



**GR/IDIST**  
GROUPE INFECTIOLOGIE DERMATOLOGIQUE ET INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

ACTUALITES BIBLIOGRAPHIQUE EN MALADIES INFECTIEUSES

Numéro 27 – Mars 2026

**Auteurs :** Margot Lehericey, Agathe Nouchi, Romain Blaizot, Camille Hua, Jonathan Krygier et Antoine Bertolotti pour le GrIDIST

**Nombre de mots :** 6131

**Préambule :** La veille bibliographique du GrIDIST a pour vocation d'apporter des nouveautés clinique, physiopathologique, diagnostique et thérapeutique sur les maladies infectieuses dermatologiques et vénériennes. Voici une sélection d'articles du 1<sup>er</sup> trimestre 2026.

### **Bactériémie dans les dermo-hypodermes: des hémocultures à réserver aux patients à risque**

La dermo-hypodermite est une infection cutanée fréquente, principalement due aux streptocoques  $\beta$ -hémolytiques et à *Staphylococcus aureus*. La réalisation d'hémocultures dans ce contexte reste débattue, leur rendement étant généralement faible dans les formes non compliquées. Aaltonen et al.[1] ont conduit une étude rétrospective basée sur les dossiers électroniques de patients adultes pris en charge pour dermo-hypodermite dans les consultations de soins secondaires de l'hôpital universitaire d'Oulu (Finlande) entre 2019 et 2023, afin d'identifier les facteurs associés à la bactériémie.

Au total, 905 épisodes de dermo-hypodermes ont été identifiés, dont 790 (87,3%) avec hémocultures. Une bactériémie était détectée dans 11,5% des patients ayant eu des hémocultures. Les germes les plus fréquemment isolés étaient *Streptococcus spp.* (49,5%), majoritairement des streptocoques  $\beta$ -hémolytiques des groupes C ou G, suivis par *Staphylococcus spp.* (30,8%), principalement *Staphylococcus aureus*. Des symptômes systémiques au diagnostic, un taux de CRP  $\geq 150$  mg/L, la présence d'une complication locale nécessitant une évaluation chirurgicale ainsi que la consommation de drogues intraveineuses étaient significativement associés à la bactériémie. Après ajustement, le facteur le plus fortement associé à la bactériémie était l'usage de drogues intraveineuses (aOR=7.92; IC95% 3.42–19.18), suivi d'une CRP  $\geq 150$  mg/L, de l'âge avancé et d'une localisation de la dermo-hypodermite au pied ou à la cheville.

Ces résultats suggèrent que la bactériémie au cours des dermo-hypodermes reste relativement peu fréquente et concerne surtout des patients présentant des signes de gravité ou certains facteurs de risque.

*Cette étude renforce l'idée que les hémocultures ne doivent pas être réalisées systématiquement dans les dermo-hypodermes et plaide pour une stratégie ciblée chez les patients à risque de bactériémie. A noter que la définition des symptômes systémiques ne comprenait que la présence de fièvre ou de nausées lors du diagnostic.*

## **Excrétion muqueuse de *Treponema pallidum*: un argument en faveur d'une transmission silencieuse précoce de la syphilis**

La syphilis continue de progresser dans les pays occidentaux, en particulier chez les HSH. Des travaux récents [2,3] suggèrent que sa transmission pourrait être favorisée par une excrétion muqueuse asymptomatique de *Treponema pallidum*. Salle et al.[4] ont réalisé une sous-analyse de l'essai français DOXYVAC (essai randomisé évaluant la prophylaxie post-exposition par doxycycline pour prévenir certaines IST bactériennes chez les HSH) afin d'évaluer, par PCR quantitative, la présence de *T. pallidum* sur des prélèvements pharyngés et anaux réalisés lors du suivi des participants. Ces prélèvements, initialement collectés dans le cadre du dépistage de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, ont été analysés rétrospectivement par PCR tréponémique chez les patients ayant présenté un épisode incident de syphilis.

Parmi les 556 participants inclus dans l'étude, 43 patients ont présenté 44 épisodes de syphilis. Un site PCR positif était retrouvé dans 11 épisodes (25%), dont neuf dans le groupe sans doxycycline post-exposition et deux dans le groupe doxycycline post-exposition. Huit prélèvements avaient été réalisés lors du diagnostic, deux lors de la visite 2-3 mois précédant le diagnostic et un lors de la visite de suivi. Au total, 8 prélèvements anaux et 6 prélèvements oraux étaient positifs. Les cas PCR positifs étaient plus souvent associés à une positivité du VDRL et à des titres plus élevés, suggérant une infection plus active ( $p > 0,05$ ). Parmi les échantillons amplifiables, aucune mutation de résistance à la doxycycline n'était détectée, tandis que 75% présentaient des mutations de résistance à l'azithromycine. Ces résultats suggèrent qu'une excrétion muqueuse asymptomatique de *T. pallidum* peut précéder de plusieurs mois le diagnostic sérologique de syphilis et contribuer à sa transmission.

*Cette étude apporte un éclairage intéressant sur la possibilité d'une transmission de la syphilis à partir de sites extra-génitaux asymptomatiques. Bien que fondée sur un effectif limité, elle suggère que l'exploitation de prélèvements pharyngés ou anaux déjà réalisés pour le dépistage des autres IST pourrait contribuer à améliorer la détection précoce de la syphilis chez certaines populations à haut risque.*

## **Penser à la syphilis en cas d'alopecie, même isolée**

L'alopecie syphilitique est une manifestation rare de la syphilis secondaire, peu étudiée, dont la prévalence varierait entre 2 et 22%. Elle peut être isolée, ou associée à d'autres signes cutanés ou muqueux. L'alopecie peut alors être mouchetée, diffuse ou mixte. Elle atteint principalement le cuir chevelu, parfois d'autres zones pileuses. Son mécanisme est encore incompris, notamment concernant le rôle de l'agent infectieux ou de la réponse immunitaire dans la constitution des lésions.

