

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 15 mai 2018

Hôpital cantonal de Genève

Infections cutanées à ne pas rater

Dre C. Alberto

3 infections cutanées à ne pas rater...

1) Des ulcères indolents avec une fausse membrane grisâtre...



...dont le prélèvement bactériologique revient positif pour *Corynebacterium diphtheriae*...ce sont les **Diphthéries cutanées**...

Le bacille Gram positif est commensal de la peau...Il est transmis directement par gouttelettes et exudats...sa période d'incubation est de 2-5 jours, et typiquement entraîne une angine ulcéreuse/ pseudo membraneuse, et des ulcères cutanés avec des pseudo-membranes...



S'il y a production de toxine il peut y avoir myocardite, néphrite, polyradiuclonévrite et...mort.

C'est une maladie rare en Europe, Amérique du Nord et Australie car bonne couverture vaccinale, mais qui est endémique en Amérique du Sud, Asie, Afrique, Afrique et Europe de l'Est (Russie, Lettonie).

Entre 2009 et 2014 il y a eu 79 cas rapportés dont 25 cas de diphtérie cutanée.

C'est, dans les pays développés, une pathologie du voyageur revenant de zones tropicales...

Probablement que son incidence est sous-estimée, par méconnaissance des signes cliniques...

La diphtérie cutanée débute par une lésion pustuleuse...(après une plaie ou piqûre d'insecte), souvent aux membres inférieures, avec des fausses membranes, souvent les lésions sont multiples, et il y a habituellement provenance d'un lieu d'endémie (migrants) ou précarité (alcooliques, toxicomanes, sans-abri)
Les manifestations toxino-gènes sont rares lors de diphtérie cutanée (1-2%).

Lors de frottis bactériologique des ulcères il faut demander spécifiquement la recherche de *Corynebacterium diphtheriae*, qui peut se faire par culture (difficile), ou par spectrométrie de masse (Maldi-Tof/PCR).

Le traitement comprend 14 jours d'amoxicilline.

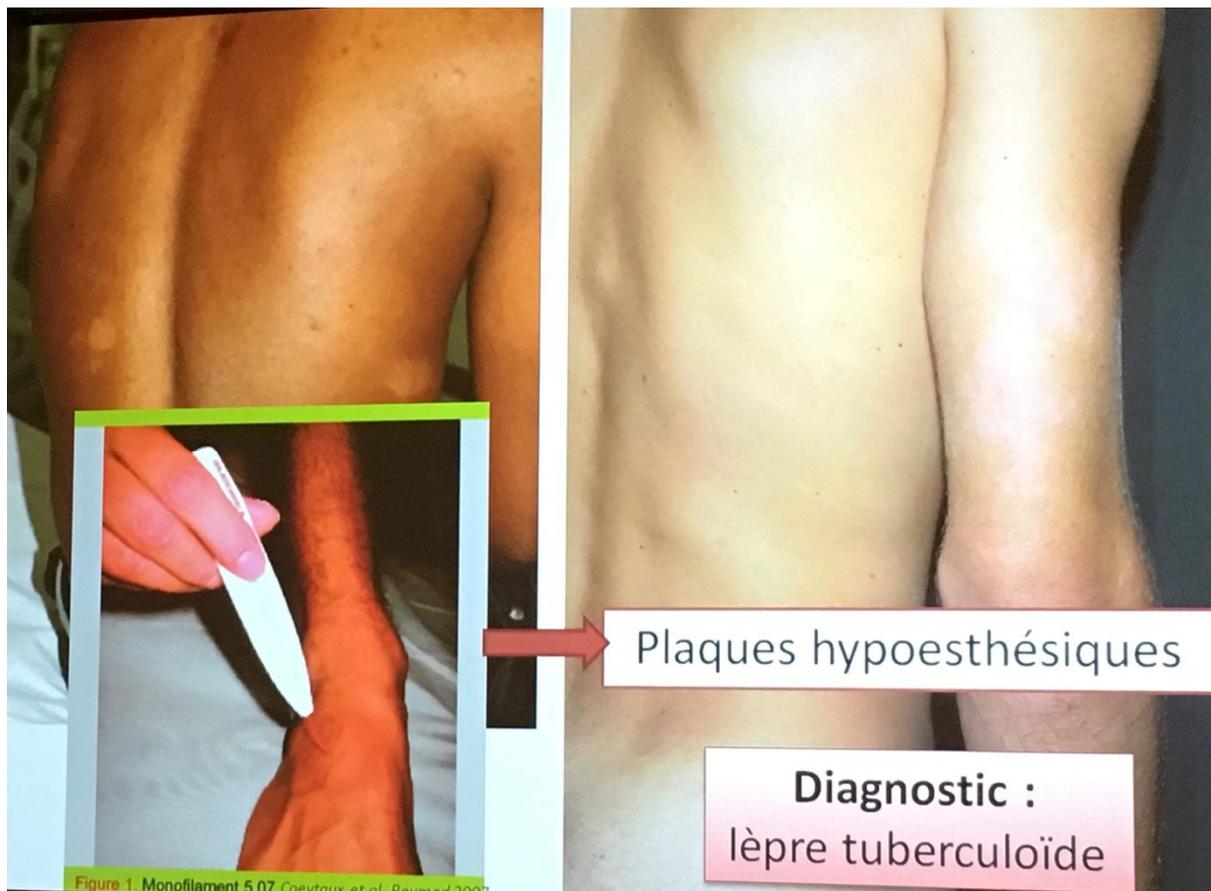
Il est important de dépister les sujets contacts susceptibles d'avoir été contaminés.

