



GR/IDIST

GRUPE INFECTIOLOGIE DERMATOLOGIQUE ET INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

ACTUALITÉS BIBLIOGRAPHIQUES EN MALADIES INFECTIEUSES

Numéro 29 – Septembre 2026

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

Nombre de mots : (6604)

Préambule : La veille bibliographique du GrIDIST a pour vocation d'apporter des nouveautés cliniques, physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies infectieuses dermatologiques et vénériennes. Voici une sélection d'articles du 3^e trimestre 2026.

Intérêt du dépistage multisite des IST à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* chez les femmes

Les recommandations actuelles préconisent le dépistage systématique des infections extra-génitales à *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Neisseria gonorrhoeae* (NG) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais chez les femmes uniquement en cas de rapports sexuels anaux et/ou oraux déclarés. Cette stratégie ne permet toutefois pas de dépister toutes les infections extragénitales. Il a été montré que, sans dépistage multisite systématique, 70 % des infections extragénitales seraient non détectées chez les HSH et 40 % chez les femmes travailleuses du sexe. Il existe peu de données en population générale.

Prazuck et al. (1) ont mené une étude prospective multicentrique dans 7 centres de dépistage des IST en France entre avril 2023 et septembre 2024, visant à évaluer l'intérêt d'un dépistage systématique de CT et NG sur trois sites chez les femmes. Au total, 1498 femmes adultes ne se déclarant pas travailleuses du sexe ont été incluses, avec un âge médian de 24 ans. Des prélèvements vaginal, anal et pharyngé étaient réalisés pour recherche de CT et NG par PCR. Avec un dépistage vaginal seul, 10,1 % des femmes étaient positives pour CT et/ou NG. Le dépistage systématique des trois sites augmentait ce taux à 13,8 % ($p < 0,001$), soit 28 infections supplémentaires détectées. Pour CT, la détection passait de 9,2 % à 12,4 % ($p < 0,001$), avec 23 cas supplémentaires. Pour NG, elle passait de 1,4 % à 2,4 % ($p = 0,008$), avec 9 cas supplémentaires. Au total, 16,4 % des infections étaient exclusivement extragénitales, 28,6 % pour NG et 15,6 % pour CT. Seules 2 % (1/50) des infections pharyngées et 0,9 % (1/114) des infections anales étaient symptomatiques. L'interrogatoire des pratiques sexuelles ne permettait pas de sélectionner correctement les femmes à dépister, avec

notamment une prévalence d'infection anale similaire chez les femmes rapportant ou non des rapports anaux (8,7 % vs 9,1 % respectivement, $p = 0,888$). Parmi les 15 femmes ayant une infection exclusivement anale, 5 ne rapportaient pas de rapports anaux.

Les auteurs soulignaient donc les limites d'une stratégie reposant uniquement sur les symptômes et les pratiques sexuelles déclarées, qui sous-estime significativement la fréquence des infections à CT/NG chez les femmes consultant pour dépistage d'IST. Ils proposaient de considérer un dépistage multisite systématique chez les femmes, tout en soulignant la question du coût et du risque de surutilisation des antibiotiques. Le pooling des prélèvements pourrait constituer une solution pour réduire les coûts du dépistage multisite.

L'augmentation du dépistage de ces infections et donc une diffusion plus large de leur traitement permettrait-il de diminuer leur prévalence et de leurs complications (PID, infertilité tubaire, ...) ? Quel serait l'impact en terme d'antibiorésistance ?

Confirmation d'un clone à l'origine des folliculites récidivantes de la barbe à *Klebsiella aerogenes*

En 2025, des cas de folliculite récidivante de la barbe à *Klebsiella aerogenes* étaient signalés chez des HSH, en Belgique, en France et en Espagne. Un cluster génétique identique était identifié en Belgique, sans que le séquençage soit disponible pour les cas français.

Dans cette étude, Monsel et al. (2) rassemblaient rétrospectivement les cas de 17 centres français et américains. Dix-sept patients étaient inclus, tous des HSH, plutôt jeunes, avec un âge médian de 35 ans. Dix d'entre eux (59 %) avaient des antécédents d'IST, mais aucun n'était infecté par le VIH. Les lésions étaient des papules inflammatoires, des pustules folliculaires ou des nodules, toujours avec une atteinte faciale, notamment sur la barbe et la moustache. Le temps d'évolution médian avant diagnostic était de 7 mois et la durée médiane des symptômes de 23 mois. Le diagnostic était posé sur des cultures bactériologiques répétées, avec un examen mycologique négatif. Huit patients (sur 11 testés, 73 %) présentaient une colonisation intranasale à *K. aerogenes*. En séquençage, toutes les souches appartenaient au sous-type 117 et constituaient un cluster spécifique à l'intérieur de ce sous-type, d'évolution récente au vu de l'historique des mutations. Une souche présentait une mutation acquise au cours du traitement par cotrimoxazole, conférant une résistance à cette molécule.

*Cette étude rappelle la nécessité de documenter les diagnostics de folliculite atypique pour ne pas manquer cette infection à *K. aerogenes*. La zone orale évoque une contamination possible par voie sexuelle, bien que ce ne soit pas le mode habituel de contamination de cette bactérie. Le traitement, semblant souvent suspensif, combine le cotrimoxazole (si sensible) et les rétinoïdes, ceci pouvant réguler la production de sébum et supprimer les conditions favorables à la croissance bactérienne.*

Penser à *Mycobacterium abscessus* devant des abcès persistants du cuir chevelu après greffe capillaire

Le tourisme médical pour greffe capillaire est en plein essor, notamment en raison de coûts attractifs et d'une organisation simplifiée. Les mycobactéries non tuberculeuses à croissance rapide, notamment *Mycobacterium abscessus*, constituent cependant une cause probablement sous-diagnostiquée d'infections post-procédurales, caractérisées par leur résistance aux antibiotiques usuels et des traitements souvent prolongés.

Jia et al. (3) décrivent les cas de deux hommes immunocompétents âgés de 26 et 35 ans ayant développé une infection du cuir chevelu après transplantation capillaire par extraction d'unités folliculaires, réalisée à deux ans d'intervalle dans la même clinique d'Istanbul. Les symptômes débutaient respectivement trois semaines et 12 jours après l'intervention, sous forme d'érythème, de nodules et de multiples abcès du cuir chevelu. Plusieurs antibiothérapies conventionnelles avaient échoué avant l'identification de *M. abscessus*.

Le traitement a associé gestes chirurgicaux et antibiothérapies multiples adaptées aux tests de sensibilité. Il a duré 32 semaines chez le premier patient et 30 semaines chez le second, avec résolution des lésions et préservation des cheveux transplantés. La tolérance a été difficile, avec une hépatotoxicité sous tigécycline chez le premier patient et des nausées sévères attribuées à l'imipénème et à la tigécycline chez le second, imposant plusieurs adaptations thérapeutiques.

Le séquençage du génome complet a montré une seule différence nucléotidique entre les deux isolats, contre 65 à 102 différences avec plusieurs souches de *M. abscessus* utilisées comme comparateurs, rendant très probable une origine commune malgré les deux années séparant les interventions. Un signalement aux autorités de santé publique a été initié devant la possibilité d'une source infectieuse persistante au sein de la clinique.

L'intérêt de ce travail tient surtout à l'apport du séquençage génomique, qui permet de relier deux infections survenues à deux ans d'intervalle et suggère une source commune persistante. L'absence d'investigation environnementale de la clinique ne permet toutefois pas d'identifier formellement cette source. Cette observation souligne les difficultés de surveillance des complications infectieuses liées au tourisme médical, les patients étant pris en charge dans des pays différents après leur retour et les cas pouvant ainsi rester longtemps sans lien apparent.



