



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

Nombre de mots : 5847

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 2^{er} trimestre 2026.

La dermatophilose : nouvelle dermatose infectieuse sexuellement transmise émergente dans la population HSH en Europe

La dermatophilose est une infection cutanée causée par *Dermatophilus congolensis*, un bacille à Gram positif filamenteux avec des septations transversales et longitudinales (classe des actinomycètes) responsable de dermatites croûteuses chez l'animal (principalement bovins, chevaux, moutons), dans des régions tropicales ou sub-tropicales. Les infections humaines rapportées jusqu'ici sont exceptionnelles, toujours associées à une exposition zoonotique (chez des vétérinaires, des fermiers, des cavaliers...), à type de papules croûteuses, de pustules ou de kératolyses ponctuées principalement. Aucune transmission interhumaine n'avait été documentée jusqu'alors.

Degreze *et al.* (1) et Descalzo *et al.* (2) rapportaient 2 clusters très similaires de cas d'infections à *Dermatophilus congolensis*, avec respectivement 9 cas diagnostiqués entre décembre 2025 et février 2026 en France à Lyon et Paris, et 9 cas diagnostiqués entre décembre 2025 et mars 2026 en Espagne à Barcelone. Dans les deux séries, tous les patients étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), fréquemment infectés par le VIH ou sous PrEP, parfois usagers de chemsex, avec des antécédents d'IST ou des co-infections. La majorité avait fréquenté des saunas ou lieux de rencontres sexuelles peu avant l'apparition des symptômes. Aucun n'avait eu de contact avec du bétail et aucun n'avait voyagé en zone tropicale. Ils présentaient des lésions cutanées différentes de la dermatophilose « classique », à type de papules érythémateuses, pustules folliculaires, parfois vésicules, croûtes ou squames, plus ou moins prurigineuses, principalement sur les organes génitaux, le pubis, la barbe et le visage. Ces zones correspondaient aux zones de contact lors des rapports sexuels. Dans les deux études, la bactérie était isolée à partir des lésions cutanées, avec des petites colonies jaunes Gram positifs parfois arrangées en filaments septés irréguliers, dont l'identification était confirmée par spectrométrie de masse (MALDI-TOF). Les souches étaient multi-sensibles, notamment aux β -lactamines, tétracyclines et cotrimoxazole. Les patients guérissaient rapidement après des cures courtes d'amoxicilline, céphalosporine orale, doxycycline ou pyostacine.

Les auteurs avançaient plusieurs arguments en faveur d'une transmission sexuelle : population à haut risque d'IST, absence d'exposition animale, regroupement temporel des cas, symptômes similaires chez des partenaires sexuels, fréquentation commune de saunas et réseaux sexuels similaires, distribution anatomique des lésions évocatrice, très forte proximité génétique des

souches bactériennes, indiquant une transmission récente à partir d'une source commune. Une transmission indirecte via l'environnement des saunas ou des surfaces contaminées demeurerait possible, bien que la localisation des lésions soit peu en faveur. L'humidité dans les saunas favorisait probablement la libération de zoospores contaminantes et la transmission de l'infection. Les souches séquencées formaient un groupe génétique distinct des souches animales connues, faisant suggérer aux auteurs l'existence d'un nouveau taxon au sein du genre *Dermatophilus*, potentiellement mieux adapté à la transmission humaine.

En conclusion, ces deux études décrivent de manière concordante l'émergence probable d'une forme de dermatophilose cutanée transmise sexuellement entre hommes au sein de réseaux sexuels HSH. Il faut savoir y penser devant une folliculite atypique génitale ou faciale chez un HSH, et prévenir le microbiologiste de la suspicion. Une surveillance internationale paraît nécessaire pour déterminer l'ampleur réelle du phénomène.

*Cette émergence de dermatophilose est un phénomène paneuropéen (France, Suisse, Sicile, Allemagne, Turquie) qui illustre l'expansion des DIST (Dermatoses Infectieuses Sexuellement Transmises) au sein des réseaux HSH, aux côtés du mpox, des dermatophyties à *T. mentagrophytes* VII et de la folliculite à *K. aerogenes*. Une folliculite de la barbe doit donc chez un HSH désormais faire évoquer *T. mentagrophytes*, *K. aerogenes* et *Dermatophilus*. Les données génomiques de Descalzo et al. (ANI < 95 %, dDDH < 70 % par rapport à la souche de référence DSM 44180) suggèrent qu'il ne s'agit pas strictement de *D. congolensis* mais d'un nouveau taxon du genre *Dermatophilus*, potentiellement adapté à l'hôte humain, dont le réservoir et la capacité de portage asymptomatique restent à déterminer. La convergence temporelle et géographique de ces deux clusters invite à une question ouverte : si ce taxon n'est pas une zoonose classique, d'où vient-il ? Une alerte aux microbiologistes est indispensable, le MALDI-TOF ne pouvant identifier ces souches que si elles figurent dans les bibliothèques de spectres.*



Figure 1. Dermatophilosis lesions in patients in cluster of suspected sexual transmission among men who have sex with men, Barcelona, Spain, December 2025–March 2026. A) Papule-pustules on the beard area; B) papulovesicular lesions on the penis and scrotum; C) pustular rash in the armpit; D) vesicle-pustules on the thigh; E) erythematous scaling papules on the beard area; F) erythematous scaling papules in the perianal region.