La vaccination protège contre les effets de la toxine mais n'exclut pas une infection à *Corynebacterium diphtheriae*.

- 2) Une plaque hypo-pigmentée acquise...qui pourrait être soit un naevus achromique, soit un vitiligo, soit un mycosis fongoïde, soit une hypopigmentation post-inflammatoire, soit des séquelles de pityriasis versicolor...



...mais, si elles s'accompagnent d'une hypoesthésie doivent faire évoquer le diagnostic de lèpre tuberculoïde...



Le *Mycobacterium leprae* (Ml) ou bacille de Hansen est alcoolo-acido résistant comme le Bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*).

Il semble avoir un tropisme particulier pour la peau, les muqueuses et les cellules nerveuses périphériques (c.de Schwann).

La transmission est directe par gouttelettes ou sécrétions nasales, ou directes par les ulcères cutanés, ou encore in utero si forme lépromateuse multibacillaire.

90% des sujets éliminent le germe sans manifestation clinique après contact.

La maladie se développe uniquement chez les sujets avec une réponse immunitaire cellulaire déficiente vis-à-vis du Ml (prédisposition génétique intrinsèque).

L'incubation est lente...entre 2 et 20 ans...

La prévalence de la maladie diminue lentement grâce à la polichimiothérapie ...

L'endémie reste forte en Inde, au Népal, en Indonésie, au Brésil, en Angola, Madagascar, Mozambique, République centrafricaine, Congo, et Tanzanie.

Selon la susceptibilité génétique et le déficit immunitaire... prédominance de lymphocytes CD8+ et d'autres cytokines avec beaucoup d'interféron gamma et d'interleukine 2, dans la lèpre tuberculoïde,... présence prédominante de lymphocytes CD8+ et d'autres cytokines dans la lèpre lépromateuse...l'on aura

dans le 1^{er} cas, une lèpre (tuberculoïde), paucibacillaire, peu contagieuse avec les lésions achromiques, hypoesthésiques et une atteinte nerveuse asymétrique...



Dans l'autre cas...une lèpre (lépromateuse), multibacillaire, contagieuse, avec de nombreuses lésions cutanées, des nodules bruns, une atteinte nerveuse bilatérale, et même une atteinte viscérale (foie et rein)...



