

EXPOSÉ DE CAS ET EXAMEN

Angiomatose bacillaire : une maladie rare à l'ère du HAART

Minassie Teklegiorgis Assefa

Hôpital de référence Ayder de l'Université de Mekelle, Mekelle, Éthiopie.

Minassie24t@gmail.com

Conflits d'intérêts : Aucun

Mots Clés : Angiomatose bacillaire, Bartonella, VIH.

Résumé

L'angiomatose bacillaire (AB) est une maladie rare décrite chez les patients immunodéprimés, notamment ceux atteints du VIH et dont le nombre de lymphocytes CD4⁺ est inférieur à 100 cellules/mm³. Des lésions d'AB ont été identifiées sur la peau, le foie, la rate, les os et les ganglions lymphatiques et, rarement, dans les voies respiratoires, le tube digestif et le cerveau. Les lésions cutanées peuvent se présenter sous forme de papules et de nodules angiomateux superficiels, de plaques lichénoïdes violacées ou de nodules sous-cutanés profonds.

Un soldat de 35 ans, originaire d'Addis-Abeba, dont l'infection par le VIH était connue, a été référé pour une suspicion clinique de tumeur cutanée maligne. La biopsie de la peau a révélé un hémangiome enflammé. À l'examen physique, il présentait de multiples papules érythémateuses, des nodules ulcérés et des plaques qui saignaient facilement après un traumatisme mineur. Les lésions cutanées sont d'abord apparues sur ses deux jambes et sa fesse gauche, puis ont atteint son bras droit et son visage. Une seconde évaluation histopathologique réalisée par un autre pathologiste a suggéré un diagnostic d'AB. En conséquence, le patient a été traité avec de la doxycycline 100 mg, deux fois par jour, pendant 3 mois, ce qui a conduit à une nette amélioration.

À l'ère de la thérapie antirétrovirale, l'AB est aujourd'hui une maladie rare qui peut être facilement négligée ou mal diagnostiquée. Par conséquent, les professionnels de la santé doivent faire preuve d'une grande suspicion clinique pour diagnostiquer cette maladie, en particulier dans un environnement dépourvu de capacités de diagnostic confirmatoires. À notre connaissance, il s'agit du deuxième rapport de cas d'AB en Éthiopie et du premier chez un patient adulte.



Fig. 1. Plaques érythémateuses sur le bras droit.



Fig. 2. Plaque fongique de couleur chair sur la fesse (site de la biopsie)

Appli Community Skin Health

L'appli CSH est disponible pour iOS et Android.

Vous disposez désormais de chaque numéro à portée de main et vous pouvez rechercher les sujets d'actualité, attacher un signet à vos articles préférés et recevoir le dernier numéro directement sur votre téléphone.



Contexte

L'angiomatose bacillaire (AB) est causée par des bacilles intracellulaires facultatifs à Gram négatif *Bartonella henselae* ou *B. quintana*.¹⁻³ Elle a été décrite pour la première fois en 1983 comme une nouvelle affection chez les patients séropositifs, en particulier chez ceux dont le nombre de lymphocytes CD4⁺ était inférieur à 100 cellules/mm³.¹ Elle est également observée chez les patients immunodéprimés recevant une chimiothérapie pour des hémopathies malignes et chez les receveurs de greffes d'organes.² L'angiomatose bacillaire

Suite au verso...

Contenu

- 1 Angiomatose bacillaire : une maladie rare à l'ère du HAART**
Minassie Teklegiorgis Assefa
- 5 Cas de diagnostic**
Maria Florencia Russo, Aldana Almassio et Margarita Larralde
- 6 Première réunion mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée**
Michele Murdoch
- 7 Morsures et piqûres d'insectes. Partie 1 : introduction, moustiques, fourmis, abeilles et guêpes**
Andreas Montag
- 12 Étude du profil de la lèpre (maladie de Hansen) dans le Chhattisgarh, en Inde**
Daniel Henry

L'angiomatose bacillaire : une maladie rare à l'ère du HAART...suite

est généralement observée chez les adultes, sans prédilection pour le sexe des patients.³ Elle est le plus souvent observée dans les tissus cutanés et sous-cutanés, bien que pratiquement n'importe quel organe interne puisse être touché. Les patients présentent généralement des papules et des nodules uniques ou nombreux, fermes, rouges ou violacés. Ces lésions peuvent être douloureuses ou saigner facilement après un traumatisme. Les grands nodules sous-cutanés peuvent également s'ulcérer. L'infection disséminée est associée à des signes et symptômes systémiques tels que malaise, fièvre, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, hépatosplénomégalie, sueurs nocturnes et perte de poids.^{2,4}

Rapport de cas

Un soldat âgé de 35 ans, originaire d'Addis-Abeba, dont l'infection par le VIH était connue, a été référé à la clinique dermatologique de l'Hôpital universitaire Tikur Ambesa pour une suspicion clinique de carcinome épidermoïde sur la peau de sa fesse gauche. Il suivait un traitement antirétroviral hautement actif (HAART) non spécifié dans son centre de santé local depuis 6 mois et prenait des médicaments antituberculeux depuis 4 ans. Son taux de CD4, mesuré un mois auparavant, était de 3 cellules/mm³.



Fig. 3. (a) Tumeur érythémateuse en forme de dôme avec une fine écaille blanchâtre sus-jacente sur la peau préauriculaire droite. **(b)** Plaque érythémateuse pédonculée en forme de dôme sur la paupière gauche.

Il présentait des lésions asymptomatiques depuis trois mois. Les lésions sont d'abord apparues sur ses deux jambes et sa fesse gauche, puis se sont étendues à son bras droit et à son visage. Il s'agissait d'abord de petites papules qui ont augmentés progressivement de taille et qui saignaient parfois après un traumatisme mineur. Il s'est plaint d'une légère fièvre, de fatigue, d'une perte de poids non précisée et d'une perte d'appétit. Il ne présentait pas de sueurs nocturnes, de toux, de lésions des muqueuses, de symptômes gastro-intestinaux ou neurologiques, ni d'aucun autre problème médical connu. Il n'avait aucun antécédent de traumatisme ou de contact avec un chat. Il a déclaré ne pas avoir de poux de tête ou de corps et ne présentait pas de poux lors de l'inspection. Au moment de la consultation, il ne prenait aucun médicament autre que HAART et la prophylaxie au cotrimoxazole.

À l'examen physique, il était émacié mais ses signes vitaux se situaient dans la fourchette normale, et il ne présentait aucune autre anomalie que celles de la peau (Fig. 1, 2). Il présentait une tumeur érythémateuse en forme de dôme avec une fine écaille blanchâtre sus-jacente en avant de l'oreille droite (~ 4 x 4 cm) et une sur la paupière gauche (~ 2 x 3 cm) (Fig. 3a, b) ainsi que des plaques érythémateuses sur le bras droit (Fig. 1), un nodule hyperpigmenté ulcéré au centre avec une croûte sus-jacente sur la cuisse droite (~ 8 x 9 cm) (Fig. 4) et des plaques ulcérées similaires sur le bras et la jambe

gauches. Il présentait un gonflement des deux jambes en dessous du genou avec de multiples nodules érythémateux et hyperpigmentés en forme de dôme (Fig. 5). La lésion la plus importante se trouvait sur la fesse gauche (~20 x 15 cm).

Il s'agissait d'une plaque fongique de couleur chair avec des nodules érythémateux satellites en forme de dôme (Fig. 2). Il présentait également de multiples petites papules et nodules érythémateux de couleur chair sur l'épaule et la partie supérieure du bras. Il y avait une cicatrice hyperpigmentée avec une distribution dermatomique sur le tronc gauche qui évoquait une lésion de zona cicatrisée.



Fig. 4. Nodule hyperpigmenté ulcéré avec une croûte sus-jacente sur la face antérieure de la cuisse droite.

Enquêtes complémentaires

La numération sanguine complète a révélé une hémoglobine de 9,8 g/dl, un hémocrite de 30 %, un nombre de globules blancs de 6800/mm³ avec 84 % de neutrophiles et 9,7 % de lymphocytes ; le nombre de plaquettes était de 240000/mm³ et la vitesse de sédimentation des érythrocytes de 100 mm/h.



Fig. 5. Jambe gauche enflée avec de multiples nodules érythémateux et hyperpigmentés en forme de dôme. NB : Un pansement a été appliqué sur un nodule ulcéré qui saignait.

Les tests de la fonction rénale et de la fonction hépatique ont révélé : azote uréique sanguin 36 (N 10-50 mg/dl), créatinine 0,6 mg/dl (N 0,6-1,1 mg/dl) et phosphatase alcaline (ALP) 487 (N 80-306 IU/L), transaminase glutamique-oxaloacétique sérique (AST) 37 (0-37 IU/L), transaminase glutamique-pyruvique sérique 1 (ALT) (0-42 U/L) respectivement. Les radiographies du thorax, de la jambe gauche et de l'abdomen sont normales. Le rapport histologique de l'hôpital de référence évoquait un hémangiome enflammé, mais une nouvelle biopsie incisionnelle a été pratiquée sur les lésions cutanées de la fesse gauche et de la jambe droite en vue d'une seconde évaluation. Les coupes (coloration

à l'hématoxyline et à l'éosine) des deux échantillons ont montré une prolifération vasculaire dermique avec des polymorphes, ainsi qu'une infiltration de lymphocytes et d'histocytes (Fig. 6). Un diagnostic d'AB a été suggéré.

