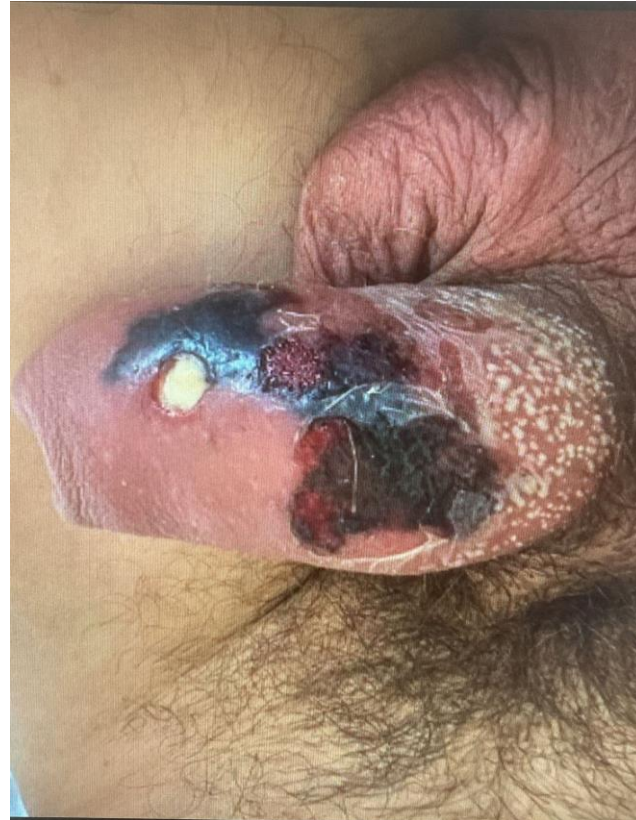
Erythème péréal rouge vif bien limité, douloureux, responsable d'une constipation réflexe. Cette symptomatologie avait été précédée d'une pharyngite fébrile et s'accompagnait d'un impétigo périlabial récent. Un traitement antifongique local était resté inefficace



Devant ce tableau clinique typique, le diagnostic d'anite streptococcique était évoqué et confirmé par la présence dans les prélèvements locaux de streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Un traitement par ampicilline à la posologie de 50 mg/kg et par jour, pendant dix jours, était instauré et permettait une guérison clinique en 48 heures

La reconnaissance de la symptomatologie doit permettre d'évoquer le diagnostic d'anite streptococcique devant *tout érythème périanal rouge vif à limites nettes, parfois associé à un oedème cutané, à un suintement séreux ou séro-hématique*. La mise en place d'un traitement antibiotique oral adapté permet à la fois une guérison rapide et limite le risque de morbidité secondaire (rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique).





Syphilis primaire



ulcère ferme, rond et indolore (un chancre)

- sur les lèvres
- dans la bouche ou la gorge
- dans la région génitale ou anale

! Transitoire 2 à 6 semaines
Peut passer inaperçu

Syphilis secondaire



Syphilis

La syphilis doit toujours être traitée avec des antibiotiques (GRADE 1C*).

La syphilis peut se présenter sous diverses formes. La syphilis latente et primaire peut être traitée par un médecin généraliste. En cas de syphilis secondaire et tertiaire, il faut collaborer avec le spécialiste concerné ou orienter le patient vers ce dernier.

Syphilis primaire : chancre génito-anal (ulcère ano-rectal).

Syphilis secondaire : dissémination systémique avec lésions diffuses de l'épiderme et diverses manifestations aiguës possibles dans plusieurs organes.

Syphilis tertiaire : lésions cutanées de type nodules, plaques ou ulcères, neurosyphilis, syphilis cardiovasculaire.

Syphilis latente : sérologie positive tandis que le patient ne remarque pas (ou plus) de symptômes.

Une distinction est faite entre :

- **Syphilis latente «précoce»** : qui est restée sans traitement pendant moins d'un an.
- **Syphilis latente «tardive»** : qui est restée sans traitement pendant plus d'un an ou qui est d'une durée inconnue.

En cas de syphilis **chez l'enfant**, chez la femme enceinte ou chez les patients atteints du VIH, il est toujours nécessaire - quel que soit le stade de la maladie - de consulter le spécialiste concerné.

La syphilis doit toujours être suivie sur le plan sérologique (RPR ou VDRL) après le traitement.