Dans cette étude clinico-biologique, Westphal et al.[7] ont recherché la présence de *Treponema pallidum* dans des alopecies de patients avec un diagnostic sérologique de syphilis, entre 2020 et 2024, dans un centre brésilien. De manière prospective, des biopsies cutanées des lésions d'alopecie étaient réalisées, suivies d'analyses en immunohistochimie et PCR.

Parmi 108 patients avec diagnostic de syphilis sur cette période, 10 présentaient une alopecie, dont 9 hommes, avec un âge moyen de 30 ans. Huit d'entre eux présentaient d'autres lésions cutanées ou muqueuses de syphilis secondaire, deux présentaient uniquement une alopecie.

L'alopecie était localisée dans 7 cas, dont 3 avec un motif moucheté. Parmi les biopsies, 6 étaient positives en immunohistochimie et/ou en PCR.

Cette étude démontrait la présence du tréponème dans les lésions d'alopecie syphilitique, confirmant donc un rôle direct de l'agent infectieux dans la constitution des lésions. Cependant, le faible taux de positivité d'une PCR normalement très sensible laisse entendre qu'une charge bactérienne faible semble suffisante pour constituer des lésions, probablement du fait d'une importante réponse immune.

*L'alopecie syphilitique peut imiter une pelade ou une teigne et doit être soupçonnée en cas d'échec de traitement de ces diagnostics, d'autant plus qu'elle peut constituer la seule manifestation dermatologique d'une syphilis secondaire. Dans les 4 cas n'ayant pas de confirmation immunohistochimique ou par PCR il semble difficile de conclure à un manque de sensibilité de la PCR.*

### **La thermographie infrarouge comme outil diagnostique de neuropathie hansenienne**

La lèpre (Maladie de Hansen) peut mener à des atteintes du système nerveux périphérique potentiellement sévères et débilantes. Leur diagnostic, leur cartographie et leur suivi au cours des consultations sont difficiles, notamment pour les dermatologues. Des douleurs neuropathiques ou un déficit sensitivo-moteur peuvent persister en fin de traitement, et l'interrogatoire n'est pas toujours suffisant pour une description précise. Le Sudoscan est un examen précieux mais peu disponible, tout comme l'électroneuromyogramme, par ailleurs assez douloureux.

Dans cette étude transversale réalisée dans un centre indien, Baskaran et al.[8] évaluaient l'utilité de la thermographie infrarouge, outil peu coûteux et non invasif (caméra thermique fixée au smartphone) pour le diagnostic de neuropathie hansenienne.

Cent patients infectés étaient inclus, ainsi que 20 contrôles sains. Une analyse thermique était réalisée au niveau du visage, des pieds et des mains (zones très innervées). En termes de Gold Standard, une neuropathie sensitive était recherchée avec le test du filament, tandis qu'une dysfonction autonome était recherchée par un test de réponse sympathique (enregistrement électrique de réponse à des tests réflexes au marteau). Une association était recherchée entre variation de température et atteinte neurologique confirmée.

Les patients infectés présentaient une température cutanée significativement plus basse que les participants sains, ( $32.5^{\circ}\text{C} \pm 2.3^{\circ}\text{C}$  contre  $35.2^{\circ}\text{C} \pm 0.4^{\circ}\text{C}$  pour les mains,  $p < 0.001$ ), ( $24.1^{\circ}\text{C} \pm 2.8^{\circ}\text{C}$  contre  $34.8^{\circ}\text{C} \pm 0.5^{\circ}\text{C}$  pour les pieds,  $p < 0.001$ ). Cette différence était encore plus prononcée pour les zones présentant une neuropathie ( $30.1^{\circ}\text{C} \pm 2.2^{\circ}\text{C}$  pour les mains avec déficit contre  $34.1^{\circ}\text{C} \pm 1.6^{\circ}\text{C}$  sans déficit,  $p < 0.001$ ). Une température plus basse était significativement associée aussi bien au déficit au test du filament qu'à la réponse sympathique. La baisse de température présentait un effet-dose, associé à la gravité du handicap neurologique.

*En conclusion, la thermographie infra rouge sur smartphone est un moyen non invasif, peu coûteux et accessible à un dermatologue, efficace pour diagnostiquer, cartographier et suivre précisément une neuropathie hansenienne. Il pourrait être intéressant de savoir si la température remonte au cours du traitement et si cette technique a été explorée dans d'autres causes de neuropathie.*

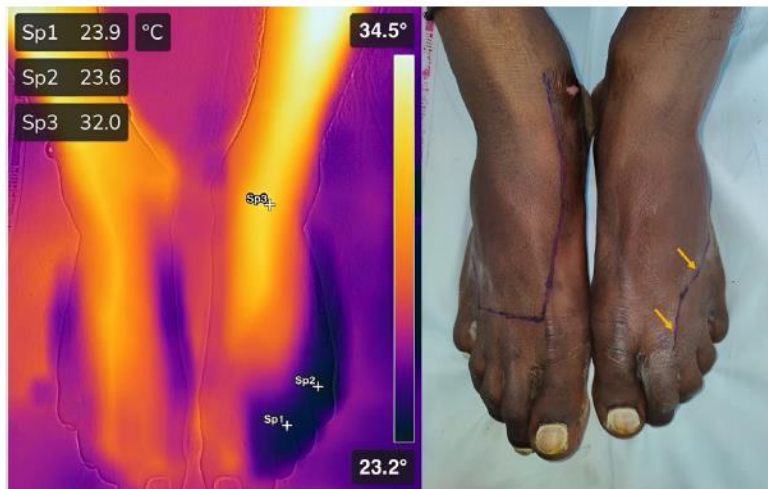


FIGURE 3 | (a) Thermographic image of the dorsum of feet showing decreased temperature over the margins of the feet (Sp1: 23.9°C, Sp2: 23.6°C), the temperature difference between the surrounding points on feet can be visualized (Sp3: 32°C). (b) The corresponding clinical image of the patient. The patient had sensory loss over marked areas of the margins of the feet, with maximum loss over the lateral margin of the left foot which demonstrated the least cutaneous temperature (yellow arrows, SW filament response 300g).