L'AB étant le diagnostic probable, le patient a été mis sous doxycycline 100 mg, deux fois par jour. Au bout d'1 mois, presque toutes ses lésions avaient diminué de taille (Fig. 7). Le traitement a été poursuivi pendant 2 mois supplémentaires. Trois mois après le début du traitement, presque toutes les lésions avaient disparu (Fig. 8). Il était prévu de poursuivre le traitement pendant un mois supplémentaire et de répéter la numération des CD4 lors de la visite suivante, mais le patient a été perdu de vue.

Discussion

L'AB est une maladie rare caractérisée par une prolifération néovasculaire dans la peau ou les organes internes (péliose) à la suite d'une infection par la bactérie *B. henselae* ou *B. quintana*.^{2,3} Réemment *B. elizabethae* a également été signalé comme une cause d'AB.⁵ Les réservoirs de *B. henselae* et de *B. quintana* sont les chats et les humains, et les vecteurs sont respectivement la puce du chat et le pou du corps humain.^{2,3} Une étude éthiopienne portant sur 134 patients a identifié la bactérie *B. quintana* dans 19 des 271 (7 %) poux de tête prélevés sur 9 (7 %) personnes et dans 76 des 424 (18 %) poux de corps prélevés sur 17 (13 %) personnes.⁶ Une autre étude éthiopienne réalisée à Jimma a montré que *B. quintana* est un agent pathogène de la puce du chat *B. quintana* dans 6 des 65 (9%) isolats de poux de tête et dans 1 des 33 isolats de poux de vêtements.⁷ Une autre étude réalisée à Bishoftu, en Éthiopie, a détecté la présence de *B. henselae* dans 6 % (2 sur 34) des isolats de *Ctenocephalides felis felis* (puce du chat) prélevée sur des chats.⁸ Parmi les chats examinés à Addis-Abeba et dans ses environs, cinq (11 %) sur 46 présentaient des anticorps dirigés contre la *Bartonella* spp.⁹ L'incidence réelle de *Bartonella* chez les patients séropositifs est probablement beaucoup plus faible depuis l'introduction de la thérapie antirétrovirale. Dans une étude réalisée en Allemagne, l'incidence a été estimée à 1,2 cas pour 1000 patients infectés par le VIH.² On sait également qu'elle affecte les patients immunodéprimés recevant une chimiothérapie pour des hémopathies malignes et les receveurs de greffes d'organes.² Elle est rarement signalée chez les patients immunocompétents. L'AB est plus fréquente chez les adultes que chez les enfants et n'a pas de préférence pour le sexe.³

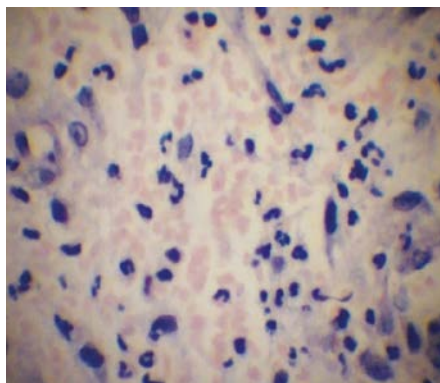
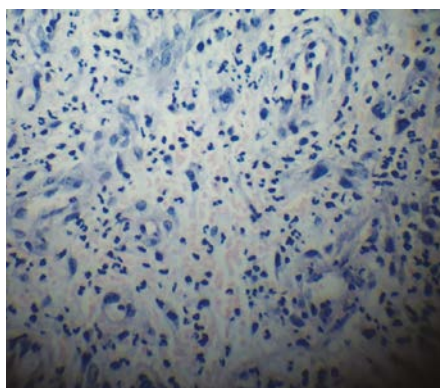


Fig. 6. Prolifération vasculaire dermique avec infiltration polymorphe, lymphocytaire et histocytaire (coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, (a) × 100 ; (b) × 400).



Fig. 7. Un mois après le début du traitement, on observe une diminution de la taille et de l'érythème de toutes les lésions cutanées.

Suite au verso...



Fig. 8. Trois mois après le début du traitement, presque toutes les lésions avaient disparu.

Les lésions de l'AB ont été identifiées dans la peau, les organes internes, le foie (peliosis hepatis), la rate (peliosis splénique), les os et les ganglions lymphatiques, et rarement dans les voies respiratoires, le tractus gastro-intestinal et le cerveau. La peau est le site le plus commun de la maladie, avec 55% à 90% des cas. Les lésions cutanées peuvent se présenter sous forme de papules et de nodules angiomeux superficiels, de plaques lichénoïdes violacées ou de nodules sous-cutanés profonds.^{2,3}

Les papules et les nodules peuvent ressembler à des granulomes pyogéniques et peuvent être pédiculés ou entourés d'une collerette de squames. Ces lésions peuvent présenter une ombilication centrale, des croûtes ou une ulcération. Les nodules sous-cutanés mesurent souvent plusieurs centimètres de diamètre et sont de couleur chair ; des érosions ou des ulcérations sus-jacentes peuvent se développer. Plus rarement, l'AB se présente sous la forme d'une plaque érythémateuse de type cellulite qui peut atteindre l'os sous-jacent.² Les *Bartonella henselae* et *B. quintana* ont une propension à peu près égale à provoquer des lésions cutanées, et les *B. henselae* constituent la cause principale des lésions du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques, tandis que les *B. quintana* constituent la cause principale des lésions sous-cutanées et osseuses. La peliose hépatique se caractérise par des douleurs abdominales et une hépatosplénomégalie. Les patients présentent souvent une ALP élevée et une bilirubine et des aminotransférases normales ou légèrement élevées. Une thrombocytopénie et une pancytopénie

ont été rapportées dans le cas d'une peliose splénique.² L'atteinte osseuse est caractérisée par des lésions douloureuses, isolées et lytiques. Le radius et le tibia sont le plus souvent touchés et peuvent être accompagnés d'une cellulite sus-jacente.² Quelle que soit la localisation de la maladie, les patients atteints d'une AB peuvent présenter de la fièvre, des sueurs nocturnes, des frissons, des malaises, des maux de tête, une anorexie et une perte de poids.^{2,4} Notre patient présentait des papules et des nodules ressemblant à des granulomes pyogéniques, des nodules ulcérés avec des croûtes et des plaques hyperpigmentées. Il ne présentait aucune lésion muqueuse, palmaire ou plantaire. Bien qu'il n'y ait pas eu d'enregistrement objectif de l'augmentation de la température, le patient s'est plaint d'une légère fièvre accompagnée d'une diminution de l'appétit, d'une fatigue et d'une perte de poids. Il ne présentait aucun symptôme suggérant une atteinte d'autres organes et les examens d'imagerie (y compris l'échographie abdominale) étaient normaux, mais les examens de laboratoire ont révélé une anémie et une élévation de l'ALP.

Le Sarcome de Kaposi (SK), la verruga peruana (également une bactérie de la famille des *Bartonella* avec lésions vasculaires), le mycétome et d'autres affections peuvent présenter des caractéristiques similaires à celles de l'AB. Le SK est un néoplasme endothélial vasculaire et lymphatique causé par l'herpèsvirus humain 8 (HHV8). Il existe plusieurs sous-types de SK, dont le SK lié au SIDA, qui survient généralement lorsque le nombre de lymphocytes T CD4⁺ est inférieur à 500 mm³. Il s'agit du cancer associé au VIH le plus fréquent en Afrique subsaharienne, avec une incidence chez les personnes séropositives de 164 à 334 pour 100 000 années-personnes. Le traitement antirétroviral diminue l'incidence du syndrome de Koch, mais ne la réduit pas à zéro, même en cas d'observance. Il est particulièrement important de noter que l'AB peut cliniquement imiter le SK.² Cliniquement, le SK est plus ferme au toucher et moins friable. Le palais est souvent touché. Même la différenciation histologique de l'AB et du SK peut être difficile dans les lésions précoces, en particulier si l'immunomarquage HHV-8 ou la coloration de Warthin-Starry n'est pas disponible.¹⁰ De plus, l'ABSK peuvent se présenter simultanément, ce qui complique encore davantage le diagnostic clinique et histopathologique.¹⁰ Dans les cas où un patient ne peut pas être diagnostiqué de manière définitive en raison d'un environnement à ressources limitées et où le diagnostic différentiel clinique inclut à la fois l'AB et le SK, un traitement empirique initial avec de l'érythromycine ou de la doxycycline a été proposé.¹⁰ D'après notre expérience, nous pouvons approuver cette proposition.