Les autres IST doivent être systématiquement dépistées. Le(s) partenaire(s) sexuel(s) doit (doivent) également être traité(s) (GRADE 1A).

Envisagez également le dépistage de la syphilis congénitale chez les (jeunes) enfants de mères infectées qui seraient nés dans des circonstances sans garantie suffisante de prise en charge adéquate (GRADE 1C*).

Plus d'informations sur le diagnostic et le suivi des IST et le traitement des partenaires sont disponibles via [l'outil IST](#) du KCE.

Traitement antimicrobien

Syphilis primaire, secondaire et syphilis latente précoce

Premier choix

- **benzathine benzylpenicilline** IM* 2,4 millions d'UI, à 2 endroits différents (un seul jour de traitement).

En cas d'allergie à la pénicilline

- **doxycycline** oral 200 mg par jour en 2 prises pendant 14 j.

Syphilis latente tardive

Premier choix

- **benzathine benzylpenicilline** IM* 2,4 millions d'UI, à 2 endroits différents aux jours 1, 8 et 15.

En cas d'allergie à la pénicilline

- **doxycycline** oral 200 mg par jour en 2 prises pendant 28 j.

* Comme les injections de pénicilline sont très douloureuses, 2 ml de solvant doivent être remplacés par 2 ml de lidocaïne 2 %.

RÉFÉRENCES

1. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 310As. D/2019/10.273/18.
2. Liu, H.-Y., et al., Comparison of efficacy of treatments for early syphilis: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *PLoS one*, 2017. 12(6): p. e0180001-e0180001.
3. Traitements d'une syphilis précoce. *La Revue Prescrire*, Novembre 2017, Tome 37 N° 409.
4. Kingston, M., French, P., Higgins, S., McQuillan, O., Sukthankar, A., Stott, C., Sullivan, A. (2016). UK national guidelines on the management of syphilis 2015. *International journal of STD & AIDS*, 27(6), 421-446. doi:10.1177/0956462415624059
5. NHG - Van Bergen JEAM, D. J., Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. . (2013). Het soa-consult.
6. Bai, Z. G., Wang, B., Yang, K., Tian, J. H., Ma, B., Liu, Y., . . . Li, Y. (2012). Azithromycin versus penicillin G benzathine for early syphilis. *The Cochrane database of systematic reviews*(6), Cd007270. doi:10.1002/14651858.CD007270.pub2
7. Hazra, A., M.W. Collison, and A.M. Davis. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *JAMA*, 2022. 327(9): p. 870-871.

Les prophylaxies pré- et post-exposition (PrEP et PPE)

Lors d'essais cliniques, un comprimé contenant deux médicaments anti-VIH s'est révélé extrêmement efficace pour réduire le risque de transmission du VIH lorsqu'il était utilisé correctement. Lorsqu'on prend des médicaments anti-VIH à titre préventif de cette manière, on parle de prophylaxie pré-exposition (PrEP). La combinaison Emtricitabine/Tenofovir (Emt/Tnf) en prise orale est actuellement le seul médicament dont la composition est reconnue pour la PrEP en Belgique.

Selon les données d'une [récente méta-analyse](#), l'initiation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) est associée à un risque globalement accru de développer une infection sexuellement transmissible (IST) bactérienne quelle qu'elle soit et de certaines en particulier (ex. *Chlamydia*).

Les prophylaxies pré- et post-exposition (PrEP et PPE) pour la syphilis suscitent beaucoup d'intérêt parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

Bien que le risque soit encore inconnu, on craint que si davantage de personnes commencent à prendre de la doxycycline, les souches de chlamydia et de syphilis résistantes aux antibiotiques pourraient devenir plus courantes.

Les diagnostics de VIH en hausse en Belgique

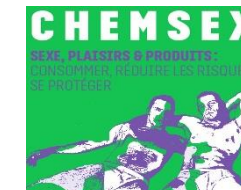


© AFP

Le nombre de diagnostics de VIH (virus de l'immuno-déficience humaine, qui attaque progressivement le système immunitaire) augmente pour la troisième année consécutive dans tous les groupes de population, alerte l'Institut de santé publique Sciensano. L'épidémie de VIH en Belgique n'est donc pas

