



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Quoi de neuf en dermatologie clinique ?

What's new in clinical dermatology ?

A. Petit

*Service de Dermatologie, Hôpital Saint-Louis,
1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France*

MOTS CLÉS

Dermatologie ;
Épidémiologie ;
Dermoscopie ;
Télédermatologie

Résumé

Des articles médicaux publiés entre septembre 2011 et septembre 2012 ont été sélectionnés en privilégiant les thèmes en rapport avec la dermatologie clinique. Thérapeutique, pédiatrie, cancérologie, MST et grandes maladies de système telles que la sarcoïdose et les connectivites n'ont pas été retenues.

Les sujets survolés concernent : (i) l'épidémiologie, en particulier les risques d'exposition à des agents infectieux ; (ii) les outils du diagnostic, dominés par la dermoscopie et la télédermatologie ; (iii) la description de nouvelles affections et la réévaluation de plus anciennes ; (iv) les bilans complémentaires à effectuer dans certaines dermatoses ; (v) quelques grands « chantiers » de la dermatologie, où clinique et recherche biologique s'entrecroisent et s'alimentent réciproquement.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Dermatology;
Epidemiology;
Dermoscopy;
Tele dermatology

Summary

Medical articles published between September 2011 and September 2012 were selected based on themes related to clinical dermatology. Therapeutics, pediatrics, oncology, sexually transmitted diseases, and major system diseases such as sarcoidosis and connective tissue disease were not retained.

The subjects reviewed were: (i) epidemiology, particularly the risks of exposure to infectious agents; (ii) diagnostic tools, dominated by dermoscopy and tele dermatology; (iii) the description of new disorders and the reassessment of older diseases; (iv) complementary tests in certain types of dermatosis; (v) a few large “works in progress” in dermatology, where clinical aspects and biological research intertwine and contribute one to the other.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Correspondance.

Adresse e-mail : antoine.petit@sls.aphp.fr

Introduction

Ce « Quoi de neuf » repose sur une sélection d'articles parus entre septembre 2011 et septembre 2012. Ils ont été répartis en cinq thématiques : épidémiologie, signes, diagnostics, bilans, physiopathologie.

Les sujets relatifs à la pathologie de l'enfant, aux tumeurs malignes et à la médecine interne (au sens des grandes maladies dites « systémiques ») n'ont pas été retenus. La place manquait pour traiter des MST ; le mieux dans ce domaine est de consulter les recommandations régulièrement mises à jour sur le site de référence [http : //www.iusti.org/regions/europe/](http://www.iusti.org/regions/europe/).

Épidémiologie : risques infectieux et autres nuisances

Leishmaniose jurassienne

Un Hollandais de 49 ans a passé des vacances en août 2007 près du parc naturel du Haut-Jura. Il y a fait des promenades en forêt. Trois mois plus tard, il a développé une lésion croûteuse du nez qui n'a été diagnostiquée qu'en mai 2008, comme une leishmaniose cutanée avec cultures positives à *L. infantum*. Il n'avait fait aucun voyage en zone d'endémie leishmanienne. Cette observation exceptionnelle interroge une possible extension de l'aire géographique de distribution de la maladie. Des leishmanioses autochtones humaines et canines ont été signalées en Europe en dehors du bassin méditerranéen ; certaines variétés de phlébotomes capables de transmettre le parasite y ont été observées sporadiquement et pourraient s'y être acclimatées. Un effet du réchauffement climatique est évoqué [1,2].

Tatouages aux mycobactéries

La contamination de tatouages par des mycobactéries a déjà été décrite. Le tableau clinique est fait de multiples papules inflammatoires superficielles. Le traitement repose sur les antibiotiques adaptés, avec des délais de réponse variables. Ce qui est original dans la dernière série publiée de 19 cas, c'est que la source de la contamination ne se situait pas dans les manipulations effectuées par le tatoueur pour diluer son encre, mais dans l'entreprise qui lui en avait livré les différentes dilutions préparées à l'avance dans des flacons considérés comme stériles : autrement dit, la surveillance sanitaire des ateliers de tatouage ne suffit plus et doit se doubler d'une surveillance renforcée des fournisseurs d'encre [3]. Ce qui vaut un éditorial soulignant que le problème potentiel n'est pas anodin, puisque plus de 20 % des adultes américains sont tatoués, et qu'une enquête plus large sur le territoire des États-Unis a montré d'autres épidémies, à *M. chelonae* mais aussi *M. fortuitum* ou *M. abscessus* [4].

Portage et transmission des SAMR communautaires

Les infections graves par des staphylocoques sécrétant la leucocidine de Panton Valentine (PVL) et résistant à la méthicilline (SAMR) sont un problème de santé publique qui intéresse les dermatologues en raison du tropisme cutané de ces bactéries. Même s'ils ne sont pas directement transposables à notre pratique quotidienne, les résultats des travaux épidémiologiques peuvent éclairer la prise en charge des infections cutanées staphylococciques courantes.

Aux États-Unis et dans plusieurs autres pays, les problèmes majeurs sont liés à des staphylocoques de la variété USA300, minoritaire dans les études françaises [5]. Pour vérifier la colonisation staphylococcique des malades et de leurs proches, des équipes américaines ont mené une campagne de grande envergure avec prélèvements des narines, de l'oropharynx et de la région inguinale [6]. Les 350 cas index correspondaient à des infections communautaires ou hospitalières, à SAMR ou SAMS, dues pour 53 % d'entre elles à un SAMR de type USA300 et pour 76 % à une souche PVL+. Concernant les patients, 40 % étaient colonisés par un staphylocoque, parmi lesquels 39 % n'avaient pas de colonisation nasale mais seulement oropharyngée et/ou inguinale ; 24 % avaient deux souches différentes de staphylocoques et 5 % en avaient trois. Concernant leur entourage, plus de la moitié des 812 sujets contacts étaient colonisés, dont environ 40 % par un SAMR ; 8 % étaient porteurs de deux souches différentes de staphylocoques et 1 % de trois souches. En considérant chaque souche isolée chez les divers membres d'un même foyer, seuls 35 % des foyers n'avaient qu'une souche, les autres ayant 2,3... jusqu'à 5 souches différentes.

Ces résultats donnent une idée de la complexité des problèmes relatifs au portage et à la diffusion communautaire des staphylocoques dangereux, ainsi qu'aux éventuelles stratégies de décontamination. Il apparaît clairement que le seul prélèvement narinaire est insuffisant. D'autre part, vu la multiplicité fréquente des souches isolées d'un même foyer, une question est de savoir si les tentatives de décontamination locale des sujets porteurs risquent de favoriser le développement de souches plus pathogènes et plus résistantes, ou l'inverse.

Enfin, d'autres facteurs sont à considérer, tels que la colonisation de surfaces inertes du foyer et celle des animaux domestiques. L'implication d'autres espèces de staphylocoques, d'intérêt vétérinaire, et la possibilité de transmission horizontale de gènes de résistance aux antibiotiques d'une espèce à l'autre seraient à prendre en considération, rendant la décontamination des foyers encore plus problématique [7].

Les infections graves à SAMR affectant particulièrement les homosexuels aux États-Unis, une équipe à chercher à évaluer cette menace potentielle en France. Trois cents homosexuels masculins consultant dans un centre de MST parisien ont eu un prélèvement narinaire et périméal. Aucune colonisation ni infection par SAMR n'a été mise en évidence ; le taux de portage narinaire de SAMS était le même que dans la population générale. Le portage périméal étant corrélé au nombre de partenaires, les auteurs insistent sur des conseils d'hygiène [8].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3187608>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3187608>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)