



Manifestations cutanées des infections virales

Séminaire de DES-C de Maladies Infectieuses et Tropicales
Thématique n°9 – Infections cutanées et maladies d'inoculation

Mars 2024

Romain PAUCH

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP

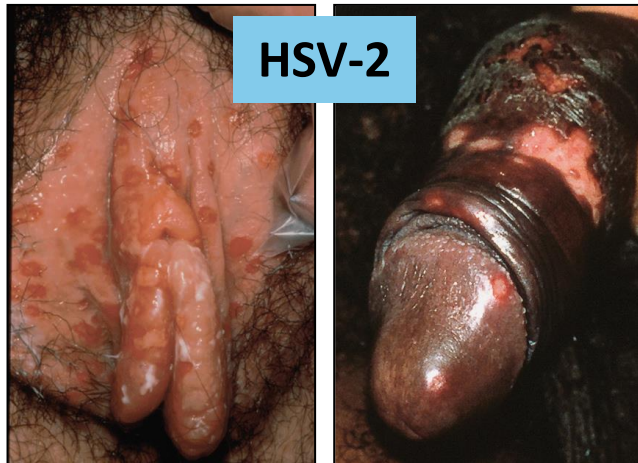
Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (iPLESP)
INSERM UMR-S 1136

Plan du cours

- **HSV : primo-infection, récurrences, érythème polymorphe**
- **Variole**
- **Mpox**
- **Molluscum contagiosum**
- **EBV : éruption cutanée**
- **Arboviroses**
- **HHV-8 : maladie de Kaposi**

HSV : primo-infection

Coll. O. Chosidow



Traitement chez l'immunocompétent et l'immunodéprimé :
valaciclovir 500 mg à 1000 mg 2 fois par jour
pendant 7 à 10 jours

Lésions cliniques :

- Incubation : 5 à 7 jours
- Lésions papuleuses puis vésiculeuses érythémateuses
 - Regroupées en bouquet
 - D'âge différent
 - Évoluant vers des ulcérations
 - Puis des croûtes
- Douleurs à type de brûlures, prurit
- Adénopathies centimétriques douloureuses

Topographie :

- Gingivo-stomatite (enfants surtout)
- Kérato-conjonctivite
- Panaris
- Lésions génitales :
 - Vulvo-vaginite érosive (femme)
 - Érosions péniennes (hommes)
 - Ano-rectite

Evolution : guérison en 2 à 3 semaines

HSV : récurrences

Prévalence des récurrences :

- HSV-1 : 20-50%
- HSV-2 : 70-90%

Facteurs déclenchants : stress, infections, soleil, menstruations

Clinique :

- Prodromes (picotements, brûlures, paresthésies, prurit)
- État général conservé
- Lésions limitées

Evolution : cicatrisation en 7-10 jours



**Traitement : valaciclovir
1000 mg 1 fois par jour
pendant 5 jours**

Quelle prévention des récurrences ?



Suppressive therapy reduces frequency of genital herpes recurrences by 70%–80% among patients who have frequent recurrences (469–472). Persons receiving such therapy often report having experienced no symptomatic outbreaks. Suppressive therapy also is effective for patients with less frequent recurrences. Long-term safety and efficacy have been documented among patients receiving daily acyclovir, valacyclovir, and famciclovir (474). Quality of life is improved for many patients with frequent recurrences who receive suppressive therapy rather than episodic treatment (475). Providers should discuss with patients on an annual basis whether they want to continue suppressive therapy because frequency of genital HSV-2 recurrence diminishes over time for many persons. However, neither treatment discontinuation nor laboratory monitoring is necessary because adverse events and development of HSV antiviral resistance related to long-term antiviral use are uncommon.

Recommended Regimens

Acyclovir 400 mg orally 2 times/day

OR

Valacyclovir 500 mg orally once a day*

OR

Valacyclovir 1 gm orally once a day

OR

Famciclovir 250 mg orally 2 times/day

* Valacyclovir 500 mg once a day might be less effective than other valacyclovir or acyclovir dosing regimens for persons who have frequent recurrences (i.e., ≥ 10 episodes/year).

**Si au moins 6
récurrences
par an**

HSV : érythème polymorphe (1/4)

thebmj

The diagnosis is in the rings

Saskia Ingen-Housz-Oro *dermatologist*^{1 2 5}, Nicolas Ortonne *professor of pathology*^{3 4}, Olivier Chosidow *professor of dermatology*^{1 2 3 5}



L'érythème polymorphe est une **maladie d'hypersensibilité** induisant sur la **peau +/- les muqueuses** des lésions caractéristiques : les **cocardes**. Les étiologies sont essentiellement infectieuses (**HSV, mycoplasme**, autres), mais **idiopathique** fréquemment. Entité clairement séparée du spectre « syndrome de Stevens-Johnson-Lyell ». Les **récidives** sont fréquentes.

- Élément arrondi fait typiquement de trois zones annulaires concentriques : centrale vésiculo-bulleuse, moyenne claire, périphérique rouge sombre
- Topographie : typiquement **acrale**, parfois diffuse
- Atteinte muqueuse : érosions
 - Buccales : palais, face interne des joues, langue, souvent recouvertes d'un enduit fibrineux, croûtes labiales
 - ORL : pharynx, larynx, œsophage
 - Oculaires : conjonctives, cornée
 - Génitale et anale
 - Risque de **séquelles sténosantes**

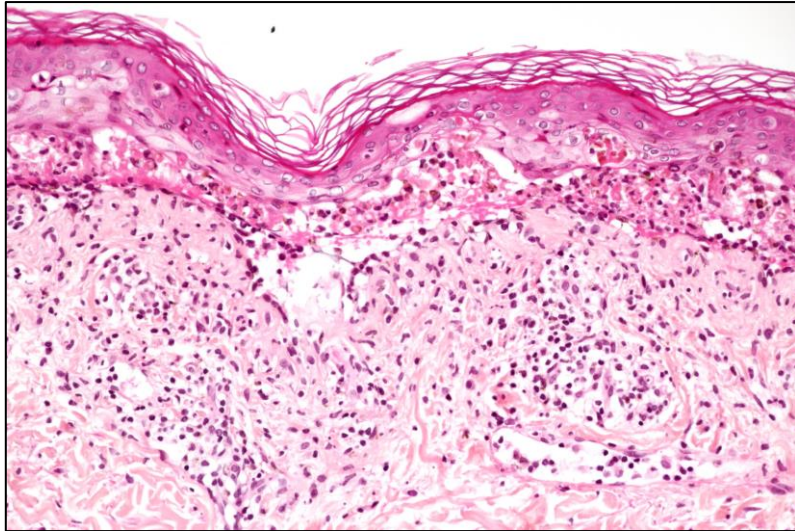
HSV : érythème polymorphe (2/4)