sous contrôle et des efforts supplémentaires restent nécessaires. En 2023, 665 personnes ont été diagnostiquées avec le VIH en Belgique, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2022. Un peu moins de la moitié de ces diagnostics concernaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), en particulier dans le groupe d'âge des 30-39 ans. Il s'agit d'une augmentation de 16 % par rapport à 2022, qui interrompt la baisse continue observée auparavant chez les HSH belges. L'autre moitié de nouveaux diagnostics de VIH ont été posés chez des personnes hétérosexuelles, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2022. La hausse concerne autant les

hommes que les femmes, mais c'est dans les groupes d'âge de 30 à 49 ans et de plus de 60 ans qu'elle est la plus forte. Le recul de l'usage du préservatif explique en partie cette augmentation. Certaines personnes sont exposées au VIH sans être conscientes du risque qu'elles courent. En outre, bien que l'utilisation de la PrEP (un traitement préventif contre le VIH proposé aux personnes séronégatives fortement exposées au risque d'infection au VIH) chez les HSH continue d'augmenter, l'augmentation du nombre de diagnostics dans ce groupe suggère la persistance de lacunes dans la couverture, souligne encore Sciensano. A-S.L.



Le chemsex, l'usage de substances psychoactives illicites lors de rapports sexuels.

(cocaïne, la méthamphétamine, et l'ecstasy/MDMA, kétamine et GHB)

!! Progression d'heure en heure



une infection locale adjacente
à un point d'entrée



endarterite oblitérante qui
entraîne une nécrose
vasculaire cutanée et
sous-cutanée



nécrose tissulaire secondaire à
l'ischémie locale, mais aussi à
l'effet synergétique de plusieurs
bactéries

(*Escherichia coli*, le bactéroïdès, le protéus,
le staphylocoque et le streptocoque,
le *Pseudomonas* et l'entérocoque)



la nécrose tissulaire
entretient la prolifération
bactérienne.



