

# Le GrIDIST présente : actualités en infections sexuellement transmissibles

Les « pathologies frontières »

Jean-Noël Dauendorffer  
Hôpital Saint Louis

# Maladie de Kaposi



# 4 types épidémiologiques

- Classique
- Endémique
- Epidémique
- Iatrogène

Un cinquième type? (Nicolas Dupin, 2008)

ORIGINAL ARTICLE

## **A fifth subtype of Kaposi's sarcoma, classic Kaposi's sarcoma in men who have sex with men: a cohort study in Paris**

D. Denis, V. Seta, E. Regnier-Rosencher, N. Kramkimel, J. Chanal, M.-F. Avril, N. Dupin\*

Service de Dermatologie, Hôpital Cochin, APHP, France et Université Paris Descartes, Paris, France

*JEADV* 2018, 32, 1377–1384

- Kaposi classique
- 74 patients
  - dont 64 hommes
  - dont 21 MSM

**Table 3** Comparison between MSM and heterosexual patients and between MSM and heterosexual men: demographic and clinical data

Variables	MSM N = 21	Heterosexual patients N = 53	P	MSM N = 21	Heterosexual men N = 43	P
<b>Sex</b>						
Male	21 (100%)	43 (81.1%)	<b>0.05</b>	21 (100%)	43 (100%)	1
Female	0 (0%)	10 (18.9%)		0 (0%)	0 (0%)	
<b>Age at diagnosis (mean [SD])</b>	63.4 (12.1)	71 (12.2)	<b>0.02</b>	63.4 (12.1)	69.6 (11.7)	0.07
<b>Time between first symptoms and diagnosis (median [IQR])</b>	3 [1–5]	10 [2–39]	0.11	3.2 [1.1–5.4]	10.9 [1.6–44.0]	0.11
<b>Ethnicity</b>						
France	18 (85.7%)	21 (39.6%)	<b>&lt;0.001</b>	18 (85.7%)	19 (44.2%)	<b>&lt;0.001</b>
Mediterranean area	0 (0%)	28 (52.8%)		0 (0%)	21 (48.8%)	
Eastern Europe	1 (4.8%)	3 (5.7%)		1 (4.8%)	2 (4.7%)	
Other countries	2 (9.5%)	1 (1.9%)		2 (9.5%)	1 (2.3%)	
<b>Stays in endemic countries more than one year</b>	6 (28.6%)	33 (62.3%)	<b>0.009</b>	6 (28.6%)	25 (58.1%)	<b>0.03</b>
<b>Immunosuppressive drugs</b>	3 (14.3%)	21 (39.6%)	<b>0.04</b>	3 (14.3%)	18 (41.9%)	<b>0.03</b>
<b>Characteristics of the disease</b>						
<b>Kriegel score</b>						
I	18 (85.7%)	31 (58.5%)	<b>0.04</b>	18 (85.7%)	27 (62.8%)	0.06
II	1 (4.8%)	11 (20.7%)		1 (4.8%)	7 (16.3%)	
III	2 (9.5%)	8 (15.1%)		2 (9.5%)	6 (14.0%)	
IV	0 (0%)	3 (5.7%)		0 (0%)	3 (7.0%)	
<b>Number of cutaneous lesions</b>						
<5	14 (66.7%)	15 (28.3%)	<b>0.03</b>	14 (66.7%)	12 (27.9%)	<b>0.03</b>
5–20	4 (19.0%)	20 (37.7%)		4 (19.0%)	17 (39.5%)	
20–50	2 (9.5%)	13 (24.5%)		2 (9.5%)	11 (25.6%)	
>50	1 (4.8%)	5 (9.5%)		1 (4.8%)	3 (7.0%)	
Genital mucosa	4 (19.0%)	3 (5.8%)	0.10	4 (19.0%)	2 (4.7%)	0.09

# 5 types épidémiologiques

- Classique
- Endémique
- Epidémique
- Iatrogène
- **Kaposi HSH VIH-**
  - Patients plus jeunes, origine française
  - Maladie moins sévère
    - Moins de lymphoedème
    - Moins de lésions cutanées
  - Plus de lésions génitales