Figure 1 Photographs of patients with *Mycobacterium abscessus* infection post hair transplantation. Panel A: Photograph of patient 1 with multiple fluctuant scalp collections at the hair transplantation site at initial presentation in the infectious diseases clinic (November 2023) Panel B: Photograph of patient 1 with complete resolution of collections and preservation of transplanted hair 3 months after completion of antibiotic treatment (November 2024). Panel C: Photograph of patient 2 with multiple scalp abscesses at the hair transplantation site at initial presentation in the emergency room (September 2025) Panel D: Photograph of patient 2 with complete resolution of abscesses and regrowth of hair at transplantation site after 30 weeks of treatment (June 2026).

SSSS pédiatrique : une couverture empirique anti-MRSA souvent excessive

Le *staphylococcal scalded skin syndrome* (SSSS) est une infection principalement observée chez le nourrisson et le jeune enfant, liée à des souches de *Staphylococcus aureus* productrices de toxines exfoliatives. Son traitement repose sur une antibiothérapie anti-staphylococcique empirique, dont le spectre est habituellement adapté aux taux locaux de résistance à la méticilline.

Horn et al. (4) ont réalisé une étude rétrospective incluant 58 enfants ayant reçu un diagnostic de SSSS après avis dermatologique aux urgences pédiatriques d'un centre new-yorkais entre 2015 et 2024. Une culture bactérienne superficielle avait été réalisée chez tous les patients et *S. aureus* était identifié chez 46/58 (79,3 %). Parmi ces 46 isolats, 45 (97,8 %) étaient sensibles à la méticilline et un seul (2,2 %) était un MRSA. Une résistance à la clindamycine était observée dans 7/46 cas (15,2 %).

Cette faible proportion de MRSA contrastait avec l'antibiogramme global des urgences pédiatriques de l'établissement, où 39,5–46,8 % des isolats de *S. aureus* étaient résistants à la méticilline. Pourtant, 49/58 enfants (84,5 %) avaient reçu une couverture empirique anti-MRSA par vancomycine, clindamycine ou les deux. Parmi les 24 enfants ayant reçu de la vancomycine, tous avaient finalement un MSSA en culture et avaient été exposés à la vancomycine pendant 1,7 jour en moyenne.

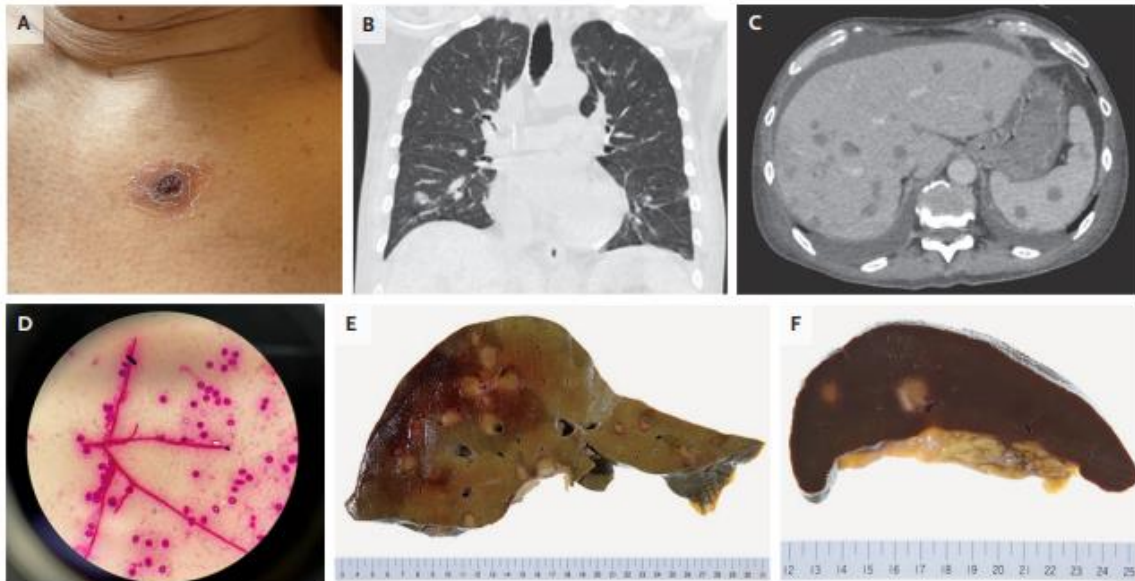
Une PCR nasale de dépistage du portage de *S. aureus*, distinguant MRSA et MSSA, avait par ailleurs été réalisée chez 44 patients. Lorsqu'un *S. aureus* était détecté à la fois par PCR et par culture superficielle, le statut MRSA/MSSA était concordant. Le résultat de la PCR était disponible en moyenne 2,2 jours avant celui de l'antibiogramme. L'étude ne permet toutefois pas d'évaluer précisément les performances diagnostiques de cette PCR dans le SSSS.

La faible fréquence du MRSA dans le SSSS n'est pas un résultat totalement nouveau, plusieurs séries nord-américaines ayant déjà rapporté des taux bas. L'intérêt de cette étude est surtout de montrer qu'un antibiogramme institutionnel global avec une forte prévalence de MRSA peut surestimer le risque spécifique au SSSS et conduire à une couverture empirique excessive. La portée de ces résultats reste limitée par le caractère monocentrique de l'étude, le faible effectif et la présence d'un seul cas de MRSA. La valeur de la PCR nasale pour guider une désescalade antibiotique précoce reste donc à confirmer.

Une fusariose disséminée

Osawa et al. (5) rapportaient le cas d'une fusariose disséminée chez un homme de 61 ans dans un contexte de neutropénie prolongée secondaire à une chimiothérapie pour une leucémie myéloïde aiguë. À J37 de son hospitalisation, devant une fièvre persistante malgré une antibiothérapie à large spectre, l'examen clinique révélait une lésion cutanée nécrotique sur le thorax et un nodule sur la paume gauche. Le taux sérique de β -D-glucane était élevé et l'antigénémie galactomannane était négative. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien mettait en évidence de multiples nodules pulmonaires et des lésions hypodenses du foie, de la rate et des reins. La coloration de Gram d'une hémoculture révélait la présence d'hyphes hyalines septées, identifiées comme étant *Fusarium keratoplasticum* par séquençage moléculaire, permettant de poser le diagnostic de fusariose disséminée. Contrairement à d'autres infections fongiques invasives, les espèces du genre *Fusarium* provoquent fréquemment une fongémie chez les hôtes immunodéprimés. Un traitement par voriconazole et amphotéricine B liposomale a été instauré, mais le patient est décédé d'une insuffisance respiratoire au 67^e jour d'hospitalisation. À l'autopsie, la leucémie s'est avérée en rémission morphologique, tandis que l'examen macroscopique du foie et de la rate révélait de multiples foyers jaunes bien circonscrits, correspondant à l'analyse histopathologique à des abcès dus à la fusariose disséminée.

Ne pas oublier de mettre en culture mycologique une lésion nécrotique chez un patient immunodéprimé !



Dermatophytoses résistantes à la terbinafine : des connaissances encore insuffisantes chez les médecins français

Les dermatophytoses extensives résistantes à la terbinafine (TRED), largement associées à *Trichophyton indotineae*, sont en augmentation à l'échelle mondiale. Des cas autochtones, y compris par transmission sexuelle, sont désormais décrits en Europe. Par ailleurs, des résistances à la terbinafine sont également rapportées chez *T. rubrum*. L'itraconazole constitue le traitement de deuxième ligne recommandé, mais son utilisation peut être compliquée par une disponibilité limitée, une importante variabilité pharmacocinétique interindividuelle et des rechutes fréquentes.