### Essai clinique ouvert multicentrique de phase IV, simple-bras, pour l'évaluation de l'immunogénicité du vaccin 9vHPV contre le papillomavirus humain chez les HSH séropositifs : étude GeSIDA 10 017.

Le cancer anal affecte 2,2 sur 100 000 personnes en Europe avec 9901 nouveaux cas estimés en 2022. L'incidence est nettement plus élevée chez les HSH séropositifs au VIH (85/100 000 PA) que chez les HSH séronégatifs (19/100 000PA). Les infections HPV, particulièrement HPV 16 et 18, sont la principale cause de carcinome épidermoïde anal. Plusieurs recommandations nationales préconisent la vaccination contre HPV chez les HSH séropositifs jusqu'à l'âge de 45 ans, en extrapolant les données de prévention du cancer du col de l'utérus (EACS). Cependant, les recommandations, l'accessibilité et le remboursement des vaccins diffèrent d'un pays à l'autre. Par ailleurs, les données sur l'immunogénicité du vaccin 9vHPV chez les HSH séropositifs de plus de 26 ans restent rares. Ron et al.[9] ont évalué l'immunogénicité du vaccin 9vHPV chez les HSH séropositifs jusqu'à l'âge de 35 ans. Les critères d'inclusion étaient un âge entre 16 et 35 ans, une charge virale indétectable et un taux de CD4 > 200/mm<sup>3</sup>. Le critère de jugement principal était l'immunogénicité vaccinale. Les critères secondaires étaient la prévalence HPV, l'incidence, la persistance, la clairance, ainsi que l'association de l'immunogénicité avec l'âge, le ratio CD4/CD8 et le nadir CD4. La méthode de détection HPV utilisée était une PCR multiplexe permettant l'identification de 19 HPV à haut risque (HPV HR) et 9 HPV à bas risque. La prévalence était définie par la positivité HPV en début d'étude. L'incidence faisait référence à la nouvelle détection de génotypes HPV couverts par la vaccination aux semaines 28 et 96 parmi les participants négatifs au départ. La clairance était définie par un test ADN HPV négatif aux semaines 28 et 96 parmi les participants positifs au départ. La persistance était définie par la persistance de la positivité depuis le départ jusqu'à la semaine 96. Parmi les 158 participants, 138 ont complété l'analyse per-protocole. La séroconversion concernait 85 % des patients pour l'ensemble des 9 génotypes inclus dans le vaccin à la semaine 96. Il n'y avait pas d'effet de l'âge > 26 ans, du ratio CD4/CD8, du nadir de CD4 ni du compte de CD4 sur l'immunogénicité. La clairance globale pour tout génotype HPV HR inclus dans le vaccin était de 74 % à la semaine 96. Malgré une forte séroconversion,

l'incidence des nouvelles infections à HPV HR couverts par la vaccination était de 24% à la semaine 96.

*Le vaccin 9vHPV a montré une immunogénicité robuste. Cependant, bien que cette étude encourage la vaccination HPV chez les HSH séropositifs au-delà de 26 ans, les données d'immunogénicité chez les sujets âgés de plus de 35 ans restent à déterminer. De plus, cette étude ne fait pas de comparaison avec des sujets contrôles non vaccinés, notamment concernant les données de clairance du virus possiblement liée à l'évolution naturelle de l'infection et non à l'effet de la vaccination.*

**Essai clinique randomisé en cluster, multicentrique, évaluateur en aveugle, évaluant l'efficacité de l'ivermectine orale versus crème à base de perméthrine à 5 % pour traiter les enfants et adultes atteints de gale classique.**

La gale est une des maladies contagieuses les plus communes au monde. L'ivermectine par voie orale et la crème perméthrine à 5 % sont les principaux scabicides disponibles. L'ivermectine par voie orale n'est pas approuvée dans tous les pays mais est facile à utiliser, tandis que la crème à base de 5 % de perméthrine est plus largement disponible. Cependant, les données de comparaison d'efficacité de traitement sont contradictoires, pouvant s'expliquer par des différences dans les critères d'évaluation.

Boralevi et al.[10] ont mené un essai clinique randomisé en cluster, multicentrique, avec évaluateurs en aveugle, permettant de comparer l'efficacité de l'ivermectine et de la crème à base de perméthrine 5% dans le traitement de la gale classique chez les adultes et enfant de plus de 15kg. Les patients inclus étaient des adultes et enfants  $\geq$  2mois de plus de 15kg atteints de gale confirmée en dermoscopie. Les cas index ont été répartis de manière aléatoire dans le groupe ivermectine et le groupe perméthrine (ratio 1:1). Chaque membre du cluster, défini comme le foyer de chaque cas index, a reçu le même traitement que le cas index, à l'exception des enfants pesant moins de 15 kg ayant reçu de la crème perméthrine à 5 %. Tous les participants ont été traités à J0 et J10. Le critère de jugement principal était la guérison clinique de l'ensemble des membres du cluster à J28. La guérison clinique du cas index a été définie comme la disparition simultanée des signes cliniques et symptômes de la gale (prurit, sillons et papules ou vésicules), évaluée par un dermatologue ignorant le traitement administré et différent du chercheur responsable initial. La guérison clinique des membres du cluster a été évaluée lors de la consultation du cas index au jour 28 ou par auto-évaluation à partir des réponses au questionnaire du journal du patient. Le prurit post-scabieux n'était pas considéré comme un échec de traitement au décours de l'évaluation par 2 cliniciens en aveugle. Le critère de non-infériorité était défini par une marge inférieure de l'IC95%  $>$  -10% et le critère de supériorité était défini par une marge inférieure de l'IC95%  $>$  0.