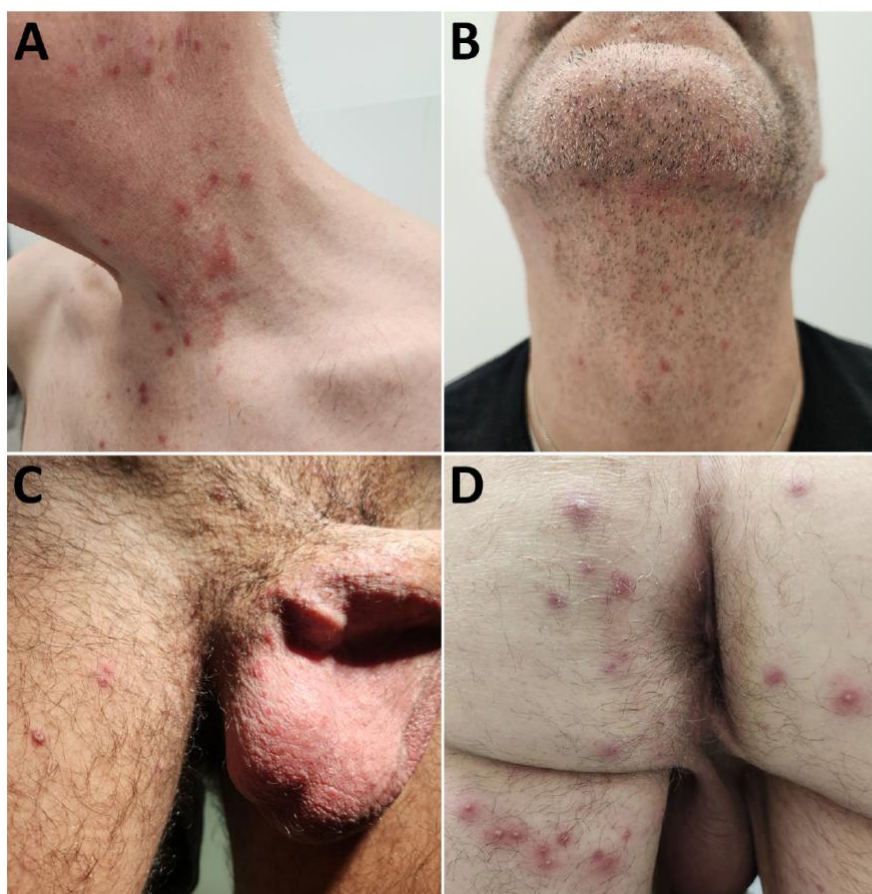


Figure 1. Dermatophilosis lesions in patients in cluster of suspected sexual transmission of dermatophilosis among men who have sex with men, Lyon and Paris, France, 2025–2026. A) Papular lesions of the neck and torso in patient 1. B) Folliculitis of the beard in patient 2. C) Papules of the groin and scrotum in patient 3. D) Papulopustular lesions of the buttocks during second occurrence in patient 1.

Acanthamoebiose disséminée avec lésions cutanées nécrotiques et vascularite granulomateuse sous dupilumab

Acanthamoeba spp sont des amibes libres, ubiquitaires dans les sols et l'eau (elles étaient retrouvées dans 51% des prélèvements d'eau dans des foyers américains dans une précédente étude). Elles sont principalement responsables chez l'humain de kératites liées aux lentilles de contact. Les infections disséminées à *Acanthamoeba* spp sont des infections opportunistes rares, souvent fatales. Koshy *et al.* (3) rapportaient le cas d'un homme de 78 ans, traité par dupilumab depuis 18 mois pour un asthme et une polypose nasale, qui développait des lésions cutanées après un séjour en Floride, où il avait été exposé à de l'eau saumâtre lors du nettoyage après un ouragan. Il présentait initialement des nodules érythémateux des jambes, évoluant progressivement vers des lésions nécrotiques et des ulcérations profondes, diffuses sur le corps et le visage. Les premières biopsies cutanées montraient une vascularite granulomateuse des moyens vaisseaux, faisant évoquer une cause inflammatoire et introduire plusieurs traitements immunosuppresseurs (corticoïdes, rituximab, cyclophosphamide, mycophénolate mofetil), avec une aggravation de son état.

Une nouvelle biopsie révélait finalement 6 mois après l'apparition des premières lésions la présence de trophozoïtes d'amibes, confirmés par PCR 18S et détection d'ADN circulant d'*Acanthamoeba lugdunensis* dans le sang. Malgré un traitement combiné avec de multiples molécules tel que recommandé par le CDC (sulfadiazine, flucytosine, fluconazole, pentamidine, miltéfosine puis nitroxoline, isavuconazole et anidulafungine), une défaillance multiviscérale conduisait au décès du patient six semaines après le diagnostic.

L'acanthamoebiose disséminée est une infection rare mais souvent mortelle, particulièrement chez les personnes immunodéprimées. Il faut savoir l'évoquer devant des lésions cutanées nécrotiques avec une vascularite granulomateuse à l'histologie. Le traitement est compliqué et fait appel à de

nombreux antimicrobiens combinés. La nitroxoline, une hydroxyquinolone utilisée dans les infections urinaires, dont l'efficacité contre les amibes libres a été montrée in vitro et dans des cas cliniques, pourrait être une piste thérapeutique prometteuse. Les auteurs suggèrent que le dupilumab pourrait avoir contribué à la sévérité de l'infection chez ce patient, en modifiant la réponse Th2.

Le dupilumab pourrait augmenter la susceptibilité aux infections parasitaires en modifiant la réponse Th2, et des helminthiases ont notamment déjà été rapportées sous ce traitement.

Cependant, il n'y a actuellement pas de recommandation officielle sur le dépistage des infections parasitaires ou le déparasitage avant la mise en route d'un traitement par dupilumab. En pratique, un déparasitage par ivermectine + albendazole doit être discuté chez ces patients, notamment en cas de notion de voyages et/ou de présence d'une hyperéosinophilie, fréquemment retrouvée chez ces patients avant traitement et souvent attribuée à la maladie sous-jacente elle-même (DA étendue, asthme, polypose etc). Ce cas illustre aussi un piège diagnostique bien documenté mais sous-reconnu : la vascularite granulomateuse à l'histologie cutanée, qui oriente systématiquement vers une cause immune, alors qu'il peut aussi être la traduction tissulaire d'une infection. Le retard diagnostique de 6 mois, durant lesquels plusieurs immunosuppresseurs ont été administrés, a vraisemblablement aggravé le pronostic.



Figure 1. Images of skin lesions on a patient with disseminated *Acanthamoeba* infection with necrotic skin lesions and granulomatous vasculitis. A) Lesions on the patient's body. B) Deeply ulcerated lesions on the patient. C) Lesions that extended to the head and face.

