

# Dermatophilus congolensis

Rédacteurs : Louise Piquart, Matthieu Degreze, Anne-Lise Maucotel, Cécile Emeraud, Cécile Bébéar, Béatrice Berçot.  
CNR des IST bactériennes – CHU de Bordeaux & Hôpital St Louis, Paris, CHU de Lyon, CHU Bicêtre

**L'émergence d'infections à *Dermatophilus congolensis*** avec 70 cas humains identifiés en Europe dont 40 cas en France entre le 01/01 et le 17/06/2026 fait suspecter un changement de dynamique de transmission de cette bactérie zoonotique, vers une circulation interhumaine.

Cette fiche pratique vise à reprendre les points essentiels connus à ce jour sur ce pathogène et à synthétiser les recommandations pour sa détection en laboratoire.

## De quoi s'agit-il ?

Classe des *Actinomycetes* – Genre *Dermatophilus* – Espèce type : ***D. congolensis*** (seule espèce décrite).

**Bactérie zoonotique.** Agent de la **dermatophilose** à l'origine de lésions cutanées chez l'animal. Réservoir bovin, équin et ovin principalement (portage cutané commensal possible). Prévalence plus élevée en zone tropicale et subtropicale.

Transmission principalement par **contact direct** inter-animaux et humains-animaux (éleveurs/chasseurs/cavaliers/vétérinaires). Cas humains rares. Localisation principalement au niveau des membres ayant été en contact avec l'animal infecté.

Survie dans l'environnement limitée mais transmission facilitée dans les **environnements humides**. Infection favorisée par **altération de la barrière cutanée** (microlésions préexistantes).

**Physiopathologie** : Existence de 2 stades de développement : forme végétative et **zoospore** (forme spore mobile infectante) évoluant de l'un à l'autre sur la peau de l'hôte. Passage sous forme de zoospore favorisée par l'humidité.

Multiplication des zoospores au sein des follicules pileux, envahissement de l'épiderme et multiplication à l'origine de plaques exsudatives → décollement et renouvellement de l'épiderme avec une chute de croûtes épaisses infectantes.

## Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques de cette recrudescence de cas ?

**Transmission interhumaine suspectée par contact direct peau à peau, notamment sexuel**

Population à risque : **HSH avec partenaires multiples**

Sans exposition au bétail / chevaux rapportée, ni de voyage en zone d'endémie (tropicale)

Transmission favorisée par des **environnements humides** (hammams, saunas, spas, jacuzzis...)

Souches isolées génétiquement presque **identiques** entre elles dans les 2 cohortes décrites (Degreze *et al.* ; Descalzo *et al.*) suggérant une origine commune.

## Quelles sont les manifestations cliniques ?

Incubation de 2 à 22 jours → médiane de 6 jours après le contage infectieux suspecté

**Lésions cutanées localisées** : macules et papules squamo-croûteuses, folliculaires et non folliculaires pouvant être pustuleuses et à prurit variable

**Localisations atypiques** : **zones de contact sexuel** (parties génitales, tronc, barbe)

**Absence de signes généraux**, infection bénigne.

## Quelles sont les recommandations de prélèvement ?

Prélèvements de **croûtes par curetage des lésions** ou écouvillonnage des lésions.  
Prélever au moins 2 lésions pour augmenter la sensibilité.

**Signaler la suspicion de dermatophilose sur la prescription de biologie** pour favoriser l'identification du pathogène au sein de la flore cutanée et/ou parmi des colonies de pathogènes cutanés pouvant être associés.