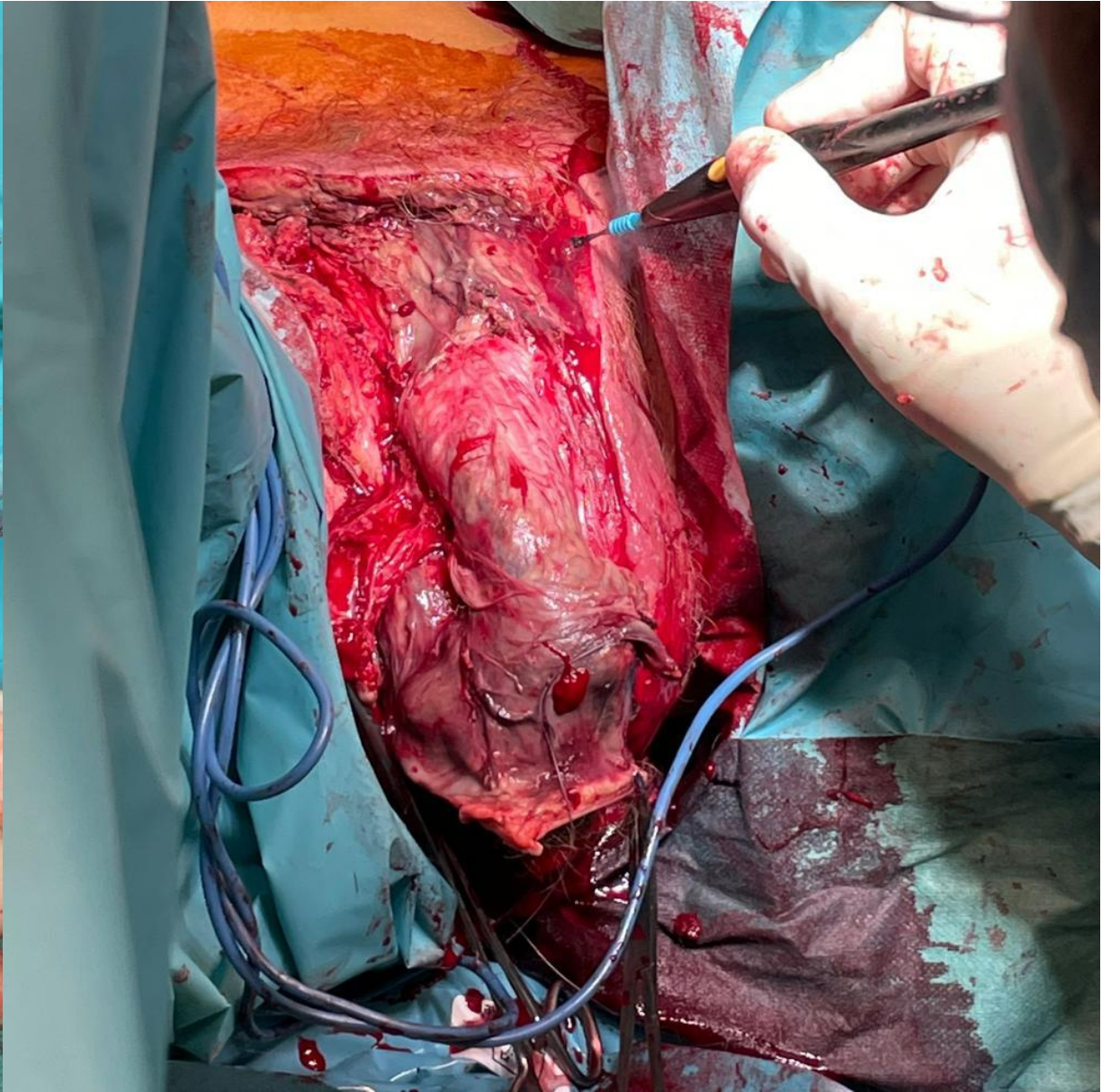
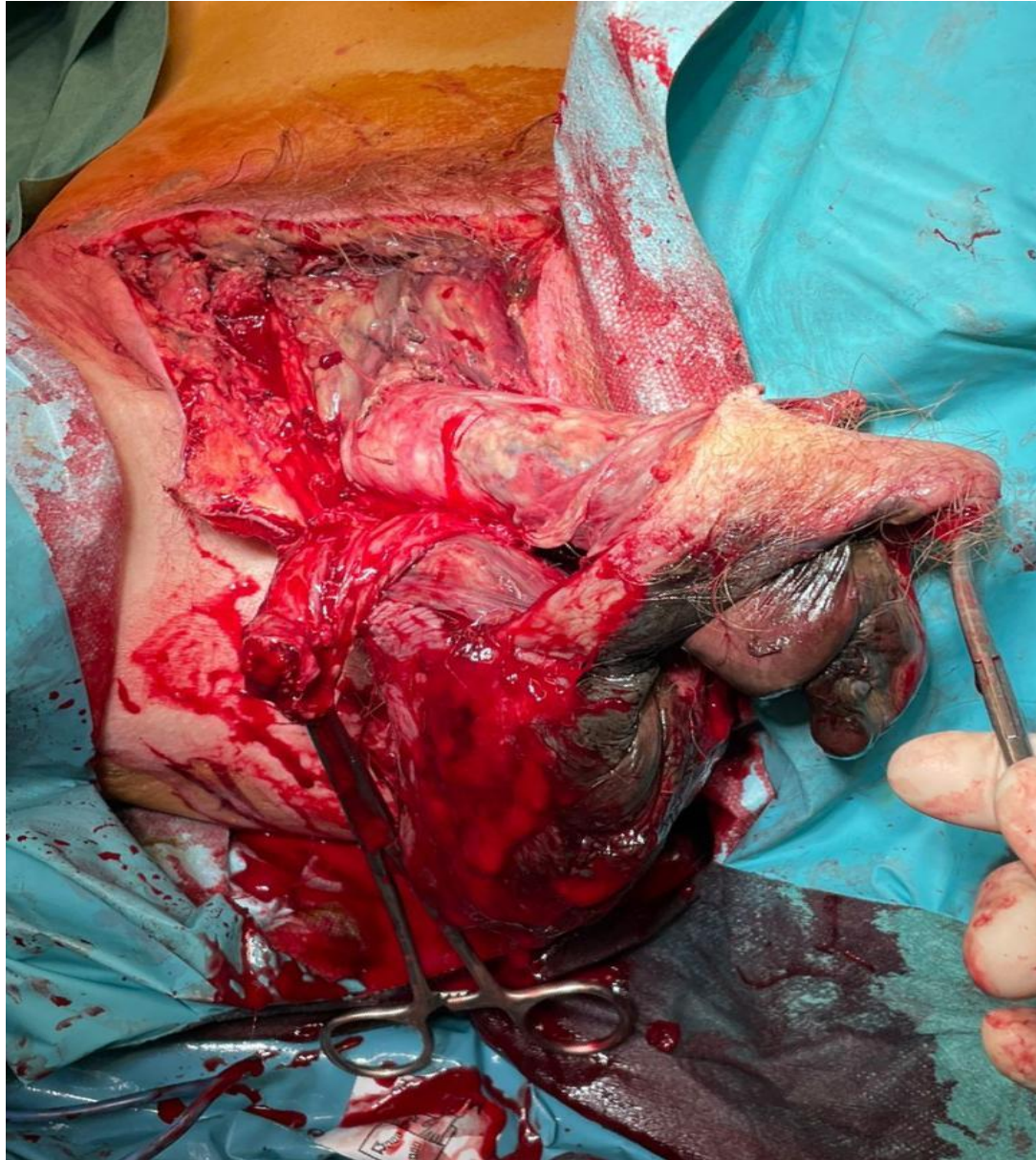
Une urgence chirurgicale dévastatrice : 2 phases