Lésions virales diffuses chez des patients atopiques sous anti-JAK

Hilewitz *et al.* (4) rapportaient 5 patients âgés de 17 à 59 ans, traités par upadacitinib 30 mg/j pour une DA modérée à sévère, dont 3 développaient des verrues à HPV diffuses, 1 des verrues plantaires récalcitrantes, et 1 des dizaines de molluscum contagiosum, la plupart des lésions survenant en peau saine, non touchée par l'eczéma. Les lésions apparaissaient entre 2 semaines et 3 ans après l'initiation de l'anti-JAK. Les lésions étaient résistantes aux traitements (kératolytiques, cryothérapie, laser, ...). La réduction de dose ou l'arrêt de l'upadacitinib permettait dans tous les cas une régression complète ou partielle des lésions virales, avec à chaque fois une récurrence rapide et sévère de la DA. Aucune récurrence des verrues n'était notée chez les patients switchés vers lebrikizumab ou dupilumab, mais les lésions récidivaient chez les patients qui reprenaient l'upadacitinib. La prédominance des cas de lésions virales rapportés chez les patients atteints de DA suggère que des caractéristiques spécifiques à la maladie (dysrégulation immunitaire basale, altération de la fonction de barrière épidermique, expression réduite des peptides antimicrobiens) pourraient agir en synergie avec l'inhibition de JAK et la suppression des réponses à interféron- α et γ pour accroître la susceptibilité aux infections virales non herpétiques.

Cette série de cas souligne un enjeu pratique majeur concernant la prise en charge des patients atteints de DA sévère contrôlée par upadacitinib mais développant des lésions virales diffuses résistantes. L'arrêt du traitement expose à une rechute sévère, tandis qu'un switch vers un

biologique (lebrikizumab ou dupilumab) semble permettre le contrôle simultané de la DA et des lésions virales. Ces observations plaident pour un changement thérapeutique précoce et justifient des études prospectives évaluant l'incidence de cet effet indésirable selon la dose d'upadacitinib



FIGURE 1 Clinical images of cutaneous warts and molluscum contagiosum in atopic dermatitis (AD) patients treated with upadacitinib. (a) Multiple warts on the arm of Patient 1. (b) Face of Patient 1 following CO₂ laser therapy. (c) Complete resolution of warts in Patient 1 after discontinuation of upadacitinib and initiation of lebrikizumab, accompanied by a flare of AD. (d, e) Numerous disseminated molluscum contagiosum lesions on the scalp of Patient 4.

Évaluation du risque de réactions de réversion chez les patients avec une maladie de Hansen

La maladie de Hansen (MH) est une infection granulomateuse chronique causée par *Mycobacterium leprae*. Son évolution peut être marquée par des réactions immunitaires (RI), comprenant la réaction de type 1 ou réaction de réversion (RR) et la réaction de type 2 ou érythème noueux lépreux (ENL). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un traitement multimédicamenteux (MDT) comprenant la rifampicine une fois par mois, ainsi que la dapsone et la clofazimine quotidiennement. Bien qu'efficace, la charge médicamenteuse élevée du MDT et ses effets indésirables peuvent nuire à l'observance. Dans un modèle préclinique, une dose unique de rifampicine, de moxifloxacine et de minocycline (RMM) éliminait 99,9 % des *M. leprae* viables (6). Un essai clinique randomisé mené chez des patients atteints de lèpre paucibacillaire a démontré une efficacité similaire entre le MDT et le traitement mensuel par RMM (7). Le traitement mensuel par RMM est désormais le protocole recommandé par le National Hansen's Disease Program (NHDP), malgré le nombre limité d'études cliniques disponibles. Néanmoins, des experts ont exprimé des inquiétudes quant à une possible augmentation de la survenue de réactions immunitaires avec le traitement par RMM. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence des réactions immunitaires chez les patients recevant un traitement mensuel par RMM par rapport à ceux traités par MDT.

Warp *et al.* (5) ont réalisé une étude de cohorte monocentrique rétrospective incluant des patients atteints de MH confirmée par biopsie et PCR, pris en charge à la clinique de la lèpre de l'hôpital Jackson Memorial (Miami, Floride) entre le 1er octobre 2010 et le 30 novembre 2025. Les patients présentant une réaction immunitaire avant l'instauration du traitement ont été exclus. Au total, 111 patients ont été inclus, dont 70 % présentaient une lèpre multibacillaire selon la classification de l'OMS, 24 % une lèpre borderline tuberculoïde et 51 % une lèpre borderline lépromateuse. 77% des patients ont reçu un traitement par MDT et 23 % un traitement par RMM. Onze patients ont bénéficié d'un changement de traitement vers le protocole RMM. Une réaction de type 1 était

survenue chez 62 patients (56 %) : 53 dans le groupe MDT et 9 dans le groupe RMM, avec un délai médian d'apparition de 2 mois (0–10). Un ENL est survenu chez 37 patients (33 %) : 25 dans le groupe MDT et 12 dans le groupe RMM, avec un délai médian d'apparition de 1 mois (0–7,5). Par rapport au MDT, le traitement par RMM était associé à une diminution significative du risque de réaction de type 1 (OR = 0,28 ; IC95 % : 0,06–0,98 ; p = 0,047). En revanche, le traitement par RMM n'était pas associé à une différence significative du risque d'ENL (OR = 0,89 ; IC95 % : 0,19–3,38 ; p = 0,86).

Bien que des essais prospectifs comparatifs soient nécessaires pour établir l'efficacité et les résultats microbiologiques du traitement par RMM dans la lèpre multibacillaire, cette étude rassure sur l'absence de surrisque de RI. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du faible échantillon, du faible nombre de réactions de type I dans le groupe traité par RMM et du caractère monocentrique de l'étude.

Évaluation des stratégies de décolonisation personnelle et environnementale pour la prévention des infections cutanées récidivantes à *Staphylococcus aureus* : résultats de l'essai randomisé SHINE

Les infections cutanées bactériennes (ICB) causées par *S. aureus* récidivent fréquemment. Bien que les protocoles classiques de décolonisation (mupirocine nasale et chlorhexidine) réduisent temporairement le portage bactérien, leur efficacité diminue avec le temps en raison de la recolonisation à partir des membres du foyer ou de l'environnement domestique. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de stratégies de décontamination personnelle et/ou environnementale pour réduire l'incidence des ICB dans les foyers d'enfants ayant présenté une infection cutanée bactérienne communautaire à *S. aureus*.