Moreno Sabater et al. (6) ont réalisé une enquête nationale transversale afin d'évaluer les connaissances des médecins français sur les TRED. Un questionnaire anonyme de 19 items a été diffusé entre juillet et septembre 2025. Parmi les 300 répondants, 195 (65,0 %) étaient dermatologues et 105 (35,0 %) médecins généralistes. Près de la moitié (47,3 %) n'avaient jamais entendu parler des TRED. Parmi ceux qui les connaissaient, 62,7 % n'identifiaient pas un voyage en Inde ou au Bangladesh comme facteur de risque et 34,8 % ne reconnaissaient pas *T. indotineae* comme principale espèce responsable. Pourtant, 57/300 (19,0 %) avaient déjà pris en charge au moins un cas suspect.

L'accès à des examens de laboratoire permettant l'identification des dermatophytes était rapporté par 75,3 % des répondants, mais seulement 56,3 % avaient accès à des tests de sensibilité aux antifongiques. Seuls 41,7 % identifiaient correctement l'itraconazole comme traitement de deuxième ligne en cas de résistance à la terbinafine et 15,3 % connaissaient les principales mesures recommandées pour limiter la transmission. Le score moyen de connaissances était de 3,9/13, avec de meilleurs résultats chez les dermatologues que chez les généralistes ($5,5 \pm 3,8$ vs $0,9 \pm 1,8$). En analyse multivariée, être médecin généraliste (aOR = 16,2 ; IC95 % 5,7–45,9) et exercer en secteur privé (aOR = 2,1 ; IC95 % 1,1–4,2) étaient associés à un niveau de connaissances insuffisant.

Cette enquête met en évidence des lacunes importantes alors que près d'un médecin interrogé sur cinq avait déjà rencontré un cas suspect. Son caractère volontaire et sa diffusion notamment via des sociétés savantes et les réseaux sociaux exposent cependant à un biais de sélection et ne permettent pas de considérer les répondants comme représentatifs de l'ensemble des médecins français. La méconnaissance en est donc sûrement plus profonde.

Efficacité des traitements contre la gale en Italie (SCAB-net) : une étude observationnelle prospective

L'incidence de la gale a augmenté ces dernières années, et des cas d'échec thérapeutique sont décrits, notamment l'émergence d'une résistance à la perméthrine topique, le traitement le plus fréquemment prescrit en première intention.

Ioris et al. (7) ont mené une étude observationnelle nationale, prospective, multicentrique (n = 28 centres) pour évaluer en vie réelle l'efficacité des traitements de première intention contre la gale et identifier les facteurs associés à l'échec thérapeutique. Cette étude a été réalisée en Italie entre juin 2024 et décembre 2025. 1751 patients atteints de gale ont été inclus. Les traitements étaient choisis par les cliniciens sans randomisation, conformément à leur pratique clinique habituelle, et comprenaient la crème à la perméthrine topique à 5 %, l'ivermectine par voie orale (200 µg/kg) et la lotion au benzoate de benzyle à 10–25 %, ainsi que leurs associations. Le critère de jugement principal était la guérison clinique du cas index. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour évaluer les associations entre facteurs cliniques et guérison.

Le benzoate de benzyle était significativement plus efficace (84,2 %, n = 250/297) que la perméthrine (42,5 %, n = 433/1019) (OR 6,85 ; IC95 % 4,65–10,09 ; p < 0,0001). Il n'y avait pas de différence significative du taux de guérison entre l'ivermectine (81,6 %, n = 449/550) et le benzoate de benzyle (81,6 %, p = 0,35). Les associations thérapeutiques ne montraient pas de bénéfice significatif par rapport au benzoate de benzyle seul. Les conseils de décontamination de l'environnement étaient associés à une réduction du risque d'échec thérapeutique (OR 0,39 ; IC95 % 0,26–0,57 ; p < 0,0001), tandis que l'immunosuppression (OR 2,34 ; 1,22–4,49 ; p = 0,010) et la nationalité étrangère (OR 1,36 ; 1,05–1,75 ; p = 0,018) étaient associées à un risque accru. Dans cette étude observationnelle menée dans un pays à revenu élevé, la perméthrine a montré une efficacité nettement réduite par rapport au benzoate de benzyle ou à l'ivermectine.

Le résultat majeur de cette étude est la faible efficacité de la perméthrine topique en pratique réelle, très inférieure à celle rapportée dans plusieurs études antérieures. Ce résultat contraste notamment avec les données d'un essai contrôlé randomisé récent comparant la perméthrine à l'ivermectine, dans lequel la perméthrine était plus efficace (8). Cette discordance pourrait s'expliquer par des différences méthodologiques, notamment concernant la population étudiée, l'observance et les modalités d'administration, ainsi que par le risque de réinfestation, et/ou de résistance en pratique réelle. Toutefois, le caractère observationnel de cette étude expose à des biais de sélection et de confusion. Ces résultats doivent donc être confirmés par des études prospectives et des essais contrôlés randomisés.

Impact épidémiologique d'un revêtement insecticide à double action sur la transmission de la dengue en Colombie : un essai randomisé en clusters

Il est urgent de mettre en place des stratégies rentables, socialement acceptables et durables pour lutter contre les vecteurs de la dengue. Les gîtes larvaires d'*Aedes aegypti*, vecteur de la dengue, sont fréquemment constitués de récipients domestiques contenant de l'eau. Les stratégies classiques de lutte antivectorielle peuvent être difficiles à maintenir dans la durée et nécessitent souvent des interventions répétées. Cette étude évalue une nouvelle stratégie : l'application, sur les récipients domestiques, d'un revêtement insecticide à double action, associant du pyriproxifène microencapsulé et de l'alpha-cyperméthrine, afin d'agir à la fois sur les stades immatures et adultes du moustique.

Cardenas et al. (9) ont réalisé un essai contrôlé randomisé en clusters dans la région de Cúcuta, en Colombie, une zone caractérisée par une transmission importante de la dengue. Entre décembre 2019 et février 2020, 20 clusters communautaires comprenant chacun environ 2000 ménages ont été randomisés dans le groupe intervention ou dans le groupe contrôle. Dans les clusters intervention, le revêtement insecticide a été appliqué sur les récipients domestiques contenant ou susceptibles de contenir de l'eau, situés à l'intérieur des habitations. Sur 15 580 ménages éligibles, 13 803 (88,6 %) ont effectivement reçu l'intervention. Les ménages témoins n'ont reçu aucun traitement spécifique, mais les deux groupes ont continué à bénéficier des mesures municipales habituelles de lutte antivectorielle. Les données d'incidence de la dengue ont été recueillies à partir du système national colombien de surveillance épidémiologique.

L'intervention était associée à une diminution importante de l'incidence de la dengue. En 2022, l'incidence était de 337,1 cas pour 100 000 habitants dans les clusters intervention, contre 528,5 cas pour 100 000 habitants dans les clusters contrôle. L'analyse principale retrouvait un rapport de taux d'incidence de 0,55 (IC95 % 0,45–0,68 ; $p < 0,0001$), correspondant à une réduction relative d'environ 45 % de l'incidence de la dengue dans les zones traitées. Les résultats entomologiques étaient concordants, avec une réduction significative de l'infestation par *Aedes aegypti* dans les clusters intervention. Le coût direct estimé de l'intervention était d'environ 2 dollars US par ménage et par an, ce qui renforce son intérêt potentiel pour les programmes de lutte antivectorielle à grande échelle.

L'intervention (une seule application d'un revêtement insecticide sur les récipients d'eau à usage domestique) a réduit l'incidence de la dengue et l'infestation par *Aedes aegypti* sur une période de 12 mois et constitue une stratégie complémentaire, abordable et facilement déployable à grande échelle pour lutter contre la dengue dans les zones urbaines où la maladie est endémique.