Cinq cent sept participants issus de 142 foyers (clusters) ont été traités par ivermectine et 568 participants issus de 147 foyers ont reçu de la perméthrine. Les taux de guérison de chaque groupe étaient respectivement de 71,8 % et 88,5 % (-16,7 points de différence de pourcentage, intervalle de confiance (IC) à 95 % : - 26,3 à - 7,1). Les coefficients de corrélation intra-classe étaient plus élevés pour la perméthrine que pour l'ivermectine pour l'ensemble des clusters (0,68, IC95% 0,61 à 0,75 vs 0,46, IC95% 0,37 à 0,56).

Les résultats de cet essai randomisé n'ont donc pas démontré la non-infériorité de l'ivermectine orale par rapport à la perméthrine 5% pour obtenir une guérison clinique de la gale au jour 28 chez les cas index et les membres de leur foyer. Inversement, cette étude a montré la supériorité de la perméthrine.

Plusieurs explications avancées par les auteurs pourraient expliquer cette différence d'efficacité, comme une meilleure biodisponibilité de la perméthrine dans la couche cornée ou le fait que l'ivermectine serait plus efficace pour le traitement des arthropodes hématophages comme les poux, plutôt que pour les acariens qui ingèrent la lymphe. Par ailleurs, les participants de l'étude présentaient tous un état cutané correct (sans eczéma ni impetigo diffus) rendant l'application de perméthrine acceptable. L'effet Hawthorne entraîne également un biais du fait de la motivation à suivre et appliquer correctement le traitement par perméthrine dans le cadre de l'étude, contrairement à ce qui peut être observé en pratique. Par ailleurs, il faut souligner que l'étude a été arrêtée précocement faute de ressources et que l'effectif attendu n'a pas pu être respecté (294 clusters sur 502 attendus). Cependant, le schéma randomisé de l'étude, la confirmation du diagnostic en dermoscopie, l'évaluation de l'efficacité en aveugle, assurent une bonne confiance dans les résultats.

*En pratique, la prise en compte des facteurs individuels (état cutané, faisabilité de l'application des crèmes, acceptabilité du traitement) et les facteurs régionaux de résistance à la perméthrine (baisse d'efficacité de la perméthrine rapportée en Italie), doivent être pris en compte dans le choix du traitement.*

### **Nocardiose cutanée primitive : ce qu'enseigne une revue systématique de 357 cas**

Dans cette revue systématique, Xu et al.[11] ont analysé les caractéristiques cliniques, microbiologiques et thérapeutiques des cas publiés de nocardiose cutanée primitive. Au total, 357 cas issus de 257 publications ont été inclus. La majorité des patients exerçait une activité en lien avec l'agriculture. Les lésions siégeaient principalement aux membres inférieurs (45,4 %) et supérieurs (39,2 %). Parmi les 202 cas avec voie d'exposition renseignée, un traumatisme était rapporté dans 51,5 % des cas. Les manifestations cutanées les plus fréquentes étaient des nodules, des ulcères et des abcès. Le diagnostic reposait principalement sur la culture microbiologique, positive dans 93,9 % des cas. Sur le plan thérapeutique, les meilleures sensibilités concernaient le linézolide, la minocycline, l'amikacine et le triméthoprime-sulfaméthoxazole.

*Ainsi, la nocardiose cutanée primitive doit être évoquée devant une lésion nodulaire, ulcérée ou abcédée subaiguë à chronique d'un membre, en particulier après inoculation traumatique. La confirmation microbiologique et l'identification d'espèce sont nécessaires afin de guider l'antibiothérapie. Il convient également d'en informer son biologiste afin qu'il puisse proposer une culture longue jusqu'à 21 jours en raison de la croissance lente de la bactérie.*

### **Rougeole nosocomiale à Taïwan: un épisode suggérant un déclin de l'immunité vaccinale**

Malgré l'existence d'un vaccin efficace, la rougeole reste un défi de santé publique, y compris dans des pays où la couverture vaccinale est élevée. Lai et al.[5] rapportaient une épidémie de rougeole survenue en décembre 2024 dans un hôpital du centre de Taïwan. Le cas index était un homme de 48 ans non vacciné revenant du Vietnam, hospitalisé pour un autre motif. Le diagnostic

tardif de la rougeole a favorisé une transmission nosocomiale impliquant plusieurs services hospitaliers. Au cours de l'enquête épidémiologique, 3601 personnes ont été identifiées comme contacts. Au total, 20 cas confirmés ont été recensés : le cas index, 11 cas secondaires et 8 cas tertiaires. L'âge moyen des patients était de 38 ans et la majorité des cas (17/20) présentaient des IgG anti-rougeole détectables, suggérant une immunité antérieure. L'efficacité vaccinale estimée chez les 20-49 ans était de 23,5%. La proportion de personnes exposées ayant développé la maladie était la plus élevée chez les individus nés entre 1978 et 1998 (1,24%), alors qu'aucun cas n'a été observé chez les moins de 20 ans. Les auteurs suggéraient que ces observations pourraient refléter un déclin progressif de l'immunité vaccinale dans des populations peu exposées au virus sauvage.