!! Progression d'heure en heure

- la première consiste en un débridement extensif associé à une antibiothérapie parentérale et rééquilibration hydroélectrolytique
- la seconde en une reconstruction plus ou moins complexe, une fois le processus infectieux jugulé.

Traitement médical

une pénicilline pour couvrir les aérobies Gram-positif et le *Clostridium*, une aminoglycoside pour les bactéries Gram-négatif et le métronidazole ou clindamycine pour les anaérobies





lésions fermes ou caoutchouteuses, bien circonscrites, profondes et développent une ombilication



Macules et papules cuivrées non prurigineuses entourées d'une petite collerette desquamative



Après une période d'incubation de 5 ou 6 jours, une petite papule ferme, rouge ou rouge-bleu, s'agrandit pour former un nodule en forme de cible avec un centre rouge, un milieu blanc et une périphérie rouge



Monkeypox



Syphilis



Orf

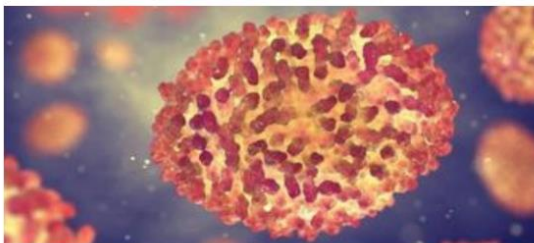


Monkeypox Virus

Manifestations dermatologiques

Groupe MonkeyPeaux
Société Française de Dermatologie

Marie Beylot Barry, Charles Cassius, Olivier Chosidow, Johan Courjon,
Pascal Del Giudice, Nicolas Dupin, Sébastien Fouéré, Florian Herms,
Thomas Hubiche, Gentiane Monsel, Agathe Nouchi



Crédit Photo :
- Service Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Pitié Salpêtrière
- Services de Dermatologie et d'infectiologie, CHU Nice
- Services de Dermatologie et Maladies Infectieuses, CHU Bordeaux

Monkeypox virus : manifestations dermatologiques

Contage

Rapports sexuels (buccal, génital, anal); contact cutané rapproché/intime



3-14 jours

Lésions primaires

Pustules ombiliquées, ulcérations, croûte noire
Adénopathies inflammatoires associées, douloureuses, satellites

Génital

Douleurs, parfois signe d'urétrite (écoulement, brûlures mictionnelles)