L'interprétation des résultats doit tenir compte de plusieurs limites, notamment le risque de contamination entre clusters du fait de leur proximité géographique et la difficulté à extrapoler les résultats à d'autres contextes géographiques et épidémiologiques. Il est à noter qu'une étude préliminaire spécifique avait permis d'évaluer que l'utilisation de l'eau provenant des réservoirs traités ne devrait pas présenter de risque sanitaire significatif, notamment pour les activités domestiques telles que le lavage et la toilette. Mais quelle serait la durabilité au-delà de 12 mois ? Quelle serait la pression de sélection sur la résistance ?

Fréquence des morsures de tique et antibioprophylaxie en Aragon, Espagne

Les maladies causées par les morsures de tiques sont de plus en plus fréquentes en Europe. En Espagne, la maladie de Lyme reste peu fréquente, mais la fièvre de Crimée-Congo est émergente, avec 14 cas entre 2017 et 2024 et un taux de mortalité de 35 %. Il existe pourtant peu de données sur les morsures de tiques dans le pays, sur les signes cliniques associés et leur prise en charge.

Dans cette étude multicentrique rétrospective, Beltrán-Rosel et al. (10) ont recueilli les données de l'ensemble des hôpitaux de la région de Saragosse, entre 2021 et 2023. Étaient inclus tous les patients avec un diagnostic clinique de morsure de tique, avec le recueil des signes cliniques, des sérologies réalisées, de l'identification éventuelle des tiques et de la prise en charge. Au total, 372 cas étaient inclus, correspondant à une incidence annuelle de 41,3/100 000. La majorité (58 %) des patients étaient des hommes, les plus de 60 ans constituant le plus large groupe (121 cas). Vingt-neuf patients présentaient des symptômes, dont 17 cas de TIBOLA (*tick-borne lymphadenopathy*, escarre accompagnée de lymphadénopathie), 3 compatibles avec un tableau de Lyme (érythème local, fièvre, arthralgies), 2 cas de type fièvre boutonneuse méditerranéenne et 5 cas présentant seulement des réactions locales de type érythème, abcès ou granulome.

Trente-huit tiques étaient identifiées, parmi lesquelles des spécimens d'*Ixodes ricinus* (associé au Lyme), 10 *Hyalomma marginatum* (associé à la fièvre de Crimée-Congo) et 7 *Rhipicephalus sanguineus* (associé à la fièvre boutonneuse méditerranéenne). Toutefois, les 2 seules tiques associées à des symptômes étaient une *Dermacentor marginatus* et une *Rhipicephalus pusillus* infectées par la bactérie *Rickettsia sibirica mongolitimonae*. En termes de prise en charge, 120 patients recevaient des antibiotiques, surtout de la doxycycline monodose en prophylaxie ou 200 mg/j pendant 5 jours en traitement, suivie d'azithromycine pendant 3 jours.

Cette étude espagnole montre la progression de Hyalomma marginatum et de la fièvre de Crimée-Congo en Europe du Sud, cohérente avec l'expansion vectorielle liée au climat, mais elle ne considère que les morsures médicalisées. A noter qu'en Espagne les recommandations nationales conseillent l'antibioprophylaxie post-exposition.

***Mansonella streptocerca*, une filariose centrafricaine négligée mais significative en dermatologie**

Mansonella streptocerca est une filariose africaine très peu étudiée, actuellement non ciblée par les programmes d'éradication, contrairement à l'onchocercose (*Onchocerca volvulus*) et à la loase (*Loa loa*).

Sicard et al. (11) présentaient ici une étude transversale dans 51 communautés rurales et semi-rurales du Gabon. Des données cliniques et épidémiologiques étaient collectées, ainsi que des biopsies cutanées exsangues pour PCR pan-filariose, puis PCR spécifiques d'espèce. Sur 1007 patients inclus, tous adultes, 18,3 % présentaient une PCR filariose positive, et *M. streptocerca* était de loin la plus fréquente, chez 14,2 % des patients, suivie par *O. volvulus* (3,4 %). Par rapport aux patients négatifs, ceux infectés par *M. streptocerca* présentaient significativement plus de nodules sous-cutanés, de douleurs articulaires, d'urticaire et de douleurs gastriques. D'un point de vue épidémiologique, le sexe masculin, une localisation rurale et une qualité moindre de l'habitation constituaient des facteurs de risque. L'infection

à *M. streptocerca* était géographiquement plus diffuse que celle à *O. volvulus*, confinée à des foyers spécifiques.

Cette étude illustre l'existence d'une filariose très négligée, potentiellement liée à de nombreux signes cutanés en Afrique centrale. Les données épidémiologiques sont cohérentes avec le cycle de transmission, qui repose sur de petits moustiques de type Culex, adaptés à de larges environnements ruraux, et non sur des mouches de type similie comme l'onchocercose, elle-même adaptée à des écosystèmes de rivière très spécifiques.

Borealpox : nouvelle zoonose endémique en Alaska

Le *borealpox virus* (anciennement *Alaskapox*), appartenant aux orthopoxvirus, a été découvert en 2015 en Alaska chez une femme présentant des lésions cutanées fébriles, sans que la source de l'infection ait pu être identifiée. Mooring et al. (12) rapportaient 6 cas de borealpox diagnostiqués ensuite entre 2020 et 2023 en Alaska, afin de préciser les caractéristiques cliniques de l'infection ainsi que son réservoir. Ils interrogeaient les patients sur leurs voyages, activités, contacts animaux et humains, recherchaient d'éventuelles transmissions interhumaines et effectuaient une enquête écologique avec piégeage et test de petits mammifères sur 6 sites de proximité des patients. L'infection était confirmée par PCR chez les patients et les animaux, avec un séquençage génomique complet et une analyse phylogénétique ; chez les mammifères, une sérologie IgG anti-orthopoxvirus et une mise en culture étaient également réalisées.

Chez 5 patients immunocompétents, dont une enfant, l'infection se manifestait par une lésion cutanée unique, vésiculo-pustuleuse sur base érythémateuse, parfois ombiliquée ou nécrotique, douloureuse, sur les membres supérieurs ou inférieurs, suivie quelques jours après d'adénopathies satellites, de symptômes généraux (fièvre, fatigue, céphalées) et parfois d'arthralgies et de signes digestifs (vomissements, diarrhées, douleurs abdominales). Les lésions cicatrisaient spontanément en 3 à 6 semaines. Elles étaient souvent initialement prises pour une piqûre d'insecte, un abcès ou une dermohypodermite bactérienne, conduisant parfois à des antibiothérapies inutiles. Un patient âgé, immunodéprimé en raison d'un traitement anticancéreux, développait un mois et demi après l'apparition d'une lésion initiale des lésions cutanées pustulonécrotiques disséminées avec abcédation axillaire. Des traitements par técovirimat, immunoglobulines vaccinales et brincidofovir étaient tentés, permettant une amélioration initiale, mais le patient décédait finalement d'insuffisance rénale aiguë et d'hypoxie.

Un patient avait été vacciné contre la variole dans l'enfance, 3 ne l'avaient pas été et le statut vaccinal des 2 autres était inconnu. Aucun patient n'avait voyagé en dehors de l'Alaska et aucune transmission interhumaine n'était mise en évidence. L'enquête retrouvait des contacts fréquents avec des chats et chiens chasseurs de petits mammifères, mais aucun patient ne rapportait de contact direct avec un rongeur. Les auteurs testaient 176 petits mammifères appartenant à 7 espèces. Les recherches virales étaient notamment positives chez 31/149 campagnols à dos roux (*Myodes rutilus*), dont un avec isolement d'un virus viable. Deux chiens sur 7 animaux domestiques testés avaient des sérologies positives. L'analyse phylogénétique ne montrait pas de regroupement des souches humaines distinct des souches animales, en faveur de transmissions zoonotiques.