*Cet épisode illustre la difficulté de maintenir l'élimination de la rougeole dans des contextes de forte couverture vaccinale mais de circulation virale faible. Il rappelle également que l'immunité vaccinale contre la rougeole peut diminuer au fil du temps chez certains individus, une question régulièrement évoquée mais encore insuffisamment explorée dans les stratégies de contrôle de la maladie, tandis que les cohortes plus âgées bénéficient souvent d'une immunité naturelle acquise avant l'ère vaccinale. Une vaccination rougeole dans l'enfance ne devrait donc pas faire éliminer formellement cette hypothèse devant un tableau clinique compatible.*

### **Verrues plantaires : un traitement qui vaut son pesant de sel !**

Les verrues plantaires restent une cause fréquente de consultation, avec des formes parfois réfractaires aux traitements usuels, souvent douloureux et destructeurs. Dans cet essai ouvert monocentrique, Xu et al.[11] ont évalué l'efficacité d'une immersion quotidienne dans une solution saline saturée chez 17 patients présentant des verrues plantaires persistantes malgré au moins deux traitements antérieurs. Au total, 236 lésions ont été traitées par un bain de 30 minutes par jour pendant 8 semaines. À 8 semaines, 98,3 % des lésions avaient disparu et 88,2 % des patients étaient en rémission complète. Aucun patient guéri n'a récidivé au cours des 6 mois de suivi. La tolérance était bonne, les principaux effets indésirables étant un érythème transitoire, une macération interdigitale ou une desquamation modérée.

*Ces résultats, impressionnants par leur simplicité, leur faible coût et leur excellente tolérance, doivent toutefois être interprétés avec prudence compte tenu du faible effectif, de l'absence de groupe contrôle et du caractère ouvert de l'étude. Cette approche pourrait néanmoins constituer une option intéressante dans les verrues plantaires réfractaires.*



**Fig 1.** A 39-year-old man with an 18-month history of plantar warts presented with dozens of lesions at baseline (A). After 5 weeks of saturated-saline immersion, complete resolution of the warts was observed (B).

## **Le tecovirimat est-il efficace pour traiter le Mpox ?**

Le tecovirimat a été approuvé pour le traitement du Mpox par la FDA sur la base de son efficacité chez les singes. Cependant, l'efficacité du tecovirimat contre le Mpox de clade II chez l'homme n'est pas claire. Zucker et al [12] ont réalisé un essai contrôlé randomisé international de phase 3, en double aveugle, évaluant l'efficacité du tecovirimat oral contre placebo. 412 participants ont été randomisés dans un rapport de 2:1 pour recevoir du tecovirimat (n=275) ou un placebo (n=137) pendant 14 jours. Le critère d'évaluation principal était la résolution clinique. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la réduction de la douleur, la guérison complète des lésions, la clairance de l'ADN viral et la tolérance. Sur les 412 participants randomisés (275 dans le groupe tecovirimat et 137 dans le groupe placebo), 344 présentaient un Mpox confirmée en laboratoire et 336 présentaient des lésions cutanées ou muqueuses actives et ont été inclus dans l'analyse primaire. Au jour 29, l'incidence cumulative estimée de la résolution clinique était de 83 % avec le tecovirimat et de 84 % avec le placebo ; RR 0,98 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,74 à 1,31 ; P = 0,89). Par ailleurs, aucune différence significative n'était observée en termes de réduction de la douleur ni d'élimination de l'ADN viral. L'incidence des événements indésirables de grade 3 ou supérieur était similaire dans les deux groupes (4 % avec le tecovirimat et 3 % avec le placebo).

*Cet essai clinique randomisé confirme que le tecovirimat n'est pas efficace dans le Mpox de clade II. Il rejoint les conclusions d'un premier essai clinique randomisé publié en 2025 dans le NJEM [13] évaluant le tecovirimat contre placebo dans le traitement du Mpox de clade I en RDC. Cette étude ne permet pas de se positionner clairement sur son utilité chez des patients immunodéprimés avec des lésions sévères.*

## **Une proportion élevée d'enfants dans une étude de cohorte observationnelle de Mpox de clade Ib en RDC**

Le Mpox est un problème de santé publique dans l'est de la République démocratique du Congo. Giron et al [14] ont mené une étude de cohorte observationnelle pour décrire les caractéristiques cliniques des patients avec un Mpox de clade Ib/2023sh au Sud-Kivu, en République démocratique du Congo. Les participants éligibles devaient présenter, au moment de leur inclusion, des lésions cutanées compatibles avec l'infection. Les personnes ne présentant pas de lésions compatibles avec un Mpox étaient également éligibles si elles présentaient au moins l'un des symptômes suivants : fièvre, adénopathie cervicale ou pharyngite, à condition d'avoir été en contact avec une personne suspecte d'un Mpox au cours des 21 derniers jours. Entre août 2024 et février 2025, le sous-clade Mpox Ib/2023sh a été détecté chez 494 (77 %) des 643 participants. Les enfants et adolescents ( $\leq 15$  ans) représentaient la majorité des patients (n=300, 61 %), avec un âge médian de 9 ans (IQR 2-24). La fièvre (90 %), les lésions cutanées (79 %) et la dysphagie (56 %) étaient les symptômes les plus fréquents. Les enfants âgés de 0 à 5 ans présentaient une fréquence plus élevée de lésions sur le cuir chevelu, le visage, le cou, les membres, les régions palmoplantaires, et la cavité buccale alors que les adultes (>21 ans) avaient plus de lésions au niveau génital. Les prélèvements effectués dans la cavité buccale et l'oropharynx ont permis de détecter le sous-clade Ib/2023sh du Mpox en l'absence de lésions cutanées analysables chez 11 patients ce qui en fait un site de prélèvement intéressant en l'absence de lésion cutanée ou muqueuse visible. Au sein de la cohorte, 4 enfants sont décédés et ils avaient tous une infection concomitante par le paludisme. Les foyers des participants à l'étude comptaient en moyenne 6 personnes dont 4

personnes de moins de 15 ans, ce qui laisse supposer des conditions de vie où les contacts physiques étroits entre enfants et adolescents sont fréquents et une possible transmission intrafamiliale.