Robinson *et al.* (8) ont réalisé un essai contrôlé randomisé en ouvert entre 2015 et 2021. Après une décolonisation initiale de 5 jours pour tous les participants (mupirocine intranasale + chlorhexidine), les foyers ont été randomisés selon un rapport 1:1:1 pour une intervention de décolonisation de 3 mois : soit une (1) décolonisation périodique personnelle (bains à la chlorhexidine deux fois par semaine et 1 application intranasale de mupirocine x2/j, 5 jours par mois) ; soit (2) une hygiène environnementale renforcée (désinfection hebdomadaire des surfaces du foyer et mesures renforcées pour le linge) ; ou (3) une approche combinant les deux stratégies. Sur une période de 9 mois, des échantillons ont été prélevés sur les participants et les surfaces du foyer lors de 5 visites d'étude et l'incidence des ICB a été enregistrée. Le critère d'évaluation principal était l'incidence cumulative des infections cutanées au niveau du foyer à 3 mois, en comparant l'approche combinée aux groupes décolonisation personnelle périodique et hygiène environnementale. 196 patients index (dont 136 (69%) avec une infection à SARM et 60 (31%) avec une infection à SAMS) et leurs contacts familiaux (n = 623) ont été inclus. Soixante-cinq foyers (n = 270 participants) ont été assignés de manière aléatoire au groupe « hygiène personnelle périodique », 65 au groupe « hygiène environnementale » (n = 266 participants) et 66 au groupe « approche combinée » (n = 283 participants). L'incidence cumulative des ICB ne différait pas entre les groupes au cours de l'intervention de 3 mois ni lors du suivi (9 mois au total). Chez les patients index et les contacts familiaux ayant présenté une infection cutanée au cours de l'année précédant l'inclusion, l'incidence des infections cutanées à *S. aureus* était plus faible dans le groupe stratégie combinée à 6 et 9 mois par rapport aux groupes décontamination personnelle et hygiène environnementale, regroupés ensemble pour l'analyse. Toutes les interventions ont réduit durablement la colonisation à SARM mais pas celle du SAMS avec une diminution initiale puis une recolonisation à des niveaux proches de ceux observés au début de l'étude sur une période de 9 mois. L'analyse multivariée a montré que le principal facteur prédictif de nouvelle ICB était la présence d'une ICB dans l'année précédant l'inclusion (OR ≈ 5). Une contamination environnementale élevée par MRSA était également

associée à un risque accru de récurrence. Le groupe d'intervention n'était pas un facteur prédictif indépendant.

L'approche combinant décolonisation personnelle périodique et décontamination environnementale n'a pas réduit l'incidence globale des ICB à court terme par rapport aux autres stratégies de décolonisation. Cependant, elle a montré un bénéfice dans le sous-groupe des patients ayant déjà présenté une ICB au cours de l'année précédant l'inclusion. La question ouverte serait donc de savoir si des approches ciblant spécifiquement les individus à très haut risque de récurrence (antécédent d'ICB dans l'année, colonisation SARM persistante) pourraient être plus efficaces que des stratégies universelles au niveau du foyer.

Cet essai en ouvert comporte plusieurs limites avec une auto-déclaration des événements infectieux récurrents par les patients, l'absence de documentation bactériologique systématique de la récurrence infectieuse et de plus le type d'infection cutanées bactériennes n'est pas précisé (abcès, furoncles, cellulites...).

Une mycose invasive à évoquer chez des agriculteurs d'Amérique du Sud

Sanchez *et al.* (9) rapportent le cas d'un homme de 25 ans, originaire du Guatemala, consultant pour une odynophagie associée à une dysphagie aux solides, évoluant progressivement depuis cinq ans. Le patient rapportait avoir travaillé dans des plantations de café durant son enfance. Il avait également constaté l'apparition concomitante de papules blanchâtres nacrées au niveau de l'oropharynx. Plusieurs traitements probabilistes par amoxicilline avaient été prescrits au cours de cette période, sans amélioration clinique. L'examen physique mettait en évidence une hypertrophie diffuse de la muqueuse oropharyngée associée à de multiples ulcérations et papules blanchâtres nacrées intéressant le pharynx, la cavité buccale et les palais mou et dur. Une biopsie des lésions était réalisée, avec analyses histopathologique et microbiologique (bactériologie, mycologie et mycobactériologie). Les cultures microbiologiques étaient négatives après huit semaines d'incubation. L'examen histologique révélait une inflammation granulomateuse non nécrosante comportant des cellules géantes multinucléées et des levures à bourgeonnements multiples disposées en « roue de gouvernail », aspect hautement évocateur d'une infection à *Paracoccidioides spp.* Le diagnostic de paracoccidioïdomycose (PCM) était ainsi retenu. La PCM est une mycose systémique causée par des champignons du genre *Paracoccidioides*, saprophytes du sol et étroitement associés aux activités agricoles, notamment dans les plantations de café et de canne à sucre. Endémique en Amérique centrale et en Amérique du Sud, elle est généralement acquise par inhalation de spores présentes dans l'environnement. La maladie évolue le plus souvent de manière insidieuse et se manifeste par une atteinte pulmonaire, cutanéomuqueuse et réticulo-endothéliale. Les lésions de la muqueuse oropharyngée constituent une présentation caractéristique de la forme chronique. Après une infection primaire souvent asymptomatique, le champignon peut persister à l'état latent pendant plusieurs années avant de se réactiver et de se disséminer par voie lymphatique ou hématogène, entraînant la formation de granulomes dans différents organes. Le diagnostic repose principalement sur l'examen anatomopathologique et l'identification directe du champignon dans les tissus, qui constituent la méthode diagnostique de référence. Les techniques moléculaires, notamment la PCR, représentent des outils diagnostiques prometteurs, mais leur disponibilité demeure limitée dans de nombreux contextes. Le traitement de la PCM repose sur la thérapie anti-fongique prolongée, généralement administrée pendant 9 à 18 mois. L'itraconazole constitue le traitement de première intention dans les formes non sévères. Chez ce patient, l'administration d'itraconazole à la dose de 200 mg par jour a permis une amélioration clinique significative, avec régression des symptômes et des lésions muqueuses.

Ce cas rappelle l'importance de reconnaître les signes diagnostiques caractéristiques des mycoses endémiques importées. En particulier, l'aspect en « roue de gouvernail » de *Paracoccidioides* spp. constitue un élément morphologique emblématique que tout dermatologue devrait savoir identifier.