Le borealpox est donc une zoonose endémique de l'Alaska, dont le réservoir est probablement les petits mammifères. La transmission pourrait être directe ou indirecte, via des objets contaminés ou via des animaux domestiques en contact avec des rongeurs. La majorité des infections semble bénigne et spontanément résolutive, mais il existe un risque de forme grave en cas d'immunodépression.



Figure 1. Clinical Presentation of Borealpox Skin Lesions of Patients 1, 2, 4, and 6, Alaska, 2020–2023.

Patient 1's lesion and surrounding erythema and lymphangitis approximately 10 days after symptom onset (A), a closer view of the lesion itself approximately 12 days after symptom onset (B), the almost entirely healed lesion approximately 7 weeks after symptom onset (C). Patient 2's lesion upon presenting for care approximately 1 week after symptom onset (D), 2 weeks after symptom onset (E), and healed skin with effectively no scarring 5.5 weeks after symptom onset (F). Patient 4's lesion approximately 2 days after symptom onset (G), 2 days later after a significant increase in erythema (H), 6 weeks after symptom onset with the lesion scabbed over (I), and scarring more than 14 weeks after symptom onset (J). Patient 6's lesion approximately 3 days after symptom onset (K) and about 8 weeks after symptom

Amélioration d'intertrigos inter-orteils à bacilles à Gram négatif associés à des dermatoses eczémateuses sous dupilumab

L'intertrigo inter-orteils érosif à bacilles à Gram négatif (GNTW), classiquement rattaché à *Pseudomonas aeruginosa*, est une affection dysbiotique fréquemment associée à une altération eczémateuse de la barrière des espaces interdigitaux ; les données récentes suggèrent qu'il est davantage porté par le dysfonctionnement de barrière et l'inflammation que par l'infection elle-même. Aigu A et al. (13) rapportaient 5 patients (4 hommes, 1 femme ; âge moyen 60,2 ans) atteints de GNTW sévère, ancien et réfractaire aux traitements conventionnels, tous porteurs d'un eczéma ou d'une dyshidrose palmoplantaire comorbide et dont deux avaient nécessité une hospitalisation. *P. aeruginosa* était isolé chez tous. Le dupilumab (dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 2 semaines), avec arrêt de tous les traitements topiques, permettait une amélioration clinique nette en 3 à 4 semaines ; après un suivi médian de 6 mois, 4 patients sur 5 restaient sans rechute, le dernier ne présentant qu'une poussée modérée contrôlée par dermocorticoïdes. Aucun effet indésirable n'était rapporté.

L'intérêt principal de cette série tient au recadrage physiopathologique qu'elle propose : le GNTW y est envisagé comme un désordre inflammatoire de barrière plutôt qu'une infection vraie, P. aeruginosa n'étant qu'un colonisateur secondaire. L'argument est cohérent avec le mécanisme du dupilumab (blocage de l'axe IL-4/IL-13, restauration de la barrière épidermique et réduction de la colonisation à S. aureus dans la dermatite atopique) et avec l'efficacité obtenue après arrêt de tout topique. Il demeure toutefois hypothétique : la série ne permet aucune distinction formelle entre infection et colonisation (pas de quantification microbiologique, cultures souvent polymicrobiennes voire négatives), l'effectif est faible (n = 5) et sans comparateur, et le dupilumab agit par voie anti-inflammatoire et non antimicrobienne, il serait donc a priori inopérant sur une infection primaire à Gram négatif. La portée du résultat est ainsi circonscrite pour le moment aux GNTW à composante eczémateuse réfractaire et ne peut être extrapolée en l'absence de données médico-économiques, au rapport coût-bénéfice d'un biologique dans cette indication.



(a)



(b)



(c)



(d)



(e)



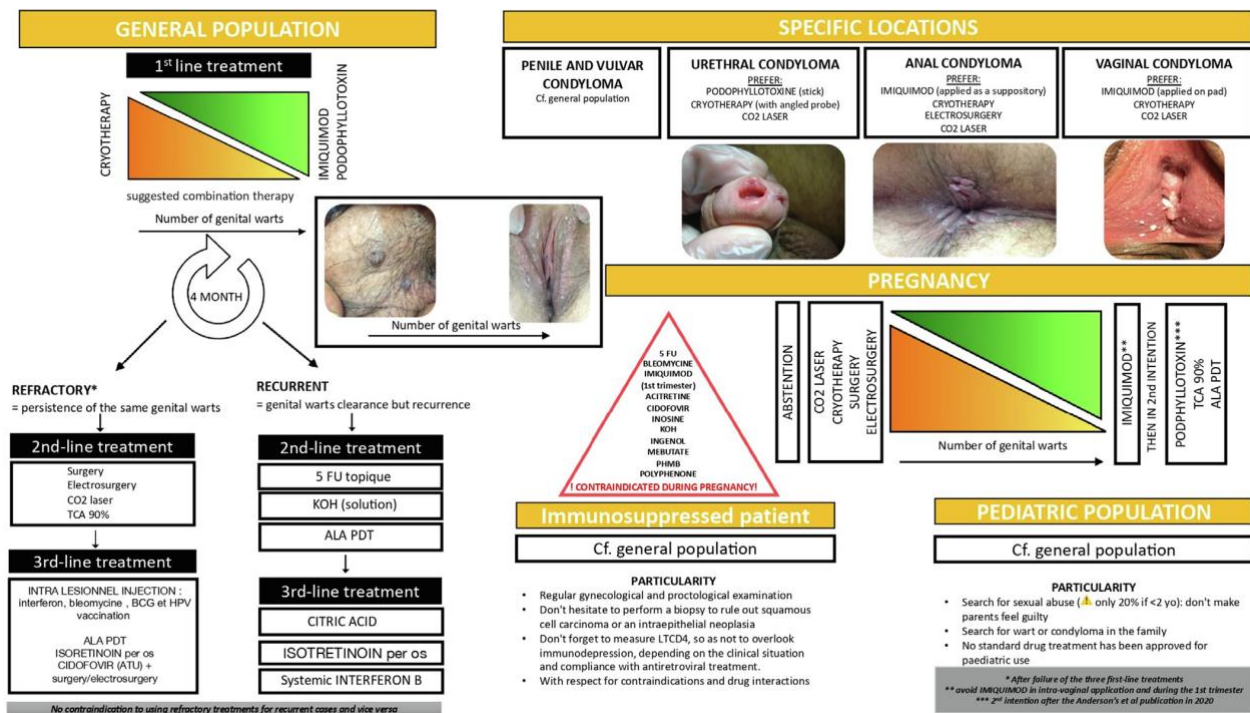
(f)

Prévalence de la gale à Ouvéa, Nouvelle-Calédonie : une enquête en population

En Nouvelle-Calédonie, territoire du Pacifique où la gale est endémique, les données de prévalence manquent. Piffard et al. (14) ont mené une enquête en population à Ouvéa (îles Loyauté), adossée à une campagne d'administration massive de médicaments (MDA) contre la filariose lymphatique, en septembre 2023. La gale était diagnostiquée par des agents de santé formés selon les critères simplifiés IACS 2020. Sur les 932 participants à la MDA, 412 étaient inclus dans le volet gale (12,1 % de la population). La prévalence de la gale était de 6,1 % (IC95 % 3,0–8,8 %), plus élevée dans deux tribus (St Paul 23,1 % ; Gossanah 20,7 %), chez les plus de 80 ans (16,7 %) et les moins de 16 ans (11,8 %). Le prurit n'était présent que chez environ la moitié des cas, confirmant sa faible fiabilité comme marqueur en zone d'endémie. Les auteurs soulignaient les limites de l'étude : faible participation, sous-représentation des enfants (consentement parental écrit requis) et diagnostics par des non-experts, conduisant vraisemblablement à une sous-estimation de la prévalence réelle. Dans une zone à prévalence de 2 à 10 %, une stratégie de MDA ciblée par tribu ou de prise en charge intensifiée (traitement des contacts) pourrait être envisagée, à condition d'atteindre une couverture suffisante, seulement 19 à 27 % lors des campagnes filariose.