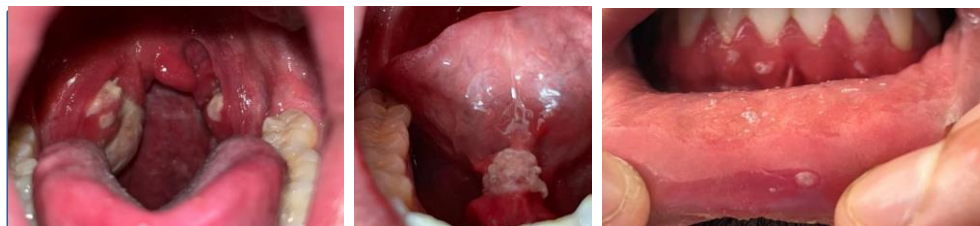
Anal

Signes de rectite : écoulement, douleurs, épreinte, ténésme, faux-besoin



Oropharyngé

Odynophagie, angine ulcéro-nécrotique, érosions buccales

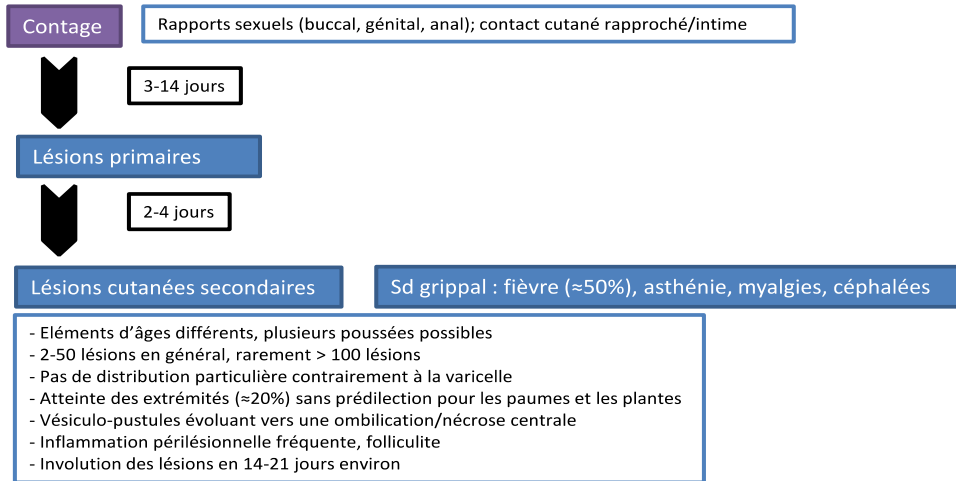


Cutané

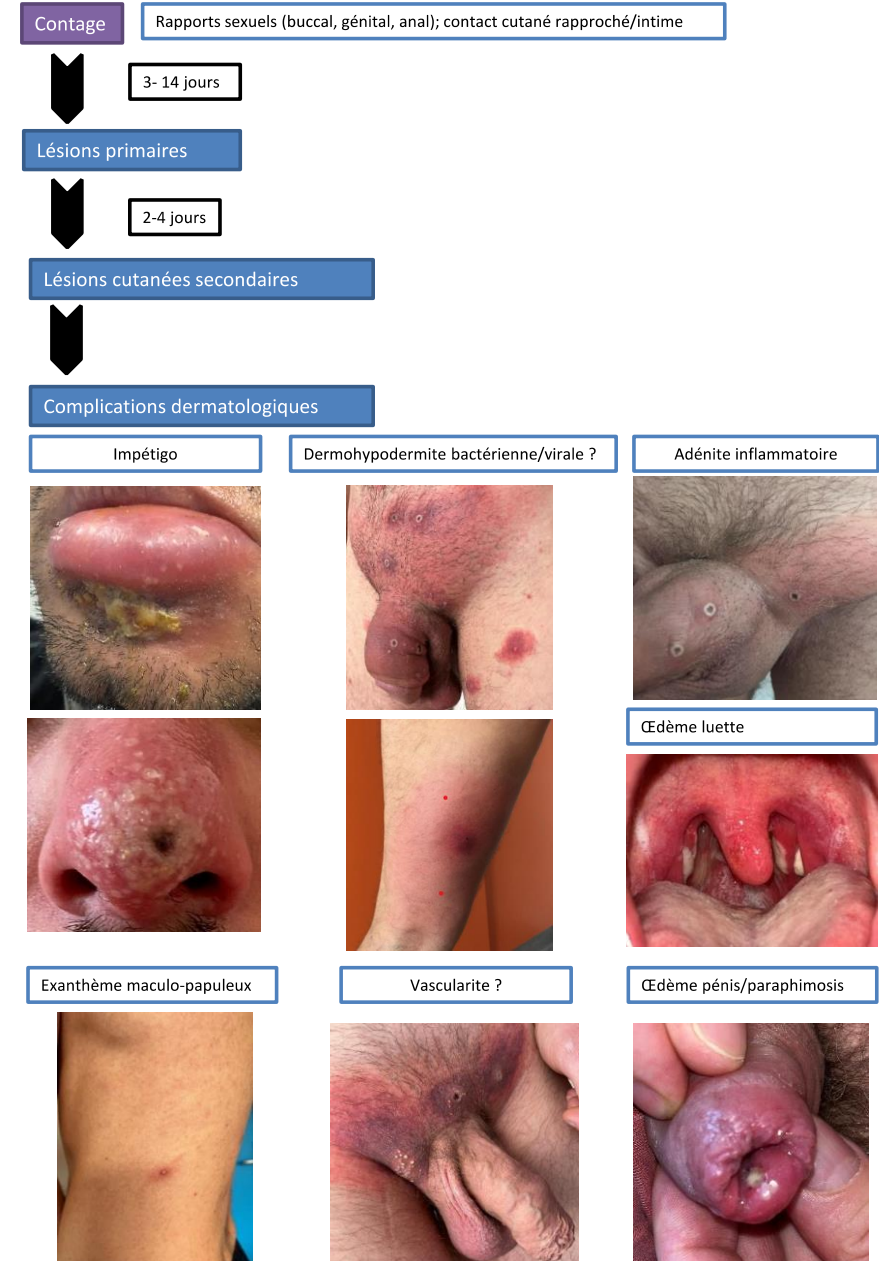
Lésions cutanées primaires : pubis, visage, mamelon...