Coll. O. Chosidow

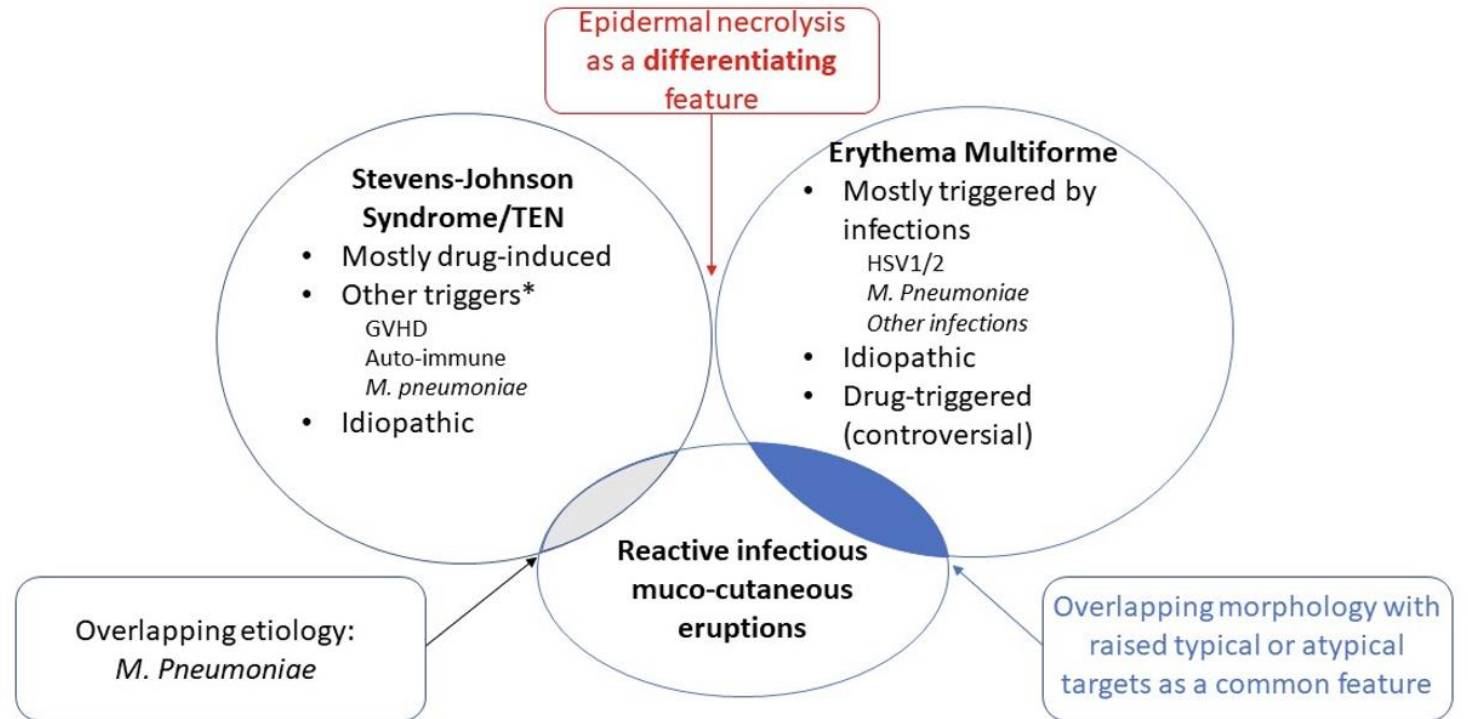


HSV : érythème polymorphe (3/4)

Quelle physiopathologie ?



- Surtout étudiée pour l'EP post-herpétique
- **Terrain génétique favorisant** : HLA DQw3/HLA B1*0301
- **Maladie immunologique** : réaction immunologique cellulaire T et cytokinique contre les antigènes viraux, à l'origine des lésions cutanées

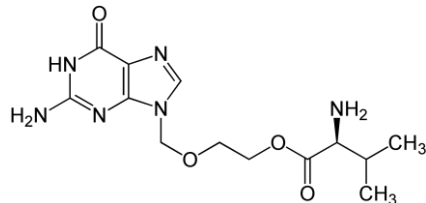
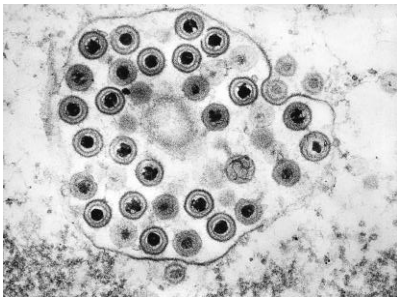


**Drugs may act as a cofactor*

HSV : érythème polymorphe (4/4)

Quelles particularités pour l'érythème polymorphe associé à HSV ?

- HSV est la **cause la plus fréquente** (30-50% des EP)
- **HSV-1** beaucoup plus que HSV-2
- EP mineurs et majeurs / graves et non graves
- Survenue en moyenne **7 à 10 jours après la poussée** d'herpès
- Souvent : poussée d'herpès infraclinique (excrétion asymptomatique) – intérêt de la **sérologie** herpès (VPN)
- Dans les formes récidivantes, l'efficacité des antiviraux prouve *a posteriori* l'origine herpétique



Traitement de la poussée :

- Essentiellement symptomatique (antalgiques)
- Lésions cutanées : abstention ou dermocorticoïdes de classe III/IV
- Lésions muqueuses : soins oculaires (vitamine A, collyres mouillants) / soins de bouche (bains de bouche antiseptiques et antalgiques, corticoïdes, vaseline) / soins génitaux (vaseline)
- Réhydratation, alimentation entérale si besoin
- **Pas d'intérêt des antiviraux en curatif**

Traitement des récurrences :

- Première ligne : **prophylaxie anti-herpétique** (même en l'absence de lésion visible) par valaciclovir 500 mg x 2/jour
- A partir de 3 récurrences : discuter thalidomide 50 à 100 mg/jour avec surveillance et précautions d'usage

Poxviridae

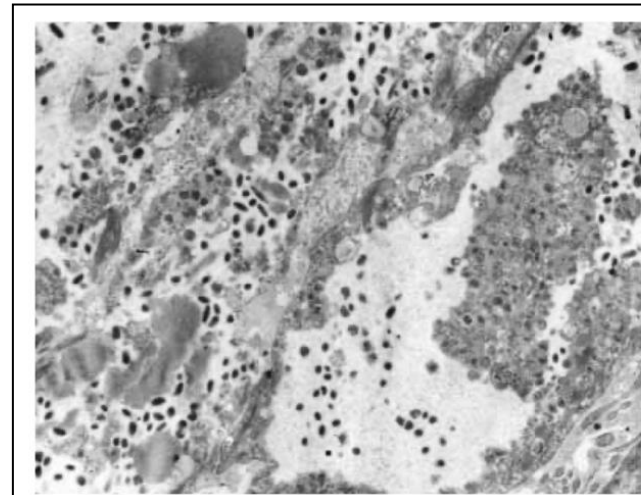
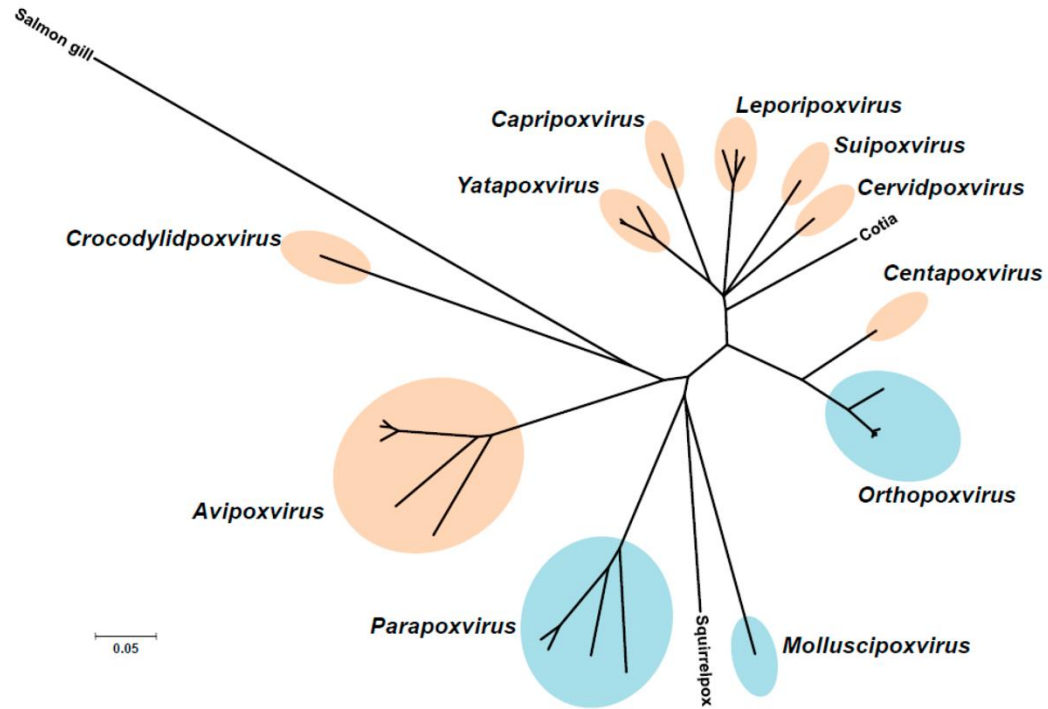


Fig 1. Poxvirus (orf): Brick-shaped to oval virus particles are seen in the vacuolated keratinocyte cytoplasm. (Original magnification $\times 20,160$.) (Courtesy of R. L. Sanchez, MD, Galveston, Tex.)

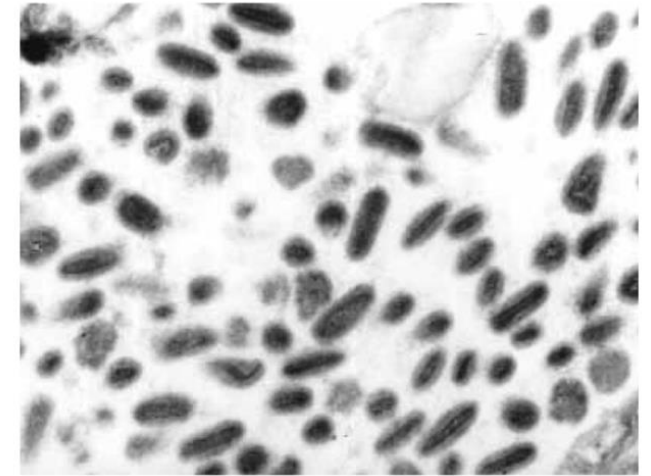


Fig 2. Viral particles with electron-dense DNA core and visible outer membrane. (Original magnification $\times 93,128$.) (Courtesy of R. L. Sanchez, MD, Galveston, Tex.)