*La forte proportion d'enfants et d'adolescents (âgés de  $\leq 15$  ans) différencie cette cohorte des autres cohortes déjà publiées de Mpox du clade Ib (lésions génitales, adultes, travailleurs du sexe). Ce changement démographique observé en RDC suggère des mécanismes de transmission non sexuelle (promiscuité, partage habituel des lits, des vêtements, des serviettes et des installations sanitaires) qui n'ont pas été précisément recherchés dans cette étude. Des mesures de santé publique ciblées devraient envisager des moyens pour réduire la transmission chez les enfants et les adolescents.*

### **Contamination d'outils de coiffure par des dermatophytes dans des salons de Copenhague**

En 2024, une augmentation soudaine de cas de teigne à *Trichophyton tonsurans* a été observée à Copenhague, principalement chez de jeunes hommes. Beaucoup d'entre eux avaient récemment fait couper leurs cheveux avec des tondeuses électriques dans des salons de coiffure. Jia Rui Shen et al.[15] ont donc mené une étude prospective visant à déterminer si des dermatophytes pouvaient être retrouvés sur les tondeuses électriques et les brosses de nettoyage des tondeuses utilisées dans les salons de coiffure. Ils ont sélectionné aléatoirement 82 salons de coiffure à Copenhague dont 57 ont accepté de participer à l'étude. Des prélèvements à l'écouvillon ont été réalisés en février-mars 2025 sur les tondeuses et les brosses de nettoyage dans ces salons lors de visites à l'improviste (pour éviter un nettoyage inhabituel des outils de coiffage) et ont été cultivés pendant 4 semaines sur milieu de Sabouraud. Au total, 8 échantillons provenant de 5 salons revenaient positifs à *Trichophyton tonsurans*, dont 5/122 (4%) prélevés sur tondeuses et 3/11 (27%) prélevés sur brosses de nettoyage. Parmi les 48 salons ayant répondu au questionnaire soumis, seuls 23% rapportaient nettoyer les outils de coiffage entre chaque client, dont 67% utilisaient de l'alcool, 12% de l'eau et du savon, 53% une brosse de nettoyage pour retirer les cheveux et 16% une autre méthode. Les salons rapportaient un nombre moyen de 18 clients par jour. Cette étude suggère donc que l'augmentation récente des cas de teigne à Copenhague pourrait être liée à la transmission via les tondeuses à cheveux et les brosses de nettoyage dans les salons de coiffure. Les auteurs insistent donc sur l'importance de désinfecter efficacement les outils de coiffure entre chaque client avec une solution contenant de l'éthanol ou des composés d'ammonium quaternaire, en les faisant bouillir dans de l'eau ou en les lavant à la machine à 60°C.

### **La prise en charge des teignes chez les enfants de moins de 10 kgs rejoint celle des enfants de plus de 10 kgs définie par l'algorithme du Centre de Preuve de la SFD**

Suite au retrait du marché en France de la griséofulvine puis de l'itraconazole en solution buvable, la prise en charge des teignes des enfants de moins de 10 kgs est difficile et mal définie. Cornillault et al. [16] ont mené une étude rétrospective multicentrique nationale en France entre décembre 2022 et juin 2024 visant à décrire la prise en charge des teignes chez les enfants de moins de 10 kgs. Au total, 26 cas ont été inclus avec un âge moyen de 11 mois (1-25 mois) et un poids moyen de 8 kgs (4-10 kgs), dont 54% de filles. Dans  $\frac{3}{4}$  des cas, une notion de contact familial était rapportée. Les teignes microsporiques (TM) et les teignes trichophytiques (TT) étaient retrouvées en proportions égales, avec un apport très limité des caractéristiques cliniques pour la distinction entre les deux. Le premier agent pathogène était *Microsporum audouinii* (9 cas), et les

dermatophytes anthropophiles représentaient 75% des cas. Deux patients sur 13 ayant reçu un traitement local seul en 1<sup>e</sup> ligne ont guéri. Au moins un traitement systémique était prescrit chez 23 enfants, majoritairement l'itraconazole (3-5 mg/kg/j) pour les TM (10/11) et la terbinafine (62,5 mg/j ou 5-6 mg/kg/j) pour les TT (10/12). Un traitement local était associé chez 15 patients. Chez les 24 enfants avec suivi disponible, 21 étaient guéris et 3 partiellement améliorés. La tolérance clinique et biologique était bonne. En l'absence de formulation pédiatrique, les comprimés étaient coupés et écrasés ou des préparations magistrales étaient réalisées, retardant la mise en route du traitement. Cette étude renforce donc l'extension aux enfants < 10 kgs de l'algorithme de prise en charge des teignes chez les enfants > 10 kgs établi par le Centre de Preuve de la SFD (<https://centredepreuves.sfdermato.org/actualite/41-teignes-algorithme-de-prise-en-charge-des-teignes-de-lenfant>).

### **Balanoposthite à *Klebsiella aerogenes* chez des HSH : autre pathogène entérique à transmission sexuelle émergente ?**

*Klebsiella aerogenes*, bactérie à Gram négatif du tube digestif, a récemment été identifiée comme agent de folliculite faciale chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), potentiellement sexuellement transmises. Salle et al.[17] rapportaient trois cas de balanoposthite observés entre 2022 et 2025 causés par *K. aerogenes* chez des HSH âgés de 29 à 64 ans, dont aucun n'était infecté par le VIH ni diabétique. Les signes cliniques évoluaient depuis 3 jours à 4 mois lors du diagnostic, et étaient apparus 10 jours après un rapport sexuel non protégé chez un patient et 24h après un bain dans un jacuzzi chez un autre. Aucun des patients ne présentait de signes urinaires ou de lésion cutanée extra-génitale, notamment faciale. Les prélèvements bactériologiques isolaient *K. aerogenes* en culture pure chez les trois patients, avec un profil de sensibilité sauvage. Les tests pour les infections sexuellement transmissibles (VIH, syphilis, gonocoque, chlamydia) et les prélèvements mycologiques étaient négatifs. Les signes cliniques régresaient après traitement par sulfaméthoxazole-triméthoprime 7 à 10 jours chez deux patients et crème à la sulfadiazine argentique pendant 7 jours chez un patient, sans récurrence après au moins 3 mois de suivi. Cette étude suggère donc que *K. aerogenes* est une cause possible de balanoposthite sexuellement transmise, notamment chez les HSH, et rejoint la liste des pathogènes entériques émergents transmis sexuellement dans cette population. Cela souligne l'importance de réaliser un prélèvement bactériologique systématique en cas de balanoposthite pour adapter le traitement.