Le diagnostic définitif de l'AB est établi par l'identification de l'agent infectieux dans les tissus affectés. Cela se fait par la présence de grands groupes de bactéries sur la coloration argentée Warthin-Starry modifiée et la culture des lésions et du sang du patient. La réaction en chaîne de la polymérase des tissus affectés permet également de distinguer les différentes espèces de *Bartonella*. Les anticorps contre les *Bartonella* peuvent être détectés, mais ce test n'est généralement pas utile.^{2,3} Chez notre patient, l'histologie était suggestive mais non confirmative de l'AB.

La prise d'érythromycine 500 mg, quatre fois par jour, ou de doxycycline 100 mg, deux fois par jour, est recommandée pour la plupart des patients, mais la prise d'azithromycine (500 mg par jour) et de clarithromycine (500 mg, deux fois par jour) sont également des options pour les patients qui ne tolèrent pas l'érythromycine ou la doxycycline. La doxycycline, associée ou non à la rifamycine, constitue le traitement de choix de la bartonellose touchant le système nerveux central. Le traitement doit être administré pendant au moins 3 mois.² Les lésions cutanées commencent à s'améliorer au bout d'une semaine de traitement antibiotique approprié et peuvent disparaître complètement au bout de 4 semaines. Si un patient ne répond pas à un traitement empirique à base de doxycycline ou d'érythromycine, il est raisonnable d'envisager un autre diagnostic.

Conclusion

L'AB est une maladie rare à l'ère de l'ART et elle peut facilement être confondue avec des tumeurs cutanées bénignes ou malignes. Par conséquent, un degré élevé de suspicion clinique est nécessaire pour diagnostiquer cette affection, en particulier dans les régions dépourvues de capacités de diagnostic de confirmation. Si elle n'est pas diagnostiquée avec précision, la maladie peut évoluer et entraîner la mort. Mais une fois le bon diagnostic posé, le traitement n'est pas difficile et une amélioration satisfaisante est obtenue en quelques semaines.

Remerciements :

Je souhaite remercier le patient, les infirmières qui se sont occupées de lui et le département de dermato-vénéréologie de l'hôpital Tikur Ambesa et ALERT de l'université d'Addis-Abeba pour leur mentorat. Je tiens également à remercier le Dr Bernard Naafs pour son encadrement et ses conseils, ainsi que le Dr Yohannes Tsegay (pathologiste) pour sa contribution.

Références

1. Stoler M, Bonfiglio T, Steigbigel R, Pereira M. An atypical subcutaneous infection associated with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Clin Pathol* 1983 ; **80**: 714-8.
2. Breanne M, Adam J. Gram-Negative Coccal and Bacillary Infections. In: *Fitzpatrick's Dermatology* (Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk, AH, Margolis DJ, McMichael AJ et al, eds), 9e édition New York: McGraw-Hill Education, 2019 ; 2782-2814.
3. Hay RJ and Morris-Jones R. Bacterial Infections. In: *Rook's Textbook of Dermatology* (Griffiths CE, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, eds), 9e édition Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell Scientific Publications, 2016 ; 26.1-26.87.
4. Akram S, Anwar M, Thandra K, Rawla P. *Bacillary Angiomatosis*. Treasure Island, FL : StatPearls Publishing 2021.
5. Corral J, Manriquez R, Toussaint C et al. First report of bacillary angiomatosis by *Bartonella elizabethae* in an HIV-positive patient. *Am J Dermatopathol* 2019 ; **41**: 750-3.
6. Angelakis E, Diatta G, Abdissa A et al. Altitude-dependent *Bartonella quintana* genotype C in head lice, Ethiopia. *Emerg Infect Dis* 2011 ; **17**:2357-9.
7. Cutler S, Abdissa A, Adamu H et al. *Bartonella quintana* in Ethiopian lice. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2012 ; **35**:17-21.
8. Kumsa B, Parola P, Raoult D, Socolovschi C. Molecular detection of *Rickettsia felis* and *Bartonella henselae* in dog and cat fleas in Central Oromia, Ethiopia. *Am J Trop Med Hyg* 2014 ; **90**:457-62.
9. Tiao N, Darrington C, Molla B et al. An investigation into the seroprevalence of *Toxoplasma gondii*, *Bartonella* spp., feline immunodeficiency virus (FIV), and feline leukaemia virus (FeLV) in cats in Addis Ababa, Ethiopia. *Epidemiol Infect* 2013 ; **141**:1029-33.
10. Rodriguez O, Campbell LR, Bacha JM, Kovarik CL. Successful treatment of bacillary angiomatosis with oral doxycycline in an HIV-infected child with skin lesions mimicking Kaposi sarcoma. *JAAD Case Rep* 2016 ; **2**: 77-9.

ARGUMENTS EN FAVEUR DU DIAGNOSTIC - PREMIÈRE PARTIE

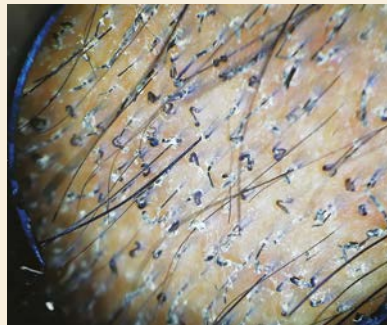
Maria Florencia Russo, Aldana Almassio et Margarita Larralde

Hôpital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentine.

Auteur correspondant : flor.russo91@hotmail.com

Un garçon de 5 ans, auparavant en bonne santé, s'est présenté avec une plaque de démangeaisons sur le cuir chevelu datant de deux semaines. L'examen physique a révélé une zone clairement délimitée avec de fines écailles ; un test d'arrachage de cheveux s'est révélé positif (plus de deux cheveux obtenus en tirant doucement). La dermoscopie a révélé de fines écailles et des points noirs. Il s'était récemment rendu dans un salon de coiffure pour se faire couper les cheveux.

La famille ne possède pas d'animaux domestiques.



QUESTION 1 :

Quel est le diagnostic probable ?

a) Psoriasis du cuir chevelu b) Tinea capitis c) Dermatite séborrhéique.

Réponses à la première partie et autres questions à la page 6.

Première réunion mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée

Michele Murdoch

Co-rédacteur, *Community Skin Health*.
michele.murdoch@nhs.net

Les professionnels des soins de santé primaires de tous les pays endémiques pour les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée seront heureux d'apprendre que du 27 au 31 mars 2023, la première réunion mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur ces maladies cutanées s'est tenue à Genève, en Suisse¹. Cette réunion historique a rassemblé environ 300 experts des MTN à manifestation cutanée en personne et plus de 1000 en ligne, des responsables de programmes nationaux ainsi que des représentants de l'OMS et d'organisations partenaires originaires de 86 pays. Il s'agissait de discuter de tous les aspects des 10 MTN à manifestation cutanée, d'identifier les enseignements tirés sur le terrain, de renforcer les approches intégrées et d'améliorer la recherche et, partant, les soins cliniques pour les patients.

La feuille de route MTN 2030² fixe plusieurs objectifs pour les MTN à manifestation cutanée, notamment l'éradication du pian, l'élimination (interruption de la transmission) de la lèpre et de l'onchocercose, et l'élimination de la filariose lymphatique (lymphoedème et hydrocèle) en tant que problème de santé publique. L'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, le mycétome, la chromoblastomycose et d'autres mycoses profondes (y compris la sporotrichose), la leishmaniose cutanée post-kala-azar, la gale et d'autres ectoparasitoses (y compris le tungiasis) sont ciblés comme conditions à contrôler. Le cadre stratégique correspondant sur les MTN à manifestation cutanée³, publié l'année dernière, a identifié des domaines potentiels d'intégration tels que la surveillance et la gestion des données, ainsi que la formation du personnel pour mener à bien la feuille de route.

Il est important de noter que le fardeau des maladies de la peau en général est de plus en plus reconnu. On estime à 1,8 milliard le nombre de personnes affectées à tout moment par une maladie de la peau dans le monde. Les infections cutanées de tous types (bactériennes, virales, fongiques et parasitaires) constituent le type de maladie de la peau le plus courant dans les régions tropicales et à faibles ressources. Au sein de ces communautés, les MTN à manifestation cutanée représentent environ 10 % de l'ensemble des maladies de la peau et les tentatives de diagnostic



et de traitement efficaces des MTN à manifestation cutanée sont plus efficaces si l'on intègre des efforts dans les services pour toutes les autres maladies de la peau dans les systèmes de soins de santé des pays respectifs disposant de ressources adéquates.