Recommandations 2024 pour la prise en charge thérapeutique des condylomes ano-génitaux

Les condylomes ano-génitaux (CAG), lésions à HPV (types 6 et 11 principalement), présentent un fort taux de récurrence et de nombreuses recommandations existent sans hiérarchisation claire des traitements. Boyer et al. (15) ont élaboré des recommandations françaises fondées sur une revue systématique de la littérature (PubMed, Embase jusqu'au 1er juin 2024 ; méthode GRaAL de la HAS), retenant 204 études sur 1446, de qualité méthodologique très variable. Un algorithme hiérarchisant les traitements a été développé pour la population générale, la femme enceinte, l'enfant, le patient immunodéprimé et les localisations spécifiques (urétrale, vaginale, anale). En première ligne, la cryothérapie est proposée en cas de lésions peu nombreuses, l'imiquimod 5 % ou la podophyllotoxine 0,5 % en cas de lésions nombreuses, la bithérapie (cryothérapie suivie d'un traitement auto-appliqué) étant privilégiée pour augmenter les taux de clairance. Les traitements ablatifs (chirurgie, électrochirurgie, laser CO₂) sont positionnés en deuxième ligne compte tenu du plateau technique requis, et diverses options (5-FU, KOH, PDT, injections intralésionnelles) en recours ultérieurs. Ces recommandations, dont plusieurs relèvent d'un accord d'experts faute de données de niveau élevé, fournissent une hiérarchie thérapeutique reproductible et harmonisée.



Recommandations 2024 (S3) pour la prise en charge thérapeutique de l'herpès génital

L'herpès génital (HSV) est la première cause d'ulcération génitale dans le monde, mais la priorisation des traitements reste souvent imprécise. Joly et al. (16) ont élaboré des recommandations françaises de niveau S3 par revue systématique (PubMed, Embase jusqu'au 1er juin 2024 ; méthodologie HAS), analysant 127 sources. Des recommandations sont formulées pour la primo-infection, le traitement épisodique des récurrences et le traitement suppressif, chez l'adulte immunocompétent, immunodéprimé, la femme enceinte et l'adolescent, et synthétisées dans un algorithme. Le valaciclovir est privilégié en première ligne dans la plupart des situations, notamment pour l'amélioration de l'observance (par exemple valaciclovir 500 mg 2×/j pendant 5 jours en primo-infection non sévère, 2000 mg 2×/j un jour en traitement épisodique de la récurrence, 500 mg 1×/j en traitement suppressif chez l'immunocompétent) ; l'aciclovir intraveineux est réservé aux formes sévères, et le foscarnet puis le cidofovir aux herpès résistants à l'aciclovir chez l'immunodéprimé. La qualité méthodologique des données incluses était hétérogène, avec de nombreuses études anciennes, plusieurs recommandations reposant sur un accord d'experts.

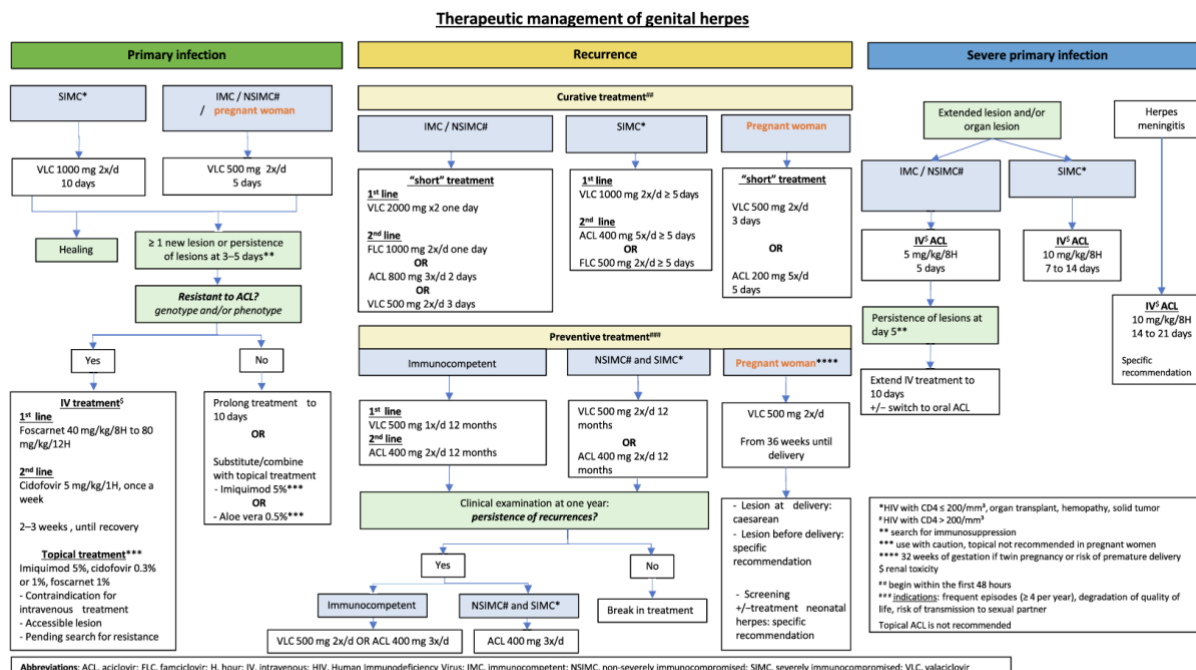


Fig. 1. Algorithm for the management of genital herpes.

Herpès cutanéomuqueux réfractaire après greffe de cellules souches : penser tôt à la résistance à l'aciclovir

Chez les receveurs d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH), l'herpès cutanéomuqueux peut être extensif, douloureux et prolongé. Une infection réfractaire (absence d'amélioration clinique ou apparition de nouvelles lésions après au moins 7 jours d'un antiviral anti-HSV à posologie adaptée) doit faire évoquer une résistance à l'aciclovir, dont la confirmation phénotypique reste souvent tardive, alors que les traitements de recours sont intraveineux et néphrotoxiques. Papanicolaou *et al.* (17) ont étudié rétrospectivement le premier épisode d'HSV cutanéomuqueux réfractaire survenu chez 125 adultes greffés dans 7 centres américains entre 2009 et 2024. Tous recevaient une prophylaxie anti-HSV au moment de l'épisode. L'atteinte était orofaciale dans 82 % des cas, génitale ou périnéale dans 18%, et 12 % avaient une atteinte systémique associée. Parmi les 104 patients testés, 85 (82 %) avaient une résistance à l'aciclovir confirmée. Le premier traitement était un analogue nucléosidique chez 100 patients, et le foscarnet chez 25 patients. Cent-dix patients (88 %) recevaient ensuite au moins un traitement de deuxième ligne, le plus souvent du foscarnet (n = 94), plus rarement du cidofovir intraveineux (n = 6) ou un antiviral topique (n = 21). Une cicatrisation complète n'était obtenue que chez 69 patients (55 %), après une médiane de 38 jours. L'incidence cumulée de cicatrisation atteignait 53% à J90. Quarante patients (32 %) décédaient avant la cicatrisation, l'étude ne permettant pas de préciser la part attribuable à l'HSV. Parmi les patients cicatrisés, 27/69 (39 %) récidivaient, avec un délai médian de 61 jours. La toxicité était majeure : au moins un événement indésirable était rapporté au cours de 69 % des cures de foscarnet, une anomalie rénale dans 40 % et un arrêt pour toxicité dans 30 % ; une néphrotoxicité survenait aussi lors de 3/6 cures de cidofovir intraveineux.