Les manifestations extra-cutanées sont essentiellement neurologiques avec atteinte des nerfs périphériques, atteintes motrices et déformation des doigts et des orteils ...il peut y avoir des ulcères trophiques...et dans la lèpre lépromateuse des atteintes ostéo-cartilagineuses, oculaires (kératite, uvéite) et testiculaire.



La confirmation diagnostique se fait soit par coloration Ziehl Nielsen dans un frottis nasal, des lésions cutanées, ou sur le suc dermique prélevé au lobule de l'oreille...ou par PCR.

La PCR permet aussi d'étudier la résistance à la rifampicine, ou de détecter le MI dans les nerfs biopsiés.

La polychimiothérapie pour la lèpre tuberculoïde consiste en Rifampicine 600mg/mois + Dapsone 100mg/j pendant 6 mois...Pour la lèpre lépromateuse en Rifampicine 600mg/ mois, Dapsone 100mg/j, Clofazimine 150mg/mois + 50mg/j pendant 12-24 mois.

3) La 3^e maladie à ne pas rater touche les pieds, les mains et la bouche...



Le frottis était positif pour une Coxackie A6... C'est un syndrome pieds-mains-bouche...

C'est classiquement une maladie de l'enfant de moins de 10 ans, et le plus souvent c'est la Coxackie A16...

Le temps d'incubation est de 3-7 jours

La transmission se fait par gouttelettes/ vésicules/ selles ou par contact direct avec les surfaces contaminées.

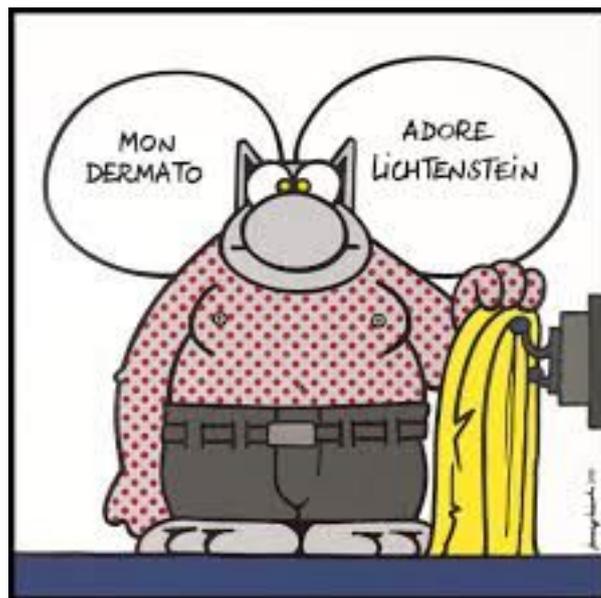
Après une courte période de fièvre, odynophagie et myalgies apparaissent les vésicules puis les pustules dans la bouche, les mains, les pieds et le siège, accompagnées parfois d'une gastro-entérite.

La contagion est maximale pendant la phase aigüe mais le virus peut persister dans les selles pendant 8-12 semaines.

Plus rarement c'est la Coxackie A6 qui déclenche une forte fièvre et des papulo-vésicules surtout le corps...surtout chez l'adulte.

La confirmation virologique se fait par real time PCR ; le traitement est symptomatique.

On recommande les mesures d'hygiène pour limiter la transmission : lavage des mains, désinfection des surfaces, éviter les contacts rapprochés...



Roy Lichtenstein, né le 27 octobre 1923 à Manhattan (New York)¹ et mort le 29 septembre 1997 à Manhattan, est un des artistes les plus importants du mouvement **pop art** américain. Ses œuvres s'inspirent fortement de la publicité et de l'imagerie populaire de son époque, ainsi que des « *comics* » (**bandes dessinées**). Il décrira lui-même son style comme étant « aussi artificiel que possible ». (Wiki)