La nécessité d'un financement aux niveaux local et mondial est comprise et le Dr Tedros Ghebreyesus, Directeur Général de l'OMS, s'est engagé publiquement à faire en sorte que les MTN soient mieux soutenues par l'OMS en termes de ressources, de politique et de mobilisation. Fort de sa propre expérience dans le domaine de la schistosomiase, une autre MTN, il a déclaré " Comptez sur moi comme sur l'un des vôtres : J'ai commencé avec les MTN. Je donnerai suite à vos demandes. Je ne veux pas que les conversations que vous avez eues cette semaine ne mènent à rien ". La prochaine réunion mondiale sur les MTN à manifestation cutanée étant prévue pour mars 2025, les participants travaillent désormais d'arrache-pied pour maintenir l'élan acquis.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. WHO's first global meeting on skin NTDs calls for greater efforts to address their burden. OMS, 2023. Disponible via le lien : <https://www.who.int/news/item/31-03-2023-who-first-global-meeting-on-skin-ntds-calls-for-greater-efforts-to-address-their-burden> (dernier accès le 12 mai 2023).
2. Organisation Mondiale de la Santé. Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : une feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. OMS, 2020. Disponible via le lien : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338565> (dernier accès le 12 mai 2023).
3. Organisation Mondiale de la Santé. Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable : cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée. OMS, 2022. Disponible via le lien : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051423> (dernier accès le 12 mai 2023)

ARGUMENTS EN FAVEUR DU DIAGNOSTIC - DEUXIÈME PARTIE

Question 1 - réponse au diagnostic : (b) Tinea capitis

QUESTION 2 : La tinea capitis des coiffeurs est causée par. :

- a) *Microsporum canis* b) *Trichophyton tonsurans* c) *Trichophyton mentagrophytes*

QUESTION 3 : Le traitement de la tinea capitis du coiffeur est le suivant :

- a) Griseofulvin avec un dosage de 20 mg/kg/jour pendant 8 à 12 semaines
b) Terbinafine avec un dosage de 3-6 mg/kg/jour pendant au moins 4 semaines

Réponses et discussion à la page 15.



Morsures et piqûres d'insectes. Partie 1 : introduction, moustiques, fourmis, abeilles et guêpes

Andreas Montag

Praxis für Dermatologie und Venerologie, Schweriner Str. 17, 22143, Hambourg, Allemagne.

info@praxis-dr-montag-de

Conflits d'intérêts : Aucun.

Mots Clés : Morsures d'insectes ; piqûres ; venin ; ectoparasites ; moustiques ; fourmis ; abeilles ; guêpes ; frelons ; urticaire ; anaphylaxie.

Introduction

Où que vous travailliez dans le monde en tant qu'employé dans le secteur de la santé, infirmier, gent clinique ou médecin, vous pouvez être confronté à des piqûres et morsures d'insectes. Les habitants des régions tropicales ou subtropicales sont particulièrement exposés aux maladies transmises par les insectes et autres arthropodes tels que les araignées et les arachnides. L'article suivant présente une vue d'ensemble de certains des insectes les plus importants à travers le monde.

Anatomie et habitudes alimentaires des insectes

Les insectes sont des invertébrés dotés d'un exosquelette chitineux ; le corps est divisé en trois parties (tête, thorax et abdomen) et trois paires de pattes. La tête comprend des antennes, des yeux et des pièces buccales. La plupart des insectes possèdent deux paires d'ailes, reliées par des articulations au thorax de l'insecte (Fig. 1 a, b). Certains insectes femelles piquent de manière saisonnière les êtres humains avec leurs pièces buccales tubulaires (proboscis) pendant certains mois de l'été afin de sucer du sang. La trompe transperce la peau humaine et injecte, avec la salive de l'insecte, des composants chimiques qui inhibent la coagulation du sang à l'endroit de la piqûre. Les insectes femelles ont besoin des hémoprotéines et du fer de leur repas sanguin pour assurer un développement optimal de l'œuf et une progéniture viable.

Les espèces qui se nourrissent dans les mares, telles que le taon (*Tabanus sudeticus*) (Fig. 1c), les mouches d'étable (*Stomoxys calcitrans*) et les mouches noires (*Simuliidae*) découpent la peau humaine avec des lames en forme de talons aiguilles. Le sang qui



Fig 1a. Petite écaille de tortue (*Aglais urticae*). © Andreas Montag



Fig 1b. Mouche domestique (*Musca domestica*).

© Andreas Montag



Fig 1c. Taon (*Tabanus sudeticus*) et d'autres diptères, qui se nourrissent de gibier chassé. © Andreas Montag



Fig 2a. Moustique piqueur. © Andreas Montag

émerge forme une mare qui est absorbée par une éponge située dans la partie buccale de l'insecte.

Les insectes capillaires, tels que les moustiques, piquent directement dans les plus petits vaisseaux sanguins de la peau de l'hôte (Fig. 2a). La salive de l'insecte provoque généralement une réaction de piqûre au point de ponction, ce qui indique une réaction allergique locale. Certaines personnes développent une réaction allergique systémique, qui se traduit très rarement par une anaphylaxie.

D'autres espèces d'insectes femelles sont équipées d'un dard venimeux. Ce dard est un appareil de ponte modifié (ovipositeur), attaché à une glande venimeuse, tous deux situés à l'extrémité postérieure de l'abdomen. Les dards des insectes ont une extrémité pointue et, dans certains cas, une surface dentelée, comme c'est le cas pour le dard d'une abeille. D'autres insectes, comme certaines sous-familles de fourmis, n'ont pas de dard, mais pulvérisent leur venin. Les insectes femelles agités piquent ou pulvérisent les êtres humains, généralement en réaction de légitime défense. Il n'est pas rare que la réaction allergique à une piqûre d'insecte venimeux ou à une pulvérisation se propage dans tout le système et se termine par une anaphylaxie, dont les conséquences peuvent être fatales. Les réactions anaphylactiques aux piqûres d'hyménoptères venimeux, tels que les abeilles, les guêpes et les fourmis de feu, sont bien connues.

Moustiques

Les moustiques sont de petites mouches comptant environ 3600 espèces dans le monde. Tous les moustiques recherchent la proximité de l'eau, qui est leur lieu de reproduction favori. Les œufs sont pondus à la surface de l'eau et donnent naissance à des larves mobiles qui se nourrissent d'algues et d'autres matières organiques. L'environnement de prédilection des *Anopheles* spp. et des *Aedes* spp. est l'eau claire et douce,

Suite au verso...

Morsures et piqûres d'insectes..suite

que l'on trouve principalement dans les zones rurales. Les *Culex* sp. sont moins difficiles, se reproduisant même dans des eaux boueuses polluées, et se trouvent principalement dans les zones densément peuplées. Les *Mansonia* sp. se reproduisent dans les étangs et les lacs qui sont l'habitat des jacinthes d'eau. La plupart des moustiques sont actifs au coucher du soleil et pendant la nuit, les *Aedes* sont actifs le jour. Les moustiques sont les plus actifs à une température de 15 à 25 °C (60 à 80 °F).¹

Caractéristiques cliniques des piqûres de moustiques

Lors de la piqûre, la salive du moustique provoque une réaction urticarienne locale autour du point de piqûre (Fig. 2b), qui se transforme souvent en une bosse extrêmement prurigineuse, rouge, dure et gonflée (Fig. 2c), évoluant parfois vers une éruption cutanée prurigineuse. Cette réaction cutanée peut être interprétée comme une réaction allergique. De nombreuses espèces de moustiques ingèrent des agents pathogènes de leurs hôtes lors de la piqûre et les transmettent à l'hôte suivant lors d'une autre piqûre. Les moustiques sont d'importants vecteurs de maladies tropicales et subtropicales. Les anophèles sp. transmettent le paludisme et la filariose ; les *Aedes* sp. transmettent la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya, le virus Zika et la fièvre du Nil occidental ; les *Culex* sp. transmettent la fièvre du Nil occidental et le Chikungunya ; *Mansonia* sp. transmet la fièvre de la vallée du Rift et la filariose. En transmettant des maladies, les moustiques tuent plus d'êtres humains par an que n'importe quelle autre espèce animale, causant plus de 700 000 décès chaque année, le paludisme étant à lui seul responsable de 400 000 décès.² Il n'y a aucun risque de contracter le VIH ou l'hépatite à la suite d'une piqûre de moustique.

Prévention des piqûres de moustiques

Évitez de rester au bord de l'eau au coucher du soleil ou la nuit, en particulier près des eaux stagnantes. Utilisez des insectifuges qui doivent former un aérosol sur la peau non couverte et sur les vêtements. Le DEET (N,N-Diéthyl-3-méthylbenzamide) est toujours le répulsif le plus courant et le plus efficace disponible et la référence dans les régions où sévit le paludisme. Les autres répulsifs recommandés sont l'icaridine,



Fig 2b. Lésion urticante causée par une piqûre de moustique. © Andreas Montag



Fig 2b. Lésion urticante causée par une piqûre de moustique. © Andreas Montag

l'éthylbutylacétylaminopropionate, le 2-undécanone et le PMD (p-Menthane-3, 8-diol). Les huiles essentielles, telles que l'eucalyptus citronné provenant de l'arbre australien *Corymbia citriodora* semblent avoir un effet similaire à celui du DEET dilué. D'autres répulsifs à base de plantes, comme l'huile de neem ou de citronnelle, sont recommandés mais semblent être de courte durée ou moins efficaces.³ Les destructeurs d'insectes électriques ("resps", "bug zappers") sont à éviter car ils tuent tous les insectes attirés, ils ne peuvent pas différencier les insectes piqueurs des autres et ont un effet négatif sur l'écosystème local.