*Les auteurs soulignent le fait que ces balanoposthites répondaient favorablement à un traitement antibiotique court sans rechute, contrairement aux folliculites faciales décrites récemment, sans doute en raison de leur caractère plus superficiel sans implication du follicule pileux.*

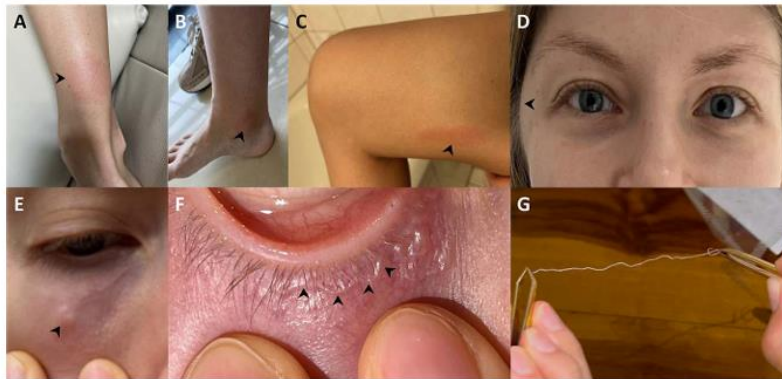
### **Dirosariose cutanée: une cause rare de lésions migratrices à ne pas méconnaître**

Une étudiante suisse en médecine de 24 ans a présenté des lésions érythémateuses migratrices douloureuses récidivantes, initialement au membre inférieur avant d'apparaître successivement à d'autres localisations.[18] Les explorations initiales (bilan biologique, sérologie Lyme) étaient non contributives et une biopsie cutanée montrait un infiltrat périvasculaire éosinophilique non spécifique. Les sérologies parasitaires étaient négatives. Devant l'évolution clinique marquée par

des lésions migratrices récidivantes, une parasitose sous-cutanée a finalement été évoquée. Lors d'un séjour à l'étranger, la patiente a extrait un nématode d'environ 10 cm au niveau palpébral inférieur à l'aide d'une lame de rasoir désinfectée et d'une pince. L'examen macroscopique puis la PCR ont identifié une macrofilaire du genre *Dirofilaria*, probablement *Dirofilaria repens*, espèce connue pour migrer dans les tissus sous-cutanés. La patiente avait voyagé dans l'année précédente dans plusieurs régions où ces parasites sont présents (Europe du Sud, Seychelles, Sri Lanka), sans qu'il soit possible de déterminer le lieu exact de contamination.

La dirofilariose humaine est une zoonose transmise par les moustiques dont le chien constitue le principal réservoir. L'homme est un hôte accidentel dans lequel le parasite peut atteindre le stade adulte mais reste généralement sexuellement immature, expliquant l'absence fréquente de microfilaires circulantes, d'éosinophilie ou de sérologie positive.

*Ce cas illustre la présentation dermatologique polymorphe de la dirofilariose humaine et rappelle que des lésions migratrices récidivantes doivent faire évoquer une helminthiase sous-cutanée, même en l'absence d'éosinophilie ou de sérologie positive. L'originalité de cette observation tient surtout aux modalités du diagnostic, finalement posé après auto-extraction du parasite par la patiente elle-même.*



**Figure 1** (A) migratory erythematous lesion on the dorsal aspect of her right lower leg; (B) erythematous swelling on the right inner ankle; (C) erythematous lesion on right inner thigh; (D) unilateral temporal swelling; (E) nodular lesion in the right infraorbital region; (F) migratory track at the lower eyelid; (G) the extracted, ~10 cm long, adult *Dirofilaria* sp.

### **(Re)connaître la pseudohermie abdominale post-zostérienne**

La pseudohermie abdominale post-zostérienne est une complication neurologique rare du zona, liée à une atteinte des nerfs moteurs segmentaires de la paroi abdominale. Dans cette étude rétrospective, Wan et al. [19] en ont analysé 37 cas (dont 2 issus de leur centre). L'apparition de la pseudohermie survenait en médiane 2 à 3 semaines après l'éruption cutanée, le plus souvent dans les dermatomes thoraciques inférieurs (T10–T11). Cliniquement, elle se manifestait par une protrusion abdominale unilatérale simulant une hernie, sans défaut pariétal véritable. L'évolution était généralement favorable, avec une récupération spontanée dans environ 84 % des cas, le plus souvent en quelques mois.

*Cette complication reste probablement sous-diagnostiquée et peut conduire à des explorations digestives ou chirurgicales inutiles si elle n'est pas reconnue. Elle doit être évoquée devant une tuméfaction abdominale unilatérale apparaissant dans les semaines suivant un zona thoracique, la prise en charge étant le plus souvent conservatrice.*



*Méthodologie : Les articles décrits ont été identifiés par le groupe de veille bibliographique du GridIST à travers la lecture des articles parus au 1<sup>er</sup> trimestre 2026 des revues suivantes (NEJM, Lancet Infectious Diseases, Lancet, Lancet Global Health, BJD, JAMA, JEADV, JAAD, STI, STD, CID, J Clinical Microbiology, PNTD, INT J STD AIDS, OFID, CMI, J Travel Med, Trop Med Inf Dis, Am J of Trop Dis Hyg, Emerg Inf Dis, Acta Derm Venereol, J Travel Med) et adressage d'experts. Tous les résumés des articles sélectionnés en première lecture sont accessibles sur le site du GridIST. Une sélection finale courte est proposée dans les Annales de Dermatologie et Vénérologie dans cette revue.*

*Remerciements : Professeur Eric Caumes, Professeur Olivier Chosidow*

*Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt*

[1] Aaltonen S, Jokelainen J, Kantonen V, Kinnunen J, Huilaja L, Sinikumpu S-P. Patients with Positive Blood Cultures in Cellulitis: A Large Single-centre Study. Acta Derm Venereol 2026;106:1-3. <https://doi.org/10.2340/actadv.v106.adv-2025-0022>.