Figure 1. Oropharynx. Erythematous granular oropharyngeal mucosa with exophytic growth comprising the soft palate, uvula, bilateral tonsils, palatoglossal arches, palatopharyngeal arches, and posterior pharynx.

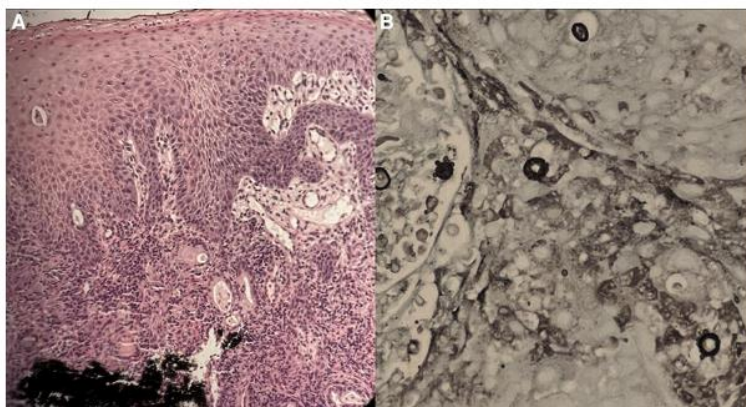


Figure 2. Histopathological evaluation of oropharyngeal mucosa. (A), Medium-power image (10 x) of oropharyngeal squamous mucosa showing mixed inflammation including granulomatous inflammation with multinucleate giant cells. Hematoxylin and eosin stain. (B), High-power image (100 x) of yeast forms including yeast forms with smaller daughter cells or buds reminiscent of a ship's wheel. Grocott methenamine silver stain.

Leishmaniose cutanée sous anti-TNF α : faut-il suspendre la biothérapie ?

Les traitements biologiques, en particulier les anti-TNF α , exposent à un risque accru de réactivation d'infections granulomateuses, dont la leishmaniose. Dans cette étude multicentrique espagnole, Ciudad *et al.* (10) ont analysé 71 patients (âge médian, 53 ans) présentant une leishmaniose cutanée (88,7%) ou cutanéomuqueuse (11,3%) sous biothérapie. Une majorité des patients étaient traités par anti-TNF α (94,4 %), principalement pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, ou un psoriasis. Le diagnostic reposait surtout sur l'examen anatomopathologique ou la PCR, avec identification de *Leishmania infantum* dans la majorité des cas où l'espèce était déterminée. Comme cela a déjà été décrit dans la littérature, les lésions étaient plus volontiers multiples ou étendues du fait de l'immunomodulation sous biothérapie. L'évolution était favorable après un premier traitement chez 80,3 % des patients. La biothérapie était arrêtée chez 53,5 % des patients, sans différence significative de guérison par rapport aux patients chez qui elle était poursuivie, mais avec une aggravation de la maladie inflammatoire sous-jacente chez 44,7 % des patients après arrêt.

Cette étude véhicule deux messages principaux. D'une part, elle confirme un risque infectieux vis-à-vis de la leishmaniose plus important des anti-TNF α par rapport à d'autres biothérapies, avec une

présentation clinique volontiers plus floride. D'autre part, l'arrêt de l'anti-TNF α ne semble pas améliorer le taux de guérison, mais expose à un risque important de poussée de la maladie sous-jacente. Son arrêt ou le switch vers une autre biothérapie moins à risque (anti-IL17, anti-IL23 par exemple) pourrait donc ne pas être systématique mais se discuter en fonction notamment de la sévérité du tableau clinique infectieux. A noter cependant qu'il est possible que ce soit les patients les plus sévères pour qui le traitement a été arrêté.

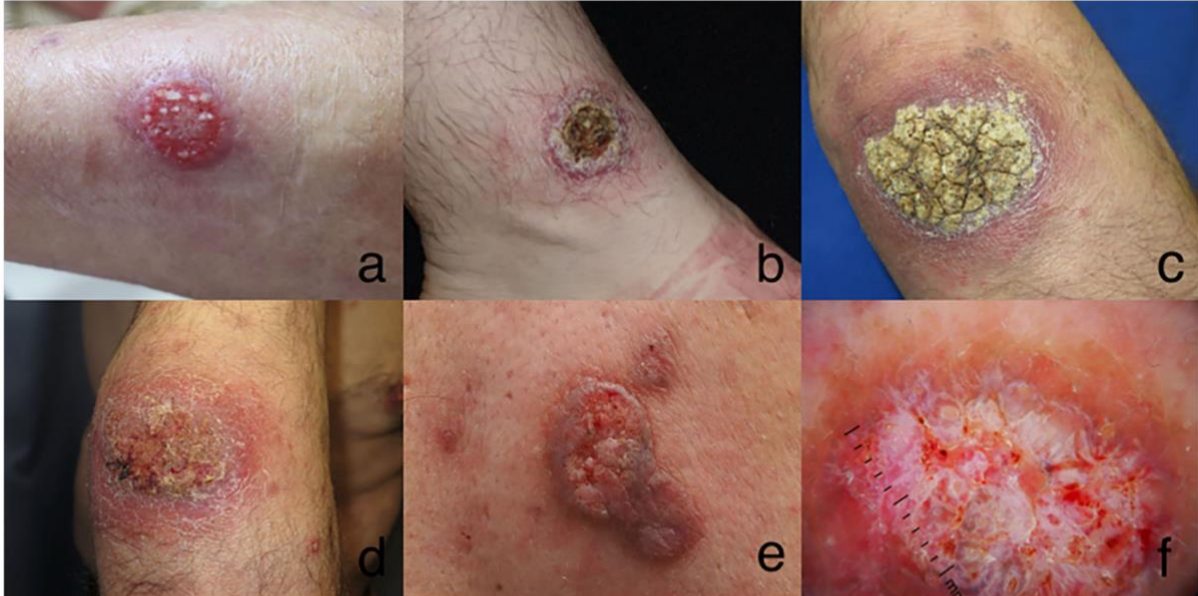


Fig. 1. Clinical features of CL infection. Clinical features of CL infection. (a) Single large plaque with erosive bleeding surface in left arm. (b) Crusted large plaque in right ankle. (c and d) Large hyperkeratotic crust plaque in the elbow of patient with Crohn's disease in treatment with infliximab before and after treatment with intralesional antimonials. (e and f) Clinical and dermoscopic features of a large ulcerated plaque on the back of a patient with suppurative hidradenitis receiving treatment with adalimumab. Note the raised edge and satellite papules.