## Quelles sont les critères microbiologiques permettant le diagnostic au laboratoire ?

**Examen direct :**

**Bacille à Gram positif ramifié septé** avec aspect de « **tram-tracks** » (rails de chemin de fer)

**Culture :**

- Pousse gélose sang (aérobie) et sur gélose Polyvitex (5% CO<sub>2</sub>)
- Croissance en 24–48 h
- Colonies caractéristiques :
  - ❖ **jaunâtres, parfois blanches, β-hémolytiques sur gélose sang, rhizoïdes, adhérentes et très sèches**
- Culture pouvant être plurimicrobienne (flore cutanée, co-infection/surinfection par *S. aureus*, *S. lugdunensis* ou *K. aerogenes*)

**Identification :**

- MALDI-TOF : identification possible mais parfois compliquées du fait de la sécheresse/texture des colonies (identification plus aisée à 48 h +/- acide formique).
- **Difficultés à obtenir une identification avec un degré de confiance élevée avec les spectromètres de masse SIRIUS®.** Problème en cours de correction selon le fournisseur.
- Séquençage du gène codant l'ARNr 16S sur souche possible si MALDI –TOF en échec et forte suspicion.

**Antibiogramme :**

**Pas de résistance aux β-lactamines décrite.**

Sensibilité rapportée aux cyclines, cotrimoxazole, macrolides, glycopeptides, linézolide.

Résistance possible aux fluoroquinolones (ciprofloxacine), résistance rapportée à la tobramycine et à la doxycycline.

En l'absence de méthode et/ou de seuils d'interprétation spécifiques pour *D. congolensis*, déterminer des sensibilités aux antibiotiques (pénicilline G, amoxicilline, doxycycline +/- pristnamycine) par **CMI E-test** sur Mueller-Hinton + 5 % sang de mouton en aérobie et interpréter à 48h par les **concentrations critiques PK-PD (CASFM-EUCAST)**.

**Conservation des souches :**

- Cryotube (-80°C)
- **Envoi des isolats au CNR des IST bactériennes** (Hôpital Saint Louis, Paris) pour séquençage



## Quelles sont les recommandations de traitement ?

Infection d'**évolution favorable**, pouvant être spontanément résolutive.  
Succès thérapeutiques rapportés avec : amoxicilline, pristinamycine, cloxacilline, céfadroxil, doxycycline, antibiotiques topiques.

Traitement antibiotique des cas confirmés pour réduire la transmission du pathogène :  
**Amoxicilline per os 1g 3x/jour pendant 7 jours, pristinamycine si allergie.**  
Guérison rapide **sans séquelles**.

## Quels conseils pour limiter la transmission ?

- **Surveillance épidémiologique** des cas de dermatophilose et **séquençage des souches isolées de prélèvements cliniques ou environnementaux**.
- Sensibilisation auprès des professionnels de santé et des populations à risque (HSH multipartenaires).
- Mesures d'hygiène au sein des lieux de contacts et de transmissions (sauna, hammam, etc.).
- Isolement strict des patients non recommandé.
- **Abstinence de rapports sexuels jusqu'à guérison** complète des lésions.
- Utilisation du préservatif non protectrice vis-à-vis de la transmission.
- **Mesures d'hygiène simples** : pas de partage d'effets personnels (serviettes, vêtements, draps, etc.), hygiène des mains et du corps.
- Aucune transmission de ces cas de dermatophilose humaine vers l'animal n'a été rapportée.
- Par mesure de précaution, il est recommandé d'éviter tout contact avec des animaux.

## Références

- Clusters of dermatophilosis in five EU/EEA countries in 2025–2026, *ECDC*, 17 June 2026  
Aubin GG *et al.*, *Eur J Dermatol*, 2016.  
Alejo-Cancho I *et al.*, *Clin Microbiol Infect*, 2015.  
Amor A *et al.*, *J Clin Microbiol*, 2011.  
Burd EM *et al.*, *J Clin Microbiol*, 2007.  
de Lorenzi C *et al.*, *J Travel Med*, 2021.  
Degreze M *et al.*, *Emerging Infect Dis*, 2026.  
Descalzo V *et al.*, *Emerging Infect Dis*, 2026.  
Faccin M *et al.*, *Vet Pathol*, 2023.  
Graber M, *Rev Elev Med Vet Pays Trop*, 1969.  
Naves M *et al.*, *Rev Elev Med Vet Pays Trop*. 1993.  
Towersey L *et al.*, *J Am Acad Dermatol*, 1993.  
Zaria LT, *Comp Immunol Microbiol Infect Dis*, 1993.