Cette cohorte décrit une population très sélectionnée et ne mesure donc pas la fréquence de la résistance parmi l'ensemble des greffés. Son caractère rétrospectif, l'hétérogénéité des pratiques sur 15 ans et l'évaluation non standardisée de la cicatrisation et des toxicités limitent les comparaisons entre stratégies. Le message pratique est néanmoins fort : chez un patient greffé dont les lésions herpétiques persistent ou progressent après 7 jours d'un analogue nucléosidique à dose curative, il faut documenter rapidement l'infection et demander un test de résistance à l'aciclovir. La fréquence et la gravité de la toxicité rénale imposent une surveillance étroite sous foscarnet ou cidofovir et soulignent l'intérêt de nouveaux antiviraux actifs sur les souches résistantes.

Terbinafine orale en cas d'insuffisance rénale : un signal de toxicité hépatique et hématologique

La terbinafine orale est le traitement systémique de référence de nombreuses onychomycoses, mais son élimination diminue d'environ 50 % lorsque la clairance de la créatinine est inférieure à 50 mL/min. Les données de tolérance restent pourtant limitées chez les patients insuffisants rénaux, alors que l'âge et les comorbidités peuvent eux-mêmes modifier les paramètres hépatiques et hématologiques.

Ye et al. (18) ont interrogé le réseau TriNetX entre 2006 et 2026 afin de comparer, après appariement sur l'âge, le sexe et l'origine ethnique, des patients traités par terbinafine pour une onychomycose selon la présence d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade I à III. Au total, 37 555 patients avec MRC étaient inclus : 24 561 au stade III (DFG entre 30 et 59 mL/min/1,73 m²), 10 751 au stade II (DFG entre 60 et 89 mL/min/1,73 m²) et 2243 au stade I (DFG ≥ 90 mL/min/1,73 m²), chaque groupe étant comparé à des témoins sans MRC. Par rapport aux témoins sans maladie rénale chronique, les risques étaient augmentés aux trois stades pour l'anémie (HR 2,90 au stade I ; 2,93 au stade II ; 3,40 au stade III), la neutropénie (HR 1,71 ; 1,70 ; 1,70), la thrombopénie (HR 2,49 ; 2,18 ; 2,47) et l'élévation des transaminases (HR 2,42 ; 1,80 ; 2,63, respectivement). Aux stades II et III, les risques d'élévation des phosphatases alcalines et d'hyperbilirubinémie étaient également augmentés. Dans une cohorte externe de 7374 patients, 7 des 9 estimations analysables allaient dans le même sens, mais aucune comparaison n'atteignait la significativité en raison du faible nombre d'événements.

Ces résultats ne constituent pas la démonstration d'une toxicité causée par la terbinafine (la MRC favorise en elle-même l'anémie et d'autres anomalies biologiques, les événements reposaient sur des codes et des seuils biologiques non spécifiques, et ni la dose, ni la durée, ni l'observance, ni l'ajustement posologique n'étaient disponibles !) mais un signal de vigilance chez les patients avec comorbidité. La confirmation mycologique est évidemment indispensable avant un traitement oral, et il paraît raisonnable de connaître le débit de filtration glomérulaire, de disposer d'un bilan hépatique et d'une numération-formule sanguine initiaux, puis d'individualiser la surveillance en fonction du stade rénal et des co-médications.

Vaccins vivants atténués sous dupilumab chez l'enfant : des données rassurantes, mais encore limitées

Faute de données suffisantes, il est recommandé d'éviter les vaccins vivants atténués pendant un traitement par dupilumab.

Lee et al. (19) ont mené une étude rétrospective dans 7 centres nord-américains, complétée par des entretiens structurés avec les parents. Soixante-neuf enfants âgés de 6 à 24 mois ou de 4 à 7 ans, ayant reçu un vaccin vivant atténué pendant le traitement par dupilumab ou dans le mois précédant son initiation, ont été inclus entre juin 2024 et octobre 2025. Les vaccins administrés étaient principalement le ROR-varicelle (45 patients), le ROR (19) et la varicelle (17), certains enfants ayant reçu plusieurs vaccins. Le calendrier du dupilumab avait été modifié chez 21 enfants (30 %) ; lorsque l'information était disponible, le délai médian entre la dernière injection et la vaccination était de 4,4 semaines. Dix-sept enfants (25 %) présentaient au moins un événement indésirable, le plus souvent une fièvre (10 %), des symptômes respiratoires bénins (9 %) ou une réaction au point d'injection (6 %). Toutes les réactions étaient légères et spontanément résolutives ; aucun événement grave (anaphylaxie, méningo-encéphalite, convulsion ou infection menaçant le pronostic vital) n'était rapporté.

Cette série, la plus importante disponible à ce jour, apporte un signal de sécurité rassurant, mais ne suffit pas à établir l'innocuité des vaccins vivants sous dupilumab. Le recueil rétrospectif, l'absence de comparateur, la prédominance des rappels vaccinaux, l'absence d'évaluation de l'immunogénicité et le recul limité ne permettent pas d'exclure un événement rare ni de préciser l'intérêt d'une interruption du traitement par dupilumab. Ces données peuvent néanmoins éviter des reports vaccinaux systématiques. Lorsqu'un vaccin vivant est indiqué, la décision peut être individualisée selon l'urgence vaccinale, l'âge, le contrôle de la dermatite atopique et le risque d'interruption du dupilumab. Elles ne justifient pas encore une administration sous dupilumab de façon automatique, notamment pour une primovaccination chez le nourrisson.

Neurosyphilis chez les personnes vivant avec le VIH : la ceftriaxone, alternative potentielle à la pénicilline G

La pénicilline G intraveineuse reste le traitement de référence de la neurosyphilis (y compris syphilis oculaire et otosyphilis), mais impose souvent une hospitalisation ou un accès veineux prolongé. La ceftriaxone, administrable une fois par jour par voie intraveineuse ou intramusculaire, pourrait constituer une alternative en cas d'allergie, de pénurie ou de contrainte d'accès aux soins, mais les données comparatives chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) restent peu nombreuses.

Ville Benavides et al. (20) ont analysé rétrospectivement les dossiers de PVVIH traitées dans 7 centres mexicains entre 2015 et 2024 pour une neurosyphilis, une syphilis oculaire ou une otosyphilis. Les patients recevaient pendant 10 à 14 jours soit 18 à 24 millions d'unités/jour de pénicilline G intraveineuse, soit 1 à 2 g/jour de ceftriaxone intraveineuse ou intramusculaire. Parmi 143 patients disposant d'un suivi sérologique à 6 mois, 104 avaient reçu la pénicilline et 39 la ceftriaxone. Les profils initiaux différaient fortement : les atteintes oculaires et neuropsychiatriques étaient plus fréquentes sous pénicilline, tandis que les

anomalies du liquide céphalorachidien (LCR) étaient plus fréquentes sous ceftriaxone. Après appariement par score de propension, 39 paires étaient comparées. Une réponse sérologique, définie par une diminution d'au moins un facteur 4 ou la négativation du titre non tréponémique, était observée chez 74 % des patients sous pénicilline et 72 % sous ceftriaxone (OR 0,88 ; IC95 % 0,32–2,40 ; $p = 0,80$), avec des résultats concordants dans les analyses de sensibilité. Parmi les patients symptomatiques évaluables, l'amélioration clinique concernait 55/74 (74 %) sous pénicilline et 9/10 (90 %) sous ceftriaxone. L'hospitalisation concernait 95 % des patients sous pénicilline contre 23 % sous ceftriaxone.