# 5 types épidémiologiques

- Classique
- Endémique
- Epidémique
- Iatrogène
- **Kaposi HSH VIH-**
  - Patients plus jeunes, origine française
  - Maladie moins sévère
  - Moins de lymphoedème
  - Moins de lésions cutanées
  - Plus de lésions génitales

**Transmission salivaire (« deep-kissing », sexe oro-anal)**

# Maladie de Kaposi épidémique

## rapport Morlat 2017

- Recherche de localisation profonde
  - TDM thoraco-abdominal systématique
  - Endoscopie digestive haute et basse +/-
- Sérologie et CV HHV8 ?
- Traitement
  - Traitement ARV
  - Chimiothérapie : anthracyclines liposomales, taxanes
  - IFN alpha
  - Radiothérapie
  - Cryothérapie, laser, chimio intralésionnelle (bléomycine), alitrétinoïne (Panretin<sup>®</sup> gel 0,1%)



# Recommandations européennes

	Classic KS	AIDS associated KS	Iatrogenic KS
Clinical examination	++	++	++
HIV serology	++	++	++
Standard blood test	++	++	++
HHV8 viremia	-	+/-	+/-
CD4 count	-	++	+
Histology	++	++	++
Chest X-Ray	+	+	+
Abdominal US	+	-	-
Total Body CT scan	+/-	++	++
Bonchoscopy	-	+/-	+/-
GI endoscopy	-	+/-	+/-

# Erysipèle péno-scrotal



Case report

Local infections after oral sex

*Complications infectieuses locales après fellation*

A. Froissart<sup>a,\*</sup>, V. Martinez<sup>b</sup>, S. Jaureguiberry<sup>a</sup>, F. Caby<sup>a</sup>, F. Bricaire<sup>a</sup>, E. Caumes<sup>a</sup>

- 2 patients / infection génitale
  - Érysipèle du pubis
  - Erosions du gland + ADP
- Après sexe oral « traumatisant »





Erysipèle du pénis à *Haemophilus parainfluenzae* sur rupture du frein

# Herpes pseudotumoral



# Recalcitrant Pseudotumoral Anogenital Herpes Simplex Virus Type 2 in HIV-Infected Patients: Evidence for Predominant B-Lymphoplasmocytic Infiltration and Immunomodulators as Effective Therapeutic Strategy

Emilie Sbidian,<sup>1</sup> Maxime Battistella,<sup>2,a</sup> Jérôme LeGoff,<sup>3,4,a</sup> Matthieu Lafaurie,<sup>5</sup> Maud Bézier,<sup>6</sup> Félix Agbalika,<sup>3,4</sup> François Simon,<sup>3,4</sup> Fabrice Bouscarat,<sup>8</sup> Jean-Michel Cayuela,<sup>7</sup> Guislaine Carcelain,<sup>10</sup> Nadira Houhou,<sup>9</sup> Martine Bagot,<sup>6</sup> Jean Michel Molina,<sup>5</sup> Michel Janier,<sup>6</sup> and Hervé Bachelez<sup>6,11</sup>

1648 • CID 2013:57 (1 December) • HIV/AIDS

**Table 1. Demographic Characteristics, HIV-1 History, and Immunologic and Virologic Status in 10 HIV-Infected Patients With Pseudotumoral Herpes Simplex Virus Type 2 Infection**

Variable	Value
Sex, male/female, No.	6/4
Age, y, median <sup>a</sup> (range)	49.5 (34–70)
Race/ethnicity, No.	
White	2
Black	<u>7</u>
North African	1
CDC stage <sup>a</sup> , No.	
A	1
B	1
C	8