- **Variole** : smallpox virus (VARV)
- **Vaccine** : virus de la vaccine (VACV)
- **Cowpox** : cowpox virus (CPV)
- **Monkeypox** : monkeypox virus (MKPV)

Gros virus (300 nm), ADN bicaténaire, réplication intra-cytoplasmique, 2 enveloppes

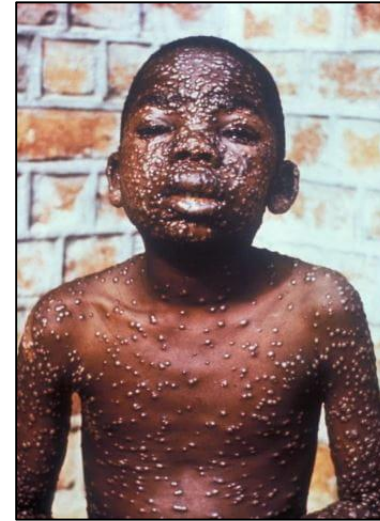
Variole : épidémiologie, clinique

Transmission :

- Contact rapproché
- Porte entrée cutanée ou respiratoire
- Contagiosité du début de l'éruption à la disparition des croûtes
- Incubation : 12 jours (7 à 17 jours)
- Infection immunisante, pas de porteur sain

Evolution clinique :

- Syndrome pseudo-grippal (2 à 4 jours)
- Macules érythémateuses oro-pharyngées
- Lésions cutanées évoluant en 6 phases :
 1. Macules érythémateuses,
 2. Papules,
 3. Vésicules fermes ombiliquées,
 4. Pustules (matériel tissulaire blanchâtre – 7 jours),
 5. Ulcération (20 jours)
 6. Cicatrices atrophiques
- Prédominance : visage, paumes et plantes
- Extension centrifuge



Forme mineure :

Atteinte cutanée isolée – mortalité <1%

Formes majeures :

- Ordinaire – mortalité **20-60%**
- Maligne – mortalité **90%**
- Hémorragique – mortalité **98%**

Variole : vaccination, éradication



Complication rare et grave de la vaccination « anti-variolique » (anti-virus de la vaccine)

- Endémique jusqu'à la fin des années 1960 (Afrique subsaharienne, Brésil, Asie du Sud-Est), 10 à 15 millions de cas et 3 millions de décès par an
- Programme d'éradication de l'OMS dès 1967
- Dernier cas notifié en 1977 (Somalie)
- Arrêt de la vaccination en France en 1977

Mpox : épidémiologie



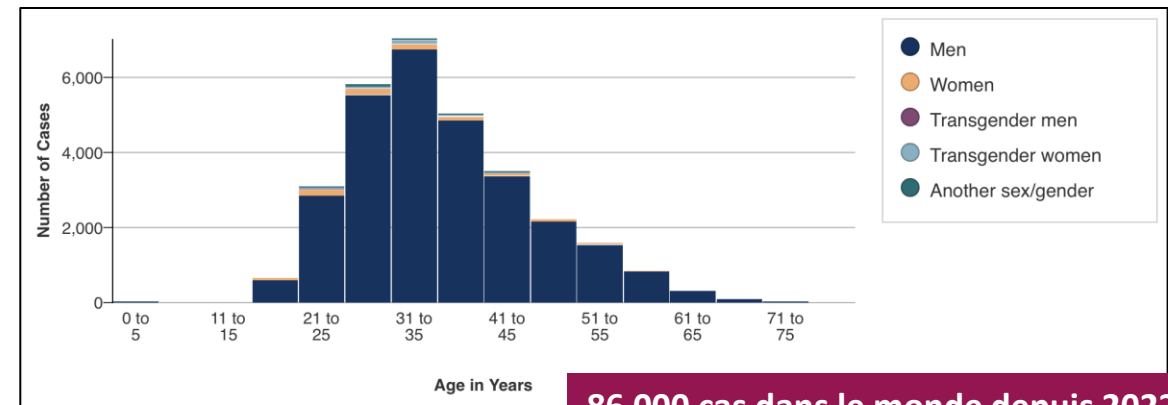
The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries — April–June 2022

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Persons with Monkeypox.*

Characteristic	All Persons (N = 528)
Median age (range) — yr	38 (18–68)
Sex or gender — no. (%)	
Male	527 (>99)
Female	0
Trans or nonbinary	1 (<1)
Sexual orientation — no. (%) †	
Heterosexual	9 (2)
Homosexual	509 (96)
Bisexual	10 (2)
Race or ethnic group — no. (%) †	
White	398 (75)
Black	25 (5)
Mixed race	19 (4)
Latinx	66 (12)
Other or unknown	20 (4)
HIV positive — no. (%)	218 (41)
HIV negative or status unknown — no. (%)	310 (59)
Use of preexposure prophylaxis against HIV — no./total no. (%)	176/310 (57)

- 99% d'hommes, dont 98% de **HSH**
- **PVVIH** : 41% / séronégatifs sous **PrEP** : 33%
- IST concomitante : 29%
- Participation à un évènement communautaire festif sexuel : 32%

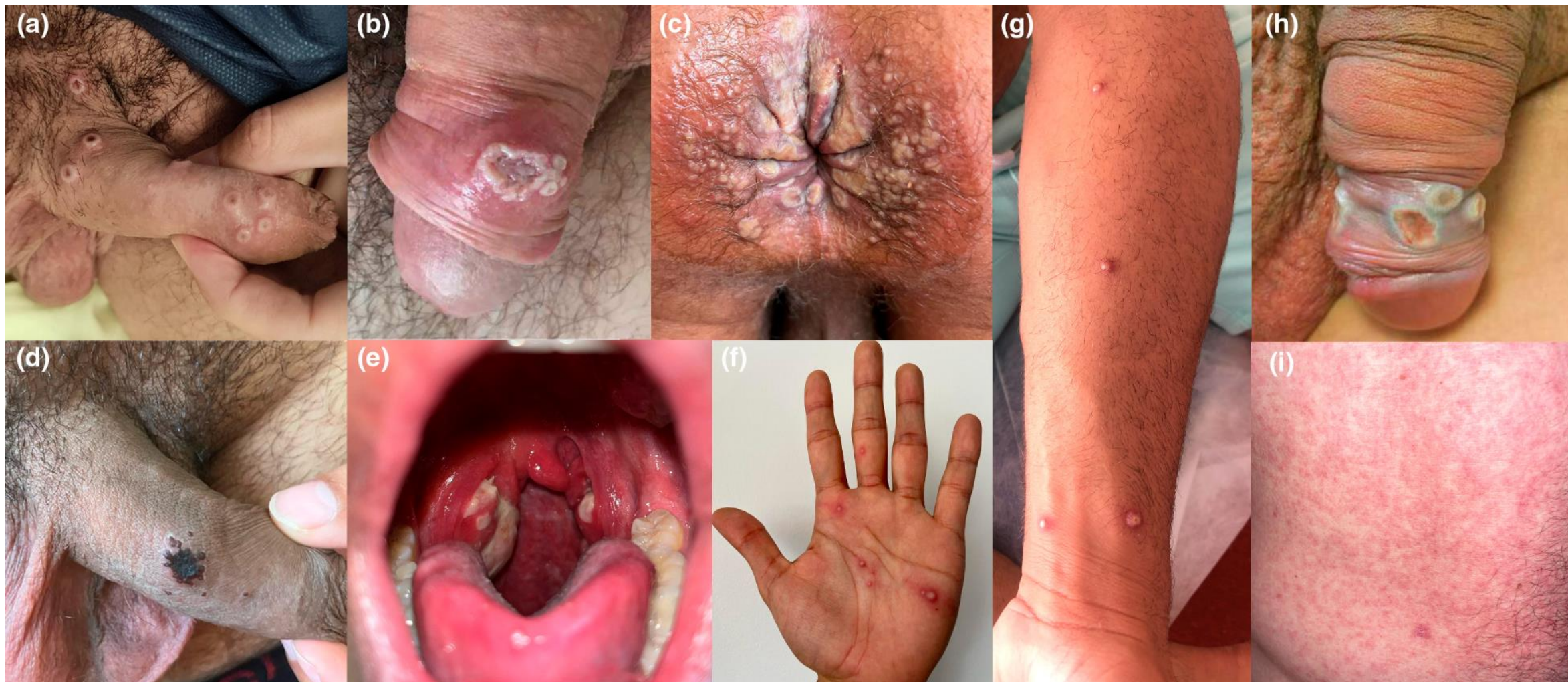


86 000 cas dans le monde depuis 2022

Quasiment que des hommes jeunes

Orkin, NEJM, 2022 / données CDC, 2023

Mpox : lésions cliniques (1/3)