[2] Towns JM, Leslie DE, Denham I, Wigan R, Azzato F, Williamson DA, et al. Treponema pallidum detection in lesion and non-lesion sites in men who have sex with men with early syphilis: a prospective, cross-sectional study. Lancet Infect Dis 2021. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30838-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30838-0).

[3] Aung ET, Fairley CK, Williamson DA, Azzato F, Towns JM, Wigan R, et al. Treponema pallidum Detection at Asymptomatic Oral, Anal, and Vaginal Sites in Adults Reporting Sexual Contact with Persons with Syphilis. Emerg Infect Dis 2023;29:2083-92. <https://doi.org/10.3201/eid2910.230660>.

[4] Salle R, Grange PA, Ouattara M, Assoumou L, Leducq V, Benhaddou N, et al. Oral and

anal shedding of *Treponema pallidum* in patients with syphilis in the DOXYVAC cohort. *Sex Transm Infect* 2026;sextrans-2025-056712. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2025-056712>.

[5] Westphal DC, Silva CG dos S da, Moraes P, Silva TV da, Ferreira CO, Leturiondo AL, et al. Detection of *Treponema pallidum* in syphilitic alopecia by immunohistochemistry and polymerase chain reaction. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2026;0. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2026.01.069>.

[6] Baskaran N, Narang T, Goyal M, Cazzaniga S, Borradori L, Vinay K, et al. Infrared Thermography for Detection of Neural Impairment in Leprosy: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Dermatology* 2026;65:563–71. <https://doi.org/10.1111/ijd.70099>.

[7] Ron R, Díaz-García C, Sendagorta E, Cabello-Úbeda A, Moreno E, Crespillo-Andújar C, et al. A Phase IV, Open-label, Single-Arm, Multicentric Clinical Trial for Evaluation of Human Papillomavirus 9vHPV Vaccine Immunogenicity in Men Who Have Sex With Men With HIV: GeSIDA Study 10 017. *Clin Infect Dis* 2026;82:e332–42. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf435>.

[8] Boralevi F, Simon G, Bernigaud C, Brun J, Goujon E, Perrot J-L, et al. Oral ivermectin versus 5% permethrin cream to treat children and adults with classic scabies: multicentre, assessor blinded, cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2026;392:e086277. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-086277>.

[9] Xu Z, Bao F, Liu H, Zhang F. Primary cutaneous nocardiosis: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2026;94:232–3. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.08.087>.

[10] Lai C-C, Wang H-C, Chang C-Y, Wei P-Y, Cheng C-C, Gu J-W, et al. A healthcare-associated measles outbreak corroborates long-term waning of vaccine-induced immunity in Taiwan. *J Travel Med* 2025;32:taaf073. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaf073>.

[11] Xu Y, Li T, Liang X, Jia S, Wang L, Zhu Z, et al. Saturated saline immersion for the treatment of refractory plantar warts: An open-label, one-arm, single-center trial. *J Am Acad Dermatol* 2026;94:525–9. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.10.014>.

[12] Zucker J, Fischer WA, Zheng L, McCarthy C, Saha PT, Javan AC, et al. Tecovirimat for the Treatment of Mpox. *N Engl J Med* 2026;394:884–95. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2506495>.

[13] PALM007 Writing Group, Ali R, Alonga J, Biampata J-L, Kombozi Basika M, Maljkovic Berry I, et al. Tecovirimat for Clade I MPXV Infection in the Democratic Republic of Congo. *N Engl J Med* 2025;392:1484–96. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2412439>.

[14] Flores Girón L, Sganzerla Martinez G, Daniel BN, Bisimwa AK, Pacific N, Martin GA, et al. Case presentation of patients hospitalised with mpox (subclade Ib/2023sh) including children, adolescents, and adults in South Kivu, Democratic Republic of the Congo: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis* 2026:S1473-3099(26)00051-4. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(26\)00051-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(26)00051-4).

- [15] Shen JJR, Reiersen MR, Goandal NF, Javanmardi N, Astvad KMT, Zachariae C, et al. Dermatophyte contamination of hair clippers and cleaning brushes in Copenhagen hair salons. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2026;40:232–7. <https://doi.org/10.1111/jdv.70135>.
- [16] Cornillault A, Ranque S, Bonigen J, Heidelberger V, Tardieu M, Maruani A, et al. Management of Tinea Capitis in children under 10 kg : Results from a French multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2026;40:e146–50. <https://doi.org/10.1111/jdv.20881>.
- [17] Salle R, Monsel G, Fouéré S, Bouaziz J-D, Duong T-A, Chosidow O, et al. Balanoposthitis due to *Klebsiella aerogenes* in men who have sex with men. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2026. <https://doi.org/10.1111/jdv.70297>.
- [18] Lukovnikova S, Degonda C, Beck B, Concu M, Nickel B, Neumayr A. Dirofilariasis presenting with recurrent solitary erythematous swellings and creeping dermatitis. *J Travel Med* 2025;32:taaf100. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaf100>.
- [19] Wan J, Chen L, Feng Y, Shen Z. Clinical characteristics of postherpetic abdominal pseudohermia: A retrospective analysis based on case series. *J Am Acad Dermatol* 2026;94:644–6. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.09.099>.