Time between diagnosis of HIV infection and skin symptoms, y, median (range)	4.5 (0–16)
Prior antiretroviral therapy <sup>a</sup> , No.	
None	1
HAART	<u>9</u>
Peripheral blood cell count, cells/ $\mu$ L, median <sup>a</sup> (range)	
Lymphocytes	2350 (1400–4040)
CD3 <sup>+</sup> CD4 <sup>+</sup>	<u>480.5 (165–632)</u>
CD3 <sup>+</sup> CD8 <sup>+</sup>	906.5 (520–1971)
Ratio CD4/CD8	0.5 (0.2–1.4)
HIV-1 RNA, log <sub>10</sub> , median (range)	<u>Undetectable</u>

# Herpès pseudo-tumoral

- VIH(+) bien contrôlé sur le plan immunovirologique (# herpès délabrant des immunodéprimés)
- Afrique sub-tropicale
- HSV2, souvent ACV-R (mutation de la thymidine kinase (TK))
- Traitement : Zelitrex (2-3g/j), Foscavir IV, Cidofovir IV, Aldara, thalidomide 50-100 mg/j



## Case Report

# Leflunomide in the Treatment of a Pseudotumoral Genital Herpes Simplex Virus Infection in an HIV Patient

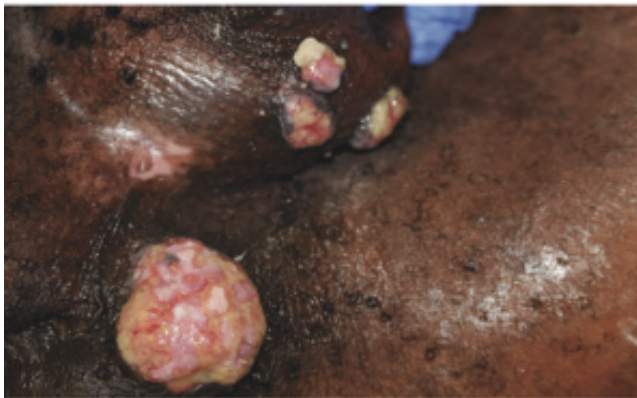
Marie R. Roger<sup>1</sup> and Gregory M. Anstead<sup>2,3</sup>

Hindawi

Case Reports in Infectious Diseases

Volume 2017, Article ID 1589356, 5 pages

<http://dx.doi.org/10.1155/2017/1589356>



J0



J11

Afro-américain de 52 ans

HIV+ HART

CV (-)

CD4 399/mm<sup>3</sup>

Echec : valaciclovir

          imiquimod

          cidofovir

          foscarnet

Leflunomide 20mg x 2/j

# Image Gallery: Lenalidomide for the treatment of pseudotumoral herpes simplex virus type 2 infection in human immunodeficiency virus infection

British Journal of Dermatology (2018) 178, ppe63

<sup>1</sup>Department of Dermatology, AP-HP  
Hôpital Saint-Louis, Paris, France

<sup>2</sup>Sorbonne Paris Cité Université Paris  
Diderot, Paris, France

<sup>3</sup>Department of Pathology, AP-HP Hôpital

J. GOTTLIEB<sup>1</sup>

M. JANIER<sup>1</sup>

M. BATTISTELLA<sup>2,3,4</sup>

H. BACHELEZ<sup>1,2,5</sup>



62 ans, VIH+, CV(-), CD4 619/mm<sup>3</sup>

Antiherpétiques : échec

Thalidomide : neurotoxicité

Lénalidomide

RC en 6 mois

# Tumeur de Buschke-Lowenstein



# La tumeur de Buschke-Lowenstein = condylome géant

- +/- HPV non oncogènes 6 et 11
- Diagnostics différentiels
  - Condylome
  - Carcinome épidermoïde
- Evolution
  - Surinfection
  - Envahissement en profondeur
  - Transformation en CE => métastases

# Prise en charge

- Chirurgie après bilan d'extension puis surveillance
- à discuter en RCP (IFNa intra-lésionnel ou systémique, chimiothérapie, acitrétine, imiquimod, radiothérapie, vaporisation laser)