Mpox : lésions cliniques (2/3)

THE LANCET

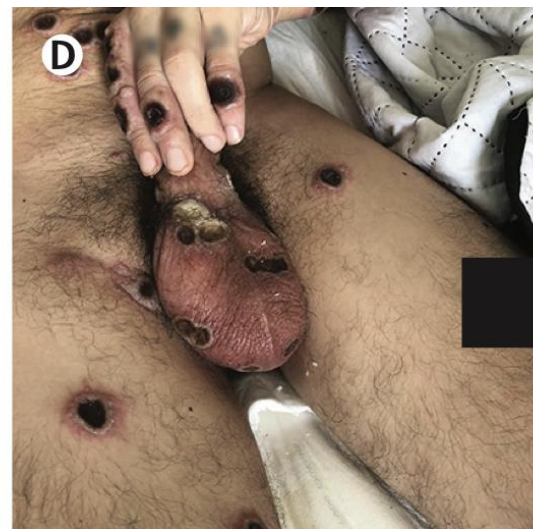
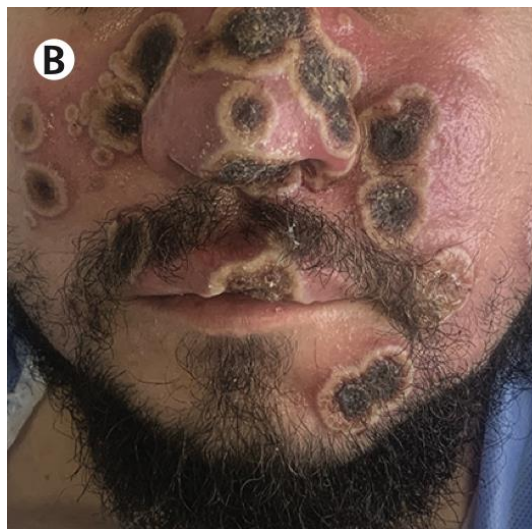
Human monkeypox virus infection in women and non-binary individuals during the 2022 outbreaks: a global case series

- Femmes trans : sexe anal dans 81% des cas, lésions anales dans 76% des cas
- Femmes cis : sexe anal dans 15% des cas, lésions anales dans 24% des cas

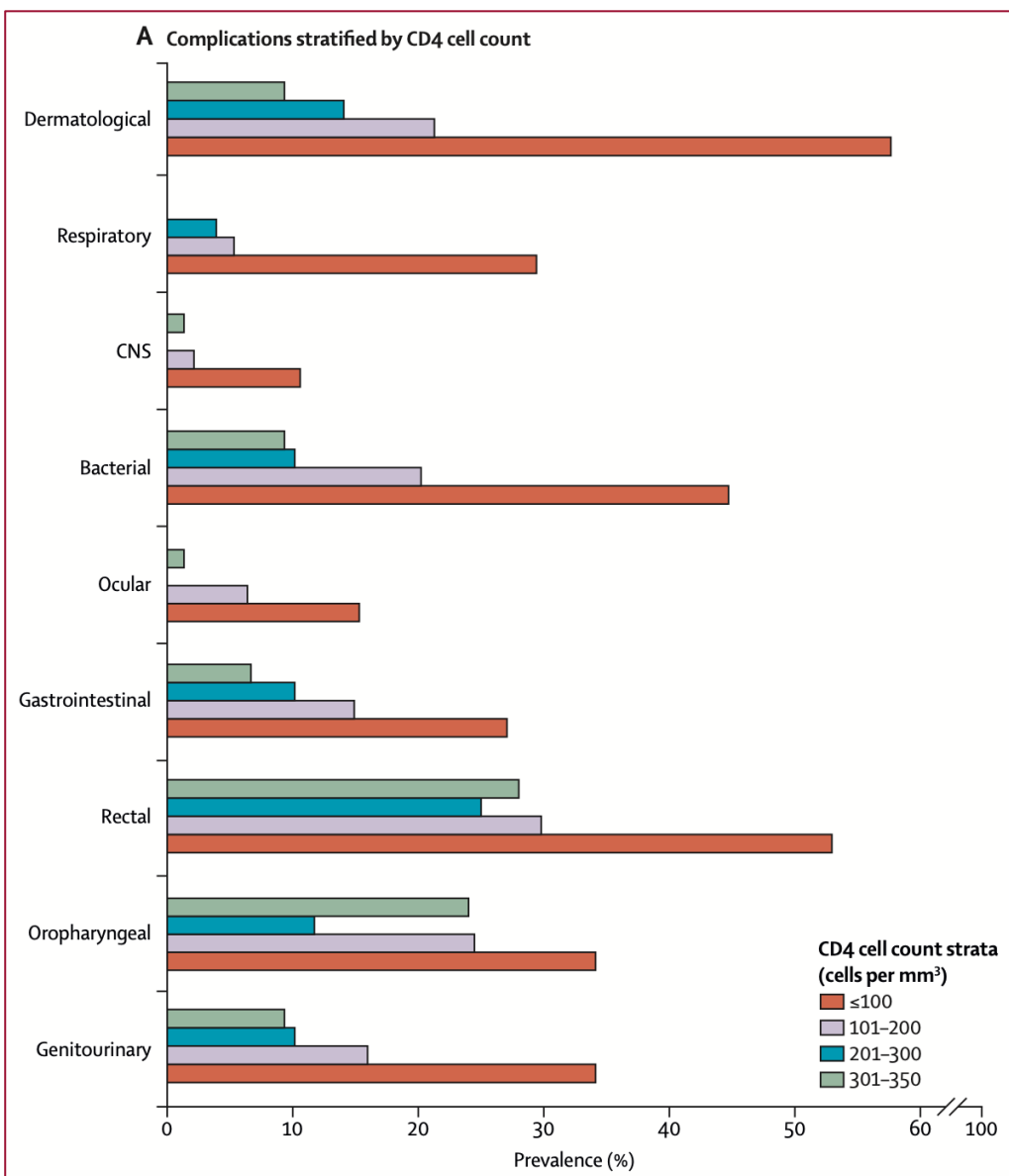
	Trans women (n=62)	Cis women and non-binary individuals (n=74)
(Continued from previous page)		
Type of sex		
Anal only	3/62 (5%)	0/74
Oral and anal	47/62 (76%)	1/74 (1%)
Oral only	1/62 (2%)	1/74 (1%)
Vaginal and anal	0/62	1/74 (1%)
Vaginal and oral	0/62	25/74 (34%)
Vaginal only	0/62	17/74 (23%)
Vaginal, oral, and anal	0/62	9/74 (12%)
Not known	11/62 (18%)	20/74 (27%)

	Trans women (n=62)	Cis women and non-binary people (n=74)
(Continued from previous page)		
Vulvar skin lesions (non-mucosal)		
No	59/60 (98%)	29/71 (41%)
Yes	1/60 (2%)	42/71 (59%)
Not known	2	3
Perianal skin lesions (non-mucosal)		
No	14/59 (24%)	55/72 (76%)
Yes	45/59 (76%)	17/72 (24%)
Not known	3	2

Mpox : lésions cliniques (3/3)