Traitement des piqûres de moustiques

Utilisez de l'eau tiède et du savon pour laver les points de piqûre. Les ongles doivent toujours être courts et propres. Appliquez des packs de glace pour soulager les démangeaisons ou des médicaments topiques contre les démangeaisons, tels que des antihistaminiques ou des composés topiques contenant de la cortisone et des formulations antibactériennes, sous forme de produits en vente libre ou de prescriptions médicales. Les "guérisseurs de piqûres d'insectes" électroniques exclusifs sont efficaces pour lutter contre les réactions inflammatoires dues aux piqûres d'insectes.



Fig 3a. Fourmi de feu tropicale (*Solenopsis geminata*), région de forêt tropicale, nord du Cambodge. © Andreas Montag

Fourmis

Les fourmis sont des insectes sociaux essentiellement venimeux qui appartiennent à la famille des Formicidae et qui, avec les guêpes et les abeilles qui leur sont apparentées, font partie de l'ordre des hyménoptères. Plus de 15 700 espèces de fourmis ont été répertoriées dans le monde.⁴

Myrmicinae, fourmis de feu

Les Myrmicinae sont connus comme étant la plus grande sous-famille de fourmis avec plus de 6700 espèces décrites,⁵ y compris le genre venimeux des fourmis de feu (*Solenopsis* sp.), par exemple la fourmi de feu tropicale (*Solenopsis geminata*) (Fig. 3a), originaire d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, mais aujourd'hui répandue dans toutes les régions tropicales du monde. La toxicité des *Solenopsis geminata* est comparable au venin de la fourmi rouge importée ou RIFA (*Solenopsis invicta*) qui est originaire d'Argentine mais a envahi les états du sud de l'Amérique du Nord au début du XX^e siècle. Les Myrmicinae femelles insèrent leurs pièces buccales en forme de pince dans la peau humaine pour se bloquer fermement. Ensuite, elles commencent à piquer avec le dard venimeux situé à l'extrémité abdominale postérieure. Le dard perce la peau humaine et injecte le venin de myrmicine.

Caractéristiques cliniques des piqûres de fourmis de feu

Le principal composant du venin des fourmis de feu est un alcaloïde appelé solénopsine, responsable des réactions cutanées inflammatoires très douloureuses. Les piqûres de fourmis de feu commencent par une sensation de brûlure locale, suivie d'une urticaire. Le point de ponction forme une bosse douloureuse dans les heures qui suivent, qui se transforme en pustule blanche dans les 24 à 36 heures suivantes. (Fig. 3b). Ces pustules guérissent spontanément en quelques jours. Le fait de gratter la zone affectée ouvre la voie à une infection



Fig 3b. Piqûres d'une fourmi de feu tropicale (*Solenopsis geminata*), région de forêt tropicale, nord du Cambodge.

© Andreas Montag

bactérienne.⁶ Un autre allergène important du venin de la fourmi de feu rouge importée est Sol i 1, une phospholipase, qui peut présenter une réactivité croisée avec le venin de guêpe et d'abeille.

Les réactions allergiques graves se terminent par une anaphylaxie dont les conséquences peuvent être fatales.^{7,8}

Formicinae, fourmis tisserandes

Les Formicinae représentent environ 3030 espèces,⁹ y compris les fourmis des bois et les espèces apparentées (*Formica* spp.), les fourmis charpentières (*Camponotus* spp.), les fourmis tisserandes (*Oecophylla* spp.) et bien d'autres encore. Les Formicinae femelles, comme les fourmis tisserandes asiatiques (*Oecophylla smaragdina*) (Fig. 4a) du Cambodge, pulvérisent leur venin à partir d'une glande à venin sans aiguillon, située



Fig 4a. Fourmi en mode de défense, prête à attaquer, fourmi tisserande asiatique (*Oecophylla smaragdina*), région de forêt tropicale, nord du Cambodge. © Andreas Montag



Fig 4b. Attaque par pulvérisation de venin, fourmi tisserande asiatique (*Oecophylla smaragdina*), région de forêt tropicale, nord du Cambodge. © Andreas Montag

à l'extrémité inférieure de leur abdomen, qui est plié vers l'agresseur présumé.

Faits cliniques des attaques de fourmis tisserandes par pulvérisation

Le venin est composé à 70 % d'acide formique. Le contact avec la peau humaine provoque une rougeur et une sensation de brûlure (Fig. 4b), qui disparaît spontanément après quelques heures.

Prévention de l'envenimation par des fourmis

Restez à l'écart des voies de fourmis (Fig. 5a, b) ou des colonies de fourmis de feu, de fourmis tisserandes et de toute autre fourmi dont le venin est dangereux pour l'homme. Portez des vêtements de protection résistant aux piqûres d'insectes. En cas d'attaque, éloignez-vous des fourmis et frottez votre peau et vos vêtements pour les retirer.

Traitement de l'envenimation par des fourmis

Nettoyez les zones affectées avec de la mousse de savon diluée et appliquez des stéroïdes topiques, de préférence avec des agents antimicrobiens supplémentaires, par exemple de la chlorhexidine (CHX). Attention aux allergies croisées, rares mais possibles, entre les fourmis de feu importées et les guêpes, les frelons ou les abeilles mellifères, pouvant conduire à des réactions allergiques sévères susceptibles d'aller



Fig 5a. Voie des fourmis, fourmis conductrices (*Dorylus nigricans*), forêt tropicale, région du Kilimandjaro, Tanzanie, Afrique de l'Est. © Andreas Montag



Fig 5b. Voie des fourmis, fourmis conductrices (*Dorylus nigricans*), forêt tropicale, région du Kilimandjaro, Tanzanie, Afrique de l'Est. © Andreas Montag



Fig 6a. Abeille mellifère européenne (*Apis mellifera*).

© Andreas Montag

Suite au verso...

Morsures et piqûres d'insectes..suite

jusqu'à l'anaphylaxie et avoir des conséquences éventuellement fatales.

Abeilles, bourdons, guêpes et frelons

Les abeilles (*Apis* spp.) (Figs. 6a, b) et les bourdons (*Bombus* spp.) (Fig. 7) ont un corps d'insecte tripartite typique avec quatre ailes et une taille de guêpe typique. L'apparence de l'abeille est mince ; le bourdon est plus grand, trapu et porte un manteau de poils qui ressemble à de la fourrure. Les abeilles et les bourdons sont strictement végétariens et se nourrissent de nectar et de pollen. Le dard des abeilles est suffisamment grand pour pénétrer profondément dans le derme, alors que celui des bourdons est petit et court. Lorsqu'une abeille s'attaque à un être humain, son dard dentelé se coince dans le derme et arrache la glande à venin qui y est solidement attachée ! Ceci tue l'abeille. En revanche, le dard des bourdons, relativement lisse et court, glisse hors de la peau après l'attaque sans blesser le bourdon. Dans le langage courant, le terme "abeille" se limite généralement à l'abeille domestique occidentale (*Apis mellifera*) (Fig. 6a), qui vit en



Fig 6b. Abeille mellifère africanisée, syn. Abeille tueuse africaine (*Apis mellifera* var. *scutellata*), région du Kilimandjaro, Tanzanie, Afrique de l'Est. © Friederike Kauer



Fig. 7. Bourdon des jardins (*Bombus hortorum*). © Andreas Montag



Fig 6c. Dard d'une abeille mellifère africanisée, syn. Abeille tueuse africaine (*Apis mellifera* var. *scutellata*), région du Kilimandjaro, Tanzanie, Afrique de l'Est. © Andreas Montag



Fig 8a. Guêpe allemande (*Vespula germanica*) construisant un nid. © Andreas Montag

communauté sociale ; les abeilles sauvages sont généralement solitaires. Les abeilles mellifères (*Apis mellifera* spp.) et le genre étroitement apparenté des bourdons (*Bombus* spp.) appartiennent à la superfamille des Apoidea, la même que la famille des guêpes apoïdes Crabronidae. Des recherches récentes ont révélé les racines évolutives de toutes les abeilles vivantes au sein des guêpes Crabronidae.¹⁰ Parmi les 29 sous-espèces d'abeilles domestiques répertoriées, originaires d'Europe, du Moyen-Orient et d'Afrique, les abeilles africanisées (*Apis mellifera* var. *scutellata*) (Fig. 6b) sont une souche hybride d'*Apis mellifera* qui s'est échappée d'expériences de croisement entre les sous-espèces européennes et africaines. Elles sont signalées comme étant extraordinairement agressive (Fig. 6c) ; tout contact avec des êtres humains doit être évité.^{10,11}



Fig 8b. Guêpe allemande (*Vespula germanica*) coupant des tranches de jambon comme proie. © Andreas Montag



Fig 8c. Espèce de guêpe maçonne (*Phimenes flavopictus*) avec une taille étroite typique (pétiole), région de forêt tropicale, nord du Cambodge. © Andreas Montag

Comme pour les abeilles, le terme "guêpes" recouvre un grand nombre de différents groupes et différentes espèces. Les groupes de guêpes les plus connus sont les genres *Vespula* (Figs. 8a, b) et *Dolichovespula* (connues aux États-Unis sous le nom familier de "yellowjackets"). Les guêpes maçonnes (Eumeninae) (Fig. 8c) ont une taille (pétiole) typiquement étroite. Les frelons étroitement apparentés (*Vespa* sp.) (Fig. 9) sont semblables aux guêpes ordinaires, mais ils sont beaucoup plus gros. Comme les abeilles mellifères et les guêpes, les frelons vivent socialement dans des nids (Fig. 8a).