Gonocoque : utiliser le Ct de PCR pour mieux cibler les cultures ?

La surveillance de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* repose encore sur la culture, indispensable pour l'antibiogramme phénotypique, mais celle-ci est coûteuse, chronophage et de rendement variable, notamment pour les sites extragénitaux. La réalisation de cette culture uniquement dans les cas où la charge bactérienne est importante pourrait permettre une surveillance épidémiologique davantage coût-efficace. Dans cette étude rétrospective transversale menée aux Pays-Bas, Osbak *et al.* (11) ont analysé 6346 prélèvements issus de 3042 patients d'un centre de santé sexuelle (équivalent CEGIDD) entre 2018 et 2023. Les cultures étaient positives dans 48,5 % des prélèvements ayant un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN, comme la PCR) positif, avec un rendement meilleur pour les prélèvements urétraux que pour les prélèvements oropharyngés. Les prélèvements avec culture positive avaient des cycles threshold (Ct) significativement plus bas que ceux avec culture négative, traduisant une charge bactérienne plus élevée. La proportion de cultures positives diminuait lorsque le délai entre le TAAN et la culture dépassait 7 jours, probablement du fait d'une clairance spontanée de l'infection. Osbak *et al.* (11) proposaient un seuil de Ct à 34, qui permettrait de réduire d'environ 25 % le nombre de cultures réalisées, tout en ne manquant que 4% des cultures positives. Cela correspondrait à une économie estimée à 15 000€ en 5 ans.

Ainsi, dans une démarche de recherche d'efficience dans la surveillance de l'antibiorésistance gonococcique, s'appuyer sur le résultat du TAAN pourrait permettre de cibler les prélèvements les plus susceptibles d'être positifs en culture, et donc les plus rentables pour adapter la stratégie thérapeutique à l'échelle populationnelle. Cette stratégie reste toutefois dépendante de la plateforme utilisée et nécessite une validation locale avant généralisation.

Est-ce un DRESS ou une infection à *Mycoplasma pneumoniae* : le piège du "MRESS"

La cohorte française ORIGAMI (13) avait rapporté une résurgence post-COVID-19 des infections pédiatriques à *Mycoplasma pneumoniae* avec atteintes cutanéomuqueuses parfois sévères, notamment des érythèmes polymorphes (cf veille bibliographique de mars 2026). Ici, Gomes *et al.* (12) décrivaient deux cas pédiatriques d'infection à *M. pneumoniae* mimant un DRESS. Les deux enfants, âgés de 7 ans, présentaient une pneumonie fébrile traitée initialement par amoxicilline, suivie rapidement d'un exanthème morbilliforme diffus, d'une hyperéosinophilie, d'une cytolyse hépatique et d'une augmentation des lymphocytes atypiques. Dans les deux cas, le score RegiSCAR (6 et 7) était compatible avec un DRESS certain. Cependant, la chronologie médicamenteuse était peu évocatrice, avec un délai très court après l'introduction de l'antibiotique. Les PCR mycoplasme étaient négatives dans les 2 cas, mais les sérologies étaient positives en IgM, et les deux patients s'amélioraient rapidement sous azithromycine, sans corticothérapie systémique associée.

Ces observations élargissent le spectre des manifestations dermatologiques de M. pneumoniae. Devant un enfant fébrile avec pneumonie ou symptômes respiratoires récents, éruption morbilliforme et anomalies biologiques évocatrices de DRESS, l'hypothèse d'une infection par Mycoplasme doit être recherchée.



DoxyPEP : une efficacité contre le gonocoque rapidement compromise par l'émergence de résistances

La prophylaxie post-exposition par doxycycline (DoxyPEP) réduit efficacement l'incidence de plusieurs infections sexuellement transmissibles bactériennes chez les populations à haut risque. Son efficacité contre *Neisseria gonorrhoeae* demeure toutefois incertaine en raison de la fréquence croissante des résistances aux tétracyclines.

Yechezkel *et al.* (14) ont réalisé une étude observationnelle rétrospective utilisant les dossiers médicaux électroniques d'un important réseau de soins du sud de la Californie. Au total, 26 582 HSH

et femmes transgenres vivant avec le VIH ou recevant une PrEP ou une PEP ont été inclus entre janvier 2023 et juin 2025. Parmi eux, 2262 (8,5%) avaient reçu au moins une prescription de DoxyPEP. Les auteurs ont comparé la fréquence d'utilisation récente de la DoxyPEP chez les participants ayant un test positif à celle observée chez les participants ayant un test négatif pour chacune des infections étudiées. Les analyses étaient ajustées sur plusieurs facteurs de confusion potentiels, notamment l'âge, les antécédents d'IST, le statut VIH, l'utilisation de PrEP et la fréquence des dépistages.

L'efficacité de la DoxyPEP dans les 90 jours suivant la prescription était de 66,5% (IC95% 53,6–75,9) contre la chlamydie et de 60,7% (IC95% 28,3–78,5) contre la syphilis. En revanche, aucune efficacité globale n'était observée contre la gonorrhée (-1,8%; IC95% -18,5 à 12,5). L'analyse temporelle montrait toutefois qu'une protection existait initialement. L'efficacité contre la gonorrhée atteignait 42,3% (IC95% 2,7–65,8) au début de l'année 2023, avant de diminuer progressivement jusqu'à devenir nulle puis négative en 2025. Cette perte d'efficacité était étroitement corrélée à l'augmentation rapide de la fréquence du gène *tetM*, associé à une résistance élevée aux tétracyclines des souches de *N. gonorrhoeae*. La proportion d'isolats porteurs de *tetM* est passée d'environ 22% avant la généralisation de la DoxyPEP à près de 60% en 2024. Les analyses suggèrent que l'efficacité de la DoxyPEP contre la gonorrhée est devenue négligeable dès le premier semestre 2024. Malgré cela, l'incidence de la chlamydie et de la syphilis a diminué respectivement de 67% et 49% au cours de la période étudiée.