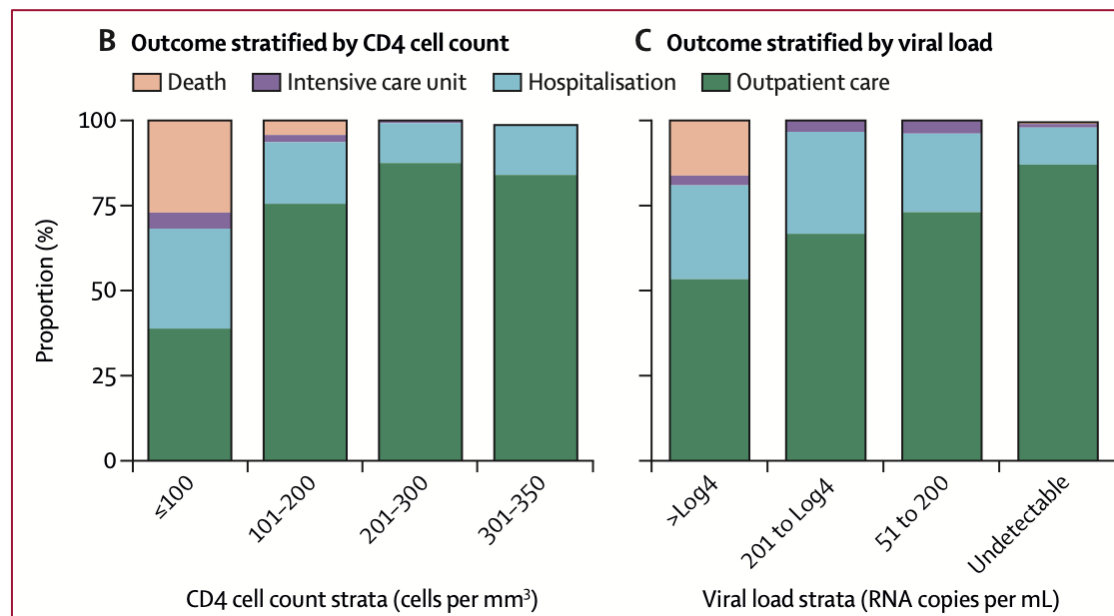


Mpox : formes graves de l'immunodéprimé



THE LANCET

Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series



- 382 PVVIH avec CD4 <350/mm³
- Complications plus fréquentes chez les PVVIH avec des CD4 très bas, 107 hospitalisations (27%) et parmi ces patients, 27 décès, tous en cas de CD4 <200/mm³

Molluscum contagiosum (1/2)

Transmission :

- Réservoir humain, transmission interhumaine
- 4 sous-types :
 - Type I, le plus fréquent (98%), distribution Mondiale
 - Type II, le plus fréquent chez les PVVIH
 - Types III et IV, en Asie, Australie
- Fréquent chez les enfants et les immunodéprimés
- Foyers / cluster de cas sporadiques
- Temps d'incubation : 0,5 à 6 mois

Présentation clinique :

- Papule translucide ou de couleur chair
 - Hémisphérique, ferme, surface lisse
 - 3 à 5 mm de diamètre
 - Ombilication évocatrice
 - Substance blanche, crémeuse
- Distribution fréquente (>20%) : tête, tronc, membres inférieurs
- Moins de 20 lésions chez l'immunocompétent
- Formes profuses / pseudo-tumorales chez l'immunodéprimé



Molluscum contagiosum (2/2)

Forme disséminée de l'immunodéprimé

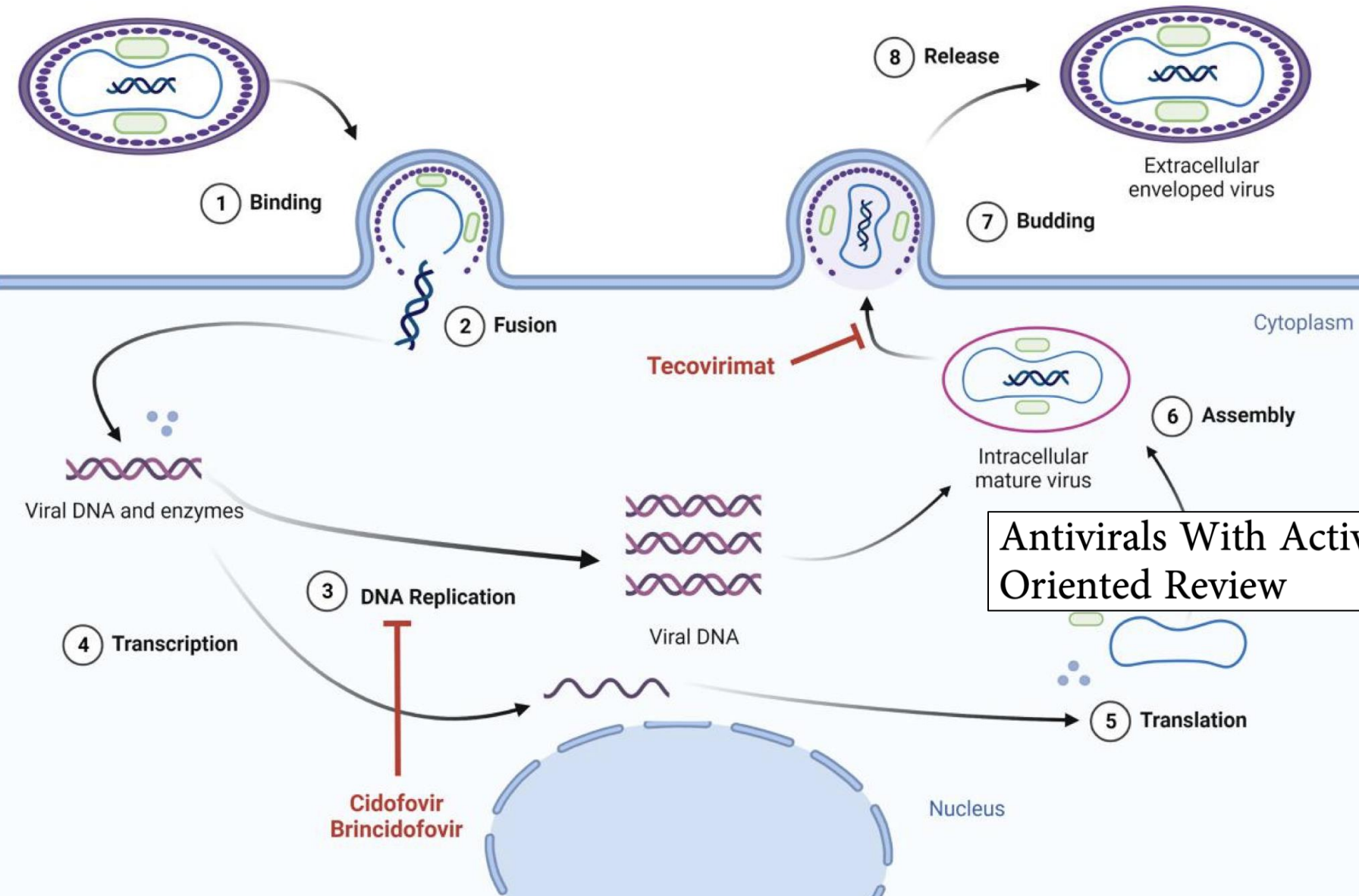


Forme pseudo-tumorale de l'immunodéprimé



Coll. G. Bohelay

Traitement des poxviroses



Clinical Infectious Diseases

REVIEW ARTICLE

Antivirals With Activity Against Mpox: A Clinically Oriented Review

EBV et éruption cutanée (1/3)

HYPERSENSITIVITY REACTIONS TO ANTIBACTERIAL DRUGS IN INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

PRESENTING SYMPTOMS IN PATIENTS WITH INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

—	No.	%
<i>Sex:</i>		
Male	83	45
Female	101	55
<i>Main symptoms:</i>		
Malaise	182	99.5
Sore throat	129	70
Swollen glands	64	35
<i>Other features:</i>		
Enlargement of posterior cervical glands	171	93
Pharyngitis	158	86
Fever	148	80
Axillary and/or groin lymphadenopathy	105	57
Splenomegaly	103	56
Tonsillar exudate	69	37.5
Hepatomegaly	65	35
Jaundice	14	8

1967

Antibacterial drugs had been administered to 121 patients (66%) before admission. Penicillin alone, usually as phenoxymethylpenicillin, had been administered to 67 (36%), ampicillin alone to 19 (10%), and tetracycline alone to 17 (9%). 18 patients (10%) had received two antibacterial drugs, the most frequent combination being penicillin and tetracycline.

Rashes occurred in 64 patients (35%). This total included 10 of the 63 patients (16%) who had not received antibacterial drugs and 54 of the 121 patients (45%) who had received antibacterial drugs. Rashes were most frequent (95%) in the 19 patients who received ampicillin. In this group the rash was invariably extensive, maculopapular, pruritic, and accompanied by slight or moderate pyrexia. It appeared usually seven to ten days after the patient had started ampicillin and the drug had usually been discontinued for a few days before the rash disappeared. The rash persisted for a variable period but had cleared by the end of a week, although staining and desquamation often persisted for several days more. In a few cases the rash was accompanied by other features of hypersensitivity, such as diarrhoea, arthralgia, and oedema of the face and extremities. The total dose of ampicillin varied from 2–10 g., but only 3 of the 18 who

2010

CLINICAL PRACTICE

Infectious Mononucleosis

test or culture in a patient with infectious mononucleosis may indicate colonization. Morbilliform rashes are common in patients with infectious mononucleosis treated with amoxicillin or ampicillin (occurring in up to 95% of patients with such drug exposure) and other β -lactam antibiotics (40 to 60%); this should be taken into account when considering which antibiotic to administer in patients with possible infectious mononucleosis.