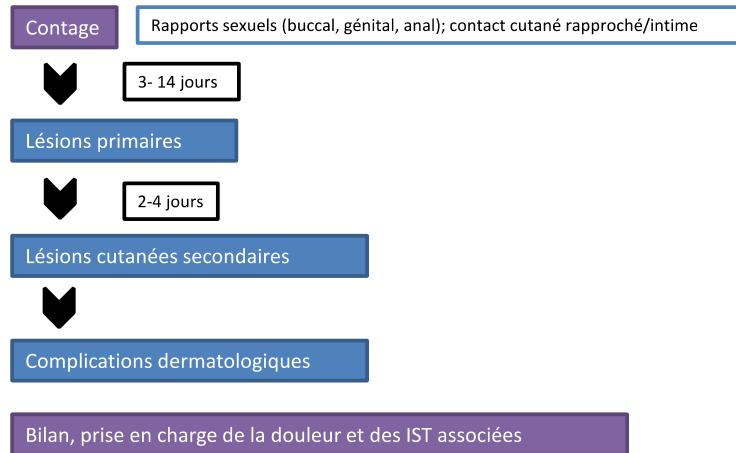
Monkeypox virus : manifestations dermatologiques



Monkeypox virus : manifestations dermatologiques



Monkeypox virus : manifestations dermatologiques



Cas général prise en charge des lésions cutanées/muqueuses simples :

- Lavage eau + savon, rinçage
- Si surinfection possible, antisepsie (Chlorhexidine aqueuse)
- En l'absence de surinfection, application de crème type Dalibour sur les croûtes (Cuivre Zinc - de marques Cicalfate, Cicaplast, Cicabio, Dermalibour...) qui semble améliorer la cicatrisation
- Après les soins friction hydro alcoolique des mains

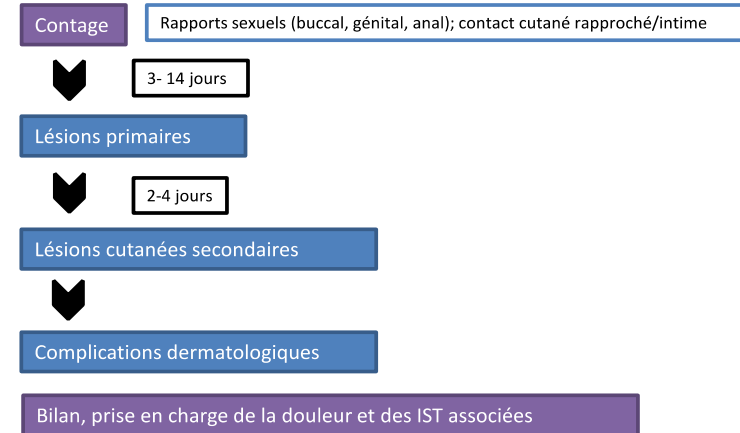
Douleur / Prurit :

- Traitements locaux :
 - Crèmes / Gels anesthésiques topiques (lidocaïne, lidocaïne + prilocaïne)
 - Bains de bouche (bicarbonate de Na, chlorhexidine) bains de siège (bicarbonate de Na, Sels d'Epsom [sulfate de Mg])
- Traitements généraux :
 - Palier 1 : Paracétamol, **PAS D'AINS**
 - Paliers 2 (Tramadol[®], Codeïne – seuls ou associés au paracétamol) et 3 (morphine) si nécessaire (ne pas hésiter dans les formes hyperalgiques)
- Eventuellement anti-histaminiques sédatifs en cas de prurit insomniant