Cette étude apporte un signal préoccupant concernant l'impact de la DoxyPEP sur l'écologie du gonocoque. Alors que son efficacité demeure importante contre la chlamydie et la syphilis, le bénéfice observé contre la gonorrhée semble s'atténuer rapidement parallèlement à l'augmentation des résistances aux tétracyclines. Ces résultats soulignent l'importance d'une surveillance microbiologique continue dans les régions où la DoxyPEP est largement utilisée.

Hyperthermie locale : une alternative à l'itraconazole dans la sporotrichose cutanée

La sporotrichose est une mycose sous-cutanée causée par des espèces du genre *Sporothrix*. Bien que l'itraconazole constitue le traitement de référence, son utilisation peut être limitée par des interactions médicamenteuses, des effets indésirables ou certaines contre-indications. Duan *et al.* (15) ont évalué l'efficacité de l'hyperthermie locale par rayonnement infra rouge à 42°C-44°C pendant 30 minutes, dans un essai clinique randomisé comparant cette approche à l'itraconazole oral chez des patients atteints de sporotrichose cutanée. Vingt-six patients présentant une sporotrichose confirmée ont été randomisés selon un ratio 1:1 entre un groupe hyperthermie locale (n=13) et un groupe itraconazole oral 200 mg/j (n=13). Après 24 semaines de suivi, le taux de guérison complète était de 85% (11/13) dans le groupe hyperthermie contre 77% (10/13) dans le groupe itraconazole (p=1,00). Le délai moyen de guérison était similaire dans les deux groupes (3,6 vs 3,5 mois; p=0,84). Aucune récurrence n'a été observée durant les trois mois de suivi après guérison. Les effets indésirables du traitement par hyperthermie se limitaient à quelques bulles localisées, toutes résolutives.

*Cette étude apporte le premier niveau de preuve randomisé en faveur de l'hyperthermie locale dans la sporotrichose cutanée. Malgré un effectif limité, elle suggère que cette approche non médicamenteuse pourrait constituer une alternative intéressante à l'itraconazole chez les patients présentant des contre-indications aux traitements systémiques. Des questions sur l'applicabilité aux formes lymphangitiques (les plus fréquentes) ou sur l'efficacité selon l'espèce de *Sporothrix* en cause (*S. schenckii* vs *S. brasiliensis*, dont la sensibilité thermique peut différer) restent également ouvertes.*

Anti-IL17: confirmation d'un risque accru de mycoses superficielles

L'interleukine 17 (IL-17) joue un rôle central dans l'immunité antifongique des épithéliums cutanés et muqueux. Les anti IL-17 constituent aujourd'hui des traitements très efficaces du psoriasis, mais leur utilisation soulève des inquiétudes concernant un risque accru d'infections fongiques superficielles. Li *et al.* (16) ont évalué cette association dans une étude rétrospective menée à partir des dossiers médicaux électroniques de patients atteints de psoriasis vulgaris suivis dans un centre hospitalier universitaire pékinois.

Parmi 7173 patients atteints de psoriasis vulgaris identifiés dans la base de données, 1082 patients traités par secukinumab ou ixekizumab pendant au moins trois mois ont été appariés à 3059 témoins. Après un suivi médian d'environ trois ans, l'utilisation d'un anti-IL-17 était associée à une augmentation significative du risque d'infections fongiques superficielles (aOR=3,54; IC95% 2,73–4,59; $p<0,001$). Cette association persistait lorsque les auteurs utilisaient différentes méthodes statistiques destinées à limiter les biais et lorsqu'ils restreignaient l'analyse aux cas mycologiquement confirmés (aOR compris entre 2,26 et 2,81; tous $p<0,001$). Les patients âgés de 60 ans ou moins (OR=3,18) et les femmes (OR=3,17) présentaient les associations les plus marquées. Comparés aux autres traitements systémiques du psoriasis, les anti-IL-17 restaient associés à un risque accru d'infections fongiques superficielles (OR=1,89; $p=0,033$). Les associations les plus fortes étaient observées pour le tinea pedis (OR=4,00), les candidoses (OR=3,37) et les onychomycoses (OR=2,63).

Cette étude de vie réelle confirme le sur-risque de mycoses superficielles sous anti-IL-17, en particulier de candidose et de dermatophytose. Elle souligne l'intérêt d'une surveillance clinique régulière et d'une information préventive dès l'initiation du traitement, incluant les mesures d'hygiène podologique et le dépistage de la candidose oropharyngée

Doxycycline pour l'acné : une diminution du risque de chlamydie observée en vie réelle

La doxycycline est largement utilisée en dermatologie pour le traitement de l'acné. Elle possède également une activité contre plusieurs infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes et constitue aujourd'hui la base de la prophylaxie post-exposition (DoxyPEP) recommandée dans certaines populations à haut risque. Moraga *et al.* (17) ont évalué l'association entre l'utilisation de doxycycline pour l'acné et la survenue ultérieure d'IST bactériennes dans une étude rétrospective basée sur la base de données TriNetX, un vaste réseau international de dossiers médicaux électroniques.

Après appariement sur plusieurs facteurs de confusion potentiels, 172 711 patients traités par doxycycline pour l'acné ont été comparés à 172 711 témoins atteints d'acné n'ayant pas reçu de doxycycline. Le critère principal était la survenue, dans les 180 jours suivant l'inclusion, d'une chlamydie, d'une gonorrhée ou d'une syphilis confirmée biologiquement. Les utilisateurs de doxycycline présentaient un risque plus faible d'IST bactérienne (HR=0,73; IC95% 0,62–0,86), principalement lié à une diminution du risque de chlamydie (HR=0,61; IC95% 0,50–0,75). Les associations observées pour la gonorrhée (HR=0,79; IC95% 0,54–1,15) et la syphilis (HR=0,80; IC95% 0,48–1,34) n'atteignaient pas la significativité statistique. Aucun effet n'était observé sur l'infection par le VIH (HR=1,03; IC95% 0,59–1,80) ni sur la trichomonose (HR=1,26; IC95% 0,87–1,83).