EBV et éruption cutanée (2/3)



THE ANNALS OF
PHARMACOTHERAPY

A Review of Antibiotic-Induced Rash in Patients With Infectious Mononucleosis

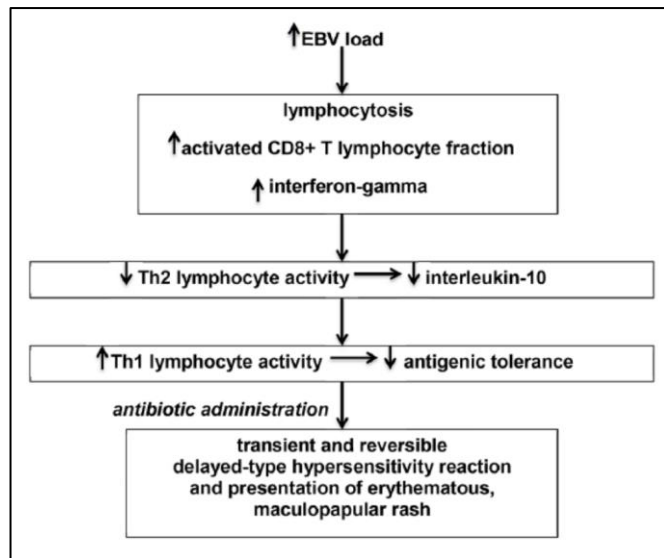
Table 3. Retrospective Studies of Rates of Antibiotic Skin Rash Associated With Infectious Mononucleosis.

Author (Year)	No. of Patients	Antibiotics Implicated	Total Number of Skin Rashes (%)	A. Skin Rashes in Patients With Antibiotics (%)	B. Skin Rashes in Patients Without Antibiotics (%)	Ampicillin Rash (%)	Effect Size (A – B)
Patel (1967) ⁷	38	Ampicillin, penicillin G, cloxacillin, or tetracycline	16/38 (42%)	15/27 (55.6%)	1/11 (9%)	13/13 (100%)	47% ^a
Pullen et al (1967) ⁸	184	Ampicillin, penicillin, tetracycline	64/184 (35%)	54/121 (45%)	10/63 (16%)	18/19 (95%)	29% ^b
Brown and Kanwar (1967) ⁹	150	Ampicillin	45/150 30%	42/126 (33%)	3/24 (13%)	20/29 (69%)	20% ^c
Davis (1972) ³⁵	205	Penicillin, ampicillin, other antibiotics	21/205 (10%)	21/141 (15%)	0/64 (0%)	19/45 (42%)	15% ^a
Chovel-Sella et al (2013) ¹²	238	Amoxicillin, cephalosporins, penicillin, macrolides	72/238 (30%)	57/173 (33%)	15/65 (23%)		10% ^d
Hocqueloux et al (2013) ¹¹	184	Penicillin, ampicillin, other antibiotics	34/184 (18%)	16/103 (15%)	18/81 (22%)		-7% ^e
Totals	999		252/999 (25.2%)	205/691 (30%)	47/308 (15%)	70/106 (66%)	15% ^b

EBV et éruption cutanée (3/3)

THE ANNALS OF
PHARMACOTHERAPY

A Review of Antibiotic-Induced Rash in Patients With Infectious Mononucleosis



Hypersensibilité transitoire donc PAS de contre-indication des pénicillines

- Physiopathologie mal comprise
- Hypothèse : **modification transitoire des réponses immunitaires cellulaires**, avec diminution de la tolérance antigénique, engendrant une **réaction d'hypersensibilité** à l'antibiotique



ALLERGY, ASTHMA & CLINICAL
IMMUNOLOGY

Amoxicillin rash in patients with infectious mononucleosis: evidence of true drug sensitization

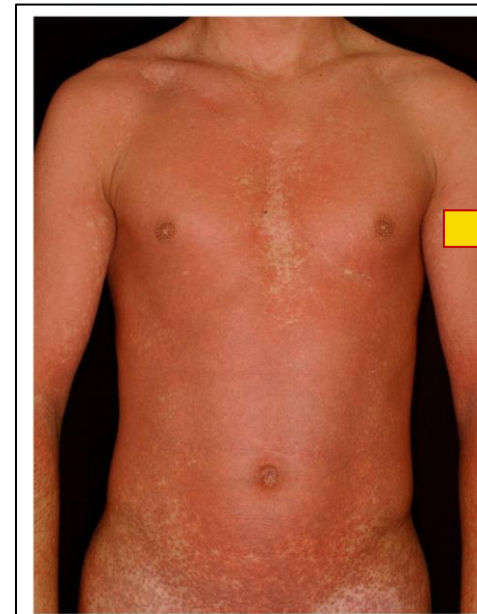


Figure 1 Amoxicillin rash in a patient with infectious mononucleosis (patient 4). The cutaneous eruptions developed a few days after the initiation of the antibiotic therapy. In severe cases the progressive maculopapular exanthems turn into erythroderma.



Figure 2 Positive cutaneous response (Penicillin allergenic determinants (DAP) * test). The *in vivo* cutaneous investigation was continued with intradermal testing, if the prick tests resulted in negative response at different dilutions. Skin tests were performed using penicillin's main antigens, *major determinants and (PPL)* and *minor determinant mix (MDM)*. Cutaneous tests were started with major determinants, the negative control was saline solution. In this case we recognized positive skin reaction to MDM at 1:100 and 1:10 dilutions, which verified the development of sensitization (patient 4).

Arboviroses : moustiques vecteurs

2,50 € Première édition. N°12453 JEUDI 1^{er} JUILLET 2021 www.liberation.fr

Libération

CONGÉ PATERNITÉ
28 jours pour devenir père en vrai
PAGES 10-18

SLOVÉNIE
Le populisme à la fête de l'UE pour six mois
PAGES 6-9

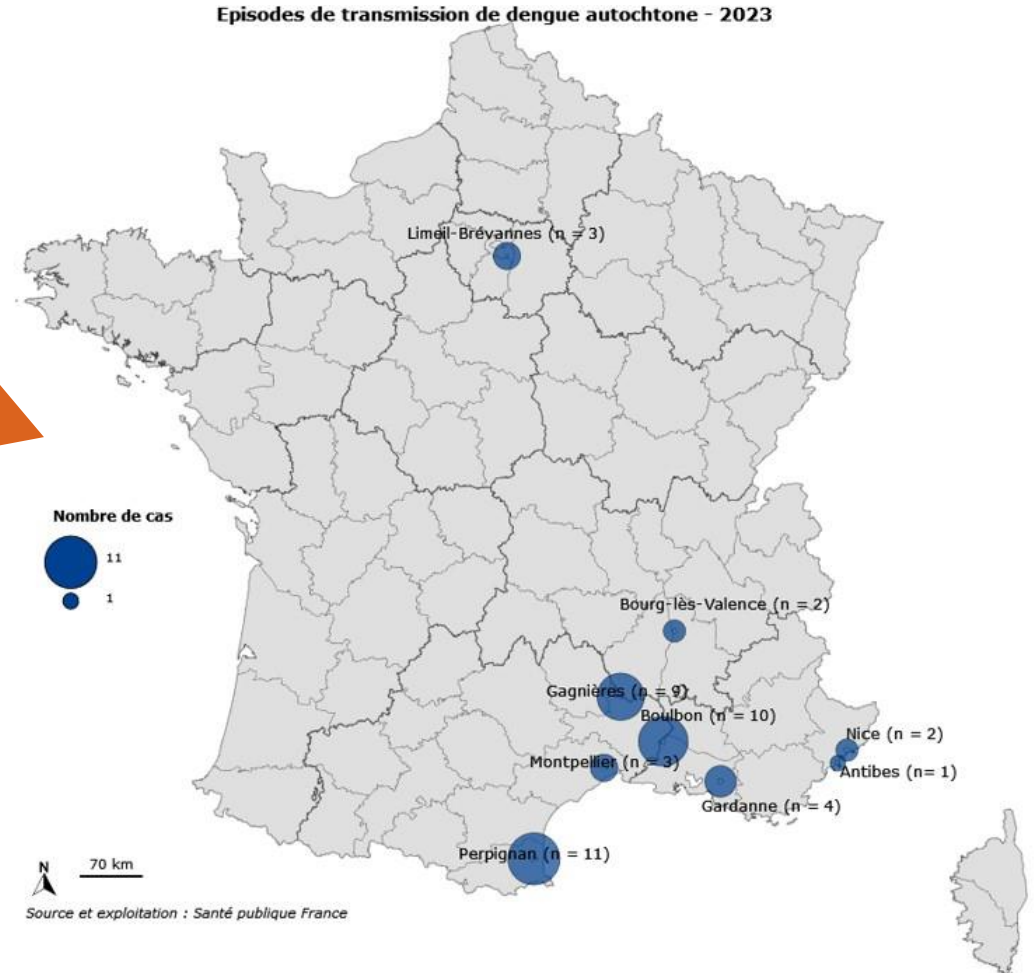
CANADA
49,6 °C

Changement climatique. Des records absolus tutoyant les 50°C: l'ouest du pays, piégé sous un «dôme de chaleur», suffoque depuis plusieurs jours. Bientôt en France? PAGES 2-9