Fig 8d. Dard d'une abeille mellifère européenne (*Apis mellifera*). © Andreas Montag



Fig 8e. Piqûre de guêpe, réaction urticarienne à la piqûre dans la région ventrale du coude. © Andreas Montag

Caractéristiques cliniques des piqûres venimeuses

En fonction de la dose, les venins de tous les hyménoptères sont toxiques. La piqûre douloureuse provoque généralement une forte inflammation locale telle une piqûre de moustique, allant d'une inflammation urticarienne locale (Fig. 8d, e) à des bulles inflammatoires (culicose) (Fig. 8f). Le venin des abeilles mellifères est étroitement lié au venin du bourdon, tandis que le venin de la guêpe est étroitement lié aux venins d'autres espèces de guêpes jaunes (*Vespula* sp. et *Dolichovespula* sp.) ainsi qu'au venin de frelons (*Vespa* sp.)¹² (Fig. 9). Les bourdons et les frelons sont connus pour réagir calmement. Ils ne piquent que s'ils craignent pour leur propre vie. Les piqûres de bourdons sont généralement bénignes et ne nécessitent pas de traitement supplémentaire. Les piqûres de frelons



Fig 8f. Piqûre de guêpe, réaction bulleuse inflammatoire dans la partie dorsale de la jambe supérieure. © Andreas Montag



Fig. 9. Frelon européen (*Vespa crabro*). © Andreas Montag

provoquent généralement de graves réactions inflammatoires au point de piqûre, avec rougeur, œdème urticarien, chaleur inflammatoire et douleur. Les réactions cutanées régionales expansives sont classées comme des réactions cutanées locales hyperergiques. Les réactions systémiques sont presque toujours des réactions allergiques immédiates (anaphylaxie). La prévalence des réactions allergiques généralisées aux piqûres d'insectes dans la population générale est de 1,2 % à 3,5 %, et est significativement plus élevée dans des sous-populations telles que les apiculteurs et les travailleurs en extérieur. Environ 50 % des patients ayant des antécédents d'anaphylaxie au venin d'hyménoptère sont sensibilisés à la fois au venin d'abeille et au venin de guêpe.¹³

Boîte 1

Doses recommandées pour l'épinéphrine intramusculaire (adrénaline)¹⁴

Type	Définition
Nourrissons de moins de 10 kg	0,01 mg/kg = 0,01 ml/kg de 1 mg/ml (1:1000)
Enfants âgés de 1 à 5 ans	0,15 mg = 0,15 ml de 1 mg/ml (1:1000)
Enfants âgés de 6 à 12 ans	0,3 mg = 0,3 ml de 1 mg/ml (1:1000)
Adolescents et adultes	0,5 mg = 0,5 ml de 1 mg/ml (1:1000)

Prévention et traitement des piqûres venimeuses

Ce phénomène est similaire à celui de l'envenimation par les fourmis. Les patients allergiques dont la vie est potentiellement menacée doivent recevoir un médicament d'urgence (un auto-injecteur d'adrénaline intramusculaire, un antihistaminique à action rapide et un glucocorticoïde oral). Voir l'encadré 1 pour les doses d'épinéphrine à utiliser si les auto-injecteurs d'épinéphrine ne sont pas disponibles. L'immunothérapie sous-cutanée au venin (ITS) est la prophylaxie de choix pour les patients allergiques. En raison du risque d'anaphylaxie, ce traitement ne doit être mis en œuvre qu'en cas d'urgence et dans un centre spécialisé.

Références

- Grigaltchik VS, Webb C, Seebacher F. Temperature modulates the effects of predation and competition on mosquito larvae. *Ecol Entomol* 2016; **41**:668-75.
- Reyes ELB, Menor MD, Munsayac MG et al. Mosquito repellent property of "ylang-ylang" (*Cananga odorata*) essential oil in urea-formaldehyde microencapsulated cotton fabric. *Philipp J Sci* 2020; **149**:1029-37.
- Brake S, Gomez-Maldonado D, Hummel M et al. Understanding the current state-of-the-art of long-lasting insecticide nets and potential for sustainable alternatives. *Curr Res Parasitol Vector Borne Dis* 2022; **2**:100101.
- Schultheiss P, Nooten SS, Wang R et al. The abundance, biomass, and distribution of ants on Earth. *Proc Natl Acad Sci* 2022; **119**:e2201550119.
- Belchior C, Del-Claro K, Oliveira PS. Seasonal patterns in the foraging ecology of the harvester ant *Pogonomyrmex naegelii* (Formicidae, Myrmicinae) in a Neotropical savanna: daily rhythms, shifts in granivory and carnivory, and home range. *Arthropod-Plant Interact* 2012; **6**:571-82.
- Fox EGP. Venom toxins of fire ants. In: *Venom Genomics and Proteomics* (Gopalakrishnakone P, Calvete JJ eds). Dordrecht : Springer, 2014; S1-16.
- Hoffman DR, Sakell RH, Schmidt M. Sol i 1, the phospholipase allergen of imported fire ant venom. *J Allergy Clin Immunol* 2005; **115**:611-6.
- Zamith-Miranda D, Fox EG, Monteiro AP et al. The allergic response mediated by fire ant venom proteins. *Sci Rep* 2018; **8**:14427.
- Ward PS, Blaimer BB, Fisher BL. A revised phylogenetic classification of the ant subfamily Formicinae (Hymenoptera: Formicidae), with resurrection of the genera *Colobopsis* and *Dinomyrmex*. *Zootaxa* 2016; **4072**:343-57.
- Tarekegn A, Mulisa F, Abebe A. Production performance and various important behaviors performed by *Apis mellifera* scutellata bee race. *Uludag ~ Arıcılık Dergisi* 2022; **22**:211-26.
- Hepburn HR, Jones GE, Kirby R. Introgression between *Apis mellifera capensis* Escholtz and *Apis mellifera scutellata* Lepeletier: the sting pheromones. *Apidologie* 1994; **25**:557-65.
- Rüeff F, Jakob T (2022) Bee and wasp venom allergy. In: *Braun-Falco's Dermatology*. (Plewig G, French L, Ruzicka T, Kaufmann R, Herft M, eds). Dordrecht : Springer; 475-80.
- Rüeff F. Natural history and long-term follow-up of Hymenoptera allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2020; **20**:445-51.
- Cadona V, Anostegui IJ, Ebisawa M et al. *World Allergy Organ J* 2020; **13**:100472.

Étude du profil de la lèpre (maladie de Hansen) dans le Chhattisgarh, en Inde

Daniel Henry

Usha Memorial Skin & Eye Hospital Bilaspur Chhattisgarh, Inde.

danielhenry21@yahoo.com

Conflits d'intérêts : Aucun.

Mots Clés : Maladie de Hansen ; Chhattisgarh, Inde ; lèpre borderline tuberculoïde.

Introduction

La maladie de Hansen (lèpre) est considérée comme une maladie ancienne. Le nombre de cas déclarés est tombé à moins d'un cas pour 10 000 habitants au niveau national en décembre 2005. Cette maladie a été déclarée éradiquée en Inde il y a une décennie et demie, mais elle est réapparue dans différentes régions du pays. L'Inde compte désormais le plus grand nombre de nouveaux cas dans le monde, suivie du Brésil et de l'Indonésie. Compte tenu de l'importance de la maladie dans l'ère moderne, nous avons étudié les données de notre service ambulatoire.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective dans laquelle nous avons collecté des données pour les patients qui ont consulté des services ambulatoires de dermatologie pour un traitement de la lèpre de septembre 2019 à septembre 2020. Nous avons recueilli les données démographiques des patients et enregistré le sous-type clinique de la lèpre ($n = 125$) (Fig. 1-6).

Résultats

Dans notre étude, il a été constaté que la lèpre borderline tuberculoïde était la plus fréquente ($n = 80$ cas), suivie par la lèpre lépromateuse ($n = 36$), la lèpre borderline lépromateuse ($n = 6$) et la lèpre borderline ($n = 2$) (tableau 1). Un seul patient était atteint de lèpre tuberculoïde. Les hommes étaient plus souvent touchés que les femmes (Tableau 2). Sur les 125 patients, 85 étaient des hommes et 40 des femmes. Le nombre d'anciens cas était de 77 et le nombre de nouveaux cas était de 48. La maladie touchait moins de jeunes. Seuls quatre enfants et adolescents étaient touchés. Le plus jeune patient était âgé de 9 ans et le plus âgé de 70 ans.

Discussion

La lèpre est une maladie infectieuse chronique causée par *Mycobacterium leprae*. La maladie affecte principalement la peau, les nerfs périphériques, les surfaces muqueuses des voies respiratoires supérieures et les yeux.