Cette étude ne justifie évidemment pas la prescription de doxycycline dans le but de prévenir les IST. Elle suggère toutefois qu'une exposition prolongée à la doxycycline pourrait réduire le risque de chlamydie, un résultat cohérent avec les données récentes sur la DoxyPEP. L'absence d'association

significative avec la syphilis doit toutefois être interprétée avec prudence, seuls 58 cas de syphilis ayant été observés dans l'ensemble de la cohorte.

Malgré la taille exceptionnelle de la cohorte, le risque de confusion résiduelle demeure important, notamment en raison de différences comportementales et socio-économiques difficilement capturées par les bases médico-administratives

Méthodologie : Les articles décrits ont été identifiés par le groupe de veille bibliographique du GrIDIST à travers la lecture des articles parus au 2^e 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, Pediatric Dermatology) 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.

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

Remerciements : Docteur Thomas Hubiche

Références

- [1] Degreze M, Durupt F, Ibranosyan M, Maucotel AL, Lapendry A, Gouillon L, et al. Suspected Sexual Transmission of Dermatophilosis among Men Who Have Sex with Men, Lyon and Paris, France, 2025–2026. *Emerg Infect Dis* 2026;32(6):959–63. <https://doi.org/10.3201/eid3206.260401>.
- [2] Descalzo V, Moreno-Mingorance A, Álvarez-López P, Salmerón P, García-Pérez JN, Pericás-Cladera FP, et al. Suspected Sexual Transmission of Dermatophilosis among Men Who Have Sex with Men, Barcelona, Spain, 2025–2026. *Emerg Infect Dis* 2026;32(6):964–9. <https://doi.org/10.3201/eid3206.260476>.
- [3] Koshy M, Flynn C, Kribis M, McNiff J, Grant M, Gleeson SE. Disseminated Acanthamoeba Infection with Necrotic Skin Lesions and Granulomatous Vasculitis, United States. *Emerg Infect Dis* 2026;32(4):627–30. <https://doi.org/10.3201/eid3204.251201>.
- [4] Hilewitz D, Leshem YA, Dodiuk-Gad RP, Mandola AB, Gooderham M, Greenberger S. Extensive cutaneous viral warts during JAK inhibitor therapy for atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2026;00:1–3. <https://doi.org/10.1111/jdv.70418>.
- [5] Warp PV, Kim M, Williams K, Miner A, Maderal AD. Risk of Immunologic Reactions During Monthly Therapy for Hansen Disease. *JAMA Dermatol* 2026:e261262. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2026.1262>.
- [6] Ji B, Grosset J. Combination of rifapentine-moxifloxacin-minocycline (PMM) for the treatment of leprosy. *Lepr Rev* 2000;71 Suppl:S81–87. <https://doi.org/10.5935/0305-7518.20000074>.
- [7] Kumar A, Girdhar A, Girdhar BK. A randomized controlled trial to compare cure and relapse rate of paucibacillary multidrug therapy with monthly rifampicin, ofloxacin, and minocycline among paucibacillary leprosy patients in Agra District, India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2015;81:356–62. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.159929>.
- [8] Robinson AL, Boyle MG, Hogan PG, Malone SM, Krauss MJ, Richardson LM, et al. Evaluating Personal and Environmental Decolonization Strategies for Children With Skin and Soft Tissue Infection and Their Households – A Randomized Clinical Trial. *Clin Infect Dis* 2026;82:868–77. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf627>.
- [9] Sanchez-Lopez S, Cerino-Peñaloza MS, Scott JM, Hodges J, Hiroyuki S. Too Much Coffee: A Rare Cause of Sore Throat. *Clin Infect Dis* 2025;81:369–71. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf123>.

- [10] Ciudad A, Pujol RM, Gallardo F, Lasheras-Pérez MA, Botella Estrada R, Armengot-Carbó M, et al. Cutaneous Leishmaniasis in Patients under Biologic Therapies: A Spanish CLINI-AEDV Multicentre Study. *Acta Derm Venereol* 2026;106:adv-2025-0132. <https://doi.org/10.2340/actadv.v106.adv-2025-0132>.
- [11] Osbak KK, Twisk DE, van Westreenen M, Klaassen C, Götz HM. To culture or not to culture: correlating *Neisseria gonorrhoeae* culture positivity with nucleic acid amplification test cycle threshold values to promote cost-effective gonococcal resistance surveillance. *Sex Transm Infect* 2026;102:232–238. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2025-056542>.
- [12] Gomes LLA, Mitchell D, Shah NJ, Greenfield M, Treat JR. Mycoplasma Rash With Eosinophilia and Systemic Symptoms: A Report of Two Cases. *Pediatric Dermatology* 2026;43:729–733. <https://doi.org/10.1111/pde.70106>.
- [13] Chosidow A, Maakaroun-Vermesse Z, Ok V, Delecroix C, Le Roux P, Dommergues MA, et al. Post-COVID-19 resurgence of *Mycoplasma pneumoniae* infections in French children (ORIGAMI): a retrospective and prospective multicentre cohort study. *Lancet Infect Dis* 2025:S1473-3099(25)00598-5. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00598-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00598-5).
- [14] Yechezkel M, Helekal D, Kapadia B, Hong V, Pomichowski ME, Reyes IAC, et al. Durability of doxycycline effectiveness against gonorrhoea after implementation of post-exposure prophylaxis in southern California, USA: a retrospective, test-negative, observational study. *Lancet Infect Dis* 2026:S1473-3099(26)00123-4. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(26\)00123-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(26)00123-4).
- [15] Duan CX, Yang Y, Xu HH, Guo H, Xu X, Jiang HH, et al. Local hyperthermia for Cutaneous Sporotrichosis: A Randomized Clinical Trial. *J Am Acad Dermatol* 2026:S0190-9622(26)00569-4. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2026.04.031>.
- [16] Li B, Sun C, Shi M, Yang G, Sun T, Hao H, et al. Increased risk of superficial fungal infections with interleukin 17 inhibitors in psoriasis vulgaris: A retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2026:S0190-9622(26)00516-5. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2026.04.002>.
- [17] Moraga RJ, Cole HL, Hanson M, Shen LY, Barbieri JS, Zampella JG. Association of doxycycline use for acne with sexually transmitted infection outcomes: A TriNetX retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2026:S0190-9622(26)00380-4. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2026.03.009>.