JEUDI IDÉES ET ESSAIS Les plus étranges héritages d'artistes PAGES 24-29



Dé



IMPRIMÉ EN FRANCE / PRINTED IN FRANCE Algérie 1,60 € Allemagne 3,00 € Andorre 3,00 € Belgique 2,50 € Canada 5,00 \$ DOM 3,00 € Espagne 3,00 € États-Unis 5,00 \$ Grande-Bretagne 2,75 £ Grèce 3,00 € Italie 3,00 € Liban 7500 LBP Luxembourg 2,50 € Maroc 27 Dh Pays-Bas 3,00 € Portugal (continental) 3,40 € Suisse 3,40 FR Suisse allemande 3,40 FR Tunisie 6,00 DT Zone CFA 3500 CFA

Arboviroses : éruption(s) cutanée(s)



Zika



Chikungunya



Dengue

a

Table 1 Clinical manifestations of dengue, Zika, and chikungunya

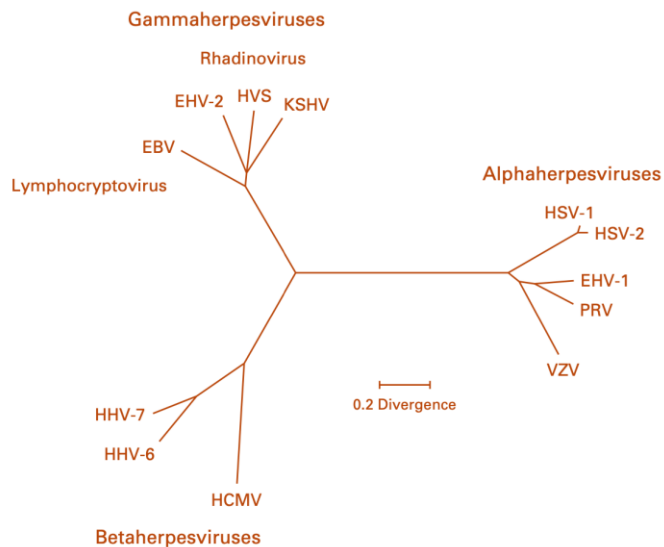
	Dengue	Zika	Chikungunya
Incubation period	5–8 days	3–14 days	1–12 days
Frequency of symptoms	~10% of infected patients.	~20% of infected patients.	~85% of infected patients.
Skin manifestations	<ul style="list-style-type: none"> - Facial, neck, and trunk flushing. - Morbilliform rash. - <i>Hemorrhagic manifestations:</i> petechiae and ecchymoses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maculopapular rash involving trunk, face, palms and soles. - <i>Highly pruritic.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Maculopapular rash involving trunk and limbs. - May be pruritic. - <i>Centro facial hyperpigmentation of the skin (Chik sign)</i>
Other important manifestations of disease	<ul style="list-style-type: none"> - High fevers (up to 40 °C). - Retro-orbital pain. - Nausea and vomiting. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-purulent conjunctivitis. - Guillain-Barré Syndrome. - Microcephaly in neonates. 	<ul style="list-style-type: none"> - High fevers (39–40 °C). - Severe polyarthralgia.

Current Tropical Medicine Reports

Arbovirus Rash in the Febrile Returning Traveler as a Diagnostic Clue

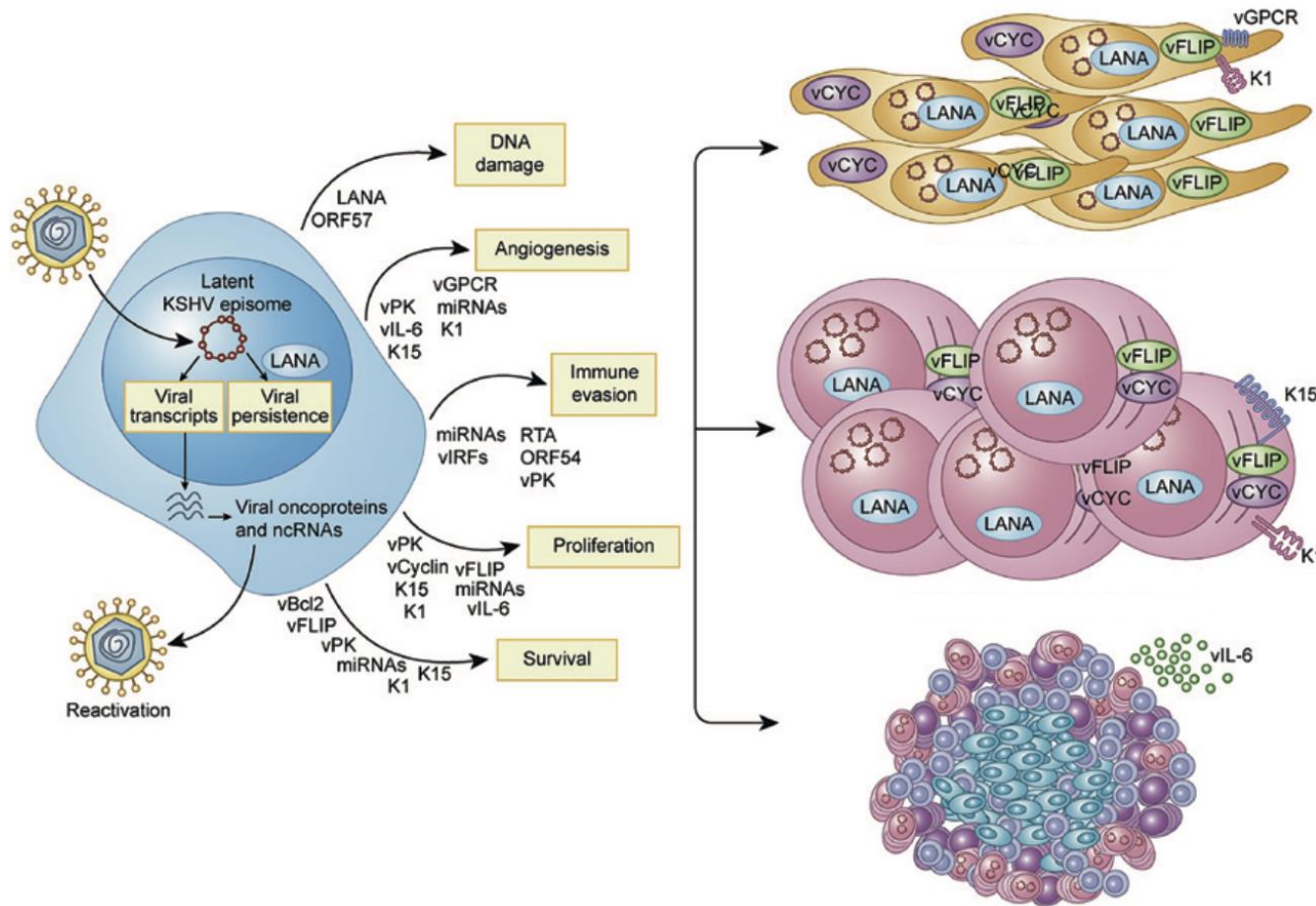
HHV-8 : caractéristiques, transmission

- Identifié en 1994 par Chang et Moore
- Virus de la famille des *Herpesviridae*
- Génome sous la forme d'ADN double brin
- Séquence codant pour des protéines de latence (LANA)
- Séquences oncogènes : ORF71, ORF72, ORFK2
- Virus relativement proche d'EBV : transmission, oncogénicité



- Transmission par la salive (+/- rapports sexuels) mais également transmission horizontale intrafamiliale et verticale (maternofœtale)