La lèpre est transmise par des gouttelettes. Elle est endémique dans les pays tropicaux, en particulier dans les pays sous-développés ou en voie de développement. La prévalence a diminué depuis l'introduction de la polychimiothérapie au début des années 1980.



Fig. 1. Plaque de lèpre tuberculoïde.



Fig. 2. Lésions de lèpre lépromateuse touchant le menton.

Tableau 1. Répartition des patients selon le type de lèpre ($n = 125$).

Lépromateuse	Borderline lépromateuse	Borderline borderline	Borderline tuberculoïde	Tuberculoïde
36	6	2	80	1

Tableau 2. Répartition démographique des patients ($n = 125$).

Hommes, n	Femmes, n	Anciens cas, n	Nouveaux cas, n	Enfants et adolescents, n
85	40	77	48	4

Cent cinq pays endémiques, situés spécifiquement en Asie du Sud-Est, dans les Amériques, en Afrique, dans le Pacifique oriental et en Méditerranée occidentale, représentent encore un grand nombre des cas. En 2011, 219 075 nouveaux cas ont été détectés dans le monde. Au premier trimestre 2012, 181 941 nouveaux cas ont été enregistrés et la prévalence était de 0,34 cas pour 10 000 habitants.¹ L'Inde occupe le premier rang et le Brésil le deuxième en nombre absolu de cas.² Les données épidémiologiques de certains pays, dont l'Inde, doivent être interprétées avec prudence, car les objectifs d'élimination de la maladie ont été atteints sur la base de certains critères, tels que la modification de la définition d'un "cas", l'exclusion des cas récurrents du taux de prévalence, l'exclusion des cas d'abandon de traitement des registres actifs, le traitement par dose unique des patients paucibacillaires, la réduction de la durée du traitement, etc. Cela a entraîné une chute brutale du nombre de nouveaux cas déclarés.³



Fig. 3. Lésions infiltrantes de lèpre lépromateuse sur la joue droite et le lobe de l'oreille.

Une étude récente⁴ a révélé que la lèpre bordeline lépromateuse était la plus fréquente et que les hommes étaient plus souvent touchés. Le plus jeune patient avait 6 ans et le plus âgé 70 ans.



Fig. 4. Lésions nodulaires de la lèpre lépromateuse sur le front.

Notre étude a également montré que la maladie a une prédominance masculine. La lèpre est plus fréquente chez les hommes depuis l'ère des sulfones; l'incidence nettement supérieure chez les hommes dans notre étude pourrait être attribuée à leur plus grande mobilité et à leur meilleure accessibilité aux soins de santé.^{5,6} Le faible pourcentage de lèpre tuberculoïde constaté dans notre étude est similaire aux observations faites par Jindal *et al.*⁷

Conclusion

Nous concluons donc que la lèpre (maladie de Hansen) doit encore être éradiquée. **Bien que l'incidence ait diminué, nous voyons encore de nouveaux cas dans notre service de patients ambulatoires.**

La sensibilisation des patients, le diagnostic précoce et le traitement correct avec des conseils appropriés ne peuvent qu'aider l'Inde à devenir une nation exempte de lèpre.



Fig. 5. Lèpre lépromateuse affectant la partie inférieure des jambes.



Fig. 6. Lèpre lépromateuse touchant les mains.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Global leprosy situation, 2012. *Wkly Epidemiol Rec* 2012; **87**: 317-28.
2. Organisation Mondiale de la Santé. *Elimination of leprosy as a public health problem. Leprosy Resolution WHA 44.9, 44ème Assemblée Mondiale de la Santé.* OMS, 1991. Disponible via le lien : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176981/WHA47_11_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (last accessed 20 May 2023).
3. Talhari S, Grossi MA, Oliveira ML *et al.* Hansen's disease: a vanishing disease? *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2012; **107**: 13-6.
4. Adil M, Amin SS, Mohtashim M *et al.* Clinico-epidemiological study of leprosy from a North Indian tertiary care hospital. *Int J Res Dermatol* 2018; **4**: 518-21.
5. Norman G, Bhushanam JDRS, Samuel P. Trends in leprosy over fifty years in Gudiyatham Taluk, Vellore, Tamilnadu. *Indian J Lepr* 2006; **78**: 105-11.
6. Richardus JS, Meima A, Croft RP, Habbema JD. Case detection, gender and disability in leprosy in Bangladesh: a trend analysis. *Lepr Rev* 1999; **70**: 160-73.
7. Jindal N, Shanker V, Tegta GR *et al.* Clinico-epidemiological trends of leprosy in Himachal pradesh: a five year study. *Indian J Lepr* 2009; **81**: 173-9.

ILDS : comment l'IFD fait la différence dans la santé mondiale de la peau

La Fondation internationale de dermatologie (IFD) est la branche humanitaire de la Ligue internationale des sociétés dermatologiques (ILDS). L'IFD se consacre à la promotion de l'innovation, à l'établissement de nouveaux partenariats et au développement de méthodes de travail collaboratives en vue de concrétiser notre vision de services de santé cutanée accessibles, efficaces et disponibles pour tous les patients dans les zones à faibles ressources, indépendamment de leur origine ethnique, de leur handicap ou de leur milieu social. Pour aider l'ILDS à remplir sa mission de promotion de la santé de la peau dans le monde entier, l'IFD soutient des initiatives en Afrique, en Océanie, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. Nous recherchons constamment de nouveaux moyens d'accroître notre impact et notre portée.

Parmi ces initiatives de l'ILDS, nées et soutenues par l'IFD, figurent DermLink et le Centre régional de formation en dermatologie (RDTC), en Tanzanie, qui ont récemment fait des progrès fantastiques.

DermLink 2022 :

L'IFD offre un financement pour des projets et des initiatives ponctuels dans des zones à faibles ressources et d'une durée maximale de 12 mois par le biais de subventions DermLink. Cette démarche est conforme à la mission de l'ILDS, qui est de parvenir à la meilleure santé cutanée possible pour tous les habitants de la planète. En 2022, l'IFD a offert 10 subventions DermLink d'un montant total de plus de 47 000 dollars pour des projets dans



Cryothérapie à l'azote liquide pour une tumeur cutanée maligne *in situ* chez un enfant atteint d'albinisme (avec l'aimable autorisation de Standing Voice).



Délégués participant à la conférence internationale annuelle sur la FMC au RDTC.

neuf pays des continents africain, océanien et asiatique, grâce à l'aimable soutien des organisations membres de l'ILDS, qui ont soumis les demandes de subvention à l'IFD, soit en tant que sponsor du projet, soit pour entreprendre directement le projet elles-mêmes. Ainsi, depuis qu'ils ont commencé vers la fin de l'année 2022, ils ont eu un impact direct sur plus de 4400 vies et ce chiffre continue d'augmenter car plusieurs d'entre eux sont encore en cours.

L'impact des subventions de DermLink 2022 se fait ressentir dans les domaines indiqués dans le Tableau 1.

Centre Régional de Formation en Dermatologie (RDTC), Tanzanie

Le RDTC de Moshi, en Tanzanie, est un centre suprarégional de formation, de recherche et de soins cliniques qui s'occupe des patients nécessitant des soins dermatologiques et assure la formation des assistants médicaux et des responsables cliniques. Le RDTC en Tanzanie est le projet phare de l'IFD. Il œuvre à la prévention, au traitement et à la réhabilitation des patients atteints de cancer de la peau et d'autres maladies cutanées, de lèpre et d'infections sexuellement transmissibles en Afrique de l'Est. En 2022, l'IFD a soutenu et offert des bourses à 19 étudiants pour le diplôme avancé de deux ans en dermato-vénérologie (ADDV) et a fourni un soutien pour huit postes clés du personnel ; une contribution à la réunion annuelle de formation médicale continue (FMC) pour les étudiants anciens et actuels ; des bourses pour six résidents MMed afin de leur permettre de compléter leur formation en dermatologie en 5 ans, et un soutien pour les activités de la Journée de la Lèpre 2022.

Tableau 1

Subventions DermLink 2022

Projet	Organisation membre de soutien
Projet d'engagement public sur la lèpre en Indonésie	Société néerlandaise de dermatologie et de vénéréologie
Création d'une société de dermatologie du Pacifique	Collège australasien des dermatologues
Création de centres de soins pour l'albinisme au Burundi	Société tanzanienne de dermato-vénérologie
Renforcement des capacités des professionnels de la santé au Malawi	Académie espagnole de dermatologie et de vénéréologie
Education thérapeutique sur la dermatite atopique à Madagascar	Société africaine de dermatologie et de vénéréologie
Programme éducatif virtuel Sud-Sud au Tadjikistan	Association des professeurs de dermatologie
Développement des services de dermatologie en Éthiopie	Société dermatologique d'Afrique du Sud
Formation virtuelle sur les maladies tropicales négligées au Nigéria	Association nigériane des dermatologues
Création d'un registre électronique de données au Sri Lanka	Collège des dermatologues du Sri Lanka
Renforcement des capacités des professionnels de la santé au Malawi	Association irlandaise des dermatologues

La 28^{ème} conférence internationale sur la formation médicale continue (FMC) et réunion des diplômés de troisième cycle du RDTC (11-13 janvier 2023) a été un événement impressionnant qui a mis en lumière le travail remarquable de l'organisation pour améliorer l'éducation relative à la santé de la peau en Afrique. Elle est axée sur les maladies tropicales négligées et la dermatologie en santé mondiale et a été suivie par environ 300 professionnels de la santé à travers toute l'Afrique. De nombreux experts sont intervenus et ont abordé un large éventail de questions relatives à la santé de la peau auxquelles les professionnels de la santé de première ligne en Afrique sont couramment confrontés. Ce fut une véritable célébration des progrès réalisés en matière d'éducation relative à la santé de la peau et une source d'inspiration pour les professionnels de la santé afin qu'ils poursuivent leur travail essentiel dans ce domaine.