Cette étude présente la ceftriaxone comme solution potentielle lorsque la pénicilline G n'est pas réalisable, mais elle ne démontre pas leur équivalence et il ne s'agissait pas d'un essai de non-infériorité. Quatre-vingt-dix-neuf des 242 patients éligibles (41 %) n'avaient pas de titre non tréponémique apparié à 6 mois, les paramètres du LCR n'étaient pas intégrés au score de propension et seuls 25/143 patients avaient une ponction lombaire de contrôle. La ceftriaxone pourrait donc être discutée au cas par cas, avec un suivi clinique et sérologique rigoureux. Ces données ne doivent pas conduire à remplacer systématiquement la pénicilline G, en particulier dans les formes neurologiques ou oculaires sévères.

Méthodologie : Les articles décrits ont été identifiés par le groupe de veille bibliographique du GrIDIST à travers la lecture des articles parus au 3^e trimestre 2026 des revues suivantes (NEJM, Lancet Infectious Diseases, Lancet, Lancet Global Health, BJD, JAMA, JEADV, JAAD, STI, STD, CID, J Clinical Microbiology, PNTD, INT J STD AIDS, OFID, CMI, J Travel Med, Trop Med Inf Dis, Am J of Trop Dis Hyg, Emerg Inf Dis, Acta Derm Venereol, Pediatric Dermatology, Ann Derm Venereol) et par adressage d'experts. Tous les résumés des articles sélectionnés en première lecture sont accessibles sur le site du GrIDIST. Une sélection finale courte est proposée dans les Annales de Dermatologie et Vénéréologie.

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

Références

- [1] Prazuck T, Le Moal G, Ursenbach A, Michau C, Perfezou P, Bisio F, et al. Systematic three-site vs. classical single-site screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections in non-sex worker women: the multicentric Sexually Infections Still Transmitted by Remote Sites (SIST'RS) study. Clin Microbiol Infect 2026;32(5):838–44. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2026.02.006>.
- [2] Monsel G, Bleibtreu A, Durupt F, Rached B, Yin N, Martiny D, et al. Recurrent facial folliculitis caused by Klebsiella aerogenes sequence type 117 in men who have sex with men. Emerg Infect Dis 2026;32(7):1172–6. <https://doi.org/10.3201/eid3207.260572>.
- [3] Jia YZ, Boschung KF, Grant JM, Leung V, Connors WJA. Cluster of genomically linked Mycobacterium abscessus infections following hair transplantation in Turkey. J Travel Med 2026;taag074. <https://doi.org/10.1093/jtm/taag074>.

- [4] Horn KW, Hathaway JS, Zucker JE, Garzon MC, Cunnane BT, Morel KD, et al. Staphylococcal scalded skin syndrome often does not require empiric coverage for methicillin resistance. *Pediatr Dermatol* 2026;0:1–3. <https://doi.org/10.1111/pde.70279>.
- [5] Osawa H, Fujino T. Disseminated fusariosis. *N Engl J Med* 2026;395:e8. <https://doi.org/10.1056/NEJMicm2603271>.
- [6] Moreno Sabater A, Ruiz P, Reverte M, Tan S, Bigot J, Cremer G, et al. Evaluation of clinicians' knowledge of terbinafine-resistant extensive dermatophytosis in France. *Acta Derm Venereol* 2026;106:adv-2026-0565. <https://doi.org/10.2340/actadv.v106.adv-2026-0565>.
- [7] Ioris T, Fortunato F, Magnano M, Zengarini C, Rech G, Infusino SD, et al. Effectiveness of scabies treatments in Italy (SCAB-net): a prospective observational study. *Lancet Infect Dis* 2026:S1473-3099(26)00300-2. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(26\)00300-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(26)00300-2).
- [8] Boralevi F, Simon G, Bernigaud C, Brun J, Goujon E, Perrot J-L, et al. Oral ivermectin versus 5% permethrin cream to treat children and adults with classic scabies: multicentre, assessor blinded, cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2026;392:e086277. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-086277>.
- [9] Cardenas R, Kroeger A, Petzold M, Kern WV, Panning M, Koo S, et al. Epidemiological impact of a dual-action insecticidal coating applied to *Aedes aegypti* breeding sites on dengue transmission in Colombia: a cluster-randomised trial. *Lancet Infect Dis* 2026:S1473-3099(26)00363-4. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(26\)00363-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(26)00363-4).
- [10] Beltrán-Rosel A, Ligeró-López J, Ducons-Márquez M, et al. Clinical and epidemiological characteristics of tick bites in a Spanish tertiary hospital: a three-year retrospective study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2026;45:1651–8. <https://doi.org/10.1007/s10096-026-05449-w>.
- [11] Sicard CM, Fischer M, Wizemann C, Bartling M, Martin L, Rodi M, et al. Molecular epidemiology of skin-dwelling filariae and risk factors for *Mansonella streptocerca* infection, Gabon. *Emerg Infect Dis* 2026;32(7):1123–32. <https://doi.org/10.3201/eid3207.251800>.
- [12] Mooring EQ, Rogers J, Whitehill F, Werle Z, Gigante CM, Matheny A, et al. Six cases of borealpox and evidence of a zoonotic source: Alaska, 2020–2023. *Clin Infect Dis* 2026;82(6):e1200–7. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf497>.
- [13] Aigu A, Dumas M, Joly E, Mengeot M, Gaila A, Merlant M, et al. Gram-negative toe web intertrigo associated with eczematous dermatoses improved with dupilumab: a case series. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2026;40:e801–3. <https://doi.org/10.1111/jdv.70428>.
- [14] Piffard A, Top V, Salaun R, Steer A, Pfannstiel A, Larsen K, et al. Prevalence of scabies in Ouvéa, New Caledonia: a population-based survey. *Ann Dermatol Venereol* 2026;153:103473. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2026.103473>.
- [15] Boyer M, Boyer M, Joly E, Diallo K, Hantz S, Fouéré S, et al. 2024 recommendations for the therapeutic management of anogenital warts. *Ann Dermatol Venereol* 2026;153:103510. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2026.103510>.

- [16] Joly E, Lothmann L, Diallo K, Fouéré S, Hantz S, Bertolotti A. 2024 guidelines (S3) for the therapeutic management of patients with genital herpes. *Ann Dermatol Venereol* 2026;153:103507. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2026.103507>.
- [17] Papanicolaou GA, Lee YJ, Shafat T, Li Y, Young J-AH, Spallone A, et al. Refractory mucocutaneous infections by herpes simplex virus (HSV) in hematopoietic cell transplant recipients: a real-world, multicenter study. *Open Forum Infect Dis* 2026;13(7):ofag377. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofag377>.
- [18] Ye H, Zhang R, Lipner HI, Lipner SR. Hepatic and hematologic toxicity associated with oral terbinafine for onychomycosis in patients with renal impairment: a TriNetX retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2026;0:1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2026.08.044>.
- [19] Lee SS, Stegura C, Waggett M, Kim EJ, Bruess G, Shirley S, et al. Safety of live-attenuated vaccination in pediatric patients receiving dupilumab: a multicenter retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2026;0:1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2026.08.066>.
- [20] Ville Benavides R, Rivera-Villegas H, Ocampo-Valdez O, Franco-Cendejas R, Andrade-Villanueva JF, González-Hernández LA, et al. Penicillin or ceftriaxone for neurosyphilis in people with HIV: a retrospective, propensity score-matched multicenter study in Mexico. *Open Forum Infect Dis* 2026;13(7):ofag387. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofag387>.