HHV-8 : tableaux cliniques



MALADIE DE KAPOSI

**MALADIE DE CASTELMAN
MULTICENTRIQUE**

LYMPHOME DES SÉREUSES

Différentes formes de maladie de Kaposi

	Form of KS	Clinical presentation	Risk factors	Progression
1)	AIDS-related (also known as epidemic)	Multiple cutaneous lesions on the limbs, trunk and face. Mucosal lesions are common (identified in 20% of patients) and visceral involvement is seen in 15% of patients. Patients can also present with tumour-associated oedema	The risk of KS rises with declining CD4 cell counts and falls with the use of cART	May follow an indolent course but visceral involvement is not uncommon and may be aggressive. It may regress with effective cART
2)	Iatrogenic	Often presents as cutaneous KS lesions but both mucosal and, rarely, visceral disease can occur	Occurs following solid-organ allograft; the risk of occurrence correlates with the level of immunosuppression. Hence, the risk of occurrence is higher in multi-organ transplants and with greater HLA mismatching	Usually localized but may involve organs. It may regress with the reduction in immunosuppression or with modification of the immunosuppressive regimen
3)	Endemic	Children often present with multiple lymph nodes with lymphoedema and a very aggressive natural history of the disease, including visceral dissemination. Adults present with lower-limb lesions that resemble classic KS	Occurs most commonly in sub-Saharan Africa in individuals seronegative for HIV	In children, progression is often aggressive with widespread lymphadenopathy and visceral involvement. In adults, progression is indolent or locally invasive but occasionally has visceral involvement
4)	Classic (also known as sporadic KS)	Typically confined to lower limbs with few lesions. Visceral and mucosal disease is rare and usually occurs in the gastrointestinal tract	Occurs in middle-aged and elderly individuals and is more common in men than in women. Ethnic groups from regions of high KS herpesvirus prevalence (Middle East, eastern Europe and the Mediterranean) are at increased risk	Usually indolent; rarely aggressive and disseminated
5)	MSM without HIV infection	May occur at any skin sites, usually with few lesions. Visceral and mucosal disease is rare	MSM without HIV infection who are young or middle aged and are not immunocompromised	Usually indolent, although disseminated disease has been described

cART, combination antiretroviral therapy; HLA, human leukocyte antigen; KS, Kaposi sarcoma; MSM, men who have sex with men.

Maladie de Kaposi épidémique

CENTERS FOR DISEASE CONTROL

July 3, 1981 / Vol. 30 / No. 25

MMWR

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

Epidemiologic Notes and Reports

Epidemiologic Notes and Reports

- 305 Kaposi's Sarcoma and *Pneumocystis* Pneumonia Among Homosexual Men – New York City and California
- 308 Cutaneous Larva Migrans in American Tourists – Martinique and Mexico
- 314 Measles – U.S. Military

**Kaposi's Sarcoma and *Pneumocystis* Pneumonia
Among Homosexual Men – New York City and California**

During the past 30 months, Kaposi's sarcoma (KS), an uncommonly reported malignancy in the United States, has been diagnosed in 26 homosexual men (20 in New York City [NYC], 6 in California). The 26 patients range in age from 26-51 years (mean 39 years). Eight of these patients died (7 in NYC, 1 in California)—all 8 within 24 months after KS was diagnosed. The diagnoses in all 26 cases were based on histopathological examination of skin lesions, lymph nodes, or tumor in other organs. Twenty-five of the 26 patients were white, 1 was black. Presenting complaints from 20 of these patients are shown in Table 1.

Skin or mucous membrane lesions, often dark blue to violaceous plaques or nodules, were present in most of the patients on their initial physician visit. However, these lesions were not always present and often were considered benign by the patient and his physician.

A review of the New York University Coordinated Cancer Registry for KS in men under age 50 revealed no cases from 1970-1979 at Bellevue Hospital and 3 cases in this age group at the New York University Hospital from 1961-1979.

Seven KS patients had serious infections diagnosed after their initial physician visit. Six patients had pneumonia (4 biopsy confirmed as due to *Pneumocystis carinii* [PC]), and one had necrotizing toxoplasmosis of the central nervous system. One of the patients with *Pneumocystis* pneumonia also experienced severe, recurrent, herpes simplex infection; extensive candidiasis; and cryptococcal meningitis. The results of tests for cytomegalovirus (CMV) infection were available for 12 patients. All 12 had serological evidence of past or present CMV infection. In 3 patients for whom culture results were available, CMV was isolated from blood, urine and/or lung of all 3. Past infections with amebiasis and hepatitis were commonly reported.

1981-1983

4 F • MARDI 17 MAI 1983 • Nlle Série • N° 619

Libération

Un virus isolé par des chercheurs français
«CANCER GAY»
LA CONTAGION
PAR LE SANG

Les chercheurs de l'Institut Pasteur ont isolé sur un sujet apparemment sain un virus qui, en s'attaquant aux défenses immunitaires de l'organisme, pourrait être le responsable de l'AIDS, plus connu sous le nom de « cancer des homosexuels » dont la transmission se ferait par le sang. Lire pages 2 à 4

PHILADELPHIA



Maladie de Kaposi : lésions cutanées (1/2)

- L'atteinte cutanée est de loin la plus fréquente chez l'adulte
- Lésion élémentaire : macule qui évolue vers une papule, un nodule, une plaque, voire une lésion tumorale



- Lésions bien limitées, angiomateuses, érythémateuses puis violines, indolores, non prurigineuses, de nombre et taille variables, disposées sur le tronc en « arbre de Noël » ou limitées à une extrémité de membre
- Lésions angiomateuses parfois entourées d'un halo verdâtre ecchymotique lors des périodes de croissance de la lésion

Maladie de Kaposi : lésions cutanées (2/2)

- Association, en particulier au niveau des membres inférieurs, à un œdème lymphatique qui apparaît habituellement après plusieurs mois d'évolution, réalisant d'abord un lymphoœdème puis un éléphantiasis
- Les formes potentiellement sévères sont celles touchant le visage, les extrémités proximales et distales des membres (surtout inférieurs)



Maladie de Kaposi : autres atteintes

- Localisation très classique : impératif de pratiquer un examen endobuccal des PVVIH, *a fortiori* fortement immunodéprimés
- Lésion planes ou nodulaires, tumorales



Coll. G. Monsel

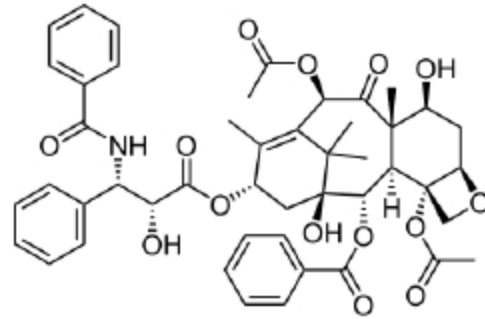
**Bilan d'extension systématique :
recherche de **lésions viscérales**
(poumon, tube digestif, ganglions)**

Maladie de Kaposi : stratégie thérapeutique

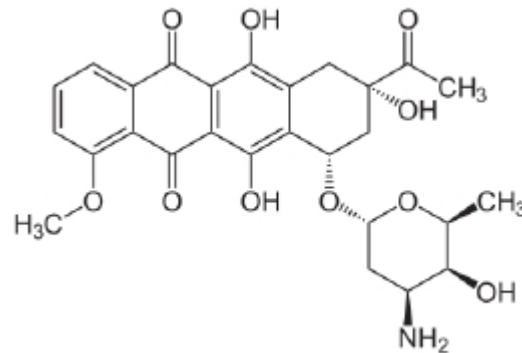
Le traitement repose avant toute chose sur la **restauration immunitaire** (traitement antirétroviral chez les PVVIH).

L'**aspect des lésions cutanéomuqueuses** et l'association avec des **atteintes viscérales** conditionnent la réalisation d'une chimiothérapie.

Anthracyclines liposomales



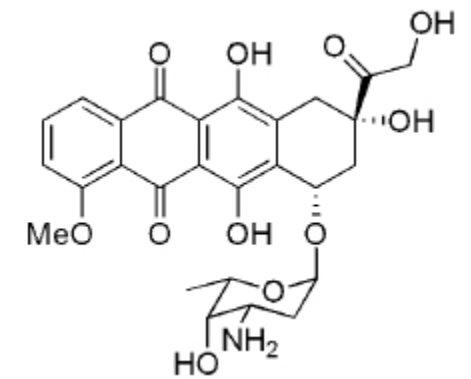
Daunorubicine (DAUNOXOME)
40 mg/m² toutes les 2 semaines



Doxorubicine (CAELYX)
20 mg/m² toutes les 2-3 semaines

FEVG >45% à J0, à contrôler après 6 cures
Dose cumulée maximale : 550 mg/m²
Erythro-dysesthésie palmo-plantaire
Toxicité médullaire

Taxanes



Paclitaxel (TAXOL)
100 mg/m² toutes les 2 semaines

Toxicité neurologique
Toxicité médullaire
Alopécie
Atteinte unguéale



Merci pour votre attention !