L'un des aspects les plus impressionnants de la FMC du RDTC est qu'elle permet aux anciens diplômés de poursuivre leur formation médicale. En fait, cette conférence est la seule de ce type dans la région. En outre, les étudiants et les résidents actuels ont eu l'occasion de présenter leurs recherches et de demander des conseils sur des cas difficiles. Le RDTC rembourse les frais de déplacement et d'hébergement des anciens diplômés, ce qui facilite leur participation. Le coût total des remboursements de la dernière conférence s'élevait à 32 000 dollars, dont 10 000 dollars fournis par l'IFD.

La récente FMC a marqué une étape importante, car c'est la première fois que des participants extérieurs à l'Afrique y assistaient en grand nombre depuis la pandémie de COVID-19.



Recherche de cas contacts pour la lèpre à Benga (Malawi), réalisée par Dermalawi en partenariat avec l'Académie espagnole de dermatologie et de vénéréologie.

En plus des interventions d'experts, le RDTC a également décerné des prix aux étudiants pour récompenser leurs réalisations exceptionnelles. Les prix ont été financés par l'IFD, chaque lauréat recevant 100 dollars.

L'IFD est reconnaissante de l'aide apportée par les personnes exceptionnelles qui gèrent ces initiatives dans différents pays, ainsi que par les organisations membres de l'ILDS, les personnes de contact principales, les bénévoles et le personnel de soutien local qui travaillent sans relâche pour rendre la santé de la peau accessible à tous, en particulier dans les zones à faibles ressources.

RÉPONSES AU QUIZ

Réponse à la question 2 :

(b) Trichophyton tonsurans

Réponse à la question 3 :

(b) Terbinafine à raison de 3-6 mg/kg/jour pendant au moins 4 semaines

Discussion

Avec l'augmentation des salons de coiffure et des nouvelles coupes de cheveux, en particulier chez les hommes, les consultations pour la tinea capitis ont augmenté. Au cours des deux dernières années, le nombre de cas observés dans le service de dermatologie de l'hôpital Ramos Mejia de Buenos Aires (Argentine) a augmenté, et le *Trichophyton tonsurans* est l'agent étiologique le plus fréquent.

La tinea capitis causée par *Trichophyton tonsurans* est un problème de santé publique qui touche les enfants en Argentine et dans d'autres pays comme l'Espagne. Il existe une relation épidémiologique entre la présence de *T. tonsurans* dans les salons de coiffure et la prévalence de l'infection dans la population.

Cliniquement, les lésions se présentent sous forme de plaques rondes ou ovales, avec des écailles, des poils coupés à différents niveaux et des points noirs (figures 1 et 2).

Le diagnostic est confirmé par une étude mycologique de la lésion. La dermatoscopie pourrait être utile dans les hôpitaux qui n'ont pas accès à un service de microbiologie. On observe généralement des squames, des points noirs, des poils en zigzag et des poils en tire-bouchon (Fig. 3).

Le traitement de choix est la terbinafine 3-6 mg/kg/jour. Bien que la littérature actuelle suggère une période de traitement de 4 semaines, notre expérience suggère qu'une période plus longue est nécessaire, par exemple de 8 à 12 semaines. Un traitement topique supplémentaire, tel que le shampooing au kétoconazole, est recommandé.



Fig. 1.



Fig. 2.

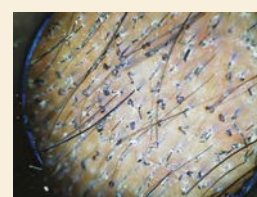


Fig. 3.

Rédacteurs

Chris Lovell (Royaume-Uni),
Michele Murdoch (Royaume-Uni)

Rédacteur-Fondateur

Paul Buxton (Royaume-Uni)

Secrétaire de Direction

Secrétariat ILDS

Comité de Rédaction

Ayesha Akinkugbe (Nigéria)
Workalemahu A. Belachew (Éthiopie)
Anna Ascott (Royaume-Uni)
Susannah Baron (Royaume-Uni)
Jean Bologna (États-Unis)
Isabel Casas (Argentine)
David Chandler (Royaume-Uni)
Steven Ersser (Royaume-Uni)
Guadalupe Estrada (Mexique)
Claire Fuller (Royaume-Uni)

Chris Griffiths (Royaume-Uni)
Henning Grossman (Allemagne)
Rod Hay (Royaume-Uni)
Arjan Hogewoning (Pays-Bas)
Vineet Kaur (Inde)
Harvey Lui (Canada)
Omar Lupi (Brésil)
John Masenga (Tanzanie)
Rachael Morris-Jones (Royaume-Uni)
Anisa Mosam (Afrique du Sud)

Kelvin Mponda (Malawi)
Deepani Munidasa (Sri Lanka)
Ben Naafs (Pays-Bas)
Rune Nathaniel Philemon (Tanzanie)
Terence Ryan (Royaume-Uni)
Mafalda Soto (Tanzanie)
Aswan Tai (Australie)
Gail Todd (Afrique du Sud)
Shyam Verma (Inde)
Stephen Walker (Royaume-Uni)

Comment recevoir le journal Community Skin Health

Le journal Community Skin Health (CSH) est disponible en format numérique et papier : L'inscription à la version numérique ou papier est **gratuite** : veuillez visiter bit.ly/cshjournal

Vous pouvez également **télécharger** l'appli CSH pour votre téléphone ou tablette Android et iOS.

Écrire un article

Si vous êtes intéressé par les soins dermatologiques, le CSH présente une excellente occasion de partager votre expérience en envoyant des articles, des rapports et des lettres. Vous pouvez consulter les Recommandations pour les Auteurs sur le site internet de CSH.

Veuillez envoyer votre demande par email à CSH@ILDS.org ou par courrier à Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, Royaume-Uni.

Copyright

Les articles peuvent être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition qu'ils ne soient pas utilisés à des fins commerciales ou de profit personnel. Il doit dans ce cas être fait mention du ou des auteurs et de Community Skin Health.

Société d'Édition

Community Skin Health est publié par l'International League of Dermatological Societies (ILDS) en tant que journal officiel de l'International Foundation for Dermatology (IFD) <https://ilds.org/>

Clause de non-responsabilité

La Société d'édition, l'International League of Dermatological Societies et les Éditeurs ne peuvent pas être tenus responsables d'erreurs ou de conséquences provenant de l'utilisation d'informations contenues dans le journal. Les avis et les opinions exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de la Société d'édition, de l'International League of Dermatological Societies et des Éditeurs, pas plus que les publicités ne représentent une approbation de leur objet par la Société d'Édition, l'International League of Dermatological Societies et les Éditeurs.

ISSN 2632-8038



Initialement fondée en 1935, l'International League of Dermatological Societies (ILDS) promeut la santé de la peau à travers le monde depuis plus de 80 ans. L'entité qui l'a précédée avait débuté en 1889 comme le premier de nombreux Congrès mondiaux de dermatologie. Aujourd'hui, l'ILDS représente la dermatologie au plus haut niveau, avec plus de 170 membres originaires de plus de 80 pays ; nous représentons plus de 200 000 dermatologues.

L'International Foundation for Dermatology (IFD) a été créée en 1987 afin de mener à bien les activités de l'ILDS en matière d'activités dermatologiques mondiales. Aujourd'hui, l'IFD soutient des projets en Afrique, en Asie-Pacifique et en Amérique du Sud. Le CSH est le journal officiel de l'IFD.



Partenaire de l'HIFA
Health information for All

Devenez un ami du CSH

Pour seulement 5 \$, 5 £ ou 5 € par mois, vous pouvez devenir un ami du CSH. Votre donation régulière nous permettra d'envoyer plus de 10 000 exemplaires du journal à des professionnels de la santé à travers le monde.

Pour en savoir plus sur la manière de devenir un Ami, veuillez envoyer un email à

CSH@ILDS.org



Si vous faites des achats en ligne, vous pouvez soutenir financièrement le journal sans qu'il ne vous en coûte un centime. Plusieurs grands distributeurs feront une donation en fonction du montant que vous dépensez.

www.easyfundraising.org.uk

Promoting global
Community Skin Health
through education