Surinfection simple locale (ne nécessitant pas de parage de la plaie):

- En dehors de la région anale, antibiothérapie ciblant *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus* : Pristinamycine ou Amoxicilline / Ac Clavulanique
- En région anale, nécessité d'une activité antibactérienne sur entérobactéries et anaérobies : Amoxicilline/Ac. Clavulanique

Monkeypox virus : manifestations dermatologiques



Formes syndromiques IST : traitement syndromique

- Problèmes :

- Diagnostic différentiel
- Fréquence des co-infections
- Evolutivité des dispositions techniques et réglementaires locales et nationales :
 - Soit possibilité de faire préalablement les prélèvements locaux adaptés au syndrome
 - Soit impossibilité => ordonnance pour bilan IST à J21 en sortie d'isolement

- Formes urétrales :

- Ceftriaxone / Doxycycline

- Formes ano-rectales :

- Sans lésions cutanées périanales (diagnostic différentiel d'une anorectite ST bactérienne) : Ceftriaxone / Doxycycline
- Avec lésions vésiculo-pustuleuses péri anales (diagnostic différentiel d'une anorectite ST virale) : Valaciclovir

- Formes à type d'ulcération anogénitale ambiguë :

- BPG 2,4 MUI IM +/- Valaciclovir +/- Doxycycline

Dans tous les cas où la contamination sexuelle est certaine ou probable :

RV de suivi en santé sexuelle à l'issue de l'isolement, le cas échéant réalisation à cette occasion des prélèvements IST non faits initialement

Formes compliquées -> avis spécialisé +/- urgent :

- Formes ORL compliquées

- Suppuration, nécrose cutanées complexes

- Dermohypodermite (= cellulite des anglo-saxons) soit spécifique du MKP, soit bactérienne de surinfection

- Autres formes sévères chez immunodéprimés, femmes enceintes et nourrissons (lésions cutanéomuqueuses profuses, méningo-encéphalites, défaillances viscérales)

La variole du singe *ne se transmet pas facilement* et *n'est pas considérée* comme une infection ou une maladie sexuellement transmissible (IST/MST). La transmission par les sécrétions respiratoires semble peu courante. Les patients décrivent généralement avoir eu *un contact physique étroit et soutenu avec d'autres personnes atteintes du virus* :

Contact étroit

La variole du singe peut se transmettre à n'importe qui par contact étroit, personnel, souvent *peau à peau*, notamment :

Contact direct avec une éruption cutanée, des croûtes ou des fluides corporels de la variole du singe provenant d'une personne atteinte de la variole du singe

Toucher des objets, des tissus (vêtements, literie ou serviettes) *et des surfaces* qui ont été utilisés par une personne atteinte de la variole du singe

Contact avec des sécrétions respiratoires

Contact intime

Un contact direct peut se produire lors d'un contact intime, notamment :

Rapports sexuels oraux, anaux et vaginaux ou toucher les parties génitales ou l'anus d'une personne atteinte de la variole du singe

Étreintes, massages et baisers

Contact face à face prolongé

Toucher des tissus et des objets pendant les rapports sexuels qui ont été utilisés par une personne atteinte de la variole du singe et qui n'ont pas été désinfectés, comme la literie, les serviettes, les accessoires fétichistes et les jouets sexuels

La variole du singe et la grossesse

Une personne enceinte peut transmettre le virus à son fœtus par le placenta.

Une personne atteinte de la variole du singe peut la *transmettre* à d'autres personnes *à partir du moment où les symptômes apparaissent jusqu'à ce que l'éruption cutanée soit complètement guérie et qu'une nouvelle couche de peau se soit formée*. La maladie dure généralement 2 à 4 semaines.

TAKE HOME MESSAGES



- Pyodermites simples: pas de surmédicalisation
- Frottis avant antibiothérapie si elle s'impose cliniquement
- Verneuil...Pensez-y
- Une plaie évoluant défavorablement malgré soins optimaux: PG
- La syphilis revient
- Gangrène de Fournier : vite vite
- Monkey Pox: si si ça existe

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



**AVEZ-VOUS DES
QUESTIONS?**