## CASE REPORT

# Giant condyloma acuminatum of the vulva: Successful management with imiquimod



Vanessa Combaud, MD,<sup>a</sup> Caroline Verhaeghe, MD,<sup>a</sup> Hady El Hachem, MD, MSc,<sup>b</sup>  
Guillaume Legendre, MD, PhD,<sup>a</sup> Philippe Descamps, MD,<sup>a</sup> Ludovic Martin, MD, PhD,<sup>c</sup> and  
Pierre-Emmanuel Bouet, MD, MSc<sup>a</sup>  
*Angers, France, and Beirut, Lebanon*



**Fig 1.** GCA of the vulva upon presentation.

JAAD CASE REPORTS  
VOLUME 4, NUMBER 7

2018

Imiquimod 5% 12h/j 6 mois



**Fig 4.** Complete regression after 6 months of imiquimod treatment.

# Néoplasies intra-épithéliales (HPV-induites)



# Evolution de la terminologie 2015-2016

Maladie de Bowen  
Erythroplasie de Queyrat  
Papulose bowénoïde



NIE bowénoïde, classique,  
indifférenciée, de type commun  
Carcinome *in situ*

NIE différenciée

HSIL  
High Grade Squamous IntraEpithelial Lesions

LAST 2013 <sup>(1)</sup>  
Lower Anogenital Squamous Terminology

HSIL  
High Grade Squamous IntraEpithelial Lesions

ISSVD 2015 <sup>(2)</sup>

NIE différenciée  
Differentiated-type VIN = DVIN

NIE HPV-induite

OMS 2016 <sup>(3)</sup>

NIE différenciée

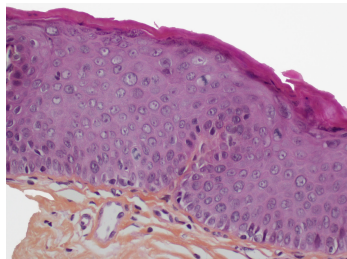
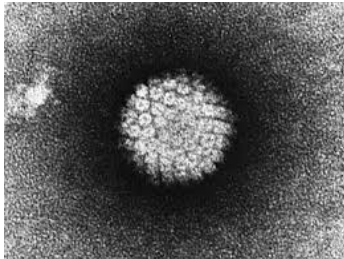
- (1) Darragh et al. *J Cutan Pathol* 2013;32:76-115.
- (2) Bornstein et al. *J Low Gen Tract Dis* 2016;20:11-14.
- (3) Moch et al. *Eur Urol* 2016 ;70 :93-105



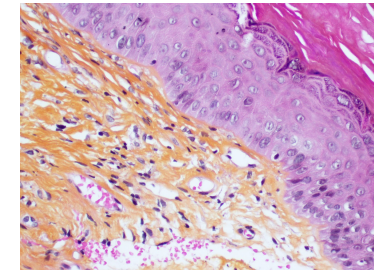
# Classification OMS 2016 des NIE du pénis

(PIN = Penile IntraEpithelial Neoplasia)

NIE HPV-induite



NIE différenciée



Maladie de Bowen

Papulose bowénoïde



CE condylomateux  
CE basaloïde

CE classique

# Classification ISSVD 2016 des NIE vulvaires

(VIN = Vulval IntraEpithelial Neoplasia)

**Table 1** Evolution of the ISSVD terminology

2016 European guidelines for the management of vulval conditions.

Friedrich (1976) <sup>126</sup>	Wilkinson <i>et al.</i> (1986) <sup>127</sup>	Sideri <i>et al.</i> (2005) <sup>128</sup>	Bornstein <i>et al.</i> (2016) <sup>125</sup>
Vulval atypia	VIN 1	Flat condyloma or HPV effect	LSIL
A. without dystrophy	Vin 2	VIN, usual type	HSIL
B. with dystrophy			
Squamous carcinoma in situ	VIN 3	VIN usual type	HSIL
	Differentiated VIN	VIN differentiated type	DVIN, differentiated-type VIN

~~NIE HPV-induite~~

**DVIN**  
***Differentiated-type VIN***

**HSIL**  
***High-grade squamous  
intra epithelial lesion***